

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**ADÖLESLANLARDA OBEZİTE VE
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

GÖKSEL DÜRMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADÖLESANLARDA OBEZİTE VE
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI
İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

GÖKSEL DÜRMÜŞ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı'nın

Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI:

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Göksel DÜRMÜŞ tarafından hazırlanan “Adölesanlarda Obezite ve Problemlerle İlgili İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi” başlıklı tez, 09.01.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Sayın Hocam Prof.Dr. Tũlay ORTABAĞ'a,

Tez çalıőmam boyunca beni motive edip bu sonuca inandıran Hasan Kalyoncu Őniversitesi Hemşirelik Bۆlümü tũm ۆđretim ũyelerine,

Tez çalıőmamda veri hazırlama formunda emeği geçen Hasan Kalyoncu Őniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bۆlümü Őđr. Gۆr. H. Utku ÇELİK'e

Tũm kalbimlesonsuz teőekkũrlerimi sunarım.



ÖZET

Göksel DÜRMÜŞ. Adölesanlarda Obezite ve Problemlı İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. 2008

Dünyada ve ülkemizde her yaş grubunda obezite önlenebilir ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Son yirmi yılda adölesan sağlığını olumsuz etkileyen ve obeziteye yol açan önemli faktörlerden biriside teknoloji bağımlılığıdır. Teknolojinin gelişmesiyle artan internet bağımlılığı; sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi tehlikeli bir bağımlılık olarak öne çıkmaktadır. Yapılmış olan birçok çalışmada, teknoloji bağımlılığının sağlığı olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada adölesanlarda obezite ve problemlı internet kullanımı ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızın evrenini Gaziantep ili özel Erdem kolejinde okuyan tüm 10-19 yaş arası adölesanlar (n=756) oluşturmaktadır. Çalışma kısıtlılıkları nedeni ile tüm evrenin %63.53'üne ulaşılabilmektedir (n=474). Çalışmada adölesanların sosyodemografik verilerini, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını belirleyen anket formu ile geçerlik güvenilirliği Ceyhan ve ark. tarafından yapılmış problemlı internet kullanım ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış, vücut kitle indeksini belirlemek için katılımcıların boy ve kilo oranları araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Edilen verilere göre çalışmamıza katılan adölesanların yaşları en düşük 10, en yüksek 19 ($\bar{X}=14.94 \pm 2.09$) dur. Katılımcıların yarısından fazlasını (%62) 15 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Öğrencilerin % 51.7' si erkek , % 48.3 kız oluşmaktadır. Vücut kitle indeksi değerleri tüm grubun % 34.8'inin normal sınırların üzerinde (kilolu ve obez) olduğu, cinsiyet dağılımları erkeklerin (%37.6) obez ve kilolu olma oranının kızlara (%32.9) göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmektedir (p<0.05). Kız öğrencilerin problemlı internet kullanımı davranışlarının ($\bar{X} \pm SS = 62.87 \pm 20.82$) erkeklere göre ($\bar{X} \pm SS = 70.43 \pm 22.17$) daha az olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Obez olan bireylerin diğer gruplara göre problemlı internet kullanımı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları (kahvaltı yapmama, yatmadan önce ve internet karşısında atıştırma) ile problemlı internet kullanımı arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (p<0.05). Fakat fiziksel aktivite oranı ile problemlı internet kullanımı ölçeği puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Problemlı internet kullanımı ve obezitenin zararları sadece adölesanları değil tüm toplumu etkilemektedir. Obezite ve problemlı internet kullanımı prevalansının saptanması için periyodik taramalar yapılmalı, obezite oranlarının düşürülmesi ve ideal kilonun korunması için düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim programları hazırlanmalı ve rehberlik hizmetleri verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, beslenme, obezite, fiziksel aktivite, problemlı internet

ABSTRACT

Determination of the Relationship between Obesity and Problematic Internet Usage in Adolescents. Hasan Kalyoncu Üniöersity. Department of Nursing. Gaziantep. 2018.

In every age group in Turkey and around the world, obesity is among the causes of preventable death. One of the important factors that adversely affect adolescent health in the last two decades and lead to obesity is technology dependency. With the enhancement and overuse of technology we have come to notice that technological addiction has taken its place along side other major addictions such as tobacco, alcohol, and drugs. Many researchs have proven that addiction to technology has negatively impacted human health in many different scales. In this study, it was aimed to determine the relationship between obesity and problematic internet usege in adolescents. Our research is based in Gaziantep City Private Erdem College and the subjects of the research are the students between the ages of 10-19 who attend the above institution (n=756). Due to limitations in our research, only % 63.53 of students from this institution has been surveyed (n=474). The factors that have been taken into consideration throughout this research are as follows; the socio-demographics of adolescents, nutrition, diet and physical routines. These factors have been scaled and evaluated using a survey form and Ceyhan et al. and this scale was applied with face-to-face interview technique. A research specialist has been appointed in order to determine the Body Mass Index (BMI). According to the obtained data, the ages of the adolescents participating in the study were the lowest 10, the highest 19 ($\bar{X} = 14.94 \pm 2.09$). More than half of the participants (62%) were 15 years of age or older. 51.7% of the students are male and 48.3% are female. According to gender distributions, the obese and overweight ratio of males (%37.6) is statistically higher than females (%32.9) ($p < 0.05$). It has been found that girl students ($\bar{X} \pm SS = 62.87 \pm 20.82$) have less problematic internet use behaviors than males ($\bar{X} \pm SS = 70.43 \pm 22.17$) and the difference between them is statistically significant. The average score of obese people's problemic internet usage scale was found to be higher than the other groups. There was a statistically significant difference between age, gender, socioeconomic status, unhealthy eating habits (not having breakfast, before going to bed snacking on the internet) and problem internet use. ($p < 0.05$). However, it was found that there was no difference between physical activity rate and problematic internet usage scale mean scores ($p > 0.05$). Problematic internet usege and the damages of obesity affect not only the adolescents but the whole society. Periodic screening should be done to determine the prevalence of obesity and problematic internet usege. Training programs on regular physical activity and healthy nutrition should be prepared and guidance services should be provided for the reduction of obesity rates and the protection of ideal weight

Keywords: Adölescent, nutrition, obesity, physical activity, problematic internet

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR.....	1
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VIII
1. GİRİŞ	
1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	
2.1 Adölesan Dönem.....	4
2.2. Obezitenin Tanımı.....	4
2.2.1. Obezite prevelansı.....	6
2.2.2. Obezitenin Sınıflandırılması.....	8
2.2.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri.....	12
2.3 Problemlı İnternet Kullanımı.....	15
2.3.1. Problemlı İnternet Kullanımı Prevelansı.....	17
2.4. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Amacı ve Kapsamı.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemleri.....	21
3.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	21
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5.1. Sosyodemografik Verileri Saptama Formu.....	22
3.5.2. Beslenme, Egzersiz ve Antropometrik Ölçümlerin Saptanması.....	22
3.5.3. Problemlı İnternet Kullanım Ölçeği (PİKO).....	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
4. BULGULAR	
5. TARTIŞMA	
5.1. Adölesanların Tanıtıcı (Sosyodemografik) Verilerin Tartışılması.....	40
5.2. Adölesanların Kronik Hastalıklarına Ait Verilerin Tartışılması.....	40
5.3. Adölesanların VKİ, Besin Tüketim Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının Tartışılması.....	41

5.4. Adölesanların Sosyodemografik Verileri, Beslenme Alışkanlıkları ve PAR Değeri ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1 Sonuçlar.....	47
6.2 Öneriler.....	48
7. KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	68
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	
Ek 3. Etik Kurul Kararı	
Ek 4. Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma İzin Belgesi	
Ek 5. 0-18 Yaş Vücut Ağırlığı Persentil Değerleri (kg)	
Ek 6. 0-18 Yaş Boy Uzunluğu Persentil Değerleri (cm)	
Ek 7. 0-18 Yaş VKİ Persentil Değerleri (kg/m ²)	
Ek 8. Veri Toplama Formu	
Ek 9. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu	
Ek 10. İntihal Raporu	
Ek 11. Kısa Özgeçmiş	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Adölesanlarda Obezite ve Problemlı İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.



09.01.2018
Göksel DÜR MÜŞ

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No.

Tablo 4.1. Adölesanların Sosyodemografik Verileri	26
Tablo 4.2. Anne, Baba ve Adölesanların Kronik Hastalık Dağılımı	27
Tablo 4.3. Anne, Baba ve Adölesanların Vücut Kitle İndeksi Dağılımları	28
Tablo 4.4. Adölesanların Beslenme Alışkanlıklarına ait Verilerin Dağılımı	29
Tablo 4.5. Adölesanların Besin Grupları Tüketim Sıklıklarına ait Verilerin Dağılımı	30
Tablo 4.6. Adölesanların Cinsiyete Göre PAR Düzeylerinin Karşılaştırılması	31
Tablo 4.7. Adölesanların Cinsiyete Göre PAR Alt Grupları Ortalamalarının Karşılaştırılması..	31
Tablo 4.8. Adölesanların Yaş Gruplarına Göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.9. Adölesanların Cinsiyete Göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.10. Adölesanların VKİ Gruplarına Göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.11. Adölesanların Cinsiyete Göre VKİ Grupları ile PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.12. Adölesanların Yatmadan Önce Yeme Alışkanlığı durumuna göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.13. Adölesanların İnternet Kullanımı Sırasında Yeme ve İçme Alışkanlığı Durumuna Göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.14. Adölesanların Düzenli Kahvaltı Yapma Durumlarına Göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.15. Adölesanların Aile Gelir Durumuna Göre PİKO ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TV	Televizyon
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
dk.	Dakika
kg.	Kilogram
cm:	Santimetre
PAR:	Fiziksel Aktivite Oranı
BMR:	Bazal Metabolizma Oranı
PIKO:	Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği
EFSA	Avrupa Gıda Güvenliği Dairesi
FAO	Gıda ve Tarım Organizasyonu

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) 10-19 yaş grubu bireyleri “Adölesan” olarak tanımlamışlardır (1, 2, 3). UNICEF 10-14 yaş grubunu ergenlik, 15-19 yaş grubunu ise geç ergenlik olarak sınıflamıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 10-19 yaş arasındaki bireyler dünya nüfusunun yaklaşık 1.2 milyarını oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun %20’sini oluşturan bu grubun %85 gibi büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını belirtmişlerdir (3). Ülkemizde adölesan nüfusunun toplam nüfustaki payı 1990 nüfus sayımlarına göre %23.2, TNSA 1998 verilerine göre % 21,6 ve TNSA 2003 verilerine göre %19.7’sini oluşturmaktadır (4, 5, 6). TNSA 2013 verilerine göre toplam nüfusun % 17.2’si olduğu görülmektedir (7). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı verilerine göre ülkemizde toplam nüfusa göre çocuk nüfusunun oranı, %29.4’dur. Bu grubun %27.4’ünü 10-14 ve %17.4’ünü ise 15-17 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır (8). Yine TÜİK verilerine göre, Türkiye’nin 2016 nüfus sayımı verilerine göre 10-19 yaş grubu bireyler yaklaşık nüfusun %16’sını oluşturmaktadır (9).

Adölesan dönemi fiziksel ve psikososyal olgunlaşmanın, cinsel büyümenin hızlı olduğu bazen de bu değişikliklere uyumda problemlerin yaşandığı çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir (10). DSÖ bu dönemde; sağlıksız beslenme, tütün ve alkol kullanımı, HIV dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, erken gebelikler, sakatlıklar, şiddet, intihar ve kazalar şeklindeki riskli sağlık davranışlarının arttığını bildirmiştir (11, 12, 13). Yine DSÖ ve ortaklarının raporuna göre riskli sağlık davranışları nedeniyle her geçen gün 3000’den fazla adölesanın hayatını kaybettiği, yılda ortalama 1.2 milyon gencin büyük olasılıkla önlenebilir nedenlerden öldüğü bildirilmiştir. Bu ölümlerin 2015’te %65’ten fazlası Afrika ve Güneydoğu Asya’daki düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin çoğu sağlık hizmeti ve sosyal destek sağlanması ile engellenebileceği bildirilmektedir (14). Buna ek olarak fiziksel hareketsizlik (fazla uyuma, TV ve internet karşısında fazla zaman geçirme, oturularak geçirilen zamanın fazlalığı), obezite, hayatın ilerleyen döneminde kronik hastalıklara neden olan pek çok alışkanlığın ergenlik döneminde edinildiği değerlendirildiğinde bu dönemde alınan önlemlerin ve verilen eğitimlerin önemi artmaktadır (13, 15, 16).

Ülkemizin Avrupa Birliği ülkelerine göre oldukça genç nüfusa sahip olması dikkate alındığında, çocuklar ve gençler için düzenlenen politikaların ülkemiz açısından önemli

olduğu görülmektedir (8). Bu politikaların en önemlilerinden biri okul sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalardır (17). Sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi için okul ile ilişkili her bireyin (öğrenci, öğretmen, okul personeli) sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve sağlık eğitimlerin verilmesi, topluma sağlık bilincinin kazandırılması için yapılan çalışmaların tümü okul sağlığı olarak tanımlanmıştır (17,18).

Teknoloji bağımlılığı adölesanlarda son yıllarda sıkça karşılaşılan riskli bir sağlık davranışıdır. Bu durum adölesanlarda sedanter yaşam tarzının gelişmesine ve alışkanlık haline gelmesine yol açmaktadır (12, 19). Teknoloji ile geçen sürede sedanter yaşam süren adölesan ekran karşısında yemek yeme gibi beslenme alışkanlıklarındaki değişimle birlikte gençlik döneminde obezite ve vücut şekil bozukluğu gibi bulguların görülme oranı da artmaya başlamıştır (12). Özellikle ekrana bağlı aktiviteler ekranın şekli ve pozisyonu nedeniyle sürekli sabit pozisyonda oturmaya neden olmaktadır (20). Televizyon izleme, bilgisayar oyunları ve internet kullanımı gibi hareketsiz davranışlar veya azalmış metabolik hız obezite oranını doğrudan etkilediği bildirilmektedir (21). Uzun süreli oturularak yapılan bilgisayar başında harcanan zaman gibi, fiziksel aktivitenin azalması ile obezite gelişiminin yanı sıra kas uzunluğu kısalmakta; bu durum ise yaralanma riskini arttırmaktadır (12). Hareketsizliğin, yaşam standartlarını düşürdüğü, sağlık riskleri, ağrı, depresyon, benlik algısı, anksiyete gibi nedenlerle bireylerin hem iş performansının azalması hem de yapılan harcamaları artırdığı düşünülürse, dünya genelinde ciddi bir ekonomik tehlike olarak görülmektedir (22).

Yapılan birçok çalışma fiziksel aktiviteden uzak, ekrana bağlı aktivitelere fazla zaman harcayan çocukların daha yüksek vücut kitle indeksi değerlerine sahip olduğunu göstermiştir (13, 23-26). Obezitenin enerji alımının enerji harcamalarından fazla olduğu bir kalori dengesizliğinden kaynaklandığı, hareketsizliğin doğrudan kilo artışına neden olmaktadır. ABD'deki 10-19 yaş grubuna uygulanan ulusal düzeyde katılımların olduğu biraraştırmada düşük fiziksel aktivite ve yüksek seviyede hareketsizlik obezitenin oluşmasına neden olduğu tespit edilmiştir (27). Obezite çocuk ve adölesanların %20-30'unun sağlığını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Adölesan dönemde şişman olan bireylerin yetişkin dönemde beraberinde getirdiği birçok sorunun yanı sıra obeziteye yakalanma riskinin %30 daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Bu konuyu ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (28). Adölesan dönemde görülen obezitenin yetişkin döneme taşınması dikkate alındığında sorunun ciddiyeti ortaya konulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma da 10-19 yaş grubundaki bireylerin problemlili internet kullanımı ile obezite ilişkisini saptamak amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın halk sağlığı açısından alınabilecek önlemleri belirlemek ve daha sonraki çalışmalara ışık tutacağı düşünölmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

DSÖ tarafından 10- 19 yaş grubu bireyler olarak tanımlanan adölesan dönemi yalnızca fiziksel büyümenin olduğu değil bilişsel psikolojik ve sosyolojik gelişimin olduğu kimlik kazanımının gerçekleştiği dönemdir (29). Bu dönem bireylerin toplum içinde kendi saygınlığını kazandığı ve sorumluluklarını üstlenmeye başladığı bağımlılıktan bağımsızlığa geçiş yaşandığı için özel dikkat ve özen gerektirir (30). İhtiyaçlarının artması ve kendi yaşam şekillerini belirlemek istemeleri nedeniyle birçok riskli alışkanlık ve bilinçsiz davranış gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır (31). Çeşitli bağımlılıklar (tütün alkol, uyuşturucu madde kullanımı, medya, internet), sakatlıklar, kronik hastalıklar, obezite, intihar, şiddet, hatalı seksüel alışkanlıkları ve enfeksiyonları gibi riskli sağlık davranışları adölesanlar arasında yaygın görülmektedir (11-13). Bu dönemde, adölesanın sağlığını riske edecek davranışlara yönelik farkındalığı düşüktür (32).

Adölesan dönemde riskli sağlık davranışı olan internet ve aşırı ekran bağımlılığı problemi oranlarının artması ile birlikte hareketsiz yaşam tarzı ve düzensiz beslenme (öğün atlama ev dışında yemek yeme ya da ayaküstü atıştırma tarzı beslenme tipik alışkanlıklar)alışkanlıklarının arttığı, buna bağlı olarak obezite prevalansını yükseldiği bildirilmektedir (22, 29). Walker ve ark. (33) tarafından yapılan çalışmada riskli sağlık davranışları sergileyen adölesanlara hemşireler tarafından verilen danışmanlık hizmetleri sonrası fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve bağımlılık gibi davranışlarda olumlu sonuçlar alındığını olumlu sağlık davranışlarını müdahale edilmeyen gruba göre daha fazla sergilediklerini belirtmişlerdir. Dünyada ve ülkemizdeki adölesan nüfusu oranına baktığımızda bu grubun eğitim ve sağlık sorunlarının ne kadar önemli olduğu, kendilerine verilecek sağlık, danışmanlık ve güvenlik hizmetlerinin halk sağlığı açısından önemi ortadadır (34).

2. 2. Obezitenin Tanımı

Eski çağlardan yakın tarihe kadar insanlar, aşırı enerji gerektiren sıkı çalışma koşulları içinde birçok gereksinimlerini karşılamakta zorlanmışlardır. Sık sık gıda sıkıntısı çekilmesi beslenme açısından büyük bir endişeye neden olmuştur. Yakın çağda kilo alımı ve yağ depolanması sağlık ve refah belirtileri olarak görülmüştür (21). Fakat gelişen

teknoloji ile birçok gıda maddesine ulaşımın kolay olması ve sedanter yaşam tarzı obezite prevalansını hızla arttırmıştır (35, 36).

DSÖ tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücudun tamamında ve bölgesel olarak anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanan obezite, iyi beslenmiş anlamına gelen “obezus” sözcüğünden türetilmiş bir kelimedir (28). Farklı bir tanıma göre obezite, enfeksiyon belirtileri olarak bilinen C- reaktif protein, interkolin-6, tümör nekrozis, faktör alfa ve leptin gibi maddelerin kan serum seviyelerindeki değişikliklerden kaynaklı sistemik bir hastalık olarak tanımlanmıştır (37, 38). Obezite; genetik yatkınlık, alınan kalorinin tüketiminden fazla olduğu durumlar, düşük metabolizma hızı, yağ hücreleri, yeme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite gibi nedenlerle vücut yağ dokusunun artmasıyla ortaya çıkan klinik bir durumdur (28, 37, 39). Fazla kilo ve obezite yüzünden yılda en az 2.8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Obeziteden kaynaklı oluşan kalp hastalıkları (hipertansiyon, kolesterol), felç ve diyabet riski gibi birçok sağlık riski yüzünden yaşam kalitesi düşmektedir. ABD’de yapılan çalışmalarda önlenebilir ölüm nedenleri arasında sigara birinci sırada, obezite ikinci sırada gösterilmiştir (35, 38). Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda yetişkin dönemdeki obezlerin 1/3’ünün çocukluk ve ergenlik dönemindeki obeziteden kaynaklı olduğunun tespit edilmesi, obezitenin çocukluk ve adölesan dönemdeki artışının gelecek açısından sağlıksız nesillere sahip olunmasına neden olacağı düşüncesini doğurmuştur (40, 41). Bu sonuç DSÖ ve birçok ulusal ve uluslararası kuruluş, geleceğin toplumunu oluşturacak çocukluk ve adölesan çağı obezitesini önleme, yaşam standartlarını artırma ve beslenme alışkanlıklarını kazandırma için yapılacak çalışmaların gerekliliğini ortaya koymuştur (38). Vücut yağının merkezi veya bölgesel dağılımının yavaş veya hızlı kontrolsüz şekilde artmış olması, aşağıdaki hastalık risklerini beraberinde getireceği düşünülmektedir. Bu riskler genel olarak aşağıda belirtildiği gibidir (35, 36, 38, 42).

- Psikolojik sorunların arttığı (uyku bozukluğu, anoreksiya nevroza (yemek yememe), fazla yeme, gece yeme, toplumsal uyum)
- Nörolojik hastalıkların oluşması riski 2.4 kat kadar arttığı (felç, subaraknoid kanama, periferik ve tuzak nöropatiler)
- Vücut şekil bozuklukları, kas- iskelet sistemi problemleri, deri hastalıkları
- Gebelik, ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonları

- Kardiyovasküler rahatsızlıkların oluşması riski ≥ 29 kg/m² olanlarda 3.6 kat kadar arttığı (hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, periferik damar hastalıkları, koroner arter hastalığı)
- Endokrin ve karaciğer rahatsızlıkları (insülin direnci, hiperinsülinemi, hiperlipidemi, hipertrigliseridemi, düşük ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol düzeyleri)
- Tip 2 Diyabet, Diabetus mellitus
- Kanser riskinin 1.59 kat kadar arttığı (endometrium, safra kesesi, yumurtalık ve meme, kolon ve prostat kanserleri)
- Solunum sıkıntıları (hipoventilasyon sendromu, uyku apnesi, solunum güçlüğü, kronik hipoksi ve hiperkapni)
- Kanser, siroz

Ayrıca bunlara ek olarak obezite çocuklarda ve ergenlerde derslerde başarısızlık, devamsızlık, benlik algısının azalması ve akran iletişiminde güçlükler yaşanması ile ilişkilendirilmiştir (42, 43).

2.2.1. Obezite Prevelansı

Dünyada hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sağlık problemi olan obezite oranları gün geçtikçe artış göstermektedir. DSÖ tarafından yapılan MONICA çalışmasında Asya, Afrika ve Avrupa'nın çeşitli bölgelerinde obezite prevalansının 10 yılda %10-30 arasında bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. ABD merkezli yürütülen NHANES çalışmalarına göre, 2003-2004 yıllarında obezite oranı erkeklerde %31.1, kadınlarda %33.2 olarak tespit edilirken, 2005-2006 yıllarında ise bu oranların erkeklerde %33.3, kadınlarda ise %35.3 olduğu gözlemlenmiştir (43). DSÖ tarafından 2008 yılında dünyadaki yetişkin nüfusunun 1.4 milyar'ının (VKİ ≥ 25 -29,9) fazla kilolu, 500 milyon'unun (VKİ ≥ 30) obez olduğunu, 2030 yılında bu rakamın dünya nüfusunun 2/3'üne ulaşacağı öngörüldüğü bildirilmiştir (44). Yine NHANES 2009-2010 raporuna göre ABD'de obezite oranı ülke nüfusunun %35.7'sidir (35). Dünya nüfusunun %5 oluşturan İngiltere ve ABD'de 2030 yılı itibari ile 76 milyon obez olacağı ve buna bağlı olarak artan komplikasyonların maliyetinin 50-68 milyar dolar olacağı öngörülmektedir (45).

Avrupa ülkelerinde 2008-2009 yılında yapılan araştırmalarda fazla kiloluluk ve obezite oranının kadınlar ve erkekler arasında sistemik bir fark olmadığı (kadınlar%36.9-

56.7, erkekler%51-69.3) fakat erkeklerin fazla kilolulu olma oranları, kadınların ise obez olma oranlarının fazla olduğu görülmüştür (35).

Araştırmalar, yetişkinlerde olduğu kadar, çocuklar ve ergenlerde de hızla obezite oranlarının arttığını ortaya koymuştur. Bu durumun özellikle çocuklarda 1970'lerdeki değerinden on kattan fazla arttığı tespit edilmektedir. ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verilerine göre 2009-2010 yılları arasında 2-19 yaş arası çocuk ve ergenlerde erkeklerde %18.6 kızlarda %15 oranında obez olduğu bu sayının yaklaşık 12 milyon civarında olduğu bildirilmiştir (46).

DSÖ tarafından Avrupa'da yapılan çalışmalarda yetişkinlerin %30-80'inin obeziteden etkilendiği; kadınların %28.8-78.8, erkeklerde ise 31.9-79.3 aralığında olduğu çocukların yaklaşık %20'siaşırı kilolu ve ergenlerin yaklaşık 1/3'ünün obez olduğu raporlanmıştır (47).

TÜİK 2015 (48) verilerine göre 2014 yılında %28.2 olan ABD ve %22.2 olan İzlanda'dan sonra %19.9 ile Türkiye üçüncü sırada obezite oranları en yüksek ülkeler arasında yerini almaktadır, Ülkemizde2008 yılında toplam nüfusun obezite oranı %15,2 iken 2014 yılında %19,9'a yükselerek %31 gibi azımsanmayacak ölçüde bir artış göstermiştir. Bu kadınlarda %32.3, erkeklerde ise %24 olmuştur. Ülkemizde fazla kilolu ve obez kadın oranı %53.5, erkek oranı % 53.8 olduğu bildirilmekte her iki cinsin yarısından fazlası için önemli bir sağlık sorunu olduğu değerlendirilmektedir. TURDEP –I ve TURDEPII anketlerine göre ülkemizde 12 yılda obezite oranları; kadınlarda %34, erkeklerde %107 artış göstermiştir (49).Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun antropometrik ölçümleri değerlendirilmiş %8.2'i obez %14.3'ü fazla kilolu bulunmuştur. Güneydoğu yetişkin obezite sıklığının % 22.9 olduğu, erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (43, 50). Gürkaş ve ark (51) tarafından Gaziantep ilinde sağlık merkezine başvuran 2568 kişi obezite yönünden incelenmiş tüm popülasyondaki obezite prevalansı %27.5 (Erkek %24, Kadın % 29.7) bulunmuştur.

Atamtürk (52) tarafından Gaziantep ilinde 7-14 yaş grubu alt sosyo ekonomik düzeyde yer alan 891 bireyin obezite prevalansını incelemiş erkeklerin %1.49'unun obez, %7.69'unun kilolu, kızların %2.29'unun obez, %3.82'isinin kilolu olduğu diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında “düşük frekanslarda çıktığını belirtmiştir. Buna benzer olarak Oliveria ve ark (53) sosyoekonomik durumun azaldıkça obezite prevalansının azaldığını; çevrenin beslenme alışkanlıkları ve çocukların kendi gıda tercihleri ve yaşadıkları ortamın mikro ve makro değişiminin obezite oluşumunu etkilediğini, 5-9 yaş

grubundaki çocuklarda yapılan bir çalışmada özel okullara kayıtlı öğrencilerin iki kat fazla obez olduğunu (özel okul %13.4 ortak okul %6.5) bildirmiştir.

Kara ve ark. (54) tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanarak Güneydoğu bölgesinde Mardin ve Diyarbakır gibi illerdeki 20 okulda 6- 17 yaş grubu 1912 birey üzerinde yaptıkları çalışmada CDC sınıflamasına göre erkek öğrencilerin %12.3'ü "aşırı kilolu ve %3.4'ü "obez" iken; kız öğrencilerin, %11.1'i "aşırı kilolu ve %3.3'ü "obez" olarak sınıflamışlardır.

2.2.2 Obezitenin Sınıflandırılması

Son birkaç yılda aşırı kilolu ve şişmanlığın çocuklar ve genç kuşaklarda da endişe verici şekilde artması, salgın hastalıkların, ölüm hızının artmasına yaşam kalitesi ve sağlık harcamalarının etkilenmesine neden olmuştur (55). ABD verilerine göre önlenabilir ölüm nedenleri arasında sigara kullanımından sonra ikinci sırada obezite yer almaktadır. Buda özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesi ve aşırı kilo, obezite ve obezite kaynaklı hastalıklarla mücadelede DSÖ ve pek çok kuruluşun harekete geçmesini sağlamıştır (35).

Obezite etiolojisinde ana başlıklar; genetik sebepler, enerji alımını arttıran sebepler ve enerji kullanımını azaltan sebepler olarak sınıflandırılabilir. Bunlar genel olarak aşağıdaki gibi özetleyebiliriz (56).

- Beslenme dengesizlikleri ve obezite; yüksek yağlı, özellikle sature yağlı diyet, kafeterya diyetleri kaynaklı obezitetler.
- Fiziksel inaktivite; postoperatif dönem, yaşlılık, iş ile ilgili nedenlerle hareketsiz yaşam nedeniyle gelişen obezitetler.
- Nörolojik ve endokrin obezitetler; beyin tümörü, beyin tümörü, hipotalamik sendrom, cushing sendromu, hipotiroidi, polikistikover sendromu, psodohipoparatiroidi, hipogonadizm, GH eksikliği, insulinoma ve hiperinsulinizm, veya 8eğerlerdefekti, leptin yetersizliği kaynaklı obezitetler.
- Genetik (Dismorfik) obezitetler; otozomal resesif, PraderWillisendromu, Bardet Biedl sendromu, X'e bağlı kromozomal nedene bağlı obezitetler.
- İatrojenik Obezite; 8eğerle(tirisiklikantidepresanlar oral kontraseptikler, kortikosteroid, glukokortikoidler), hipotalamik cerrahi kaynaklı obezitetler.

Beslenme ve Fiziksel Hareketsizlik Kaynaklı Obezite

Adölesan dönem fiziksel büyümenin hızlanması nedeniyle kalori ihtiyacının da arttığı bir yaşam dönemidir. Bu duruma rağmen bireysel ve çevresel faktörler nedeniyle edinilen kötü beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam tarzı adölesanlarda hem elzem besin maddelerinin eksikliğine hem de obeziteye yol açmaktadır (57). DSÖ 2013-2020 bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü için “Küresel Eylem Planı” adı verilen programın bir parçası olarak 2025 yılında obeziteyi durdurmak ve sağlıklı yaşam için fiziksel aktivite ve düzenli diyet gibi önerilerde bulunmuş, obezitede epidemiyolojik olguları düzenli olarak izlemeyi savunmuştur (58).

Beslenme ve ilgili sağlık davranışlarının iyileştirilmesi ergenlik döneminde aşırı kiloluluk ve obezite ile mücadele için en iyi stratejik yöntemdir (28). Çünkü ergenlik dönemi alışkanlıkları yetişkin dönemdeki birçok davranışı da etkilediği için bu dönemde obezite gelişimi ve komplikasyonlarını hedeflemek büyük önem arz etmektedir (22, 59).

Oliveria ve ark. (53)bilgisayar, video oyunları gibi ekran karşısında az enerji harcayarak zaman geçirilmesi ile birlikte düzensiz ve dengesiz beslenme alışkanlıkları, özellikle enerji yoğunluğu yüksek (yağ oranı yüksek, rafine şeker ve karmaşık karbonhidrattan) fazla ve liflerden kısıtlı diyetler tüketilmesi obezite oranının artması ve bir salgın haline dönüşmesine neden olacağını bildirmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerdeki birçok çocuk yanlış beslenme alışkanlığından kaynaklanan malnutrisyon ve obezite riski ile ergenlik çağına girerek erken ölümle karşılaşmaktadır (60). Hareketsiz bir yaşam süren insanların tüm nedenlere dayalı mortalite açısından% 20-30 yüksek risk taşıdığı her yıl dünyada sedanter yaşam tarzı nedeniyle başta obezite olmak üzere birçok kronik hastalıktan 3.2 milyon insanın hayatını kaybettiği raporlanmıştır. Buda ölüm sebepleri arasında hareketsizliği dördüncü sıraya taşımaktadır (22, 25, 38, 46). Bu ölümlerin %80 gibi büyük çoğunluğu düşük ve orta düzey gelir grubuna ait bireylerdir (22).

Cia ve ark (61) tarafından yapılan çalışmada Avrupa’da kilolu ve obez çocukların %42.9’unun durumun ciddiyetinin farkında olmadığı ve kilolarını hafife aldıklarını saptamışlardır. Kilo algılamasının ailenin yapısı, cinsiyet, yaş gibi faktörlerden etkilendiği, kilo durumlarını doğru algılayan çocukların beslenme tarzı ve fiziksel aktivite durumlarına dikkat ettiği ve kilo verme eğiliminde olduklarını bildirilmiştir.

Psikolojik nedenlerden(dürtüsellik, vücut şeklinden hoşnut olmama, mükemmeliyetçi tutum, düşük öz değerlilik ve aşırı yeme duygusu) kaynaklı yeme

bozuklukları da obeziteye neden olabilmektedir (62). Psikolojik rahatsızlıkların obeziteye neden olabileceği veya obezite nedeni ile psikolojik rahatsızlıkların oluşabileceği düşünülmektedir. Çoğu zaman yeme dürtüsünü durduramayan veya kilo almamak için kendisini kusturan, müsül kullanan çocuklar obezite ve malnütrisyon riskleri ile karşı karşıya gelmektedir. Depresyondaki kilolu veya obez bir çocuk, iştah değişiklikleri, uyku bozukluğu, mutsuzluk ve üzüntü gibi tepkiler gösterebilmektedir. Yeme bozukluğu ve psikolojik rahatsızlığı olan bireylerde öncelikle olan sorun çözülmedikçe obezite ile mücadele edilemeyecektir (22, 63).

Teknolojiyi etkin kullanarak iş yükünün azalması, televizyon ve internet gibi ekran karşısında vakit geçirme vücudun kullanmadığı enerjiyi yağ dokusu olarak depolamasına neden olmaktadır (64). Bu tür alışkanlıklara ayrılan zamanı azaltıp onun yerine fiziksel aktivite zamanını arttırdığımızda ağırlık yönetimine ciddi katkıları olacağı savunulmaktadır. DSÖ gençlerin en az günlük 30-60 dakika egzersiz yapması gerektiğini önermektedir (65).

Dünya adölesan nüfusunun % 80'inin yeteri kadar fiziksel aktivite yapmadığı, ülkemizde erkeklerde ve kadınlarda fiziksel aktivite yapmayanların oranı 12-14 yaş grubunda sırasıyla %41.4 ve %69.8, ve 15-18 yaş gruplarında hiç egzersiz yapmayanların oranı sırasıyla %44.6 ve %72.5 olduğu görülmektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre 6-11 yaş grubu çocukların günlük ortalama 6 saatini televizyon, internet gibi ekran karşısında ya da oturarak hareketsiz şekilde geçirdiği bildirilmektedir(22).

Ailenin beslenme alışkanlıkları ve yaşamın ilk yılları ve çocuk dönemindeki tutumlarında obezite riski açısından çok önemlidir. Yapılan çalışmalar; anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği, anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda anne sütü ile beslenen çocuklara göre, obezite oluşma riskinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (43).

Genetik, Nörolojik ve Endokrinolojik Obezite

Endokrin ve genetik hastalıklar çocukluk çağında nadir görülen obezite nedenleridir (65). Davutoğlu'na (66) göre anne ya da babanın obez olması çocukluk çağı obezitesi için önemli risk teşkil etmektedir. Aile hem beslenme örüntüsü hemde genetik olarak çocuğu etkileyebilir. Anne ve baba fazla kilolu ise çocuklarının obez olma riskiyaklaşık %80'ne yakındır. Ailede anne ya da babadan yalnızca birisi obez olduğu zaman bu risk %40'lara

düşmekte iken, her ikisinde normal kilolu olduğunda %14 orana düşmektedir. Yapılan genetik çalışmalarda, çeşitli genlerin (ob geni, db geni, fat geni, tub geni, agouti geni) obeziteye yatkınlığı arttırdığı ortaya konulmaktadır. Bunlardan ob ve Db genlerinin iştahı azalttığı, leptini sentezlenmesinde ve bağlanmasında rol oynadığı bulunmuştur (57). Obezite patogenezinin anlaşılmasındaki en büyük gelişme leptin ve adiponektin hormonunun keşfidir (66, 67). Adeta bir endokrin bez gibi yağlardan salgılanan leptin ve benzeri hormonlar vücuttaki enerji ve kilo dengesini sağlayan hipotalamusu etkileyerek enerji metabolizması kontrolünde etkili olduğu, enerji dengesinin bozulmasının obezite prevalansının da artmasına neden olduğu bildirilmiştir (68). Enerji regülasyonu ve vücut ağırlığının korunmasında önemli rolleri olan leptin seviyesi vücutta azaldığında kilo almanın kolaylaştığı saptanmıştır. Dışarıdan leptin takviyesi yapılması ile iştah ve gıda alımının azalacağı, yağ kitlesinin azalması ile kilo kayıplarının olacağı beklenmektedir (67). Fakat obez insanların çoğunda leptin'in gıda alımı ve vücut ağırlığı üzerinde çok küçük bir etkisi vardır (65).

Birçok genetik ve endokrin faktör (hipogonadizm, bodurluk, disformik özellikler, hipotroidizm ve zihinsel gerilik) obezite nedeni olabilmektedir. Büyüme başarısızlığı, hipotroidizm, kortizol seviyesinin fazla olması, Cushingsendromu gibi endokrin rahatsızlıklar obezite oluşmasına yol açabilmektedir (63). Bardet- Biedl, Cohen, Prader Willi sendromu, kötü doğrusal büyüme, gelişimsel gecikme, kısa eller ve ayaklar, kısa boy, hipotoni ve genitalhipoplazi obezitenin gelişmesine neden olabilmektedir (63, 65).

Genetik kusurlardan kaynaklanan obezitenin tedavisinde egzersiz ve diyetlerde önemli yol kat edilmiştir. İlaç tedavisi ve gastrik cerrahinin uzun süreli ve en etkili zayıflama yöntemi olduğu, III. Derece obezlerin tedavisinde başarı gösterilmesine rağmen obezite prevalansının keskin bir şekilde artmaya devam etmesi güncel veri ve yaklaşımların önemini ortaya koymuştur (21).

İatrojenik Obezite

Kilo artışı yaygın olarak kullanılan bazı ilaçların sık görülen fakat genellikle gözden kaçan bir yan etkisidir. Duyarlı kişilerde obezite oluşmasının yanı sıra obezite ilişkili komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Fenotiyazin, glukokortikoidler, östrojen, lityum, antitiroid ilaçlar, progesteron, kortikosteroidler, trisiklik anti depresanlar, psikolitik bileşikler kullanan birçok hastada belirgin düzeyde vücut ağırlığının arttığı gözlemlenmiştir (64, 69). Yapılan bir çalışmada monoaminoksidaz inhibitörleri ve trisiklik

antidepresanlar gibi bazı antidepresanlar ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanımını ile obezite arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (65).

2.2.3 Obezitenin Ölçüm Yöntemleri

Obezitenin tespitinde genel olarak kişinin dış görünüşü vücut yağ dağılımı hakkında bir belirti vermeyebilmektedir. Dış görünüş, gözlemsel açıdan bireyin şişman yada zayıf olarak değerlendirilmesine olanak tanır. Fakat zayıf görünen kişinin vücudunda olması gerekenden fazla yağ kilolu gözüken bireyin kas kitlesinin fazla olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenlerden dolayı şişmanlığın saptanması için çeşitli yöntemler oluşturulmuştur (70). Obezitenin değerlendirilmesinde pek çok yöntem olmakla birlikte kullanım kolaylığı, ulaşılabilirlik ve maliyeti önem taşımaktadır (71). Obezitenin ölçüm yöntemleri direkt ve indirekt olarak ikiye ayrılır (19).

- **Direkt ölçüm yöntemleri:** Su altı tartım (vücut yoğunluğu ve hacminin ölçülmesi), manyetik rezonans ve DXA gibi görüntüleme yöntemleri, total vücut elektriksel geçirgenliğin ve biyoelektrik impedans analizi gibi (71).
- **İndirekt ölçüm yöntemleri:** Rölaktif ağırlık, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), bel çevresi gibi çap ve çevre ölçümleri, deri kıvrım kalınlıkları (19, 70, 71).

Bunlardan en çok kullanılan (kg/m^2) diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında iyi fizibilite, maliyet, makul doğruluk ve kolay tekrarlanabilme özelliği sunmaktadır (70, 71). Ancak ölçümü yapacak kişilerin eğitilmiş olması, kullanılan aletlerin kalibrasyonlarının zamanında yapılmış olması, karşılaştırma yapılacak referans değerlerde dikkate alınmalıdır (70).

VKİ(Vücut Kitle İndeksi)

VKİ tekrarlanabilmesi ve kolaylığı sebebi ile en sık kullanılan, kilo(kg) ile boyun metre cinsinden karesinin oranı ile bulunan VKİ, beden kitle indeksi(BKİ) veya bodymass index (BMI) şeklinde kısaltmalarla da anılan obezite tanısı konulmasında en sık kullanılan yöntemdir (72).

Çocuklarda ve ergenlerde obezite tanısında VKİ yönteminin kolerasyon katsayısı yaş ve cinsiyete bağlı 0.39-0.90 arasında olması uluslararası birçok kurum tarafından desteklenmesini sağlamıştır. VKİ, aynı zamanda, uzun dönem mortalite, mevcut kan

basıncı, kan lipidleri ve kan lipoproteinleri, ve obezitenin sekonder komplikasyonlarının belirteçleri ile ilişkilidir (63).

DSÖ tarafından beden kitle indeksi değerlerine göre geliştirilmiş referans aralıkları yetişkinler(19 yaş ve üzeri) için $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ den düşük ise zayıf $18.5\text{-}24.99\text{ kg}/\text{m}^2$ normal kilolu, $25.0\text{-}29.9\text{ kg}/\text{m}^2$ aşırı kilolu $30\text{ kg}/\text{m}^2$ ve daha yüksek beden kitle indeksini obez (I. derece, II. Derece III. Derece) olarak sınıflandırılmıştır (73).

Çocuk ve ergenlerde VKİ percentil değerleri, cinsiyet yaş ve olgunluk seviyesine göre değişiklik göstermektedir (47). Örneğin, altı ve yedi yaşlarındaki çocuklar için ortalama VKİ $16.0\text{kg}/\text{m}^2$, 16 ve 17 yaşlarında ise ortalama $22.0\text{kg}/\text{m}^2$ ye yakın olabilir (74). Yaşa bağımlı VKİ değerleri bir yaşına kadar artış, bir yaşından altı yaşına kadar VKİ değerlerinin düştüğü altı yaş ve ergenlik döneminde bir artış eğilimi olduğu saptanmıştır. VKİ'nin en düşük seviyesine ulaşım ve yükselmeye başladığı noktaya yağlanmanın geri tepmesi denmektedir. Yağlanmanın geri tepmesinin gerçekleştiği yaş yaklaşık altı olarak kabul edilmektedir (71).

Halk sağlığı açısından önemi nedeniyle çocuklukta obezite göstergeleri yakından izlenmelidir. Çocukluk ve ergenlik dönemi obezite göstergelerini ölçmek ya da uluslararası karşılaştırma yapmak zordur. Toplumlar arası farklılıklara nedeni ile çocukluk dönemi obezitesinin standartizasyonu ve yorumlanması için hala ortak bir görüşe varılamamıştır (37, 75). Andropometrik ölçümler yalnız bireyin değil toplum sağlığının değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. WHO tarafından ABD'de yaşayan, bebek, çocuk ve ergenlerin ölçülerinden türetilmiş "uluslararası büyüme standartları" birçok ülke de kabul görmektedir. Bunun yanı sıra genetik ve etnik farklılıklar nedeni ile genellikle yerel ve ulusal yaşa göre ağırlık, boya göre ağırlık veya yaşa göre VKİ percentil tabloları oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu percentil eğrilerin sınır değerleri gerçeğe daha yakın ve çağdaş alternatiflere göre uluslararası temellere daha çok dayanmaktadır (37, 76). DSÖ tarafından 18 yaş altı bireylerde obeziteyi tanımlamak için oluşturulan persentil kesme noktaları belirlenmiş bu kesme noktalarında 85. Ve 95. Persentil arasını aşırı kilolu, 95. Persentil ve üzeri değerleri obez olarak sınıflanmıştır (72, 75, 76).

Neyzi ve ark (76) tarafından geliştirilen 6-18 yaş grubu: İstanbul'un gelişmiş ve ekonomik durumu iyi olan değişik bölgelerinde yer alan ilk ve orta öğretim okullarına 1989-2002 yıllarında devam eden 1100 erkek ve 1020 kız çocuktan toplanarak oluşturulan EK 5'de yer alan yaşa göre vücut ağırlığı EK6'de yaşa göre boy uzunluğu ve EK 7'de yaşa göre VKİ değerleri ülkemizde yaygın halde kullanılmaya başlamıştır.

Özellikle çocuklarda ve adölesanlarda ağırlık ve boy oranı (VKİ) vücut yağ seviyesini tek başına vermeyeceği için üst orta kol ve deri kıvrım kalınlığı gibi antropometrik ölçümler, beslenme durumu, fiziksel aktivite oranı gibi bulguların VKİ ile kombinasyonukullanılmaktadır (77, 78).

Beslenme Sıklığının Saptanması

Düzensiz beslenme (yetersiz veya aşırı) ölümlerin ve hastalıkların gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle bireylerin, besin öğelerini ne ölçüde karşılığı, gerekli dengeyi sağlayıp sağlamadığı saptanıp, gereksinime uygun eğitimlerin verilmesi toplum sağlığının geliştirilmesi için önemlidir. Bireyin beslenme alışkanlığı; ekonomik durum, çevrenin etkisi, bireyin yeme alışkanlıkları, yaş ve hastalık durumu gibi etmenlerden etkilenmektedir (79).

Beslenme durumunun saptanması için değişik yöntemler vardır. Bunlar bir arada ve yalnız başına da kullanılabilirler. Bu yöntemler; besin tüketim sıklığının saptanması, 24 saatlik besin tüketimi, diyet öyküsü ve besin alım türü ve miktarının gözlenmesi şeklindedir (77, 80). Besin tüketim sıklığının belirlenmesi bir takım zorlukları vardır. Yaş, eğitim durumu, hastalık durumu ve zekaseviyesi gibi nedenler tüketilen besinin miktarını hatırlamayı zorlaştırabilir. Tüketilen besin grubu ve miktarının hatırlanmaması ve yanlış bilgi verme gibi nedenlerle hatalı sonuç riski yükselir. Bu nedenle bulunan değerler doğru kayıt edilmeli yaş, cinsiyet, fizyolojik duruma göre değerlendirilmesi ve yorumlanması gerekir (26, 77, 80).

Temel besin öğemiz genel itibari ile tahıl ve tahıl ürünlerinden(ekmek) oluşmaktadır. Beslenme, Sağlık ve Besin Tüketimi Araştırması 1974 verilerine göre halkımız enerji ihtiyacının %58'ini tahıl ürünlerinden karşıladığı toplam enerjinin karşılanmasında ekmeğin payı %44 olarak belirtilmiştir. 2004 ve 2006 yıllarında yapılan iki farklı araştırmada günlük enerjinin karşılanmasında tahıl ve tahıl ürünlerinin payı sırası ile %37 ve %43olarak belirtilmiştir.Günümüzde beslenme şekillerini değerlendirdiğimizde; tahıllar, süt ürünleri, et ürünleri, taze sebze ve meyve kısıtlı; kurubaklagiller, yumurta ve şeker ve bitkisel yağlardan zengin besinlerin diyetinde yer aldığı gözlemlenmektedir (43).

Yetersiz gıda enerjisi ve yetersiz besin maddesi alımının sonuçlarının farkındalığı, dünyadaki sağlık ve gıda ve tarım politikalarını şekillendirmiştir. Günümüzde, obezitenin ve beslenme ile ilişkili komplikasyonların artışı, sağlık, gıda ve tarım sektörleri için önemi küresel çapta artmaktadır. Obezite ve beslenme sorunlarının başlıca sebepleri, fiziksel

aktivite ve diyet alım yetersizliği ortak paydaş olduğuna göre düzenlenen politikalar ve verilen eğitimlerde her iki konuyuentegre etmek gereklidir (81).

Fiziksel Aktivite Oranı(PAR)

DSÖ uzmanları tanımına göre,bazal metabolizma hızı (BMR) vücudun en pasif durumda, sırt üstü hareketsiz yatarken, zihinsel olarak rahat olduğu minimum enerji harcanan durum olarak tanımlanmıştır. Yine DSÖ fiziksel aktivite oranını dakika veya bir saat gibi birim zaman başına bir aktivitenin enerji seviyesinin BMR'nin katı olarak tanımlamıştır. Özel diyetlerde enerji gereksinimi hesaplanırken yapılan faaliyete göre BMR'nin katları kullanılmaktadır (77, 81).

2.3. Problemlı İnternet Kullanımı

Sanayi devrimi ile başlayan teknolojik gelişimin süreci bugün bilgitoplumu başka bir ifade ile dijital çağ olarak anılmaktadır. Son dönemde yaşanan teknolojideki hızlı ilerleme ve değişim, bilginin hızlı dolaşımına yol açmış, dolayısıyla insanlar ve toplumlar arası etkileşimin daha belirgin, daha hızlı, daha kontrolsüz ve doğrudan olmasını kolaylaştırmıştır (82).

1876 yılında Alexander GrahamBell'in telefonu keşfetmesine dayandırılan tüm dünyada bulunan bilgisayarların birbirleri ile belirli bir dil ve kural doğrultusunda birbirine bağlanarak milyonlarca kullanıcının aynı an yada farklı zamanlarda erişim sağladığı iletişim ağına internet denmektedir (83). Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, ilk kez 1965 yılında ABD'de askeri amaçlı bilgisayarların birbiriyle konuşması, haberleşmesi olarak adlandırılan internet arpaNET denen bir ağ sistemi ile kullanılmaya başlamıştır. Ülkemizin internetle tanışması 1983'de ilk bilgisayarların girişinden sonra Ege üniversitesinin girişimleri ile 1987 yılında kurulan Türkiye Üniversite ve Araştırma Kurumları sayesinde 1993 Nisan ayında Ankara-Washington arasında oluşturulan kiralık hat ile gerçekleşmiştir (84).

İnternet sadece bilgi toplama (ödev yapma, araştırma yapma), e-posta kullanma ve alış-veriş yapma amaçlı değil, oyun ve sosyal iletişim kurmada da önemli bir yer tutmaya başlamıştır. Adölesanların internette üzerinden yeni arkadaşlar edinme ve iletişimi sürdürmeleri için sosyal ağ siteleri gibi imkanlar son yıllarda hızla artmıştır (85). Bu sosyal ağ siteleri sosyal bağlantılıığı arttırmakla birlikte kimlik oluşturmaya zarar veren sürekli sahte kimlik oluşturma, zararlı ilişkiler ve çok farklı fikirlere aşırı maruz kalmasına neden olabilmektedir. Böylece adölesanlar interneti gerçek yaşam sorumluluklarından ve gerçek

kimliklerinden kaçmaya yardımcı olarak görmeye başlamakta ve sanal dünyaya daha çok teslim olabilmektedirler Bu durum ise problemlili/patolojik internet kullanımına neden olabilmektedir (86).

Problemlili internet kullanımı kavramı, bireylerin internet kullanımından dolayı yaşamlarının aile ve iş gibi önemli boyutlarında yaşanan bozulmalar, sürekli olarak kullanımı kontrol etmede yaşanan başarısızlık ve kompulsif (takıntılı) kullanım olarak tanımlanmıştır (86, 87). Problemlili internet kullanımının farklı bir tanımında, bireyin yoğun bir biçimde stres yaşamasına ve günlük etkinliklerinin fonksiyonel bozulmasına yol açacak biçimde internet kullanımını kontrol etmedeki yetersizliği olarak tanımlanmıştır. İnternet ile ilişkili davranışları betimlemek için internet bağımlılığı (internet dependency), patolojik internet kullanımı (pathological internet use), internet bağımlılığı bozukluğu (internet addiction disorder) gibi terimlerde literatüre girmiştir (87).

Davis'e (88) göre problemlili internet kullanımı davranışsal ve bilişsel belirtileri olan bireyin internet haricindeki yaşamını yönetmede zorluklar çektiği çoklu bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Morahan-Martin ve Schumacher (89) ise internet kullanımının ruh halini bozduğu, yaşamına zarar verecek seviyede kullanım, görev, yükümlülüklerini yerine getirememe ve internet kullanımı kontrol edememe olarak tanımlanmıştır. Beard ve Wolf (90) ise; ev, okul ve işyerinde çevresi ile sosyal ilişkilerini bozacak yada bireyde psikolojik olarak yaşamsal zorluklar çekmesine neden olacak derecede aşırı kullanım olarak tanımlanmıştır.

Teknolojinin hızla gelişmesinden sonra kullanım oranı çok yüksek olan ve her yaşa hitap eden internet medya araçlarının da içine girmesiyle, bireylerin mesleki, sosyal, özel ve akademik yaşantılarına önemli katkılar sunan medya araçlarının aşırı ve sağlıksız kullanımı da artmıştır (91).

Zhang ve ark (92)'a göre bağımlılık yapan ilaçlarla (örn. Uyarıcılar) benzer şekilde, internette oynanan oyunların dopamin salınımını tetikleyebileceği, oyun ilgili ipuçlarını aramak ve motivasyonel ödüller beyin bölgelerinde aktivasyon artışına sebepolarak daha çok oynamak isteği internet oyun bağımlılığı (problemlili internet kullanımı) gelişmesini teşvik edebileceğini bildirmiştir.

Widyanto, ve McMurrin'a (93) göre ergenler teknolojiye daha çok ilgi duyduklarından interneti diğer yaş gruplarından daha sık kullanmaktadır. Bir yandan ergenlerin teknoloji ile ilişkileri; bilgiye ulaşmalarını, araştırma yapmalarını, problem çözüme, yaratıcılık, kritik düşünme gibi kişisel gelişimlerini destekleyen teknolojik bir mucize olarak değerlendirilirken aynı zamanda internet ve medya araçlarının aşırı

kullanımı bireylerin çevresi ile olan iletişimi, psikolojik(ruh sağlığı) ve genel sağlık durumunda olumsuz etkiler oluşturmaya başlamıştır. İnternet ve medya araçlarının faydalarının yanı sıra zararları ve oluşturduğu riskler hakkında düzenlenecek eğitimler ve yasal düzenlemelerin önemi artmıştır (85, 91).

2.3.1. Problemlı İnternet Kullanımı Prevelansı

Çeşitli ülkelerde çocuk ve adölesanlarda internet bağımlılığı ile ilgili yapılmış çalışma sonuçlarını değerlendirdiğimizde %1.6 ile %12.6 arasında değiştiği rapor edilmiştir (94-101).

Türkiye dünyanın en çok internet kullanıcısı olan ülkeler arasında 18. Sırada yer almaktadır (102). TÜİK 2017 verilerine göre ülkemizin %66.8'in interneti aktif olarak kullandığı; en çok internet kullanma yaş aralığının 16-24 olduğu raporlanmıştır (103).

Çocuk ve adölesanlarda prevelansı ülkemizde yapılan yerel çalışmalarda %7.1 ile % 14.4 arasında değiştiği bildirilmektedir (13, 104-106).

Shi ve MAO ya göre (24) aşırı bilgisayar kullanımının çocuklar ve ergenlerde obezite neden olduğu ve istenmeyen yeme davranışlarında potansiyel istenmeyen etkileri olabileceğini bildirmişlerdir. Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada TV izleme ve bilgisayar kullanma gibi ekrana bağlı, sedanter yaşam alışkanlıklarının obezite prevelansını arttırdığı ortaya konulmuştur (13).

2.4. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Amacı ve Kapsamı

Dünyada okul sağlığı hizmetleri 1789'da Fransız devriminden sonra benimsenmiş okul 1793'te okul idarelerine bu görev verilmiştir. 1842 yılında Fransa'daki tüm okul öğrencilerine doktorlar tarafından sağlık taramaları yapılmıştır. Okul sağlığı hizmetleri örgütü ilk kez 1874'te Brüksel'de kurulmuştur. Okul doktorları resmi olarak ilk 1883'te Almanya'da göreve başlamış bunu 1990'da Londra takip etmiştir. 1888 yılında Japonya okullarda düzenli sağlık taraması yapma kararı almıştır. Okul sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı birimlerine alınması ilk kez Kopenhag'da 1897 yılında olmuştur (20).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile 1930 yılında Sağlık Bakanlığının sorumluluğuna verilmiştir. Okul sağlığı hizmetlerinin amacı; toplumun geleceğini oluşturan çocukların ruhsal, bedensel ve toplumsal sağlığa ulaşmalarını sağlamaktır. Bunun için uygun çevre koşullarının düzenlenmesi, sağlık

eğitimi verilmesi, öğrenci sağlığı değerlendirilmesi, korunması, erken tanı ve tedavi için düzenli sağlık taramaları yapılması ve okul çalışanlarının sağlığı gibi temel sağlık hizmetleri vardır. Sağlıklı bir çevrede gelişen sağlıklı çocukların, aile ve toplum refahıda yükselecektir (8, 20, 107). Okul sağlığı hizmetleri, ilgili sağlık personelinin yanı sıra toplumu oluşturan her birey ve aile iş birliği ile mümkündür. Okul sağlığı ekibi; okul sağlığı hemşiresi, doktor, veliler, psikolog, ders ve rehber öğretilenleri, diş doktoru, odyolog ve sosyal hizmet görevlilerinden oluşur. Okul sağlığı ekibi verilecek sağlık ve danışmanlık hizmetleri hakkında yetkili mercilerden destek almalıdır (108).

Okul hemşiresi: Okul sağlığı hemşiresinin görevleri okul toplumunun sağlık durumunun tedavi edici, rehberlik edici, korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için gerekli eğitimi almış, yönetici, araştırmacı eğitici ve bakım verici özellikleri bulunan sağlık meslek üyesidir (18).Okul sağlığı hemşiresi; sağlığı koruma, geliştirme, sürdürme, hastalık halinde iyileştirici ve rehberlik edici rolleri bulunur (108).

Okul Çalışanlarının Sağlığı: Öğretilenler, okul yöneticileri ve diğer okul personeliyle ilgili uygulanan sağlık hizmetleridir. Fiziksel ve sosyal olarak çalışma ortamı çalışanların durumunu etkileye bildiği gibi dolaylı olarak öğrencilerin sağlık, eğitim ve başarı durumlarını da etkileye bilmektedir. Bedenen ve ruhen doyum içinde çalışan öğretilenlerin öğrencilerinin ruhsal gelişimleri ve derslerde başarıları üzerine etkisi vardır (8, 108) Okul sağlığı hemşiresi hazırlayıp yürüttüğü sağlık eğitimi danışmanlık programına öğretilenleride dahil etmelidir (108). Çünkü okuldaki öğretilenlerin sağlık eğitimi veren sağlık ekibinin içinde yer alması öğrenciler üzerinde hem rol model olmaları hemde olumlu sağlık davranışı kazanmalarında son derece önemlidir (8).

Sağlık Eğitimi: Sağlıklı bir toplum oluşturulması ve bu durumun korunması, geliştirilmesi ve yaşam biçimi haline getirmesi için etkili bir sağlık eğitimi vermek gerekmektedir (109). Sağlık Eğitimi; bireylerin olumsuz sağlık davranışlarını yok edip gerekli bilgi ve davranışı kazandırmak, sağlık hizmetleri yararlanılmalarını sağlamak, sağlıklı birey ve toplum oluşturmak için uygulanan eğitim yöntemleridir (110). Sağlık eğitimi uygulamalarından biride okullarda verilen sağlıklı eğitimleridir (109). Evde ve ailede başlayan sağlık eğitiminin en etkin verileceği yer okuldur. Okulda gelişen sağlık eğitim toplumun gelişmesine de katkı sağlar. Okul çocuğunu henüz kötü alışkanlıklar edinmeden onu faydalı alışkanlıklarla donatmak kolay ve ucuzdur (110).

Yapılan eğitimler öğrencilerde; hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı çevre oluşturma, psikolojik ve sosyal yaşam düzeni kurma, sağlıklı beslenme, zararlı alışkanlıklardan

kaçınma ve sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar kazanması amaçlanmalıdır. Bu eğitimi verecek kişilerin öncelikle eğitim verdiği bireylerin neye ihtiyaı olduğuna, kültürel, sosyal, ekonomik ve fiziksel yapısına, alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olması gerekir (107, 110).

Sağlık Taraması: Okul kabul muayenesi ve okul süresi boyunca düzenli aralıklarla yapılan taramalar; ruhsal bozukluklar, anatomik problemler, işitme, görme, inmemiş testis, ağız ve diş sağlığı, büyüme ve gelişme, kansızlık gibi sağlık sorunlarının basit yöntemlerle tespiti ve bu hastalıkların oluşmasını önlemek için önemlidir. Sağlık düzeyi yüksek öğrencilerin anlama ve öğrenme potansiyellerinin yükselmesi, sağlıklı ve bilinçli toplumların oluşması hem de hastalıkların yaratacağı sağlık harcamalarının azaltılması anlamına gelmektedir (107).

İlkokula başlarken yapılacak olan muayeneler çocukların ihtiyaçlarına göre uygun okulun ve özel eğitime ihtiyaının olup olmamasının belirlenmesi için şarttır ve bazı ülkelerde yasal olarak zorunlu hale getirilmiştir. Sağlık sorunu ve özel durumu olan öğrenciler belirlenip, özel eğitim ve refakatçi ihtiyaçlarının karşılanması için eğitmenler ve veliler bilgilendirilmelidir (111).

Yapılan okul sağlığı taramalarından büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesi önemli bir halk sağlığı göstergesidir. Büyüme ve gelişmeyi genetik faktörler, sosyal ve kültürel çevrenin etkisi, yaşam tarzı, beslenme şekli, hastalıklar etkilemektedir. Sağlıklı ocukların yaş ve cinsiyete göre boy ve kiloları geniş bir yelpazede yer almaktadır ve düzenli takibi obezite ve boy kısalığı gibi problemlerin erken dönemde tespiti için önemlidir (35).

Bir halk sağlığı sorunu olan obezite ocuk ve adölesanlarda alarm verici seviyededir. Sağlık Bakanlığı 2015 yılı verilerine göre dünya genelinde 700 milyon obez 2.3 milyar fazla kilolu birey vardır. Çocukluk ve adölesan dönem obezite oranları çok hızlı bir şekilde artmaktadır yarım asır önceki değerlere göre 10 kat fazla bir artış göstermiştir (112).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 n çalışma raporuna göre Türkiye’de 6-18 yaşta fazla kilolu olanlar %14.3, fazla kilolu ve obez olanlar %22.5 olarak bulunmuştur (50).

Birçok alışma aktif yaşam biçiminin büyüme ve gelişmeyi önemli rol oynadığını göstermektedir. Zamanlarının büyük çoğunluğunu ekrana bağlı aktiviteler karşısında geçiren bireyler günlük yaşam aktiviteleri için daha az enerji harcarlar. Televizyon izlemek, fiziksel aktivite ve vücut kompozisyonu arasında da bir ilişki olduğu

bildirilmektedir. Daha fazla televizyon seyreden ve daha az fiziksel aktiviteye katılan çocuklar daha yüksek VKİ değerlerine sahip olma eğilimi göstermişlerdir (113).

Okul çevresinin düzenlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin rolü; okulun konumu, binanın yapısı, sınıfların büyüklüğü sıralar, binanın çevresi, oyun sahaları, tuvaletler, atıkların yok edilmesi, ısınma, aydınlatılması ve havalandırılması gibi çocukların sağlığını olumlu veya olumsuz etkileyecek fiziksel ve sosyal konuların hepsini denetler. Okul sağlığı hizmetlerini yürüten hemşire, öğrencilerin sağlık taramalarının yanı sıra fiziksel ve toplumsal çevre yapısı (trafik düzenlemesi, su sanitasyonu, çevre temizliği, bulaşıcı hastalıklar, uyuşturucu, sigara, alkol gibi zararlı madde kullanımı ve şiddet) kontrol altına alınması ve önlenmesi için yetkili kişileri uyarmalıdır (8, 107).

Bagby ve Adams'a (114) göre okul sağlığı hemşiresi ve beden eğitimi öğretmenlerinin ve birlikte yürüteceği kanıta dayalı rehberlik hizmetleri ile fiziksel aktivite oranlarını arttırılması ve sadanter yaşam tarzından azaltılmasını sağlamak ucuz ve kolay bir yöntemdir. Bu yöntemle obezite oranlarının azaltılabileceği veya yükselmesini engellenebileceği düşünölmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Bu araştırmada, 10-19 yaş adölesanların problemlili internet kullanımları ile obezite gelişmesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı bir çalışma yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında Gaziantep İl Milli eğitim Bakanlığı Özel Erdem Kolej'inde 5 ve 12. Sınıflarda öğrenimine devam eden 8 sınıf düzeyindeki öğrencilerle yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Gaziantep ili özel Erdem kolejinde öğrenimine devam eden 10-19 yaş arası adölesanlar oluşturmaktadır. Örneklemi ise; çalışmaya katılmasınavelilerin ve kendilerinin onamı bulunan 474 öğrenci temsil etmektedir (%63.53).

Araştırmada örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir.

3.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın uygulaması için gerekli etik onay Hasan Kanyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne etik kurul başvurusu yapıldı. Etik kurul izni (Ek-3) alındıktan sonra, yasal olarak herhangi bir problem ortaya çıkmaması için Gaziantep Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden de (Ek-4) yazılı izin alındı.

Araştırmanın örneklemine oluşturacak öğrenciler ve ailelerine;

- Araştırmamız gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Çalışmaya katılmakta özgür oldukları istedikleri takdirde araştırmanın her evresinde vazgeçme haklarının olduğu alınan bilgilerin gizlilik ilkesine uygun saklanacağı ve bu araştırma dışında kullanılmayacağı güvencesi verildi. Çalışmaya katılmaya gönüllü öğrencilerin kendi rızası ve velilerinden onam alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1 Sosyodemografik Verileri Toplama Formu

Adölesan bireylerin anne ve babasına ait verileri içeren bölüm yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, kronik hastalık ve boy, kilo, bilgilerini içeren beşer sorudan oluşmaktadır. Adölesana ait verileri içeren bölüm yaş, cinsiyet kaçınıcı sınıfta okuyor, ailedeki çocuk sayısı, sosyal güvence, ailenin gelir durumu, beslenme alışkanlıkları, uyku ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgileri içeren 17 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Beslenme, Egzersiz ve Antropometrik Verilerin Saptanması

Anket formundaki, adölesanlarda obezitenin saptanması için kullanılan beslenme düzeyinin saptanması ve fiziksel aktivite düzeyi ve antropometrik ölçümler, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Beslenme Diyetetik bölümü öğretim üyelerinden bilgi alındıktan sonra literatür çalışmaları ile desteklenerek oluşturulmuştur. Araştırmanın verileri yüz yüze anket yöntemi ile elde edildi, antropometrik (boy ve kilo) ölçümler araştırmacı tarafından ölçüm yapılarak VKİ değerleri hesaplandı.

70) Beslenmenin Durumunun Saptanması

Beslenmenin saptanması için katılımcılara düzenli kaç öğün tükettiği, düzenli kahvaltı yapıp yapmadığı, yatmadan önce yeme alışkanlığının olup olmadığı, internet karşısında atıştırma isteği ve buna ek olarak 4 temel besin grubunu (1. Et, yumurta, kurubaklagil grubu, 2. Ekmek ve tahıl grubu, 3. Sebze ve meyve grubu, 4. Süt ve süt ürünleri grubu) haftada ne kadar tükettiğini hesaplamak için Pekcan ve arkadaşlarının (80) oluşturduğu besin tüketim sıklığı formundan yararlanarak (hiç tüketmem, her öğün, her gün, haftada 1 -3 kez, haftada 3-6 kez) 5 likert tip bir tablo oluşturulmuştur.

b) Fiziksel Aktivite Oranın(PAR) Saptanması

Katılımcılara son bir hafta içerisinde yaptığı aktivitelerde (uyku, uzanma, oturarak, ayakta ağır ve hafif aktiviteler, spor faaliyetleri) 24 saatlik zaman diliminde ortalama kaçar dakika yaptığı sorulmuştur. Her aktivite için harcanan zaman bazal metabolik hızın katları cinsinden fiziksel aktivite katsayısı (PAR=Physical Activity Ratio) değeri ile çarpılarak toplamış 1440'a bölünerek 1 dk'da harcattığı enerji değeri hesaplanmıştır. Bu değer 2.00-2.40 olması ağır derecede aktif enerjik, 1.70-1.99 olması aktif veya orta derecede

aktif yaşam tarzı, 1.40-1.69 olması ise sedanter veya hafif aktivite yaşam tarzı olarak sınıflandırılmıştır (117,118)

Yapılan aktiviteye göre PAR değerleri,

- Uzanarak yapılan işler (uyku, dinlenme, televizyon izleme, bilgisayar kullanma, kitap okuma, müzik dinleme vb) de geçirilen zaman 1 katsayısı ile çarpıldı.
- Oturarak yapılan aktiviteler (okulda ders dinleme, kitap okuma, televizyon ve bilgisayar kullanma vs) de geçirilen zaman 1.75 katsayısı ile çarpıldı.
- Ayakta yapılan hafif aktiviteler (oyun oynama, yavaş yürüme, bahçe işleri vb) de geçirilen zaman 2.75 katsayısı ile çarpıldı.
- Ayakta yapılan orta aktiviteler (orta hızda yürüme, bahçe temizleme vb.) de geçirilen zaman 3 katsayısı ile çarpıldı.
- Ayakta yapılan ağır aktiviteler (yük taşıma vb.) de geçirilen zaman 5 katsayısı ile çarpıldı.
- Hafif egzersiz/ spor faaliyetlerin (aerobik yapma, hızlı yürüme) de geçirilen zaman 3.5 katsayısı ile çarpıldı.
- Orta egzersiz/ spor faaliyetlerin de (voleybol, tenis, dans, halk oyunları) geçirilen zaman 5.5 katsayısı ile çarpıldı.
- Ağır egzersiz/ spor faaliyetleri (basketbol, futbol, yüzme, uzun mesafe koşu, kürek çekme vb.) geçirilen zaman 7 katsayısı ile çarpıldı.

c) Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler çocuk ve adölesanlarda, büyüme ve gelişme, vücut yağ seviyesi ve vücuttaki dağılımı, obezitenin tespiti ve derecesinin sınıflandırılmasında kullanılan ölçümlerdir. Bu bağlamda bireylerin; yaşa göre boy kilo ölçümleri yapıp VKİ değerleri hesaplandı, 85. Ve 95. Persentiller arası aşırı kilolu 95. Persentilin üzeri obez kabul edildi (63, 76).

Boy ölçümü; ayakta ayakkabı ve çoraplar çıkarılmış şekilde saç kabartacak toka kurdele bere gibi materyaller çıkartıldıktan sonra yapıldı. Vücut tam dik (Hazirol vaziyeti) topuklar, kalça, sırt omuz ve baş (Frankfort düzlemde karşıya bakacak) taşınabilir metreye degecek şekilde 1mm hassasiyette yapılmıştır. Bulunan değerler boy persentillerine EK 6'ye göre değerlendirilmiştir (35, 76).

Kilo ölçümleri düz ve sert zemine yerleştirilmiş, 0.1kg ölçüm hassasiyeti olan kalibrasyonu yapılmış elektronik tartı ile çıplak ayakla yapılmış katılımcıların üzerinde ki

okul forması hesap edilerek 0.5kg düşülerek kayıt edilmiştir. Ölçümler tüm yaş gruplarına sabah on ila onbir arasında yapılmıştır. Bulunan değerler EK 5'deki persentil değerlerle karşılaştırılmıştır. Her ölçüm öncesi tartının sıfırlandığı kontrol edilmiştir (35, 76, 117). VKİ hesaplaması vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesinin oranı alınarak hesaplanmıştır. Bulunan değerler yaş ve cinsiyete göre EK 7'de yer alan tabloya göre zayıf, normal, kilolu ve obez olarak sınıflandırılmıştır.

ÖRN VKİ: $61/(1,5)^2=27.1$ kg/m² (13 yaşındaki kız çocukları için VKİ 95. Percentil 25.8kg/m² olduğuna göre obez olarak sınıflandırılır.

3.5.3 Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği (PİKO-E)

Yukarda bahsedilen anket formu ile geçerlik güvenirliği 2014 yılında Esra Ceyhan ve ark. (115, 116) tarafından yapılan beşli likert tipi 27 sorudan oluşan (PİKO-E) Problemlı İnternet Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır

Problemlı internet kullanım ölçeği ilk olarak 2007'de üniversite öğrencileri için Ceyhan ark (116) tarafından geliştirilen ve geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda 33 maddelik beşli likert tip "Hiç uygun değil" (1 puan), "Nadiren uygun" (2 puan), "Biraz uygun" (3 puan), "Oldukça uygun" (4 puan) ve "Tamamen uygun" (5 puan) ölçek oluşturulmuştur. Ölçekte puan hesaplaması yapılırken 7. Ve 10. Sorular ters puanlı sorulardır. Problemlı internet kullanım davranışı düzeylerini belirlemeye yönelik bir ölçek olarak tanımlanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar; proplemlı internet kullanımının arttığına ve bağımlılık potansiyeli geliştiğine işaret etmekle birlikte, yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilediğine işaret etmektedir (86, 116). Daha sonra 2014 yılında ölçek yazarları tarafından ergenler için yeniden düzenlenmiş geçerlik güvenirliği yapılmış ve 27 madde ve üç alt ölçek olmak üzere yapılandırılmıştır (115).

- Alt ölçek 1: İnternet aşırı kullanımı
- Alt ölçek 2: İnternetin olumsuz sonuçları
- Alt Ölçek 3: İnternetin sosyal fayda/sosyal rahatlık

3.6. Verilerin Toplanması

Anketler öğrencilere sunulmadan önce velilere çalışma hakkında gerekli bilgiler verilmiş istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları hatırlatılıp onamları alınmıştır.

Çalışmaya gönüllü ailelere ankette (Ek-4) olan anne babaya ait boy ve kilo bilgileri yüz yüze veya telefonda sorularak bireylerin kendi verdiği bilgiler kayıt edilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler yüzdeler, ortalama veya standart sapma şeklinde verilmiş SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Değişkenler arasında ilişkiler kolerasyon analizleri, Ki-kare testi, ve t testi ile belirlendi. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Tablolar yorumlanırken ‘‘p’’ 0.05 ten küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı büyük olanlar anlamlı değil olarak yorumlanmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan 474 adölesan öğrenciden elde edilen verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular şu başlıklar altında verilmiştir.

Adölesanlara ait tanıtıcı veriler

- Adölesanların sosyodemografik özelliklerini tanıtıcı bulgular.
- Adölesanlar ve ailerinde var olan kronik hastalıklara ait bulgular.
- Adölesanların ve anne, babalarının vücutkitle indeksi bulguları
- Adölesanların beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumlarına ait veriler.

Adölesanlar ait kolerasyon analizleri, Ki-kare testi, ve t testi istatistik verileri

- Cinsiyete göre fiziksel aktivite alt gruplarının karşılaştırılması.
- Adölesana ait tanıtıcı veriler, VKİ, fiziksel aktivite değeri (PAR) ve beslenme alışkanlıklarına göre problemler internet kullanım ölçeği ve alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Tablo 4.1. Adölesanların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı (n=474)

	Sayı	Yüzde
Yaş (=14.94± 2.09)		
10-14	180	38.0
15-19	294	62.0
Cinsiyet		
Kız	229	48.3
Erkek	245	51.7
Ailedeki Çocuk Sayısı		
1-3	339	71.5
4 ve üzeri	135	28.5
Kaçıncı Sınıfta Okuyor		
5. sınıf	44	9.3
6. sınıf	32	6.8
7. sınıf	49	10.3
8. sınıf	59	12.4
9. sınıf	88	18.6
10. sınıf	96	20.3
11. sınıf	58	12.2
12. sınıf	48	10.1
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar- ilkokul	159	33.5
Lise	141	29.7
Üniversite ve Üstü	174	36.8
Baba Eğitim Durumu		
Okuryazar- ilkokul	104	22.0
Lise	125	26.3
Üniversite ve Üstü	245	51.7

Bu araştırmaya katılan adölesanların (n=474) yaşları en düşük 10 en yüksek 19 dur. Katılımcıların % 51.7' si erkek (n=245), % 48.3 kız (n=229) öğrencidir ve yaş ortalaması 14.94±2.09 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu (%62) 15 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %28.5'inin (n=135) üç ve daha fazla sayıda kardeşi bulunmaktadır. Yalnız %6.1'i (n=29) tek çocuktur (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan adölesanların %38.8'i (n=184) ilk öğretim, % 61.2'si (n=290) ortaöğretimde bulunmaktadır (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan adölesanların eğitim durumlarını incelendiğinde;annelerin % 66.5'inin, babaların % 78'inin lise ve üstü eğitim seviyesine sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.1).

Bu araştırmaya katılan adölesanların anne ve babalarının çalışma durumları, ailenin gelir durumu ve sosyal güvence durumlarını incelediğinde, annelerin % 35.4'ü (n=168), babaların %89'unun (n=422) çalıştığı, %4'ü (n=19) gelirin giderden az olduğunu ve % 5.5'i (n=26) herhangi bir sosyal güvencesi olmadığını ifade etmiştir. (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Anne, Baba ve Adölesan Öğrencilerin Kronik Hastalıklar Dağılımı

Hastalık Bilgileri	Sayı	Yüzde
Anne'ye ait hastalık verileri (n=83**)		
Hipertansiyon	26	28.26
Diyabet	20	21.73
Romatizma	15	16.3
KOAH- Astım	12	13.04
Anemi	8	8.69
Kalp damar	7	7.6
Kanser	4	4.34
Baba'ya ait hastalık verileri (n=102**)		
Kalp damar	34	26.77
Diyabet	33	25.98
Hipertansiyon	32	25.19
KOAH- Astım	12	9.44
Romatizma	7	5.51
Anemi	5	3.93
Kanser	4	3.14
Adölesanlara ait hastalık verileri (n=42)	42	
KOAH- Astım	25	59.55
Anemi	8	19.0
Kalp damar	3	7.15
Diyabet	3	7.15
Romatizma	3	7.15

**n katlanmıştır

Bu araştırma katılan adölesanların ebeveynlerinin kronik hastalık durumları gözlemlendiğinde annelerin %17.5'inde (n=83) babaların % 21.5'inde (n=102) kronik bir rahatsızlığı olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırmaya katılan adölesanların annelerine ait kronik rahatsızlıkların, % 28.26'sı (n=26) hipertansiyon, %7.6'sı (n=7) kalp damar rahatsızlıkları, %21.73'ü (n=20) diyabet, %4.3'ü (n=4) kanser, % 16.3'u (n=15) romatizmal rahatsızlıklar, % 8.69'u (n=8) anemi, % 13.04'ü (n=12) KOAH- astım olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Bu araştırmaya katılan adölesanların babalarına ait kronik rahatsızlıkların % 25.19'u (n=32) hipertansiyon, % 26.77'si (n=34) kalp damar rahatsızlıkları, %25.98'i (n=33) diyabet, % 3.14'ü (n 4) kanser, % 5,51'i (n=7) romatizmal rahatsızlıklar, 3.93'ü (n=5) anemi, % 9.44'ü (n=12) KOAH- astım olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcılara ait kronik hastalıkların %59.55'i (n=25) KOAH- astım , %19'u (n=8) anemi, %7.15'i (n=3) gibi eşit oranda romatizmal hastalık, diyabet ve kalp damar rahatsızlıkları olduğu saptanmıştır(Tablo 4.2).

Tablo 4.3.Anne, Baba ve Adölesan Öğrencilerin VKİ Dağılımları

VKİ sınıflamaları	Sayı	Yüzde
Anne		
Zayıf- Normal	190	40.3
Kilolu	209	44.2
Obez	73	15.5
Toplam	472	100
Baba		
Zayıf- Normal	119	25.5
Kilolu	249	53.4
Obez	98	21.1
Toplam	466	100
Tüm adölesanlar		
Zayıf- Normal	309	65.2
Kilolu	33	7.0
Obez	132	27.8
Toplam	474	100
Erkek adölesanlar		
Zayıf- Normal	153	61.4
Kilolu	16	6.6
Obez	76	31
Toplam	245	100
Kız adölesanlar		
Zayıf- Normal	156	68.1
Kilolu	17	7.4
Obez	56	25.5
Toplam	229	100

Bu araştırmaya katılan adölesanların annelerine ait VKİ değerleri incelendiğinde; annelerin %40.3'ü (n=190) zayıf ve normal iken; %59.7'sinin (n=282) kilolu ve obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Bu araştırmaya katılan adölesanların babalarına ait VKİ değerleri incelendiğinde; annelerin %25.5'i (n=119) zayıf ve normal iken; %74.5'sinin (n=374) kilolu ve obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Bu araştırmaya katılan adölesanların VKİ değerleri tüm grup için % 34.8'i normal sınırların üzerinde (kilolu ve obez) olduğu cinsiyet dağılımlarında erkeklerde yaklaşık on adölesandan dördünün (%37.6), kızlarda yaklaşık on adölesandan üçünün (%32.9) kilolu veya obez oldukları görölmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Adölesan bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına ait verilerin dağılımı

Besin alım alışkanlıkları	Sayı	Yüzde
Günlük ana öğün		
1 Öğün	50	10.5
2 Öğün	217	45.8
3 Öğün	207	43.7
Günlük ara öğün		
Tüketmiyor	110	23.2
1 Öğün	195	41.1
2 Öğün	141	29.7
3 Öğün	28	5.9
Günlük düzenli kahvaltı yapma durumu		
Evet	248	52.3
Hayır	226	47.7
Yatmadan önce yeme alışkanlığı		
Evet	160	33.8
Hayır	314	66.2
İnternet, TV karşısında yeme alışkanlığı		
Her zaman	74	15.6
Genellikle	118	24.9
Bazen	241	50.8
Hiçbir zaman	41	8.6

Bu araştırmaya katılan adölesanların beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıkları incelediğinde düzenli olarak kaç kez ana öğün tüketiyorsunuz sorusuna %43.7'si (n=207) 3 öğün cevabını vermiştir. Günlük düzenli ara öğün tüketim sıklığına % 23.2' si (n=110) hiç ara öğün tüketmem derken %76.8'i (n=364) en az 1 öğün ara öğün aldığı, %52.3'ü (n=248) düzenli olarak kahvaltı yaptığı, %66.2'si (n=314) yatmadan önce yeme-içme alışkanlığı olmadığı cevabını vermişlerdir (Tablo 4.4).

İnternet, TV gibi ekran karşısında geçirilen aktivitelerle birlikte yeme alışkanlıkları değerlendirildiğinde adölesanların %15.6'sı (n=74) her zaman, %24.9'u (n=118) genellikle cevabı verirken %8.6'sı (n=41) hiçbir zaman cevabını vermişlerdir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5.Adölesan bireylerin besin grupları tüketim sıklıklarına ait verilerin dağılımı

Besin Grupları	Sayı	Yüzde
Ekmek ve tahıl grubu		
Hiç tüketmem	14	3.0
Her öğün	113	23.8
Her gün	188	39.7
Haftada 1-3 kez	67	14.1
Haftada 4 ve fazlası	92	19.4
Meyve sebze grubu		
Hiç tüketmem	12	2.5
Her öğün	35	7.5
Her gün	231	48.7
Haftada 1-3 kez	101	21.3
Haftada 4 ve fazlası	95	20.0
Süt ve süt ürünleri grubu		
Hiç tüketmem	28	5.9
Her öğün	28	5.9
Her gün	166	35.0
Haftada 1-3 kez	152	32.0
Haftada 4 ve fazlası	100	21.2
Et, yumurta, kurubaklagil grubu		
Hiç tüketmem	19	4.0
Her öğün	20	4.2
Her gün	89	18.8
Haftada 1-3 Kez	233	49.2
Haftada 4 ve fazlası	113	23.8

Buarştırmayakatılan adölesanların besin grupları tüketim sıklığı incelendiğinde; ekmek ve tahıl grubunun %39.7'si (n=188) her gün, % 23.8'i (n=113) her öğün tüketirim derken % 3'ünün (n=14) hiç tüketmediği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Katılımcıların meyve ve sebze grubunu tüketim sıklığı incelendiğinde ; %48.7'si (n=231) her gün, % 7.5'i (n=35)her öğün tüketirim derken, % 2.5'inin(n=12)hiç tüketmediği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Katılımcıların süt ve süt ürünleri grubunu tüketim sıklığı incelendiğinde; %35'i (n=166) her gün, % 5.9'u (n=28) her öğün tüketirim derken, % 5.9'unun (n=28)hiç tüketmediği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Katılımcıların et, yumurta ve kurubaklagil grubunu tüketim sıklığı incelendiğinde % 18.8'i(n=89) her gün, % 4.2'si (n=20) her öğün tüketirim derken, % 4'ünün (n=19) hiç tüketmediği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Adölesan bireylerin cinsiyete göre PAR düzeylerinin karşılaştırması

PAR	Sayı	$\bar{X} \pm Ss$	t	p
Cinsiyet				
Kız	229	1.64±0.20	3.323	0.001
Erkek	245	1.72±0.21		

Bu araştırmaya katılan adölesanların cinsiyetlerine göre PAR düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı derecede erkeklerin PAR değerinin ($\bar{X} \pm Ss = 1.72 \pm 0.21$) kızlardan ($\bar{X} \pm Ss = 1.64 \pm 0.20$) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Adölesan bireylerin cinsiyete göre PAR alt gruplarının ortalamalarının karşılaştırılması

	PAR						χ^2	p
	Sedanter		Hafif Enerjik		Ağır Enerjik			
Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kız	141	61.5	77	33.6	11	4.9	7.606	0.022
Erkek	129	52.6	89	36.3	27	11.1		

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyete göre fiziksel aktive grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.022$; $\chi^2 = 7.606$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Adölesan bireylerin yaş gruplarına göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
YAŞ				
10-14 (n= 180)	14.60±4.80	28.85±12.32	15.71±6.64	65.22±22.56
15-19 (n= 294)	16.06±4.43	30.08±11.97	15.33±6.10	67.7313±21.35
t	-3.372	-1.073	0.632	-1.215
p	0.001	0.284	0.527	0.225

Araştırmaya katılan adölesanların yaş grupları ile PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; 15-19 yaş grubundaki adölesanların ($\bar{X} \pm Ss=16.06 \pm 4.43$) 10-14 yaş grubundakilere göre “İnternet aşırı kullanımı” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss=14.60 \pm 4.80$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılan adölesanların yaş grupları ile PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; 15-19 yaş grubundaki adölesanların 10-14 yaş grubundakilere göre “İnternet olumsuz sonuçlar” “internet sosyal fayda” alt ölçekleri ve Toplam PİKO ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamasına rağmen; en yüksek puan ortalamasına 15-19 yaş grubunda yer alan adölesanların sahip olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Adölesan bireylerin cinsiyete göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Cinsiyet				
Kız (n= 229)	15.31±4.83	27.38± 11.31	14.45± 6.02	62.87± 20.82
Erkek (n= 245)	15.70±4.43	31.70±12.47	16.44± 6.42	70.43±22.17
t	-0.901	-3.943	-3.482	-3.818
p	0.368	0.001	0.001	0.001

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyete göre PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; erkek adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 31.70 \pm 12.47$) kızlara göre “internet olumsuz sonuçlar” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 27.38 \pm 11.31$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyete göre PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; erkek adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 16.44 \pm 6.42$) kızlara göre “internet sosyal fayda” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 14.45 \pm 6.02$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyete göre PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; erkek adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 70.43 \pm 22.17$) kızlara göre Toplam PİKO ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 62.87 \pm 20.82$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyete göre PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; erkek adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 15.70 \pm 4.43$) kızlara göre “internet aşırı kullanımı” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 15.31 \pm 4.83$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Adölesan bireylerin VKİ gruplarına göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
VKİ				
Zayıf ve Normal (n=309)	15.35±4.70	28.97±11,84	15.02±6.13	65.52±21.32
Kilolu (n=33)	14.57±4.22	28.81±9,76	14.63±6.10	64.18±18.95
Obez (n=132)	16.12±4.52	31.33±13,12	16.73±6.62	70.36±23.36
Toplam (n=474)	15.51±4.63	29.61±12,10	15.47±6.30	66.77±21.83
f	2.043	1.845	3.739	2.538
p	0.131	0.159	0.024	0.080

Araştırmaya katılan adölesanların VKİ 33eğerleri ile PİKO alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; obez adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 16.73 \pm 6.62$) zayıf-normal ($\bar{X} \pm Ss = 15.02 \pm 6.13$) ve kilolu ($\bar{X} \pm Ss = 15.02 \pm 6.13$) olanlara göre “internet

sosyal fayda” alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.10).

Katılımcıların VKİ değerleri ile toplamPİKO ve “internet aşırı kullanımı” “internet olumsuz sonuçlar” alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen; en yüksek puan ortalamasına obez grupta yer alan adölesanların sahip olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Adölesan bireylerin cinsiyete göre VKİ grupları ile PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

		İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
		$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Kız Adölesanlar	VKİ				
	Zayıf ve Normal (n=156)	15.20±4.96	27.19±10.89	14.05±5.71	62.21±20.04
	Kilolu ve Obez (n=73)	15.56±4.56	27.79±12.22	15.27±6.61	64.28±22.46
	t	-0.529	-0.375	-1.426	-0.702
	p	0.483	0.598	0.708	0.155
Erkek Adölesanlar	VKİ				
	Zayıf ve Normal (n=156)	15.50±4.42	30.78±12.51	16.01±6,40	68.90±22.11
	Kilolu ve Obez (n=73)	16.02±4.45	33.23±12.31	17.14±6,43	72.96±22.14
	t	-0.885	-1.496	-1.326	-1.393
	p	0.165	0.377	0.135	0.186

Bu araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet grupları içi VKİ değerleri ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen; en yüksek puan ortalamasına kilolu-obez grupta yer alan adölesanların sahip olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Adölesan bireylerin yatmadan önce yeme alışkanlığı durumuna göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Yatmadan önce yeme-içme				
Evet (n=160)	16.69±4,65	32.18±12.28	16.54±6,49	72.04±22.17
Hayır (n=314)	14.91±4,51	28.31±11.82	14.93±6.14	64.10±21.20
t	4.004	3.325	2.645	3.795
p	0.001	0.001	0,008	0.001

Araştırmaya katılan adölesanların yatmadan önce yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 16.69 \pm 4.65$) hayır cevabını verenlere göre “internet aşırı kullanımı” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 14.91 \pm 4.51$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan adölesanların yatmadan önce yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 32.18 \pm 12.28$) hayır cevabını verenlere göre “internet olumsuz sonuçlar” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 28.31 \pm 11.82$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan adölesanların yatmadan önce yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 16.54 \pm 6.49$) hayır cevabını verenlere göre “internet sosyal fayda” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 14.93 \pm 6.14$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan adölesanların yatmadan önce yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 72.04 \pm 22.17$) hayır cevabını verenlere göre toplam PİKO puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 64.10 \pm 21.20$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Adölesan bireylerin internet kullanımı sırasında yeme-içme alışkanlığı durumuna göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
İnternet Karşısında yeme-içme				
Her zaman (n=74)	18.28±4.10	35.79± 13,08	17.73±6.72	78.47±22.67
Genellikle (n=118)	16.00±4.59	30.14±11.25	15.44±5.98	68.16±20.70
Bazen (n=241)	14.81±4,35	27.97±11,47	14.68±5.88	63.46±20.61
Hiçbir zaman (n=41)	13.19±4,93	26.60±12,77	16.17±7.85	61.19±21.83
f	15.858	9.286	4.687	10.586
p	0.001	0.001	0.003	0.001

Araştırmaya katılan adölesanların internet karşısında yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; her zaman cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 18.28 \pm 4.10$) genellikle ($\bar{X} \pm Ss = 16.00 \pm 4.59$), bazen ($\bar{X} \pm Ss = 14.81 \pm 4.35$) ve hiçbir zaman ($\bar{X} \pm Ss = 13.19 \pm 4.93$), cevabını verenlere göre “internet aşırı kullanımı” alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan adölesanların internet karşısında yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; her zaman cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 35.79 \pm 13.08$) genellikle ($\bar{X} \pm Ss = 30.14 \pm 11.25$), bazen ($\bar{X} \pm Ss = 27.97 \pm 11.47$) ve hiçbir zaman ($\bar{X} \pm Ss = 26.60 \pm 12.77$), cevabını verenlere göre “internet olumsuz sonuçlar” alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan adölesanların internet karşısında yeme-içme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; her zaman cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 17.73 \pm 6.72$) genellikle ($\bar{X} \pm Ss = 15.44 \pm 5.98$), bazen ($\bar{X} \pm Ss = 14.68 \pm 5.88$) ve hiçbir zaman ($\bar{X} \pm Ss = 16.17 \pm 7.85$), cevabını verenlere göre “internet sosyal fayda” alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Adölesan bireylerin düzenli kahvaltı yapma durumlarına göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Düzenli kahvaltı yapıyor musunuz				
Evet (n=248)	14.64±4.43	27.59±10.68	14.79±5.98	63.07±19.92
Hayır (n=226)	16.47±4.66	31.84±13.16	16.23±6.57	70.85±23.12
t	-4.372	-3.871	-2.496	-3.933
p	0.001	0.001	0,008	0.001

Araştırmaya katılan adölesanların düzenli kahvaltı yapma alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 14.64 \pm 4.43$) hayır cevabını verenlere göre “internet aşırı kullanımı” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 16.47 \pm 4.66$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.14).

Araştırmaya katılan adölesanların düzenli kahvaltı yapma alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 27.59 \pm 10.68$) hayır cevabını verenlere göre “internet olumsuz sonuçlar” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 31.84 \pm 13.16$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.14).

Araştırmaya katılan adölesanların düzenli kahvaltı yapma alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm SS = 14.79 \pm 5.98$) hayır cevabını verenlere göre “internet sosyal fayda” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm SS = 16.23 \pm 6.57$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.14).

Araştırmaya katılan adölesanların düzenli kahvaltı yapma alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 63.07 \pm 19.92$) hayır cevabını verenlere göre toplam PİKO

puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 70.85 \pm 23.12$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Adölesan bireylerin ailenin gelir durumuna göre PİKO ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İnternet aşırı kullanımı	İnternet olumsuz sonuçlar	İnternet sosyal fayda	Toplam PİKO
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Ailenin gelir durumu				
Gelir gidere denk (n=285)	15.24±4.69	28.31±11.12	15.02±5.91	64.71±20.48
Gelir giderden fazla (n=189)	15.93±4.51	31.59±13.24	16.17±6.82	69.90±23.43
t	-1.605	-2.914	-1.952	-2.553
p	0.109	0.004	0.008	0.001

Araştırmaya katılan adölesanların aile gelir durumuna göre PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; gelir gidere denk olan adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 15.24 \pm 4.69$) gelir giderden fazla olanlara göre “internet aşırı kullanımı” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 15.93 \pm 4.51$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.15).

Araştırmaya katılan adölesanların aile gelir durumuna göre PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; gelir gidere denk olan adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 28.31 \pm 11.12$) gelir giderden fazla olanlara göre “internet olumsuz sonuçlar” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 31.59 \pm 13.24$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15).

Araştırmaya katılan adölesanların aile gelir durumuna göre PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; evet cevabını veren adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 15.02 \pm 5.91$) gelir giderden fazla olanlara göre “internet sosyal fayda” alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 16.17 \pm 6.82$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15).

Araştırmaya katılan adölesanların aile gelir durumuna göre PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada; gelir gidere denk olan adölesanların ($\bar{X} \pm Ss = 64.71 \pm 20.48$) gelir giderden fazla olanlara göre toplam PİKO puan ortalamaları ($\bar{X} \pm Ss = 69.90 \pm 23.43$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15).

5. TARTIŞMA

Bu kısımda çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerin literatüre göre karşılaştırıp tartışması yapılmıştır.

5. 1. Adölesanların tanıtıcı (sosyodemografik) verilerin tartışılması

Adölesanlarda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Çam ve Nur (13) 13-18 yaş grubu ile yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 15.72 ± 1.14 olduğu cinsiyet dağılımı erkek ve kızda eşit %50'dir. Eliacik ve ark (119) tarafından yapılan çalışmada 71 obez ve kontrol grubu olan 64 normal bireyden oluşmaktadır. Yaş ortalaması obezlerin 13.6 ± 1.8 , normal katılımcıların ise 13.9 ± 1.3 olduğu, tüm grubun % 39 erkekler oluşturmuştur. Alpaslan ve ark (120) tarafından yapılan çalışmada 584 adölesanın yaş ortalaması 16.12 ± 1.04 olduğu cinsiyet dağılımına bakıldığında %34.8 ve %65.2 kızlar oluşturmuştur.

Bu araştırmaya katılan adölesanların yaş ortalaması $14,94 \pm 2,09$ 'dur. Cinsiyet dağılımı % 51.7' si erkek, % 48.3'ü kızlardan oluşmaktadır (Tablo 4.1).Yapılmış çalışmalara göre yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımı uyumlu olduğu saptanmıştır. Araştırmalar 10-14 yaş grubu çocukların % 64'ünün günde bir saatten fazla bilgisayar kullandığını göstermektedir (121). Adölesan grubun diğer yaş gruplarına göre teknolojiye ilgilerinin fazla olması da (93) araştırmanın doğru yaş grubuna yapıldığını ortaya koymaktadır

TNSA 2008 (122) verilerine göre ideal çocuk sayısı 2.5 olarak belirtilmiştir. Doğu ve Güneydoğu bölgesi için 2.1 ile 3.2 arasında değişmektedir. TNSA 2013 (7) verilerine göre ülkemizde doğurganlık oranı 2.26'dır. TÜİK 2015 (123) Türkiye doğum istatistikleri raporuna' göre bu oran 2.14'e düşmüş ve Gaziantep için bu oran 2.60 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmaya katılan adölesanların kardeş sayısı incelendiğinde; %6.1'i ailenin tek çocuğu olduğunu %71.5'i, 1-3 kardeş olduklarını bildirmiştir (Tablo 4.1). Buda grubumuzun Türkiye ailedeki çocuk sayısı verileri ile uyumlu olduğunu gösterir.

TNSA 2008 (122) raporunda Güneydoğu Anadolu bölgesinde kadınların %57'sinin okuma yazma bilmediği belirtilmiştir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda eğitimi olmayanların oranının en yüksek olduğu bölge Güneydoğu Anadolu bölgesidir kadınların %48'i erkeklerin %19 hiç eğitim görmemiştir. TÜİK 2016 (124) verilerine göre ülkemizde yüksekokul veya fakülte mezunu olan toplam nüfus oranı %15,5 olup bu oran erkeklerde %17,9 kadınlarda ise %13,1'dir. Bu araştırmaya katılan bireylerin anne ve babalarının

eğitim durumu incelendiğinde (annelerin %36.8'i üniversite ve üstü, babaların %51,7) olduğu görölmektedir (Tablo 4.1). Buna göre anne babanın eğitim düzeyi Türkiye ortalamalarının üstünde görölmektedir. Bunun nedeni çalışma grubunun özel okul öğrencileri olması nedeni ile sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bunu destekler şekilde TNSA 2008 (122) verilerinde hane halkı refah düzeyinin yüksek olması okula devam etme oranını % 87.5 arttırdığını bildirmiş. TNSA 2013 (7) aile refah düzeyi yüksek ve en yüksek olan gruplarda kadınlarda üniversite ve üzeri eğitim alma durumu sırası ile %37.8, %56.9 olduğunu bildirmiştir.

TÜİK 2016 (124) raporuna göre 15 ve üzeri yaş grubu için nüfus içerisinde çalışma oranı % 46 olduğu kadınlarda %27.5, erkeklerde % 65 olarak belirtilmiştir. Bu araştırmada anne babanın istihdam durumuna baktığımızda bu oranların üzerinde olduğu görölmektedir (Tablo 4.1). Bunun nedeni annenin ve babanın eğitim seviyesinin yüksek olması yada hane refahı ile ilgili olabilir. Bunu destekler şekilde TNSA 2013 (7) verileri göre Güneydoğu Anadolu bölgesinde kadınların çalışma oranı % 20.9 olduğu, hane refahı en yüksek ailelerde bu oranın % 38.4, lise ve üzeri okul mezunu olanların % 40.1 olduğu saptanmıştır.

5. 2. Adölesaların kronik hastalıklarına ait verilerin tartışması.

Adölesaların obezite, fiziksel aktivite ve beslenme durumları kronik hastalıklardan etkilendiği bilinmektedir. Adölesanlarda oluşan kronik hastalıkların bazen kalıtsal olabildiği yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Adölesanların anne ve babalarının kronik hastalık durumlarını incelediğimizde; İlçe ve Ayhan'ın (125) Bolu'daki yaptıkları çalışmada yetişkin ve yaşlı bireylerde en çok görölen kronik hastalıkları en yüksek %60.7'sinin hipertansiyon, sonra %19.6'sının diyabet olduğunu bildirmişlerdir. Turhanoğlu ve ark (126) tarafından Diyarbakır'da 510 kişi ile yaptıkları çalışmada yetişkin ve yaşlılarda en sık görölen kronik hastalıklar hipertansiyon, osteoartrit ve osteoporoz ve olduğu belirtmişlerdir. Bu araştırmada literatüre benzer şekilde adölesanların anne ve babalarında en çok görölen kronik hastalıkların, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon ve diyabet olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 2).

Adölesanlara ait kronik hastalık verilerini incelediğimizde; TÜİK 2013 (7) verilerine göre adölesanlarda en çok görölen kronik hastalık dolaşım sistemi ve solunum sistemi hastalıklarıdır. Dünyada ve ölkemizde yapılan çalışmalarda adölesanlarda; en düşük %10.7, en yüksek %60 oranlarında görölen solunum sistemi hastalıklarının (rinit,

KOAH/astım) en sık karşılaşılan kronik hastalık grubunun olduğunu bildirmişlerdir (127-129)

Bu araştırmada literatürlere benzer şekilde kronik hastalığım var diyenlerin arasında en çok %59.55 ile KOAH/Astım olduğu saptanmıştır(Tablo 4.2).Literatüre göre bu oranın yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni adölesan bireylerin hafif gribal enfeksiyonları KOAH gibi tanımlıyor olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Okul sağlığı hemşiresi olarak kronik hastalıkların tespiti ve tedavisi için düzenli sağlık taramaları yapılarak sağlığın sürdürülmesi, korunması ve iyileştirilmesine yönelik rehberlik hizmetleri verilmelidir. Kronik hastalıklar ve korunma yolları hakkında sağlık eğitimleri düzenlenmelidir.

5.3. Adölesaların VKİ, besin tüketim alışkanlıkları ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının tartışılması

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 (117) verilerine göre Türkiye’de obez ve kilolu olma sıklığı erkeklerde % 59.6, kadınlarda %79.7 olduğu saptanmıştır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde kilolu ve obez olma oranı %67.2 olarak belirtilmiştir.TURDEP II (49) ön raporuna göre obezite oranı kadınlarda % 44.2 erkeklerde 27.3 olduğu saptanmıştır. Tüm popülasyonda obez ve fazla kilolu olma oranının % 68.7 olduğu bulunmuştur.TNSA 2013 (7) verilerine göre kadınlarda kilolu ve obez olma oranı %54.5olduğu saptanmıştır. Güneydoğu Anadolu bölgesi için bu oran %64.2 olarak belirtmiştir.Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması 2011 (130) raporuna göre obez ve kilolu olma oranı erkeklerde %52, kadınlarda %54 olduğu saptanmıştır. TÜİK 2015 (48) raporuna göre obez ve kilolu olma oranı kadınlarda %53.5, erkeklerde % 53.8 olduğu saptanmıştır.Gürkaş ve ark (51) tarafından Gaziantep ilinde sağlık merkezine başvuran 2568 kişiyi obezite yönünden incelenmiş obezite prevalansını %27.5 bulmuştur. Bu oranın erkeklerde %24, kadınlarda % 29,7 olduğu saptanmıştır.TEKHARF 2017 (131) raporuna göre Obezite prevalansı en yüksek Güneydoğu ve Karadeniz bölgelerinde (erkeklerde %35, kadında %61) bulunmuştur.

Bu araştırmada ebeveynlerin kilolu ve obez olma durumları annelerde % 59,7 babalarda % 71,5 saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu oranlar literatüre baktığımızda Türkiye verilerine göre kadınlarda düşük erkeklerde yüksek çıkmıştır (7, 49, 117). Bunun nedeni bölgenin beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik durum ve aile yapısından kaynaklanıyor olabilir.

Ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan araştırmalarda 6-19 yaş gruplarında kilolu ve obez olma sıklığı % 6.11 ile %30.8 arasında olduğu bildirilmektedir (7, 52, 54, 117, 120).

Bu araştırmaya katılan adölesanların obezite sıklığıının erkeklerde %37,6 kızlarda %32.9 bulunmuştur (Tablo 4.3).Literatüre göre verilerimizin yüksek olduğu görölmektedir. Bunun nedeni anne, babanın obez ve kilolu olma durumu, bölgenin beslenme alışkanlığı olan fazla proteinden ve yağdan zengin diyet, ayakta atıştırma gibi hatalı beslenme alışkanlıkları yada fiziksel aktivite oranlarının düşük olmasından veya özel okul öğrencileri olduğu için sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasından kaynaklı olabileceği de düşünölmektedir.Bunu destekler şekilde Oliveria ve ark (53) özel okul ve sosyoekonomik durumu yüksek olan bireylerin daha çok hatalı beslenme alışkanlıkları edindiği ve obezite oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Verilere göre erkeklerin ve babaların obezite oranları kızlara ve annelerine göre daha yüksektir(Tablo 4.3).Bunun nedeni adölesan kızların beden imajına daha çok özen göstermesi ve dolaylı olarak besin alım miktarına dikkat etmesi olduğu tahmin edilmektedir. Bunun yanı sıra değerlendirilmesi gereken bir diğer konuda yapılmış çalışmaların yakın yıllara ait olmaması olabilir. Bunu destekler şekilde son 30 yılda Amerika’da obezite sıklığıının 2-5 yaş grubunda 2 kat, 6-11 yaş grubunda 3 kat ve 11-19 yaş grubunda 2 kat artığı gözlenmiştir (134). Obezite oranlarını düşöre bilmek yada yükselmesini önleye bilmek için okul çevresinde, kantinde satılan sağlığa olumsuz besinlerin denetlenmesi, beslenme alışkanlıkları saptanıp birey için doğru egzersiz ve diyet tedavileri uygulanmasının faydalı olacağı açıktır. Düzenli sağlık taraması ile obezite ve obezite kaynaklı komplikasyonlar saptanabilir. Verilen rehberlik hizmetleri, düzenlenen aktiviteler ve sağlık danışmanlık hizmetlerinde adölesan ve ailesi birlikte ele alınması da son derece etkili ve yararlı olacaktır.

Yeterli ve dengeli beslenmenin temel kurallarından ilk sırada yer alan ise öğün atlamamasıdır. Literatürde bildirilen araştırma sonuçlarına göre ölkemizde adölesanlar arasında öğün atlama davranışı çok sık rastlanan bir durumdur; adölesanların %14 ila %62 arasında öğün atladıkları, özellikle kahvaltı yapmadıkları bildirilmektedir (26, 133-139).Bu araştırmada literatüre benzer olarak adölesanların yarısından fazlası (%56.3) öğün atladığı ve yaklaşık yarısının (% 47,7) kahvaltı yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Okul sağlığı hemşiresi özellikle kahvaltı ve düzenli beslenmenin önemini içeren sağlık eğitimleri düzenlemeli ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için rehberlik hizmetleri sunmalıdır.

Yapılan birçok çalışmaya göre yatmadan önce ve televizyon internet karşısında yeme-içme alışkanlıkları obeziteye neden olabileceği öngörölen hatalı beslenme alışkanlıklarıdır. Vinai ve ark. (140) tarafından akşam yatmadan önce bir şeyler yeme ve içmenin (Nocturnal Eating Syndrome, NES) psikolojik bir bozukluk olabileceğini, bu

grubun günlük enerji ihtiyacının %25'ten fazlasını yatmadan önceyada gece yarısı uykudan kalkarak yediği ürünlerden karşıladığı saptamıştır.Dülger ve Mayda (137) yaptıkları çalışmada bireylerin %43.9'uyatmadan önce bir şeyler yeme- içme alışkanlığı sergilediğini, Savaşhan ve ark (135) tarafından yapılan çalışmada % 69.9'unun TV karşısında abur cubur tükettiğini saptamıştır.Sevige ve ark 3250 adölesanla yaptığı çalışmada; haftalık atıştırma sıklığıen çok okulda 4-6 kez, TV izlerken 3-5 kez ve arkadaşlarla 2-4kez olarak bulunmuştur.

Buarastırmada adölesanların% 33.8'inin yatmadan önce yeme alışkanlığı olduğu ve %16'sının her zaman, %75,7'sinin genellikle veya bezen internet karşısında yeme alışkanlığı olduğu bulunmuştur. Literatür çalışmalarına göre incelediğimizde yatmadan önce yeme alışkanlığının düşük internet karşısında geçirilen zaman içerisinde atıştırma alışkanlığının fazla olduğu saptanmıştır. Adölesan bireylerin okuldan eve geldiklerinde önce zamanlarını ödev yapma ve sonrasında TV ve internet karşısında geçirmesi zaman geçirmek için bir şeyler yiyip içmesine neden olabilmektedir. Buna ek olarak TV ve internette çıkan sağlıksız atıştırma reklamları ile fazla karşılaşmalarının yansımaları olabilir. Bunu destekler şekilde; Yağmur ve Güneş (141) göre toplumun beslenme alışkanlıklarının pazara sunulan ürünler ve reklamların etkilediğini belirtmiştir.

Yapılan çalışmalar besin gruplarının hatalı tüketilmesinden kaynaklı; elzem alınması gereken besinlerin eksikliği yada fazlalığı nedeni ile çeşitli sağlık sorunları ile karşılaşılabilceğini bildirmişlerdir. Aslan ve ark(142) 787 kişi ile yaptığı çalışmada günlük yenilen besin grupları içinde tahıl ve tahıl payının %37 olduğunu saptamıştır.Pekcan ve ark(143) 1627 kişi ile Ankara'da yaptıkları çalışmada günlük yenilen besin grupları içinde tahıl ve tahıl payının % 43 olduğunu saptamıştır.Kutlu ve Çivi'nin (144) 357 öğrencide yaptıkları çalışmada et süt ve yumurta grubunu her gün tüketim % 23,5 olarak belirtilmiştir. Mogaç'a (145) göre 2014 yılında İzmir'de yapılan bir çalışmada yapılan bir çalışmada her gün meyve- sebze tüketenlerin oranı % 31,1 olarak verilmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarliteratürle karşılaştırıldığında besin gruplarını tüketim sıklıkları meyve ve sebzenin yüksek süt ve süt ürünleri grubunun düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Çalışmalar arasında ki farkın bölgesel ve kültürel beslenme alışkanlıklarından kaynaklı olduğu varsayılmaktadır.

Literatürde adölesanlarda fiziksel aktivite oranları ile cinsiyet arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Baş ve ark.(146) yaptıkları çalışmada kızlarla(%37,6) erkeler(%29,6) arasında fiziksel hareketsizlik yönünden anlamlı fark olduğunu, erkeklerin daha enerjik

olduğunu bildirmişlerdir. Aksoydan ve Çakır (26) yaptıkları kızların erkeklere göre daha inaktif olduğunu bulmuşlardır. Yabancı ve Pekcan (147) yaptıkları çalışmada PAR değerini erkeklerde kızlara göre daha yüksek olduğunu aralarındaki farkın anlamlı olduğunu bildirmişlerdir ($p < 0,05$) (erkeklerde 1.62 ± 0.03 , kızlarda $1,54 \pm 0.03$).

Feldman ve ark (148) ise 733 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin kızlara göre daha enerjik bir yaşam sergilediklerini bildirmişlerdir. Aksoydan ve Çakır (26) tarafında Kocaeli ilinde rastgele örnekleme yöntemi ile 319 adölesan üzerinde yapılan çalışmada %79'unun sedanter yaşam tarzı sergilediklerini saptamışlardır.

Bu araştırmada literatüre benzer şekilde erkeklerin PAR değeri kızlara göre ($p = 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Tablo 4.6). ($p < 0,05$). PAR alt gruplarına göre baktığımızda kızların %61.6'sı erkeklerin %51.7'si sedanter yaşam tarzı benimsediği aralarında ($p = 0,022$) anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($p < 0,05$) (Tablo 4.7).

Fiziksel aktivite oranlarının çok düşük olduğu görülmektedir. Okul sağlığı hemşiresi olarak fiziksel aktivite oranının yükseltilmesi için düzenli egzersiz programları düzenlemek ya da basketbol, voleybol gibi aktivitelere yönlendirmek gerekmektedir. Bu yaş grubunda kazanılan alışkanlıkların yetişkinlik dönemini etkilediği bilinmektedir. Fiziksel aktivitenin yararları ve sedanter yaşamın zararları hakkında farkındalık oluşturmak ve bir alışkanlık haline getirmek obeziteden kurtulmayı ve yetişkin dönemde obez olma riskini azaltmayı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.4. Adölesanların sosyodemografik verileri, beslenme alışkanlıkları ve PAR değerinin PİKO ve alt ölçekleri ile karşılaştırılmasının tartışılması

Literatürde, adölesanlarda problemlili internet kullanımı davranışı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (13, 149,150). Özellikle 11-12 yaş grubunda en az, 15-16 yaş grubunda daha fazla internet kullanıldığı bildirilmiştir (151). Bu araştırmada da, literatüre paralel olarak, 10-14 yaş grubunda problemlili internet kullanımı davranışının 15-19 yaş grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu çalışmaların aksine Doğan ve ark (152) tarafından yapılan çalışmada problemlili internet kullanımı ile yaş arasında ilişki olmadığını ortaya koymuşlardır ($p > 0,005$). Çalışmalar arasındaki farkın; örneklem büyüklüğü ve çalışmanın dizaynından kaynaklanıyor olabileceği değerlendirilmektedir. Yaş yükseldikçe aile kontrolünden uzaklaşarak, dışarıda geçirdiği sürenin uzamasıyla, bireylerin telefon, internet kafe gibi kitle iletişim cihazlarına daha kolay ulaşılabilmesi internet kullanım oranlarının artmasında etkili olduğu

düşünülmektedir. Halk sağlığı hemşiresi olarak teknolojiyi yararlı şekilde kullanmanın önemi ve zararları hakkında okul öncesi dönemden yetişkin döneme tüm bireylere eğitim vermek, danışmanlık hizmetleri yürütmek ve konu ile ilgili farkındalık oluşturmak gerekir.

Problemlı internet kullanımı her iki cinsiyetin üzerinde da olumsuz sağlık davranışlarına yol açmaktadır. Hem ülkemizde hemde dünyada yapılan birçok çalışmada, erkek adölesanlarda problemlı internet davranışının daha fazla görüldüğü ortaya konulmuştur (26, 120, 149, 152-159). Bu çalışmada da literatüre paralel olarak, erkek adölesanların problemlı internet kullanım davranışlarının yüksek olduğı saptanmıştır (Tablo 4.9). Bu sonuca göre, okul çağı dönemde özellikle erkek adölesanlar problemlı internet kullanımı açısından risk grubu olarak ele alınmaları ve yürütülecek programlarda öncelikli olmaları önerilmektedir.

Günümüzde obeziteye yol açan en önemli faktörün sedanter yaşam tarzı olduğı kabul edilmektedir. Bireylerin sedanter yaşam yönlendiren en önemli unsurlar ise; özellikle evde ve işte bilgisayar, televizyon vb. ekran karşısında geçirilen sürenin uzamasıdır. Literatürde, ekran karşısında geçirilen sürenin artması ile obezitenin görülmesi arasında kuvvetli neden sonuç ilişkisi olduğu bildirilmektedir (23, 25, 26, 119, 120, 160-164).

Bu araştırmada literatüre benzer olarak;obez olan bireylerin PİKO ve alt ölçeklerinden aldığı ortalama puanın en yüksek olduğı bulunmuştur (Tablo 4.10). Bunun nedeni internetin sedanter bir yaşama neden olması, internet karşısında yemek yeme, internette kaynaklı psikolojik sorunlar olabilir. Bu çalışmaların aksine literatürde ekran süresi ve obezitenin arasında ilişki olmadığını savunan çalışmalara da rastlanmaktadır (132, 165). Bu farkın çalışmanın örneklemin büyüklüğü, çalışmanın dizaynı, yeri ve zamanı kaynaklı olabile düşünölmektedir.

Literatürde; problemlı internet kullanımı ile obezite arasındaki ilişkinin cinsiyet gruplarına göre farklılık gösterebildiğı bildirilmiştir (163, 164).Bu araştırmada isecinsiyet içi; VKİ değerleri ile PİKO ve alt ölçekleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.11). Her iki cinsiyet için risk değerlendirmesi yapılarak uygun sağlık eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Literatürde, Problemlı internet kullanımı davranışı ile sağlıksız yeme alışkanlıkları ilişkili olduğı belirtilmektedir.

Alpaslan ve ark (120) göre gençler de sağlıksız yeme alışkanlığı ile kitle iletişim araçların aşırı kullanımı arasında anlamlı ilişki vardır.

Çelik ve ark (166) Karadeniz bölgesinde 314 öğrenci ile yaptıkları çalışmada problemlili internet kullanımı ile yeme tutumları arasında anlamlı bir pozitif korelasyon olduğunu ($r = 0.77, p < 0.01$) saptamışlardır.

Kim ve Chun (167) tarafından yüksek riskli İnternet kullanıcılarında öğün atlama sıklığının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir

Özument (168) adölesanların %92 gibi büyük bir kısmının günlük en az bir saat televizyon ve bilgisayar karşısında zaman geçirdiği ve bunların % 70'inin ekran karşısında atıştırmak gibi riskli sağlık davranışı sergilediğini belirtmiştir.

Mendoza ve ark. (160) göre ekran karşısında fazla zaman geçirilmesi ile öğün atlama ve ekran karşısında atıştırmaya arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır.

Hsing ve ark (156) kahvaltı atlama alışkanlığı sergileyen bireylerde problemlili internet kullanımı oranı anlamlı düzeyde 1.8 kat arttığını saptamıştır.

Nalwa ve ark (169) kahvaltı atlama alışkanlığı ile internet bağımlılığı arasında istatistiksel ilişki saptamışlardır.

Bu araştırmada yatmadan önce yeme alışkanlığı ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.12). Ekran karşısında yeme alışkanlıkları ile PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.13). Kahvaltı yapmama ile PİKO ve alt ölçekleri ($p < 0,05$) (Tablo 4.14). Bu veriler literatürle uyumlu şekilde problemlili internet kullanım alışkanlığı arttıkça sağlıksız beslenme alışkanlıkları olan yatmadan önce yeme-içme, ekran karşısında atıştırmaya, kahvaltı öğününü atlama gibi olumsuz davranışların arttığı görülmüştür. Öğün atlama ve düzensiz beslenme gelişim dönemi olan adölesanda ciddi bir sorundur psikolojik nedenlerden kaynaklanıyor ise çözüm yollarını belirlemek önemlidir. Problemlili internet sorununu çözmek internet karşısında atıştırmalıklar ile ekstra kalori alımını azaltıp obezite oranını azaltabilir.

Literatürde, adölesanlarda problemlili internet kullanımı davranışı ile ailenin sosyoekonomik durumunun ilişkili olduğu, sosyoekonomik düzeyi yüksek adölesanların daha çok sedanter davranış sergilediklerini bildirmektedir (96, 120, 170-174)

Bu araştırmada adölesanların aile gelir düzeyi yükseldikçe toplam PİKO ($p = 0,011$) ve alt ölçeği olan internet ($p = 0,004$) oranları anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.15). Bunun nedeni ailenin gelir düzeyi yükseldikçe adölesanın odasına bilgisayar ya da televizyon alınması gibi kitle iletişim cihazlarına ulaşımın kolaylaşması olabilir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerin obez olma oranlarının da daha yüksek olduğunu bilinmektedir. Bunun nedeni ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin televizyon ve

internet kaynaklı reklamlarda gördüğü her ürüne daha rahat ulaşması olabilir. Anne babanın birey üzerindeki tutumu olabilir.

Literatürde, adölesanların problemlili internet kullanımı davranışı ile ebeveynlerin eğitim düzeyinin ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (149, 152, 154, 174). Bu çalışmaların aksine anne, babanın eğitim düzeyinin problemlili internet kullanımı ile ilişkisinin olmadığını bildiren çalışmalarda vardır (175-177). Çalışmalar arasındaki fark çalışmanın örneklemini oluşturan grupların sosyokültürel farklılıklarından, çalışmanın dizaynından kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada da anne ve babanın eğitim durumu ile problemlili internet kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni grubun genel olarak anne ve babanın eğitim seviyelerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sank ve ark. (178) tarafından ailedeki çocuk sayısı arttıkça, annelerinin sosyal destek seviyelerinin düşük olduğu ve ergenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri azaldığını buna bağlı olarak internet bağımlılığı düzeylerinin arttığını saptamışlardır. Bu araştırmada ise ailedeki çocuk sayısı ile internet kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

DSÖ tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücudun tamamında ve bölgesel olarak anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanan obezite, bir dürtü bozukluğu olarak da açıklanmaktadır (28). Davis (88) tarafından problemlerli internet kullanımı da bir dürtü bozukluğu olarak açıklanmıştır. Problemlerli internet kullanımı yada internet bağımlılığı ölçütlerini belirlemek için hala tam çizilmiş bir tanı ölçütü yoktur.

Literatür incelendiğinde problemlerli internet kullanımı ile ilgili çalışmaların 1995-1996 yıllarında başladığı ve son yıllarda çeşitli çalışmalarla potansiyel risklerinin bulunmasıyla hız kazanmıştır. Çalışmalar incelendiğinde İnternet bağımlılığı prevalansının %1 ile %14 arasında değiştiği görülmektedir (94-101, 104-106).Literatürde birçok çalışma problemlerli internet kullanımı ve aşırı televizyon bağımlılığı gibi ekrana bağımlılığın obeziteye neden olduğunu bildirirken (23, 25, 26, 119, 120, 160-164)bazı çalışmalar obezite ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili sergilemediklerini bildirmişlerdir (132, 165).

Bu araştırmadan çıkan sonuçlar şu şekildedir.

Çalışma grubunun yaş ortalaması 14.94 ± 2.09 olup, % 51.7’ si erkek % 48.3 kızdır. % 71.5’i tek veya üç çocuk olup % 28.5dört kardeşten fazladır (Tablo 4.1).

Katılımcıların % 38.8’i ilköğretim (5-8. Sınıf) geri kalan % 61.2’si Anadolu ve Fen lisesi (9-12. Sınıflardan) oluşmaktadır. Sadece %5.5’inin sağlık güvencesi yoktur. Grup içinde ençok görülen kronik hastalık KOAH-Astım olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Katılımcıların obezite prevalansı tüm gruba baktığımızda % 34.8’i normal sınırların üzerinde (kilolu ve obez)olduğu cinsiyet dağılımlarında erkeklerin (%37.6) obez ve kilolu olma oranının kızlara(%32.9) göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Katılımcıların besin tüketim alışkanlıklarını incelediğimizde yarısından fazlasının (%56.3) en az bir öğün atladığı ve yaklaşık yarısının (% 47,7) kahvaltı yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları Erkeklerin PAR oranının kızlardan fazla olduğu bulunmuştur($p < 0.05$) (Tablo 4.6).Kızların (%61.6) erkeklere (%52.7) göre fazla sedanter olduğu erkeklerin fiziksel aktivite yönünden daha hareketli olduğu sonucuna varılmıştır(Tablo 4.7).

Katılımcıların problemlı internet kullanım oranı tüm grubun $X= 69.90\pm 23.43$ bulunmuştur. Erkeklerin PİKO ve Tüm alt gruplarında problemlı internet kullanım oranı istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmamıza katılan adölesan bireylerin problemlı internet kullanımı verilerini değerlendirdiğimizde obez olanların problemlı internet kullanım ölçeğive alt ölçeklerinde bulunan ortalama değerlerin zayıf, normal ve kilolulara göre daha fazla olduğu görölmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Gece yatmadan önce bir şeyler yeme alışkanlığı olmayan bireylerin alışkanlığı olan bireylere göre toplam piko ve diğer verilere göre sağlıksız internet kullanımı davranışların daha az olduğu görölmektedir. ($p<0.05$)(Tablo 4.12).

İnternet karşısında bir şeyler yeme alışkanlığı olan bireylerin toplam PİKO ve alt ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Düzenli kahvaltı yapanların($X \pm SS=63,07\pm 19,92$) yapmayanlara göre ($X \pm SS=70,8496\pm 23,12$) toplam piko ve diğer verilere göre sağlıksız internet kullanımı davranışların daha az olduğu görölmektedir. ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

Gelir düzeyi yüksek olanların denk olanlara göre toplam PİKO ve diğer verilere göre sağlıksız internet kullanımı davranışların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu görölmektedir. ($p<0.05$)(Tablo 4.15).

6.2. Öneriler

Literatür taramalarına göre son yıllarda teknoloji bağımlılığı ve obezite prevalansının hızla arttığı görölmektedir. Obezite oranlarının düşürölmesi ve ideal kilonun korunması için fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi son derece yaralı ve etkili olacaktır. Konuyla alakalı alınabilecek önlemler, verilecek eğitimler ve sağlık hizmetlerinin, devlet, toplum ve halk sağlığı hemşiresi olarak bizim için ne kadar önemli olduğu ortadadır. Öncelikle konu ile ilgili daha geniş bir evren üzerinde çalışma yapılıp tüm potansiyel riskler belirlenmelidir.

- ✓ Problemlı internet bağımlılığı bir dürtü sorunu olduğu bilinmektedir. PİKO oranı yüksek olan bireyler tespit edilip psikolojik destek sağlanmalıdır. Stresle baş etme, yalnızlık gibi konularda danışmanlık hizmetleri ve eğitimler verilmelidir. Günümüzde teknolojiye ulaşımın küçük yaşlardan itibaren kolay olması alınacak önlemlerin okul öncesi dönemden başlaması gerektiği gerçeğini ortaya koymaktadır. Dünya genelinde problemlı internet kullanımı bağımlılık kategorisine

alınmış ve mücadele için değişik klinikler kurulmuştur. Ülkemizde bu tip kliniklerin açılması sorunlu bireyleri tedavi ve ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olacaktır

- ✓ Adölesanları sedanter yaşam tarzından uzaklaştırmak için düzenli fiziksel aktiviteye teşvik edilmeli, rol model olacak aile ve öğretmenler de düzenlenecek aktivitelere dahil edilmelidir.
- ✓ Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması obezite prevalansının azaltılması için önemlidir. Bu nedenle Okul kantinlerinde ve çevresinde satılan ürünler denetlenmeli, gün boyunca okulda olan öğrenciler öğün atlama alışkanlığını azaltmak için yemek hane hizmetlerinin denetlenip gerekli konularda okul yönetimi, öğretmenler ve okul sağlığı ekibi bilgilendirilmelidir.
- ✓ Düzenli olarak okul taramaları yapıp vücut kitle ölçümleri yapılmalı riskli gruplara için gerekli önlemler alınmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. WHO, Promoting the health of young people in Custody p.7. <http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf> [30/10/2017] .
2. Gözcü Yavaş C. Ö. (2012). Orta ve geç ergenlik dönemindeki ergenlerde tutum ve davranış farklılıkları. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2);113-138.
3. Akın S. ve ark(2007). *21 hedef'te Türkiye: Sağlıkta gelecek”* Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. 10-190. ISBN: 978-975-590-227-2..
4. Özcebe H. (2002). Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Hacettepe Ü. Halk Sağlığı AD. sted* 11(10); 374-377.
5. TNSA (2003) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.
6. Sağlık Bakanlığı (2008). Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. 8-270. Yayın No: ISBN : 978-975-590-236-4.
7. TNSA (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.
8. TÜİK (2015), “İstatistiklerle Çocuk 2014” <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18622>, [08.06.2017].
9. TÜİK(2016), “İl, Yaş Grubu Ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2007-2016” "Populationbyprovince, agegroupandsex, 2007-2016" http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=945 [06.05.2017].
10. Bülbül Hızıl S.(2004). Ergen etiği. *Kırıkkale Ü. Tıp. Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Sted.* 13 (6);206-210.
11. http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ [15. 10.2017] .

12. Must A., Bandini L. G., Tybor D. J., Philips S.M., Naumova E. N., Dietz.(2007). Activity, inactivity, and screen time in relation to weight and fatness over adolescence in girls. *View issue TO, 15(7); 1774–1781.*
13. Çam H. H., Nur N.(2015). A study on the prevalence of internet addiction and its association with psychopathological symptoms and obesity in adolescents. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(3): 181-188.*
14. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/en/>, [05.05.2017].
15. Spear J. H., Kulbok A.P. (2001) Adolescent health behavior and related factors: a review,. *Public Health Nursing, 18(2); 82-93*
16. Chen M., Huang I., Wang E. K., Cheng N., Hsu C., Hung L.(2001). The effectiveness of health promotion counselling for overweight adolescent nursing student in Taiwan. *Public Health Nursing 18 (5); 350-356.*
17. Kesgin C. Topuzoğlu A. (2006). Sağlık tanımı: Başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür Üniversitesi 3; 47-49.*
18. Seçginli S., Erdoğan S., Demirezen E. (2004). Okul sağlığı tarama programı: Bir pilot çalışma örneği. *Sted,; 13(12); 462-465.*
19. Mendes E., Mendeş B., Karacabey K.. (2011). Adolesan dönemde obezite ve egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 8(2); 963-977.*
20. Yabancı N. (2011). School health and nutrition programs. *TAF PrevMedBull, 10(3); 361-368.*
21. WHO (2004). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO Consultation, Geneva; WHO Technical Report Series no. 894.*
22. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu (2014). Türkiye fiziksel aktivite rehberi. 10-165. ISBN : 978-975-590-492-4.
23. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. (2004) Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet 17-23; 364(9430): 257-62*

24. Shi L, Mao Y.(2010) Excessive recreational computer use and food consumption behaviour among adolescents. *Italian Journal of Pediatrics*.doi:10.1186/1824-7288-36-52
25. Bickham DS, Blood EA, Walls CE, Shrier LA, Rich M. (2013). Characteristics of screen media use associated with higher BMI in young adolescents. *Pediatrics* 131;935–941.
26. Aksoydan E., Çakır N. (2011). Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi,*Gülhane Tıp Derg*, 53;264-270.
27. Boone J.E., Gordon-Larsen P, Adair L.S, Popkin B. M. (2007) International journal of behavioral nutritionand physical, doi: 10.1186/1479-5868-4-26.
28. Ergül Ş.,Kalkım A. (2011). Önemli bir kronik hastalık: Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite.*TAF PREV MedBull*; 10(2):223-230.
29. Demirezen E., Coşansu G. (2005).Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi.*İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Sted. 14(8); 174-178.*
30. Esenay FI, Conk Z. (2008)*Sağlıklı ve kanserli ergenlerde umut*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.
31. Adölesan (Ergenlik) Çağı Çocuklarda Beslenme <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=114> [10/10/2017].
32. Şimşek Z. Koruk İ. Altındağ A. (2007) Health risk behaviors of first year students of *Harran University Medical Faculty and Faculty of Science and Letters. Toplum Hekimliği i Bülteni*, 26(3);19-23.
33. Walker Z, Townsend J, Oakley L ve ark. (2002). Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 325;524-527.
34. Top F, Ocakçı A. (2013) A model of Nursing Care to Promote Adolescent Health İn Turkey. *International Congress of Pediatrics (ICP). August; 24 – 29*
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). *Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı 2013-2017*. 8-165. ISBN : 978-975-590-311-8.

36. Pi-Sunyer FX. (1993) Medical Hazart Of Obesity, Ann Intern Med. 1993; 119 : 655-660. Doi: 10.7326 / 0003-4819-119-7_Part_2-199310011-00006, PubMed: 8363192. [15.10.2017]
37. Kayıran P. G. ve ark (2011).Türkiye'nin üç farklı bölgsinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı, obezit ve boy kısalığı. *The Meical Bulletin Of Şişli Etfal Hospital*, 45(1);13-18.
38. Nur N. (2003).*Diyet ve fiziksel aktiviteye yönelik yaşam şekli değişikliklerinin adölesan obezitedeki etkileri*.Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi , Cumhuriyet Üniv. Halk Sağlığı Anabilimdalı. Sivas.
39. Özdoğan E.(2007). *Tip 2 diyabet hastalarında kan lipid düzeyleriniin hba1c ve obezite ile ilişkisi*.Yayınlanmamış Uzmanlık Alan Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi. İstanbul.
40. Çivitçi Ş. Harmankaya H.(2012). 6-16 yaş arası obezçocukların ve ergenlerin giysilerde tercih ettiği özellikler.*ElektronikJournal of VocationalCollages: Mayıs sayısı*;49-60.
41. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 5-70. ISBN: 978-605-4011-19-3.
42. Gander, M. J.,Gardiner, H. W. (2004). *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. Onur, B. (Yayına hazırlayan), İmge Kitabevi.20-111. ISBN: 9789755330686.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010).*Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı*. Sağlık Bakanlığı Yayın No.773, Ankara.
44. Demirpence M., Yılmaz H., Çolak A., Yalçın H., Toprak B., Turkon H., Ugurlu L., Aydın C., (2016). Theeffect of sleevegastrectomy on serum irisin levels in patientswithmorbidobesity.DOI: 10.5603/EP.a2016.0029, *Endokrynologia Polska* 67(5);481-48.
45. Gürbüz P., Yetiş G., Çelikkan G.,(2016) Obesity and Adıpose Tıssue, T.C. *İnonu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yuksekokulu Dergisi*; 5(8);30-45.
46. Kazma E.,(2013).*Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniv.

47. Branca F., Nikogosain H., Lobstein T.(2007) *The challenge of obesity in the who european region and the strategies for response*, WHO, Denmark.:5-70.ISBN 978 928 890 1388 8.
48. TÜİK(2015) *Türkiye'deki obezite oranı %31,1 oranında arttı*, Basın odası haberleri; Sayı:58/2015.
49. Satman I, Grup T-IÇ. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği : [http:// www.turkendokrin.org / fi / les / fi / TURDEP_ II_2011.pdf](http://www.turkendokrin.org/fi/les/fi/TURDEP_II_2011.pdf); [16.05.2017].
50. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.Türkiye'de Obezitenin görülme sıklığı.<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=40> [16.05.2017].
51. Gürkaş E., Kiraz M. Temizer M. (2014) Gaziantep ili istasyon aile sağlığı merkezi'ne başvuran erişkinlerde obezite sıklığı.*Konuralp Tıp Derg*, 6(2);5-8.
52. Atamtürk D.(2009). Alt sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda aşın kiloluğun ve obezitenin yaygınlığı.*Gaziantep Tıp Derg*, 15(2);10-14.
53. Olivera C.L.,Fisberg M. (2003).Obesidade na infância e adolescência –uma verdadeira epidemia.ISSN 1677-9487, <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200001>.
54. Kara H. İ., Dikici B., Yel S., Özdemir Ö. (2010) Güneydogu bölgesinde okul çocuklarında malnütrisyn ve obezite prevelansı. *Düzce Tıp Derg*, 12(1):54-62 .
55. Rajmil LBel J., Clofent R., Cabezas C., Castell C., Espallargues M..(2016).Clinicalinterventions in overweightandobesity: a systematicliteraturereview 2009-2014.*An Pediatr (Barc)*. Apr;86(4):197-212. doi: 10.1016/j.anpedi.2016.03.012.
56. Atar A. (2005).*Obezlerde plazma lipid düzeyleri ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı..
57. Yılmaz H. (2011).*Obez çocuklarda egzersiz süresince maksimum yağ oksidasyonunun belirlenmesi*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.

58. Hyun-YoungShin., Hee-TaikKang. (2015) Recent trends in the prevalence of underweight, overweight, and obesity in Korean adults: the Korean national health and nutrition examination survey from 1998 to 2014, <https://doi.org/10.1016/j.je.2016.08.014> [20.5.2017].
59. Ajie N.W., Chapman-Novakofski K. M., (2014). Impact of computer-mediated, obesity-related nutrition education interventions for adolescents: A systematic review. *Journal Adolescent Health*. 54(6);631–645.
60. Adolescents: health risks and solutions, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> [20.06.2017].
61. Cai L., Zhang T., Ma J., Ma L., Jing J., Chen Y. (2016). Self-perception of weight status and its association with weight-related knowledge, attitudes, and behaviors among Chinese children in Guangzhou. *Journal Epidemiology*. 27(7);338-345.
62. Annagür B., Orhan F.Ö., Özer A., Tamam L., Erhan Ç. (2012). Obezitede duygusal ve emosyonel faktörler: Bir ön çalışma” *Archives of Neuropsychiatry* 2012; 49: 14-9.
63. Barlow, S. E., Dietz, W. H. (1998) Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. *J Pediatr*. 102;29.
64. Yağbasan A. (2009) *Farklı obezite evrelerinde hipotalamo _hipofizer adrenal ve tiroid hormon akslarının obezite parametreleri ve insülin direnci ile ilişkisinin değerlendirilmesi* Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bursa Uludağ Üniv. Bursa.
65. James, W.P.T., Schofield, E.C. (1991). Human energy requirements, a manual for planners and nutritionists, *Oxford University Press, Oxford, New York*. *Moleküler Nutrition* 35(10);1060.
66. Davutoğlu M. (2008). *Kahramanmaraş il merkezinde ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Kahramanmaraş.
67. Helvacıoğlu D. (2012) Çocukluk çağındaki obezitenin demir eksikliği anemisine neden olmasının araştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Marmara Üniv. İstanbul.
68. Koç S. (2006) *Obez adolesanlarda metabolik sendromun ve alkolik olmayan karaciğer yağlanması araştırılması, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi*.

Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C Sağlık Bakanlığı Goztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

69. Liminli G.(2010).*Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi*.Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İzmir Dokuz Eylül Üniv.
70. Murathan F. (2013) Üniversite öğrencilerinde obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi.Yayınlanmamış Doktora TeziFırat Üniv. Elazığ.
71. Eisenmann JC, Heelan KA, Welk GJ (2004).Assessing body compositionamong 3- to 8-year oldchildren: anthropometry,BIA and BXA. *ObesityResearch: 12 (10): 1633-1640.*
72. Sweeting H.(2007). Measurementanddefinitions of obesity in childhoodandadolescence: a fieldguidefortheuninitiated.*NutritionJournal ;6:32.*
73. World Health Organization (1998). Obesity: preventingandmanagingthe global epidemic. report of a whoconsultation on obesity *Genevre. Geneva: worldHealthOrganization, WHO/NUT/NCD/98.1.*
74. Troiano RP, Flegal KM.(1998).Overweightchildrenandadolescents: description, epidemiology, anddemographics. *Pediatrics, 101;497–504.*
75. Cole T. J.,Bellizzi M. C., Flegal K. M., Dietz W. H. (2000). Establishing a Standarddefinitionforchildoverweightandobesityworldwide: internationalsurvey. *BMJ320: 1240–124.* .
76. Neyzi O.,Günoz H., Furman A., Bundak R., Gökçay G., Darendelen F., Baş F.(2008). Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 51: 1-14.*
77. Pekcan G., (2008) Beslenme Durumunun Saptanması HacettepeÜnv. Ankara. ISBN : 978-975-590-242-5.
78. Cicek B, Ozturk A, Mazicioglu MM, Elmali F, Turp N, Kurtoglu S. (2009) The risk analysis of armfatarea in Turkishchildrenand adolescents. *Ann Hum Biol, 36;28–37.*

79. Özdemir R. (2010) *Gazi üniversitesi tıp fakültesi pediatrik endokrinolojipolikliniğine başvuran 7-11 yaş grubu çocukların beslenme durumlarının saptanması.*,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.. Ankara üniversitesi.
80. Pekcan G, Yıldız E, Kara Ö.(2006).*Klinikte ve sahada beslenme durumunun el kitabı.* 2. baskı. Abbott, Ankara.
81. FAO/WHO/UNU (2004)*Human energy requirements 2004.* ISBN 92-5-105212-3 ISSN 1813-3932. .
82. Yılmaz S.(2006) *İnternet ve internet kafelerin ilk e orta okul öğrencilerinde etkileri (İstanbul Örneği)*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniv.
83. Uysal G. (2013) *Sağlıklı internet kullanım programının internet bağımlısı olan adölesanlar üzerine etkisi.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniv. İstanbul
84. Kırık Ö.(2007) *İnternet kafeler ve ortaya çıkan sorunlar: İlköğretim öğrencileri, öğretmenleri ve internet kafe işletmecileri üzerine bir araştırma.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Adnan Menderes Üniv.
85. Gürcan N. (2010) *Ergenlerin problemlili internet kullanımları ile uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi.*Yayınlanmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
86. Ceyhan, E. (2010). Problemlili internet kullanım düzeyi üzerinde kimlik statüsünün, İnternet kullanım amacının ve cinsiyetin yordayıcılığı.. *Educational Sciences: Theory & Practice 10 (3); 1323-1355.*
87. Ceyhan, Aydoğan Aykut. (2011). İnternet kullanma temel nedenlerine göre üniversite öğrencilerinin problemlili internet kullanımı ve algıladıkları iletişim beceri düzeyleri.*Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 11(1); 59-77.*
88. Davis R.A. (2001) A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers In Human Behavior, 17; 187-195.*
89. Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computer in Human Behavior. 16(1);13-29.*
90. K.W. Beard, E.M.(2001) Wolf modification in the proposed diagnostic criteria for *internet addiction.4(3);377-383.*

91. Kalyon, A., Balcı, İ., & Şahin, M. (2016). İnternet bağımlılığının medyada yansımaları. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2520-2532. doi:10.14687/jhs.v13i2.3631.
92. Zhang T.J., Yao Y. W. a, Potenza N. Xia C. C., Lan J., Liu L. Wang l. j. Ma S. S., Fang X. Y.(2016).Effects of cravingbehavioralintervention on neuralsubstrates of cue-inducedcraving in Internet gamingdisorder. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.20>.
93. L. Widyanto, M. McMurrin (2004).The psychometric properties of the internet addiction test.*Cyberpsychology & Behavior*, 7 (4) ;443-450.
94. Siomos KE, Dafouli ED, Braimiotis DA, Mouzas OD, (2008) Angelopoulos NV Internet addiction among Greek adolescent students.*Cyberpsychol Behav*. 11(6);653-657.
95. Tsitsika A, Critselis E, Kormas G, Filippopoulou A, Tounissidou D, Freskou A, Spiliopoulou T, Louizou A, Konstantoulaki E, Kafetzis D. (2009) Internet use and misuse: a multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolesnt. *Eur J Pediatr*, 168 (6), 655-665.
96. H. Cao, Y. Sun, Y. Wan, J. Hao, F. Tao (2011)Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction *BMC Public Health*, 11;104-110.
97. R. Kaltiala-Heino, T. Lintonen (2004) A. RimpelaInternet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12–18 year-old adolescents *Addiction Research and Theory*, 12 (1);89-96.
98. Lavin M., Marvin Nola V. Scott L. (2000) Sensation seeking and collegiate vulnerability to enternet depence. *Cyber Psychology and Behavior* 2(5): 425-430.
99. T.C. Liu, R.A. Desai, S. Krishnan-Sarin, D.A. Cavallo, M.N. Potenza(2011)Problematic internet use and health in adolescents: Data from a high school survey in connecticut. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (6);836-845.
100. Park S.K., Kim J.Y., Cho C.B. (2008).Prevalence of Internet addiction and correlates with family factors among South Korean adolescents. *Adölessence*, 43(172):895-909.
101. Müller K.W., Ammerschläger M., Freisleder F.J., Beutel M.E., Wölfling K. (2012) Addictive internet use as a comorbid disorder among clients of an adolescent

- psychiatry - prevalence and psychopathological symptoms. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 40(5);331-337.
102. IWS: Internet World Stats (2017). Top 20 countries with the highest number of internet users <http://www.internetworldstats.com/top20.html> [02.11.2017].
103. TÜİK. (2017). Hanehalki bilisim teknolojileri kullanım arastirmasi [Household ICT usage survey]. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24862> [02.11.2017].
104. Aktepe E, Olgaç-Dündar N, Soyöz Ö, Sönmez Y (2013) Possible internet addiction in high school students in the city center of Isparta and associated factors: a cross sectional study. *Turk J Pediatr* 55:417–425.
105. Cömert Tarı I., Kayıran M. S (2010):. Çocuk ve ergenlerde internet kullanımı.. *Çocuk Dergisi*10.4:166-170.
106. Canan F., Ataoglu A., Nichols LA ve ark. (2010) Evaluation of psychometric properties of the internet addiction scale in a sample of Turkish high school students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 13;317-320.
107. Bryne M, Bennett F.J. (1986) Thehealth of school child andadolescent:Communitynursing in developingcountries / A manual forthecomunitynursing. New York: Oxford University Pres.
108. Özdemir S. (2008)*Adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Tıp. Halk Sağlığı Hemşireliği,
109. Gökkoca Z.U. (2001) Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *STED.*10(10);371-374
110. Ersalan B., Matyar F. (2010).Evaluation of elementary school teachings students level of information about common communicable diseases.*The Black SeaJournal of sciences.* 1(1);61-70.
111. Pekcan H. Okul Sağlığı. Bertan M, Güler Ç. (1997) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi ; 210-224.
112. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=39>. [07.07.2017]

113. Ross E. Andersen, PhD, ve ark. (1998) Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among childrenjama. 1998;279(12):938-942. doi:10.1001/jama.279.12.938.
114. Bagby K., Adams S. (2007) Evidence-based practice fuideline: Increasing physical activity in schools-kindergarten through 8th grad, *The Journal of School Nursing, Jun;137-143*.
115. Ceyhan, A.A. & Ceyhan, E. (2014). Problemlı İnternet Kullanım Ölçeği'nin ergenlerde geçerlik ve gvenilirlikalışması. *Bağımlılık Dergisi, 15 (2);56-64*.
116. Ceyhan, E., Ceyhan, A.A. & Gürcan, A., (2007). "Problemlı internet kullanımı leği'nin geçerlik ve güvenirlik alışmaları*Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi, 7; 387-416*.
117. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010). *Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporı*. ISBN : 978-975-590-483-2.
118. Sallis, J.F. and Owen, N. (1999) *Physical activity and behavioural medicine*. Sage Publications, London, ISBN: 0-8039-5997-4
119. Eliacık K., Bolat N., Koyiğit C., Kanık A., Selkie E., Yılmaz H., Catlı G., Dunder N. O., Dunder B. N. (2016) Internet addiction, sleep and health-related life quality among obese individuals: a comparison study of the growing problems in adolescent health, *Eat Weight Disord. 2016 Dec;21(4):709-717*.
120. Alpaslan H. A., Koak U. Avcı K. Uzel Taş H. (2015).The association between internet addiction and disordered eating attitudes among Turkish high school students.*Eating and Weight. 20(4);441-448*.
121. Greig A, Straker L, Briggs A. (2005) Cervical erector spinae and upper trapezius muscle activity in children using different information technologies. *Physiotherapy, 91;119-126*.
122. TNSA (2008): <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. [09.09.2017]
123. TÜİK (2015) Doğum İstatistikleri <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21514>. [09.09.2017]

124. TÜİK(2016)İstatistiklerle Kadın. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24643. [09.09.2017]
125. İlçe A, Ayhan F. (2001) Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: Bilgilendirme ve eğitim. *Anatol J Clin Investig*, 5(1);15-23.
126. Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. (2000) Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürülük ve kronik hastalık sıklığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(4);146-150.
127. Çetemen A. Yenigün A. (2012) Prevalences of asthma and allergic diseases in primary school children in Aydın. *Asthma allergy immunol*, 10;84-92.
128. Zhong W, Finnie DM, Shah ND, ve ark (2014). Effect of multiple chronic diseases on health care expenditures in childhood. *Journal of Primary Care & Community Health*, 6(1);2-9.
129. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. (2010) Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fa-kültesi Mecmuası*, 63(2);55-63.
130. Sağlık Bakanlığı, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> [09.11.2017].
131. TEKHARF 2017 <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> [09.11.2017] .
132. Tekgül N. Dirik N. Karademirci E. Doğan A. (2012) Adolesanlarda vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi, *Ege Journal of Medicine* 51(3);183-186.
133. Özilbey P, Ergör G (2015), İzmir ili Güzelbahçe ilçesi"nde ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi; *Turk J Public Health*;13(1);32.
134. Institute of Medicine of the National Academies. Childhood Obesity in the United States: Facts and Figures http://www.activelivingresources.org/assets/Childhood_obesity_fact_sheet.pdf [05.06.2017].
135. Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M (2015); İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri; *Türk Aile Hekimliği Dergisi*; 19 (1): 14-21.

136. Önder FO, Kurdoğlu M, Oğuz G, Özben B, Atilla S, Oral SN. (2000) Gülveren Lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnutrisyon prevalansı ile olan ilişkisi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 21(1);12-18.
137. Dülger H. Mayda A.S.(2006) Bartın Üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve obezite prevalansı. *J DU Health Sci Inst* 6(3);173-177.
138. Orhan A (2014) İlköğretim okulu öğrencilerinin kahvaltı alışkanlıkları ve okul kantini ile ilişkilerinin belirlenmesi, *İlyas Çelik Akademik Gıda* 12(1), 51-56.
139. Alphan E, Keskin Y, Tatlı F (2002), Özel Okul Ve Devlet Okullunda Öğrenim Gören Adölesan Dönemindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 31(1);9-17.
140. Vinai P, Ferri R, Ferini-Strambi L, Cardetti S, Anelli M, Vallauri P, et al. Defining the borders between sleeprelated eating disorder and night eating syndrome. *Sleep Med* 2012;13:686-90.
141. Yağmur C. Güneş E.Dengeli Beslenme Açısından Türkiye’de Gıda Üretimi Ve Tüketiminin İrdelenmesi. http://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/95f15384c2a79ce_ek.pdf [08.08.2017].
142. Arslan P, Mercanlıgil S, Özal HG, Akbulut GÇ, Dönmez N, Çiftçi H, Keleş İ, Onat A. (2006) TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Kardiyol Dern Arş – Arch Türk SorCardiol*;34(6):331-339.
143. Pekcan G, Köksal E., Küçükerdönmez Ö., Özel H., (2006) *FAO Statistics Division Working Paper Series. No.006.*
144. Kutlu R, Çivi S (2009), Özel bir ilköğretim okulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve beden kitle indekslerinin değerlendirilmesi, *Fırat Tıp Dergisi*;14(1);18-24.
145. Mogaç G. (2015) K.K.T.C Mağusa Bölgesi’nde İlkokul Öğrencilerinin bilgisayar ve oyun bağımlılığı arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi. Dokuz Eylül Ün.

146. Baş M, Altan T, Dinçer D, Aran E, Kaya HG, Yüksek O. (2005) Determination of dietary habits as a risk factor of cardiovascular heart disease in Turkish adolescents. *Eur J Nutr*, 44;174-182.
147. Yabancı N. PekcanG. (2010) Adolesanlarda beslenme durumu ile fiziksel mineral yoğunluğu üzerine etkisi aktivite düzeyinin vücut bileşimi ve kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisi, *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi*, 11(6)9-20
148. Feldman DE, Barnett T, Shrier I, Rossignol M, Abenhaim L. (2003).Is physical activity differentially associated with different types of sedentary pursuits?. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 157(8); 797-802.
149. Güntüç, S. (2009). *İnternet bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi bazı demografik değişkenler ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi*.Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.
150. Yılmaz E., ŞahinY.L., HaseskiH.İ. ve ErolO. (2014) Lise öğrencilerinin internetbağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Balıkesir ili örneğ. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1);133-144.
151. Karacic S1, Oreskovic S (2017). Internet Addiction Through the Phase of Adolescence: A questionnaire. *Study JMIR Ment Health*, 3;4(2);11.doi: 10.2196/mental.5537.
152. Dogan A. (2013) *İnternet Bağımlılığı Yaygınlığı*. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Programı.
153. Toraman, M. (2013). *İnternet bağımlılığı ve sosyal eğ kullanım düzeylerinin ortaöğretim öğrencilerinin akademik başarıları ile ilişkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tez Fırat Üniversitesi. Elazığ.
154. İnan, A. (2010). *İlköğretim u. kademe ve ortaöğretim öğrencilerinde internet bağımlılığı*,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

155. Şaşmaz T, Öner S, Kurt AO, Yapıcı G, Yazıcı AE, Buğdayci R, Sis M. (2014) Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. *European Journal of Public Health*, 24(1);15-20.
156. Tsai HF., Cheng SH., Yeh TL., Shih CC., Chen KC., Yang YC., Yang YK. (2009)The risk factors of Internet addiction—A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 30;167(3):294-9. doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.015.
157. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF (2005) Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 193;273.
158. Choi K, Son H, Park M, Han J, Kim K, Lee B, Gwak H. (2009) Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63;455–462.
159. Biraglia A. Birizi A. Salvati V. Metastasio R. Mannetti L. (2017) Assessment and locomotion motivational concerns in Internet Addiction Disorder. *Computers in Human Behavior*, 76;463-468.
160. Mendoza JA, Zimmerman FJ, Christakis DA. (2007).Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 4;44.
161. Salmon J, Bauman A, Crawford D, Timperio A, Owen N. (2000).The association between television viewing and overweight among Australian adults participating in varying levels of leisure-time physical activity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24; 600–606.
162. Öztürk FO, Ekinci M, Öztürk O, Canan F. (2013).The relationship of affective temperament and emotional-behavioral difficulties to internet addiction in Turkish teenagers. *ISRN Psychiatry*. 961734;1-6.
163. Kautiainen S., Koivusilta L., Lintonen T. , Virtanen S.M. , Rimpela A. (2005).Use of information and communication technology and prevalence of overweight and obesity among adolescents.*Int J Obes (Lond)*, 29;925-933.
164. TAO Z. (2013).The relationship between Internet addiction and bulimia in a sample of Chinese college students: depression as partial mediator between internet

addiction and bulim8ia eating and weight disorders - studies on anorexia, bulimia and obesity, *Eat Weight Disord*, 18(3):233-43

165. Kerner MS, Kurrant AB, Kalinski M. (2004) Leisure-time physical activity, sedentary behavior, and fitness of high school girls. *European Journal of Sport Science*. 4(2); 1-17.
166. Çelik ÇB, Odacı H, Bayraktar N (2015) Is problematic internet use an indicator of eating disorders among Turkish university students? *Eat Weight Disord* 20:167–172.
167. Kim JS, Chun BC (2005). Association of Internet addiction with health promotion lifestyle profile and perceived health status in adolescents. *J Prev Med Public Health*. Feb; 38(1):53-60.
168. Özumut SH. (2004).Adolesanlarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. SSK Göztepe Eğitim Hastanesi, Pediatri Kliniği, İstanbul.
169. Nalwa K., Anand A.P. (2003).Internet addiction in students: a cause of concern. *Cyberpsychology and Behavoir* 6:653-656.
170. Pate RR, Mitchell JA, Byun W, ve ark (2011). Sedentary behaviour in youth. *Br J Sports Med*. 45(11);906–913.
171. Gregore I. Mielke., Wendy J.. Brown, Bruno P. Nunes, Inacio C. M. Silva, Pedro C. Hallal, (2017).Socioeconomic correlates of sedentary behavior in adolescents: *Systematic Review and Meta-Analysis, Sports Medicine*, 47(1); 61-75.
172. Alaçam, H. (2012). *Denizli bölgesi üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının görülme sıklığı*.Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Pamukkale Ünv.
173. Bayraktar, F. (2001). *İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Ege Ünv.
174. Batıgün, A. D. ve Hasta, D. (2010). İnternet Bağımlılığı: Yalnızlık ve Kişilerarası İlişki Tarzları Açısından Bir Değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 11;213-219.
175. Koyuncu, T., Ünsal, A. ve Arslantaş, D. (2012). İlköğretim ve Lise Öğrencileri Arasında İnternet Bağımlılığı ve Yalnızlık. *15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. <http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/515>.

176. Üneri, Ö.Ş. ve Tamdır, C. (2011). Bir Grup Lise Öğrencisinde İnternet Bağımlılığı Değerlendirmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 24: 265- 272.
177. Pelin Özilbeya, Gül Ergörb (2015) İzmir’de obezite ve beslenme alışkanlıkları *Turk J Public Health* 13(1);30-39.
178. Sank J.R. Berk N.W Cooper M. E. Marazita M. L. (2003) Perceived social suport of mothers of children with clefts. *The Cleft Palate- Craniofacial journal*,40(2);165-171.



Ek 1.Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2016/022

Karar tarihi : 26.09.2016

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 26.09.2016 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101003 Hakan AVAN	Diyabet bakımında ebeveyn izleminin adölesanlarda uyum ve metabolik parametrelere etkisi
154101014 Göksel DÜRMÜŞ	Adölesanlarda obezite ve problemlerle internet kullanımı ilişkisinin belirlenmesi
154101098 Ezgi DİRGAR	Kendisine insülin enjeksiyonu uygulayan diyabetlilerin uygulama hataları ve ilişkili faktörlerin incelenmesi
154101005 Merve DALAK	Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi
154101057 Nurdan YILDIRIM	Ergen diyabetlinin erişkin döneme geçişinde yaşadığı psikososyal sorunlar ve kaygı durumları
154101054 Suat AĞLAMİŞ	Yoğun bakım hastalarında enteral beslenme durumu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi
154101020 Muhammed Emin BUTEKİN	Tip 2 diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki
154101053 Uğur AVLUKLU	Tip 2 diyabetli hastalarda, fiziksel aktivitenin metabolik kontrol değişkenleri üzerine etkilerinin incelenmesi
154101004 Zekeriya AKIN	Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi

2- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154103021 Büşra ÖZTÜRK	Malatya'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 3 - 18 yaş aralığındaki bireylerin beslenme durumunun ve Allura Red AC (E129) bulunan besinlerin tüketim miktarının saptanması
154103019 Fatma Bengü KUYULU	Osmaniye Özel Park Hastanesi Çocuk Hastalıkları servisine başvuran 3- 18 yaş aralığındaki bireylerin beslenme durumunun ve E102 (tartrazin) bulunan besinlerin tüketim miktarının saptanması
154103006 Saadet TAYŞI	Gaziantep ilinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan 3- 18 yaş grubu çocukların beslenme durumlarının ve E110 (sunset yellow) gıda katkı maddesi bulunan besinlerin tüketim miktarlarının saptanması
154103015 Mustafa Anıl ERBAĞCI	Üniversite öğrencilerinin kampus içerisinde farklı toplu beslenme hizmeti veren yerleri tercih etme durumu ve bunu etkileyen etmenlerin saptanması
154103008 Enes Bahadır KILIÇ	Piyasada satılan Antep fıstıklarının mineral içeriği ve tüketim durumları


3- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;


ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102003 Tuğba BADAT	Omuz subakromial sıkışma sendromu olan hastalarda eksantrik kas eğitiminin ağrı, kas kuvveti ve fonksiyona etkisi
154102005 Gizem YAĞCIOĞLU	Skapular diskinezi olan hastalarda kinezyo bantlamanın ağrı ve fonksiyon üzerine etkisi

4- Enstitümüz Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencileri **Elif Nur BOZ**, **Kevser ASLAN**, **Satriye KALKAN**'ın kayıt dondurma formları incelenmiş ve mazeretlerine istinaden Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığının uygun görüşü alınarak, 2016 - 2017 "Güz" yarıyılında izinli sayılmalarına,

5- Enstitümüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Raife BAYEL**'in kayıt dondurma formu incelenmiş ve mazeretine istinaden Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Başkanlığının uygun görüşü alınarak, 2016 - 2017 "Güz" yarıyılında izinli sayılmasına,


Oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)





Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Aylin Filiz
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

ASLI GİBİDİR


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

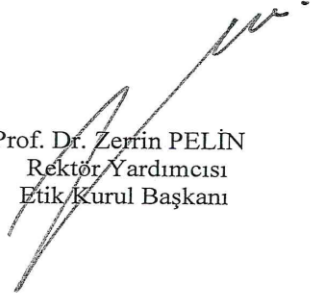
T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

26.07.2016

Sayın Öğr. Gör. Göksel DÜRMÜŞ

“Adölesanlarda Obezite ve Problemlı İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi” konulu çalışmanız 26.07.2016 tarih ve 2016-10 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek 3.Etik Kurul Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2016/10
Karar Tarihi : 26.07.2016

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Öğr. Gör. Göksel DÜRMÜŞ'ün "...Adölesanlarda Obezite ve Problemlili İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Arş. Gör. Enes Bahadır KILIÇ'ın "... Piyasada Satılan Antep Fıstıklarının Mineral İçeriği ve Tüketim Durumu..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Merve DALAK'ın "... Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

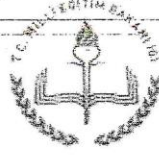
Güven HOŞ
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye



ASLI GİBİDİR

Ek 4. Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma İzin Belgesi



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 34659092/605.01/11311098
Konu : Araştırma İzin Talebi

13/10/2016

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksek Okulunun 20/09/2016 tarihli ve 95288794/184 sayılı yazısı.

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Göksel DÜRMÜŞ, Doç.Dr Tülay ORTABAĞ'ın danışmanlığında "Adölesanlarda Obezite ve Problemlî İnternet Kullanımı İlişkinin Belirlenmesi" konulu araştırma kapsamında, İlimiz Şahinbey İlçesine bağlı Özel Erdem Kolejinde öğrenim gören öğrencilere (Okul Müdürlerinin Sorumluluğunda) anket uygulama isteği, ilgi yazıda belirtilmektedir.

Bu kapsamda Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Göksel DÜRMÜŞ, Doç.Dr Tülay ORTABAĞ'ın araştırma çalışma isteği, Bakanlığımız Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07.03.2012 tarihli ve 3616 (2012/13) sayılı genelgesi kapsamında değerlendirilmiş olup; araştırmacının, araştırmasının bitiminden itibaren 15 gün içerisinde araştırma sonuçlarını 2 kopya halinde CD içerisinde Müdürlüğümüze bildirmesi şartıyla, İlimiz Şahinbey İlçesine bağlı Özel Erdem Kolejinde öğrenim gören öğrencilere (Okul Müdürlerinin Sorumluluğunda), eğitim öğretimi aksatmayacak şekilde ve gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanması, Müdürlüğümüz Ar-Ge bürosu bünyesinde oluşturulan komisyonun uygunluk raporu doğrultusunda uygun mütalaa edilmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde; Olurlarınıza arz ederim.

Cengiz METE
Millî Eğitim Müdürü

OLUR
.../10/2016

Mustafa Asım ALKAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Yeni Valilik Binası 3. Kat Büyükşehir/Gaziantep
elektronik Ağ: www.gaziantep.meb.gov.tr
e-posta:gaziantepmem@meb.gov.tr

Şb.Müd.Abdurrahman AŞKAR-Strateji Geliştirme Şef E. YILDIRIM
Tel: (0342) 231 10 58 -4330
Faks:(0342) 232 24 10

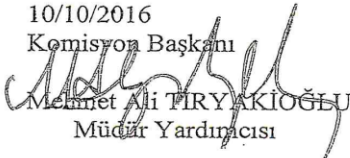
Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 6b28-c063-3fa6-b0ea-291f kodu ile teyit edilebilir.

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı-Soyadı	Göksel DÜRMÜŞ, Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Kurumu / Üniversitesi	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Araştırma yapılacak il(ler)	Gaziantep
Araştırma yapılacak eğitim kurumu ve kademesi	Gaziantep ili Şahinbey İlçesinde bulunan Özel erdem Koleji
Araştırmanın konusu	"Adölesanlarda Obetize ve Problemlî İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi"
Üniversite / Kurum onayı	Var
Araştırma/proje/ödev/tez önerisi	Var
Veri toplama araçları	Adölesanlarda Obetize ve Problemlî İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi Anket Formu-1 (9 madde), Anket Formu-2 (22 madde), Problemlî İnternet Kullanımı Ölçeği (27 madde)
Görüş istenen Birim/Birimler	-
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Bu araştırma izni isteği komisyonumuzca Millî Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü tarafından 07.03.2012 tarihinde yayımlanan 2012/13 sayılı "Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri" konulu genelge kapsamında değerlendirilmiştir. Bilimsel çalışma kapsamında uygulanmak istenen ölçeklerin bu genelgede belirtilen şartları taşıdığı tespit edilmiş ve söz konusu ölçeklerin Gaziantep ili Şahinbey İlçesinde bulunan Özel Erdem Kolejinde öğrenim gören öğrencilere uygulanması ve boy, kilo, bel çevresi gibi antropometrik ölçümlerin kız öğrencilere kadın araştırmacı, erkek öğrencilere de erkek araştırmacının ölçüm yapması şartıyla uygun görülmüştür.	
Komisyon kararı	Oybirliği ile izin verilmiştir.

KOMİSYON

10/10/2016
Komisyon Başkanı

Mehmet Ali TIRYAKIOĞLU
Müdür Yardımcısı


Üye
Ozan Emre EMRAĞ
Öğretmen


Üye
Dilek KARACA
Öğretmen

Ek 5.0-18 Yaş Vücut ağırlığı persentil değerleri (kg)(persentil)(Neyzi ve ark. (2008))

Erkek							Yaş	Kız						
3	10	25	50	75	90	97		3	10	25	50	75	90	97
2.58	2.85	3.13	3.43	3.73	4.00	4.27	Doğum	2.52	2.76	3.01	3.29	3.58	3.84	4.10
4.75	5.26	5.79	6.38	6.99	7.54	8.10	3 ay	4.48	4.90	5.33	5.82	6.32	6.78	7.24
6.21	6.79	7.41	8.12	8.85	9.54	10.25	6 ay	5.94	6.38	6.85	7.43	8.06	8.68	9.34
7.27	7.87	8.51	9.26	10.06	10.81	11.58	9 ay	6.85	7.34	7.89	8.55	9.29	10.02	10.82
7.96	8.61	9.32	10.16	11.05	11.92	12.82	12 ay	7.52	8.06	8.66	9.39	10.20	11.00	11.87
8.61	9.28	10.01	10.89	11.83	12.75	13.72	15 ay	8.09	8.67	9.31	10.10	10.96	11.81	12.73
9.13	9.82	10.58	11.49	12.48	13.46	14.49	18 ay	8.57	9.19	9.87	10.71	11.63	12.55	13.54
10.12	10.85	11.66	12.66	13.76	14.86	16.05	2 yaş	9.49	10.20	10.99	11.94	12.99	14.03	15.15
11.06	11.84	12.71	13.80	15.04	16.29	17.69	2.5 yaş	10.35	11.17	12.06	13.12	14.25	15.33	16.47
11.81	12.65	13.61	14.83	16.24	17.71	19.39	3 yaş	11.19	12.09	13.05	14.18	15.37	16.51	17.68
12.6	13.5	14.6	15.9	17.4	18.9	20.6	3.5 yaş	11.9	12.8	13.9	15.1	16.5	17.8	19.3
13.3	14.3	15.4	16.8	18.5	20.1	22.0	4 yaş	12.7	13.7	14.8	16.1	17.7	19.2	20.8
14.0	15.0	16.2	17.7	19.5	21.3	23.3	4.5 yaş	13.5	14.5	15.8	17.3	19.0	20.7	22.5
14.7	15.8	17.0	18.6	20.5	22.4	24.6	5 yaş	14.2	15.4	16.7	18.4	20.3	22.2	24.3
15.4	16.5	17.9	19.6	21.6	23.6	26.0	5.5 yaş	14.9	16.2	17.7	19.5	21.6	23.7	26.1
16.2	17.4	18.9	20.7	22.8	25.1	27.7	6 yaş	15.7	17.0	18.6	20.6	22.9	25.3	27.9
18.1	19.5	21.1	23.2	25.8	28.5	31.6	7 yaş	17.2	18.7	20.6	22.9	25.7	28.6	31.9
19.9	21.5	23.4	25.9	28.9	32.2	36.1	8 yaş	18.9	20.8	22.9	25.7	28.9	32.4	36.5
21.7	23.6	25.8	28.8	32.4	36.4	41.3	9 yaş	20.9	23.1	25.6	28.9	32.8	37.0	41.8
23.6	25.9	28.6	32.2	36.7	41.6	47.8	10 yaş	23.0	25.6	28.7	32.6	37.3	42.3	48.0
26.6	29.6	33.1	37.8	43.6	50.0	57.8	11 yaş	26.4	29.6	33.4	38.2	43.7	49.5	55.9
29.9	33.8	38.4	44.3	51.3	58.7	67.1	12 yaş	32.0	35.8	39.9	45.1	50.9	56.8	63.1
33.4	38.0	43.2	49.8	57.3	64.9	73.3	13 yaş	37.4	41.1	45.1	50.0	55.5	60.8	66.6
39.1	44.0	49.4	56.2	63.9	71.6	80.1	14 yaş	41.6	45.0	48.8	53.3	58.3	63.2	68.5
45.3	50.1	55.4	62.1	69.7	77.4	85.9	15 yaş	44.0	47.3	50.9	55.3	60.1	64.8	69.8
49.9	54.5	59.7	66.2	73.6	81.2	89.6	16 yaş	45.3	48.5	52.0	56.3	61.0	65.7	70.7
53.2	57.8	62.8	69.2	76.5	84.0	92.4	17 yaş	46.2	49.4	52.9	57.2	61.8	66.4	71.4
56.1	60.5	65.5	71.8	79.0	86.4	94.7	18 yaş	47.3	50.5	53.9	58.1	62.2	67.3	72.2

Ek6.0-18 Yaş boy uzunluğu persentil değerleri (cm) (persentil)(Neyzi ve ark. (2008))

Erkek							Kız							
3	10	25	50	75	90	97	Yaş	3	10	25	50	75	90	97
45.9	47.2	48.5	50.0	51.5	52.9	54.2	Doğum	45.3	46.6	47.9	49.4	50.8	52.1	53.4
56.2	57.8	59.5	61.3	63.2	64.8	66.4	3 ay	55.3	56.8	58.2	59.9	61.5	63.0	64.5
62.8	64.5	66.2	68.0	69.9	71.6	73.2	6 ay	61.6	63.1	64.7	66.4	68.2	69.7	71.3
67.4	69.1	70.9	72.8	74.7	76.4	78.1	9 ay	66.0	67.7	69.3	71.2	73.0	74.6	76.3
70.8	72.7	74.7	76.9	79.1	81.1	83.0	12 ay	69.7	71.4	73.2	75.1	77.1	78.8	80.5
73.8	75.8	77.9	80.2	82.5	84.5	86.6	15 ay	72.8	74.6	76.5	78.5	80.6	82.4	84.2
76.4	78.5	80.7	83.1	85.5	87.7	89.8	18 ay	75.5	77.4	79.3	81.5	83.7	85.6	87.6
81.0	83.3	85.6	88.2	90.8	93.2	95.5	2 yaş	80.1	82.3	84.4	86.8	89.2	91.4	93.5
85.3	87.6	90.0	92.6	95.3	97.6	100.0	2.5 yaş	84.0	86.3	88.6	91.2	93.8	96.1	98.4
89.3	91.7	94.1	96.8	99.4	101.8	104.2	3 yaş	87.8	90.2	92.7	95.4	98.1	100.6	103.0
92.8	95.2	97.7	100.5	103.2	105.7	108.2	3.5 yaş	91.1	93.6	96.2	99.0	101.9	104.5	107.0
96.0	98.6	101.1	104.0	106.9	109.5	112.0	4 yaş	94.3	96.9	99.6	102.5	105.5	108.1	110.7
99.0	101.7	104.3	107.3	110.3	113.0	115.6	4.5 yaş	97.4	100.1	102.8	105.9	108.9	111.6	114.3
101.8	104.5	107.3	110.4	113.5	116.2	119.0	5 yaş	100.4	103.2	105.9	109.1	112.2	114.9	117.7
104.5	107.3	110.1	113.3	116.4	119.3	122.1	5.5 yaş	103.6	106.3	109.0	112.1	115.3	118.3	121.2
107.1	110.0	112.9	116.1	119.3	122.2	125.1	6 yaş	106.2	109.0	111.9	115.1	118.4	121.3	124.1
112.1	115.1	118.2	121.5	124.9	128.0	131.0	7 yaş	111.6	114.6	117.7	121.1	124.4	127.5	130.5
116.9	120.0	123.3	126.9	130.5	133.7	136.9	8 yaş	116.7	119.9	123.1	126.7	130.3	133.5	136.7
121.6	124.9	128.3	132.1	135.9	139.3	142.7	9 yaş	121.3	124.7	128.2	132.1	136.0	139.5	142.9
126.4	130.0	133.6	137.6	141.6	145.2	148.7	10 yaş	125.8	129.6	133.5	137.9	142.2	146.1	150.0
131.7	135.5	139.4	143.8	148.1	152.0	155.9	11 yaş	132.5	136.6	140.8	145.4	150.1	154.2	158.3
137.0	141.3	145.7	150.6	155.4	159.8	164.1	12 yaş	141.1	144.9	148.8	153.1	157.4	161.2	165.1
142.8	147.6	152.4	157.7	163.1	167.9	172.6	13 yaş	146.6	150.2	153.8	157.8	161.8	165.5	169.0
150.3	155.0	159.7	164.9	170.1	174.8	179.5	14 yaş	149.3	152.8	156.4	160.4	164.3	167.9	171.4
156.9	161.2	165.5	170.3	175.1	179.4	183.7	15 yaş	150.7	154.2	157.8	161.7	165.7	169.3	172.8
160.9	164.9	168.9	173.4	177.9	181.9	185.9	16 yaş	151.3	154.8	158.4	162.4	166.3	169.9	173.4
163.0	166.8	170.7	175.0	179.3	183.2	187.1	17 yaş	151.7	155.2	158.8	162.7	166.7	170.3	173.8
164.5	168.2	172.0	176.2	180.4	184.2	187.9	18 yaş	152.0	155.6	159.1	163.1	167.1	170.7	174.2

Ek 7.0-18 Yaş VKİpersentil değerleri (kg/m2)(persentil) (Neyzi ve ark. (2008).)

Erkek							Yaş	Kız						
5	15	25	50	75	85	95		5	15	25	50	75	85	95
11.4	12.2	12.7	13.7	14.6	15.2	16.1	Doğum	11.4	12.2	12.6	13.5	14.4	14.9	15.8
14.4	15.3	15.8	16.9	18.0	18.6	19.7	3 ay	13.9	14.8	15.3	16.3	17.3	17.9	18.9
15.0	15.9	16.5	17.5	18.6	19.2	20.3	6 ay	14.7	15.4	15.9	16.9	18.0	18.6	19.7
15.1	16.0	16.5	17.5	18.6	19.3	20.4	9 ay	14.8	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.8
14.9	15.7	16.2	17.2	18.3	18.9	20.0	12 ay	14.6	15.3	15.7	16.6	17.7	18.2	19.4
14.7	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.7	15 ay	14.5	15.1	15.6	16.4	17.4	18.0	19.1
14.5	15.3	15.7	16.7	17.7	18.3	19.3	18 ay	14.2	14.9	15.3	16.2	17.1	17.7	18.8
14.3	15.0	15.4	16.3	17.3	17.9	19.0	2yaş	14.0	14.6	15.1	15.9	16.9	17.4	18.5
14.2	14.8	15.3	16.2	17.2	17.7	18.8	2.5yaş	13.9	14.6	15.0	15.8	16.7	17.3	18.3
13.9	14.6	15.0	15.9	17.0	17.6	18.7	3 yaş	13.8	14.4	14.8	15.5	16.4	17.0	17.9
13.8	14.5	14.9	15.8	16.8	17.4	18.5	3.5 yaş	13.7	14.3	14.7	15.5	16.4	17.0	18.0
13.7	14.4	14.8	15.7	16.7	17.3	18.4	4 yaş	13.6	14.2	14.6	15.4	16.4	17.0	18.1
13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4	4.5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.4	16.5	17.1	18.2
13.5	14.2	14.6	15.5	16.5	17.1	18.3	5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.1	18.4	5.5 yaş	13.4	14.0	14.5	15.5	16.6	17.3	18.8
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5	6 yaş	13.3	14.0	14.5	15.5	16.7	17.5	19.1
13.6	14.3	14.7	15.7	16.9	17.6	19.1	7 yaş	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.8	19.7
13.8	14.5	15.0	16.1	17.4	18.2	19.9	8 yaş	13.4	14.2	14.7	15.9	17.4	18.4	20.4
14.0	14.8	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	9 yaş	13.6	14.5	15.1	16.4	18.1	19.2	21.5
14.1	15.1	15.7	17.1	18.9	20.1	22.5	10 yaş	13.9	14.9	15.6	17.1	19.0	20.2	22.6
14.6	15.8	16.5	18.2	20.4	21.7	24.5	11 yaş	14.5	15.6	16.4	18.0	20.0	21.3	23.8
15.2	16.5	17.4	19.3	21.7	23.1	26.0	12 yaş	15.3	16.5	17.3	19.0	21.1	22.3	24.8
15.6	17.0	18.0	19.9	22.3	23.7	26.5	13 yaş	16.3	17.5	18.3	19.9	21.9	23.1	25.4
16.4	17.7	18.6	20.5	22.8	24.2	27.0	14 yaş	17.1	18.3	19.0	20.6	22.5	23.6	25.8
17.2	18.5	19.4	21.2	23.4	24.8	27.6	15 yaş	17.7	18.8	19.5	21.0	22.8	23.9	26.0
18.0	19.3	20.1	21.9	24.1	25.4	28.2	16 yaş	18.1	19.1	19.8	21.2	23.0	24.0	26.1
18.7	19.9	20.7	22.5	24.7	26.1	28.8	17 yaş	18.5	19.5	20.1	21.5	23.1	24.2	26.2
19.2	20.5	21.3	23.1	25.2	26.6	29.4	18 yaş	19.0	19.9	20.5	21.8	23.3	24.3	26.1

Ek8. Veri Toplama Formu

ANKET FORMU-1

Annenin:

1) Doğum Tarihi :...../...../.....

2) Çalışma Durumu:1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor

3) Eğitim Durumu:

1- Okur-Yazar 2- İlk okul 3-Lise 4- Üniversite ve Üstü

4) Herhangi bir kronik hastalığı (sürekli olan bir rahatsızlığı) var mı?

1-Evet 2-Hayır

Cevabınız Evet ise rahatsızlığınız nedir? (birden fazla şık işaretlenebilir)

1- HT(yüksek tansiyon) 2- Kalp-Damar hastalıkları 3- Diyabet 4- Kanser

5- Romatizma 6- Anemi 7- KOAH- Astım

5)Annenin Boyu:.....Kilosu:.....BKİ.....(Boy ve Kilonuzu yazınız. BKİ araştırmacı tarafında hesaplanacaktır)

Babanın:

6) Doğum Tarihi :...../...../.....

7) Çalışma Durumu:1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor

8) Eğitim Durumu:

1- Okur-Yazar 2- İlk okul 3-Lise 4- Üniversite ve Üstü

9) Herhangi bir kronik hastalığı (sürekli olan bir rahatsızlığı) var mı?

1-Evet 2-Hayır

Cevabınız Evet ise rahatsızlığınız nedir? (birden fazla şık işaretlenebilir)

1- HT(yüksek tansiyon) 2- Kalp-Damar hastalıkları 3- Diyabet 4- Kanser

5- Romatizma 6- Anemi 7- KOAH- Astım

10) Babanın Boyu:.....Kilosu:.....BKİ.....(Boy ve Kilonuzu yazınız. BKİ araştırmacı tarafında hesaplanacaktır)

ANKET FORMU - 2

Katılımcının:

- 1) Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl):
- 2) Cinsiyeti
- 3) Kaçınıcı sınıfa gidiyorsunuz.....
- 4) Ailedeki çocuk sayısı (çocuğun kendisi dahil)
- 5) Ailenin Sağlık/Sosyal Güvence durumu: 1- Yok2-Var
- 6) Ailenin gelir durumu:
1-Gelir giderden az 2-Gelir giderden fazla 3-Gelir gidere denk
- 7) Günlük düzenli kaç öğün yemek yiyorsunuz ?
1-Ana Öğün (.....) 2-Ara Öğün(.....)
- 8) Düzenli kahvaltı yapıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır
- 9) Yatmadan önce yemek yeme alışkanlığınız varmı? 1- Evet 2-Hayır
- 10) İnternet ve televizyon karşısında birşeyler atıştırma isteği duyarmısınız?
(...) hiçbir zaman (....) Bazen (....) Genellikle (....) Her zaman
- 11) Sürekli tükettiğini yiyecekler nelerdir?(Aşağıdaki besin öğelerinin haftalık kaç öğün tükettiğinizi yazınız.)

Besinler Grupları	Hiç Tüketmem	Her Öğün	Her Gün	Haftada 1 -3 kez	Haftada 4-6 Kez
Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu					
Ekmek, Tahıl Grubu					
Sebze ve Meyve Grubu					
Süt ve Süt Ürünleri Grubu					

- 12) Günde ortalama ne kadar su tüketirsiniz?(Kaç bardak olduğunu yazınız(.....))
- 13) Herhangi bir kronik hastalığı (sürekli olan bir rahatsızlığı) var mı?
1-Evet 2-Hayır

Cevabınız Evet ise rahatsızlığınız nedir? (birden fazla şık işaretlenebilir)

- 1- HT(yüksek tansiyon) 2- Kalp-Damar hastalıkları 3- Diyabet 4- Kanser
5- Romatizma 6- Anemi 7- KOAH- Astım

- 14) Son 3 ay içinde istemli ya da istemsiz ayda 5 kg'dan fazla kilo kaybınız odlumu?
1-Evet 2- Hayır

15) Genel olarak günlük aktivitelere ayırdığınız süreyi dakika cinsinden yazınız.

AKTİVİTE TÜRÜ	PAR değeri (katsayı)	Ortalama süre (dk/gün)
Uyku	1	
GÜNLÜK AKTİVİTELER		
Uzanarak yapılan işler (dinlenme, TV izleme, kitap-gazete okuma, müzik dinleme)	1	
Oturarak Yapılan işler (TV izleme, bilgisayar başında, okulda ders dinleme, sebze ayıklama, örgü örme, dikiş dikme, ütü yapma, resim yapma, müzik aleti çalma, kağıt oynama, vb.)	1.75	
Ayakta yapılan HAFİF aktiviteler (yavaş yürüme, ev temizleme, yemek pişirme, çamaşır yık.)	2.75	
Ayakta yapılan ORTA aktiviteler(orta hızda yürüme, bahçe işleri, vb.)	3	
Ayakta yapılan AĞIR aktiviteler (yük taşıma, inşaat işleri, tarla işleri, hamallık vb.)	5	
SPOR FAALİYETLERİ		
HAFİF egzersiz/spor faaliyetleri(aerobik yapma, hızlı yürüme)	3.5	
ORTA egzersiz/spor faaliyetleri(voleybol, tenis, dans, bilardo, dans, halk dansları vb.)	5.5	
AĞIR egzersiz/spor faaliyetleri (basketbol, futbol, kürek çekme, yüzme, uzun mesafe koşu)	7	
TOPLAM		1440 dakika / 24 SAAT

16- 17. Sorular araştırmayı yapan kişi tarafından ölçüm yapılarak yazılacaktır.

16) Boy Uzunluğu :.....cm

17) Kilosu:.....kg

ANKET FORMU-3

PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI ÖLÇEĞİ

(PIKÖ-E)

Açıklama: Bu anket, bireylerin internet kullanım davranışlarını betimlemek için hazırlanmıştır. Sizden istenen, internet kullanırken genellikle gösterdiğiniz davranışları dikkate alarak, aşağıdaki ifadelerden her birinin size uygunluk derecesini belirlemenizdir.

Bu amaçla, ilk önce her bir ifadeyi okuyunuz ve daha sonra her bir ifadenin karşısındaki “Tamamen Uygun”, “Oldukça Uygun”, “Biraz Uygun” “Nadiren Uygun”, ve “Hiç Uygun Değil” seçeneklerinden kendi durumunuza uygun olan bir seçeneği belirleyiniz. Bu seçeneği belirledikten sonra o seçeneğe ait parantezin içerisine çarpı (X) işareti koyunuz.

Lütfen, hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Yanıtların kendi internet kullanım davranışlarınızı olduğu gibi yansıtmaz, sonuçların daha sağlıklı değerlendirilmesine katkıda bulunacaktır. Yanıtlarınız ile bu bilimsel araştırmaya katıldığınız için teşekkürler.

	Tamamen uygun	Oldukça uygun	Biraz uygun	Nadiren uygun	Hiç uygun değil
1. İnternet bağlantımı kesmeye her karar verdiğimde kendi kendime “birkaç dakika daha” diyorum.....	()	()	()	()	()
2. İnternette geçirdiğim zaman çoğunlukla uyku süremi azaltıyor.....	()	()	()	()	()
3. İnternet ortamında elde ettiğim saygıyı günlük yaşamımda bulamıyorum.....	()	()	()	()	()
4. İnternette, diğer ortamlara göre daha kolay ilişki kuruyorum	()	()	()	()	()
5. İnternette ismimi gizlemek beni daha özgür kılıyor	()	()	()	()	()
6. Çok istememe rağmen interneti uzun süre kullanmaktan bir türlü vazgeçemiyorum.....	()	()	()	()	()
7. İnternete gerekmedikçe girmekten kaçınıyorum .	()	()	()	()	()
8. Yalnızlığımı internetle paylaşıyorum.....	()	()	()	()	()
9. Birisi internette ne yaptığımı sorduğunda savunmacı ve gizleyici oluyorum.....	()	()	()	()	()
10. Planladığımın dışında fazladan bir dakika bile interneti kullanmıyorum.....	()	()	()	()	()
11. İnternette bağlantı kurduğum insanlara kendimi daha iyi anlatıyorum.....	()	()	()	()	()
12. İnternette, kontrol benden çıkıyor.....	()	()	()	()	()
13. İnternet yüzünden yemek yemeyi unuttuğum zamanlar oluyor.....	()	()	()	()	()

Tamamen Oldukça Biraz Nadiren Hiç uygun

	uygun	uygun	uygun	değil	
	↓	↓	↓	↓	↓
14. İnternette daha fazla vakit geçirmek için günlük işlerimi ihmal ediyorum	()	()	()	()	()
15. Sosyal aktiviteler için para harcamaktansa internete erişmek için harcamayı tercih ediyorum	()	()	()	()	()
16. Sürekli ziyaret ettiğim internet sitelerini bir gün dahi girememeye tahammül edemiyorum..	()	()	()	()	()
17. İnternet kullandığım süre boyunca her şeyi unutuyorum.....	()	()	()	()	()
18. Yapmam gereken işler çoğaldıkça, internet kullanma isteğim de o ölçüde artıyor.....	()	()	()	()	()
19. İnternet, yapmam gerekenleri ertelemek için vazgeçilmez bir araçtır.....	()	()	()	()	()
20. İnternet kullanımım, benim için önemli kişilerle olan ilişkilerimde problem yaşamama neden oluyor	()	()	()	()	()
21. İnternet kullanırken başkalarının beni meşgul etmesine öfkeleniyorum.....	()	()	()	()	()
22. İnterneti kullanmasam bile sürekli aklımda	()	()	()	()	()
23. İnternet kullanmayı bırakmadığım için randevularıma veya derslerime geç kalıyorum.....	()	()	()	()	()
24. Sabahları uyandığımda bir an önce internete bağlanmak istiyorum.....	()	()	()	()	()
25. İnternet kullanırken zamanın nasıl geçtiğini hiç anlayamıyorum.....	()	()	()	()	()
26. İnternet beni kendisine esir ediyor.....	()	()	()	()	()
27. İnternet yoluyla iletişim kurmayı, yüz yüze iletişime tercih ediyorum.....	()	()	()	()	()

AÇIKLAMA

1 ile 5 arasında puan veriliyor. “Hiç uygun değil” (1 puan), “Nadiren uygun” (2 puan), “Biraz uygun” (3 puan), “Oldukça uygun” (4 puan), ve “Tamamen uygun” (5 puan) biçiminde puanlanıyor. 7. ve 10. maddeler tersten puanlanıyor. Toplam puan 27 ile 135 arasında değişiyor.

Ölçek, problemlı internet kullanım davranışını ölçerek bireylere “internet bağımlılığı” teşhisi koymayı amaçlayan bir ölçek olarak değerlendirilmemelidir. Bu ölçek, internetin sağlıklı ve sağlıksız olarak kullanım düzeylerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu çerçevede, *ölçekten alınabilecek yüksek puanlar, bireylerin internet kullanımlarının sağlıksızlaştığının, internetin yaşamlarını olumsuz bir şekilde etkilediğinin ve bağımlılık gibi bir patolojiye eğilim oluşturabileceğinin işareti olarak değerlendirilmelidir.*

PUANLAMA

Siyah renkliler 1. FAKTÖR: İnternetin olumsuz sonuçları (14 madde):

12.-24., 26. maddeler. Puan aralığı 14-70

Yeşil renkler 2. FAKTÖR : Aşırı kullanım (6 madde) :

1., 2., 6., 7*, 10*, 25 (7. ve 10. tersten puanlanan) maddeler. Puan aralığı 6-30

Pembe renkliler 3.FAKTÖR: Sosyal fayda/sosyal rahatlık (7 madde):

3.,4.,5., 8., 9.,11., 27. maddeler. Puan aralığı 7-35

Toplam puan 27 ile 135 arasında değişiyor.

A. Aykut Ceyhan & Esra Ceyhan

Kaynak:

Ceyhan, A.A. & Ceyhan, E. (2014). Problemlı İnternet Kullanım Ölçeği'nin ergenlerde geçerlik ve güvenilirlik çalışması [The validity and reliability study of Problematic Internet Use Scale for Adolescents]. *Bağımlılık Dergisi*, 15 (2), 56-64.

Ceyhan, A.A. & Ceyhan, E., (2009). “Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanım Ölçeği (PIKÖ-E) geliştirme çalışmaları”, X. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 21-23 Ekim 2009, Çukurova Üniversitesi, s. 42. (ÖZET).

Ek9.GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Veli

Bu çalışma Adölesanlarda (10-19 yaş grubu) obezite ve problemlı internet kullanımı ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Soruların eksiksiz ve doğru yanıtlanması araştırmaya önemli katkı sağlayacaktır. Anketlerde isim belirtilmeyecek ve alınan cevaplar yalnızca bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacak, başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir. Araştırmaya katılacak 18 yaşından küçük bireylerin sorumluluğunu üstlenen velisitarafından onaylanması gerekmektedir. Bu araştırmaya katılan bireylerden herhangi bir ücret talebi ya da ödemesi yapılmayacaktır. Çalışmamın herhangi bir aşamasında sebep belirtmeksizin araştırmadan ayrılma hakkınızın olduğunu hatırlatır yardımlarınız için teşekkür ederim.

Ek10. İntihal Raporu

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 19/12/2017

Tez Başlığı / Konusu: Adölesanlarda Obezite ve Problemlı İnternet Kullanımı İlişkisinin Belirlenmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 58 sayfalık kısmına ilişkin, 19/12/2017 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 7 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.



19/12/2017

Adı Soyadı: Göksel Dürmüş

Öğrenci No: 154101014

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Programı: Tezli Yüksek Lisans Programı

Statüsü: Y.Lisans Doktora

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.



Prof. Dr. Tülay ORTABAG

Ek 11.Kısa Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Göksel DÜRMÜŞ

Uyruğu: TC

Doğum Tarihi Ve Yeri:02 Mart 1987,Gaziantep

Medeni Durumu: Bekar

Tel: 05372049053

Fax:

Mail: gokselders@gmail.com

Yazışma Adresi: Cumhuriyet mahallesi 60 Nolu sokak 50/b Şahinbey/GAZİANTEP

EĞİTİM

Derece	Kurum	MezuniyetTarihi
YüksekLisans	EÜSağlıkBilimlerEnstitüsü	2017
Lisans	AKSARAY Sağlık Yüksekokulu	2009
Lise	19 Mayıs Lisesi\GAZİANTEP	2004

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2010-2015	EÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi,	Hemşire
	Kayseri	
2015-Halen Devam	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu,	Öğretim
	Görevlisi Gaziantep	

YABANCIDİL

İngilizce

YAYINLAR

