

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNE YÖNELİK YAŞAM STİLİ
DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİNİN TÜRKÇE
FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Neslihan ULUK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Jülide Gülizar YILDIRIM DUMAN

2018-İZMİR

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- o **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**
(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)
- o **Tezimin/Raporumun 01.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)**
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)
- o **Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**
- o **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

.... / /

Neslihan ULUK

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Jülide Gülizar YILDIRIM DUMAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

.... / /

Neslihan ULUK

TEŞEKKÜR

Kendimi akademik alanda geliştirmeme yardımcı olan, bilgi, beceri ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşarak bana çok destek olan değerli hocam
Dr. Öğr. Üyesi Jülide Gülizar YILDIRIM'a,

Tez önerimde ve sonrasında bilgi ve yönlendirmeleri ile tezime ışık tutan değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR'a ve Doç. Dr. Melek ARDAHAN'a,

Bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, bana her zaman destek olan değerli hocam Öğr. Gör. Feyza DERELİ'ye,

Yüksek lisans sürecinde bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen Dr. Gökhan BAHTİYAR'a,

Araştırmama katılan değerli çocuklar ve ebeveynlerine, görüş bildiren hocalarıma, ayrıca istatistik çözümler konusunda görüş bildiren Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya,

Hayatım boyunca en büyük destekçilerim olan abim Abdulkadir, annem Gültan, babam Yılmaz ve arkadaşlarıma
gönülden teşekkür ederim.

*Hemşire Neslihan ULUK
İZMİR, Mayıs 2018*

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNE YÖNELİK YAŞAM STİLİ DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Giriş-Amaç: Fazla kiloluluk ve obezite, çocukluk çağında, sağlık ve iyilik halini etkileyen, gelecekte farklı birçok sağlık sorunlarına, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olabilen kronik hastalıklara zemin hazırlayan ve sürekli artış gösteren bir halk sağlığı sorunudur. Araştırmanın amacı, fazla kilolu ve obez çocukların yaşam stili davranışlarını saptamak için “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi”nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir.

Materyal-Metot: Metodolojik araştırmanın örneklemini, klinik ve sahadaki 342 gönüllü normal, fazla kilolu ve obez çocuklar ve ebeveynleri oluşturdu. West ve Sanders (2005) tarafından geliştirilen 25 maddelik özgün form, dört faktörlü yapıdadır (aşırı yeme, fiziksel aktivite, duygusal çatışmalar, yemeye karşı isteksizlik). Özgün çalışmada problem ölçeği ($\alpha=0.92$) ve güven ölçeği ($\alpha=0.92$) yüksek iç tutarlığa sahipti. Problem ölçeği 7’li likert tipte yanıtlanmaktadır, güven ölçeği ise 1 ile 10 arasında puan almaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, test-tekrar test, kapsam geçerlik indeksi, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa kullanıldı.

Bulgular: Problem ölçeği toplam puan ortalaması 62.98 ± 22.16 (dağılım, 25-167 puan), güven ölçeği puan ortalaması 188.28 ± 47.70 (dağılım, 25-280 puan) olarak saptandı. Araştırmaya katılan tüm çocukların yaş ortalaması 10.2 ± 2.6 (dağılım, 6-15 yıl) idi. Araştırmaya katılan çocukların %54.7’si kız ve BKİ ortalaması 21.26 ± 4.21 (dağılım, 13-38) idi. Ebeveynlerin yaş ortalaması 39.46 ± 5.68 (dağılım, 21-72 yaş) ve BKİ ortalaması 26.18 ± 4.47 (dağılım, 16.33-41.14) idi. Kontrol listesinin kapsam geçerlik indeksi 0.96, problem ölçeğine ait Cronbach alfa katsayısı 0.86, güven ölçeği için 0.92 olarak saptandı. Toplam puan korelasyonları problem ölçeği için 0.11 ile 0.82 ($p<0.001$) ve güven ölçeği için 0.36 ile 0.85 ($p<0.001$) arasında belirlendi. Test-tekrar test korelasyonu problem ($r=0.97$ $p<0.001$) ve güven ölçeği için ($r=0.92$ $p<0.001$) oldukça yüksekti. Faktör analizleri kontrol listesinin altı

faktörlü yapıda (yiyeceğe karşı isteksizlik/şikayet, duygusal çatışmalar, aşırı yeme ve Tv izleme, gizleme/saklama, fiziksel aktivite, fazla yeme) olduğu ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, problem (RMSEA=0.082, $\chi^2/sd=3.89$, p=0.000) ve güven ölçeği (RMSEA=0.102, $\chi^2/sd=3.50$, p=0.000) için kabul edilebilir düzeyde bir uyum saptandı.

Sonuç: Kontrol listesinin Türkçe formunun boyutlarının (problem ve güven ölçeği) iç tutarlılığının güvenilir, içerik ve yapı geçerliliği açısından geçerli olduğu saptanmıştır. Fazla kilolu ve obez çocukların yaşam stili davranışlarını saptamak için sağlık çalışanları tarafından kullanabilecek bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, geçerlilik ve güvenilirlik, çocuk davranışı, ebeveynler

ABSTRACT

THE VALIDITY AND RELIABILITY OF TURKISH VERSION OF THE LIFESTYLE BEHAVIOR CHECKLIST RELATED WITH CHILDHOOD OBESITY

Introduction-Aim: Overweight and obesity is a public health problem that affects of the health status and well-being in childhood, and is constantly increasing and preparing for chronic diseases that can lead to many different health problems, morbidity and mortality in the future.

This research aims to evaluate the validity and reliability of the Turkish version of “lifestyle behaviours checklist” which was determined life style behaviours of overweight and obese children.

Materials and Methods: The sample of the methodological study consisted of 342 volunteer in the clinic and on the field, normal, overweight and obese children and their parents. The original 25-item form, was developed by West and Sanders (2005), is a four-factor structure (overeating, physical activity, misbehavior in relation to food, emotional correlates related to being overweight). In the original study problem scale ($\alpha=0.92$) and confidence scale ($\alpha=0.92$) had high internal consistency. The problem scale responds to the likert type with 7, and the confidence scale scores between 1 and 10. Principal and confirmatory factor analysis, test-retest reliability, content validity index, item total correlation, Cronbach alpha, were used in the evaluation of the data.

Results: Problem scale mean score was 62.98 ± 22.16 (range, 25-167 points), confidence scale mean score was 188.28 ± 47.70 (range, 25-280 points). The average age of all children participating in the research was 10.2 ± 2.6 (range, 6-15 years). 54.7% of the children participated in the research and the average of the BMI was 21.26 ± 4.21 (range, 13-38). The average age of parents was 39.46 ± 5.68 (range, 21-72 years) and the mean age of BMI was 26.18 ± 4.47 (range, 16.33-41.14). The coverage validity index of the control list was 0.96, the Cronbach alpha coefficient for the problem scale was 0.86, and the confidence scale was 0.92. Total score correlations were between 0.11 and 0.82 ($p<0.001$) for the problem scale and between 0.36 and

0.85 ($p < 0.001$) for the confidence scale. Test-retest correlation was significantly higher for the problem ($r = 0.97$ $p < 0.001$) and confidence scale ($r = 0.92$ $p < 0.001$). Factor analysis showed that the control list was in a six-factor structure (overeating, physical activity, emotional correlates related to being overweight, misbehavior in relation to food, hiding), and confirmatory factor analysis revealed an acceptable fit for problem (RMSEA=0.082, $\chi^2/sd=3.89$, $p=0.000$) and confidence scale (RMSEA=0.102, $\chi^2/sd=3.50$, $p=0.000$).

Conclusion: It was determined that the internal consistency of the Turkish form of the control list (problem and confidence scale) was valid in terms of reliability, content and structure validity. Is a tool that can be used by healthcare workers to detect lifestyle behavior of overweight and obese children.

Keywords: Obesity, validity and reliability, child behavior, parents

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY SAYFASI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırmanın Varsayımı	2
1.4 Araştırmanın Hipotezi	3
1.5 Araştırmanın Önemi	3
1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.7 Tanımlar	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Obezite	5
2.1.1 Epidemiyoloji.....	5
2.1.2 Etiyoloji	5
2.1.3 Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları.....	6
2.1.4 Obezitenin Saptanması	6
2.1.5 Obezitenin Komplikasyonları	8
2.1.6 Çocuk ve Adölesanlarda Obezitesi Tedavisinde Kullanılan Yaklaşımlar	8
2.1.7 Fazla Kilolu ve Obez Çocukların Bakımında Hemşirenin Rolü.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1 Araştırmanın Tipi	12
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	12

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	12
3.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişken	13
3.5 Veri Toplama Araçları	14
3.6 Veri Toplama Yöntemi.....	15
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
3.8 Verilerin Analizi.....	17
3.9 Süre ve Olanaklar	18
3.10 Etik.....	19
4. BULGULAR	20
4.1 Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	20
4.1.1 Ebeveynlere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler.....	20
4.1.2 Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	21
4.1.3 Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'ne Yönelik Tanımlayıcı Bilgiler	23
4.2 “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi”nin Türkçe Formunun Uyarlama Çalışmaları.....	25
4.2.1 “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi”nin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi.....	25
4.2.2 Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi.....	26
5. TARTIŞMA	47
5.1 Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	47
5.2 Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	49
5.3 Kontrol Listesinin Psikometrik Analizlerinin Değerlendirilmesi	50
5.3.1 Kontrol Listesi Geçerliğinin Değerlendirilmesi	50
5.4 Kontrol Listesi Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	58

EKLER..... 65

ÖZGEÇMİŞ..... 78

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
Kontrol Listesi	: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TOÇBİ	: Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1:	Araştırma Süreci İzlem Çizelgesi (Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır).....	16
Şekil 2:	Temel Bileşen Analizi Sonucuna Göre Madde Atıldıktan Sonra Problem Ölçeğine Ait Faktörlerin Öz Değer Grafiği	33
Şekil 3:	Temel Bileşen Analizi Sonucuna Göre Madde Atıldıktan Sonra Güven Ölçeğine Ait Faktörlerin Öz Değer Grafiği	34
Şekil 4:	Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem Ölçeğinin Standart Değerlerle Birlikte Path Grafiği	36
Şekil 5:	Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem Ölçeğinin t Değerlerle Birlikte Path Grafiği	37
Şekil 6:	Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Güven Ölçeğinin Standart Değerlerle Birlikte Path Grafiği	38
Şekil 7:	Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Güven Ölçeğinin t Değerlerle Birlikte Path Grafiği	39

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Çocuk ve Adölesanlarda Ağırlık Sınıflaması.....	7
Tablo 2: Örneklem Seçimi.....	12
Tablo 3: Araştırma Zaman Çizelgesi.....	19
Tablo 4: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Ebeveynlerin Klinik ve Saha Örneklem Grubunun Dağılımı	21
Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çocukların Klinik ve Saha Örneklem Grubunun Dağılımı	23
Tablo 6: Problem ve Güven Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri.....	24
Tablo 7: Madde KGO Değerleri.....	27
Tablo 8: Madde Atılmadan Önce Problem ve Güven Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları.....	29
Tablo 9: Madde Atılmadan Önce Problem ve Güven Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları-I.....	30
Tablo 10: Madde Atıldıktan Sonra Problem ve Güven Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları-II.....	32
Tablo 11: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem ve Güven Ölçeği İçin Yapılan DFA Sonuçları	35
Tablo 12: Madde Atıldıktan Sonra Problem ve Güven Ölçeğine Ait R ² ve T Değerleri.....	40
Tablo 13: Problem ve Güven Ölçeğinin Faktörlerin Madde Toplam Puanına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	41
Tablo 14: Problem ve güven Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Cronbach Alfa Katsayılarının Dağılımı	42
Tablo 15: Problem ve Güven Ölçeğinin Yürütülmüş Çalışmalardaki Cronbach Alfa Değerlerinin Dağılımı.....	42
Tablo 16: Problem ve Güven Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 17: Madde Atıldıktan Sonra Problem ve Güven Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları.....	44
Tablo 18: Problem Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon	45
Tablo 19: Güven Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon	45

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

Çocukluk çağında fazla kiloluluk ve obezite, sağlığı ve iyilik halini etkileyen, gelecekte farklı sağlık sorunlarına zemin hazırlayan ve sürekli artış gösteren bir kriz olarak tanımlanmaktadır (1). Obezite, çocuk ve adölesanlarda ömür boyu süren hastalıklara zemin hazırlayan, erişkin dönemde mortalite ve morbiditenin artmasına olan etkisiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (2).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), 2005 yılı standart nüfusunu kullanarak yaş ve cinsiyete göre obezite oranları İngiltere’de erkek çocuklarda yaklaşık %13 iken, kız çocuklarında bu oran yaklaşık %11 civarında olarak bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde, bu oran erkek çocuklarda yaklaşık %21 iken kız çocuklarda bu oran yaklaşık %19 civarındadır. OECD (2017) verilerine göre, Türkiye’de ise, 15 yaşındaki çocukların 2013-2014 obezite sonuçları %12 olarak bildirilmiştir (3).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) ön çalışma raporu sonuçlarına göre Türkiye’de 0-5 yaş grupta obezite görülme sıklığı %8.5 (erkek %10.1, kız %6.8), 6-18 yaş grupta obezite görülme sıklığı %8.2 (erkek %9.1, kız %7.3) olarak bildirilmiştir. 0-5 yaş grupta fazla kilolu olanlar %17.9, fazla kilolu ve şişman olan çocuklar %26.4 olarak tespit edilmiştir. Fazla kilolu olan çocuklar 6-18 yaş grupta %14.3 olarak, fazla kilolu ve şişman olan çocuklar %22.5 olarak tespit edilmiştir (4).

Çocukluk ve adölesan dönemde yeme davranışları ile ilgili farklılıklar ve aşırılıklar sağlığın bozulmasına ve obezite insidansının artmasına neden olmaktadır. Çocukluk çağında fazla kiloluluk ve obezite solunum, endokrin, kardiyovasküler sistem, sindirim ve ortopedik sorunların nedeni olarak belirtilmektedir (5). Ayrıca, psikolojik etkileri de (kilo ile ilişkili mutsuzluk, sosyal dışlanma gibi) beraberinde getirmektedir (6).

Çocukluk çağı obezitesinin tedavisinde kullanılan yaklaşımlar (beslenme yönetimi, fizik aktivite yönetimi) bireyin kendi öz-yönetimini kazanmasında oldukça önemlidir. Bu yöntemler genel sağlığın korunmasına yönelik uygulamalar (uygun diyet programının belirlenmesi, fizik aktivite programları uygulanması gibi),

davranışçı tedavi, uygun ilaç kullanımı ve diğer yaklaşım olan cerrahi uygulamalardır. Bu tedavi yöntemleri arasında en etkin yöntemlerin diyet ve fizik aktivite gibi yaşam stili değişikliklerini hedefleyen uygulamalar ve davranışçı tedaviler olduğu bildirilmiştir (7).

Türkiye’de obeziteye yönelik çocukların davranışlarını inceleyen tanımlayıcı çalışmalara bakıldığında, ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obeziteye etkileri, tanımlayıcı olarak obezite tanılı çocuklarda yeme davranışının değerlendirilmiş, ortaokul öğrencilerinde obezitenin aile ortamı ile yeme tutumu arasındaki ilişkiler incelenmiş, adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi konularında çalışmalar yapılmıştır (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Ülkemizde obeziteye beslenme ve aktivite ile ilgili ölçüm araçları bulunmakta ancak yaşam stili davranışlarını belirlemede kullanılacak bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. West ve Sanders (2005) tarafından geliştirilen özgün form, obeziteye yönelik çocukların yaşam stili davranışlarını belirlemede kullanılabilir bir ölçüm aracıdır. Kontrol listesinin geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirip, literatürdeki eksiklikleri giderebilecek ve sağlık personelleri tarafından obezite tanılmasında kullanılabilir bir yardımcı araç sağlamaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, çocukluk çağı obezitesine yönelik yaşam stili davranışlarını saptamak için Avustralya’da West ve Sanders (2005) tarafından geliştirilen “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi”nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir.

1.3 Araştırmanın Varsayımı

Veri toplama aracı olarak, Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesinin ülkemizde fazla kilolu ve obez çocukların davranışlarını ölçmede uygun ve güvenilir bir araç olduğunun önceden kabul edilmesi ve kullanılması araştırmanın varsayımıdır.

1.4 Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler şunlardır;

1. H_1 : “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi” geçerli bir ölçüm aracıdır.”

2. H_1 : “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi” güvenilir bir ölçüm aracıdır.”

1.5 Araştırmanın Önemi

Obezite, gün geçtikçe dünya nüfusunu etkisi altına almaya devam eden önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle çocuk ve adölesanlardaki obezitenin yetişkinlik döneminde de süreklilik gösterme ihtimalinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, obezite için risk faktörlerinin tespit edilmesi ve bunların kontrol altına alınması büyük önem taşımaktadır. Literatür araştırması yapıldığında obezitenin beslenme ile ilişkisinin belirlendiği tanımlayıcı çalışmalar (15, 16) bulunmakta ancak yaşam stili davranışlarının obeziteye etkisini belirleyecek bir araç bulunmamaktadır. Fazla kiloluluk ve obezite çocukluk dönemini etkilediği kadar yaşam boyu da sürebileceği için ve diğer hastalıklara zemin hazırlayacağından bireylerin yaşantısını önemli ölçüde etkilediği düşünüldüğünde araştırmanın literatüre eksiklikleri giderme açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma, obeziteye neden olabilecek diğer faktörleri de belirleyerek öz-yönetimi güçlendirme ve olumlu davranış değişimini kazandırma yönünde yapılacak diğer çalışmalar içinde yol gösterici olacaktır.

1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya, zaman, ulaşım ve maddi yetersizlikler nedeni ile İzmir ili ve merkez ilçelerindeki Milli Eğitime bağlı belirli bölgelerdeki okullar ve bir eğitim araştırma hastanesi dahil edilmiştir. Sonuçlar, bu çalışma grubuna genellenebilir.

1.7 Tanımlar

Fazla kiloluluk ve Obezite: Vücutta sağlığı bozacak derecede aşırı oranda yağ birikmesi sonucunda yağ kütlesinin yağsız kütleye oranının çok fazla artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının beklenen düzeyin üstünde olmasıdır (17, 18).

Obez: Beden kitle indeksinin 30 ve üzerinde olmasıdır. Aşırı şişman (19, 20).

Ölçek: Bireylerin sıfat, cümle veya ifadeler bütününe gerçek duyguları doğrultusunda tepki göstermeleri istenir. Bu sıfat, cümle veya ifadeler listesine ölçek denir. Ölçekler ölçme göstergeleridir. Matematiksel özellikleri belirli olan ölçümler kümesine ölçek denir (21, 22).

Geçerlilik (Validite): Bir ölçeğin istenen belirli özelliklerini veya uyum sonuçlarını ölçme düzeyi ve ölçüm yapılan ana kütleye genelleme yapılabilmesidir. (23, 24).

Güvenilirlik (Tutarlılık): Ölçme aracının hatalardan arınmış bir şekilde ölçüm yapabilme yeteneğine denir. Ölçme yöntemi, ölçülen değişkenin değerinin ne kadar doğru ölçüldüğünü gösteren veya ölçüm sonuçlarının ölçme düzeyi olarak tanımlanabilir. Örneklemden bağımsız olarak maddeye verilen yanıtın fonksiyonudur (23, 24).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımında obezite “vücutta sağlığı bozacak derecede aşırı oranda yağ birikmesidir” şeklinde tanımlanmaktadır (17).

Obezitenin çocuklarda ve adölesanlarda özellikle insülin direnci, tip 2 diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi pek çok hastalık için zemin hazırlayan bir faktör olduğu, ayrıca yetişkinlik döneminde de morbidite ve mortalitenin artmasına neden olduğu bilinmektedir (2).

2.1.1 Epidemiyoloji

Obezite, çocuk ve adölesanlarda, 21. yüzyıldaki en önemli halk sağlığı problemlerinden biri haline gelmiştir. DSÖ'nün verilerine göre tüm dünyada 5 yaş altındaki fazla kilolu ve obez sayısı 1990 yılında 32 milyon iken, bu sayı 2013 yılında 42 milyona yükselmiştir.

DSÖ, Türkiye’de 2015 yılında yapılan çalışmalara göre, 6-18 yaş arası bireylerin %8.2 sinin (erkek %9.1, kız %7.3) obez olduğunu bildirmiştir (25). Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi araştırma raporu sonucuna göre; Türkiye genelindeki çocukların %6.5’inin obez, %14.3’unun fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir (26). Sağlık Bakanlığı’nın 2013 yılında yaptığı 7-8 yaş çocuklardaki şişmanlık araştırma sonucuna göre, kız çocuklar arasında fazla kilolu ve obez olma yüzdesi %21.6 iken erkek çocuklarda bu oran %23.3 olarak tespit edilmiştir (27).

2.1.2 Etiyoloji

Obezite, vücuda gereksiniminden fazla enerji içeren besin alınması ve buna bağlı olarak enerjinin yağ dokusunda depolanması nedeni ile oluşan önemli bir sağlık sorunudur. Vakaların neredeyse çoğunluğu, yanlış beslenme alışkanlığı ve yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle meydana gelmekte ve birçok çevresel, genetik, fizyolojik, nörolojik, biyokimyasal, psikolojik ve sosyokültürel faktörler obezite gelişmesinde

rol oynamaktadır. Ayrıca bazı endokrin ve genetik hastalıklar obeziteye neden olabilmektedir (2).

2.1.2.1 Endokrin ve Genetik Faktörler

Obeziteye neden olan endokrin hastalıklar şu şekilde özetlenebilir; Cushing sendromu, Büyüme Hormonu Yetersizliği, Hiperinsülinizm, Hipotiroidizm, Psodohipoparatiroidizm. Obeziteye neden olan genetik hastalıklar şu şekilde özetlenebilir; Bardet-Biedl sendromu, Alstrom sendromu, ENPP1 gen mutasyonu, Cohen sendromu, Down sendromu, Turner sendromu (2).

2.1.3 Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Çocuklarda ve adölesanlarda obezite iki nedenden dolayı oldukça önemlidir. Nedenlerden birincisi, fazla kiloluluk ve obezite, erken yaşlarda birçok kronik ve metabolik hastalıkların gelişmesi açısından risk faktörüdür. İkincisi ise, obez bireylerde ortaya çıkabilecek olan psikolojik problemler, bu çocukların erişkin yaşlarda dahi uyum sağlama sorunlarına ve özgüven eksikliği problemi yaşamalarına sebep olabilmektedir. Obezitenin neden olabileceği sağlık sorunlarından bazıları şöyledir; insülin direnci, koroner arter hastalığı, tip 2 diyabet, metabolik sendrom, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi, anksiyete ve depresyon (28).

2.1.4 Obezitenin Saptanması

Obeziteye ilişkin tanı konulmasında, beden kitle indeksi (BKİ), boya göre ağırlık, deri kıvrım kalınlığı ölçümü ve bel/kalça oranlarına bakılır.

Fazla kilolu veya obez çocuk ve adölesanların anamnezleri alınırken çocuğun fizik aktivite ve beslenme alışkanlıkları detaylı bir şekilde öğrenilmelidir. Fazla kiloluluk ve obezitenin ne zaman başladığı sorgulanmalı, iki yaşından daha erken başlamış olması durumunda çocukta sendromik bozukluklar olabileceği de unutulmamalıdır (28, 29, 30).

Çocuğun beslenme alışkanlıkları değerlendirilirken, hazır gıda tüketim sıklığı ve miktarı, şekerli ve gazlı içecekleri tüketme sıklığı ve miktarı, sebze meyve tüketme sıklığı, ana ve ara öğün sıklığı ve porsiyon büyüklükleri detaylı bir şekilde öğrenilmelidir (28).

Fiziksel aktivite alışkanlıkları sorgulanırken, günlük ekran karşısında geçirilen süre (bilgisayar/tablet/telefon oyunları, televizyon izleme), ders çalışma gibi immobil yapılan faaliyetlerin süresi; yapılan düzenli bir aktivite (futbol, yürüyüş, yüzme) varsa bunların süresi ve düzensiz (merdiven çıkma, markete gitme) yapılan aktivitelerin süresi öğrenilmelidir (28).

Beden kitle indeksi, vücut ağırlığının kilogram cinsinden, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesi ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) ile bulunur. BKİ değerleri cinsiyete ve yaşa göre değişiklikler göstermektedir. DSÖ'nün 2007 yılındaki 5-19 yaş arasında percentil eğrilerine bakıldığında, BKİ'nin 85 percentil ile 95 percentil arasında olması "fazla kilolu", 95 percentil ve üzerinde olması ise "obezite" olarak tanımlanmaktadır (17). Çalışmamızda BKİ'nin yorumlanmasında ülkemizdeki çocuklar için Neyzi ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan büyüme eğrileri kullanmıştır (31).

Tablo 1: Çocuk ve Adölesanlarda Ağırlık Sınıflaması

KATEGORİ	BEDEN KİTLE İNDEKSİ
Zayıf	$BKİ < 5.$ percentil
Normal	$5. \text{ percentil} \leq BKİ < 85. \text{ percentil}$
Fazla Kilolu	$85. \text{ percentil} \leq BKİ < 95. \text{ percentil}$
Obez	$95. \text{ percentil} \leq BKİ$

Kaynakça¹⁷: World Health Organization

Cinsiyet ve yaşa göre düzenlenmiş olan, boy ve vücut ağırlığını gösteren tablolardan yardım alınarak çocuğun yaşına ve boyuna uygun ağırlığı hesaplanır. Boyunun 50 percentilde, yaşın 50 percentilde olduğu ağırlığı, çocuğun ideal ağırlığı olmaktadır. Rölatif ağırlık ise çocuğun ölçülen ağırlığının ideal ağırlığına oranlanmasıdır (32).

Obezitenin diğer bir tanılama yöntemi olan rölatif ağırlığın %120 üzerinde olması da önemli bir bulgudur (32).

Hastanın ölçülen ağırlığı

$$\text{Rölatif ağırlık} = \frac{\text{Hastanın ölçülen ağırlığı}}{\text{Aynı boyda olan normal çocuğun ağırlığı}} \times 100$$

Triseps cilt kıvrım kalınlığı ölçümüdür, obezite tanılmasında yaygın olarak kullanılan diğer bir yöntemdir. Yaşa göre belirtilen persentillere göre obezite tanısı konulabilmesi için ölçüm değerinin 85 persentil üzerinde olması gerekmektedir (33).

Vücuttaki yağ dağılımını belirleyen ölçütlerden birisidir. Daha çok obezitenin hangi tip olduğunu belirlemede kullanılmaktadır (34).

2.1.5 Obezitenin Komplikasyonları

Obezite, mortalite ve morbidite açısından önemli bir risk faktörüdür. BKİ'nin artması mortalite riskinde artışa neden olmaktadır. Obezitenin neden olabileceği diğer sağlık problemleri ise insülin direnci, dislipidemi, hipertansiyon, hepatosteatoz, jinekomasti, safra taşı, pankreatit, obstrüktif uyku apne ve psikososyal bozukluklardır. Çocuk ve adölesanlarda uzun süreli obezite, bazı malignite ve kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (35).

2.1.6 Çocuk ve Adölesanlarda Obezitesi Tedavisinde Kullanılan Yaklaşımlar

Çocuk ve adölesanlarda obezite tedavisinde kilo alımının engellenmesi ya da kilo verilmesinin sağlanması ile BKİ persentil değerinde azalma sağlanması tedavinin asıl hedefidir. Belirlenen hedefe ulaşmak için uygulanabilecek tedavi yöntemleri genel sağlığı güçlendirmeye yönelik yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar; uygun egzersiz ve diyet programları, egzersiz ve diyet alışkanlıklarının değişmesini amaçlayan davranışçı terapiler, ilaçlar ve diğer bir yaklaşım olan cerrahi müdahalelerdir. Yöntemlerin uygulanması esnasında özellikle bilgisayar temelli izlem yaklaşımlarından ve sağlık inançlarını ve davranışlarını değiştirmeye yönelik motivasyonel görüşme tekniklerinden yararlanılabilmektedir (7, 30).

2.1.6.1 Beslenme Yönetimi

Fazla kilolu ve obez çocuklarda uygun kalori alımının sağlanması sağlıklı yaşam için gereklidir. Sağlıklı beslenme programı, obezitenin tedavisinde etkili, ucuz, güvenli ve kolay uygulanabilir bir yoldur, ancak çocuğa özgü olmalı ve

mutlaka diyetisyen takibinde uygulanmalıdır. Diyet tedavisindeki istenen amaç çocukta enerji açığı oluşturmayı sağlayarak vücuttaki yağ depolarının azalmasını sağlamaktır. Hayati organ ve kaslarda hücre kaybına neden olmadan yağ depolarında azalmaya gidilmeli, mineral, vitamin ve elektrolit kaybı önlenmelidir (36, 37).

Hadley AM ve ark. 2010 yılında yürüttüğü çalışmada, çocuk obezitesini önlemek ve tedavi etmek amacı ile birçok prensip ve program uygulanmaktadır. Bu uygulamalar içerisinde doymuş yağ alımının azaltılmasıyla yağdan alınan enerjinin kısıtlandığı, enerji yoğunluğu yüksek gıdaların yerine meyve ve sebze tüketimlerinin artırıldığı, okul dönemi çocuklarında günlük alınan enerjide anlamlı derecede azalmanın sağlandığı ve fizik aktivitenin artırıldığı programların uygulanmasının çocuk grubunda daha başarılı olduğu kanıtlanmıştır (38).

2.1.6.2 Fiziksel Aktivite Yönetimi

Fiziksel aktivitede artış, obezite tedavisinin önemli bir parçasıdır. Çünkü aktivite artışı enerji harcanmasını artırır, böylelikle de kilo kaybı sağlanmış olur. Fiziksel aktivite aynı zamanda ağırlığın korunmasına yardımcı olmaktadır (37).

Fiziksel aktivitenin obezite oluşumunun önlenmesine katkı sağladığı bilinmektedir (39).

2.1.6.3 Davranış Tedavisi

Obezitede davranış tedavi yöntemi genellikle uzman bir terapistin kontrolünde olmakla birlikte, 10-12 kişiden oluşan gruplar ile, haftada 1-2 saat süren oturumlar şeklinde 12-20 hafta süresince uygulanmaktadır. Birçok programlarda ara ara destek toplantıları ile görüşme sağlanmaktadır (40). Davranış tedavi yönteminin basamakları şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Kendi kendine izlem
2. Uyarı kontrolü
3. Yeme davranışı kontrolü
4. Güçlendirme ve pekiştirme
5. Bilişsel yeniden yapılandırma
6. Doğru ve sağlıklı beslenme eğitimi

7. Fizik aktivitenin arttırılması
8. Davranış sözleşmesinin planlanması
9. Erişilen ya da ideal kiloyu devam ettirme yöntemleri

Obeziteye yönelik yaklaşımlarda beslenme yönetimi, fizik aktivitenin arttırılarak yaşam stilinde yapılan değişikliklerin bilişsel-davranışçı uygulamalarla kombine edilmesi ile tedavi etkinliği artmakta ve böylece hedeflenen kilonun kalıcılığı sağlanmaktadır (40).

2.1.6.4 İlaç Yönetimi

Obezitenin ilaç tedavisinde iştah baskılayıcı ilaçlar (örneğin; *Noradrenerjik a I agonist*), yağ emilimini engelleyiciler (örneğin; *orlistat* etken maddeli ilaçlar), termojenik maddeler ve besin ayırıcı ajanlar kullanılmaktadır (41).

2.1.6.5 Cerrahi Tedavi

Obezite cerrahisi, fazla kiloluğa bağlı olarak ortaya çıkan ek hastalıkların tedavisinde ve obeziteye bağlı olarak yeni hastalıkların oluşmasını önleme açısından oldukça etkili bir yöntemdir (42, 43, 44). Obezite cerrahisi uygulanabilmesi ile ilgili ulusal ve uluslararası birçok raporlar bulunmaktadır. “Ulusal Obezite Önleme ve Tedavi Klavuzu”nda obezitede cerrahi tedavinin 16-60 yaş aralığında ve başka sağlık sorunlarının eşlik ettiği, $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olduğu bireyler için uygundur” denilmektedir (45). Avrupa Klinik Uygulamalar Rehberi’ne göre (46); diğer obezite tedavi yöntemleri ile kalıcı olarak kilo kaybının sağlanamadığı tüm hastalarda ek hastalıklar göz önünde bulundurularak $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olduğu durumlarda cerrahi müdahale önerilmektedir.

2.1.7 Fazla Kilolu ve Obez Çocukların Bakımında Hemşirenin Rolü

Obezitenin uzun dönem tedavisinde çocukların sağlıklı davranış kazanmalarında ve öz-yönetimlerini (beslenme yönetimi, fizik aktivite yönetimi gibi) sürdürmelerinde kurumsal düzeyde bakıma ihtiyaçları vardır. Bu durumda hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin kontrolünde fazla kilolu ve obez çocuklar ile

ebeveynlerini sağlık davranışı kazanma ve bunu sŸrdŸrme konusunda desteklemektedir.

Obezite ile mŸcadelede hemşirelerin, sağlık bakım hizmetlerine ait bŸtŸn aşamalarda (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) sağlık sorununun Ÿnlenmesi, tedavi edilmesi ve bakımının sağlanması önemli sorumlulukları vardır. TŸm aşamalarda amaç, vŸcut ağırlığını normal seviyede tutmak ya da normal seviyeye indirmektir (47, 48). Obezitenin oluşmasına neden olduğu bilinen birçok faktŸr bulunmaktadır. Fizik aktivite yetersizliği, aşırı ve yanlış beslenme en önemli nedenler arasındadır (49). Hemşireler obezite riskini azaltacak sağlıklı ve dŸzenli beslenme ve fizik aktiviteyi geliştirme ve uygulamada çocuk, aile ve toplum için eğitimci rolŸndedir. Obezitenin yŸnetiminde; bireylerin eğitilmesi, bakımının sağlanması gibi uygulanan hemşirelik girişimleri, çocuklar ve adŸlesanlardaki obezite sorununun çŸzŸmlenmesinde, gerekli stratejilerinin oluşturulup uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önemli yere sahiptir (47).

Yapılan çalışmalarda çocukluk dŸnemi obezitesini Ÿnleme ve tedavi etme programlarına ailelerin de katılmasının tedavi başarısını arttırdığı gŸrŸlmektedir (50, 51, 52). Bu amaçla hemşirelerin obezite tedavisinde aileler ile beraber planlama yapmaları, birlikte uygulamaya katılmaları ve çocukları için olumlu rol model oluşturmaları açısından aileyi eğitmeleri gerekmektedir (47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma, metodolojik tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir ilinde Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Endokrinoloji polikliniğinde ve İzmir Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda (Özkanlar İlkokulu, Egekent 2 İlkokulu, Yahya Kemal Beyatlı Ortaokulu, Menemen İmam Hatip Ortaokulu, Nedret İlhan Ketten Ortaokulu) okuyan çocuklar ve ebeveynleri ile yürütüldü. Araştırma, 20 Eylül 2017– 28 Mayıs 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Sağlığı Endokrinoloji polikliniğinde kayıtlı (S≈900) ve İzmir Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda (ilkokul ve ortaokul) okuyan çocuklar (S≈2996) oluşturdu.

Araştırmada örnekleme alınacak öğrenci sayılarının belirlenmesinde amaca uygun olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak tabaka ağırlığı hesaplanmıştır. Öğrencilerin seçimi basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapıldı (Tablo 2) (53).

Tablo 2: Örneklem Seçimi

Araştırma döneminde ulaşılan örneklem sayısı dağılımı (ebeveyn)			Araştırma döneminde ulaşılan örneklem sayısı dağılımı (çocuk)		
BKİ kategorisi	Alınan örneklem sayısı		BKİ kategorisi	Alınan örneklem sayısı	
	Klinik	Saha		Klinik	Saha
Normal	57	81	Normal	69	75
Fazla Kilolu	52	80	Fazla Kilolu	31	65
Obez	29	43	Obez	38	64
Toplam	138	204	Toplam	138	204

* Elde edilen veriler ebeveyn ve çocuk BKİ'lerine göre kategorilere ayrılarak verilmiştir.

İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 2 ilkokul ve 3 ortaokuldan toplam 5 okul ve klinikten öğrenciler ve ebeveynleri araştırma kapsamına alındı. Bu kapsamda, kontrol listesi madde sayısının 5-10 kat fazlası olmasından (54, 55, 56) yola çıkılarak 25 maddelik kontrol listesi için her bir kademeye (ilkokul ve ortaokul) 150'şer öğrenci düşecek şekilde tabakalandırılarak normal kilolu öğrenciler için 50 kişi, fazla kilolu öğrenciler için 50 kişi ve obez öğrenciler için 50'şer kişi olmak üzere toplam 150 ilkokul ve 150 ortaokul (toplam 300) öğrenci ve ebeveyninden veri toplanması yeterli görülmüştür.

Araştırma kapsamında klinik örneklemden ilkokul (n=61) normal, fazla kilolu ve obez çocuk ve ebeveyni, ortaokullardan (n=77) normal, fazla kilolu ve obez çocuk ve ebeveyninden araştırma kapsamında veri toplandı. Saha örnekleminde ilkokul (n=69) normal, fazla kilolu ve obez çocuk ve ebeveyni, ortaokullardan (n=135) normal, fazla kilolu ve obez çocuk ve ebeveyninden veri toplandı.

Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri: Öğrencinin 6-15 yaş aralığında olması, ebeveyn ve çocuğun araştırmaya katılmaya gönüllü olması araştırmaya dahil edilme kriteri olarak belirlendi.

Örnekleme Dışı Bırakılma Ölçütleri: Öğrencinin 6-15 yaş aralığında olmaması, ebeveyn ve çocuğun araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması, persentil eğrisine göre zayıf (BKİ<5 persentil) olanlar araştırma kapsamı dışında tutulma kriterleridir.

3.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişken

Bağımlı Değişkenler: Çocuğun BKİ değeri (normal kilolu, fazla kilolu, obez), ebeveynin BKİ değeri (normal kilolu, fazla kilolu, obez), Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi (kontrol listesi)'nin toplam puan ortalaması, problem ölçeği toplam puan ortalaması, güven ölçeği toplam puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, öğrencinin sınıf ve kademesi, aile tipi kardeş sayısı, obezite tanısından bu güne kadar geçen süre, obezite tedavisinin süresi, ebeveynin öz-yeterlilik düzeyidir.

3.5 Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından literatürden (57, 58, 59), yararlanılarak hazırlanmıştır. Araştırmada veriler fazla kilolu ve obez çocukların yaşam stili davranışlarını değerlendirmek üzere 14 soru içeren tanımlayıcı form, West ve Sanders (2005) tarafından geliştirilen 25 soru içeren “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi” soru formlarından oluşmaktadır.

EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu (Ebeveyn 14 soru; Çocuk 6 soru)

Bu form, ebeveyninin tanımlayıcı verilerini içeren, ebeveynin çocuğa yakınlık durumunu, ebeveyn bilgisi, ebeveynin tanımlayıcı verilerini (yaş, eğitim, sosyal güvence, çalışma durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, hastalık öyküsü, hastalığının tedavi süresi), çocukla geçirilen süre, genel sağlık algısını, evde yaşayan birey sayısı ve BKİ değerlendirmesini içeren 14 sorudan oluşmaktadır. Bununla birlikte çocuğa yönelik olarak tanımlayıcı form 6 sorudan oluşmaktadır. Soru formunu; çocuğun yaşı, cinsiyeti, boyu/kilosu, kronik hastalık öyküsü, hastalığın tedavi süresi ve genel sağlık algısını içeren sorular oluşturmaktadır.

EK 2: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi (25 madde, 4 boyut)

Bu kontrol listesi West ve Sanders (2005) tarafından Avustralya’da geliştirilmiştir. Kontrol listesi, fazla kilolu ve obez çocuğu olan ebeveynlerin sıklıkla yönetmek zorunda oldukları davranışların bir listesidir. Listede her öge için:

Çocuğun son bir aydaki davranışıyla ilgili bir sorunun ne kadar çok olduğunu ve bireyin onunla nasıl baş edeceğinden ne kadar emin olduğunu değerlendirmektedir.

Eğer bu davranış şu anda gerçekleşmiyor ancak daha sonra ortaya çıkarsa çocuğun davranışı ile başarılı bir şekilde ilgilenebileceğinden ne kadar emin oldukları değerlendirmektedir.

Kontrol listesi, iki farklı ölçekten (Problem Ölçeği ve Güven Ölçeği) oluşmaktadır. Her bir ölçek kendi içinde puanlanmaktadır.

Özgün formda problem ölçeği için, ailenin obez çocuğun algısına ilişkin ailenin değerlendirmesini içeren problem davranışlarını 4 faktörlü yapıyla ölçmektedir. Bu faktör yükleri şöyledir: *Yiyeceğe karşı isteksizlik* (örneğin, yiyecekleri görünce bağırması gibi), *Aşırı yeme* (örneğin, çok fazla yemek yeme),

Duygusal çatışmalar (fazla kilolu olduğu için şikayet etmesi gibi) ve *Fiziksel aktivite* (örneğin, fiziksel olarak aktif olmak istememesi). Problem ölçeği çocuğun davranışın boyutunu ölçebileceği şekilde; 1'den (hiçbir zaman) 7'ye (her zaman) kadar puanlanmıştır. Problem ölçeğinde alınacak en düşük puan 25 ve en yüksek 175 puan arasındadır (57).



Güven ölçeği, ebeveynin çocuğun verdiği yanıtla ilişkin problematik davranışla ilgili ne düzeyde başa çıkabildiğini gösteren bir ölçektir. Likert tipte olup 1'den (kesinlikle yapar) 10'a (kesinlikle yapmaz) kadar puanlanmaktadır. Güven ölçeğinde alınacak en düşük puan 25 ve en yüksek 250 puan arasındadır (57).

Kontrol listesinin özgün formdaki geçerlik ve güvenirlik araştırması sonuçlarına göre, iç geçerlilik Avustralya toplumunda oldukça yüksek bulunmuştur. Problem ölçeğine ait Cronbach alfa katsayısı 0.87, 0.93, 0.97 olarak, güven ölçeğine ait Cronbach alfa katsayısı 0.95, 0.97, 0.92 olarak bulunmuştur (60, 61). Alman toplumunda yürütülen araştırmada problem ölçeği 0.92, güven ölçeği 0.98 olarak bulunmuştur (62).

3.6 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri toplanmadan önce, pilot uygulama yapıldı. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez çocuğu olan aileler arasındaki farkı anlayabilmek için klinikten ve okullardan örnek alınarak pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamada 100 örneklem için 10 kişi önerildiğinden (63) araştırma kapsamında ölçek taslağı maddelerinin anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla okul ve klinik uygulama için 30'ar çocuk ve ebeveyni ile görüşme yapıldı.

Araştırmanın yürütülmesi ve veri toplama aşamasında Şekil 1'deki adımlar çerçevesinde uygulama yapıldı.

Görüşmeler	Sahadakiler	Kliniktekiler
İlk Görüşme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Öğrenci ve ebeveynle tanışma ✓ Öğrencilerin boy ve kilo ölçümlerinin yapılması ✓ Kilolarına göre kategorilendirme (normal kilolu, fazla kilolu, obez) ve tabakalama ✓ Araştırmaya katılım için yazılı onam alınması ✓ Formların uygulanması (Ek 1, 2) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Çocuk ve ebeveynle tanışma ✓ Klinik grubunun belirlenmesi ✓ Araştırmaya katılım için yazılı onam alınması ✓ Formların uygulanması (Ek 1, 2) 

Şekil 1: Araştırma Süreci İzlem Çizelgesi (Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır)

Araştırma kapsamında klinik ve sahada örnekleme alınacak öğrencilerden BKİ kategorilerine göre (normal, fazla kilolu, obez) sınıflandırabilmek için öğrencilere klinik ve sahada kilo ve boy taraması yapıldı.

Öğrenciler sınıflara ve cinsiyete göre dengeli bir biçimde dağıtıldı. Ebeveynlere, öğretmenler ve öğrenciler aracılığı ile ulaşılarak gönüllü katılımları için davet edildiler. Ebeveyn görüşleri adına annelerin görüşleri alındı, annesi olmayan çocukların babalarının veya çocukla ilgilenen diğer aile üyelerinin görüşlerine başvuruldu.

Öğrencilerin BKİ Ölçümlerinin Yapılış Yöntemi: Öğrencilerin tanılanma aşamasında boy ve kilo ölçümleri yapılarak, BKİ değerleri hesaplandı, elde edilen ölçümler *Tanımlayıcı Soru Formuna* araştırmacı tarafından kaydedildi. Boy ve kilo ölçümleri sırasında; ağırlık ölçümleri için standart tartı, boy ölçümleri için duvara sabitlenmiş mezura kullanıldı. Vücut ağırlıkları elle taşınabilen 0.5 kg'a duyarlı tartı ile ölçüldü. Ağırlık ölçümü esnasında; öğrencilerin üzerindeki fazla giysiler (hırka, kazak vb.) ve ayakkabılar çıkartılarak, sabit ve dik bir pozisyonda hareket etmeden durmaları sağlanarak ve sonrasında ağırlık ölçümleri yapıldı. Ölçüm sonuçları araştırmacı tarafından kaydedildi. Boy ölçümü esnasında; öğrencilerin sırtı duvara sabitlenmiş mezuraya denk gelecek şekilde, ayakkabıları çıkartılarak, baş, kalça ve ayak topukları düz ve duvara denk gelecek şekilde ve Frankfurt düzlemde (kulak kepçesi üstü ve göz aynı hizada) olacak şekilde ölçüm yapıldı. Çocukların boyları ölçülürken elde edilen değer en yakın 0.1 cm'lik değere yuvarlanarak kayıt edildi.

Elde edilen ağırlık ve boy ölçüm sonuçları kullanılarak her çocuğun beden kitle indeksi hesaplandı. Elde edilen sonuçlar, 2008 yılında Türk çocuklarında yaşa göre boy ve yaşa göre tartı ile ilgili beden kitle indeksine ait referans sonuçlarının belirlendiği percentil tablosundan destek alınarak belirlendi (15, 31).

BKİ, kg/m^2 formülü ile hesaplandı. Hesaplanan veriler cinsiyete ve yaş gruplarına göre değerlendirildi. Yaşa göre BKİ sonuçları; 5. percentil altında olanlar zayıf, 5.-85. percentil arası normal, 85.>-95. percentiller arası fazla kilolu ve 95.> percentilin üstü obez olarak değerlendirilmektedir (15).

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 22.0 versiyon (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), Doğrulayıcı faktör analizini uygulamak için Lisrel yapısal eşitlik modellemesi paket yazılım programı kullanılarak yapıldı.

Verilerin analizi için; içerik ve yapı geçerliliği yapılarak, tutarlılık değerlendirildi.

3.8 Verilerin Analizi

Kontrol listesinin Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliğini değerlendirmede çok basamaklı bir fazdan yararlandı.

1. Planlama

Kontrol listesinin geçerlik güvenilirliğine başlamak için literatürde bir inceleme yapılmıştır. Çocukların BKİ değerleri hesaplanarak normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak kategorilendirilen çocuklar ve ebeveynler ile yapılan görüşmeler gözlemlendi.

2. Yapı Geçerliliği

Bu çalışma için özgün form maddelerinin çeviri-geri çevirisi yapılarak Türkçe'ye uyarlandı. İçerik geçerliliği için tüm maddeler uzman görüşüne sunuldu ve sonuçların değerlendirilebilmesi için kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanıldı (54). Pilot uygulamada çocuk ve ebeveyne kontrol listesi maddelerinin açıklığı, anlaşılabilirliği, zorluk derecesi ile ilgili çocuk ve ebeveynlerin görüşleri alındı. Sorular öneriler doğrultusunda tekrar düzenlendi.

3. Geçerlik-Güvenirlilik Değerlendirmesi

a. Geçerlik Analizleri

Yapı Geçerliği: Faktör yapısının belirlenmesi için temel bileşenler tekniği (Principal Components Analysis) Ortogonal Varimax rotasyonu, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi kullanıldı.

b. Güvenirlilik Analizleri

Ölçmenin Standart Hatası: Kontrol listesinden elde edilen puanların arasındaki farkların güvenirliliği kapsamında yapılan yargılar için standart hata değerleri hesaplandı.

İç Tutarlılık Analizi: Kontrol listesinin iç tutarlılık güvenirliliği için ilk önce ölçek bütünü ve sonra alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları hesaplandı.

Madde analizi: Kontrol listesinin madde toplam puan korelasyonları hesaplandı. Madde ortalamaları için Hotelling T² testi yapıldı.

Yarı Test Güvenirlilik Yöntemi: Kontrol listesi ve alt boyutlarına ait korelasyon katsayı değeri hesaplandı.

Zamana Göre Değişmezliğin Belirlenmesi: Test- tekrar test yöntemi ile kontrol listesinin tamamı ve alt boyutları için Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplandı. Ölçümler arasındaki sürenin hafıza etkisini kaldıracak yeterlilikte uzun, katılımcı değişikliğine neden olmayacak kadar kısa, örneğin 2 haftadan bir aya kadar bir süre tarzında ayarlanması önerilmektedir (64). Ayrıca literatürde test tekrar test yapılacak birey sayısının 30'dan az olmaması tavsiye edildiğinden (65) test tekrar test için ikinci defa anketi doldurmayı kabul eden 30 kişiye ilk uygulamadan 2 hafta sonra ölçek yeniden uygulandı.

3.9 Süre ve Olanaklar

Araştırma 11.08.2017'de tez önerisi olarak sunuldu. Araştırma, 20 Eylül 2017– 28 Mayıs 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

Tablo 3: Araştırma Zaman Çizelgesi

Çalışmalar	Nisan 2017- Mayıs 2017	Haziran 2017- Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017- Kasım 2017	Kasım 2017- Aralık 2017	Ocak 2018- Nisan 2018	Mayıs 2018
Teze hazırlık	☺						
Literatür tarama, konu belirleme ve tez önerisi hazırlıkları		☺					
Tez öneri sınavı			☺				
Etik kurul başvurusu ve gerekli izinlerin alınması				☺			
Geçerlilik-güvenilirlik çalışması					☺		
Ön görüşmeler ve veri toplama					☺		
Veri toplama					☺		
Verileri kodlama ve veri analizi						☺	
Rapor yazımı						☺	
Tez sunumu							☺

3.10 Etik

Araştırmacı, Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'nin adaptasyonu ve kullanımını için, gerekli kurumlardan ve 03.04.2017 tarihinde araştırmacı Alina Morawska'dan (Ek 3) e-mail yolu ile izin almıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan yazılı izin alındı (Ek 4). Araştırmanın yürütülebilmesi için, İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek 5) ve İl Milli Eğitim Müdürlüğünden (Ek 6) yazılı izin alındı. Araştırma kapsamına alınan çocuklara ve ebeveynlere araştırmanın amacı açıklandı, yüz yüze görüşülerek sözel onam alındı. Yüz yüze görüşülemeyen çocuk ve ebeveynlerden yazılı onam alındı. Turnitin rapor sonucu Ek 7'de sunuldu. Uzman görüşü alınan öğretim üyeleri Ek 8'de gösterildi.

4. BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Bu bölümde, ebeveyn ve çocuklara yönelik tanımlayıcı veriler (sosyo-demografik ve ailesel özellikler) incelendi.

4.1.1 Ebeveynlere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tanımlayıcı verilerine ilişkin sürekli ve kategorik değişkenler Tablo 4’te verildi.

Ebeveynlerin yaş ortalaması 39.46 ± 5.68 (dağılım, 21-72 yaş) idi. Çocukların velisinin %82.5 oranında annesi olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan tüm ebeveynlerin kilo ortalaması 72.5 ± 14.2 (dağılım, 47.0-128.0 kg), boy ortalaması 166.23 ± 7.91 (dağılım, 150-190 cm) ve BKİ ortalaması 26.18 ± 4.47 (dağılım, 16.33-41.14) idi ve benzer oranda dağılmaktaydı ($p > 0.05$).

Klinikte örnekleme alınan ebeveynlerin BKİ ortalamasının 26.19 ± 4.34 (dağılım, 16.33-37.87) ve sahadan (okul) örnekleme alınan ebeveynlerin BKİ ortalamasının 26.18 ± 4.57 (dağılım, 16.33-41.14) olduğu ve benzer oranda dağıldığı saptandı ($t = -0.03$, $p > 0.05$). Ebeveynlerin genel sağlık durum algısı ortalamasının 2.89 ± 0.56 (dağılım, 1-4 puan) olduğu ve klinik ve saha örnekleminde sağlık algılarının benzer olduğu ($p > 0.05$) bulgulandı. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde %40.9’u üniversite ve %36.8’inin lise mezunu olduğu belirlendi ($p > 0.05$). Çalışmaya katılan ebeveynlerin %91.8’inin sosyal güvencesinin SGK kapsamında olduğu belirlendi ($p > 0.05$). Ebeveynlerin çalışma durumu değerlendirildiğinde %56.7’sinin aktif olarak bir işte çalıştığı ve %36.5’inin işsiz olduğu saptandı ($p > 0.05$). Ebeveynlerin %81.9’unun gelirinin eşit düzeyde olduğu belirlendi ($p > 0.05$). Ebeveynlerin %17.5’i herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğunu bildirdi ($p > 0.05$). Ebeveynlerin kronik hastalık süreleri incelendiğinde; 7.82 ± 7.4 (dağılım, 1-46 yıl) olarak saptandı. Çocuk sayısı ortancası 2.0 ± 0.7 (dağılım, 1-4 kardeş) idi. Ebeveynlerin çocuğu ile geçirdiği süre ortalaması; 6.1 ± 3.34 (dağılım, 1-24 saat) idi. Kategorik değişkenler (eğitim, sosyal güvence gibi) açısından klinik ve saha örnekleminin benzer oranda dağıldıkları bulgulandı ($p > 0.05$).

Tablo 4: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Ebeveynlerin Klinik ve Saha Örneklem Grubunun Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Klinik Örneklem (n=138)		Saha (Okul) Örnekleme (n=204)		Toplam Örneklem (n=342)		Önemlilik Testi p
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	t, p
Sürekli Değişkenler							
<i>Kilo</i>	72.88	13.86	72.21	14.40	72.5	14.2	t=-0.43 p=0.67
<i>Boy</i>	166.70	8.33	165.90	7.63	166.23	7.91	t=-0.90 p=0.37
<i>BKİ</i>	26.19	4.35	26.18	4.57	26.18	4.47	t=-0.03 p=0.98
<i>Genel Sağlık Durum Algısı</i>	2.89	.61	2.88	.55	2.89	.56	f=0.02 p=0.89
Kategorik Değişkenler	n	%	n	%	n	%	t, p
Yakınlık Durumu							
Anne	108	78.3	174	85.3	282	82.5	$\chi^2=7.81$ p=0.099
Baba	24	17.4	29	14.2	53	15.5	
Diğer	6	4.2	1	0.5	7	2.1	
Eğitim Düzeyi							
İlkokul	27	7.9	20	5.8	47	13.7	$\chi^2=7.41$ p=0.060
Ortaokul	12	3.5	17	5.0	29	8.5	
Lise	50	14.6	76	22.2	126	36.8	
Üniversite	49	14.3	91	26.6	140	40.9	
Sosyal Güvence							
Özel	7	2.0	7	2.0	14	4.1	$\chi^2=1.180$ p=0.554
SGK	124	36.3	190	55.6	314	91.8	
Güvencesiz	7	2.0	7	2.0	14	4.1	
Çalışma Durumu							
Evet	69	20.2	125	36.5	194	56.7	$\chi^2=6.374$ p=0.095
İşsiz	61	17.8	64	18.7	125	36.5	
Emekli	8	2.3	15	4.4	23	6.7	
Gelir Durumu							
Düşük	20	5.8	29	8.5	49	14.3	$\chi^2=0.201^a$ p=0.905
Eşit	112	32.7	168	49.1	280	81.9	
Yüksek	6	1.8	7	2.0	13	3.8	
Kronik Hastalık Varlığı							
KH var	23	6.7	37	10.8	60	17.5	$\chi^2=0.773^a$ p=0.421
KH yok	115	33.6	167	48.8	282	82.4	
Genel Sağlık Durum Algısı							
Kötü	3	0.9	0	0	3	0.9	$\chi^2=5.175$ p=0.159
Orta	25	7.3	44	12.9	69	20.2	
İyi	94	27.5	140	40.9	234	68.4	
Çok iyi	16	4.7	20	5.8	36	10.5	
BKİ Değeri							
Normal	69	20.2	75	21.9	144	42.1	t=-0.025 p=0.670
Fazla kilolu	31	9.1	65	19.0	96	28.1	
Obez	38	11.1	64	18.7	102	29.8	

n: Sayı; \bar{x} : Aritmetik Ortalama; ss: Standart Sapma; %:Yüzde; χ^2 : kıkare; t Bağımsız örneklerde t testi; F:Tek yönlü varyans analizi uygulandı

4.1.2 Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan çocukların tanımlayıcı verilerine ilişkin sürekli ve kategorik değişkenler Tablo 5’te gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan 342 ilköğretim ve ortaöğretim öğrencisinin yaş ortalaması 10.15 ± 2.63 (dağılım, 6-15 yıl) idi. Araştırmaya katılan öğrencilerin 187'si kız (%54.7) ve 155'i (%45.3) erkekti ve benzer oranda dağılmamaktaydı ($p < 0.05$). Tüm çocukların boy ortalaması 142.57 ± 17.06 (dağılım, 104-177 cm), kilo ortalaması 44.81 ± 16.63 (dağılım, 17-98 kg), BKİ ortalaması 21.26 ± 4.21 (dağılım, 13-38) idi ve boy, kilo ve BKİ açısından klinik ve saha örnekleminde alınan öğrencilerin benzer özellikte olduğu saptandı ($p > 0.05$).

Klinikteki çalışmaya katılan çocukların kilo ortalaması 44.20 ± 17.39 (dağılım, 17-98 kg) ve saha (okul) örneklemine giren çocukların kilo ortalaması 45.23 ± 16.12 (dağılım, 19-87 kg) ve benzer oranda dağılmaktaydı ($t = 0.55$ $p > 0.05$). Klinikte çalışmaya katılan çocukların (138 kişi) boy ortalaması 142.41 ± 18.46 (dağılım, 104-177 cm) ve saha (okul) örneklemine giren çocukların (204 kişi) boy ortalaması 142.67 ± 16.09 (dağılım, 107-174 cm) ve benzer oranda dağılmaktaydı ($t = 0.14$ $p > 0.05$). Klinikteki çalışmaya katılan çocukların BKİ ortalaması 20.97 ± 4.28 (dağılım, 14.7-38.10) ve saha (okul) örneklemine giren çocukların BKİ ortalaması 21.46 ± 4.16 (dağılım, 13-38.10) idi ve benzer oranda dağılmaktaydı ($t = 1.04$ $p > 0.05$). Çocukların genel sağlık durum algısına bakıldığında; 3.14 ± 0.56 (dağılım, 1-4 puan) idi. Çocukların sınıf ortalamasının 5.15 ± 2.40 (dağılım, 1-8) olduğu belirlendi. Çocukların persentil değerleri ortalaması 1.87 ± 0.84 (dağılım, 1-3) olarak saptandı ($p < 0.05$). Çocukların %9.1'inin herhangi bir kronik hastalığa (FMF, diyabet, astım vb.) sahip olduğu bulgulandı ($p < 0.05$). Çocukların kronik hastalık sürelerine bakıldığında; 5.90 ± 4.33 (dağılım, 1-15 yıl) idi.

Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çocukların Klinik ve Saha Örneklem Grubunun Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Klinik Örneklem (n=138)		Saha (Okul) Örnekleme (n=204)		Toplam Örneklem (n=342)		Önemlilik Testi p	
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	t, p	
Sürekli Değişkenler								
Kilo	44.20	17.39	45.23	16.13	44.81	16.63	t=0.55 p=0.58	
Boy	142.41	18.46	142.68	16.09	142.57	17.06	t=0.14 p=0.89	
BKİ	20.97	4.28	21.46	4.16	21.26	4.21	t=1.04 p=0.30	
Kategorik Değişkenler	n	%	n	%	n	%	t, p	
Sınıfı								
Birinci Kademe	Birinci sınıf	9	6.5	18	8.8	27	15.3	$\chi^2=73.231^a$ $p=0.000***$
	İkinci sınıf	20	14.5	18	8.8	38	23.3	
	Üçüncü sınıf	18	13.0	14	6.9	32	19.9	
	Dördüncü sınıf	14	10.1	19	9.3	33	19.4	
İkinci Kademe	Beşinci sınıf	6	4.3	42	20.6	48	24.9	
	Altıncı sınıf	11	8.0	43	21.1	54	29.1	
	Yedinci sınıf	13	9.4	26	12.7	39	22.1	
	Sekizinci sınıf	47	34.1	24	11.8	71	45.9	
Cinsiyeti								
Kız	66	19.3	121	35.4	187	54.7	$\chi^2=4.384^a$ $p=0.046^*$	
Erkek	72	21.1	83	24.3	155	45.3		
Persentil Değeri								
%50-85 (Normal)	69	20.2	75	21.9	144	42.1	$\chi^2=6.42$ $p=0.040^*$	
%85-95 (Fazla kilolu)	31	9.1	65	19.0	96	28.1		
>%95 (Obez)	38	11.1	64	18.7	102	29.8		
Kronik hastalık varlığı								
KH var	20	5.8	11	3.2	31	9.1	$\chi^2=8.271^a$ $p=0.006^{**}$	
KH yok	118	34.5	193	56.4	311	90.9		
Genel Sağlık Durum Algısı								
Kötü	4	1.2	0	0	4	1.2	$\chi^2=9.145^a$ $p=0.027^*$	
Orta	12	3.5	10	2.9	22	6.4		
İyi	96	28.1	143	41.8	239	69.9		
Çok iyi	26	7.6	51	14.9	77	22.5		

n: Sayı; x: Aritmetik Ortalama; ss: Standart Sapma; %: Yüzde; χ^2 kıkare; t: Bağımsız örneklerde t testi uygulandı. *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 düzeyinde anlamlıdır

4.1.3 Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'ne Yönelik Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmada kullanılan kontrol listesinin tanımlayıcı verilerine ilişkin bilgiler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Problem ve Güven Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

Kontrol listesi	Problem Ölçeği						Güven Ölçeği					
	Normal Kilolu (n=144)		Fazla Kilolu ve Obez (n=198)		F, p		Normal Kilolu (n=144)		Fazla Kilolu ve Obez (n=198)		F, p	
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	F	p	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	F	p
1. Çok hızlı yer.	2.94	1.65	3.45	1.79	2.72	0.007	7.23	2.73	6.38	2.98	2.68	0.008
2. Çok fazla yemek yer.	3.03	1.73	3.70	1.69	3.60	0.000	7.01	2.79	6.28	2.77	2.38	0.018
3. Sağlıksız hazır gıdalar yer.	3.02	1.51	3.20	1.61	1.06	0.291	6.83	2.76	6.77	2.78	0.22	0.829
4. Yiyeceklerle ilgili şikâyet eder veya mızızlanır.	3.31	1.99	3.20	1.95	1.16	0.247	6.51	3.07	7.03	3.05	1.56	0.119
5. Bazı yiyecekleri görünce bağırıp çağırır.	2.12	1.62	1.91	1.71	1.12	0.266	7.65	2.99	8.19	2.95	1.66	0.097
6. Bazı yiyecekleri görünce öfkelenip fırlatıp atar.	1.83	1.49	1.60	1.39	1.43	0.152	8.02	2.98	8.54	2.82	1.63	0.105
7. Bazı yiyecekleri yemeyi reddeder (Mesela yiyeceği görünce mızızlanır).	3.10	1.87	2.85	1.89	1.18	0.237	6.72	3.06	7.25	2.97	1.61	0.108
8. Bazı yiyecekleri görünce yemek istemez (Örn., yemek isteyip istemediği sorulduğunda Artık yeter der).	2.82	1.84	2.67	1.79	0.77	0.441	6.90	3.04	7.16	3.03	0.80	0.424
9. Yemekte fazladan bir porsiyon daha ister.	2.99	1.88	3.05	1.81	0.30	0.768	6.88	3.16	7.08	4.51	0.44	0.659
10. Öğün aralarında sürekli bir şeyler yemek ister.	3.44	1.77	3.56	1.96	0.57	0.567	6.13	2.92	6.51	3.01	1.18	0.237
11. Ev dışındayken ya da alışveriş yaparken sürekli yiyecek bir şeyler ister.	2.83	1.70	3.06	1.88	1.15	0.251	6.99	2.79	7.06	2.88	0.22	0.828
12. Yiyecekleri anne ve babasının haberi olmadan gizlice aşırır.	1.83	1.64	1.88	1.52	0.29	0.769	8.35	2.86	8.44	2.64	0.33	0.746
13. Yiyecekleri saklar.	1.53	1.45	1.40	1.17	0.87	0.384	8.69	2.85	8.89	2.56	0.70	0.483
14. Başkalarından yiyecek alır (Örneğin, başka çocukların beslenme çantasından).	1.65	1.26	1.36	.98	2.24	0.026	8.66	2.51	9.08	2.26	1.58	0.115
15. Üzülmesinde veya hayal kırıklığına uğradığında kendisini iyi hissetmek için bir şeyler yer.	1.56	1.09	1.95	1.64	2.66	0.008	8.65	2.50	8.03	3.04	2.09	0.037
16. Çok fazla televizyon seyredir.	3.63	1.74	3.56	2.27	0.28	0.776	6.22	2.87	6.59	3.13	1.10	0.273
17. Video veya bilgisayar oyunları oynarken çok fazla zaman harcar.	3.77	2.02	3.51	2.10	1.18	0.241	6.38	3.09	6.29	3.28	0.24	0.811
18. Fiziksel aktivite yapması ile ilgili şikâyet eder (Örneğin, bu sıkıcı, yoruldum, ayaklarım ağrıyor, der).	2.66	1.79	2.58	1.75	0.43	0.665	7.36	2.91	7.80	5.73	0.84	0.402
19. Fiziksel olarak aktif olmak istemez.	2.18	1.57	2.47	1.82	1.60	0.110	7.92	2.77	7.58	3.01	1.08	0.283
20. Yeterli enerjiye sahip olmadığı konusunda şikâyet eder.	1.86	1.23	2.00	1.51	0.91	0.365	8.28	2.58	7.98	2.87	0.96	0.321
21. Fazla kilolu olduğu için şikâyet eder.	1.69	1.40	2.66	2.05	5.16	0.000	8.62	2.54	7.14	3.29	4.70	0.000
22. Kendisiyle alay edilmesinden şikâyet eder.	2.08	1.81	2.54	2.12	2.18	0.030	8.05	2.98	7.53	3.31	1.51	0.131
23. Yeterli arkadaşı olmamasından şikâyet eder.	1.61	1.25	1.59	1.38	0.17	0.862	8.69	2.56	8.39	2.98	1.00	0.318
24. İyi görünmemekten şikâyet eder.	1.82	1.55	2.16	1.85	1.83	0.068	8.44	2.78	7.93	3.09	1.59	0.112
25. Giysilerinin çok küçük gelmesinden şikâyet eder.	1.95	1.71	2.49	2.06	2.63	0.009	8.17	3.03	7.57	3.33	1.76	0.080

4.2 “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi”nin Türkçe Formunun Uyarlama Çalışmaları

Bu bölümde Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'nin psikometrik ve psikolinguistik özellikleri incelendi.

4.2.1 “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi”nin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi

Kontrol listesinin eş değerlik kapsamında maddelerinin dil geçerliği için, uzmanlardan görüş alındı. Çeviri ve geri çevirileri yapıldı. Bu uzmanlar, endokrin alanında bir öğretim üyesi çocuk hekimi, çocuk sağlığı hemşireliği alanında uzman iki öğretim üyesi, dahili hastalıklar hemşireliği alanında uzman üç öğretim üyesi, halk sağlığı hemşireliği alanında uzman beş öğretim üyesi ve hemşirelik esasları alanında uzman bir öğretim üyesi olmak üzere toplam on iki kişi tarafından bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çeviri yapıldı. Daha sonra araştırmacı ve danışmanı tarafından, her bir madde en uygun olan çeviriyi elde etmek için, dil yapısı, anlam bütünlüğü ve kavram eşdeğerliliği açısından incelendi. Bazı kelime ve cümleler değiştirilerek ortak Türkçe bir metin oluşturuldu. Türkçeye çevirisi yapılan kontrol listesi geri çeviri yöntemi kullanılarak Türkçe ve İngilizce'yi iyi seviyede bilen biri Amerika'da yaşamış ve diğeri tercüman olan iki dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Ardından özgün kontrol listesi formu ile karşılaştırılarak uygun olmayan ifadeler gözden geçirilip değişiklik yapıldı. Uzmanlardan gelen geri bildirimler dikkate alınarak yapılan değişiklikler şu şekildedir:

- Sorularda yer alan “eats” ifadesi Türkçe'de “yiyor” sözcüğü yerine “yer” sözcüğü olarak kullanıldı.

- Üçüncü soruda yer alan “Eats unhealthy snacks” cümlesi “Sağlıksız aperatif/hazır gıdalar yiyor” cümlesinde yer alan aperatif yerine “hazır” sözcüğü şeklinde kullanımı uygun görülmüş olup “Sağlıksız hazır gıdalar yer” şeklinde değiştirildi.

- Dördüncü soruda yer alan “whines” ifadesi “homurdanır” sözcüğü yerine “mızızlanır” sözcüğü şeklinde kullanıldı.

- Sekizinci soruda yer alan “argues about food (e.g. when you say No more)” cümlesi “bazı yiyecekleri görünce yemek istemez (örneğin, yeterli olduğu

söylendiğinde Artık yeter! der)” yerine “bazı yiyecekleri görünce yemek istemez (Örneğin, yemek isteyip istemediği sorulduğunda Artık yeter! der) şeklinde değiştirildi.

- On sekizinci soruda yer alan “Complains about doing physical activity (e.g. This is boring, I’m too tired, My leg hurts)” cümlesi “Fiziksel olarak faal olmaya ilişkin aktivitelerde şikayet eder (örneğin, Bu sıkıcı, yoruldum, ayaklarım ağrıyor)” yerine “Fiziksel aktivite yapması ile ilgili şikayet eder (Örneğin, Bu sıkıcı, yoruldum, ayaklarım ağrıyor, der)” şeklinde değiştirildi.

4.2.2 Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi’nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi’nin” psikometrik özellikleri kapsamında içerik geçerliği ve yapı geçerliği analizleri yapıldı.

4.2.2.1 Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi’nin Geçerlik Analizleri

4.2.2.1.1 İçerik Geçerliği

İçerik geçerliği için, çoğul uzman görüşüne başvurulmuş, özgün İngilizce form ile, elde edilen Türkçe form, kapsam ve dil geçerliliği açısından alanında uzman toplam 12 öğretim üyesi tarafından Davies tekniği uygulanarak değerlendirildi. Uzmanların her maddeyi, “1-madde özelliği temsil etmiyor, 2-oldukça düzenlemeye ihtiyacı var, 3-biraz düzeltmeye ihtiyacı var, 4-madde özelliği temsil ediyor olarak tanımlamaları istendi ve kontrol listesinin maddelerini uzmanların %80’inin -biraz düzeltmeye ihtiyacı var, 4-madde özelliği temsil ediyor olarak değerlendirme yapılması beklendi. Maddenin her birinin değerlendirilmesinde (3) veya (4) seçeneğini işaretleyenlerin sayısının toplam uzman sayısına bölünmesi ile her maddeye ait Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) elde edildi. Araştırmada 25 maddeye ilişkin KGO değerleri 0.96 (0.81-1.0) bulunmuş olup uzman görüşleri doğrultusunda; 0.80’in altında olan maddelerden 8. Madde (0.65) ve 18. madde (0.79) yeniden düzenleme yapılarak değiştirildi.

Dil uyarlaması yapılan ve uzman görüşü alınan kontrol listesi formunun çalışma grubuna uygulanabilmesi için benzer özellikleri taşıyan 30 kişiye pilot

uygulama yapıldı. Ön uygulama yapılan ebeveynler ve çocuklar çalışma örneğine dahil edilmedi. Kontrol listesi problem ve güven ölçeğinin zamana göre değişmezliğini belirlemek amacıyla kullanılan test-tekrar test korelasyonu sırasıyla $r=0.96$ ($p<0.001$), $r=0.90$ ($p<0.001$) olarak bulundu.

Tablo 7: Madde KGO Değerleri

Maddeler	KGI Değerleri	Düzenlemeden Sonraki KGI Değerleri
Madde 1	1	1
Madde 2	1	1
Madde 3	0.94	0.94
Madde 4	0.96	0.96
Madde 5	0.90	0.96
Madde 6	0.96	0.96
Madde 7	0.96	0.96
Madde 8	0.65	0.96
Madde 9	0.85	0.85
Madde 10	1	1
Madde 11	0.94	0.96
Madde 12	0.96	0.96
Madde 13	0.98	0.98
Madde 14	0.90	0.90
Madde 15	0.98	0.98
Madde 16	1	1
Madde 17	0.98	0.98
Madde 18	0.79	0.94
Madde 19	0.79	0.94
Madde 20	0.85	0.85
Madde 21	0.96	0.96
Madde 22	0.98	0.98
Madde 23	0.98	0.98
Madde 24	0.94	0.94
Madde 25	0.85	0.85
KGI	0.85	0.95

4.2.2.1.2 Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliğine geçilmeden önce madde analizi önerildiğinden (66) ilk olarak madde toplam korelasyonlarına bakıldı (Tablo 8). Daha sonra, yapı geçerliliği analizi için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerine (DFA) başvuruldu. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan kontrol listesinin faktörleri dağılımlarının orijinal kontrol listesi ile aynı olması beklenmektedir (53). Buna göre, yapı geçerliliği kapsamında, orijinal kontrol listesinin faktör yapısının doğrulanması için kontrol listesine orijinal formuna uygun şekilde dört faktörlü yapısal model kurulmuş ve DFA uygulanmıştır. Ancak kontrol listesini geliştiren West ve Sanders (2005) çalışmasına uyumlu olarak yapılan DFA sonuçlarının uyum iyiliği indeks değerlerinin yapı geçerliliğine uygun olmadığı görülmüştür. Problem ölçeği için elde edilen uyum iyiliği indeksleri sırasıyla şöyledir: $\chi^2=2648.64$, $p=0.000$, RMSEA=0.161, χ^2/df : NFI:0.78, NNFI:0.77, CFI:0.80, GFI:0.62, AGFI:0.54 olarak saptandı. Güven ölçeği için uyum indeksleri şöyledir: $\chi^2=3002.82$, $p=0.000$, RMSEA=0.173, NFI:0.86, NNFI:0.86, CFI:0.87, GFI:0.59, AGFI:0.50. Ayrıca, problem ölçeği için t değerleri 6.22-19.34 arasında; güven ölçeği için 8.93-23.86 arasında değiştiğinden ve t değerlerinin 1.96 üzerinde olması önerildiğinden madde atılmamıştır (67, 68). Ayrıca, modifikasyon önerilerinin çok fazla olması (Problem ölçeği için 98 tane ve güven ölçeği için 131 tane) nedeniyle yapılan modifikasyonlar sonucunda faktör maddelerinin orijinal kontrol listesinin faktör yükleri ile aynı maddeler altında toplanmaması nedeniyle istatistiksel olarak tüm maddelere yeniden açımlayıcı faktör analizi yapılması önerildiğinden Temel bileşenler analizi tekniği uygulanmıştır (68). Yapılan ilk analizinde orijinal kontrol listesinin beklenen alt boyutlardan farklı alt boyutlara yüklendiği saptanmıştır. Maddeler serbest bırakılmış ve temel bileşenler analizi, varimax rotasyonu uygulanmış ve kontrol listesinin alt boyutlarının altı faktör altında farklı boyutlara dağıldığı görülmüştür. Faktörlerden özdeğeri en az 1 olarak kabul edilenler yorumlamaya alınmıştır (69). Bu faktörler ve faktörleri oluşturan maddeler ve madde yükleri Tablo 8'de görülmektedir. Araştırmada örneklem yeterliğinin saptanması için yapılan analizde elde edilen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri (25 madde için) 0.852 olarak bulunmuştur. Bu değer örneklem büyüklüğünün oldukça yeterli olduğunu göstermektedir (66, 69).

Tablo 8: Madde Atılmadan Önce Problem ve Güven Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları

Kontrol Listesi	Problem Ölçeği			Güven Ölçeği		
	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde İç Tutarlılık Katsayısı	<i>p</i>	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde İç Tutarlılık Katsayısı	<i>p</i>
Madde 4	0.52	0.88	0.000	0.61	0.93	0.000
Madde 5	0.47	0.88	0.000	0.63	0.93	0.000
Madde 6	0.49	0.88	0.000	0.66	0.93	0.000
Madde 7	0.48	0.88	0.000	0.61	0.93	0.000
Madde 8	0.50	0.88	0.000	0.62	0.93	0.000
Madde 15	0.35	0.88	0.000	0.63	0.93	0.000
Madde 21	0.39	0.88	0.000	0.55	0.93	0.000
Madde 22	0.40	0.88	0.000	0.57	0.93	0.000
Madde 23	0.36	0.88	0.000	0.63	0.93	0.000
Madde 24	0.46	0.88	0.000	0.65	0.93	0.000
Madde 25	0.55	0.88	0.000	0.67	0.93	0.000
Madde 3	0.55	0.88	0.000	0.64	0.93	0.000
Madde 9	0.57	0.88	0.000	0.50	0.93	0.000
Madde 10	0.57	0.88	0.000	0.64	0.93	0.000
Madde 11	0.48	0.88	0.000	0.60	0.93	0.000
Madde 16	0.46	0.88	0.000	0.53	0.93	0.000
Madde 17	0.42	0.88	0.000	0.48	0.93	0.000
Madde 12	0.54	0.88	0.000	0.66	0.93	0.000
Madde 13	0.46	0.88	0.000	0.67	0.93	0.000
Madde 14	0.34	0.88	0.000	0.60	0.93	0.000
Madde 18	0.49	0.88	0.000	0.40	0.94	0.000
Madde 19	0.39	0.88	0.000	0.60	0.93	0.000
Madde 20	0.44	0.88	0.000	0.65	0.93	0.000
Madde 1	0.32	0.88	0.000	0.52	0.93	0.000
Madde 2	0.38	0.88	0.000	0.56	0.93	0.000

Temel bileşenler analizi sonucunda, kontrol listesinin altı faktörlü bir yapıda olduğu belirlendi. Problem ölçeği için toplam varyansın %63.17'sini açıklamaktaydı. Problem ölçeğinde maddelere ait faktör yükleri temel bileşenler analizinde 0.43 ile 0.85 arasında bulundu. Barlett testi sonucu $\chi^2=3755.8$, $df=300$, $p=0.000$, KMO indeksi 0.852 hesaplanmıştır. Güven ölçeği için toplam varyansın %61.58'ini

açıklamaktaydı. Güven ölçeğinde maddelere ait faktör yükleri temel bileşenler analizinde 0.45 ile 0.81 arasında bulundu. Barlett testi sonucu $\chi^2=5223.896$, $df=300$, $p=0.000$, KMO indeksi 0.915 hesaplanmıştır.

Tablo 9: Madde Atılmadan Önce Problem ve Güven Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları-I

Maddeler	Problem Ölçeği						Güven Ölçeği					
	Faktör I	Faktör II	Faktör III	Faktör IV	Faktör V	Faktör VI	Faktör I	Faktör II	Faktör III	Faktör IV	Faktör V	Faktör VI
Madde 4	0.76	-	-	-	-	-	0.74	-	-	-	-	-
Madde 5	0.82	-	-	-	-	-	0.73	-	-	-	-	-
Madde 6	0.29	-	-	-	-	-	0.29	-	-	-	-	-
Madde 7	0.83	-	-	-	-	-	0.81	-	-	-	-	-
Madde 8	0.79	-	-	-	-	-	0.77	-	-	-	-	-
Madde 15	-	0.43	-	-	-	-	-	0.57	-	-	-	-
Madde 21	-	0.77	-	-	-	-	-	0.75	-	-	-	-
Madde 22	-	0.75	-	-	-	-	-	0.67	-	-	-	-
Madde 23	-	0.24	-	-	-	-	-	0.28	-	-	-	-
Madde 24	-	0.77	-	-	-	-	-	0.70	-	-	-	-
Madde 25	-	0.28	-	-	-	-	-	0.29	-	-	-	-
Madde 3	-	-	0.66	-	-	-	-	-	0.65	-	-	-
Madde 9	-	-	0.42	-	-	-	-	-	0.45	-	-	-
Madde 10	-	-	0.69	-	-	-	-	-	0.67	-	-	-
Madde 11	-	-	0.68	-	-	-	-	-	0.56	-	-	-
Madde 16	-	-	0.57	-	-	-	-	-	0.50	-	-	-
Madde 17	-	-	0.25	-	-	-	-	-	0.25	-	-	-
Madde 12	-	-	-	0.78	-	-	-	-	-	0.70	-	-
Madde 13	-	-	-	0.79	-	-	-	-	-	0.71	-	-
Madde 14	-	-	-	0.67	-	-	-	-	-	0.67	-	-
Madde 18	-	-	-	-	0.81	-	-	-	-	-	0.49	-
Madde 19	-	-	-	-	0.85	-	-	-	-	-	0.69	-
Madde 20	-	-	-	-	0.69	-	-	-	-	-	0.79	-
Madde 1	-	-	-	-	-	0.80	-	-	-	-	-	0.66
Madde 2	-	-	-	-	-	0.74	-	-	-	-	-	0.73
Özdeğer	6.80	3.10	1.96	1.54	3.35	1.05	10.20	2.35	1.57	1.27	1.97	1.81
Açıklanan varyans (%)	27.20	12.41	7.84	6.15	5.39	4.19	40.81	9.41	6.29	5.06	3.89	3.26

Tablo 9’da görüldüğü gibi, “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi” nin Problem ölçeğinde; Faktör I alt boyutuna ait beş maddenin faktör yükleri 0.29 ile 0.83 arasında değerler almaktadır. Faktör II alt boyutuna ait altı maddenin faktör yükleri 0.24 ile 0.77 arasında değerler almaktadır. Faktör III alt boyutuna ait beş maddenin faktör yükleri 0.25 ile 0.69 arasında değerler almaktadır. Faktör IV alt

boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.67 ile 0.79 arasında değerler almaktadır. Faktör V alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.69 ile 0.85 arasında değerler almaktadır. Faktör VI alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.74 ile 0.80 arasında değerler almaktadır. Güven ölçeğinde; Faktör I alt boyutuna ait beş maddenin faktör yükleri 0.29 ile 0.81 arasında değerler almaktadır. Faktör II alt boyutuna ait altı maddenin faktör yükleri 0.28 ile 0.57 arasında değerler almaktadır. Faktör III alt boyutuna ait beş maddenin faktör yükleri 0.25 ile 0.67 arasında değerler almaktadır. Faktör IV alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.67 ile 0.71 arasında değerler almaktadır. Faktör V alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.49 ile 0.79 arasında değerler almaktadır. Faktör VI alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.66 ile 0.73 arasında değerler almaktadır.

Faktör maddelerinin 0.30'dan büyük olması önerildiğinden (69), yapılan ilk temel bileşen analizi sonucunda madde 6, 17, 23 ve 25'in atılmasına karar verildi. Madde 6, 17, 23 ve 25 atıldıktan sonra tekrar temel bileşenler analizi uygulandı. Buna göre; problem ölçeği için toplam varyansın %66.53'ünü açıklamaktaydı; güven ölçeği için toplam varyansın %70.70'ini açıklamaktaydı. Problem ölçeğinde maddelere ait faktör yükleri temel bileşenler analizinde 0.48 ile 0.87 arasında değiştiği saptandı. Örneklem yeterliğinin saptanmasında uygulanan Barlett test sonucu $\chi^2=2839.780$, $df=210$, $p=0.000$ olarak, KMO indeksi ise 0.834 olarak bulundu. Güven ölçeğinde maddelere ait faktör yükleri temel bileşenler analizinde 0.43 ile 0.85 arasında değişmekteydi. Barlett test sonucu $\chi^2=3891.662$, $df=210$, $p=0.000$, KMO indeksi 0.907 olarak bulgalandı. Buna göre; problem ve güven ölçeğinin örneklem büyüklüğünün oldukça yeterli olduğunu söylemek mümkündür (66). Özdeğeri 1 ve üzerinde olan maddeler değerlendirmeye alındı (Tablo 10).

Tablo 10: Madde Atıldıktan Sonra Problem ve Güven Ölçeğine Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları-II

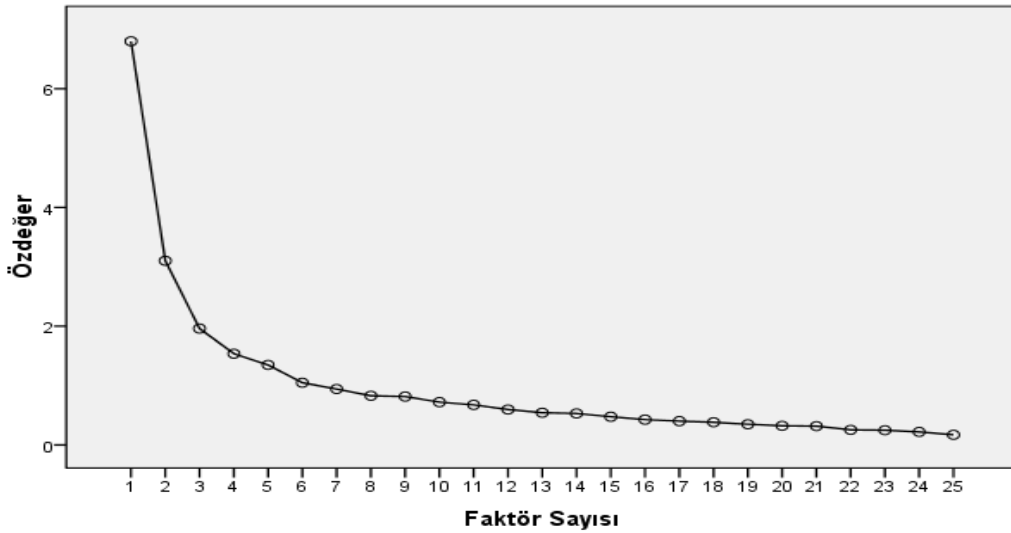
Maddeler	Problem Ölçeği						Güven Ölçeği					
	Faktör I	Faktör II	Faktör III	Faktör IV	Faktör V	Faktör VI	Faktör I	Faktör II	Faktör III	Faktör IV	Faktör V	Faktör VI
Madde 4	0.80	-	-	-	-	-	0.79	-	-	-	-	-
Madde 5	0.76	-	-	-	-	-	0.68	-	-	-	-	-
Madde 7	0.87	-	-	-	-	-	0.85	-	-	-	-	-
Madde 8	0.83	-	-	-	-	-	0.81	-	-	-	-	-
Madde 15	-	0.52	-	-	-	-	-	0.48	-	-	-	-
Madde 21	-	0.82	-	-	-	-	-	0.83	-	-	-	-
Madde 22	-	0.74	-	-	-	-	-	0.81	-	-	-	-
Madde 24	-	0.78	-	-	-	-	-	0.70	-	-	-	-
Madde 3	-	-	0.64	-	-	-	-	-	0.61	-	-	-
Madde 9	-	-	0.48	-	-	-	-	-	0.43	-	-	-
Madde 10	-	-	0.69	-	-	-	-	-	0.74	-	-	-
Madde 11	-	-	0.71	-	-	-	-	-	0.75	-	-	-
Madde 16	-	-	0.54	-	-	-	-	-	0.50	-	-	-
Madde 12	-	-	-	0.78	-	-	-	-	-	0.77	-	-
Madde 13	-	-	-	0.79	-	-	-	-	-	0.80	-	-
Madde 14	-	-	-	0.71	-	-	-	-	-	0.77	-	-
Madde 18	-	-	-	-	0.84	-	-	-	-	-	0.80	-
Madde 19	-	-	-	-	0.87	-	-	-	-	-	0.68	-
Madde 20	-	-	-	-	0.69	-	-	-	-	-	0.58	-
Madde 1	-	-	-	-	-	0.85	-	-	-	-	-	0.82
Madde 2	-	-	-	-	-	0.75	-	-	-	-	-	0.75
Özdeğer	5.81	2.57	1.87	1.36	1.35	1.01	8.56	2.02	1.31	1.21	1.94	1.81
Açıklanan varyans (%)	27.68	12.33	8.92	6.48	6.41	4.81	40.74	9.62	6.25	5.78	4.47	3.84
Toplam puan ortalaması (X±SS, min-max)	12.5±7.3 (5-39)	12.3±7.4 (6-42)	19.8±7.7 (6-48)	4.8±3.3 (3-21)	6.9±4.1 (3-21)	6.7±3.0 (2-14)	37.2±12.7 (5-50)	48.3±14.4 (6-60)	39.9±13.3 (6-68)	26.1±6.9 (3-30)	23.5±8.5 (3-93)	13.3±5.1 (2-20)

Tablo 10’da görüldüğü gibi, Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi’nin Problem ölçeğinde; Faktör I’de “Yiyeceğe karşı isteksizlik/şikayet” alt boyutuna ait dört maddenin faktör yükleri 0.76 ile 0.87 arasında değerler almaktadır. Faktör II’de “Duygusal çatışmalar” alt boyutuna ait dört maddenin faktör yükleri 0.52 ile 0.82 arasında değerler almaktadır. Faktör III’de “Aşırı yeme ve Tv izleme” alt boyutuna ait beş maddenin faktör yükleri 0.48 ile 0.71 arasında değerler almaktadır. Faktör IV’te “Gizleme/Saklama” alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.71 ile 0.79 arasında değerler almaktadır. Faktör V’te “Fiziksel aktivite” alt boyutuna ait üç

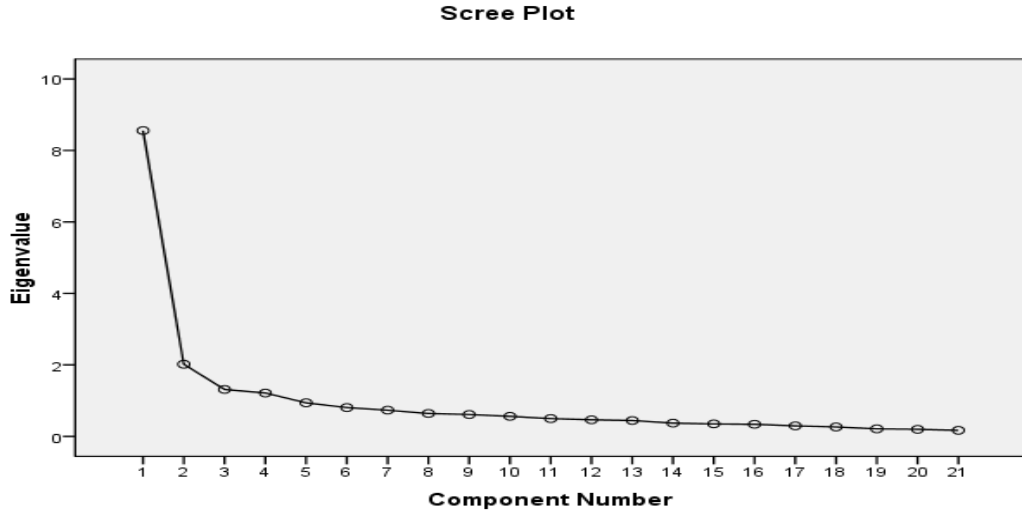
maddenin faktör yükleri 0.69 ile 0.87 arasında değerler almaktadır. Faktör VI'da "Aşırı yeme" alt boyutuna ait iki maddenin faktör yükleri 0.75 ile 0.85 arasında değerler almaktadır. Güven ölçeğinin; Faktör I'de "Yiyeceğe karşı isteksizlik/şikayet" alt boyutuna ait dört maddenin faktör yükleri 0.68 ile 0.85 arasında değerler almaktadır. Faktör II'de "Duygusal çatışmalar" alt boyutuna ait dört maddenin faktör yükleri 0.48 ile 0.83 arasında değerler almaktadır. Faktör III'de "Aşırı yeme ve Tv izleme" alt boyutuna ait beş maddenin faktör yükleri 0.43 ile 0.75 arasında değerler almaktadır. Faktör IV'te "Gizleme/Saklama" alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.77 ile 0.80 arasında değerler almaktadır. Faktör V'te "Fiziksel aktivite" alt boyutuna ait üç maddenin faktör yükleri 0.58 ile 0.80 arasında değerler almaktadır. Faktör VI'da "Aşırı yeme" alt boyutuna ait iki maddenin faktör yükleri 0.75 ile 0.82 arasında değerler almaktadır.

Tablo 10'da 21 maddelik problem ölçeği toplam puan ortalaması $62,98 \pm 22,16$ (dağılım, 25-167 puan), güven ölçeği için $188,28 \pm 47,70$ (dağılım, 25-280 puan) olarak saptandı.

Özdeğer Grafiği



Şekil 2: Temel Bileşen Analizi Sonucuna Göre Madde Atıldıktan Sonra Problem Ölçeğine Ait Faktörlerin Öz Değer Grafiği



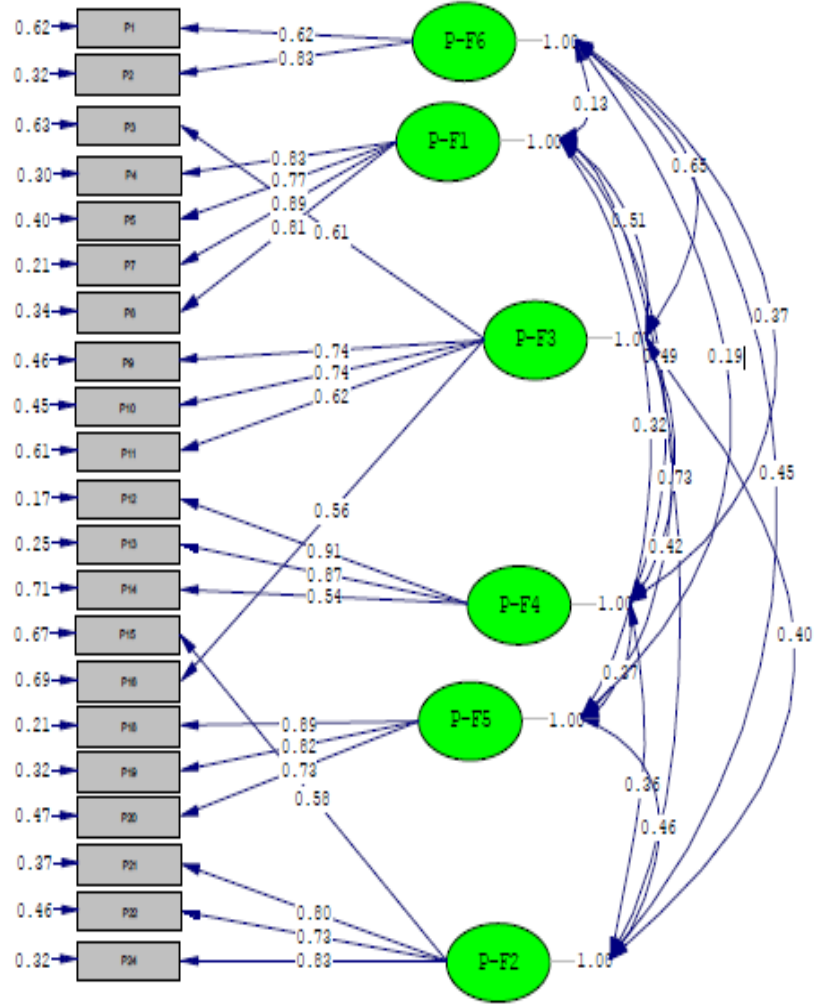
Şekil 3: Temel Bileşen Analizi Sonucuna Göre Madde Atıldıktan Sonra Güven Ölçeğine Ait Faktörlerin Öz Değer Grafiği

Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'nin açımlayıcı faktör analizi uygulandıktan sonra literatürde DFA modelin anlamlılığını görmek için uygulanması önerilmektedir (68, 69). DFA için hazırlanan madde kontrol listesinden altı faktörlü bir yapı elde edildi. Faktör I; 4, 5, 7 ve 8. Maddeler “Yiyeceğe karşı isteksizlik/şikayet” boyutu, Faktör II; 15, 21, 22 ve 24. Maddeler “Duygusal çatışmalar” boyutu, Faktör III; 3, 9, 10, 11 ve 16. Maddeler “Aşırı yeme ve Tv izleme” boyutu, Faktör IV; 12, 13 ve 14. Maddeler “Gizleme/saklama” boyutu, Faktör V; 18, 19 ve 20. Maddeler “Fiziksel aktivite” boyutu ve Faktör VI; 1 ve 2. Maddeler “Aşırı yeme” boyutu olarak alt boyutlar oluşturuldu ve altı faktörlü modele DFA yapıldı. DFA’da T değeri 1.96’nın üzerinde olan değerler 0.05 düzeyinde anlamlı, 2.56’nın üzerinde olan değerler 0.01 düzeyinde ileri düzeyde anlamlı olarak kabul edildi (68, 68). Bu kapsamda, T değeri 1.96’dan küçük değer olmadığından madde atılmadı ve kontrol listesine ait test edilen modelin DFA analizi sonucunda, uyum iyiliği indekslerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 11).

Tablo 11: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem ve Güven Ölçeği İçin Yapılan DFA Sonuçları

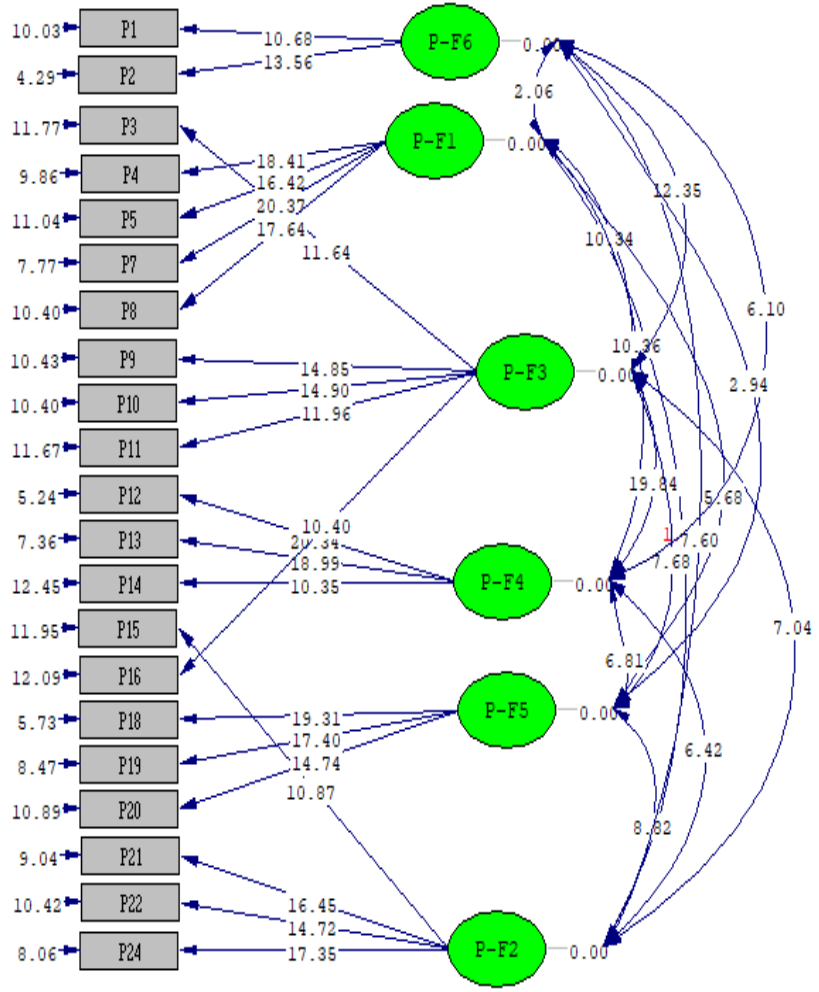
Ölçek	χ^2/sd	χ^2	GFI	AGFI	CFI	S-RMR	RMSEA	NFI	NNFI
Problem Ölçeği	3.89	677.0	0.90	0.85	0.95	0.069	0.082	0.90	0.90
Güven Ölçeği	3.50	617.59	0.85	0.85	0.95	0.058	0.080	0.93	0.93

“Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi” için yapılan DFA sonuçları incelendiğinde, problem ölçeği için; $\chi^2=677.0$, $df=174$, $\chi^2/sd=3.89$, $p=0.000$, GFI=0.90, AGFI=0.85, CFI=0.95, S-RMR=0.069, RMSEA=0.082, NFI=0.90, NNFI=0.90 ve güven ölçeği için; $\chi^2=617.59$, $df=174$, $\chi^2/sd=3.50$, $p=0.000$, GFI=0.85, AGFI=0.85, CFI=0.95, S-RMR=0.058, RMSEA=0.102, NFI=0.93, NNFI=0.93 kabul edilebilir uyum saptandı. Buna göre; Şekil 4’te Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem Ölçeğine ait Path (İz) Diyagramı standart değerleri ve Şekil 5’te t değerleri gösterilmiştir. Ayrıca; Şekil 6 ve 7’de Güven Ölçeğine ait Path (İz) Diyagramı standart değerleri ve t değerleri sunulmuştur.



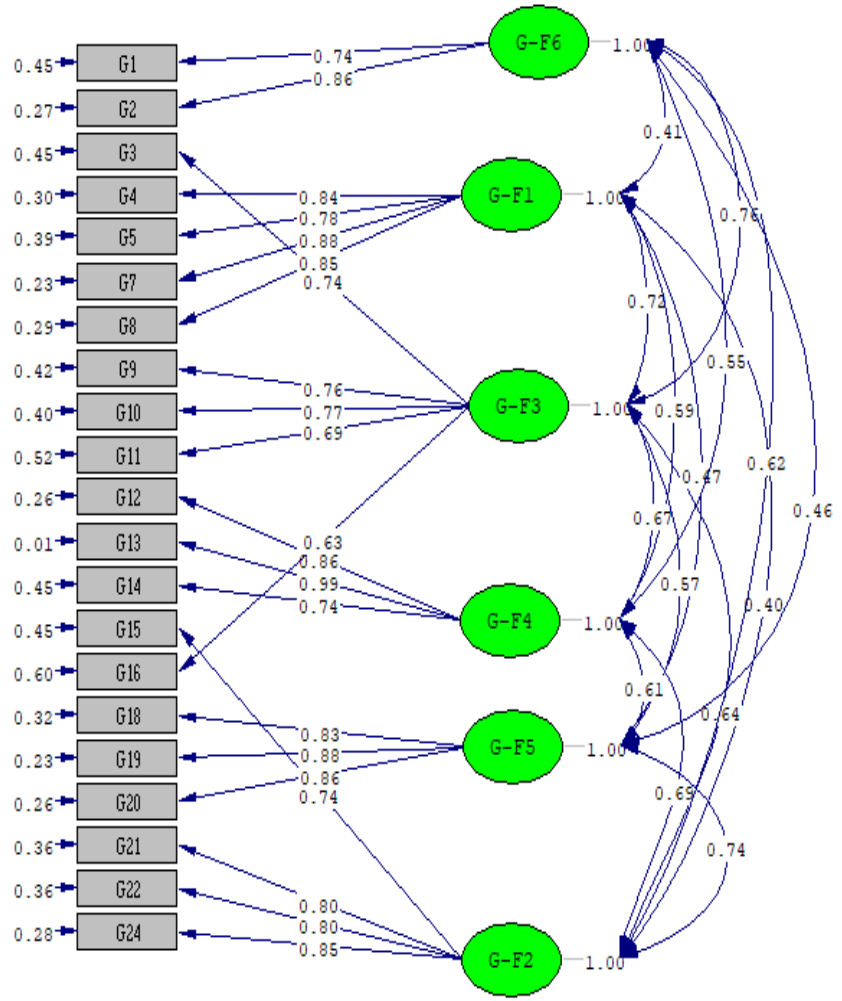
Chi-Square=677.00, df=174, P-value=0.00000, RMSEA=0.082

Şekil 4: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem Ölçeğinin Standart Değerlerle Birlikte Path Grafiği. (P-F1-6: Problem Ölçeği Faktör Yüğü 1'den 6'ya gösterilmektedir.)



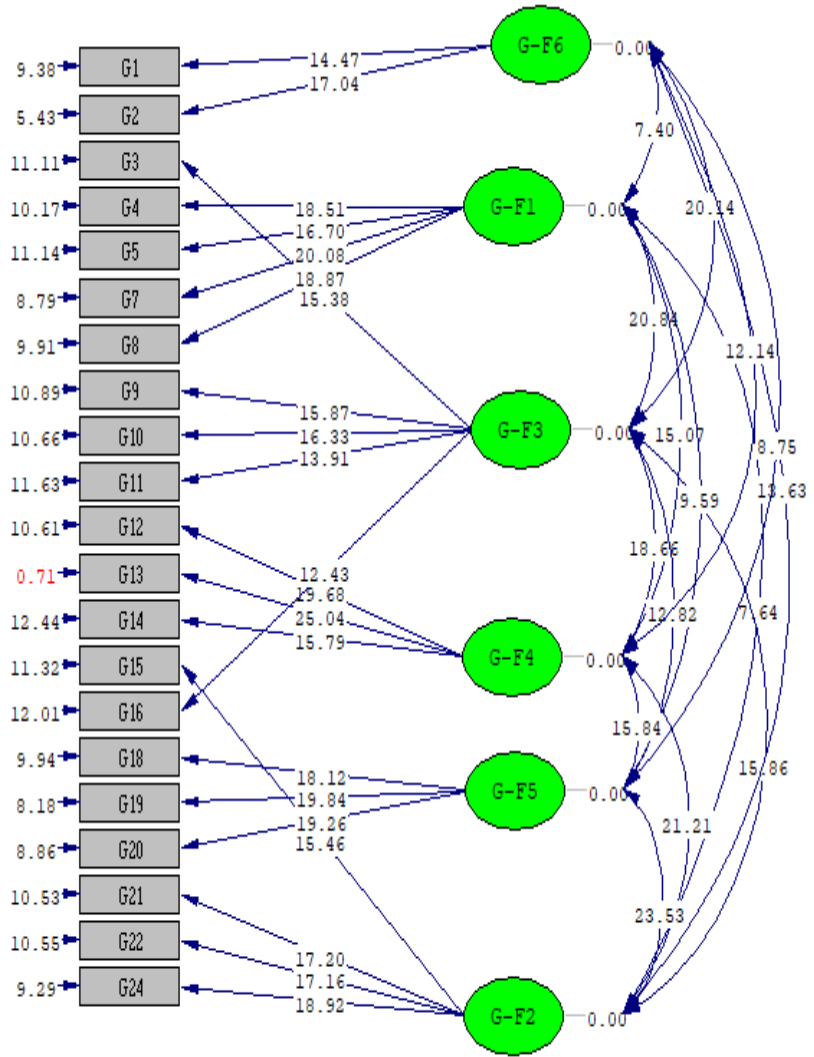
Chi-Square=677.00, df=174, P-value=0.00000, RMSEA=0.082

Şekil 5: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Problem Ölçeğinin t Değerleri ile Birlikte Path Grafiği (P-F1-6: Problem Ölçeği Faktör Yüğü 1'den 6'ya gösterilmektedir.)



Chi-Square=617.59, df=174, P-value=0.00000, RMSEA=0.102

Şekil 6: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Güven Ölçeğinin Standart Değerlerle Birlikte Path Grafiği (G-F1-6: Güven Ölçeği Faktör Yüğü 1'den 6'ya gösterilmektedir.)



Chi-Square=617.59, df=174, P-value=0.00000, RMSEA=0.102

Şekil 7: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi Güven Ölçeğinin t Değerleri ile Birlikte Path Grafiği (G-F1-6: Güven Ölçeği Faktör Yüğü 1'den 6'ya gösterilmektedir.)

Aşağıdaki tabloda maddeler r^2 ve t değerleri ile birlikte verilmektedir.

Tablo 12: Madde Atıldıktan Sonra Problem ve Güven Ölçeğine Ait R^2 ve T Değerleri

Maddeler	Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'nin Alt Boyutları			
	Problem Ölçeği		Güven Ölçeği	
	r^2	t	r^2	t
4	0.70	18.41	0.70	18.51
5	0.60	16.42	0.61	16.70
7	6.79	20.37	0.77	20.08
8	7.69	17.64	0.71	18.87
15	0.33	10.87	0.55	15.46
21	0.63	16.45	0.64	17.20
22	0.54	14.72	0.64	17.16
24	0.68	17.35	0.72	18.92
3	0.37	11.64	0.55	15.38
9	0.54	14.85	0.58	15.87
10	0.55	14.90	0.60	16.33
11	0.39	11.96	0.48	13.91
16	0.31	15.40	0.40	12.43
12	0.83	20.34	0.74	19.68
13	0.75	18.99	0.99	25.04
14	0.29	10.35	0.55	15.79
18	0.79	19.31	0.68	18.12
19	0.68	17.40	0.77	19.84
20	0.53	14.74	0.74	19.26
1	0.38	10.68	0.55	14.47
2	0.68	13.56	0.73	17.04

Bu sonuçlara göre, ileri sürülen modeldeki maddelerin t değerlerinin anlamlı olması modelde kalmaları gerektiğine işaret etmektedir. Diğer taraftan, problem ölçeği için r^2 değerlerine bakıldığında, alt faktörler tarafından maddelerde açıklanan varyans miktarının ise 0.29 ile 7.69 arasında değiştiği görülmektedir. Güven ölçeği için r^2 değerlerine bakıldığında, alt faktörler tarafından maddelerde açıklanan varyans miktarının ise 0.40 ile 0.99 arasında değiştiği görülmektedir.

4.2.2.2 Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi' nin Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'ne ait güvenilirlik analizine yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır. Bu kapsamda ölçeğin iç tutarlığına ilişkin bulgular sunuldu.

Kontrol listesinin güvenilirliğini saptamada, normal dağılıma uygunluk analizleri kullanıldı. İç tutarlılıkta, Cronbach Alfa, madde korelasyon ortalamaları zamana göre değişmezliğin belirlenmesinde Pearson Momentler çarpımı korelasyonu kullanıldı. Önemlilik düzeyi belirlemede ise $p=0.05$ değeri göz önünde bulunduruldu.

4.2.2.2.1 Normal Dağılıma Uygunluk Analizleri

Veri sonuçlarının normal dağılıma uygun olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla “diklik (kurtosis)” ve “çarpıklık (skewness)” katsayıları, uygun test istatistiğinin seçimi ve normal dağılıma uygunluğu belirlemek için Shapiro-Wilk testi yardımı ile değerlendirme yapıldı (Tablo 13).

Tablo 13: Problem ve Güven Ölçeğinin Faktörlerin Madde Toplam Puanına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Problem Ölçeği									
	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Minimum Değer	Maximum Değer	Çarpıklık	Standart Hata	Diklik	Standart Hata
Kontrol Listesi Toplam Puanı	53.81	18.78	1.02	21.00	139.00	0.95	0.13	1.17	0.26
Güven Ölçeği									
Kontrol Listesi Toplam Puanı	157.29	40.03	2.16	21.00	244.00	-1.30	0.13	1.85	0.26

Kontrol listesi problem ölçeğinin madde puan ortalaması 53.81 ± 18.78 , çarpıklık değeri 0.95 ± 0.13 ve diklik değeri 1.17 ± 0.26 olarak saptandı. Shapiro-Wilk değeri 0.946, p değeri 0.000 olarak saptandı. Histogram ve normal Q-Q plot görsel yapısı ve elde edilen değerler (çarpıklık, diklik) normal dağılıma uygun olduğunu gösterdi (70, 71, 72). Kontrol listesi güven ölçeğinin madde puan ortalaması 157.29 ± 40.03 , çarpıklık değeri -1.30 ± 0.13 ve diklik değeri 1.85 ± 0.26 olarak belirlenmiştir. Shapiro-Wilk değeri 0.897, p değeri 0.000 olarak saptandı. Histogram ve normal Q-Q plot görsel yapısına göre elde edilen değerler (çarpıklık, diklik) normal dağılıma uygun olduğunu gösterdi (70, 71, 72).

4.2.2.2.2 İç Tutarlılık Analizleri

Kontrol listesinin, her bir maddenin kendi içinde tamamını ölçüp ölçmediğini likert türdeki ölçeklerde değerlendirmek için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının hesaplanması önerilmektedir (63, 69).

Tablo 14: Problem ve Güven Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Cronbach Alfa Katsayılarının Dağılımı

		Problem Ölçeği	Güven Ölçeği
	Maddeler	Cronbach Alfa Katsayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
Kontrol Listesi Toplam Puanı	25 madde	0.86	0.92
Faktör I	4,5,7,8	0.88	0.88
Faktör II	15,21,22,24	0.74	0.83
Faktör III	3,9,10,11,16	0.76	0.78
Faktör IV	12,13,14	0.74	0.86
Faktör V	18,19,20	0.80	0.69
Faktör VI	1,2	0.64	0.74

Tablo 15: Problem ve Güven Ölçeğinin Yürütülmüş Çalışmalardaki Cronbach Alfa Değerlerinin Dağılımı

Problem Ölçeği			Güven Ölçeği		
Sanders (2009) α değerleri	West ve ark. (2009) α değerleri	Ek ve ark. (2015) α değerleri	Sanders (2009) α değerleri	West ve ark. (2009) α değerleri	Ek ve ark. (2015) α değerleri
0.97	0.87	0.85	0.92	0.95	0.98

Problem ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach's Alfa değerlerine bakıldığında; Faktör I boyutu için 0.88, Faktör II boyutu için 0.74, Faktör III boyutu için 0.76, Faktör IV boyutu için 0.74, Faktör V boyutu için 0.80 ve Faktör VI boyutu için 0.64 olarak bulunmuştur. Problem ölçeğinin genel Cronbach's Alfa katsayısı değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Güven ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach's Alfa değerlerine bakıldığında; Faktör I boyutu için 0.88, Faktör II boyutu için 0.83, Faktör III boyutu için 0.78, Faktör IV boyutu için 0.86, Faktör V boyutu için 0.69 ve Faktör VI boyutu için 0.74 olarak bulunmuştur. Güven ölçeğinin genel Cronbach's Alfa katsayısı değeri 0.92 olarak bulunmuştur.

Toplam 342 çocuk ve ebeveyni ile yürütülen araştırmada 21 madde ile yapılan analizler sonucunda güvenilirlik analizi için Hotelling's T testi, Spearman Brown Katsayısı ve İki Yarı Test güvenilirlik analizi yapıldı (Tablo 16).

Tablo 16: Problem ve Güven Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Problem Ölçeği	Güven Ölçeği
Hotelling's T Testi, p	3625.075 p<0.001	428.476 p<0.001
Spearman Brown Katsayısı	0.71	0.83
İki yarı test güvenilirliği		
<i>11 Maddelik 1. Yarı Alfa Değerleri</i>	0.84	0.89
<i>10 Maddelik 2. Yarı Alfa Değerleri</i>	0.76	0.86

Tablo 16'da, kontrol listesinde bulunan her bir maddede sorulan soruların ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını; ayrıca çocukların soruları benzer bir şekilde algılayıp algılamadıklarını belirlemek amacıyla yapılan Hotelling T² testinde problem ölçeği için (Hotelling T²=3625.075, p=0.000) madde ortalamalarının farklı olduğu saptanmıştır (73). Ayrıca güven ölçeği için (Hotelling T²=428.476, p=0.000) madde ortalamalarının farklı olduğu saptanmıştır.

Spearman Brown katsayı değeri problem ölçeği için 0.71 ve güven ölçeği için 0.83 idi. Bu katsayı 0.70'den büyük olduğu için testin iç tutarlılığı yüksek olarak değerlendirildi (63).

Kontrol listesinin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan "İki Yarı Test Güvenirlik" sonuçları verilmiştir. Kontrol listesi maddelerinin ilk ve ikinci yarı test sonuçları problem ölçeği için 0.84 ve 0.76, güven ölçeği için 0.89 ve 0.86 idi. Bu katsayı 0.70'den büyük olduğu için testin iç tutarlılığı yüksek olarak değerlendirildi (63).

4.2.2.2.3 Madde Analizi

Kontrol listesinin madde toplam korelasyonları problem ölçeği için 0.38 ile 0.79 arasında ileri düzeyde ve pozitif yönde anlamlı olduğu (p<0.001) bulguları. Güven ölçeği için 0.44 ile 0.80 arasında ileri düzeyde ve pozitif yönde anlamlı olduğu (p<0.001) bulguları (Tablo 17).

Tablo 17: Madde Atıldıktan Sonra Problem ve Güven Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları

	Problem Ölçeği	Güven Ölçeği
Maddeler	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Toplam Korelasyonu
<i>Madde 4</i> Yiyeceklerle ilgili şikayet eder veya mızızlanır.	0.72	0.74
<i>Madde 5</i> Bazı yiyecekleri görünce bağırip çağırır.	0.64	0.66
<i>Madde 7</i> Bazı yiyecekleri yemeyi reddeder (Mesela yiyeceği görünce mızızlanır).	0.79	0.80
<i>Madde 8</i> Bazı yiyecekleri görünce yemek istemez (Örneğin, yemek isteyip istemediği sorulduğunda Artık yeter der).	0.73	0.76
<i>Madde 15</i> Üzüldüğünde veya hayal kırıklığına uğradığında kendisini iyi hissetmek için bir şeyler yer.	0.38	0.57
<i>Madde 21</i> Fazla kilolu olduğu için şikayet eder.	0.63	0.70
<i>Madde 22</i> Kendisiyle alay edilmesinden şikayet eder.	0.52	0.65
<i>Madde 24</i> İyi görünmemekten şikayet eder.	0.60	0.69
<i>Madde 3</i> Sağlıksız hazır gıdalar yer.	0.53	0.59
<i>Madde 9</i> Yemekte fazladan bir porsiyon daha ister.	0.52	0.44
<i>Madde 10</i> Öğün aralarında sürekli bir şeyler yemek ister.	0.64	0.69
<i>Madde 11</i> Ev dışındayken ya da alışveriş yaparken sürekli yiyecek bir şeyler ister.	0.52	0.57
<i>Madde 16</i> Çok fazla televizyon seyreder.	0.45	0.55
<i>Madde 12</i> Yiyecekleri anne ve babasının haberi olmadan gizlice aşırır.	0.68	0.76
<i>Madde 13</i> Yiyecekleri saklar.	0.65	0.79
<i>Madde 14</i> Başkalarından yiyecek alır (Örneğin, başka çocukların beslenme çantasından).	0.43	0.67
<i>Madde 18</i> Fiziksel aktivite yapması ile ilgili şikayet eder (Örneğin, bu sıkıcı, yoruldum, ayaklarım ağrıyor, der).	0.70	0.45
<i>Madde 19</i> Fiziksel olarak aktif olmak istemez.	0.67	0.61
<i>Madde 20</i> Yeterli enerjiye sahip olmadığı konusunda şikayet eder.	0.59	0.59
<i>Madde 1</i> Çok hızlı yer.	0.47	0.59
<i>Madde 2</i> Çok fazla yemek yer.	0.47	0.59

Tablo 18: Problem Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Faktör Grupları	Genel	FI	FII	FIII	FIV	FV
FI	$r=0.663^{***}$ $p=0.000$					
FII	$r=0.611^{***}$ $p=0.000$	$r=0.118^*$ $p=0.030$				
FIII	$r=0.822^{***}$ $p=0.000$	$r=0.466^{***}$ $p=0.000$	$r=0.325^{***}$ $p=0.000$			
FIV	$r=0.624^{***}$ $p=0.000$	$r=0.375^{***}$ $p=0.000$	$r=0.228^{***}$ $p=0.000$	$r=0.484^{***}$ $p=0.000$		
FV	$r=0.590^{***}$ $p=0.000$	$r=0.241^{***}$ $p=0.000$	$r=0.394^{***}$ $p=0.000$	$r=0.326^{***}$ $p=0.000$	$r=0.240^{***}$ $p=0.000$	
FVI	$r=0.512^{***}$ $p=0.000$	$r=0.113^*$ $p=0.036$	$r=0.304^{***}$ $p=0.000$	$r=0.442^{***}$ $p=0.000$	$r=0.247^{***}$ $p=0.000$	$r=0.141^{**}$ $p=0.009$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır

Tablo 19: Güven Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Faktör Grupları	Genel	FI	FII	FIII	FIV	FV
FI	$r=0.770^{***}$ $p=0.000$					
FII	$r=0.777^{***}$ $p=0.000$	$r=0.392^{***}$ $p=0.000$				
FIII	$r=0.853^{***}$ $p=0.000$	$r=0.649^{***}$ $p=0.000$	$r=0.529^{***}$ $p=0.000$			
FIV	$r=0.763^{***}$ $p=0.000$	$r=0.546^{***}$ $p=0.000$	$r=0.560^{***}$ $p=0.000$	$r=0.567^{***}$ $p=0.000$		
FV	$r=0.713^{***}$ $p=0.000$	$r=0.411^{***}$ $p=0.000$	$r=0.578^{***}$ $p=0.000$	$r=0.455^{***}$ $p=0.000$	$r=0.445^{***}$ $p=0.000$	
FVI	$r=0.661^{***}$ $p=0.000$	$r=0.374^{***}$ $p=0.000$	$r=0.475^{***}$ $p=0.000$	$r=0.587^{***}$ $p=0.000$	$r=0.440^{***}$ $p=0.000$	$r=0.364^{***}$ $p=0.000$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır

Tablo 18’de problem ölçeğine ait faktörler arası korelasyon katsayıları ve p değerleri gösterilmektedir. Altı faktörün korelasyon katsayıları 0.113-0.822 arasında değişmektedir. P değerlerine göre; problem ölçeğine ait faktörler (FI, FII, FIII, FIV, FV, FVI) ve genel kontrol listesi toplam puanı ile faktör yükleri arasında ileri düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu saptandı ($p < 0.001$). Bundan farklı olarak, Faktör I ve Faktör II ve Faktör I ve Faktör VI arasında anlamlı ilişki ($p < 0.05$) olduğu, Faktör V ve Faktör VI arasında pozitif yönde ilişki bululandı.

Güven ölçeğine ait faktörler arası korelasyon katsayıları ve p değerleri Tablo 19’da gösterilmektedir. Altı faktörün korelasyon katsayıları 0.364-0.853 arasında değişmektedir. P değerlerine göre; güven ölçeğine ait faktörler (FI, FII, FIII, FIV, FV, FVI) ve genel kontrol listesi toplam puanı ile faktör yükleri arasında ileri

düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu saptandı ($p<0.001$). Bundan farklı olarak, Faktör I ve Faktör II ve Faktör I ve Faktör VI arasında anlamlı ilişki ($p<0.05$) olduğu, Faktör V ve Faktör VI arasında pozitif yönde ilişki saptandı.

5. TARTIŞMA

Araştırmada tanımlayıcı özellikler; sosyo-demografik ve ailesel özellikler değerlendirildi.

5.1 Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalamaları incelendiğinde; 39.5 ± 5.7 (dağılım, 21-72 yıl) idi. Can (74)'ın yürüttüğü araştırmada annelerinin yaş ortalaması 35.81 ± 5.74 (dağılım, 20-65 yıl) ve babaların yaş ortalaması 39.40 ± 6.02 (dağılım, 23-68 yıl) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada ebeveynlerin yakınlık durumuna göre; annelerin büyük çoğunluğu (%82.5) oluşturduğu saptanmıştır. Gürün (75)'ün yürüttüğü araştırmada da benzer şekilde çocuğun ebeveyninin çoğunlukla (%76) annelerden oluştuğu saptanmıştır.

Araştırmada ebeveynlerin BKİ değerlerine göre yarıya yakınının (%39.3) normal kiloda ve fazla kiloda (%40) olduğu, bir kısmının ise (%18) obez olduğu tespit edilmiştir. Türkiye ortalamalarına göre ebeveynlerin benzer olarak yarıya yakınının normal (%36.6) ve kilolu (%35.1) ve dörtte bir oranında (%26.2) ise şişman olduğu bildirilmiştir (76). Bu veriler ışığında; kadınlar arasında obezitenin yaygın görüldüğünü söylemek mümkündür. Çınar (77)'in yürüttüğü çalışmada; öğrencilerin annelerinde yarıya yakınında (%38.8) obez birey olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, obez gruptaki öğrencilerin %34.4'ünün annesi, %28.1'inin babası, %15.6'sının hem annesi hem babası, %3.1'inin kardeşinin obez olduğu bildirilmiştir.

Araştırmada ebeveynlerin genel sağlık durumu algılarının 2.89 ± 0.6 olarak bulgulanması sağlık düzeylerinin iyiye yakın olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ebeveynlerin obeziteye yatkın olması ve genel sağlık durumlarını iyi algılamaları obeziteye ilişkin algılarında önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada ebeveynlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; annelerin yarıya yakınının (%39.7), babaların ise yarısının (%50.9) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013 (78) verilerine göre, kadınların %36.1'inin ilkokul, %20.5'inin lise ve üzeri düzeyde eğitim seviyesine ve erkeklerin %34.4'ünün ilkokul, %29.1'inin lise ve üzeri düzeyde eğitim seviyesinde

olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de, okullaşma oranları incelendiğinde, erkeklerin %94 ve kadınların %95’inin ilkökul ve ortaokul düzeyinde, erkeklerin %77’sinin kadınların ise %76’sının lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Karahan (79)’in yürüttüğü araştırma bulgularına benzer şekilde annelerinin %21.9’unun ve babalarının %38.1’inin yüksekokul mezunu olduğunu bulgulanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamına yakınının (%91.8) SGK kapsamında sosyal güvencesi vardı. Diğer araştırma bulguları (16, 74, 79) ile benzer olarak ailelerin genelinin SGK kapsamında bir sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Araştırmada ebeveynlerin çalışma durumu incelendiğinde yarıdan fazlasının (%56.7) çalıştığı, %36.5’inin çalışmadığı bulgulandı. Karahan (79)’ın araştırmasında annelerin çoğunluğunun (%70.2) ve babaların ise çok az bir kısmının (%4.7) çalışmadığı ve babaların yarıya yakınının ise (%42.2) memur olduğu saptanmıştır.

Çocukların persentil değerlerine göre, gelir durumu incelendiğinde; fazla kilolu çocukların yarıya yakınının (%32.7) düşük gelir düzeyinde ve obez çocukların yarıya yakınının (%30) gelir düzeyinin eşit olduğu saptandı. Yeşiller (80)’in araştırmasında, obezitesi olan öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi obez olmayan ailelere göre fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada ebeveynlerin %17.5’inin herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu ve çoğunun (%2.8) hipertansiyon, diyabet ve tiroid türü hastalıklara sahip olduğu bulgulandı. TEKHARF 2017 (81) çalışmasına benzer olarak kalp hastalıkları, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıkların ülkemizde yaygın olduğunu söylemek mümkün ve obezitenin bir risk faktörü olduğu düşünüldüğünde gelecekte obezite kaynaklı kronik hastalıklardan ölümlerin ve bunların önlenmesi için konunun ciddiyetini göstermesi açısından önemlidir. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Koruma Programı Eylem Planında 2015-2020 (82) hedefleri arasında obezite ve önlenmesi konusunda planların yürütülmesine önem verilmekte ve risk faktörü olarak önlenemeyen sorunlar arasında yer almaktadır. Korkmaz (83)’in araştırmasında, ebeveynlerin %35.6’sının herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

TNSA 2013 (78) verilerine göre; halen evli ve 45-49 yaş grubundaki kadınlar ortalama 3.19 çocuğa sahip olurken, bu değer tüm 45- 49 yaşlarındaki kadınlarda

3.03'e düştüğü tespit edilmiştir. Araştırmada tüm ebeveynler 39.46 ± 5.68 ortanca çocuk sayısı 2 idi.

5.2 Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan çocukların yaş ortalaması 10.15 ± 2.63 (6-15) yıl ile ağırlıklı olarak ikinci kademedede (5. Sınıf) dağıldığını söylemek mümkündür ($p < 0.001$). Tabakalamaya uygun olarak alınan öğrencilerin ilköğretim düzeyinde beklenenden 20 kişi daha az olması neden olabilir. Buna karşın, ortaöğretim öğrencilerinin daha fazla katılması ile açıklanabilir. Ölçek madde sayısının 5-10 katı arasında olduğundan sonuçlar ilköğretim ve ortaöğretim öğrencileri için genellenebilir. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 (76) verilerine göre, 6-13 yaş arası çocukların %94'ünün ilkokul ve ortaokula devam ettiği bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların yarıdan fazlasının (%54.7) kız olduğu, tüm çocukların boy ortalaması 142.57 ± 17.06 cm, tüm çocukların kilo ortalaması 44.81 ± 16.63 kg ve tüm çocukların BKİ ortalamasının 21.26 ± 4.21 olarak normal kategorisinde değerlendirilebilir.

Genel sağlık durumu algılarının ise iyi düzeyde (3.14 ± 0.56) olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırmada çocukların persentil değerleri incelendiğinde; yarıya yakınının (%42.1) normal kilolu, yarıdan fazlasının kilolu ve obez (%57.9) olduğu dikkat çekici bir bulgudur. Araştırma sonuçları dikkate alındığında, çoğunluğunda BKİ ve persentil eğrisi açısından obezitenin rastlaması yeme davranışlarını göstermesi açısından önemlidir. Türkiye Çocukluk Çağı şişmanlık Araştırması (2014) sonuçlarına göre; çocukların %14.2'sinin fazla kilolu ve %8.3'ünün obez olduğu bulgulanmıştır. Türkiye'de obezitenin önemli bir sorun olduğunu göstermesi açısından araştırmanın yürütülmesinin önemi daha da ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Beslenmenin İzlenmesi (TOÇBİ) (2011) sonuçlarında ise benzer oranlara rastlamak mümkündür. Araştırma bulguları ile benzer olmayarak, Gümüşsoy Ay (84) çalışmasında öğrencilerin çoğunluğunun (%59.1) normal kilolu, %9.3'ünün fazla kilolu ve %2.5'inin obez olduğunu saptamıştır. Bereket ve Atay (85) çalışmasında, Türkiye'nin farklı bölgelerinde fazla kilolu ve obezite sıklığını sırasıyla %13.2 ve %1.6 olarak saptamıştır.

Araştırmada kız çocukların yarısından fazlasının (%61.5) fazla kilolu ve obez olduğu, erkek çocukların yarısının (%53.6) fazla kilolu ve obez olduğu bulgulandı. Buna göre; kız çocuklarının erkek çocuklarından daha fazla obezite sorunu yaşadığı söylenebilir. Budak (86) yaptığı araştırmada kız çocuklarında obezite görülme oranını çoğunluğunda (%80.2) normal ve zayıf, sadece bir kısmını (%17.4) fazla kilolu ve obez (%2.4) olarak, erkek çocuklarında ise obezite görülme oranını çoğunluğunu (%79.9) normal ve zayıf, bir kısmını (%17.8) fazla kilolu ve obez (%2.3) olarak saptamıştır.

Araştırmada çocukların %9.1'inin bir kronik hastalığa (FMF, diyabet, böbrek rahatsızlıkları, astım vb.) sahip olduğu saptandı. Bu hastalıkların Türkiye ortalamaları ile benzerlik göstermesi obezite ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması gerektiğini göstermesi açısından önemlidir. Demirel (16)'in yürüttüğü çalışmada; çocukların %15'inin herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

5.3 Kontrol Listesinin Psikometrik Analizlerinin Değerlendirilmesi

Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesinde kontrol listesinin çocukluk çağı obezitesine ilişkin sağlık personelleri tarafından kullanılabilceğini gösteren veriler elde edildi. Kontrol listesi problem ölçeği ortalaması orta düzeyin biraz altında ve güven ölçeği ortalaması yüksek düzeyde değerlendirilebilir. Bu durum ebeveynlerin yaşadığı problemlere verdiği yanıtlara yüksek düzeyde güvendiklerini göstermektedir.

5.3.1 Kontrol Listesi Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Dil uyarlaması çalışmalarında, farklı bir dilde geliştirilen ölçüm aracının başka bir dile çevirisi yapılırken, yapı ve anlam farklılıklarının en az seviyede olması, ölçüm aracının orijinal doğası değiştirilmeden ya da en az seviyede değişiklik yapılarak çevrilen dilde anlamlı ve anlaşılabilir olması önemlidir (54, 55). Araştırmada dil geçerliliği yapılmıştır. İçerik geçerliği kapsamında 12 uzmandan görüş alındı ve ifadelerin anlaşılabilirliği Davies tekniği ile değerlendirildi ve KGI hesaplandı. Yirmi beş maddeye ilişkin KGI değerlerinin 0.96 (0.85-1.0) olarak bulunması çok mükemmel bir uyumun olduğunu göstermesi, uzmanlar arasında

görüş birliği olduğunu ve maddelerin ölçüm aracının amacına uyduğunu göstermesi açısından önemlidir (54, 56, 87). West (2010)'in araştırmasında KGI değeri 0.78 olarak tespit edilmiştir. Bu durumda Türkçe kontrol listesinin özgün forma göre aynı anlamı verdiğini söylemek mümkündür.

Yapı geçerliliği değerlendirmesi yapılmadan önce madde toplam korelasyonunun tüm maddelere yapılması önerildiğinden (66) ilk olarak madde korelasyonları bakılmıştır. Korelasyon değeri (r) 0.30 altında kalan herhangi bir madde olmadığından madde çıkarılmamıştır (Tablo 8). Yapı geçerliği için ilk olarak kontrol listesinin özgün formu ile geçerliğini değerlendirmek üzere doğrulayıcı faktör analizine başvuruldu. DFA analizi için özgün forma uygun dört faktörlü yapıda hazırlanan modelde kontrol listesinin orijinal forma benzer olup olmadığı saptandı. Orijinal kontrol listesinde 3, 4, 5, 6, 8, 10. ve 11'inci maddeler "Yiyeceğe karşı isteksizlik/şikâyet" boyutu, 1, 2, 9, 12, 13, 14. ve 15'inci maddeler "Aşırı Yeme" boyutu, 20, 21, 22, 23, 24. ve 25'inci maddeler "Duygusal Çatışmalar" boyutu, 7, 16, 17, 18. ve 19'uncu maddeler "Fiziksel Aktivite" olarak alt boyutlar oluşturulmuş ve oluşturulan dört faktörlü model analiz edilmiştir. Türkçe kontrol listesinin West ve ark. (2005)'nin geliştirdiği özgün formun alt boyutlarına uygun dağılmadığından (Problem ölçeği için; $\chi^2/sd=10.18$, RMSEA=0.161, Güven ölçeği için; $\chi^2/sd=11.37$, RMSEA=0.173) açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizine başvuruldu (69, 88, 89, 90, 91). İlk olarak açımlayıcı faktör analizinde kontrol listesinin altı faktörlü olduğu ve problem ölçeği için toplam varyansın %63.17'sini, güven ölçeği için toplam varyansın %61.58'ini açıkladığı ve dört maddenin ise (6, 25, 31, 33) faktör yüklerinin 0.30'un altında kaldığı için atılması önerildiğinden bu maddeler kontrol listesinden çıkarılmıştır (69).

Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğünün yeterli olması dikkate alınmalıdır. KMO örneklem yeterliliği ölçütü, kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğünü karşılaştıran indekstir. Bir ölçeğin KMO değeri 0.70-0.79 arasında ise "iyi", 0.60-0.69 arasında ise "orta" olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda araştırmadan elde edilen Problem Ölçeği Barlett testi sonucu KMO indeksi 0.834 ($\chi^2=2839.780$, $df=210$, $p=0.000$) olarak hesaplanmıştır. Güven Ölçeği Barlett testi sonucu $\chi^2=3891.662$, $df=210$, $p=0.000$, KMO indeksi örneklem sınama büyüklüğü analizi değeri olan 0.907'nin faktör

analizi için oldukça yeterli olduğunu göstermiştir (66). West ve ark.(2010)'nın araştırmasında, KMO indeksi 0.780 olarak iyi düzeyde hesaplanmıştır.

Araştırmada zamana göre değişmezliğin değerlendirilmesi için test-tekrar test yöntemi uygulanmış ve problem ölçeği ($r=0.96$, $p<0.001$) ve güven ölçeği için ($r=0.90$, $p<0.001$) kontrol listesinin oldukça güvenilir düzeyde olduğu (92) bulgulanmıştır. Bu sonuç, tekrarlayan ölçümlerde benzer değerler elde edildiğinde tutarlı olduğunu göstermektedir. Araştırma bulguları ile paralel olarak West ve Sanders (2010) problem ölçeği için, test-retest değerini 0.88 olarak ve Arnold ve ark (93) aileler için yaptıkları güven ölçeğini 0.84 olarak bulgulamışlardır. West ve Sanders (2010)'in araştırmasında, problem ölçeği için test-tekrar test korelasyonu $r=0.87$, $p<0.001$, güven ölçeği için test-tekrar test korelasyonu $r=0.66$, $p<0.001$ olarak saptamışlardır.

İkinci aşamada; açımlayıcı faktör analizi yapılan kontrol listesi maddelerinin alt boyutları temsil edip etmediğini ölçmede doğrulayıcı faktör analizi uygulanması önerilmesinden yola çıkılarak tekrar DFA yaklaşımı uygulandı. Hemşirelik araştırmalarında, DFA bir ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır. DFA standardize edilme sürecinde katılımcılardan toplanan verilerden elde edilen sonuçların teorik yapıyla uyumlu olup olmadığını inceleyen bir metot olduğu için önemlidir. Bir ölçme aracının faktör yapısının teorik bilgilere uygun olması güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında istenen bir kriterdir. Bir test, indeks ya da ölçme aracının farklı ana ağırlıklarda geçerlik ve güvenilirlikleri değerlendirildiğinde standardize edilmiş olur ve aynı zamanda test ya da ölçeğin güvenle kullanılabilir hale getirilmesi işlemidir (53).

DFA'da uygun kestirim yöntemi belirlendikten sonra modele ait değerlerin uyum indeksleri incelenir (94). Bu uyum indeksi sonuçlarına göre modelin teoriye benzer olup olmadığına karar verilerek modelde ki maddelerin faktör yüklerinin uyum indekslerinin çevrilen dildeki kabul edilebilirlik oranları değerlendirilir, faktör yükleri yüksek olsa bile ölçeğin uyum indekslerinin normal değerleri yakın olmayabilir. Bu uyum indeksleri RMSEA, χ^2/sd , AGFI, GFI, SRMR, RMR gibi isimler almaktadır (60, 86).

χ^2/sd Değeri için; χ^2 değerinin serbestlik derecesine oranlanmasıyla elde edilen bu değer sonucunu iki ya da altında olması önerilmektedir. Beş ve daha az bir

değer ise sonucun kabul edilebilir olduğu söylenebilir (68, 95, 96). Araştırmada problem ölçeği modelinin χ^2/sd değeri 3.89, güven ölçeği modelinin χ^2/sd değeri 3.50 bulunmuştur ve bu değer iyi uyum iyiliğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) için; Ana kütledeki yaklaşık uyumun yani yaklaşık ortalama değerlerinin karekökünü temsil eden bir değerdir ve sıfır ile 1 arasında değer almaktadır (95, 97, 98, 99). Araştırmada problem ölçeği için RMSEA değeri 0.082, güven ölçeği için RMSEA değeri 0.102 olarak elde edilmiştir. Bulunan bu değerlerin problem ölçeği için kabul edilebilir uyum iyiliği olduğunu göstermekte iken güven ölçeği için kabul edilebilir uyum olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu durumda diğer değerlerin de incelenmesi önerilmektedir (66, 68). Bu farklılıkların kültürel anlam ve ifadeleri içeren değişimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma kapsamına alınan grubun farklı eğitim düzeylerinde ki çocuklar ve ebeveynleri için, kontrol listesi maddelerini algılama ve verilen yanıtların farklı olması beklendik bir durumdur. Bununla birlikte, çocukların algılarının ailelerin güven düzeyi algısıyla farklılaştığını söylemek mümkündür. Çalışma bulguları ile benzer olmayarak, Ek ve ark. (2015)'nın araştırmalarında RMSEA değeri problem ölçeği için 0.042, güven ölçeği için 0.065 olarak ileri düzeyde kabul edilebileceğini göstermiştir.

GFI (Goodness of Fit Index) için; Modelin örnekleme ne düzeyde ve ne kadar iyi ölçtüğünü gösteren bir değerdir. Oluşturulan modelin örnekleme kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösteren uyum iyiliği indeksidir (89, 91). GFI değeri 0 ile 1 arasında değer alır. GFI 'nın 0.90 'dan büyük olması modelin iyi olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanır (95, 100). Araştırmada GFI değeri problem ölçeği için 0.90, güven ölçeği için 0.85 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar iyi uyum değerlerini göstermektedir.

AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) için; GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermesi amacıyla uygulanan bir indekstir. 0-1 arasında değer alır ve 0.90'ı aşması gerekir (95, 98). Araştırmada AGFI değeri problem ölçeği için 0.85, güven ölçeği için 0.85 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar iyi uyum değerlerini göstermektedir.

RMR (Root Mean Square Residual) ve SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) için; Bu değer test edilen modelin sifıra yaklaşması daha iyi uyum

iyiliğini göstermektedir. Standardize edilmiş şekli SRMR uyum iyiliği indeksi olarak adlandırılır (98, 101). Araştırmada SRMR değeri problem ölçeği için 0.069, güven ölçeği için 0.058 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar iyi uyum değerlerini göstermektedir. Ek ve ark. (2015)'nin araştırmalarında SRMR değeri problem ölçeği için 0.055, güven ölçeği için 0.042 olarak tespit edilmiştir.

CFI (Comparative Fit Index) için; Yorumlanan değişkenler arasında ilişkinin olmamasından yola çıkarak yokluk hipotezinden (H_0) üretilmiş bir modeldir ve değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir (95, 98). Araştırmada CFI değeri 1'e yakın problem ölçeği ve güven ölçeği için 0.95 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar ölçekler için iyi bir uyum olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Çalışma bulguları ile benzer şekilde; Ek ve ark. (2015)'nin araştırmalarında CFI değeri problem ölçeği için 0.918, güven ölçeği için 0.937 olarak iyi uyum şeklinde tespit edilmiştir.

Türkçe kontrol listesinin maddeleri West ve Sanders (8)'in geliştirmiş olduğu özgün formun alt boyutları ile benzer oranda dağılmaktaydı. Bu sonuçla araştırmada "Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi geçerli bir ölçüm aracıdır" hipotezi doğrulanmıştır.

5.4 Kontrol Listesi Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi

Güvenilirlik, eşdeğerliğin, değişmezliğin, tutarlılığın, yeterliliğin, kararlılığın ve doğruluğun sağlanmasını ifade eden bir sözcüktür (63).

Normal dağılım, ölçümle belirtilen süreklilik gösteren değişkenlerin dağılımını vermektedir. İstatistiksel analizler uygulanırken dağılımın özelliği önemlidir. Çözümlemelerin büyük bir bölümü normal dağılım ile ilişkilendirilir (102). Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu ve olası farklılıkların kabul edilebilir sınırlar içerisinde olup olmadığını belirleyebilmek için dağılım "çarpıklık (skewness)" ve "diklik (kurtosis)" katsayıları, dağılımın normal dağılıma uygunluk analizinden (Shapiro-Wilk Testi) yardım alınarak analiz yapılmıştır (103). Çarpıklık; veri dağılımının normalden uzaklaşması sonucu sola ve sağa doğru kayması durumunu tanımlar ve katsayı değeri -1 ve +1 arasında değişim göstermektedir (102). Araştırmada çarpıklık değeri problem ölçeği için 0.95, güven ölçeği için -1.30 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar problem ölçeği için normal dağılıma uygun ancak güven

ölçeği için sola doğru çarpıklık göstermektedir. Diklik, dağılım eğrisinin ne kadar basık veya ne kadar dik olduğunu göstermektedir. Diklik katsayı değeri pozitif ise eğrinin normale göre daha dik olduğu ve negatif ise daha basık olduğu söylenebilir. Tam bir normal dağılımda diklik katsayısı 0'dır (102). Araştırmada problem ölçeğine ait diklik katsayısı 0'dan uzaklaştığı için problem (1.17) ve güven ölçeği (1.85) için daha diktir denebilir. Bu değerlere göre problem ve güven ölçeğinin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırmada dağılımın normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş olup her iki ölçek için de değeri ve p değeri sırası ile problem ölçeği için 0.946, 0.000, güven ölçeği için 0.897, 0.000 olarak bulunmuş ve normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir.

Kontrol listesinin güvenilirliğinin incelenmesinde güvenilirlik ölçütlerinden iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı incelendi (69, 87). Kontrol listesinin maddesinin her biri ayrı ayrı kendi içerisinde aynı tutumu ölçtüğünün değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunun için kullanılacak en uygun yöntem Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısının hesaplanmasıdır (63). Cronbach Alfa değerlerinin 0.90'dan büyük olması mükemmel; 0.80-0.90 arasında olması iyi; 0.70-0.80 arasında olması kabul edilebilir; 0.60-0.70 arasında olması kuşku; 0.50-0.60 arasında olması zayıf ve 0.50'nin altında olması ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (104). Araştırmada 21 maddelik problem ölçeğine ait genel Cronbach Alpha katsayı değeri 0.86 olarak hesaplandı. Problem ölçeğine ait Cronbach Alfa katsayı değerleri; Faktör I boyutu için 0.88 için iyi uyumu, Faktör II boyutu için 0.74 kabul edilebilir uyumu, Faktör III boyutu için 0.76 kabul edilebilir uyumu, Faktör IV boyutu için 0.74 kabul edilebilir uyumu, Faktör V boyutu için 0.80 iyi uyumu, Faktör VI boyutu için 0.64 kuşku uyumu göstermektedir. Araştırmada, güven ölçeğine ait genel Cronbach Alpha katsayı değeri 0.92 olarak hesaplandı. Güven ölçeğine ait Cronbach Alfa katsayı değerleri; Faktör I boyutu için 0.88 iyi uyumu, Faktör II boyutu için 0.83 iyi uyumu, Faktör III boyutu için 0.78 kabul edilebilir uyumu, Faktör IV boyutu için 0.86 iyi uyumu, Faktör V boyutu için 0.69 kuşku uyumu, Faktör VI boyutu için 0.74 kabul edilebilir uyumu göstermektedir. Problem ölçeğinde "Faktör II, III, IV ve VI" alt boyutlarının ve güven ölçeğinde "Faktör III, V ve VI" alt boyutlarının faktör yüklerinin 0.80'in altında çıkması bu alt ölçekler kapsamındaki madde sayılarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Araştırma

bulgularından elde edilen Cronbach Alfa katsayıları her iki ölçek içinde sırasıyla problem ve güven ölçeği (0.86 ve 0.92) için oldukça tutarlı olduğunu söylemek mümkündür. Türkçe kontrol listesinin maddeleri West ve Sanders (8)'in geliştirmiş olduğu özgün formun alt boyutları ile benzer oranda dağılmaktaydı. Bu sonuçla araştırmada “Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi güvenilir bir ölçüm aracıdır” hipotezi doğrulanmıştır.

Farklı ülkelerde yürütülen araştırmalardan elde edilen sonuçlarla benzer olarak; Avustralyalı'larda Sanders ve ark. (2009) 0.97 mükemmel uyum, West ve ark. (2010) 0.87, İsveçlilerde ise 0.85 (Ek ve ark. 2015) çalışma bulguları ile benzer olarak iyi uyum bulunmuştur. Güven ölçeğine ait elde edilen genel Cronbach Alpha değerlerine bakıldığında; Sanders ve ark. (2009) 0.92, West ve ark. (2009) 0.95, Ek ve ark. (2015) 0.98 olarak hesaplamışlardır.

Kontrol listesinin iç tutarlılığını gösteren başka bir yöntem ise madde analizinin yapılmasıdır. Madde analizinde toplam puan korelasyonu hesaplamak için Pearson korelasyon katsayısı analizi kullanılır. Bu analiz sonucuna göre $0.00 \leq \alpha \leq 0.25$ ise çok zayıf; $0.26 < \alpha < 0.49$ ise zayıf; $0.50 \leq \alpha \leq 0.69$ ise orta; $0.70 \leq \alpha \leq 0.89$ ise yüksek; $0.90 \leq \alpha \leq 1.00$ ise çok yüksek olarak kategorilendirilmektedir (88). Korelasyon katsayı değerinin alt sınırı farklı birçok kaynaklarda 0.20, 0.25, 0.30 olarak gösterilebilmektedir (56, 88, 91). Madde toplam katsayı değerleri 0.25'in altında ve negatif olmaması gerekir. Korelasyon değeri düşük olan madde silindiğinde alfa katsayı değerindeki değişime bakılarak maddenin çıkarılıp çıkarılmamasına karar verilmesi gerekmektedir (91). Araştırmada çok boyutlu olmasından dolayı problem ölçeğine ait korelasyon katsayıları 0.113-0.822 arasında, güven ölçeğine ait korelasyon katsayıları 0.364-0.853 arasında bulunmuştur. *P* değerlerine göre; problem ölçeğine ait faktörler (FI, FII, FIII, FIV, FV, FVI) ve genel kontrol listesi toplam puanı ile faktör yükleri arasında ileri düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu saptandı ($p < 0.001$). Bundan farklı olarak, Faktör I ve Faktör II ve Faktör I ve Faktör VI arasında anlamlı ilişki ($p < 0.05$) olduğu, Faktör V ve Faktör VI arasında pozitif yönde ilişki vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada kontrol listesi problem ölçeği puan ortalaması biraz düzeyde ve güven ölçeği iyi derecede yüksek düzeyde bulundu ve çocukların sorunları biraz düzeyde algıladığı ve ebeveynlerin bu yanıtlara verilen cevaba çok yüksek düzeyde güvendikleri saptandı. Çocuk ve ebeveynlerin genel sağlık algısının iyi düzeyde olduğu saptandı. Türkçe formun 6-15 yaş arası fazla kilolu ve obez çocukların yaşam stili davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Türkçe kontrol listesi, 6-15 yaş arası fazla kilolu ve obez çocukların sorunlarının belirlenmesinde, bakımında ve tedavisinde bu konuda uzman sağlık personeli tarafından uygulanabilir. İhtiyaç duyulan gereksinimlerin planlanmasında ve sağlık eğitimi programlarının düzenlenmesinde kullanılabilir bir formdur.

Öneriler:

- Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelleri, kontrol listesini fazla kilolu ve obez çocukların bakım ve tedavi uygulamalarında kullanırken, eğitim düzeyi düşük olan, obezite tedavisine yeni başlayan çocukların, bakım ve tedavi ihtiyaçlarını ve yaşayabilecekleri problemlerin daha fazla olma ihtimalini göz önüne alarak, çocuk ve ebeveynine verilecek olan sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasında etkili olacaktır.

- Kontrol listesinin farklı yaş grubunda ve gelir seviyesindeki çocuklar ve ebeveynlerini de içeren daha geniş örneklem gruplarında uygulanması ile geçerlilik ve güvenilirlik denemelerinin yapılması fazla kilolu ve obez çocuklara genellenebilmesi açısından önerilebilir.

- Formun geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının 15 yaş üstü çocuklarda da yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2000) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of A WHO Consultation. WHO, Geneva, Switzerland. Report No. 894 WHO Technical Report Series
2. Gahagan S. Overweight and Obesity, Chapter 44, Nelson Textbook Of Pediatrics 19th Edition, 2010
3. Organisation for Economic Co-operation and Development <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
4. <http://beslenme.gov.tr> (17.05.2018).
5. von Mutius E, Schwartz J, Neas LM, Dockery D, Weiss ST. Relation of body mass index to asthma and atopy in children: the National Health and Nutrition Examination Study III. Thorax, 2001: p 835–838
6. Hayden-Wade HA, Stein RI, Ghaderi A, Saelens BE, Zabinski MF, Wilfley DE. Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. Obesity Research, 2005: p 1381–1392
7. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD, Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev.: 2009; CD001872
8. West F, Sanders MR. Lifestyle behaviour checklist. Parenting & family support centre. University of Queensland, Brisbane, Australia, 2005
9. West F, Sanders MR, Cleghorn GJ, Davies PS. Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. Behav Res Ther. 2010; 48(12): 1170–9
10. West F, Morawska A, Joughin K. The lifestyle behaviour checklist: evaluation of the factor structure. Child: care, health and development. 2010
11. Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü Ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu Ve Risk Faktörleri, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2014
12. Özer S, Bozkurt H, Yılmaz R, ve ark. Obezite tanılı çocuklarda yeme davranışının değerlendirilmesi. J Child 2014; 14: 2: 66-71
13. Aktaş D, Öztürk FN, Kapan Y. Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2015; 14: 5: 406-412
14. Ek A, Sorjonen K, Nyman J, et al. Child behaviors associated with childhood obesity and parents' self-efficacy to handle them: Confirmatory factor analysis of the Lifestyle Behavior Checklist. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2015; 12: 36

15. Kaya R. Edirne İl Merkezinde İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerde Beslenme-Obezite-Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2008
16. Demirel H. İzmir İli Menemen İlçesindeki İlköğretim İkinci Kademe (6-7-8. Sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı Ve Beslenme Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2011
17. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006
18. <https://hsgm.saglik.gov.tr> (30.05.2018).
19. Sözen MA. Obezite ve obezitenin genetiği. Kocatepe Tıp Dergisi. 2006; 7: 1-11
20. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/index.php> (17.05.2018).
21. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel Yayın No: 399, Ankara, 2002: 28-84
22. Buzkan İA, Gülmez RM, Karacan D. Ve ark. İstatistiksel araştırmalarda ölçme yöntemleri ve ölçek türleri. XI. Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu. 27-28.05.2010; Ankara
23. Özgüven İE. Psikolojik Testler, 4. Baskı, PDREM Yayınları, Ankara 2000
24. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. Baskı. Ankara, 2005
25. <http://alfabeslenme.com> (17.05.2018)
26. Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOCBI) Projesi Araştırma Raporu, TC Sağlık Bakanlığı Ankara 2011
27. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013
28. Klish WJ. Comorbidities and complications of obesity in children and adolescents. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accessed on November 4, 2015
29. Caroline MA, Carine ML. A Clinical Guide for Management of Overweight and Obese Children and Adults. CRC Press, 2006
30. Poskitt, Elizabeth and Laurel Edmunds. Management of Childhood Obesity. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2008
31. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G. ve Darendeliler F. Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi Ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2008; 51(1): 1-14
32. Alikasıfoğlu A, Yordan N. Obezitenin Tanımı Ve Prevalansı. Katkı Pediatri Dergisi, 2000; 21: 475–81

33. Thompson DL, Thompson WR, Prestridge TJ, Bailey JG ve ark. Effects of hydration and dehydration on body composition analysis: a comparative study of bioelectric impedance analysis and hydrodensitometry. *J Sports Med Phys Fitness* 1991; 31: 565–70
34. Alemzadeh R, Rising R, Lifshitz. Obesity in children. In: Lifshitz F(ed): Obesity, Diabetes mellitus insülin resistance and hipoglisemia. Informa healthcare USA, inc., New York: 2007; 1-52
35. Brook CG. D PC, and Rosalind B, eds. Brook's Clinical Pediatric Endocrinology. 6 edition. Chichester, U;; Hoboken NJ: Wiley-Blackwell, 2009; 530-59
36. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. NIH Publication, No.98-4083, September, 1998
37. <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf>. (07.08.2017)
38. Hadley AM, Hair EC, Dreisbach N. What Works For The Prevention and Treatment of Obesity Among Children: Lessons From Experimental Evaluations of Programs And Interventions. *Child Trends Fact Sheets*, March 2010: 1-14
39. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan Dönemde Obezite ve Egzersiz. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011; S. 8.2, s. 963-977
40. Wing RR. Behavioral approaches to the treatment of obesity. In *Handbook of Obesity* (Eds GA Bray, C Bouchard, WPT James). New York, Marcel Dekker: 1998; 855-873.
41. Yetkin İ, Altınova A E. Obezite ve obezite tedavisinde yenilikler. Aslan P, Dağ A, Türkmen E G. Her yönüyle obezite ve tedavi yöntemleri Ankara, Cem Ofset, 2012: 169-174
42. Yorgancı K, Tırnaksız B. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2007; 38(4): 218-222
43. Arslan P, Dağ A, Türkmen EG. Her Yönüyle Obezite; Önleme Ve Tedavi Yöntemleri. Ofset Matbaacılık, İstanbul 2012
44. Atila K. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*. 2014; 1(1): 23-27
45. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2009). Obezite Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri, [http:// www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite.pdf) (07.08.2017)
46. Tsigos C, Hainer V, Fine N, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obesity Facts*, 2008; 1: 106–116,
47. Saunders D, Harrison B. Application of the epidemiological model: Community-based interventions for the management of obesity in children and young adults . *Forum on Public Policy* [serial on the Internet]. 2007 [cited 2014 Aug 8]; 2007 (1). Available from: <http://forumonpublicpolicy.com/archive07/saunders.pdf>

48. Lazarou C, Kouta C. The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing* 2010; 19(10): 641-647
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773, Ankara 2013
50. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews* 2004; 62(1): 39-50
51. Golan M, Kaufman V, Shahar DR. Childhood obesity treatment: Targeting parents exclusively v. parents and children. *British Journal of Nutrition* 2006; 95(5): 1008-1015
52. Chen JL, Weiss S, Heyman MB, Vittinghoff E, Lustig R. Pilot study of an individually tailored educational program bymail to promote healthy weight in Chinese American children. *J Spec Pediatr Nurse* 2008; 13(3): 212-222
53. Erdoğan S. ve ark. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama Ve Kritik. 2. Baskı, Ünite 6: 2015; 178-180
54. Talbot LA. Principles and practice of nursing research. St. Louis: Mosby Year Book; 1995
55. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber. *HEMAR-G* 2002; 4: 9-14
56. Yurdagül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. Available from: <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf> [Accessed November 21, 2013]
57. West F, Sanders MR, Cleghorn GJ, Davies PS. Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behav Res Ther.* 2010; 48(12): 1170-8
58. Ek A, Sorjonen K, Nyman J, et al. Child behaviors associated with childhood obesity and parents' self-efficacy to handle them: Confirmatory factor analysis of the Lifestyle Behavior Checklist. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2015; 12: 35
59. Sert Z. İlköğretim Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenme Ve Fiziksel Aktivitenin Arttırılmasına Yönelik Eğitim Programının Kilo Yönetimine Etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2015
60. West F, Morawska A, Joughin K. The Lifestyle Behaviour Checklist: evaluation of the factor structure. *Child Care Health Dev.* 2010; 36(4): 508-15
61. Morawska A, West F. Do parents of obese children use ineffective parenting strategies? *J Child Health Care.* 2013; 17(4): 375-86
62. Gerards SM, Hummel K, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP. Parental self-efficacy in childhood overweight: validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013; 10: 7
63. Esin MN. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama Ve Kritik. 2. Baskı, Ünite 7: 2015; 193-233

64. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri, İstanbul 2002; s:172
65. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım, 9. Basım, Ankara 2000
66. Özdamar K. Paket Programlar İstatistiksel Veri Analizi. Kaan Kitapevi. 2002
67. Jöreskog KG, Sörbom D. Lisrel8: Structural Equation Modeling With The Simplis Command Language. Lincolnwood: Scientific Software International, Inc. 1993
68. Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinox, 2007
69. Leech LN, Barrett CK, Morgan AG, editors. SPSS for intermediate statistics use and interpretation. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2008
70. Cramer D, Howitt D. The SAGE dictionary of statistics. London: SAGE; 2004
71. Doanne DP, Seward LE. Measuring skewness. J Statistics Educ 2011; 19(2): 1-18
72. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-wilk, kolmogrow smirnow Liliefors and Anderson-Darling tests. J statistical Modeling Analytics. 2011; 2(1): 21-33
73. Baksi A. M.D. Anderson Beyin Tümörü Semptom Envanteri'nin Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009
74. Can N. Çorlu Merkezdeki İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri Ve Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Edirne 2011
75. Gürün H. Ebeveynlerde Yeme Davranışı İle Ebeveyn Besleme Tarzı Arasındaki İlişki Ve Erken Çocukluk Çağı Obezitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İstanbul 2017
76. Türkiye İstatistik Kurumu (2013). <http://www.tuik.gov.tr> (17.05.2018).
77. Çınar S. Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2013
78. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013). <http://www.hips.hacettepe.edu.tr>
79. Karahan FF. Erzincan İl Merkezi'nde Öğrenim Gören Ortaokul Öğrencilerinde Obezite Prevalansı Ve Etkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum (2015)
80. Yeşiller E. Bolu'da İlköğretim Çocukları Arasında Aşırı Kilo-Obezite Sıklığı Ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Bolu 2013

81. TEKHARF (2017). <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> (17.05.2018).
82. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (17.05.2018).
83. Korkmaz A. Kocaeli İli Gebze İlçesindeki İlköğretim II. Basamak (6-7-8. Sınıflar) Öğrencilerde Obezite Sıklığı Ve Beslenme Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya 2008
84. Gümüşsoy Ay E. Erzurum İl Merkezi Okul Çağı Çocuklarda Obezite Prevalansı Ve Beslenme Alışkanlıkları İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Erzurum 2014
85. Bereket A, Atay Z. Current Status of Childhood Obesity and its Associated Morbidities in Turkey. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2012; 4 (1): 1-7
86. Budak C. Ortaokul Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı, Obezite Prevelansı Ve Fiziksel Aktivite Katılım Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Muğla 2016
87. Aroian KJ, Norris AE. Statistical methods for health care research. In: Munro BH, editor. Confirmatory factor analysis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: p. 351-66
88. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları. Ankara: Emek Ofset; 2005
89. Dixon JK. Statistical methods for health care research. In: Munro BH, editor. Explanatory factor analysis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: p. 321-50
90. Polit DF, Sherman RE. Statistical power in nursing research. Nurs Res 1990; 39: 365-9
91. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi; 2012
92. Çiçekçioğlu F, Temutürkan M, Parlar AI, Babaroğlu S, Aksöyek A, Tütün U ve ark. Fifteen years survival without anticoagulation after mechanical tricuspid valve replacement: a case report. Türk Göğüs Kalp Damar 2010; 18: 327-9
93. Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, et al. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. Psychol Assess. 1993; 5: 137-44
94. Albright JJ, Park HM. Confirmatory Factor Analysis Using Amos, LISREL, Mplus, and SAS/STAT CALIS. Bloomington: University Information Technology Services Center for Statistical and Mathematical Computing Indiana University Press; 2009: p. 9-13
95. Munro BH. Statistical Methods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: p. 351-76

96. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods* 2008; 6(1): 53-60
97. Yılmaz V, Çelik HE. LISREL ile Yapısal Eşitlik Modellemesi-I. Ankara Pegem Akademi; 2009: p. 53- 61
98. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem.Net; 2010: p. 275-85
99. Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. New York: Taylor & Francis Group; 2010: p. 85-90
100. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. New York: Springer Publishing Company; 2010: p. 176-8
101. Wang J, Wang X. Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: methods and applications. West Sussex: John Wiley & Sons; 2012: p. 5-9
102. Coşansu G. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama Ve Kritik. 2. Baskı, Ünite 8: 2015; 235-279
103. Aksakoğlu G.(2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, 305-333
104. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik. Seçkin Yayıncılık. Ankara 2005

EKLER

EK 1.a : Tanımlayıcı Soru Formu (Ebeveyn)

Çocuğun Okulu _____

Çocuğun sınıfı _____

Ad ve Soyadı _____

Soru 1: Çocuğa yakınlık durumunuz nedir?

1. Anne 2.Baba 3.Abi/Abla, 4.Büyükanne, Dede, 5.Hala/Teyze, Dayı/Amca

Soru 2: Öğrencinizin velisi kimdir (Anne, baba, kardeş vs. belirtiniz)? _____

Soru 3: Velinin yaşı nedir? _____

Soru 4: Velinin eğitim durumu? İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Soru 5: Sosyal güvenceniz var mı? Özel SGK Güvencesiz

Soru 6: Çalışıyor musunuz? Evet İşsiz Emekli

Çalışıyorsanız ne işle meşgulsünüz, belirtiniz? _____

Soru 7: Kaç çocuğunuz var? _____

Soru 8: Çocuğunuzla günde kaç saat vakit geçiriyorsunuz? _____

Soru 9: Gelir durumunuz? Düşük Eşit Yüksek

Soru 10: Herhangi bir kronik (ömür boyu süren) hastalığınız var mı?

Evet Hayır

Evet ise, Kronik (ömür boyu süren) hastalığınız/hastalıklarınız nelerdir, belirtiniz? _____

Soru 11: Ne kadar süredir kronik hastalık tedavisi alıyorsunuz? _____

Soru 12: Sağlık durumunuzu genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 Kötü 2 Orta 3 İyi 4 Çok İyi

Soru 13: Velinin boyu kaç cm: _____ Kilonuz kaç kg: _____

Soru 14: Evinizde sizden başka yaşayan kimse var mı?

Evet Hayır Yalnız yaşıyorum Evet ise kaç kişi yaşıyor? _____

EK 1.b : Tanımlayıcı Soru Formu (Çocuk)

Öğrencinin Okulu _____

Öğrencinin sınıfı _____

Adı ve Soyadı _____

Soru 1: Öğrencinin yaşı nedir? _____

Soru 2: Öğrencinin Cinsiyeti? _____

Soru 3: Öğrencinin boyu kaç cm? _____ **Kilosu kaç kg?** _____

Soru 4: Ömür boyu süren bir hastalığın var mı? Evet Hayır

Evet ise, nedir, belirtin? _____

Soru 5: Ne kadar süredir ömür boyu süren hastalık tedavisi alıyorsunuz?

Soru 6: Sağlık durumunu genel olarak nasıl değerlendiriyorsun?

1 **Kötü** 2 **Orta** 3 **İyi** 4 **Çok İyi**

EK 2.a: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi (Ebeveyn)

Bu davranış için çocuğunuza olan güven düzeyinizi tanımlayınız (1'den 10'a kadar bir puan veriniz).

1 Kesinlikle yapar

10 Kesinlikle yapmaz

	Her zaman	Çoğunlukla	Sık sık	Orta düzeyde	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman	Ebeveynin Puanı
1.Çok hızlı yer								
2.Çok fazla yemek yer								
3.Sağlıksız hazır gıdalar yer								
4.Yiyeceklerle ilgili şikayet eder veya mızızlanır								
5.Bazı yiyecekleri bağırıp çağırır								
7.Belli yiyecekleri yemeyi reddeder (mesela yiyeceği görünce mızızlanır)								
8.Bazı yiyecekleri görünce yemek istemez (örneğin, yemek isteyip istemediği sorulduğunda Artık yeter der)								
9.Yemekte fazladan bir porsiyon daha ister								
10.Öğün aralarında sürekli bir şeyler yemek ister								
11.Ev dışındayken ya da alışveriş yaparken sürekli yiyecek bir şeyler ister								
12.Yiyecekleri anne ve babasının haberi olmadan gizlice aşırır								
13.Yiyecekleri saklar								
14.Başkalarından yiyecek alır (örneğin, başka çocukların beslenme çantasından)								
15.Üzüldüğünde veya hayal kırıklığına uğradığında kendisini iyi hissetmek için bir şeyler yer								
16.Çok fazla televizyon seyreder								
18.Fiziksel aktivite yapması ile ilgili şikayet eder (örneğin Bu sıkıcı, yoruldum, ayaklarım ağrıyor)								
19.Fiziksel olarak aktif olmak istemez								
20.Yeterli enerjiye sahip olmadığı konusunda şikayet eder								
21.Fazla kilolu olduğu için şikayet eder								
22.Kendisiyle alay edilmesinden şikayetçi								
24.İyi görünmemekten şikâyet eder								

EK 2.b: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi (Çocuk)

	Her zaman ⁷	Çoğunlukla	Sık sık	Orta düzeyde ⁴	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman ¹
1.Çok hızlı yerim							
2.Çok fazla yemek yerim							
3.Sağlıksız hazır gıdalar yerim							
4.Yiyeceklerle ilgili şikayet eder veya mızızlanırım							
5.Bazı yiyecekleri görünce bağırıp çağırırım							
6. Bazı yiyecekleri görünce öfkelenip fırlatıp atarım							
7.Belli yiyecekleri yemeyi reddederim (mesela yiyeceği görünce mızızlanırım)							
8.Bazı yiyecekleri görünce yemek istemem (örneğin, yemek isteyip istemediğim sorulduğunda Artık yeter derim)							
9.Yemekte fazladan bir porsiyon daha isterim							
10.Öğün aralarında sürekli bir şeyler yemek isterim							
11.Ev dışındayken ya da alışveriş yaparken sürekli yiyecek bir şeyler isterim							
12.Yiyecekleri anne ve babamın haberi olmadan gizlice aşırım							
13.Yiyecekleri saklarım							
14.Başkalarından yiyecek alırım (örneğin, başka çocukların beslenme çantasından)							
15.Üzüldüğümde veya hayal kırıklığına uğradığımda kendimi iyi hissetmek için bir şeyler yerim							
16.Çok fazla televizyon seyredirim							
18.Fiziksel aktivite yapmak ile ilgili şikayet ederim (örneğin Bu sıkıcı, yoruldum, ayaklarım ağrıyor derim)							
19.Fiziksel olarak aktif olmak istemem							
20.Yeterli enerjiye sahip olmadığımı düşünürüm							
21.Fazla kilolu olduğum için şikayet ederim							
22.Kendimle alay edilmesinden şikayetçiyim							
24.İyi görünmemekten şikâyet ederim							

EK 2.c: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi (Lifestyle Behaviour Checklist)

LIFESTYLE BEHAVIOUR CHECKLIST

Below is a list of behaviours parents with overweight children often have to manage. For each item: (1) circle the number that best describes how much of a problem that behaviour has been with your child in the last month, and (2) rate how confident you are in dealing with it. If that behaviour is not currently occurring, rate how confident you are that you could successfully deal with your child's behaviour if it did occur. Remember to put a confidence rating for every item.

Rate your confidence from 1 (Certain I can't do it) to 10 (Certain I can do it).

	TO WHAT EXTENT HAS THIS BEHAVIOUR BEEN A PROBLEM FOR YOU WITH YOUR CHILD?							HOW CONFIDENT ARE YOU IN DEALING WITH IT?
	Not at all	A little	Somewhat	Much	Very much			
1. Eats too quickly	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
2. Eats too much	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
3. Eats unhealthy snacks	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
4. Whinges or whines about food	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
5. Yells about food	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
6. Throws a tantrum about food	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
7. Refuses to eat certain foods (i.e. fussy eating)	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
8. Argues about food (e.g. when you say <i>No more</i>)	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
9. Demands extra helpings at meals	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
10. Requests food continuously between meals	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
11. Demands food when shopping or on outings	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
12. Sneaks food when they know they are not supposed to	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
13. Hides food	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
14. Steals food (e.g. from other children's lunchboxes)	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
15. Eats food to comfort themselves when feeling let down or depressed	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
16. Watches too much television	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
17. Spends too much time playing video or computer games	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>

	TO WHAT EXTENT HAS THIS BEHAVIOUR BEEN A PROBLEM FOR YOU WITH YOUR CHILD?							HOW CONFIDENT ARE YOU IN DEALING WITH IT?
	Not at all	A little	Somewhat	Much	Very much			
18. Complains about doing physical activity (e.g. <i>This is boring, I'm too tired, My leg hurts</i>)	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
19. Refuses to do physical activity	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
20. Complains about being unfit or feeling low in energy	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
21. Complains about being overweight	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
22. Complains about being teased	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
23. Complains about not having enough friends	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
24. Complains about being unattractive	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
25. Complains about not fitting into clothes	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>

EK 3: Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi'nin İzin Belgesi



IP licence agreement

Parties

UQ The University of Queensland ABN 63 942 912 684 a body corporate constituted under the *University of Queensland Act 1998* (Qld) of Brisbane in the State of Queensland 4072

Licensee Ass.Prof. Julide Gulizar
Izmir Katip Celebi University
Faculty of Health Sciences
Public Health Nursing Department
Cigli-Izmir/Turkey

1.2 Interpretation

In this agreement:

- no rule of construction applies to the disadvantage of the party that drafts this agreement on the basis that the party suggested the relevant drafting;
- references to a party mean UQ or the Licensee and references to the parties mean both UQ and the Licensee; and
- words such as "includes" and "including" do not impose any limitation on the construction of general language that is followed by specific examples.

Background

A UQ has agreed to license the Specified IP and the Translated Work on the terms of this agreement.

Operative terms

1 Definitions and Interpretation

1.1 Definitions

In this agreement:

Business Day means a day in Brisbane which is not on a weekend or a public holiday gazetted by the State of Queensland for Brisbane.

Effective Date means the date of this agreement.

Intellectual Property means all industrial and intellectual property rights anywhere in the world, whether registered or unregistered, including:
(a) patent rights, trade mark rights, copyright, plant breeders' rights and rights in relation to inventions, trade names, business names, company names, indications of origin, designs, plant varieties, semiconductors, circuit layouts, confidential information and knowhow;
(b) any right of registration of, provisional applications for, claim of priority from, continuation of or division of such rights; and
(c) all other intellectual property as defined in article 2 of the *Convention Establishing the World Intellectual Property Organisation 1967*.

Moral Rights means moral rights as described in Part IX of the *Copyright Act 1968* (Cth) and any analogous rights that exist, or may come to exist, anywhere in the world.

Specified IP means the Intellectual Property in the Lifestyle Behaviour Checklist written by Felicity West and Matt Sanders.

Translated Work Means the copyright in the Turkish translation of the Specified IP .

2 Licence of Specified IP

2.1 Licence

- On and from the Effective Date, UQ grants to the Licensee a non-exclusive, irrevocable, royalty free licence to the Specified IP for a five year term from the Effective Date for non-commercial purposes and for the purpose of the translating the Specified IP into the Turkish language (the Translated Work).
- The copyright in the Translated Work, and any modifications or adaptations of the Specified IP or Translated Work, will vest in UQ immediately.
- The Licensee will provide a copy of the Translated Work together with an independent back translation to English to UQ for approval before using and distributing the Translated Work.
- UQ may require amendments or changes to the Translated Work before approval is granted.
- After approval is granted in the Translated Work, UQ grants to the Licensee for a five year term from the Effective Date, a non-exclusive, irrevocable, royalty free licence to use and distribute the Translated Work for educational and non-commercial purposes.
- The Licensee will provide to UQ copies of any amended versions of the Translated Work for UQ approval before they are distributed to third parties.
- The Licensee must do all things requested by UQ that are necessary or desirable to give effect to and record the licences contemplated by clauses 2.1(a) and 2.1(e) including any directions regarding UQ logos and copyright statements.
- If UQ chooses to update and publish further editions of the Specified IP, the Licensee may incorporate any such updates into the Translated Work.
- UQ will acknowledge the authors of the Translated Work.
- The Licensee must acknowledge UQ's provision of the Specified IP in any publications relating to the Specified IP or Translated Work.
- The licences granted under 2.1(a) and 2.1(e) do not include the right to sub-licence the Specified IP or Translated Work.

3 Fee

3.1 Fee

- The parties agree there is no monetary consideration

E:\julide8may2011\yayinlarim\2-katip_celeb\2-BK\TA_TARAMASI_OBEZ_JULIDE\2-OBEZ\ITE_GECERLI_GUVENLIR\16 0685 IP Licence - Turkish - LBC.doc6

Ass.Prof. Julide G. Gulizar

payable by the Licensee.

4 Termination

- (a) The term of this agreement is five years.
- (b) If one party defaults on their obligations contained in this agreement and the default has continued without being remedied by the defaulting party for 30 days the non-defaulting party may terminate this agreement by written notice to the other party.

5 General

5.1 Further assurances

Each party must do all things necessary or desirable to give effect to the provisions of this agreement including by signing all documents and performing all acts.

5.2 Merger

The obligations in this agreement will not merge on completion of the transactions contemplated by this agreement.

5.3 Entire agreement

This agreement:

- (a) contains the entire agreement of the parties; and
- (b) supersedes all prior representations, conduct and agreements,

with respect to its subject matter, except to the extent that any express guarantees have been given by a party as contemplated by section 59 of the *Competition and Consumer Act 2010* (Cth).

5.4 Costs

- (a) Each party is responsible for its own costs of entering into and performing this agreement.
- (b) The Licensee must pay all taxes, duties and government charges imposed or levied in Australia or overseas in connection with this agreement.

5.5 Jurisdiction

The laws of Queensland, Australia apply to this agreement and each party irrevocably submits to the non-exclusive jurisdiction of the courts of Queensland, Australia and courts competent to hear appeals from those courts.

5.6 Severability

To the extent that any portion of this agreement is void or otherwise unenforceable then that portion will be severed and this agreement will be construed as if the severable portion had never existed.

5.7 Counterparts

- (a) This agreement will be validly executed if signed in any number of counterparts and the counterparts taken together will constitute one agreement.
- (b) Each party may communicate its execution of this agreement by successfully transmitting an executed copy of this agreement by facsimile or email to the other party.

Execution

Signed as an agreement.

SIGNED for and on behalf of

THE UNIVERSITY OF QUEENSLAND

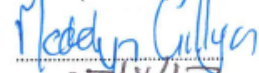
by its duly authorised officer:

in the presence of:


.....
Director
Research Partnerships
Ian G Harris

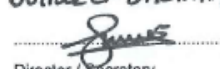
Madelyn Gilligan

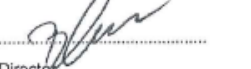
Witness (Print Name)


Date: 27/4/17

SIGNED for and on behalf of

Izmir Katip Celebi University
Faculty of Health Sciences
Public Health Nursing
Department
Cigli-Izmir/Turkey

by: *Ass.Prof.*
Julide G. Yildirim

.....
Director / Secretary

Bilal Nuri Dond
Prof. Dr. Pedagog

.....
Director

(Print Name)

Date: 03.04.2017

(Print Name)

Date: 03.04.2017

EK 4: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Etik Kurul İzni



T.C.
IZMIR KATIP ÇELEBI ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700073112
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu
Kararı

17/10/2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Jülide Gülizar Yıldırım Duman

“Çocukluk Çağı Obezitesine Yönelik Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesinin Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenilirliği” adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Araştırmanın yapılacağı kurumdaki/kliniğin izin alınması koşulu ile çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurumumuzun 13.09.2017 tarihli ve 201 sayılı karar numarası ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmza

Doç. Dr. Orhan GOKALP
Etik Kurul Başkanı

<https://www.izmir.ku.edu.tr/etik-kurul/>

Adres : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi - Çiğli Anasayfa
Yatay Caddesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE

Bilgi İşleri Birimi : Etik Kurul - Mesaj
Telefon : 09 352 338333 (Genel)
Başvuru No : 09 352 338333
İnternet Adresi : www.izmir.ku.edu.tr



17.10.2017 tarih ve 1700073112 numaralı belge, 0270 sayılı Elektronik İmza Kanununun 3. maddesi gereğince Orhan Gokalp tarafından güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK 5: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ



00056145681

Sayı : 77597247/604.02
Konu : Jülide Gülizar Yıldırım DUMAN'
ın Araştırma İzni

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Neslihan ULUK' un Öğretim Üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Jülide Gülizar YILDIRIM DUMAN' ın danışmalığında "**Çocukluk Çağı Obezitesine Yönelik Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği**" konulu Yüksek Lisans Tezi araştırmasını 10.11.2017 - 31.12.2017 tarihleri arasında S.B.Ü. Tepecik EAH Çocuk Sağlığı Endokrinoloji Polikliniğinde uygulamak istemektedir. Çalışma Araştırma / Tez Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenerek uygun bulunmuş olup;
Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Mehmet ÖZKAN
Genel Sekreter V.

OLUR
.../.../2017
e-imzalıdır.
Dr. Yenal DUĞRAL
İl Sağlık Müdürü V.

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Faks No:02322469084

e-Posta:derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Tel:4443501-1204 Fax:2469084

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02324443501/1204

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2076894f-d8c8-4b31-905a-f965039ff2d6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6: İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877-604.01.02-E.18886476
Konu : Neslihan ULUK'un
Araştırma İzni

09/11/2017

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a)MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 22/08/2017 tarihli ve 355862610.06-E.12607291 sayılı yazısı (Genelge 2017/25)
b) Neslihan ULUK'un 30/10/2017 tarihli dilekçesi.

İzmir Katip Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halksağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Neslihan ULUK'un "Çocukluk Çağı Obezitesine Yönelik Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliği" konulu tez çalışması için kullanacağı ölçekleri, Müdürlüğümüz Bornova Özkanlar İlkokulu, Yahya Kemal Beyatlı İlkokulu, Menemen Egekent 2 İlkokulu, Menemen İmam Hatip Ortaokulu, Bayraklı Nedret İlhan Keten Ortaokulu'nda uygulama isteği ilgi (b) yazı ile belirtilmektedir.

Söz konusu ölçeklerin uygulanmasının, yukarıda adı geçen okullarda 2017-2018 Eğitim öğretim yılında eğitim öğretimi aksatmayacak ve eğitim kurumunu yöneticilerinin uygun gördüğü şekilde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Ömer YAHŞİ
Millî Eğitim Müdürü

Ek:
Araştırma Değerlendirme Formu,
Anket Formları (9 sayfa)

OLUR
09/11/2017
Ahmet Ali BARIŞ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Aslı ile Aynıdır
5070 sayılı yasa ile
elektronik olarak imzalanmıştır.
24. Kasım. 2017

Fevzi Paşa Mh. 452 Sk.No:15 Strateji Geliştirme Hizmetleri 1 Bölümü Konak/İZMİR
Elektronik Ağ: izmir.meb.gov.tr
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: N.GÜR
Tel: (0232) 2803631

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 23f6-38d0-3445-a4c9-99a7 kodu ile teyit edilebilir.

EK 7: Turnitin Rapor Sonucu

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 23/05/2018

Tez Konusu / Başlığı: ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNE YÖNELİK YAŞAM STİLİ DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 72 sayfalık kısmına ilişkin, 23/05/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 11'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- **Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,**
- 2- **Kaynakça hariç**
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- **5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç**

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen 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.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı: NESLİHAN ULUK

Öğrenci No: Y161213011

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI- HALK SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ

Programı: TEZLİ YÜKSEK LİSANS

Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Dr. Öğr. Üyesi Jülide Gülizar YILDIRIM DUMAN

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

EK 8: Uzman Görüşü Alınan Öğretim Üyeleri

- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Prof. Dr. Bumin Nuri DÜNDAR
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Prof. Dr. Yasemin TOKEM
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği, Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Doç. Dr. Melek ARDAHAN
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN
- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği, Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları, Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN
- Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA
- Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Dr. Öğr. Üyesi İlknur GÖL
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Öğrt. Gör. Dr. Zuhale EMLEK SERT
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Ar. Gör. Dr. Özüm ERKİN

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1993 doğumludur. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünü 2012 yılında kazandı. 2016 yılında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı.

Yüksek lisans eğitimini 2018 yılında bitiren araştırmacı, aynı yıl Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesine hemşire olarak atandı.

Araştırmacının ilgi alanları kronik hastalıklar, obezite, öz-yönetim, okul sağlığı hemşireliği, çocuk sağlığı hemşireliği, kanıta dayalı uygulamalar, davranış değişiminde motivasyonel görüşme teknikleridir. Bilgisayar kullanma becerileri olarak Windows XP, Office uygulamaları konusunda becerilere sahiptir. Araştırmacının ilgi duyduğu faaliyetlere yönelik eğitimlere (motivasyonel görüşme tekniği) katılım belgeleri bulunmaktadır.