

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**ÇOCUKLARIN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ
SAĞLIK DAVRANIŞI ETKİLEŞİM MODELİNE GÖRE
İNCELENMESİ**

MERYEM ÖZTÜRK

**DANIŞMAN
PROF. DR. SEMRA ERDOĞAN**


**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.


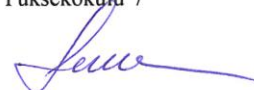


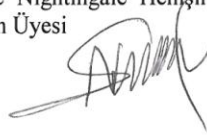
15 / 06 / 2010


Prof.Dr.Tamer DEMİRALP
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Meryem Öztürk
Tez Başlığı : Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 03 / 06 / 2010

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) _____ İmzası

- 1.Prof.Dr.Gülay Görak İstanbul Bilim Üniversitesi / Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi 
- 2.Prof.Dr.Semra Erdoğan (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
- 3.Prof.Dr.Nursen Nahcivan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
- 4.Doç.Dr.Muazzez Garipağaoğlu İ.Ü.Çocuk Sağlığı Enstitüsü Öğretim Üyesi 
- 5.Doç.Dr.M.Nihal Esin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Meryem Öztürk

İTHAF

Bu çalışmayı AİLEME ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalıŐmamda ilgi duyduğum bir alanda bana çalışma firsatı veren, araştırmanın planlanması, yürütölmesi ve yazım aŐamalarında değerli katkılarını ve ilgisini esirgemeyen danıŐmanım Sayın Prof. Dr. Semra ERDOğAN'a, tezimin planlanması ve yürütölmesinde katkı ve önerileriyle beni destekleyen hocalarım Sayın Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN'a, Prof. Dr. Sema KUğUOğLU'na ve Doç. Dr. Muazzez GARİPAğAOğLU'na, tezimin veri toplama aşamasında teknik ve manevi desteklerini esirgemeyen Zuhal ilköğretim Okulu, Hüseyin Avni Kurşun İlköğretim Okulu ve Hasdal İlköğretim Okulu'nun değerli yöneticilerine ve öğretmenlerine, çalışmaya katılan ÖğRENCİLERE ve AİLELERİNE, tez çalışmam süresince görüşlerini aldığım değerli hocalarıma, manevi desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK DAVRANIŞI ETKİLEŞİM MODELİ (SDEM)	3
2.1.1. Giriş.....	3
2.1.2. Modelin Araştırmalarda Kullanılması	4
2.1.3. Modelin Yapısı.....	7
2.1.4. Sağlık Davranışı Etkileşim Modelinin Bileşenleri.....	7
2.1.4.1. Bireysel Özellikler	7
2.1.4.2. Birey-Profesyonel Etkileşimi	13
2.1.4.3. Sağlık Sonucu.....	15
2.2. LİTERATÜR İNCELEME	16
2.2.1. Özgeçmiş Değişkenleri	16
2.2.1.1. Demografik Özellikler	16
2.2.1.2. Sosyal Etki	18
2.2.1.3. Sağlık Deneyimi.....	19
2.2.1.4. Çevresel Kaynaklar	20
2.2.2. Dinamik Değişkenler	22
2.2.2.1. İçsel Motivasyon (Beslenme Öz-yeterlik)	22
2.2.2.2. Bilişsel Değerlendirme (Sağlık Algısı)	23
2.2.2.3. Duyuşsal Yanıt (Beslenme Tutumu).....	24

2.2.3. Sağlık Sonucu	26
2.2.3.1. Beslenme Alışkanlığı ve BKİ.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	29
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	32
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	32
3.4. ÖRNEKLEM	32
3.5. ETİK KONULAR.....	33
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	34
3.7. SDEM'İN KAVRAMSAL TANILAMA SÜRECİ.....	35
3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	37
3.8.1. Bağımsız Değişkenler	37
3.8.2. Bağımlı Değişkenler	37
3.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	37
3.9.1. Aile Soru Formu- ASF (Ek-1)	37
3.9.2. Aile Ortamı Ölçeği- AOÖ (Ek - 2)	38
3.9.3. Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği- ÇBÖÖ[<i>Children's Dietary Self- Efficacy Scale-CDSS</i>] (Ek- 3A 3B).....	39
3.9.4. Sağlık Algısı Formu- SAF (Ek-4).....	40
3.9.5. Beslenme Tutum Ölçeği- BTÖ (Ek-5).....	40
3.9.6. Beslenme Davranış Ölçeği - BDÖ [<i>Food Behavior Scale-FBS</i>] (Ek- 6A 6B)	41
3.9.7. Antropometrik Ölçümler.....	42
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	43
4. BULGULAR.....	44
4.1. BESLENME ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ VE BESLENME DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ	44
4.2. ÇOCUKLARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ	45
4.2.1. Özgeçmiş Değişkenleri	45
4.2.2. Dinamik Değişkenler	49
4.3. ÇOCUKLARIN SAĞLIK SONUCU	50
4.4. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ	50
4.5. BAĞIMSIZ VE BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	52

4.6. ÇOCUKLARIN CİNSİYETİNE GÖRE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER İLE BESLENME ALIŞKANLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ	58
5. TARTIŞMA	63
5.1. BESLENME ALIŞKANLIĞINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI...66	
5.2. BEDEN KİTLE İNDEKSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	70
KAYNAKLAR	77
FORMLAR	93
ÖZGEÇMİŞ	108

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1:Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nin Bileşenleri, Bileşenleri Ölçen Değişkenler ve Ölçüm Araçları	31
Tablo 3-2: Okullara Göre Öğrencilerin Dağılımı	33
Tablo 3-3: Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	43
Tablo 4-1: Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri	45
Tablo 4-2: Öğrencilerin Aile Ortamı Ölçeği Puan Dağılımı	46
Tablo 4-3: Anne ve Babaların Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Dağılımı	46
Tablo 4-4: Ebeveyne Göre Ailenin Sağlık Durumu	47
Tablo 4-5: Ailenin Çevresel Kaynakları-SES Puanı Dağılımı	48
Tablo 4-6: Öğrencilerin Beslenme Özyeterlik, Tutum ve Sağlık Algısı Puan Dağılımları	49
Tablo 4-7: Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Dağılımı	50
Tablo 4-8: II.ve III. Düzey Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiler	51
Tablo 4-9: II. ve III. Düzey Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişkenlerle İlişkisi	53
Tablo 4-10: Çoklu Regresyon: Bağımsız Değişkenlerin Beslenme Alışkanlığına Etkisi	55
Tablo 4-11: Çoklu Regresyon: Bağımsız Değişkenlerin Çocukların BKİ Sonucuna Etkisi	57
Tablo 4-12: Çoklu Regresyon: Erkek Öğrencilerde Bağımsız Değişkenlerin Beslenme Alışkanlığına Etkisi.....	59
Tablo 4-13: Çoklu Regresyon: Kız Öğrencilerde Bağımsız Değişkenlerin Beslenme Alışkanlığına Etkisi.....	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli	6
Şekil 3-1: Metodolojik Araştırma Tasarımı	30
Şekil 4-1: Beslenme Alışkanlığı Modeli.....	56
Şekil 4-2: Beden Kitle İndeksi Modeli	57
Şekil 4-3: Erkek Öğrencilerin Beslenme Alışkanlığı Modeli.....	60
Şekil 4-4: Kız Öğrencilerin Beslenme Alışkanlığı Modeli.....	62

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AOÖ	:Aile Ortamı Ölçeği
ASF	:Aile Soru Formu
BDÖ	:Beslenme Davranış Ölçeği
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
BTÖ	:Beslenme Tutum Ölçeği
CATCH	:Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health
CDSS	:Children's Dietary Self-efficacy Scale
CVI	:Content Validity Index
ÇBÖÖ	:Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği
FBS	:Food Behavior Scale
HBQ	:Health Behavior Questionnaire
IMCHB	:Interaction Model of Client Health Behavior
İÖO	:İlköğretim Okulu
KGİ	:Kapsam Geçerlik İndeksi
KR 20	:Kuder Richardson 20
KVH	:Kardiyovasküler Hastalıklar
SAF	:Sağlık Algısı Formu
SDEM	:Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli
SES	:Sosyo-ekonomik Seviye

ÖZET

Öztürk, M. (2010). Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Metodolojik ve tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte tasarlanan bu çalışmanın amacı, okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıkları ve beden kitle indeksi (BKİ) sonuçlarını etkileyen faktörleri Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) kapsamında incelemektir. Ayrıca çocuk beslenme öz-yeterlik ölçeği ve beslenme davranış ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Araştırmanın verileri, Şubat-Haziran 2007 tarihleri arasında, İstanbul'da üç ilköğretim okulunun beşinci sınıfına devam eden 420 çocuk ve ebeveynlerinden elde edilmiştir.

Modelin bireysel özellikler bileşenine ilişkin bilgiler aile formu, aile ortamı ölçeği, çocuk beslenme öz-yeterlik ölçeği, çocuk beslenme tutum ölçeği ve sağlık algısı formu kullanılarak toplanmıştır. Sağlık sonucu bileşeni beslenme davranış ölçeği ve BKİ değerleri ile ölçülmüştür. Sağlık sonuçlarını etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi, karşılaştırmalı analizler ile hesaplanmıştır.

Model, tüm çocukların beslenme alışkanlıkları için varyansın % 22'ni açıklamıştır. Beslenme öz-yeterliği, beslenme tutumu ve cinsiyet beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkilemiştir. Kızlar için oluşturulan beslenme alışkanlığı modeli varyansın % 30'nu açıklamış, beslenme öz-yeterliği ve beslenme tutumu alışkanlığı etkileyen iki değişken olarak bulunmuştur. Erkekler için oluşturulan beslenme alışkanlığı modeli, varyansın % 13'nü açıklamış, alışkanlığı doğrudan etkileyen tek değişken olarak beslenme öz-yeterliği bulunmuştur. Öğrencilerin % 14,2'si hafif şişman ve % 7,7'si şişman bulunmuştur. BKİ modeli varyansın % 16'nı açıklamıştır. Ailedeki birey sayısı, ebeveynlerin evlilik durumu, anne-baba BKİ değerleri, ebeveyne göre çocuğun sağlık durumu ve ailenin sosyo-ekonomik seviyesi çocukların BKİ sonucunu doğrudan etkileyen değişkenler olmuştur. Bulgular çocukların beslenme alışkanlığı ve BKİ sonuçlarını açıklamak için SDEM'in kullanılmasını desteklemiştir.

Anahtar Kelimeler: çocuklar; beslenme alışkanlığı; beden kitle indeksi; Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli; hemşirelik

ABSTRACT

Ozturk, M. (2010). Evaluation of Children's Dietary Habits According to Interaction Model of Client Health Behavior. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health Nursing. Doctoral Thesis. Istanbul.

The aim of this methodological and descriptive-correlational study is to investigate the factors affecting school age children's dietary habits and body mass index (BMI) results according to Interaction Model of Client Health Behavior (IMCHB). In addition, the reliability and validity of the Turkish version of children's dietary self-efficacy scale and food behavior scale were also assessed. The data were obtained from 420 fifth grade children attending three primary schools in Istanbul and their parents between February-June 2007.

Data related to the client singularity element of the model was collected with family form, family environment scale, children's dietary self-efficacy scale, diet attitude scale and health perception form. The health outcome element was measured with food behavior scale and BMI values. The factors affecting the health outcomes were calculated by multiple regression analysis and comparative analyses.

The model accounted for 22 % of the variance in all children's diet habits. Diet self-efficacy, diet attitude and gender influenced diet directly. The dietary habit model for girls explained 30% of the variance, and the self-efficacy and attitude were two variables that affected the diet. The dietary habit model for boys accounted for 13 % of the variance and the only self-efficacy affected the diet directly. The 14.2 % of the students were found overweight and 7.7 % were found obese. The BMI model explained 16 % of the variance. The family size, parental marital status, parental BMI values, child health status according to parent and the socio-economic status were the factors that influenced children's BMI results directly. Findings supported to the use of IMCHB for explaining children's diet habits and BMI results.

Key Words: children; dietary habit; body mass index; Interaction Model of Client Health Behavior; nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyanın pek çok ülkesinde ölümlerin başlıca nedenlerini Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) oluşturmaktadır (American Heart Association, 2010). Kardiyovasküler Hastalıklar için değiştirilebilir risk faktörlerinin çoğu beslenme ile ilişkilidir (sigara içme, fiziksel aktivite, stres ve psikososyal faktörler dışında) (Wimbush ve Peters, 2000). Beslenme ile ilişkili risk faktörleri şişmanlık, bel çevresinin genişliği, hipertansiyon, dislipidemi ve kan-glikoz düzeyidir (Melanson, 2008). Beslenmeyle ilişkili alışkanlıklar çocukluk döneminde gelişerek yaşam boyu devam etmektedir (Branen ve Fletcher, 1999; Potts ve Mandelco, 2002; Manios ve ark. 2004). Çocukluk döneminde kazanılan beslenme alışkanlıklarını erişkin dönemde değiştirmek oldukça zordur (Wimbush ve Peters, 2000). Risk faktörlerini azaltan, sağlığı geliştiren beslenme alışkanlıklarının çocukluk döneminde kazandırılması erişkin dönemdeki KVH'ları ve ölüm oranlarını azaltmaktadır. Bu bağlamda çocukların yaşam boyu süren sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmalarını sağlayacak girişimlerin belirlenebilmesi için besin tüketimini etkileyen faktörlerin tanımlanması önceliklidir (Baranowski ve ark., 1999; Robinson ve Thomas, 2004).

Yüksek enerjili besin tüketiminin teşvik edildiği, fizik aktivitenin azaldığı bir çevrenin yaygınlaşması çocukların dengeli bir beslenme ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirme ve sürdürme olasılığını azalmaktadır. Çocukluk dönemindeki beslenme problemleri şişmanlığın gelişimini etkilemekle birlikte, başka hastalıklar için de risk oluşturmaktadır (Baranowski ve ark., 1999). Araştırmalar okul çağındaki çocukların önerilen miktarda meyve ve sebze tüketmediğini, buna karşın enerji, yağ ve tuz içeriği fazla olan hazır yiyecekleri, enerji içeceklerini, abur cuburu (atıştırılabilir) ise sık tükettiklerini belirtmiştir. (Gonzales ve ark. 2002; British Medical Association, 2005; Demory-Luce, 2005; Pérez ve ark., 2007; Scully ve ark., 2007). Türkiye'de ise çalışmalar çocukların önemli bir oranının kahvaltı yapmadığını, okulda sıklıkla simit ve bisküvi tükettiklerini (Oktar ve Şanlıer, 1999; Öztürk ve ark., 2004), bunun yanı sıra doymuş yağ, tuz ve kolesterolü fazla; meyve-sebze ve temel besin gruplarını önerilenden az tükettiklerini belirtmiştir (Baş ve ark., 2005; Öner ve ark., 2005). Bu anlamda bireysel, çevresel, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler çocukların beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir.

Bogalusa kalp çalışmasında son 20 yıl içinde çocuklarda şişmanlık oranının beş kat arttığı belirtilmiştir (Nicklas ve ark., 2003). Türkiye'de ise okul çağındaki çocuklarda

hafif şişman/şişmanlık oranları % 12- 16 olmakla birlikte; şehirde yaşayan, yüksek sosyo-ekonomik seviyedeki çocukların şişmanlık yönünden daha riskli oldukları belirtilmiştir (Manios ve ark., 2004; 2005; Sur ve ark., 2005; Simsek ve ark., 2008). Yanı sıra, genetik özellikler çocuklarda şişmanlık için önemli risk faktörüdür (Nicklas ve ark., 2003; Garipagaoglu ve ark., 2009). Diğer önemli risk faktörü ise beslenme alışkanlığıdır. Düşük kaliteli, tuzlu, şekerli, yağlı yiyecek ve şekerli/gazlı içecek tüketimi ile şişmanlık arasında ilişki vardır (Boumtje ve ark., 2005; Newby, 2007; Roseman ve ark., 2007). Halk sağlığı yaklaşımı ile çocuklara az tuzlu, az yağlı, bol meyve, bol sebze ve kompleks karbonhidratlardan oluşan sağlıklı bir beslenme alışkanlığının kazandırılması toplum sağlığının geliştirilmesi için gereklidir (British Medical Association, 2005).

Türkiye’de çocukların beslenme alışkanlıklarını davranışsal yönü ile derinlemesine inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hemşirelerin sağlığı geliştirme programları yapabilmeleri için güçlü bir kavramsal temele dayalı bilgiye gereksinimleri vardır. Hemşire araştırmacı Cox (1982), bireylerin kişisel farklılıklarını sistematik ve kapsamlı bir yapı içinde ele alarak, sağlık davranışlarını oluşturan pek çok faktörü test eden Interaction Model of Client Health Behavior (Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli) geliştirmiştir. Bu model, hemşireliğe dayalı, birey merkezli, bütüncül bir yaklaşımı içerir; sağlık davranışlarını açıklarken bireyin eşsizliğini (tek oluşunu) oluşturan özellikleri ve çevresindeki faktörleri bir bütün olarak ele alır (Farrand ve Cox, 1993). Modele göre, sonuç sağlık davranışı veya davranış sonucu ortaya çıkan durumdur. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) bireysel özelliklerin sağlık sonucunu nasıl etkilediğini incelemek için pek çok araştırmada kavramsal çerçeve olarak kullanıldığı gibi, okul çocuklarının sağlık davranışlarını açıklamak için de kullanılmıştır (Farrand ve Cox, 1993; Robinson ve Thomas, 2004). Bugünkü literatür bilgilerine göre, Türkiye’de bu modelin kullanıldığı araştırmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda araştırmacının amacı, Cox’un modelini kullanarak okul çağı çocukların beslenme alışkanlıklarını ve BKİ değerlerini etkileyen değişkenleri ortaya koymak ve değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamaktır. Bulguların beslenme sonuçlarını iyileştirmek için yapılacak girişimlere rehber olacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK DAVRANIŞI ETKİLEŞİM MODELİ (SDEM)

2.1.1. Giriş

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli [Interaction Model of Client Health Behavior (IMCHB)] Cox (1982; 2003) tarafından geliştirilmiş, hemşirelik temelli, birey merkezli, çevresel faktörlerle birlikte bireysel özellikleri inceleyerek sağlık davranışları hakkında son bilgilerin öğrenilmesine izin veren bütüncül bir sağlık davranış modelidir. Modelin temel amacı; (1) bireyin sağlık davranışıyla ilgili otonomisini, klinisyenlerin sağlık davranışını destekleyen etkileşim tarzını ve bireye özgü dinamik değişkenlerin sağlık sonucu üzerindeki etkisini tanımlamak; (2) araştırmalarda sağlık davranışlarını ve sonuçlarını etkileyen bireysel özellikler bileşeninin tanımlanmasına rehberlik etmek ve (3) tanımlanan bu değişkenleri hedef alarak girişimlerin planlanmasına öncülük etmektir. Modelin kavramsal çerçevesi, sağlık davranışını fiziksel, sosyal, bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve çevresel bileşenlerle birleştirmektedir. Cox'a (1982) göre hemşirelik mesleği, bakım alan bireylerin gereksinimleri ile hemşirelik girişimleri arasındaki ilişkiyi tanımlamamıştır. Hemşireler gelişmiş roller uyguladıkları halde, bakım alan kişinin bireysel özellikleri, bakım alan kişi ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki ve hemşirelik girişimlerine dayalı sağlık sonuçları araştırılmamış ve geçerliliği test edilmemiştir. Cox, birey (hasta) ile iletişimde hemşirelik rolünün geçerliği sağlandıktan sonra, birey merkezli bakımın başarılabilirliğini ileri sürmüştür (Mathews, 2008). Model klinisyen/ sağlık profesyoneli/ bakım vericiye sağlık sonucunu etkilemek için seçkin bir kavramsal rol verirken, hemşirelerin dikkatini geleneksel hastalık modellerden çok boyutlu sağlık modeline çekmektedir (Cox, 2003; Robinson ve Thomas, 2004).

Modelin bir çerçeve olarak kullanılması, sağlık davranışının/sonuçlarının psikolojik, çevresel ve sosyolojik belirleyicilerini ortaya koyan kapsamlı bir veri seti oluşmasını sağlar. Modelin özünde bireyin yeterince bilgilendirildiği, sağlık davranışları için bağımsız ve yetkin kararlar verdiği; sağlık davranışlarının bireysel özellikler (demografik/sosyo-davranışsal özellikler) ve birey-sağlık profesyoneli ilişkisinden etkilendiği kabul edilmektedir. Model "*bakım veren profesyoneller girişimleri kişinin (hastanın) bireysel özelliklerine göre planlarsa o kişinin sağlık sonuçları olumlu*

olacaktır” hipotezini savunmaktadır. Kısaca, olumlu sağlık sonucunu en üst düzeye çıkarmak için girişimler bireysel özellikler bileşeni dikkate alınarak yapılmalıdır.

Model, bireyin gereksinim ve duygularının davranışları etkilediğini kabul eder. Modelde Deci'nin Otonomi (*self-determination*) Modeli'ne dayalı otonomi (irade) ve yeterlik gibi doğuştan gelen gereksinimlere yer verilir. Bireyin iç ve dış kaynaklarının sağlık davranışları ile ilgili kararları etkilediği kabul edilir. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM), içsel motivasyon kavramını davranışın önemli bir belirleyicisi olarak kabul etmektedir. Sağlığı belirlemek ve sürdürmek için bireye, içsel ve dışsal çevrenin sınırları içinde, maksimum kontrol verilmelidir. Çünkü model olumlu sağlık davranışları için bireyin içsel sorumluluğu üzerine odaklanmaktadır. Bu düşünce boyutu sağlık problemi veya sağlığı geliştirmede bireyin kişisel sorumluluğu ve kontrolünün çok önemli olduğu durumlarda yararlı olacaktır. Bu modelin özü sağlık davranışları hakkında bağımsız, bilinçli ve yetkin seçimler yapabilen birey fikridir. Bu konuda sağlık profesyonelin karar verici rolü çok az ama öğretmen-danışman ve bilimsel rolü daha fazladır.

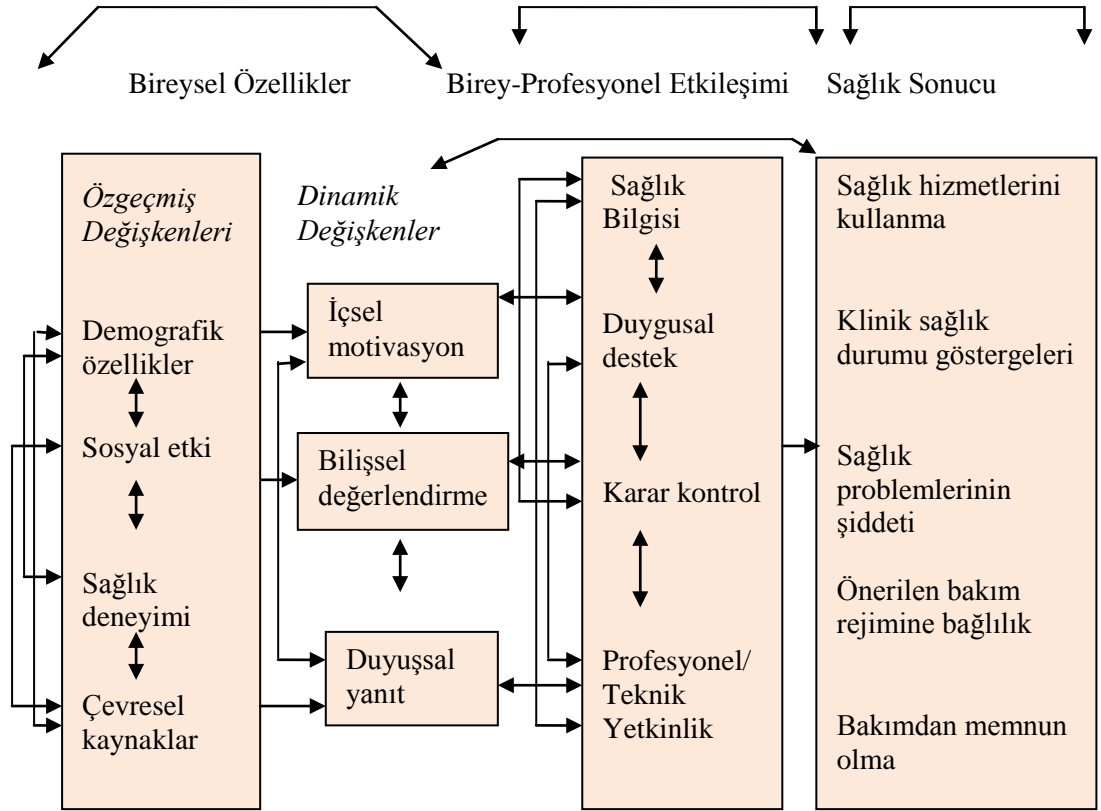
Modelde bir grup bileşenin diğer bileşene ortak etkisi çok yönlü nedensel bir geribildirim mekanizması ile gösterildiği için tekrarlar bulunmamaktadır. Model sağlık hizmetlerinin türünü sınırlandırmaz; genel klinikler, hastaneler, evde bakım merkezleri ve özel profesyonel uygulamaların hepsi sağlık hizmeti kapsamında ele alınır.

2.1.2. Modelin Araştırmalarda Kullanılması

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM), davranışla ilişkili sağlık sonuçlarının olası belirleyicisi olarak bireylerin demografik, sosyal ve psikolojik özelliklerinin tanımlanmasını esas almıştır. Bu nedenle bireysel özelliklerin sağlık sonucunu nasıl etkilediğini inceleyen pek çok araştırmada kavramsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Örneğin, çocukluk döneminde kanser tanısı alan ve iyileşen genç yetişkinlerin fiziksel aktivite durumları (Finnegan ve ark., 2007), hipertansiyonlu yaşlılarda fiziksel aktivite durumu (Lee ve Laffrey, 2006), kronik hastalıklı yetişkinlerin sağlık algıları (Finnegan ve ark., 2005), annelerin çocuğunun sağlığı hakkında karar verme süreçleri (Gross ve Howard, 2001), boşanmış kadınlarda kondom kullanımı (Marion ve Cox, 1996), metabolik hastalıklı çocuğu olan ailelerin yeniden çocuk sahibi olma kararı (Read, 2002), kanser tanısı aldıktan sonra iyileşen bireylerin ikinci kez kanserden korunma davranışları (Wilkins ve Woodgate, 2008), çocukluk çağı kanserlerinden kurtulan gençlerde sağlığı

koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler (Cox, 2003), meme kanserinde yaşam kalitesi (Leak ve ark., 2008) başlıklı çalışmalarda kullanılmıştır. Model aynı zamanda adölesanlarda saldırganlık (Di Napoli, 2003), ocukların sağlığı geliştirme davranışı (Farrand ve Cox, 1993) ve okul çağındaki çocukların sağlık davranışlarının (Robinson ve Thomas, 2004) incelendiği çalışmalarda da kullanılmıştır.

Modeldeki bazı kavramları ölçmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlar, yetişkinlerin sağlık davranışları için *motivasyon* (Carter ve Kulbok, 2002), bakım *memnuniyeti* (Bear ve Bowers, 1998), birey-hemşire *etkileşimi* (Bear ve Holcomb, 1999) riskli cinsel davranışlarda *otonomi* (Abel ve ark., 1998) kavramlarını ölçen araçlardır. Ayrıca, model orta yaşlı kadınların egzersiz ve yürüyüş programına devam etmeleri (Wilbur ve ark., 2003), üriner inkontinans bakımı (Dougherty ve ark., 1998), yüksek riskli grupta cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma (Marion, 2002) gibi önemli girişimsel çalışmalarda da kullanılmıştır.



Şekil 2-1: Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli

2.1.3. Modelin Yapısı

Model üç bileşenden oluşmaktadır; bireysel özellikler, birey-profesyonel etkileşimi ve sağlık sonucudur. Modelin kullanımı bu bileşenlerden sadece bir veya ikisinin ve bileşenlerin seçilmiş faktörlerinin test edilmesi ile sınırlandırılabilir. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) Şekil 2-1’de gösterilmiştir. Bu şekilde modelin temel (ana) bileşenleri ve sağlık davranışı ile bu bileşenlerin arasındaki ilişkiyi oluşturan faktörler tanımlanmaktadır.

Model aracılığı ile önerilen bu şekil,

- (a) Olumlu sağlık sonucu almak için bireysel özellikleri tanımayı,
- (b) Sağlık sonucunu tanımlarken birey-profesyonel etkileşimini oluşturan kavramları bilmeyi,
- (c) Gerekli sağlık bakımının ve birey odaklı hemşirelik girişimlerinin gelişimine rehberlik yapmayı savunmaktadır.

2.1.4. Sağlık Davranışı Etkileşim Modelinin Bileşenleri

2.1.4.1. Bireysel Özellikler

Bireysel özellikler, çalışmanın sonucuyla ilişkili olabilecek sosyal ve fizyolojik değişkenlerden (fiziksel, demografik, çevresel) oluşmaktadır. Bu bileşen iki farklı değişken setinden oluşur: (1) *özgeçmiş* değişkenler (cinsiyet, din, sağlık öyküsü) ve (2) *dinamik* değişkenler (motivasyon, bilgi, korku). Bireysel özellikler (bireyin tek oluşluğu) ifadesi her bireyin özgeçmiş değişkenleri, içsel motivasyon düzeyi, sağlık bakımı ile ilgili bilişsel değerlendirmesi (algısı) ve bu konudaki duyuşsal yanıtının başkalarından farklı olduğunu belirtmek için kullanılır. Modelde bu çoklu değişkenler bir diğeriyle etkileşir ve bu şekilde bireysel özellikler bileşeni tanımlanabilir. Bu değişkenler çok farklı kavramlarla tanımlanabilir ve değerlendirilebilirler. Sağlık profesyonelleri girişim planı belirlerken bireyin bu eşsizlik/ tek olma/ biriciklik durumunu ve çevresel özelliklerini dikkate almalıdır.

Özgeçmiş Değişkenleri

Özgeçmiş değişkenleri bireyin *demografik* özelliklerini, *sosyal grubunun* etkisini (kültür, din, akran etkisi, sosyal çevre, sosyal destek), *önceki sağlık deneyimlerini* (sağlık öyküsü, gelişimsel durum, objektif sağlık verileri) ve *çevresel kaynaklarını* (sağlık bakımına ulaşabilme, sağlık bakımına ulaşmadaki engeller, bireysel kaynaklar) kapsamaktadır; zamanla kolay değişmeyen, görece durağan değişkenlerdir. Bazı özgeçmiş değişkenleri zamanla değişebilir ama bu değişiklikler hemen göze çarpmayabilir.

Model özel bir sağlık davranışının oluşumunda bütün özgeçmiş değişkenlerinin eş zamanlı, birbirini sürekli etkileyen bir etkileşim gösterdiğini öne sürmektedir. Örneğin, bir bireyin sosyoekonomik durumu bazı sağlık davranışlarının belirleyicisi olan ekonomik kaynakların olması ve sosyal grubun olumlu etkisi ile birleşmiş durumdadır. Aynı şekilde, özgeçmiş değişkenleri sağlık davranışlarının oluşmasında her bireyi çok fazla etkiler. Örneğin, sosyal grubu koruyucu sağlık hizmetlerine değer veren ve ekonomik kaynakları olan biri bu hizmetlere hemen ulaşamazsa, hizmeti elde etmek için daha çok çaba harcar. Aynı zamanda bu değişkenler dinamik değişkenlerin açıklayıcısı olarak görev yaparlar. Örneğin, çocukluk çağı kanserinden kurtulmuş olan bir genç, ailesinin geliri sınırlı (demografik özellikler), sağlık sigortası yok (çevresel kaynaklar) ve yeni bir hastalık semptomu ortaya çıktığında en kötü şeyin olacağını düşünen ebeveynlere sahip (sosyal etki) ise devam eden tıbbi değerlendirmelere karşı olumsuz bakış açısı geliştirebilir (içsel motivasyon).

Birbiriyle ilişkili birden fazla değişkenin olması bir modeli kullanışsız yapabilir. Buna rağmen, SDEM araştırmalarla klinik uygulamalara rehber olması için geliştirildiği için, riskli davranışlar ve sağlığı geliştirmeye doğrudan ya da dolaylı ilişkili olan tüm önemli kavramları açıklamayı hedeflemiştir.

Bireyin dinamik değişkenlerini (bilişsel değerlendirme, motivasyon ve duyuşsal yanıt) ya da risklerini tanımlamada özgeçmiş değişkenleri çok önemli olduğu için girişimler özellikle onlara göre hazırlanır. Örneğin, eğer cinsiyet, kültürel ve etnik grup sağlık davranışları ya da dinamik değişkenler için güçlü bir belirleyici ise girişimler cinsiyete, kültüre ve etnik gruba göre düzenlenirse etkileri en üst düzeyde olacaktır. Sağlık sonucu bileşeni, bireysel özelliklerden hem özgeçmiş hem de dinamik değişkenleri etkileyebilecek bir geribildirim etkisi göstermektedir.

Dinamik Değişkenler

Dinamik değişkenler *içsel motivasyon, bilişsel değerlendirme ve duyuşsal yanıtı* kapsamaktadır. Bu değişkenler özgeçmiş değişkenlerine göre herhangi bir girişimden daha kolay etkilenebilmektedir.

İçsel motivasyon: Bireysel özellikler bileşeninin dinamik değişkenlerinden olan içsel motivasyon modelde bireyin sağlık davranışının açıklanmasına yardımcı olan temel bileşen olarak kabul edilmektedir (Cox, 1982). Sağlık davranışının sürdürülmesini sağlayan bir etken olarak tanımlanan içsel motivasyon kavramı, Deci'nin (1975; 1980) Otonomi Teorisine dayandırılmaktadır. Deci (1975; 1980) içsel motivasyonu, bir davranışın oluşmasında bireyin tercihleri, istekleri ile birlikte kişinin kendini yeterli (yetkin) ve otonom (iradeli-kendi kararını kendisinin vermesi) hissetme gereksinimi olarak tanımlar. Birey kendini yeterli ve otonom hissettiğinde fiziksel-psikolojik iyiliğin önkoşulu olan ödül duygusu (atmosferi) oluşur. Bu ödül duygusu davranışın sürdürülmesi için gerekli olan motivasyonu artırır (Kaynak: Cox 1982, p.88).

Otonomi (irade), bireyin duyguları, gereksinimleri ve düşünceleri doğrultusunda kendi davranışlarını seçebilme özgürlüğüdür. Kontrol ise bir aktivite ya da iş sürecinde başkaları için karar verirken başarılı olma durumudur. Bir işi başarmak, insanların kendilerini yeterli (yetkin) hissetmelerini sağlar. İnsanlar her zaman kontrollü olmak istemezler ancak kontrol altındayken bile kendi kararlarını kendileri vermek isterler. Benzer şekilde hastalar da anksiyeteleri fazlayken daha az kontrollü olmak isterler. Bu durum hastaların kendileriyle ilgili karar vermek istemedikler anlamına gelmez. Sağlık çalışanları hastalarına içsel ve dışsal çevrenin sınırlılıklarını anlatarak, onların gereksinimleriyle ilgili kararları verirken bilgilenmelerini sağlayabilir. Olumlu sağlık sonucu tanımlı birey ve sağlık profesyoneline göre farklı olabilir ancak seçim bireyin olmalıdır.

Davranışlarla ilgili iki genel sınıflama vardır: (1) Kişinin gereksinimine göre kendi iradesi ile karar verip yaptığı davranışlar, (2) Seçilmeyen-şartlı refleks davranışlar, ki bu davranışlar iki grupta toplanmaktadır: a) Otomatikleştirilmiş davranışlar: duruma göre tekrar programlanabilen davranışlar (sağlıklı beslenme alışkanlığının uygulanması gibi), b) Otomatik davranışlar: farkına varılmayan güdüler ve duygular tarafından harekete geçirilen davranışlar, birey güdülerini fark edinceye kadar bu davranışlar değişime direnç gösterirler (kontROLSÜZ yeme alışkanlığı gibi).

İçsel motivasyon düzeylerine göre kişilik özellikleri tanımlanmıştır. İçsel eğilimde, davranış-sonuç ilişkisi önemlidir ve birey çoğunlukla içsel motivasyonunu kullanır. Bu kişiler oldukça inatçıdırlar, ihtiyaçlarının ve duygularının farkındadırlar. Dışsal eğilimde, ödül-sonuç ilişkisi önemlidir ve birey dışsal ödülle sonuçlanan davranışlara odaklanmaktadır. Bu kişiler daha çok otomatikleşmiş tepki (yanıt) verirler ve içsel eğilimli birine göre otonomileri daha düşüktür. Kişilikle ilişkili olmayan eğilimde ise, etki-tepki ilişkisi önemlidir. Bu kişiler dışsal kontrollüdürler, kendilerinin karar verdikleri çok az davranış sergilerler ve amaca yönelik davranışlardan kaçınırlar. Bu kişiler genellikle ısrarcı ya da inatçı değillerdir, otonomileri ve yetkinlikleri yeterli değildir; duygu ve gereksinimlerinin farkında değillerdir (Cox, 1982).

İçsel motivasyona sahip kişiler bir işi tamamlamak için gereken aktiviteleri yapmaya istekli iken, tam tersi olarak dışsal motivasyona sahip kişiler somut bir hediye almak gibi dış güçler tarafından motive edilen davranışları yaparlar. İçsel motivasyon dışsal güçlerden çok içsel süreçlerden kaynaklanmaktadır. Kavramsal olarak bunun anlamı, içsel olarak motive olan bir kişi kendini gerçekleştirmek için içsel arzularını dışa vurur. Tam tersinde ise ödül almak ya da başkalarını memnun etmek için hareket edenlerin içsel motivasyonları ve davranışları arasında uyumsuzluk olabilir, bu da kendileri ve dışarıya yansıttıkları arasındaki farklılığı göstermektedir.

Çocuklarda içsel motivasyon gelişim sürecine bakacak olursak; pek çok çocuk için içsel motivasyonun dışsal motivasyona dönüşümünde verilen örnek okul öncesi dönemden ilkökula geçiş dönemidir. Çocuklar doğal olarak doğumdan başlayarak yeni bilgiler edinmek için çevrelerini merak eder, sorgular ve araştırırlar. Dil becerileri geliştikçe yeni bilgiler öğrenmek için içsel motivasyonlarını kullanarak sorularıyla çevrelerindeki yetişkinleri ve büyük çocukları bombardımana tutarlar. Hiçbir olgu içsel motivasyon kadar insan doğasının olumlu potansiyelini yansıtmaz. İçsel eğilim, değişiklikleri (yenilikleri) arayıp bulur, araştırmak ve öğrenmek için bireyin kapasitesini harekete geçirir ve artırır. Teorisyenler doğumdan itibaren çocukların en sağlıklı hallerinde, ödül olmasa bile aktif, meraklı, sorgulayan, neşeli olduklarını kabul etmektedir. İçsel motivasyonun yapısı sindirme, otorite, doğal merak ve yaşam boyunca canlılığın (ruhun) ve zevk almanın esas kaynağı olan sosyal ve bilişsel gelişim için gerekli olan merak ve keşfetmeye karşı olan doğal eğilimi tanımlar. İnsanların içsel motivasyon eğilimleri ile çok fazla donatılmış olduğu gerçeğine rağmen, içsel eğilimin destekleyici olmayan çeşitli durumlar tarafından kolayca sökülebileceği gibi artırılması

için destekleyici durumlara ihtiyaç duyduğu kanıtlanmıştır (Ryan ve Deci, 2000; Watts ve ark., 2004).

Deci ve ark. (1999) 128 araştırmayı inceledikleri bir meta analiz çalışması ile dışarıdan verilen ödülün içsel motivasyona etkisini ortaya koymaya çalışmışlardır. Tahmin edildiği gibi, şartlara göre planlanan ve tamamlanan ödüller serbest seçimli içsel motivasyonu azaltmaktadır. Olumlu geribildirim serbest seçimli davranışı ve kişisel ilgiyi geliştirmektedir. Maddi (somut) ödüllerin küçük yaşlardaki çocuklara daha fazla zarar verme eğilimi vardır ve sözel ödüllerin küçük çocuklarda içsel motivasyonu daha az geliştirici eğilimi vardır.

İçsel motivasyon davranışların açıklanmasında olduğu kadar girişimlerin geliştirilmesinde de görevlidir. Bu girişimler bireyin tercihlerini, kişisel kontrolünü, yetkin ve iradeli olma duygularını davranışların önemli etkenleri olarak kabul etmektedir. Model içsel motivasyonu bireye özgü bileşenlerdeki değişkenlerle ilişkilendirmiştir. Motivasyon duyuşsal yanıt ve bilişsel değerden etkilendiği kadar bireysel ve çevresel özelliklerden de etkilenmektedir.

Bilişsel değerlendirme: Bilişsel değerlendirme, bireyin gerçeklik algısına dayalı yanıttır. Modele bakıldığında, bilişsel değerlendirme, bireyin mevcut sağlık durumu ile ilgili algısını, sağlığını etkileyen davranışları, sağlık hizmeti verenlerle ilişkisini, hastanın hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi, inanç, tutumunu açıklamaktadır. Sağlık ve hastalık iyilik halinin sadece genel bilişsel tanımlaması değildir aynı zamanda bireyin benlik kavramını, inanç sistemini, sosyal ve iş durumunu, değerlerini, sorumluluklarını ve duygusal durumunu ilgilendirir.

Model, kişinin durumuyla ilgili algısının davranışları için belirleyici olduğunu ve davranışın öncelikle çevreye değil, bireye dayalı olduğunu vurgulamaktadır. Diğer bir deyişle, bireyin kendi gerçeklik algısına göre davrandığını destekler. Özgüven algısı, inanç, tutum gibi kişisel özellikler algıyı ya da sağlık problemlerine bakışı etkiler. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM), özgeçmiş değişkenlerinin de bireyin bilişsel değerlendirmesi üzerinde doğrudan etkisi olduğunu savunmaktadır. Örneğin, kişi koruyucu diş bakımına önem veriyorsa, bu bilişsel algı ekonomik kaynaklarını kullanma davranışlarını da etkileyecektir. Bu anlamda model, bireyin bilişsel ifadesi doğrultusunda sağlık algısını ve sağlık davranışlarını geliştirecek girişimler için teorik bir temel hazırlar.

Bilişsel algı duyuşsal canlanmaya (yanıt) neden olabilir. Örneğin, eğer bireyin pelvik muayene hakkında olumsuz bir algısı varsa bu korku ve ağrıya (duyuşsal yanıt) neden olabilir ve yıllık önerilen pap smear uygulamasına engel olabilir. Önemlilik algısının artması ile bireyin duyuşsal yanıt düzeyinin yükseldiği belirtilmektedir. Problemin ciddiyetinin göz ardı edilmesi duyuşsal yanıtın artmasından kaynaklanabilir; sağlık probleminin önemini reddeden bir birey problemin çözümü veya değişimi için uygun olan davranışları yapmaz (Cox, 1982).

Duyuşsal yanıt: Duyuşsal yanıt, duygulara dayalı tepkilerdir ve bu duygular davranışa karar vermeye yardımcı olur. Duyuşsal yanıt kavramı literatürde “stres” konusu altında bahsedilmektedir. Stres değişik biçimlerde tanımlanmakla birlikte genel olarak, olumsuz duyguların hissedilmesine neden olan durum olarak tanımlanır. Korku, anksiyete, öfke, üzüntü, sevinç ve kararsızlık diğer bilişsel değişkenlerden bağımsız olarak davranışların güçlü belirleyicisi olabilirler. Duyuşsal yanıtlar davranışları oluşturur ve güdüler. Bilişsel süreçler sıklıkla duyuşsal yanıtı harekete geçirir. Duygular bilişsel aktiviteyi engelleyebilir ya da yardımcı olabilir. Örneğin, rektal muayene koruyucu bakım için gerekli bir tanılama yöntemidir. Buna rağmen bu önlem bilişsel olarak olumsuz algılanırsa, korku test yaptırmayı engelleyebilir. Sağlıkla ilgili duyuşsal yanıtı şekillendiren durumlar bireyin sosyo- kültürel özellikleri, kişisel özellikleri, motivasyonu, beklentileri, inanç ve değer sistemi, entellektüel kapasitesi ve geçmiş deneyimleridir. Bireylerin duygusal durumları için başvurduğu uyum mekanizmaları farklıdır. Bir kişi olumsuz duygusunu azaltmak için daha fazla bilgi edinmeyi tercih ederken başka biri rahatsızlığını azaltmak için inkar yöntemini kullanabilir. Yetişkinlerde sağlıkla ilgili konularda korku ve anksiyete düzeyi duyuşsal yanıtın belirlenmesinde uygun belirleyiciler olabilir. Bununla birlikte, korku çocukların beslenme davranışlarını belirlemek için duygusal yanıtın belirleyicisi olamaz. Çocukların besin tercihleri (tutumları), beslenme biçimlerinin önemli belirleyicisidir.

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, bilişsel algı ve duyuşsal yanıtın aynı özden (önceki deneyim, seçilmiş demografik özellikler, sosyal etki) türemesine rağmen, ayrı değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir, çünkü davranış üzerindeki etkileri farklıdır. İki kişinin bir sağlık problemi için benzer bilişsel algısı olsa bile davranış yanıtlarının aynı olması beklenmemelidir. Yanı sıra, sağlık girişimlerinin bu iki davranış belirleyicisi üzerindeki etkisi de farklıdır.

Motivasyon ve duyuşsal yanıt arasındaki farklılara ve benzerliklere bakacak olursak, motivasyon bireyin hafıza ve fizyolojisine bağılıdır ve insan gereksinimlerinden oluşur. Bu gereksinimler herhangi bir uyarın olmaksızın bireyin durumu fark etmesini, (acıkmaya yiyecekleri görmeden olur) sağlar. Duyuşsal yanıt ya da duygular ise tam tersine bir uyarın sonucu ortaya çıkar; birey bir uyarın olmaksızın durumu fark edemez. Motivasyon/güdüler bireyin hedefler oluşturmasını ve bu hedeflere ulaştıran davranışları yapmasını sağlayan geleceğe odaklı bilişsel göstergelerdir. Duygu bir güdü değildir ama güdüler genellikle duygulardan sonra oluşur. Böylece duyuşsal yanıt özel bir davranışı güdülemeyen bilişsel bir değeri harekete geçirebilir, bir davranışı özellikle yöneten bir güdünün oluşmasına neden olabilir (Cox, 1982).

Dinamik değışkenlerin her biri birbirlerini etkiler. Tutum, bilgi ve inançlar (bilişsel değerlendirme) motivasyon ve duygulara (duyuşsal yanıt) katkı sağlarken benzer şekilde, duygular da motivasyonu ve inançları etkileyebilir. Bu bileşenlerin hepsi bilişsel temelli olmalarına rağmen model her birinin davranış üzerindeki etkisinin farklı olduğunu ileri sürmektedir. Model daha uygun girişimlerin geliştirilebilmesi için her kavramı kavramsal olarak tanımlar ve ayırır. Bunun yanı sıra, dinamik değışkenler (içsel motivasyon, duyuşsal yanıt, bilişsel değerlendirme) ile birey- profesyonel etkileşimi bileşeni arasında karşılıklı bir ilişki vardır (Cox,1982; 2003).

2.1.4.2. Birey-Profesyonel Etkileşimi

Modelin diğeri büyük bileşeni birey-profesyonel etkileşimidir. Cox birey, sağlık personeli ve sağlık sonucu arasında tek yönlü ilişki yerine bireysel özellikler bileşeni, etkileşim ve sağlık sonucu arasında çift yönlü ilişkiyi desteklemektedir. Cox'a göre birey (hasta) - sağlık profesyoneli ilişkisinin sağlık sonucu üzerinde çok büyük bir etkisi vardır. Bu bileşenin dört (4) aşaması vardır. Her aşamanın gücü bireysel özellikler bileşeni ve sağlık gereksinimlerine göre değışebilmektedir. Bileşenin aşamaları şöyledir: sağlık bilgisi, duygusal destek, karar kontrol ve profesyonel- teknik yetkinlik.

Sağlık Bilgisi: Bilgi, birey- sağlık profesyoneli ilişkisinde güç olarak görülebilir. Sağlık profesyonelleri hedeflenen amaçlara ulaşmak için bilgiyi kullanarak hastanın yeterliliğini arttırabilirler ve böylece tedavinin başarılı olmasını sağlayabilirler. Bilginin

miktarı çok az ya da çok fazla değilse hasta için yararlı olabilir ve bu bilgiyi kullanabilir. Hasta eğitim ilkelerini bilmek hemşirenin güçlü yönü olmalıdır.

Duygusal Destek: Duygusal destek, duygusal canlılık bakımından hastayı aynı düzeyde tutmaktır. Cox hastaya duygusal destek vermemenin ya da çok fazla vermenin hastayı ihmal etmek olduğunu, bu durumda hastanın kendini geri çekebileceğini ve memnuniyetsiz olacağını belirtmiştir. Bu kategori ile bireysel özellikler bileşeni arasındaki ilişki yapboz'a benzemektedir. Örneğin, hastanın duyuşsal yanıtı hastalıkla ilgili bilişsel değerlendirmesini etkiliyorsa, sağlık profesyoneli hastanın bilgi düzeyini arttırarak ona yardımcı olmalıdır. Bu terapötik ilişki hemşireliğin özüdür.

Karar Kontrol: Karar kontrol sağlık profesyonelinin hastanın kendi sağlığıyla ilgili kararlara katılma fırsatı vermesidir. Sağlık profesyonelleri hastalara yeterince yararlı bilgi vermeyerek ya da zorlayıcı yöntemler kullanarak hastanın kontrol duygusunu sınırlandırabilirler. Bu nedenle hastanın yeterlilik duygusu, otonomisi, sağlığıyla ilgili sorumluluk hissi azalabilir. Karar kontrolüne sahip hastaların sağlık davranışlarına katılma oranları daha yüksektir. Bunun yanı sıra hasta, onun adına sağlık personelinin seçim yapmasına izin vererek karar kontrolü yapmış olabilir. Bireysel özellikler bileşeni karar kontrolü değiştirebilir. Bilgi yetersizliği nedeniyle hastanın bilişsel algısı uygunsuz ise, karar kontrolü sınırlandırılır. Bu nedenle Cox, karar kontrolünün bireysel özellikler bileşenine dayalı olması gerektiğini önermektedir.

Profesyonel - Teknik Yetkinlik (Yeterlik): Profesyonel ve teknik yetkinlik, sağlık profesyonellerinin hastanın bireysel özelliklerine uygun olarak ve hastanın sağlık problemleri ışığında gereksinimlerini değerlendirerek hastayla etkileşim sağlayabilmesidir. Cox, sağlık profesyonelinin teknik becerilerine bağımlı olan hastalara odaklanmıştır. Pek çok hasta profesyonellerin becerilerine bağımlıdır (intravenöz ilaçların uygulanması gibi). Bu becerilerde hastanın karar kontrolü çok azdır. Profesyonellerin teknik becerilerine bağımlılık azaldıkça hastanın becerilerinde karar kontrolünün artmasına önem verilmelidir. Karar kontrol ile duygusal destek ve sağlık bilgisi arasında güçlü ilişki vardır. Sağlık profesyonelleri hastaların otonomilerini güçlendirerek, onların sağlık davranışlarıyla ilgili farkındalık düzeylerinin artmasına, sağlıklarıyla ilgili karar almalarında önemli yere sahip olan öz yetkinliklerinin

güçlenmesine, sağlık davranışları ve sonuçları arasındaki ilişkiyi görmelerine ve sağlıklarıyla ilgili neyi değiştirip değiştiremeyeceklerini anlamalarına yardımcı olabilirler. Hastanın otonomisinin güçlendirilmesi (desteklenmesi) yaklaşımı, hastanın öz-yetkinlik duygusunun güçlenmesine ve sağlık davranışıyla ilgili sorumluluğu içselleştirmesine katkı sağlar. Hasta-profesyonel etkileşimi hastanın profiline göre gelişir. Hastanın ne bildiği, neye inandığı ve duygusal durumu, sağlık bilgisi verirken ya da duygusal destek sağlarken önemli etkenlerdendir. Hastalar tedavi ve hastalıklarıyla ilgili yeterlilikleri hakkında sürekli olarak ipucu verirler. Hastanın süreçle ya da herhangi bir sorunla ilgili bilgi istemesi ve soru sormaya başlaması, kendi bakımında aktif rol almak isteyip istemediğinin ve kendisiyle ilgili karar verebilecek yeterlilikte hissedip hissetmediğinin net göstergesidir (Cox, 1982).

2.1.4.3. Sağlık Sonucu

Modelde sonuç/bağımlı değişken, sağlık davranışı veya bir davranışın sonucunda ortaya çıkan sağlık durumudur. Yanı sıra, sonuç araştırma ya da bakımın amacına bağlı olarak değişmektedir (Cox, 1982). Modelde sağlık sonucu olarak beş ayrı kategori yer almaktadır. Bunlar: (1) sağlık hizmetlerini kullanma, (2) klinik sağlık durumu göstergeleri, (3) sağlık problemlerinin şiddeti, (4) önerilen bakım rejimine bağlılık, (5) bakımdan memnun olma. Sağlık hizmetlerinin kullanımından kastedilen sağlığı geliştirme davranışı olarak sağlık kaynaklarının kullanımınıdır. Sağlık durumu göstergeleri sağlık sonucu anlamına gelmektedir (kişisel ve objektif sağlık bilgisi ya da laboratuvar verileri gibi). Sağlık probleminin şiddeti hastalığın ya da tedavinin sonucuna bağlıdır. Önerilen bakım rejimine bağlılık, olumlu sağlık sonuçlarının sürdürülmesinde gerekli olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bakımdan memnuniyet, davranışsal bir ölçüm olamaz ama sonraki davranışların habercisi olabilir (Cox, 2003). Bu kategorilerin farklı amaçlar için farklı yararları vardır, çok nadir olarak bir araştırmada birden çok kategori incelenmiştir. Her bir sonuç kategorisi araştırmanın amacına göre farklılık göstermektedir. Örneğin, koruyucu bakımda klinik kullanımı olumlu bir sağlık davranışı olarak değerlendirilirken, amaç öz bakım yeteneğini arttırmak olduğunda olumsuz sağlık davranışı olarak değerlendirilebilecektir. Özetle, modelde olumlu sağlık davranışı bireyin sağlığını sürdürmesi ya da geliştirmesiyle ilgili durumlardır. Olumsuz

sağlık davranışı ise bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı için kendini gerçekleştirme kapasitesinin düştüğü ve bireyin risk altında olduğu durumlardır.

Bireysel özellikler bileşeni ve hastayla bakım verenin ilişkisi, hastanın sağlık bilgisini nasıl kullanacağına önemli bir yer tutar. Sağlık sonucu ve bireysel özellikler bileşeni arasındaki etkileşim bir geribildirim mekanizması ile desteklenmektedir. Bu ilişki hemen kanıtlanmayabilir ama zamanla bireyin özgeçmiş ve dinamik değişkenleri bu geribildirim mekanizmasından etkilenebilir (Cox, 1982, 2003).

2.2. LİTERATÜR İNCELEME

Okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıkları ve BKİ değerlerini etkileyen değişkenlerin tanımlanması ile çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmaları ve sürdürmelerini sağlayacak etkili hemşirelik girişimlerinin planlanması kolaylaşmaktadır. Bu çalışmada çocukların beslenme alışkanlıklarını ve BKİ değerlerini açıklamak için SDEM kavramsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Cox, araştırmalarda modelin seçilmiş bileşenlerinin kullanılabilirliğini belirtmiştir. Modeli kavramsal çerçeve olarak kullanarak okul çağındaki çocukların sağlık davranışlarını inceleyen önceki iki çalışma (Farrand ve Cox, 1993; Robinson ve Thomas, 2004) bireysel özellikler ve sağlık sonucu bileşenlerini kullanmış ve çocuklar için kullanılabilirliğini ortaya koymuşlardır. Bu nedenle konuya ilişkin literatür incelemesi modelin bu iki bileşenine göre düzenlenmiştir: bireysel özellikler bileşeninin özgeçmiş değişkenlerinden demografik özellikler, sosyal etki, sağlık deneyimi, çevresel kaynaklar; dinamik değişkenlerden içsel motivasyon, bilişsel değerlendirme, duyuşsal yanıt ve sağlık sonucu bileşeni.

2.2.1. Özgeçmiş Değişkenleri

2.2.1.1. Demografik Özellikler

Çocukların ve gençlerin beslenme alışkanlığını etkileyen önemli belirleyicilerden biri cinsiyettir. Araştırmalar okul çağındaki kız çocukların meyve, sebze, lifli yiyecekler ve diğer sağlıklı besinleri; erkekler çocukların ise enerji içeriği fazla olan yağlı, şekerli yiyecekleri, işlenmiş et ve yumurtayı daha fazla tükettiği

belirtmiştir (Reynolds, Baranowski ve ark., 1999a; Macaux, 2001; Lien ve ark., 2001; Nicklas ve ark., 2001; Robinson ve Thomas, 2004; Cooke ve Wardle, 2005; Scully, 2007; Caine-Bish ve Scheule, 2009). Kaynaklar besin tüketimindeki cinsiyet farklılığını, kız çocukların kilo kontrolü için enerji içeriği zengin yiyecekleri daha az tüketmesi; erkek çocukların meyve ve sebze için enerji gereksinimlerinin daha fazla olması nedeniyle enerji içeriği zengin besinleri daha çok tercih etmeleri ve beslenme tercihlerinin belirleyici olan reklamların erkek çocukları daha fazla etkilemesi ile açıklamaktadır (Bellisle ve ark., 2000; Erenoğlu ve ark., 2006; Magkos ve ark., 2006; Bere ve ark., 2007; Chernin, 2008). Okul çağındaki çocukların besin tüketimindeki cinsiyete dayalı farklılık gençlik döneminde de devam ederek sürmektedir. Wardle ve ark. (2004) 23 ülkede üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada kız öğrencilerin erkeklere göre daha az yağlı/ tuzlu, daha fazla sebze/ lifli yiyecekler yediğini ve sağlıklı beslenmeye daha fazla önem verdiklerini belirtmiştir. Besin seçimindeki cinsiyet farklılığının nedeni kızların kilo kontrolüne dikkat etmesi ve sağlıklı beslenme için güçlü bir sağlık inancına sahip olmalarıdır. Türkiye’de yapılan başka bir çalışma üniversite öğrencilerinin çocukluk dönemindeki besin tüketimi ile gençlik dönemindeki besin tüketimi arasında olumlu bir ilişki olduğunu, çocukluk döneminde kızların daha fazla süt ve sebze; erkeklerin daha fazla ekmek, yumurta tükettiklerini belirtilmiştir (Unusan, 2006a).

Çocuklarda beslenme alışkanlığını etkileyen diğer etken yaştır. Yaşın artması ile çocuklar daha fazla sayıda yiyecek tüketirler, diyetleri çeşitlenir ve yeme davranışları oturur (dengelenir). İlkokuldan ortaokula geçilen yıllarda ya da puberteye geçiş döneminde çocukların besin tercihleri/tüketimi değişmektedir. Bu yaş dönemindeki çocukların ev dışında bağımsız olarak yemek yeme ve yiyeceklerle ilgili otonomilerinin artması beslenme alışkanlığının değişmesini etkilemektedir (Ton Nu ve ark., 1996; Cooke ve Wardle, 2005). Caine-Bish ve Scheule (2009) okul çağındaki erkek öğrencilerin yaşları ilerledikçe (ortaokul, lise) hayvansal kaynaklı besinleri daha fazla tükettiğini, buna karşın kız öğrencilerin nişastalı, şekerli ve hazır yiyecekleri (fast food) daha az tükettiğini belirtmiştir.

Beslenme alışkanlığını etkileyen diğer demografik değişkenler ailesel faktörlerdir (ailedeki kişi sayısı, ebeveynlerin evlilik durumu). Çalışmalar ailedeki kişi sayısının az olmasının, ailede tek çocuk olmanın ve tek ebeveyn ile yaşamının çocukların beslenme alışkanlıklarını etkilediğini ve şişmanlık riskini arttığını bildirmiştir (Strauss ve Knight, 1999; Padez ve ark., 2005).

2.2.1.2. Sosyal Etki

Çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemelerini etkileyen sosyal etkenlerden en önemlisi ailedir. Ebeveynlerin beslenme biçimi (bilgi, tutum, davranış), çocuklarını besleme biçimi (yemeye teşvik etme, yemesi için ödül verme, yiyecek kısıtlama) ve çocuk yetiştirme tarzından oluşan aile özellikleri çocukların beslenme özellikleri (yiyecek tercihi, davranış, tutum, inanç, algı), özsaygı ve beden imajlarının oluşumunda etkilidir (Fisher ve Birch, 1999; Davison ve Birch 2001; Cooke, 2004; Golan ve Crow, 2004).

Ayala ve ark. (2007) okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıkları ile aile değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada sağlıklı beslenme için aileden destek gören çocukların daha az abur cubur (atıştırılmalık), daha fazla lifli yiyecek tükettiğini, çocuklarının televizyonda gördüğü yiyecekleri satın alan ailelerin çocuklarının daha fazla abur cubur (atıştırılmalık) ve yağlı yiyecek tükettiğini belirtmiştir.

Ebeveynler sadece yiyecek satın alarak değil, olumlu rol model olarak da çocuklarının beslenme alışkanlıklarını iyileştirebilirler (Cutting ve ark., 1999; Brown ve Ogden, 2004). Lazarou ve ark. (2008) çocukların beslenmeyle ilgili inanç ve alışkanlıklarının ailenin beslenme alışkanlıkları ve beslenme kalitesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Yağlı yiyecekleri daha fazla tüketen ailelerin çocukları daha fazla yağlı yiyecek (Oliveria ve ark., 1992), meyve ve sebze yiyecekleri daha fazla tüketen ailelerin çocukları daha çok meyve ve sebze (Fisher ve ark., 2002; Cooke ve ark., 2003), abur cuburu fazla tüketen ailelerin çocukları daha fazla abur cubur tüketmektedir. Ebeveynlerin ve çocukların beslenme biçimindeki bu benzerlikler, yeme motivasyonu ve vücutlarından memnun olmama durumu için de geçerlidir (Brown ve Ogden, 2004).

Ebeveynler aynı zamanda ebeveynlik becerileri ile çocuklarının beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. Çocukların yiyeceklerini aşırı kontrol etmenin, yiyecekleri ödül olarak kullanmanın ve gereğinden fazla/ yoğun beslenme bilgisi vermenin beslenme alışkanlığı üzerinde olumsuz etkisi vardır. Çocukların besin tercihlerinde ebeveynlerin kendi besin tercihleri çok etkilidir, aile olarak birlikte yemek yeme ebeveynlere çocukları için iyi bir model olma fırsatı verir. Ailenin düzenli yemek saatlerinin olması sosyal etkileşimin gelişmesini ve besinlerle sağlıklı bir ilişki oluşmasını sağlar. Ailesiyle yemek yiyen çocukların daha fazla meyve, sebze, proteinli, lifli, tahıllı, vitamin ve mineralden zengin yiyecekler, daha az kızarmış/ yağlı yiyecekler

ve gazlı içecekler tükettiği belirtilmiştir (Gillman ve ark. 2000; Neumark- Sztainer, Hanan ve ark. 2003b; Melanson, 2008; Scaglioni, 2008). Bunun yanı sıra ev içinde yaratılan olumlu aile etkileşimi çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişiminde önemli rol oynarken (Rhee, 2008), ailelerin sürekli çocukların çevresinde olması kilo problemlerin önlenmesinde ve tedavisinde onlara anahtar bir rol vermektedir (Golan ve Crow, 2004).

2.2.1.3. Sağlık Deneyimi

Sağlık deneyimi, ebeveynlerin kendi sağlık durumu ve çocuğunun sağlık durumuyla ilgili algısını ifade etmektedir. Çocuklar için sağlık ve hastalık kavramlarının anlamı karmaşık olmakla birlikte bu kavramlar yavaş gelişen bir süreçte oluşmaktadır. Bu sürecinin oluşumunda, çocuğun kendisinin ve aile bireylerinin akut ya da kronik hastalıkları nedeniyle yaşanan deneyimler etkili olmaktadır (Farrand, 1991). Kronik bir hastalıkla yaşamak çocuklar ve aileler için belirsiz ve kontrol edilemeyen durumlar ve özgürlüğün kısıtlandığı çeşitli stresörlerle baş etmeyi gerektirmektedir. Hastalığın tedavisi için sağlık hizmetleriyle tanışan çocuğun, bu süreçte yaşadığı deneyimler anksiyete ve uyum düzeyini etkilerken onun sağlık algısını açıklamasına da yardımcı olur. Çocuğun sağlık algısı stresi düzenlemesinde, problemleri yönetmesinde ve olumlu sağlık davranışı sergilemesinde önemli bir yere sahiptir (Grootenhuis ve Last, 2001).

Çocukluk döneminde akut ya da kronik bir hastalık nedeni ile hastanede kalma çeşitli korkuların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu korkuların nedeni aileden ayrılma, alışılmadık bir çevrede olma, hastanede uzun süre kalma endişesi, tedaviler/ uygulamalar (enjeksiyon, kan testleri), sağlığı hakkında kötü haberler alma endişesi, kendisiyle ilgili kararları verememe olarak belirtilirken (Coyne, 2006); yaşı daha küçük, hastalığı daha ağır olan, daha fazla invazif girişime maruz kalan çocukların daha fazla korku yaşadıkları, sağlıklarıyla ilgili kontrol duygularının azaldığı, taburculuktan sonra 6 ay boyunca posttravmatik stres yanıtlarının devam ettiği belirtilmiştir (Rennick ve ark., 2002).

Çocukluk döneminde sağlık hizmetleriyle ilgili oluşan tutumlar, yetişkinlik dönemindeki davranışları etkilemektedir. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan ağrı, korku ve stres deneyimleri yetişkinlik döneminde sağlık hizmetlerinden uzak durmaya ve sağlık hizmetlerine karşı olumsuz tutumların güçlenmesine neden olmaktadır. Çocukluk döneminde dış tedavisi sürecinde ağrı ve buna bağlı olarak yoğun anksiyete yaşayanların ileri ki yaşamlarında daha düzensiz dış tedavisine gittiği ve tedaviden

kaçındığı belirtilmiştir (Peterson, 2002). Tam tersi olarak, çocuklukta yaşanan olumlu sağlık deneyimleri yetişkinlikte daha az korku yaşanmasına ve daha fazla olumlu davranışın sergilenmesine neden olmaktadır (Pate ve ark., 1996).

Literatürde çeşitli hastalıklar, tıbbi müdahaleler nedeniyle çocukların yaşadığı ağrı, korku, anksiyete düzeyini belirlemek ve olumsuz deneyimlerin yaşanmasını engelleyecek girişimleri uygulamak amacıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Wollin ve ark. (2004) çocukların (5-12 yaş) ameliyat öncesi en önemli anksiyete ve korku nedenini anestezi maddesinin enjektör ile verilmesi, ameliyat sonrası ağrı yaşayacak olma, işlem odasında tanımadığı pek çok insanın olması olarak belirtilmiştir. Hemşire ve doktorların çocuklarla arkadaşça konuşması hem çocuklar hem de aileler tarafından anksiyetenin azalmasında etkili bir yöntem olarak belirtilmiştir. Li ve Lopez (2006) çocukların ameliyata olan duyuşsal yanıtlarını çok boyutlu bir yaklaşımla (psikolojik, çocukların kendi raporları ve davranış gözlemi) inceledikleri araştırmada, çocukların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin oldukça yüksek, kalp atımlarının daha hızlı ve arter kan basınçlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte çocukları ameliyata hazırlamak için kullanılan törepatik oyunlar ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin azalmasına neden olmuştur (Li ve Lopez, 2008).

Bloch ve Toker (2008) okul öncesi dönemdeki çocukların hastane korkularına etkisini değerlendirmek için “oyuncak ayı hastanesi” yöntemini test etmişlerdir. Çalışmada araştırma öncesi gruplar arasında fark bulunmazken uygulamadan sonra oyuncak ayı hastane yöntemindeki çocukların anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

2.2.1.4. Çevresel Kaynaklar

Çevresel kaynaklar, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve ailenin ekonomik güçlük algısı gibi sosyoekonomik seviye (SES) göstergelerini ifade eder. Genel anlamda bu göstergeler çocuğun kişisel dünyasındaki sosyal, çevresel, eğitim ve ekonomik kaynakların hepsinin toplam etkisini yansıtmaktadır. Kaynakların olması bireyin sağlık algısı ve sağlıkla ilgili davranışlarını etkiler (Robinson ve Thomas, 2004).

Ailenin sosyoekonomik durumu çocukların sağlık davranışlarının önemli bir göstergesidir. Araştırmalar okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıklarında sosyoekonomik düzeyin belirleyici olduğunu göstermiştir. Düşük sosyoekonomik

düzydeki çocuklar meyve, sebze ve günlük vitamin desteklerini yeterince tüketmezken, yağlı ve şekerli besinleri daha fazla tüketmektedir. Ayrıca bu çocuklar düzensiz beslenme alışkanlığına sahiptirler. Buna karşın yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar daha fazla tahıl, meyve, sebze ve az yağlı yiyecek tüketmekle birlikte daha düzenli kahvaltı ve öğle yemeği yemektirler (Gracey ve ark.,1996; Höglund ve ark., 1998; Milligan ve ark., 1998; Lien ve ark., 2002; Hanson ve Chen, 2007). Türkiye’de yapılan çalışmalar (Manios ve ark., 2004; Kocaoglu ve ark., 2005) bu bilgilerden farklı olarak SES’i yüksek olan ailelerin çocuklarının yağ ve proteinden zengin, enerji içeriği yüksek, hayvansal kaynaklı yiyecekleri daha fazla tükettiğini belirtmiştir.

Sosyoekonomik düzey farklılığının çocukların beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisi, üst sosyoekonomik düzeye sahip çocukların daha fazla sosyal kaynaklara ve yeterliliğe sahip olması, bunun da onların genel sağlıklarının, sağlık davranışlarının ve yaşam memnuniyetlerinin daha iyi olması ile açıklanmaktadır (Iversen ve Holsen, 2008). Başka bir çalışmada, çocukluk döneminde düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerin yetişkinlik döneminde daha fazla kardiyovasküler riske sahip olduğu belirtilmiştir (Lawlor ve ark., 2005). Bu bilgilere rağmen Türkiye’de yapılan çalışmalarda sağlıksız beslenmenin bir göstergesi olan hafif şişmanlık ve şişmanlığın yüksek sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Manios ve ark., 2004; Simsek ve ark., 2008).

Eğitim, sosyoekonomik göstergeler arasında sağlık davranışlarının en önemli belirleyicisidir. Çünkü eğitim yaşam tarzı, sağlık bakımını etkili kullanma, benlik saygısı, uyum yeteneği gibi diğer değişkenlerle ilişkilidir (Robinson, 1998). Çocukların beslenme alışkanlıklarının gelişiminde ebeveynlerin eğitim düzeyi özellikle annelerin eğitim düzeyi önemli bir yere sahiptir. Eğitim düzeyi düşük olan annelerin çocukları daha fazla gazlı içecek tüketirken, eğitim düzeyi daha yüksek annelerin çocukları meyve-sebzeyi daha sık tüketmektedir. Bunun yanı sıra eğitim düzeyi yüksek olan anneler çocuklarının sağlıklı beslenmeleri için sağlıksız besinleri kısıtlama, sözel övgü, anlaşma yapma, olumsuz örnek olmama yöntemlerini daha sık kullanmaktadırlar (Vereecken ve ark., 2004).

2.2.2. Dinamik Değişkenler

2.2.2.1. İçsel motivasyon (Beslenme Öz-yeterlik)

Öz-yeterlik pek çok sağlık davranışının açıklanmasında önemli bir role sahiptir ve beslenme alışkanlıklarının güçlü bir belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Kelder ve ark., 1993; Marcus ve ark., 1994; Rinderknecht ve Smith, 2004). Öz-yeterlik bireyin bir davranışı yapabileceğine dair kendine olan güvenini yansıtır (Bandura, 2001). Beslenme öz-yeterlik ise bireyin daha sağlıklı yiyecekler seçebileceğine dair algıladığı yeterlik düzeyidir ve beslenme girişimlerinin planlanmasında mutlaka ele alınması gereken bir unsurdur (Abusabha ve Achterberg, 1997). Araştırmalar çocuklarda beslenme öz-yeterliğinin beslenme alışkanlıkları (Cusatis ve Shannon, 1996; Edmundson ve ark., 1996b; Domel ve ark., 1996) ve beden kitle indeksi değerlerinin (O'Dea ve Wilson, 2006) belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Çocukların alışkanlıklarını değiştirmek ve sağlıklı besin tüketimini arttırmak için öz-yeterlik düzeylerinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir (Reynolds, Hinton ve ark. 1999b; Rinderknecht ve Smith, 2004).

Parcel ve ark. (1995) çocuk ve adölesan kardiyovasküler sağlık çalışmasının (Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health-CATCH) bir bölümünde, okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıklarını ölçen öz-yeterlik ölçeğini geliştirmiştir. Bu çalışmada öz-yeterlik ile çocukların beslenme alışkanlıkları arasında güçlü bir ilişki bulunurken, öz-yeterlik besin seçiminde varyansın %34'ünü açıklamıştır. De Wolfe ve Shannon (1993) üniversite öğrencilerinde yeme davranışlarındaki değişimleri belirlemek için, sosyal bilişsel teoriden türettikleri bir modeli test etmişlerdir. Öğrencilerden kalp hastalıkları risklerini azaltmaya odaklı bir beslenme kursuna katılmaları istenmiş ve sonuç değişkeni olarak kursa katıldıktan sonra diyetle alınan yağ miktarındaki değişimler kabul edilmiştir. Öz-yeterlik ve arkadaş desteği belirleyici faktör olarak değerlendirilmiştir. Kurs boyunca öğrencilerin az yağlı yiyecek seçimine yönelik öz-yeterlik puanları artmış ancak kurs bittikten sonra puanlar azalmıştır. Buna rağmen kurs bittikten 3 ay sonra bile öz-yeterlik puanı artmaya devam eden öğrencilerin yağ alımlarının düştüğü bildirilmiştir.

Çocukların tükettiği yiyecek çeşidi arttıkça öz-yeterlikleri artmaktadır. Öz-yeterlik düzeyi yüksek olan çocuklar daha az yağlı ve şekerli yiyecekler, daha fazla sağlıklı yiyecekler tüketmektedir (Cusatis ve Shannon, 1996; Edmundson, Parcel, Feldman ve ark., 1996b; O'Dea ve Wilson, 2006; Thompson ve ark., 2007). Okullarda uzun süreli ve düzenli aralıklarla (aylık) yapılan sağlıklı beslenme girişimlerinin öğrencilerin bilgi, öz-yeterlik,

sağlıklı besin tercihi yapabilme inançlarının artmasını sağlarken, öz-yeterliğin artması, alışkanlığın değişmesi ve şekillenmesi olasılığını arttırmaktadır (Rinderknecht ve Smith, 2004; Young ve ark., 2004; De Bourdeaudhuij ve ark. 2008; Tuuri ve ark., 2009).

2.2.2.2. Bilişsel Değerlendirme (Sağlık Algısı)

Sağlık algısı çoğunlukla kişinin kendi sağlık durumuyla ilgili genel algısını değerlendiren bir soru ile değerlendirilmektedir. Bu yöntem bireyin sağlığı hakkında çok değerli ipucu vermekle birlikte basit, doğru ve evrensel bir yoldur (Idler ve Benyamini, 1997). Çocukların sağlık algısı sağlık davranışlarının belirleyicisi olduğu için sağlık algısının tanımlanması araştırmacılar için yol gösterici bir unsurdur (Saxena ve ark., 2002). Sağlık ve hastalık kavramları, erken çocukluk döneminde oluşmaya başlar ve çocukların yaşları arttıkça değişip gelişir. Küçük yaşlardaki çocuklar sağlık ve hastalığı kendi kontrollerinin dışındaki güçlerin neden olduğu durum olarak algırlarlar. Çocuk bakış açısıyla sağlık hastalığın olmaması, kendini iyi hissetmek, mutlu olmak olarak tanımlanırken, hastalık ise fiziksel nedenli problemler olarak tanımlanmaktadır (Onyango-Ouma ve ark., 2004; Myant ve Williams, 2005). Yaşları ilerledikçe çocukların sağlık ve hastalık bilgilerinin derinleşmesi, sağlığı biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritual boyutları olan karmaşık bir kavram olarak algılamalarını sağlar. Sağlıklı olmayı ve hastalıklardan korunmayı sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlıklı beslenme, düzenli spor yapma, uyku, arkadaşlarla oyun oynama ve gevşeme) ile ilişkilendirmeye başlarlar (Williams ve Binnie, 2002; Myant ve Williams, 2005; Piko ve Bak, 2006).

Çocukluk dönemi, ciddi fiziksel hastalıkların az görüldüğü bir dönem olması nedeniyle bu yaşlarda sağlık algısı büyük oranda değişmemektedir. Buna rağmen, demografik özelliklerin değişmesi, çevresel-sosyal faktörler, fiziksel-psikolojik sağlık, önceki sağlık deneyimleri, sağlık davranışları, genel iyilik hali ve benlik saygısı çocukların sağlık algısını etkilemektedir (Piko ve Bak, 2006; Breidablik ve ark., 2008; Breidablik ve ark., 2009).

Snethen ve Broome (2007) şişman çocukların (8- 12 yaş) önemli bir oranının (% 42) kendisini düşük ve normal kilolu olarak tanımladığını, sağlıklı yiyecekleri bilmelerine rağmen sağlıklı beslenme şekli sergilemediklerini belirtmiştir. Bu durum çocukların sağlıklı yeme alışkanlığı sergilemede beslenmeye önem vermeme, evde tüketilen yiyeceklerin alımını kontrol edememenin yanı sıra kilo algısının da önemli olduğunu göstermiştir. Onyango-Ouma ve ark. (2004) girişimsel bir çalışmada

ilköğretim okulunda okuyan (10- 15 yaş) çocuklara okulda, toplumda ve evde sağlık eğitimcisi olma sorumluluğu vermiştir. Çalışmanın sonunda çocukların sağlık ve hastalık kavramlarının değiştiği, konuyla ilgili içsel kontrollerinin arttığı belirlenmiştir.

Araştırmalar çocukların sağlık algısında yaş ve cinsiyetin önemli bir faktör olduğunu bildirmiştir. Haugland ve ark. (2001), Sweeting ve West (2003), Sleskova ve ark. (2005), Cavallo ve ark. (2006), ve Almgren ve ark. (2009) kız çocukların erkeklere göre sağlığını daha kötü algıladığını, daha fazla hastalık semptomu şikâyetinde bulunduğunu, cinsiyet farklılığının çocukların yaşları arttıkça daha fazla arttığını bildirmelerine karşın, Türk öğrencilerle yapılan başka bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeye sahip, kendini mutlu hisseden, hafta 2-3 saatten fazla spor yapan öğrenciler cinsiyet farkı olmaksızın kendilerini sağlıklı hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada kız öğrenciler anneleriyle konuşmalarını ve okulla ilgili sorunlarda ebeveynlerinden destek almalarını, erkek öğrenciler ise babaları ile konuşmalarını ve kendi bedenlerinden memnun olmalarını sağlıklı hissetmelerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir (Erginoz ve ark., 2004). Kaynaklar düşük akademik başarı, düşük sosyoekonomik düzey, sigara ve alkol kullanma, yetersiz sportif aktivite, yetersiz fiziksel uygunluk, sık sık psikosomatik semptom yaşama ve yoğun öfke yaşamının çocukların sağlıklarını düşük/ kötü algılamalarına neden olduğunu (Piko ve Keresztes, 2007), yüksek gelir düzeyi, ebeveynlerle iyi ilişkiler, okula ilgi ve okul başarısının yüksek olması, yüksek benlik saygısının çocukların sağlıklarını olumlu algılamalarında etkili olduğunu göstermiştir (Vingilis ve ark., 1998).

2.2.2.3. Duyuşsal Yanıt (Beslenme Tutumu)

Tutumlar bir nesne, kişi ya da konu hakkında olumlu ya da olumsuz duygular olarak tanımlanır. Tutumlar kişinin bir nesne, kişi ya da konu hakkındaki bilgilerinin toplamıdır ve genellikle sonuç beklentilerinin toplamı ile ölçülür. Sonuç beklentisi, kişinin bir davranışı yaptığında olacağına inandığı şeydir. Besin tercihleri (tutumlar) bir yiyeceği istemek, sevmek, bir yiyeceği diğerine tercih etmek sonuç beklentisi olarak kabul edilebilir (Vereecken ve ark., 2005). Çocukların besin tercihleri (tutumlar), beslenmelerini etkileyen önemli bir faktördür. 21. Yüzyılın beslenme ortamında, şişmanlık ve aşırı yemek yemeye neden olan tatlı, tuzlu tatları tercih etme yatkınlığı artarken, enerji içeriği zengin yiyecekleri tercih etmeyi öğrenmek kolaylaşmaktadır.

Çocukların tatlı, tuzlu yiyecekleri sevmeleri; acı, ekşi yiyecekleri sevmemeleri gibi besin tercihleri ve besin tüketim şekilleri genetik eğilimlerle ve erken çocukluk dönemindeki deneyimlerle şekillenir. Yiyeceklerden hoşlanmama ise rahatsızlık verici yeme deneyimleri ile öğrenilebilir. Ebeveynlerin çocukları besleme davranışları çocukların erken dönemdeki beslenme deneyimlerinin temelini oluşturmaktadır. Bebekler ve küçük çocuklar besin alımını dengelemede besinlerin enerji içeriğine karşı duyarlıdırlar ancak bu durum aşırı kontrol gibi çocukları besleme davranışları ile değiştirilebilir. Özellikle iki yaşında, yeni yiyeceklerden kaçınma (neofobi) eğilimi görülür. Buna rağmen, doğuştan getirilen genetik eğilimler deneyimlerle değişebilir. Aileler, kardeşler, akranlar yeni yiyeceklerin tattırılmasını cesaretlendirmede rol model olabilir. Başlangıçta sevilmeyen yiyeceklerin aralıklarla çocukların önüne getirilmesi direnci kırabilir (Birch, 1998; Benton, 2004). Randomize kontrollü bir çalışma çocukların (5-7 yaş) sebzeleri sevmelerini engelleyen gerçek problemi bulmak için, iki girişimi uygulayıp sonuçlarını değerlendirilmiştir. Girişim grubunun birinde yiyeceklerle sık sık karşılaşmasını sağlamak (sık sık önüne getirme) diğerinde ise ödül kullanılmıştır. Bir de hiçbir girişimin uygulanmadığı kontrol grubu bulundurulmuş 2 haftalık bir çalışma yapılmıştır. Çalışma, hedef olarak belirlenen bir sebzenin günlük olarak her gün çocuğun önüne konulmasının, hiç konulmamasına göre, çocukların hoşlanmasını ve tüketimini arttırdığını göstermiştir. Çocukların daha önce sevmedikleri bir yiyeceği hoşlanmalarını sağlamak için tekrar tekrar bu yiyeceği karşısına getirmek önerilmiştir (Wardle ve ark., 2003). Çocukların sağlıklı besin tercihlerinin artmasını sağlayan stratejilerden biri besinlerle ilgili kendi kontrollerinin gelişmesini sağlamaktır. Bunun sağlanması için ebeveynlerin aşırı kontrolünün sınırlandırılması önerilmektedir (Birch, 1998). Hill (2002) ailelerin çocuklar üzerindeki aşırı kontrolünün, ailenin beslenme kuralı olmamasına (yağlı, şekerli sağlıksız yemekler) göre çocukların kendi kontrollerinin gelişmesine daha fazla zarar verdiğini ortaya koymuştur.

Çocukların sağlıklı beslenmeye ilişkin olumlu tutum sergilemelerinde cinsiyet belirleyici bir faktördür. Araştırmalar kız öğrencilerin erkeklere göre sağlıklı beslenmenin önemine ilişkin algılarının, meyve sebze tüketimine ilişkin tutum puanlarının ve meyve sebze tüketimlerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Sandvik ve ark., 2005; Dollman ve Lewis, 2007). Bu yaş grubundaki çocukların beslenme tutumundaki cinsiyet farklılığının nedeni ise; kız öğrencilerin erkeklere göre daha fazla ince olma eğilimine sahip olmaları, kilo vermek için daha çabalı olmaları, kilo vermek için daha

az yemeleri ve beslenme ile daha ilgili olmalarıyla açıklanmıştır. Bu nedenle kız öğrencilerin beslenme tutum ve beslenme davranış puanları daha yüksek bulunmuştur (Sasson ve ark., 1995; Edlund ve ark., 1996).

2.2.3. Sağlık Sonucu

2.2.3.1. Beslenme Alışkanlığı ve BKİ

Çocukluk çağı şişmanlığı her gün artan şişman çocuk sayısı ile dünya çapında ciddi bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Bogalusa kalp çalışmasında son 20 yılda çocuklarda hafif şişmanlık (BKİ: 85-95) oranının iki kat, şişmanlık (BKİ > 95) oranının beş kat arttığı belirtilmiştir (Nicklas ve ark., 2003). Şişmanlık prevalansı son 25 yıl içinde Amerika'da 3.3 kat, son 10 yıl içinde İngiltere'de 2.8 kat, son 18 yıl içinde Mısır'da 3.9 kat artmıştır (Ebbeling ve ark., 2002). Türkiye'de ise okul çağındaki çocuklarda hafif şişmanlık/ şişmanlık oranları % 12- 16'dur (Manios ve ark., 2005; Sur ve ark., 2005; Simsek ve ark., 2008; Pirinçi ve ark., 2010). Şehirde yaşayan çocuklar kırsalda yaşayanlara, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanlar düşük sosyoekonomik düzeydekilere, özel okulda okuyanlar devlet okulunda okuyanlara göre daha kilolu ve şişman bulunmuştur (Manios ve ark., 2004; Simsek ve ark., 2008). Şişmanlık hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde fiziksel ve psikososyal sağlığı etkilediği için erken dönemde ele alınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Şişman çocukların ileride şişman adölesanlar ve yetişkinler olma olasılıkları çok yüksektir ki, kanıtlar kilolu çocukların kilolu yetişkinler olma olasılığının % 50 olduğunu göstermiştir. Çocukluk şişmanlığı ile artmaya başlayan kardiyovasküler hastalık riskleri yetişkinlikte de sürmektedir. Şişman erişkinlerde insülin direnci, hipertansiyon, hipertrigliseridemi, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler, solunum disfonksiyonu, osteoartrit, diyabet ve genel ölüm riski artmaktadır. Çocukluk çağı şişmanlığının nörolojik, sindirim, boşaltım (renal), kas-iskelet ve endokrin sistem üzerindeki etkisinin yanı sıra psikolojik, sosyal etkileri de vardır bunlar; düşük benlik saygısı, depresyon, yeme bozukluğu, okul başarısızlığı, sosyal uyumsuzluk, yalnızlık, sinirlilik ve vücudundan memnun olma olarak sıralanmaktadır (British Medical Association, 2005; Newby, 2007; Wang ve Veugelers, 2008).

Çocukluk şişmanlığındaki artışın öncelikli nedeni genetik faktörlerdir, kilolu ebeveynlere sahip çocuklar normal kilolu ebeveynlere sahip çocuklara göre 2 kat riskli bulunmuştur (Nicklas ve ark., 2003). Bununla birlikte fizik aktivite düzeyi ve tv izleme

süresi şişmanlığa neden diğer faktörlerdendir (Janssen ve ark., 2005; Ochoa ve ark., 2007). Diğer önemli bir faktör beslenme tarzıdır. Çocukların besin tüketimleri ile şişmanlık arasındaki ilişkiye bakıldığında; düşük kaliteli, tuzlu, şekerli, yağlı yiyecek ve şekerli/gazlı içecek (meşrubat) tüketimi ile hafif şişman/ şişmanlık arasında ilişki bulunmuştur ki bu da glisemik indeks ve yük nedeniyle doğrulanmış bir bilgidir. Buna karşın az yağlı süt/ süt ürünleri, meyve, sebze, bakliyat tüketiminin artması ve kahvaltı yapma ile normal kilolu olma olasılığı artarken, kilolu olma riski azalmaktadır (Boumtje ve ark., 2005; Newby, 2007; Roseman ve ark., 2007).

Çocukların beslenme biçimi doğal olarak çoğunlukla besleyiciliği yüksek yiyeceklerden oluşmalıdır. Sebze, meyve, tam tahıllı ürünler, az yağlı süt ürünleri, yağsız kırmızı et, derisi alınmış tavuk eti ve kuru baklagiller çocukların sıklıkla tüketmesi gereken yiyecekler arasındadır. Besin piramidinde koyu yeşil, kırmızı, beyaz, turuncu, sarı, mavi ve mor renkli çeşitli sebze ve meyvelerin alınması vurgulanmaktadır. Renkli meyve ve sebzelerin tüketimi vitamin, mineral ve lif çeşitliliği sağlamakla birlikte çocuklar için eğlenceli ve ilginç yiyeceklerdir (Melanson, 2008).

Günümüzde insanlar yüksek enerjili besin tüketiminin teşvik edildiği, fizik aktivitenin azaldığı bir çevrede yaşamaktadır, bu da çocukların dengeli bir beslenme ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirme ve sürdürme olasılığını azalmaktadır. Çocukluk dönemindeki beslenme problemleri şişmanlığın gelişimini etkilemekle birlikte, büyüme-gelişme problemleri, diş problemleri, kalp hastalıkları, kanser, inme ve diyabet gibi hastalıklar için risk oluşturmaktadır (Baranowski ve ark., 1999).

Araştırmalar okul çağındaki çocukların çok az bir oranının (% 13) önerilen miktarda meyve (3 veya daha fazla porsiyon) ve sebze (4 veya daha fazla porsiyon) tüketmesine karşın, yaklaşık yarısının (% 46) haftada en az iki kez hızlı servis yapan yerlerde hazır yemek ve enerji içeceği tükettiğini bildirmiştir. Hazır yiyeceklerden en çok tüketilenler patates kızartması, hamburger, pizza, vb.dir. İçecek olarak da karbonhidratlı meşrubatlar, kahve ve süt daha sık tüketilmektedir. Bu yiyeceklerin enerji, yağ, ve tuz içeriği fazla; vitamin, folik asit, kalsiyum ve lif oranları düşüktür. Ayrıca çocukların yarıdan fazlası haftada 4 kez ya da daha fazla abur cubur (cips, tuzlu atıştırmalık, bisküvi, çikolata) yerken, büyük çoğunluğu (% 94) önerilenden fazla doymuş yağ tüketmektedir. Kaynaklar geç saatte atıştırmalık yiyen, ev dışında hazırlanmış yiyecekleri tüketen ve sadece annesi (tek ebeveyn) ile yaşayan çocukların

doymuş yağ oranı tüketimlerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte ailenin hazır yemek tercihi, düşük sosyoekonomik durum, erkek cinsiyeti, yaşın büyümesi hazır yiyecek ve enerji içeceği tüketimini artırmaktadır. Bu yiyecekler kolay ulaşılabilirlik, hızlı servis, yiyeceklerin tadının iyi olması ve fiyatların ucuz olması nedeni ile çocuklar ve gençler arasında özellikle popüler yiyeceklerdir (Gonzales ve ark. 2002; British Medical Association, 2005; Demory-Luce, 2005; Pérez ve ark., 2007; Scully ve ark., 2007).

Bu sağlıksız beslenme ortamında az tuzlu, az yağlı, bol meyve, bol sebze ve kompleks karbonhidratlardan oluşan sağlıklı bir beslenme tarzının halk sağlığı yaklaşımı ile çocuklara kazandırılması toplum sağlığının geliştirilmesi için gereklidir (British Medical Association, 2005). Çünkü çocukluk çağında gelişen beslenme alışkanlıkları yaşam boyu devam etmektedir (Branen ve Fletcher, 1999). Bu bağlamda çocukların yaşam boyu süren sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmalarını sağlayacak girişimlerin belirlenebilmesi için besin tüketimini etkileyen faktörlerin tanımlanması önceliklidir (Baranowski ve ark., 1999). Sandvik ve ark. (2005), Dolman ve Lewis (2007), Perez-Lizaur ve ark. (2008) ve Pearson ve ark. (2009) çocukların beslenme alışkanlığının bireysel (cinsiyet), sosyal (aile ve okul), kültürel ve ekonomik temelli pek çok faktörden etkilendiğini belirtmiştir.

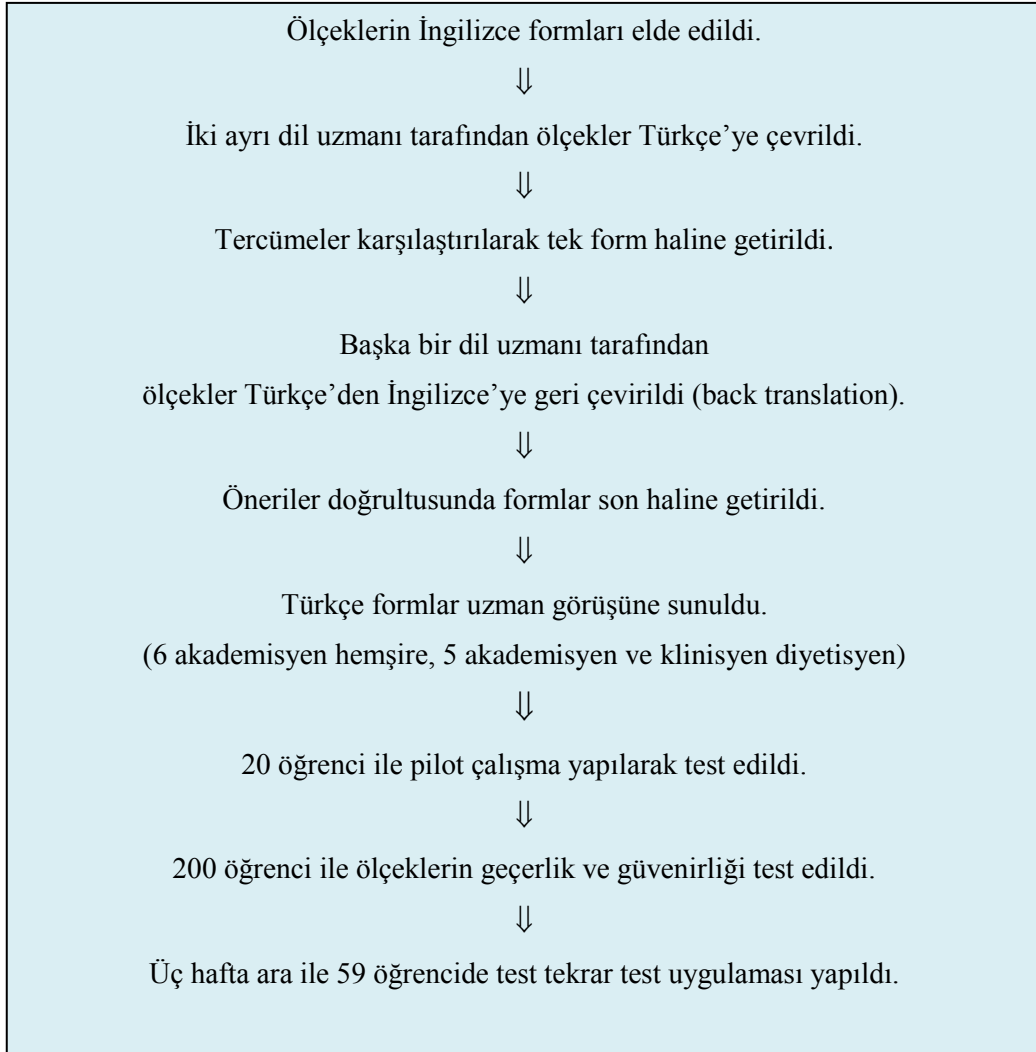
Çocukların besin tüketimindeki değişimlerin izlendiği Bogalusa Kalp çalışmasında 1973-1994 yılları arasında 10 yaşındaki çocukların tükettikleri yiyeceklerin miktarı ve çeşidi ele alınmıştır. Bu çalışmada, tüketilen ortalama yağ, şeker, tatlı, yumurta, süt ve ekmek miktarının azaldığı belirtilmiştir. Buna karşın çocukların meyve, et, peynir, tuzlu atıştırmalık, meşrubat tüketiminin ve öğün (öğle ve akşam) miktarlarının arttığı bildirilmiştir (Nicklas ve ark., 2004). Türkiye’de ise çocukların ve gençlerin lif, yağ, doymuş yağ, tuz ve kolesterolü fazla; vitamin (E, B6), folik asit, meyve ve sebzeyi ise önerilenden az tükettiği belirtilmiştir (Baş ve ark., 2005). Öner ve arkadaşları (2005) kız öğrencilerde yaptıkları çalışmada ise vitamin (A, C), folik asit, potasyum tüketimini yeterli bulurken, tiamin, calsiyum, demir, lif gibi temel mikronutrient alımını yeterli bulmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Metodolojik ve tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte tasarlanan bu çalışmanın amacı; Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'ni kullanarak okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıkları ve beden kitle indeksi (BKİ) değerlerine etkisi olan değişkenleri incelemektir. Bu kapsamda, (1) “Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği” ve “Beslenme Davranış Ölçeği”ni Türk diline kazandırmak, (2) “Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli” kullanılarak okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıklarını ve beden kitle indeksi (BKİ) değerlerini etkileyen faktörleri tanımlamak, (3) Okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıklarına ve beden kitle indeksi değerlerine demografik özellikler, aile ortamı, ebeveyn BKİ değeri, sağlık deneyimi, çevresel kaynaklar, içsel motivasyon, bilişsel değerlendirme ve duyuşsal yanıtın etkisini belirlemek hedeflenmiştir. Böylece çocukların beslenme sonuçlarını açıklamada SDEM'i kavramsal bir rehber olarak kullanmak mümkün olacak ve çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığı sergilemeleri ve sürdürmelerini sağlayacak hemşirelik girişimleri için bilimsel bir temel oluşturulacaktır.

Araştırmada kullanılan metodolojik tasarım Şekil 3-1'de özetlenmiş, araştırma değişkenleri Tablo 3-1'de sunulmuştur.



Şekil 3-1: Metodolojik Araştırma Tasarımı

Tablo 3-1:Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nin Bileşenleri, Bileşenleri Ölçen Değişkenler ve Ölçüm Araçları

Model Bileşenleri	Değişkenler	Ölçüm Araçları
Bireysel Özellikler		
Demografik Özellikler	Çocuğun yaşı	Aile Soru Formu
	Çocuğun cinsiyeti	
	Ailedeki birey sayısı	
	Ebeveynlerin evlilik durumu	
Sosyal Etki	Çocuğun aile ortamı algısı	Aile Ortamı Ölçeği
	Ebeveynlerin BKİ sonucu	Aile Soru Formu
Sağlık Deneyimi	Çocuğun sağlık durumu	Aile Soru Formu
	Ebeveynlerin sağlık durumu	
Çevresel Kaynaklar	Ebeveynlerin eğitim düzeyi	Aile Soru Formu
	Ailenin ekonomik güçlük algısı	
	Toplam SES	
İçsel Motivasyon	Çocuğun beslenme öz-yeterliği	Çocuk Beslenme
		Öz-yeterlik Ölçeği
Bilişsel Değerlendirme	Çocuğun sağlık algısı	Sağlık Algısı Formu
Duyuşsal Yanıt	Çocuğun beslenme tutumu	Beslenme Tutum Ölçeği
Sağlık Sonucu	Çocuğun beslenme alışkanlığı	Beslenme Davranış Ölçeği
	Çocuğun yaşa göre boy ve kilo durumu BKİ	Antropometrik ölçüm

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıkları ve BKİ sonuçları;

- Çocukların demografik özelliklerinden etkilenir mi?
- Çocukların aile ortamı algısından etkilenir mi?
- Ebeveynlerin BKİ sonuçlarından etkilenir mi?
- Ebeveynin çocuk ve ebeveyn sağlık algısından etkilenir mi?
- Ailenin sosyo-ekonomik seviyesinden etkilenir mi?
- Çocukların beslenme öz-yeterlik düzeyinden etkilenir mi?
- Çocukların sağlık algılarından etkilenir mi?
- Çocukların beslenme tutumlarından etkilenir mi?
- Yukarıdaki tüm değişkenler birbirleri ile ilişkili midir? sorularına yanıt aranmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Şubat-Haziran 2007 tarihleri arasında İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Kağıthane Hasdal İlköğretim Okulu (İÖO), Kağıthane Zuhal İlköğretim Okulu ve Şişli Hüseyin Avni Kurşun İlköğretim Okulu'nda yapılmıştır. Adı geçen okullardan sadece Hasdal İlköğretim Okulu'nda ikili eğitim yapılmakta ve okulların hiçbirinde öğle yemeği çıkmamaktadır. Öğrenciler yiyecek ihtiyaçlarını okul kantinlerinden ya da öğle tatilinde evlerine giderek karşılamaktadır. Okulların bulunduğu bölgeler, nüfus yapısının hareketli olduğu, farklı sosyo-ekonomik özelliklerden insanların yaşadığı yerlerdir. Cinsiyet, sosyo-ekonomik seviye ve sağlık deneyimi açısından farklı bir örneklem oluşturabilmek için üç bölgeden okul seçilmiştir. Örneklemi oluşturan okulların yöneticileri ve çalışanlarının araştırmaya destek vermeleri çalışma alanlarının seçiminde belirleyici olmuştur.

3.4. ÖRNEKLEM

İki aşamalı olarak planlanan bu araştırmada, iki örneklem grubu ile çalışılmıştır. Araştırmanın her iki aşamasında da örneklemi, beşinci sınıfa devam eden öğrenciler oluşturmuştur. Bu yaş grubu Piaget'nin somut işlemler dönemine denk düşmektedir. Bu bağlamda çocukların veri toplama araçlarındaki ifadeler kendileri için en uygun kararı verebilecekleri öngörülmüştür (Wong ve ark. 2001, p.103).

Birinci aşamada Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği ve Beslenme Davranış Ölçeği'nin dil geçerliği ve güvenilirliği, ilköğretim okullarının beşinci sınıfına devam eden, 10-13 ($11,13 \pm 0,44$) yaş grubundaki 200 (Hasdal İÖO: 72; Hüseyin Avni Kurşun İÖO: 62; Zuhale İÖO: 66) öğrenci ile yapılmıştır.

İkinci aşamada, SDEM'de tanımlanan bileşenlerin çocukların besin seçimi ve BKİ sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla yukarıda sözü edilen okulların beşinci sınıfında okuyan çocuklar ve ailelerin tümü örnekleme gidilmeksizin araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri Türkçe soru formlarını cevaplayabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden 420 ebeveyn ve 420 çocuktan elde edilmiştir (Tablo 3-2).

Tablo 3-2: Okullara Göre Öğrencilerin Dağılımı

İlköğretim Okulu	Çalışmaya Katılan Öğrenci Sayısı	Örneklem Yüzdesi (%)
Şişli Hüseyin Avni Kurşun İÖO	138	32,9
Kağıthane Hasdal İÖO	205	48,8
Kağıthane Zuhale İÖO	77	18,3
Toplam	420	100,0

3.5. ETİK KONULAR

- Araştırmaya başlamadan önce “*Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği*” ve “*Beslenme Davranış Ölçeği*”nin kullanımı için yazarlar bilgilendirilmiş gerekli izinler alınarak işbirliği sağlanmıştır (Ek-7).
- Çalışmanın sürdürüleceği okullarda uygulama yapılabilmesi için İstanbul İl Millî Eğitim Müdürlüğünden yazılı ve okul yönetimlerinden sözel izin alınmıştır (Ek-8).
- Araştırmaya başlamadan önce ailelere araştırma izin belgesi gönderilmiş ve belgeyi onayladıkları takdirde kendileri ve çocukları araştırmaya dahil edilmişlerdir. İzin belgesinde ailelere araştırmanın kısaca amacı, araştırma süreci açıklanarak, elde edilen bilgilerin gizli kalacağı ve başka yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir. Ailelere gönderilen formlar kapalı zarf usulü ile toplanmıştır (Ek-9).

- Çocuklar araştırmayı anlama yeterliliği ve olgunluğuna sahip olmadıkları için bilgilendirilmiş onam veremeyecekleri kabul edilmektedir (Polit ve ark., 2001). Bu nedenle çocuklara araştırmanın amacı, araştırma süreci anlayabilecekleri şekilde sözel olarak açıklandıktan sonra katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri takdirde araştırmadan sözel bilgilendirme ile ayrılacakları belirtilmiştir.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma için kurum izinleri alındıktan sonra;

- Araştırmanın uygulanacağı sınıfların sınıf öğretmenleri ile tanışılmış, çalışmanın amacı ve süreci anlatılarak uygun ders saatleri belirlenmiştir.
- Sınıf öğretmenleri eşliğinde öğrencilere çalışma hakkında kısa bilgi verilmiş, aileler yazılı olarak bilgilendirilerek “*Aile İzin Formunu*” doldurmaları istenmiştir.
- Aile izinleri alındıktan sonra çalışmanın birinci aşaması kapsamında “*Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği*” ve “*Beslenme Davranış Ölçeği'nin*” Türk diline uyarlama çalışması için 200 öğrenciden veri toplanmıştır. Aynı amaç doğrultusunda 200 öğrenci arasından seçilen 59 kişiden test tekrar test güvenilirliği için 3 hafta ara ile ikinci kez veri toplanmıştır.
- Çalışmanın ikinci aşaması olan modelleme kapsamında (1) bu çalışmada Türk toplumuna uyarlanmış ve daha önceki çalışmalarda kullanılmış olan ölçme araçları kullanılarak çocuklardan, (2) araştırmacı tarafından hazırlanan “*Aile Soru Formu*” ile ebeveynlerden veri toplanmıştır. *Aile Soru Formu*'nu evde ebeveynlerden birinin doldurması istenmiştir.
- Öğrenciler okul ortamında “*Aile Ortamı Ölçeği*”, “*Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği*”, “*Çocuk Sağlık Algısı Formu*”, “*Beslenme Tutum Ölçeği*”, “*Beslenme Davranış Ölçeğini*” doldurmuşlardır. Formlar her sınıf için uygun olan üç farklı günde planlanan üç ders saatinde doldurulmuştur. Veriler sınıf ortamında araştırmacı ve sınıf öğretmenlerinin gözetimi altında elde edilmiştir. Çocuklar birbirlerinden etkilenmeyecek şekilde oturtulduktan sonra, yanlış anlamaları önlemek ve gerekli bilgileri vermek için açıklama yapılmış daha sonra ölçek

uygulamasına geçilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen çocuklar uygulama süresince öğretmenleri tarafından başka bir faaliyet ile meşgul edilmişlerdir.

- Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nin (SDEM) sağlık sonucu bileşinini değerlendirmek için ölçüm araçlarıyla elde edilen veriler tamamlandıktan sonra araştırmaya katılan öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından gerekli düzenek kurularak yapılmış ve kayıt edilmiştir.

Araştırma verileri elde edildikten sonra güvenli bir şekilde tutulmuş, öğrencilerden elde edilen veriler ile ebeveynlerden elde edilen veriler kontrol edildikten ve eşleştirildikten sonra okullara ve sınıflara göre rakamla kodlama yapılmıştır.

3.7. SDEM'İN KAVRAMSAL TANILAMA SÜRECİ

Çalışmada kavramsal tanılama süreci SDEM'in bireysel özellikler ve sağlık sonucu bileşenleri ile yapılmıştır (Tablo 3-1). Bireysel özelliklerden; (1) *demografik özellikler*, çocuğun yaşı, cinsiyeti, ailedeki birey sayısı ve ebeveynlerin evlilik durumu ile belirlenmiştir. (2) *Sosyal etki*, aile ortamı ve ebeveynlerin BKİ sonuçları ile kavramlaştırılmıştır. (3) *Sağlık deneyimi*, ebeveyne göre ailenin (çocuk, anne ve baba) sağlık durumu olarak kavramlaştırılmıştır. (4) *Çevresel kaynaklar*, anne ve babanın eğitim durumu ve ailenin ekonomik güçlük algısı ile kavramlaştırılmıştır. Bu üç kavramın puan ortalaması, ailenin sosyo-ekonomik seviye (SES) puanı olarak tanımlanmıştır. Bireysel özellikler bileşeninin dinamik değişkenlerinden olan (5) *içsel motivasyon*, çocukların beslenme öz-yeterlikleri ile incelenmiştir. (6) *Bilişsel değerlendirme*, çocukların genel sağlıklarını değerlendirmeleri (derecelendirme) ile belirlenmiştir. (7) *Duyuşsal yanıt*, çocukların sağlıklı beslenme tutumları ile incelenmiştir. Modelin sağlık sonucu bileşeni (bağımlı değişken) çocukların beslenme alışkanlığı bildirimleri ve beden kitle indeksi değerleri ile ölçülmüştür.

Araştırmada Kullanılan Kavramların İşlevsel Tanımları

Bireysel Özellikler

Demografik Özellikler: Çocuğun yaşı, cinsiyeti, ailedeki birey sayısı ve ebeveynlerin evlilik durumu ebeveynlerin yanıtladığı Aile Soru Formu ile ölçülmüştür.

Sosyal Etki: Aile ortamı algısı çocukların yanıtladığı Aile Ortamı Ölçeği ile ölçülmüştür. Ebeveynlerin BKİ sonuçları ebeveynlerin boy ve kilo bildirimleri ile hesaplanmıştır.

Sağlık Deneyimi: Aile sağlığı (çocuğun sağlığı, ebeveynlerin sağlığı) ebeveynlerin yanıtladığı Aile Soru Formu ile ölçülmüştür.

Çevresel Kaynaklar: Ebeveynlerin eğitim durumu, ailenin ekonomik güçlük algısı ebeveynlerin yanıtladığı Aile Soru Formu ile ölçülmüştür.

İçsel Motivasyon: Sağlıklı beslenmeye ilişkin motivasyon çocukların Beslenme Özyeterlik Ölçeğine verdiği yanıtlar ile ölçülmüştür.

Bilişsel Değerlendirme: Sağlık durumuna ilişkin bilişsel değerlendirme, çocukların Sağlık Algısı Formu'na verdikleri yanıtlar ile ölçülmüştür.

Duyuşsal Yanıt: Çocukların beslenmeyle ilgili tutum ve duyguları Beslenme Tutum Ölçeği ile ölçülmüştür.

Sağlık Sonucu/ Klinik Sağlık Durumu Göstergeleri

Beslenme alışkanlığı: Çocukların beslenme alışkanlığı Beslenme Davranış Ölçeğine verdikleri yanıtlar ile değerlendirilmiştir.

BKİ: Çocukların boy ve kiloları ölçüldükten sonra beden kitle indeksi değeri hesaplanmış ve yaşlarına uygun persantil değerlerine göre gruplandırılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.8.1. Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler birinci, ikinci ve üçüncü düzey olmak üzere üç farklı düzeyde gruplandırılmıştır. Birinci ve ikinci düzey özgeçmiş değişkenleri, üçüncü düzey ise dinamik değişkenleri tanımlamaktadır. Özgeçmiş değişkenleri yaşamdaki olayları belirlerken dinamik değişkenler davranışla ilgili özellikleri ortaya koymaktadır.

Birinci düzey bağımsız değişkenler, demografik özellikleri içermektedir. Bu kapsamda veriler “*Aile Soru Formu*” ile elde edilmiştir.

İkinci düzey bağımsız değişkenler, bireyin özel yaşam deneyimlerini (sosyal etki, önceki sağlık deneyimleri) ve çevresel kaynaklarını yansıtır. Bu bölümün verileri “*Aile Soru Formu*” ve “*Aile Ortamı Ölçeği*” ile elde edilmiştir.

Üçüncü düzey bağımsız değişkenler modelin kavramsal çerçevesini tanımlamaktadır. Bu değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi birinci ve ikinci düzey değişkenlere göre daha belirleyicidir (Cox, 1982). Bu bölümün verileri “*Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği*”, “*Sağlık Algısı Formu*”, “*Beslenme Tutum Ölçeği*” kullanılarak toplanmıştır.

3.8.2. Bağımlı Değişkenler

Bağımlı değişken olarak çocukların “beslenme alışkanlığı” puanları ve “BKİ” sonuçları incelenmiştir. Bu bölümdeki veriler “*Beslenme Davranış Ölçeği*” ve “*Antropometrik ölçümler*” ile elde edilmiştir.

3.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nin bileşenleri doğrultusunda bağımsız ve bağımlı değişkenlerin ölçülmesi ile elde edilmiştir.

3.9.1. Aile Soru Formu- ASF (Ek-1)

Aile Soru Formu (ASF), araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur (Farrand ve Cox, 1993; Robinson ve Thomas, 2004). Bu formda demografik özellikler, sosyal etki, sağlık deneyimi ve çevresel kaynaklar bileşenlerine ilişkin 14 soru bulunmaktadır.

- Demografik özellikler: çocuğun yaşı ve cinsiyeti, ailedeki birey sayısı, ebeveynlerin evlilik durumuna ilişkin 4 soru ile değerlendirilmiştir.

- Sosyal etki: anne ve babanın boy ve kilo değerlerine ilişkin 4 soru ile değerlendirilmiştir.
- Sağlık deneyimi: çocuğun sağlık algısı ve davranışlarını destekleyen sağlık ortamıyla ilgili net bir bilgi elde etmek için ebeveynlerden birinin (çoğunlukla anne) yanıtladığı ailenin (çocuk, anne, baba) genel sağlık durumuna ilişkin 3 soru ile değerlendirilmiştir. Ebeveyn sağlık durumu anne ve babanın sağlık durumunun ortalamasını yansıtmaktadır.
- Çevresel kaynaklar: ebeveynlerin eğitim durumu, ailenin ekonomik güçlük algısını içeren 3 sorunun toplamından elde edilen SES toplam puanı ile değerlendirilmiştir.

3.9.2. Aile Ortamı Ölçeği- AOÖ (Ek - 2)

Aile ortamı çocuğun fiziksel, duygusal, bilişsel ve dilsel gelişiminin sağlandığı ortam olarak tanımlanmıştır. *Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)*, aile ortamının psiko-sosyal algılanışını ölçmek amacıyla Moos (1974) tarafından geliştirilmiş olan 90 maddelik Family Environment Scale'den yararlanarak Fowler'un düzenlediği 30 maddelik kısaltılmış formdur (Kaynak:Öner 1997, p.282). Ölçeğin kısaltılmış formu, Usluer tarafından 1989 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmış ve 26 maddelik forma dönüştürülmüştür. Aile Ortamı Ölçeği bireylerin öz bildirimlerine dayalı, likert tipte bir ölçektir. Ölçek maddeleri 1-4 puan aralığında (1-hiç katılmıyorum, 4-kuvvetle katılıyorum) değer almaktadır, toplam puanı 26-104 arasındadır. Puan ortalamasının artması aile ortamı algılanışının olumlu olduğuna işaret etmektedir.

Ölçek iki alt testten oluşmaktadır. 1) Birlik beraberlik; 16 maddeliktir ve 2) Denetim; 10 maddeliktir. Alt testlerin iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları birlik-beraberlik için 0.82, denetim (organizasyon-kontrol) için 0.74 olarak bulunmuştur. Bir ile üç hafta arayla elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.61 ile 0.73 arasında bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliğini sınamak için yapılan faktör analizinde, birlik-beraberlik faktörü toplam varyansın yüzde 22.9'unu, denetim faktörü toplam varyansın yüzde 10.5'ini açıklamıştır. Her iki faktör, ölçeğin yüzde 33.4'ünü açıklamıştır. Her iki alt ölçek için maksimum puan 40 ve 64'dür (Usluer, 1989).

3.9.3. Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği – ÇBÖÖ (Ek-3A) [*Children's Dietary Self-Efficacy Scale-CDSS*] (Ek-3B)

Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği (ÇBÖÖ) çocukların yiyecek seçimlerinin açıklanmasını kolaylaştıran içsel motivasyonun ölçülmesi için kullanılmıştır. Ölçek, Amerikan toplumu için geliştirilen CATCH (Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health) HBQ (Health Behavior Questionnaire) ölçeklerinden biri olarak geliştirilmiştir. Child and adolescent trial for cardiovascular health, 96 okulda üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıflara devam eden öğrencileri kapsayan, kardiyovasküler hastalık risklerini azaltmayı amaçlayan, okul temelli, ileriye dönük girişimsel çalışmalardan oluşan bir proje olarak geliştirilmiştir. Health Behavior Questionnaire, Amerika'da dört eyalette (California, Louisiana, Minnesota ve Teksas) toplam 96 okuldan 6000'in üzerinde çocuktan elde edilen veriler ile oluşturulmuştur (Edmundson, Parcel, Perry ve ark.,1996a). *Çocuk beslenme öz-yeterlik ölçeği* çocukların az yağlı ve az tuzlu besinleri yemelerini sağlayan öz-yeterliği ölçmektedir. Ölçek maddeleri yağ ve tuz içerikli çeşitli yiyecek ve besin gruplarından oluşturulmuştur. Ölçekte bulunan yiyecekler bu yaş grubundaki çocuklar tarafından sıkça tüketilen yiyecekler arasından seçilmiştir. Ölçek çocukların yağlı ve tuzlu yiyecek seçeneklerine rağmen daha az yağlı ve az tuzlu yiyecekleri seçebilmelerini sağlayan özgüveni ölçmektedir. On beş maddeden oluşan ölçek üçlü likert tipinde, tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Ölçek maddeleri -1, +1 puan aralığında (-1: emin değilim, 0: biraz eminim, +1: çok eminim) değer almaktadır, toplam puanı -15, +15 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması yüksek öz-yeterlik değerini göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0,84, test-tekrar test güvenilirliği (r): 0,63 bulunmuştur (Parcel ve ark., 1995; Edmundson, Parcel, Perry ve ark., 1996a).

Bu araç için ölçek uyarlama çalışması kapsamında geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Dil ve Kapsam Geçerliliği: Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği [*Children's Dietary Self-Efficacy Scale*] çeviri metodolojisine uygun olarak Türkçe'ye çevirilmiştir. Buna göre ölçeğin Türkçe'ye çevirisi araştırmacı ve iki ayrı uzman tarafından yapıldıktan sonra elde edilen Türkçe form başka bir uzman tarafından geri çeviri (back translation) yöntemi ile tekrar İngilizceye çevirilmiştir. Orjinal İngilizce formlar ile geri çevirisi yapılan formlar karşılaştırılarak uygun olmayan maddelerin Türkçe ifadeleri gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Elde edilen Türkçe form ve orjinal

İngilizce form, hem dil geçerliliği hem de içerik geçerliliğini sağlamak için çocuk sağlığı, halk sağlığı ve beslenme konusunda uzman olan 11 kişilik bir komiteye (6 akademisyen hemşire, 5 klinisyen ve akademisyen diyetisyen) uzman görüşü almak için sunulmuştur (Ek-10: görüş alınan uzmanların listesi). Uzmanların sağlıklı değerlendirme yapabilmesi için kapsam geçerlik indeksi (KGİ) [Content Validity Index - CVI] kullanılmıştır. Bunun için uzman görüşüne sunulan her bir maddenin 1-4 puan aralığında (1-uygun değil, 4-çok uygun) değerlendirilmesi istenmiştir. Değerlendirmede ölçek maddelerinin % 80' inin 3 ve üzerinde puan değeri alması beklenmiştir (Peirce, 1995; Burns ve Grove, 2009). Uzman görüşleri sonucunda ölçeklerdeki Amerikan kültürüne özgü bazı yiyecekler Türk kültüründe çocukların tükettiği eşdeğer besin seçenekleri ile değiştirilmiş, bazı maddelerde ise ifade değişiklikleri yapılmıştır. Uzman görüşlerine göre gerekli düzeltmeler yapılan ölçek ön uygulama için örneklem grubuyla benzer özelliklere sahip 20 kişilik öğrenci grubuna uygulanmış ve 10 dakikada tamamlandığı gözlenmiştir. Anlaşılmayan madde belirtilmemiştir. Ön uygulamaya alınan öğrenciler araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir. Güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık analizi (cronbach alpha) ve madde-toplam puan korelasyonları yapılmıştır. Ayrıca bu kapsamda, elli dokuz çocukla 3 hafta aralıklarla yapılan uygulamalar ile ölçeğin zamana karşı değişmezliği (test-tekrar test) test edilmiştir.

3.9.4. Sağlık Algısı Formu - SAF (Ek-4)

Çocukların kendi sağlıklarını değerlendirmeleri sağlıkları hakkında bireysel bilgilerinin anlaşılmasını sağlar (Idler ve Benyamini, 1997). Bu çalışmada modelin bilişsel değerlendirme bileşeni çocukların sağlık algısı ile ölçülmüştür. Bunun için çocuklardan genel sağlığı hakkında "*sağlığımın.....olduğuna inanıyorum*" sorusuna 1-4 puan aralığında değer alan (kötü, orta düzey, iyi, mükemmel) yanıtlardan kendisine uygun olanı seçmesi istenmiştir.

3.9.5. Beslenme Tutum Ölçeği – BTÖ (Ek-5)

Duyuşsal yanıtın ölçülmesi için "*Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği'nin Beslenme alt ölçeği*" kullanılmıştır. Arvidson (1990) tarafından çocukların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve 16 maddeden oluşan Children's Cardiovascular Health Attitude Scale Türk toplumuna Öztürk (2002) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek dört alt testten oluşmaktadır: (1)

Egzersiz- 4 madde; (2) Beslenme- 4 madde; (3) Sigara içme- 4 madde (4) Stres kontrolü- 4 madde. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.75, beslenme alt ölçeğinin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.67'dür. Beslenme alt ölçeği çocuğun yağ alımını azaltan, sağlıklı yiyecek tüketimini artıran aktivitelere ve kalp sağlığını iyileştiren beslenme biçimine yönelik tutumunu ölçer. Ölçek maddeleri 1-4 puan aralığında (1- kesinlikle katılmıyorum, 4- kesinlikle katılıyorum) değer almaktadır, toplam puanı 4-16 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması olumlu tutumu göstermektedir.

3.9.6. Beslenme Davranış Ölçeği - BDÖ (Ek-6A) [Food Behavior Scale-FBS] (Ek-6B)

Çocukların besin tüketimleri CATCH HBQ kapsamında geliştirilen “*Beslenme Davranış Ölçeği*” ile değerlendirilmiştir. Ölçek, çocukların besin tüketimlerini belirlemek için az yağlı/ tuzlu ve çok yağlı/ tuzlu besin seçeneklerinin olduğu resimli 14 maddeden oluşmuştur. Çocuklara karşılaştırılabilir besinler gösterilerek iki besin arasından hangisini daha çok (sık) yediği sorulmuştur. Ölçek maddeleri sağlıksız besin için -1, sağlıklı besin için +1 değer almaktadır, toplam puanı -14, +14 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması sağlıklı beslenme alışkanlığını göstermektedir. Analizlerden önce her öğrenci için ölçekten alınan toplam puan, yüzdeliğe dönüştürülmüştür (% 0 sağlıksız besin tüketimi- % 100 sağlıklı besin tüketimi). Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.76, test tekrar test güvenirliği r: 0.58 bulunmuştur (Parcel ve ark., 1995; Edmundson, Parcel, Perry ve ark.,1996a).

Bu araç için ölçek uyarlama çalışması kapsamında geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır.

Dil ve Kapsam Geçerliği: Çalışmanın birinci aşamasında Beslenme Davranış Ölçeği - [Food Behavior Scale] Türk diline ve kültürüne uyarlanmıştır. Ölçek çeviri metodolojisine uygun olarak önce Türkçe'ye çevirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi iki ayrı uzman tarafından yapıldıktan sonra elde edilen Türkçe form başka bir uzman tarafından geri çeviri (back translation) yöntemi ile tekrar İngilizceye çevirilmiştir. Orjinal İngilizce formlar ile geri çevirisi yapılan formlar karşılaştırılarak uygun olmayan maddelerin Türkçe ifadeleri gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Elde edilen Türkçe form ve orjinal İngilizce form, hem dil geçerliliği hem

de içerik geçerliliğini sağlamak için çocuk sağlığı, halk sağlığı ve beslenme konusunda 11 uzmandan oluşan komiteye (6 akademisyen hemşire, 5 akademisyen ve klinisyen diyetisyen) uzman görüşü için sunulmuştur (Ek-10: görüş alınan uzmanların listesi.). Uzmanların sağlıklı değerlendirme yapabilmesi için kapsam geçerlik indeksi (KGI) [Content Validity Index-CVI] kullanılmıştır. Uzman görüşüne sunulan her bir maddenin 1-4 puan aralığında (1-uygun değil, 4-çok uygun) değerlendirilmesi istenmiştir. Değerlendirmede ölçek maddelerinin % 80'inin 3 ve üzerinde puan değeri alması beklenmiştir (Peirce, 1995; Burns ve Grove, 2009). Uzman görüşleri sonucunda ölçeklerdeki Amerikan kültürüne özgü bazı yiyecekler Türk kültüründe çocukların tükettiği eşdeğer besin seçenekleri ile değiştirilmiş, bazı maddelerde ise ifade değişiklikleri yapılmıştır. Uzman görüşlerine göre gerekli düzeltmeler yapılan ölçek ön uygulama için örneklem grubuyla benzer özelliklere sahip ancak örneklem grubundan farklı 20 kişilik öğrenci grubuna uygulanmıştır. Ön uygulamada, ölçeğin 5-6 dakikada tamamlandığı gözlenmiştir. Çocuklar tarafından anlaşılmayan madde belirtilmemiştir. Güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık analizi (KR20) yapılmıştır. Ayrıca bu kapsamda, ölçeğin zamana karşı değişmezliğini (test-tekrar test) ölçmek için ilk uygulamadan 3 hafta sonra 59 çocukla ikinci uygulama yapılmıştır.

3.9.7. Antropometrik Ölçümler

Çocukların kilo ve boy ölçümleri araştırmacı tarafından sınıflarda gerekli düzenek kurularak yapılmıştır. Çocukların vücut ağırlığı ölçümü için taşınabilir hassas elektronik tartı aleti ($\pm 0,1$ kg), boy uzunluğu ölçümü için taşınabilir stadyometre ($\pm 0,5$ cm) kullanılmıştır. Ağırlık ölçümü, öğrencilerin ayakkabıları ve formanın üzerindeki kıyafetler çıkarıldıktan sonra (en az kıyafetle) yapılmış ve bulunan değer en yakın 0.1 kg'lık değere yuvarlanmıştır. Boy uzunluğu ölçümü, ayakkabısız, sırt stadyometreye gelecek şekilde, topuklar birbirine bitişik, omuzlar gevşek, kollar yanda olacak bir pozisyonda yapılmıştır. Çocukların boy uzunluğu ölçümünde bulunan değer en yakın 0.1 cm'lik değere yuvarlanmıştır. Ölçümler tamamlandıktan sonra öğrencilerin BKİ değerleri kilonun (kg) boyun karesine (m^2) bölünmesi (kg/m^2) ile hesaplanmıştır. Beden Kitle İndeksi değeri hesaplandıktan sonra yaş ve cinsiyete göre persentil değeri bulunmuştur. Persentil değeri 5'in altında olanlar düşük kilolu, 85 ve üzerinde olanlar hafif şişman, 95 ve üzerinde olanlar şişman olarak değerlendirilmiştir (Bundak ve ark., 2006).

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS programları kullanılarak, % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler Tablo 3-3’de gösterilmiştir.

Tablo 3-3: Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmada Yapılan Değerlendirmeler	Kullanılan Analiz Yöntemleri
Beslenme Davranış Ölçeği	Kapsam Geçerlik İndeksi
Uyarlama Çalışması	İç tutarlılık (Kuder Richardson 20) Test-tekrar test korelasyonu
Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği	Kapsam Geçerlik İndeksi
Uyarlama Çalışması	İç tutarlılık (chronbach alfa) Test-tekrar test korelasyonu Madde toplam puan korelasyonu
Tanımlayıcı analizler	Yüzdellik, ortalama Korelasyon analizleri
Karşılaştırmalı analizler	Bağımsız gruplarda t testi Mann-Whitney U testi
Neden-sonuç ilişkisi (modelleme)	Çoklu regresyon analizi

4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular;

- (1) Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği ve Beslenme Davranış Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği,

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'nin bileşenlerini açıklamak üzere,

- (2) Çocukların bireysel özellikleri,
- (3) Çocukların sağlık sonucu,
- (4) Bireysel özellikleri tanımlayan bağımsız değişkenler arasındaki etkileşim,
- (5) Bireysel özellikler ile sağlık sonucu arasındaki etkileşim,
- (6) Kız ve erkek öğrencilerin bireysel özellikleri ile beslenme alışkanlıkları arasındaki etkileşimi test eden bulgular olmak üzere altı bölümde sunulmuştur.

4.1. BESLENME ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ VE BESLENME DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği'nin uzman görüşlerine göre KGİ: 0.90 ve ön uygulamada, iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (cronbach alfa): 0.79 bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alfa değeri (α): 0.70 bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları (r): 0.31-0.54 arasında değer almış ve test tekrar test güvenirliği (r): 0.68 bulunmuştur.

Beslenme Davranış Ölçeği'nin uzman görüşlerine göre KGİ: 0.96 bulunmuştur. Ön uygulama sonucunda ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı [Kuder Richardson 20 (KR20)]: 0.42 bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (KR 20): 0.68 ve test tekrar test güvenirliği (r): 0.74 bulunmuştur.

4.2. ÇOCUKLARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde çalışmaya katılan çocukların bireysel özellikleri: (1) özgeçmiş ve (2) dinamik değişkenlere göre sunulmuştur. Özgeçmiş değişkenleri; çocukların sosyo-demografik özellikleri, çocukların aile ortamı algıları, ebeveynlerin BKİ değerleri, ebeveyne göre çocuğun sağlığı, ebeveyn sağlığı, ailenin çevresel kaynaklarına ilişkin bilgileri içermiştir. Dinamik değişkenler kapsamında ise çocukların beslenme özyeterlik, beslenme tutumu ve sağlık algısına ilişkin bulgular sunulmuştur.

4.2.1. Özgeçmiş Değişkenleri

Sosyo-demografik Özellikler

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4-1’de gösterilmiştir. İlköğretim öğrencilerinden oluşan çalışma grubunun yaş ortalaması $11,13 \pm 0,40$, % 47,1’i kız, % 52,9’u erkektir. Öğrencilerin çoğunun (%52,1) ailesinde 4 ve daha az sayıda birey yaşarken, tamamına yakını (% 94) öz anne ve babaları ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4-1: Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri (N = 420)

Değişkenler	Kategori	Sayı	%
Yaş (yıl)	10	3	0,7
	11	365	86,9
	12	45	10,7
	13	7	1,7
	Ort.±SS	11,13 ± 0,40	
Cinsiyet	Kız	198	47,1
	Erkek	222	52,9
Ailedeki birey sayısı	4 ve altı	219	52,1
	5-6	167	39,8
	7 ve üstü	34	8,1
	Ort.±SS	4,69 ± 1,23	
Ebeveynlerin evlilik durumu	Evli	395	94,0
	Boşanmış/ ölü	25	6,0
	Toplam	420	100,0

Sosyal Etki: Aile Ortamı ve Ebeveyn BKİ Değerleri

Model kapsamında, sosyal etki değişkeni çocukların “*aile ortamı algısı*” ve “*ebeveynlerin BKİ değeri*” ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin aile ortamı ölçeği puan ortalaması $76,00 \pm 9,59$ (26-104 arasında) bulunmuştur (Tablo 4-2). Ebeveynlerin BKİ değerlerine bakıldığında hem annelerin hem de babaların yarısından fazlasının hafif şişman ve şişman oldukları (sırasıyla % 55,6 ve % 63,7) belirlenmiştir (Tablo 4-3).

Tablo 4-2: Öğrencilerin Aile Ortamı Ölçeği Puan Dağılımı (N=416)

Aile Ortamı Ölçeği	Sayı	Ort.	SS	(min- max)		α
Birlik- beraberlik	416	47,57	6,27	16	64	0,75
Denetim	416	28,43	4,26	10	40	0,63
Toplam	416	76,00	9,59	26	104	0,82

Tablo 4-3: Anne ve Babaların Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Dağılımı

Beden Kitle İndeksi	Kategori	Anne*		Baba**	
		Sayı	%	Sayı	%
	Zayıf	5	1,3	9	2,3
	Normal	171	43,1	132	34,0
	Hafif şişman	155	39,0	202	52,1
	Şişman	66	16,6	45	11,6
	Ort.±SS	26,10 ± 4,29		26,25 ± 3,54	

n*=397, n**=388

Sağlık Deneyimi: Ebeveyne Göre Ailenin Sağlık Durumu

Sağlık deneyimi annenin kendi, eşi ve çocuğunun sağlık durumuna ilişkin algısı ile değerlendirilmiştir. Buna göre annelerin sağlık durumu ortalaması $2,26 \pm 0,70$ (en az- en çok= 1-4), babaların $2,09 \pm 0,64$ ve çocukların $1,92 \pm 0,64$ 'dur. Anneye göre *ebeveyn sağlığı puan ortalaması* **$2,18 \pm 0,59$** (en az- en çok = 1-4) bulunmuştur (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Ebeveyne Göre Ailenin Sağlık Durumu (N=420)

Sağlık Durumu	Kategori (1-4)	Anne*		Baba**		Çocuk	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Kötü	52	12,4	62	15,1	101	24,0
	Orta	214	51,2	251	61,1	251	59,8
	İyi	141	33,7	93	22,6	65	15,5
	Mükemmel	11	2,6	5	1,2	3	0,7
	Ort.±SS	$2,26 \pm 0,70$		$2,09 \pm 0,64$		$1,92 \pm 0,64$	
Ebeveyn Sağlığı	Ort.±SS	$2,18 \pm 0,59$					
	(1-4)						

n*=418, n**=411

Çevresel Kaynaklar: Sosyo- Ekonomik Seviye (SES)

Ailenin çevresel kaynakları anne-baba eğitim düzeyi, ailenin ekonomik güçlük yaşama algısı ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin anne (% 66,5) ve babalarının (% 47,2) büyük çoğunluğunun ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olduğu, ailelerin büyük çoğunluğunun (% 84,8) orta düzeyde ekonomik güçlük yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4-5). Anne-baba eğitimi ve ailenin ekonomik güçlük algısı puanlarının toplamından oluşan SES puan ortalaması $5,01 \pm 1,16$ (en az- en çok = 3-9) bulunmuştur.

Tablo 4-5: Ailenin Çevresel Kaynakları-SES Puanı Dağılımı

Değişkenler	Kategori	Sayı	%
Anne Eğitim Düzeyi*	İlkokul ve altı (≤ 5 yıl)	278	66,5
	Orta öğretim (6-11 yıl)	120	28,7
	Üniversite ve üstü (≥ 12 yıl)	20	4,8
Baba Eğitim Düzeyi**	İlkokul ve altı (≤ 5 yıl)	194	47,2
	Orta öğretim (6-11 yıl)	180	43,8
	Üniversite ve üstü (≥ 12 yıl)	37	9,0
Ailenin Ekonomik Güçlük Algısı	Çok fazla	31	7,4
	Orta düzey	356	84,8
	Hiç yaşamıyor	33	7,9
SES (min-max=3-9)	Ort.±SS	5,01± 1,16	

*n=418, **n=411, *** n=396

4.2.2. Dinamik Değişkenler

İçsel Motivasyon: Beslenme Öz-yeterlik

Dinamik değişkenlerden içsel motivasyonun beslenme alışkanlığına etkisi beslenme öz-yeterliği ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin beslenme öz-yeterlik puan ortalaması $3,40 \pm 4,90$ (-15 + 15 arasında) bulunmuştur (Tablo 4-6).

Bilişsel Değerlendirme: Sağlık Algısı

Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin algıladıkları sağlık durumu ortalaması $1,97 \pm 0,67$ (en az- en çok= 1- 4) bulunmuştur (Tablo 4-6).

Duyuşsal Yanıt: Beslenme Tutumu

Beslenme davranışını etkileyen duyuşsal yanıt Çocuk Kalp Sağlığı Tutum Ölçeğinin Beslenme alt ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çocukların beslenme tutum ölçeği puan ortalaması $13,36 \pm 1,93$ (4-16 arasında) bulunmuştur (Tablo 4-6).

Tablo 4-6: Öğrencilerin Beslenme Özyeterlik, Tutum ve Sağlık Algısı Puan Dağılımları

Dinamik Değişkenler	Ort.	SS	min	max
İçsel Motivasyon (n= 420) Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği	3,40	4,90	- 15	15
Bilişsel Değerlendirme (n = 417) Çocuk Sağlık Algısı	1,97	0,67	1	4
Duyuşsal Yanıt (n= 417) Beslenme Tutum Ölçeği	13,36	1,93	4	16

4.3. ÇOCUKLARIN SAĞLIK SONUCU

Çalışmada sağlık sonucu (bağımlı değişken) olarak öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden kitle indeksi değerleri kullanılmıştır. Öğrencilerin beslenme alışkanlığı puanı [0 (sağlıksız besin tercihi) - 100 (sağlıklı besin tercihi)] arasında değişmiştir ve beslenme alışkanlığı puan ortalaması $54,40 \pm 18,54$ bulunmuştur. Öğrencilerin BKİ sonuçlarının ortalaması $18,67 \pm 3,13$ bulunmuştur. Sonuçlar gruplandırıldığında ise çocukların % 14,2'nin (59) hafif şişman ve % 7,7'nin (32) şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Dağılımı (N=416)

BKİ	Kategori	Sayı	%
	Zayıf	13	3,1
	Normal	312	75,0
	Hafif şişman	59	14,2
	Şişman	32	7,7
	Ort.±SS	$18,67 \pm 3,13$	

4.4. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Model, bağımsız değişkenlerin birbirleri ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkilerin dolaylı olarak sağlık davranışını etkilediğini önermektedir. Diğer bir deyişle, bağımsız değişkenler birbirleriyle etkileşerek sağlık davranışını etkilemektedirler. Cox'a göre bağımsız değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koymak ve bağımlı değişken üzerindeki dolaylı katkılarını anlamak, girişimleri planlamaya yardımcı olacaktır (Cox, 1982). Bu bölümde yukarıdaki önerme doğrultusunda bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

Bağımsız değişkenler arasında anlamlı ve zayıf ilişkiler bulunmuştur (Tablo 4-8). Ailenin sosyo-ekonomik seviyesi arttıkça çocuğun aile ortamı algısı artmış ($r:.12$, $p:0.00$), çocuğun aile ortamı algısı arttıkça beslenme öz-yeterlik düzeyi ($r:.09$, $p:0.00$) ve sağlıklı beslenme tutumu ($r:.40$, $p:0.00$) artmıştır. Buna karşın çocuğun aile ortamı algısı arttıkça ebeveyne göre ($r:-.14$, $p:0.00$) ve çocuğun kendine göre sağlık algıları ($r:-.37$, $p:0.00$) azalmıştır.

Diğer taraftan, ailenin sosyo-ekonomik seviyesi azaldıkça ebeveyn sağlık algısı (r:-.11, p: 0.00), çocuğun sağlıklı beslenme tutumu (r:-.11, p: 0.00) ve annenin BKİ değeri (r:-.15, p:0.00) artmış olup, annenin BKİ değeri ile babanın BKİ değeri (r:.17, p:0.00) arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin aile sağlık algıları (r:.38, p:0.00) ile çocuğun kendi sağlığına yönelik algısı (r:.27, p: 0.00; r:.12, p:0.00) arasında pozitif ilişki görülmüştür. Çocuğun beslenme öz-yeterlik düzeyi arttıkça sağlıklı beslenme tutumunun (r:.24, p: 0.00) arttığı, çocuğun kendi sağlığına yönelik algısı arttıkça sağlıklı beslenme tutumunun (r:-.34, p:0.00) azaldığı dikkati çekmiştir.

Tablo 4-8: II.ve III. Düzey Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Aile ortamı	1,000								
2. Anne BKİ	-0,098	1,000							
3. Baba BKİ	0,010	0,173**	1,000						
4.Çocuk sağlığı	-0,141**	-0,025	0,031	1,000					
5.Ebeveyn sağlığı	-0,049	0,078	0,004	0,386**	1,000				
6. SES	0,127*	-0,151**	-0,016	-0,044	-0,117*	1,000			
7.Beslenme öz-yeterlik	0,098*	0,007	0,024	-0,068	-0,079	0,008	1,000		
8. Çocuğun sağlık algısı	-0,373**	0,032	0,028	0,275**	0,127*	-0,065	-0,068	1,000	
9.Beslenme tutum	0,401**	0,017	0,020	-0,164**	-0,093	-0,115*	0,248**	-0,346**	1,000

** p< 0.01, *p< 0.05

4.5. BAĞIMSIZ VE BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Modelde yer alan ikinci ve üçüncü düzey bağımsız değişkenlerin her birinin bağımlı değişkenlerle olan ilişkisi Tablo 4-9'da gösterilmiştir. Sosyal etkiyi oluşturan değişkenlerden çocuğun aile ortamı algısı ile beslenme alışkanlığı puanı ($r:.10$, $p: 0.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmada, aile ortamını (birlik ve beraberlik içinde) algılama arttıkça, sağlıklı beslenme alışkanlığı da artmıştır. Aile ortamı ile çocuğun BKİ değeri arasında ilişki bulunmamıştır. Anne ve babanın BKİ değeri ile çocuğun beslenme alışkanlığı arasında ilişki bulunmazken, annenin ($r:.17$, $p: 0.00$) ve babanın BKİ değeri ($r:.22$, $p: 0.00$) arttıkça çocuğun BKİ değerinin arttığı görülmüştür. Sağlık deneyimi kapsamında ele alınan anneye göre kendi, eşi, çocuğu ve ebeveynlerin sağlık algısı ile çocuğun beslenme alışkanlığı arasında ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte, çocuğun BKİ değeri arttıkça annenin çocuk sağlık algısı ($r:-.15$, $p: 0.00$) azalmıştır. Çevresel kaynakları oluşturan anne-baba eğitimi, ailenin ekonomik güçlük algısı ve ailenin sosyo-ekonomik seviyesi ile çocuğun beslenme alışkanlığı puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Anne eğitimi ($r:.11$, $p: 0.00$), baba eğitimi ($r:.10$, $p: 0.00$) ve ailenin sosyo-ekonomik seviyesi ($r:.12$, $p:0.00$) arttıkça çocuğun BKİ değerinin arttığı belirlenmiştir.

Dinamik değişkenleri oluşturan çocuğun beslenme öz-yeterlik ($r:.39$, $p:0.00$) ve beslenme tutumu ($r:.23$, $p:0.00$) arttıkça sağlıklı beslenme alışkanlığı artmıştır. Buna karşın, çocuğun sağlık algısı ($r:-.10$, $p:0.00$) azaldıkça (olumsuz algılama) sağlıklı beslenme alışkanlığı artmıştır. Sağlığını olumsuz algılayan çocukların daha sağlıklı beslenme alışkanlığı sergiledikleri belirlenmiştir. Çocuğun beslenme öz-yeterlik, sağlık algısı ve beslenme tutumu ile çocuk BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4-9: II. ve III. Düzey Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişkenlerle İlişkisi

Değişkenler	Beslenme Alışkanlığı	Beden Kitle İndeksi
	r	r
Sosyal Etki		
Aile Ortamı	0,101*	-0,011
<i>Birlik- Beraberlik</i>	0,097*	-0,013
<i>Denetim</i>	0,083	-0,021
Anne BKİ	-0,011	0,170**
Baba BKİ	0,002	0,224**
Sağlık Deneyimi (ebeveyne göre)		
Anne sağlığı	-0,056	-0,046
Baba sağlığı	-0,055	-0,031
Çocuk sağlığı	-0,055	-0,152**
Ebeveyn sağlığı	-0,068	-0,038
Çevresel Kaynaklar		
Anne Eğitimi	0,038	0,118*
Baba Eğitimi	0,023	0,109*
Ekonomik güçlük algısı	-0,032	-0,030
Toplam SES	0,039	0,129**
İçsel Motivasyon		
Beslenme öz-yeterlik	0,398**	-0,022
Duyuşsal Yanıt		
Beslenme tutum	0,238**	-0,082
Bilişsel Değerlendirme		
Çocuğun sağlık algısı	-0,105*	-0,038

** p< 0.01, *p< 0.05

Bağımsız değişkenlerin çocukların beslenme alışkanlığına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4-10'da gösterilmiştir. Beslenme alışkanlığında bağımsız değişkenler varyansın % 21,7'sini açıklamıştır. Beslenme öz-yeterlik, beslenme tutum ve cinsiyet beslenme alışkanlığına doğrudan etkisi olan bağımsız değişkenlerdir.

Çocuklar için oluşturulan modelde beslenme öz-yeterlik varyansın % 8,6'sını, çocuğun sağlık algısı % 24,7'ni, beslenme tutum % 25,8'ini açıklamıştır. Modeldeki önemli özgeçmiş değişkenlerden ebeveyne göre çocuğun sağlığı ve çocuğun aile ortamı algısı, çocuğun sağlık algısını; çocuğun aile ortamı algısı ve ailenin sosyo-ekonomik seviyesi beslenme tutumunu etkilemiştir. Dinamik değişkenlerden beslenme tutumu hem beslenme öz-yeterlik hem de çocuğun sağlık algısı ile karşılıklı etkileşim göstermiştir (Şekil 4-1).

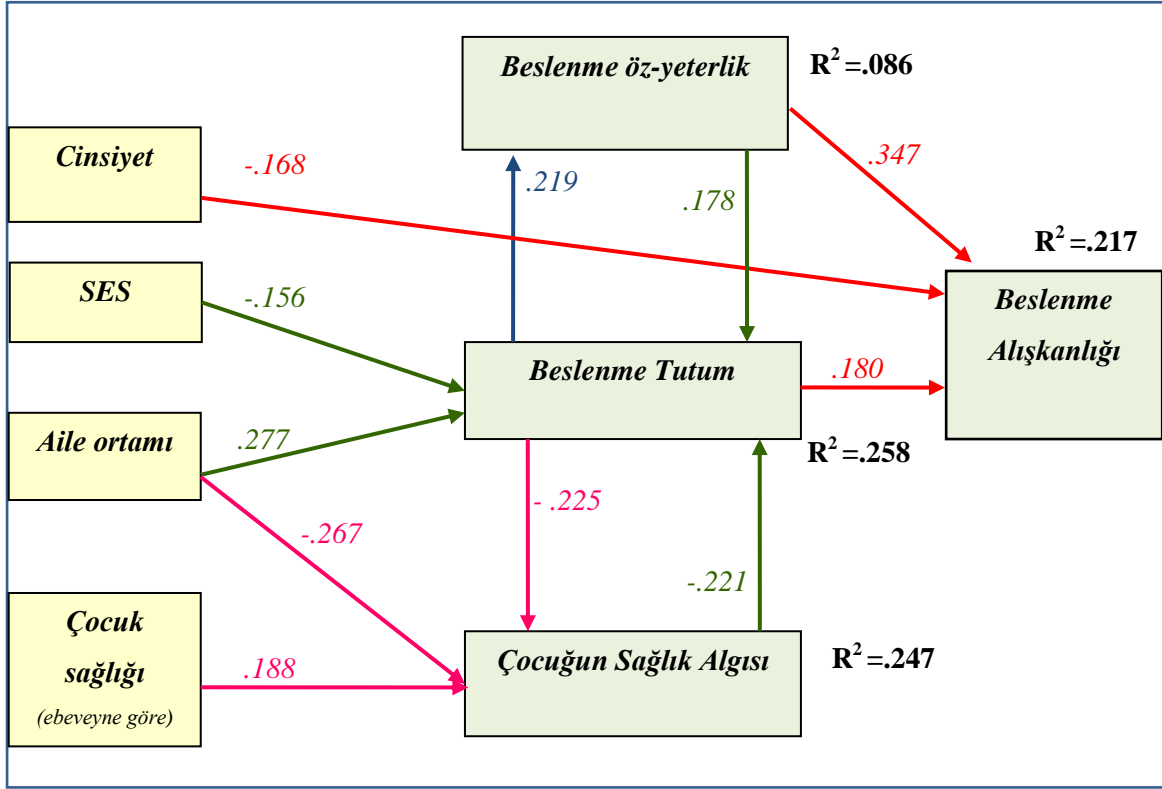
Bağımsız değişkenlerin çocukların BKİ sonuçlarına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4-11'de gösterilmiştir. Çocukların BKİ sonucunda bağımsız değişkenler varyansın % 15,6'nı açıklamıştır. Ailedeki birey sayısı, ebeveynlerin evlilik durumu, anne BKİ değeri, baba BKİ değeri, ebeveyne göre çocuğun sağlık algısı ve ailenin sosyo-ekonomik seviyesi çocukların BKİ sonucuna doğrudan etkisi olan bağımsız değişkenlerdir (Şekil 4-2).

Tablo 4-10: Çoklu Regresyon: Bağımsız Değişkenlerin Beslenme Alışkanlığına Etkisi

	Beta (β)	t	p
(Constant)		1,648	0,100
Yaş	-0,028	-0,576	0,565
Cinsiyet	-0,168	-3,487	0,001
Ailedeki birey sayısı	-0,085	-1,685	0,093
Evlilik durumu	0,034	0,716	0,474
Aile ortamı	-0,012	-0,229	0,819
Anne BKİ	0,008	0,163	0,870
Baba BKİ	-0,007	-0,142	0,887
Çocuk sağlığı (ebeveyne göre)	-0,010	-0,184	0,854
Ebeveyn sağlığı	-0,002	-0,038	0,970
SES	0,035	0,702	0,483
Beslenme öz-yeterlik	0,347	7,189	0,000
Çocuğun sağlık algısı	-0,013	-0,251	0,802
Beslenme tutum	0,180	3,357	0,001

Bağımlı Değişken: Beslenme Alışkanlığı ($F= 7.845$; $df=13$; $p< 0.001$, $R^2 = 0.217$, $R= 0.466$)

(cinsiyet: 0= kız, 1=erkek; evlilik durumu: 0= evli, 1= evli değil)



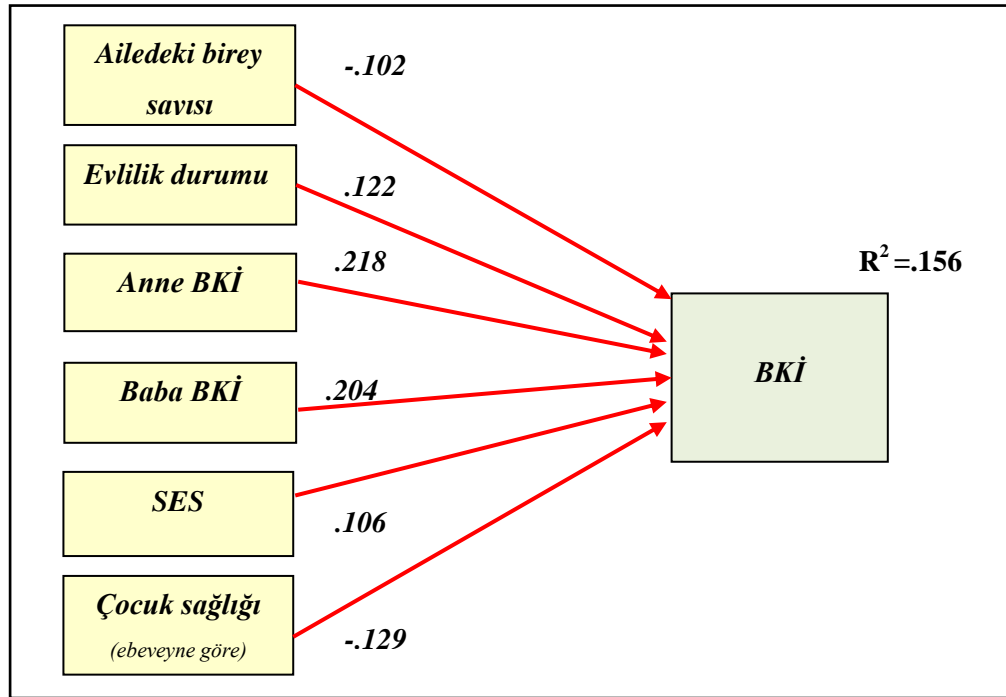
Şekil 4-1: Beslenme Alışkanlığı Modeli

Tablo 4-11: Çoklu Regresyon: Bağımsız Değişkenlerin Çocukların BKİ Sonucuna Etkisi

	Beta (β)	t	p
(Constant)		1,867	0,063
Yaş	0,029	0,569	0,570
Cinsiyet	-0,034	-0,673	0,502
Ailedeki birey sayısı	-0,102	-1,941	0,050
Evlilik durumu	0,122	2,493	0,013
Aile ortamı	0,013	0,228	0,820
Anne BKİ	0,218	4,325	0,000
Baba BKİ	0,204	4,126	0,000
Çocuk sağlığı (ebeveyne göre)	-0,129	-2,328	0,020
Ebeveyn sağlığı	0,033	0,616	0,538
SES	0,106	2,051	0,041
Beslenme öz-yeterlik	-0,006	-0,110	0,913
Çocuğun sağlık algısı	-0,043	-0,781	0,435
Beslenme tutum	-0,100	-1,786	0,075

Bağımlı Değişken: Çocuk BKİ (F= 5,191; df=13; p< 0.001, R² = 0.156, R= 0.395)

(cinsiyet: 0= kız, 1=erkek; evlilik durumu: 0= evli, 1= evli değil)



Şekil 4-2: Beden Kitle İndeksi Modeli

4.6. ÇOCUKLARIN CİNSİYETİNE GÖRE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER İLE BESLENME ALIŞKANLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Olası cinsiyet farklılığını açıklamak için beslenme alışkanlığı puanları t-testi ile değerlendirilmiştir. Kız öğrencilerin beslenme alışkanlığı puan ortalamaları ($58,08 \pm 18,38$) erkek öğrencilere ($51,12 \pm 18,11$) göre daha yüksek bulunmuştur ($t= 3.900$; $p= 0.000$). Beslenme öz-yeterlik, beslenme tutum ve çocuk sağlık algısı değişkenlerinin yanıtları normal dağılım göstermemiştir. Her bir değişkende cinsiyetler arası olası farklılığı ortaya koymak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır ancak kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4-12’de erkek öğrencilerde bağımsız değişkenlerin beslenme alışkanlığına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Erkek öğrenciler için oluşturulan beslenme alışkanlığı modeli toplam varyansın % 12,7’sini açıklamıştır. Beslenme öz-yeterlik beslenme alışkanlığına doğrudan etki eden tek değişkendir (Şekil 4-3). Beslenme öz-yeterlik varyansın % 8,2’sini açıklamıştır ve beslenme tutumundan etkilenmiştir. Çocuğun sağlık algısı varyansın % 22,6’sını açıklamıştır ve beslenme tutumu, çocuğun aile ortamı algısını kapsamıştır. Beslenme tutumu varyansın % 32,9’unu açıklamıştır ve beslenme öz-yeterlik, çocuğun sağlık algısı, ailenin sosyo-ekonomik seviyesi ve çocuğun aile ortamı algısından türemiştir.

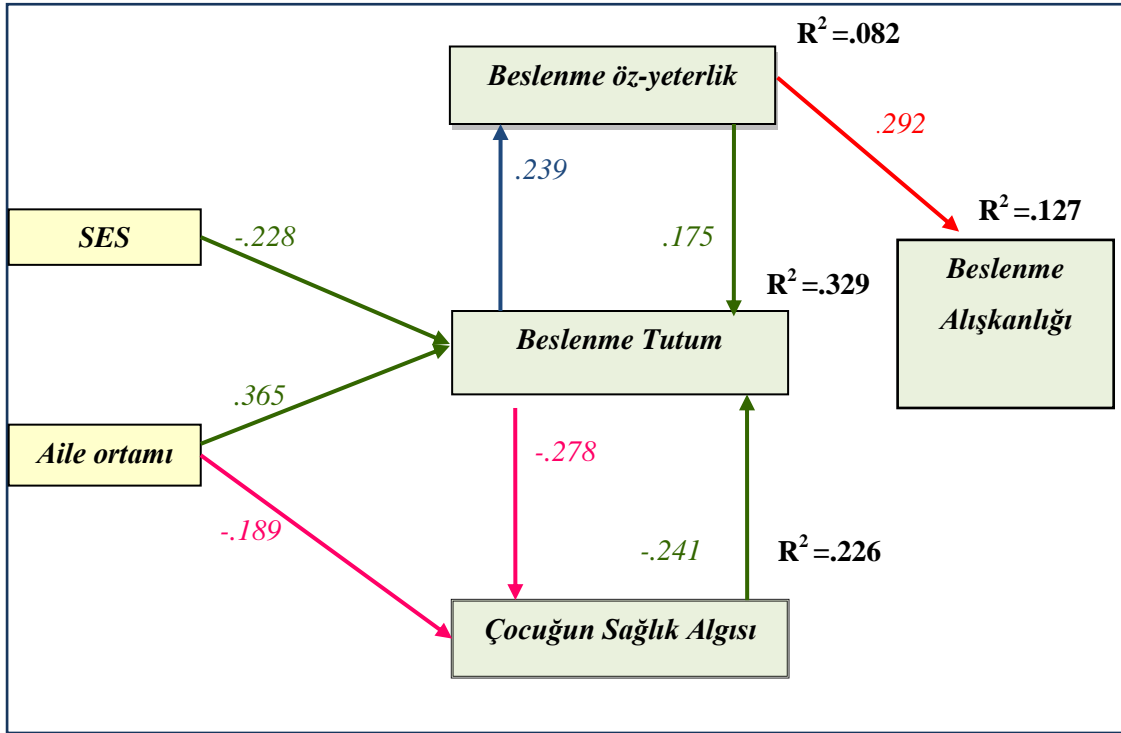
Kız öğrencilerde beslenme alışkanlığına etki eden bağımsız değişkenleri gösteren regresyon analizi sonuçları Tablo 4-13’de sunulmuştur. Kız öğrenciler için oluşturulan modelde beslenme öz-yeterlik varyansın % 14,7’sini, çocuğun sağlık algısı % 32,2’sini, beslenme tutum % 23,7’sini ve beslenme alışkanlığı % 29,5’ini açıklamıştır. Modeldeki önemli özgeçmiş değişkenler şunlardır; ebeveyne göre çocuğun sağlık durumu, çocuğun sağlık algısını etkilerken; çocuğun aile ortamı algısı hem beslenme tutumunu hem de çocuğun sağlık algısını etkilemiştir. Dinamik değişkenlerden beslenme tutumu ve çocuğun sağlık algısı birbirini etkilerken, beslenme öz-yeterlik ve beslenme tutumu birbirlerinin yanı sıra beslenme alışkanlığını da etkilemiştir (Şekil 4-4).

Tablo 4-12: Çoklu Regresyon: Erkek Öğrencilerde Bağımsız Değişkenlerin Beslenme Alışkanlığına Etkisi

	Beta (β)	t	p
(Constant)		1,027	0,306
Yaş	-0,036	-0,502	0,616
Ailedeki birey sayısı	-0,081	-1,147	0,253
Evlilik durumu	0,033	0,470	0,639
Aile ortamı	-0,002	-0,028	0,977
Anne BKİ	0,075	1,025	0,307
Baba BKİ	-0,023	-0,321	0,749
Çocuk sağlığı (ebeveyne göre)	-0,031	-0,404	0,687
Ebeveyn sağlığı	0,019	0,258	0,797
SES	0,038	0,509	0,611
Beslenme öz-yeterlik	0,292	4,123	0,000
Çocuğun sağlık algısı	0,013	0,166	0,869
Beslenme tutum	0,141	1,697	0,091

Bağımlı Değişken: Beslenme Alışkanlığı (F= 2.282; df=12; p< 0.05, R² = 0.127, R= 0.356)

(evlilik durumu: 0= evli, 1= evli değil)



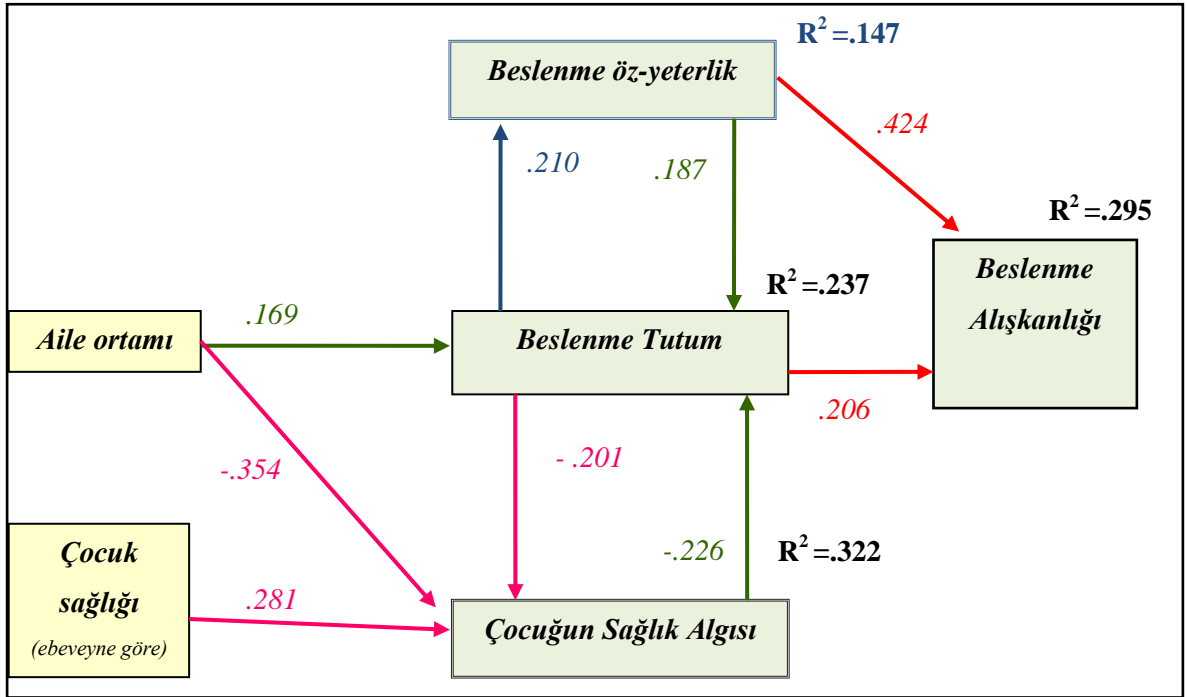
Şekil 4-3: Erkek Öğrencilerin Beslenme Alışkanlığı Modeli

Tablo 4-13: Çoklu Regresyon: Kız Öğrencilerde Bağımsız Değişkenlerin Beslenme Alışkanlığına Etkisi

	Beta (β)	t	p
(Constant)		1,166	0,245
Yaş	-0,017	-0,249	0,803
Ailedeki birey sayısı	-0,093	-1,233	0,219
Evlilik durumu	0,052	0,776	0,439
Aile ortamı	-0,021	-0,270	0,788
Anne BKİ	-0,078	-1,133	0,259
Baba BKİ	0,017	0,244	0,807
Çocuk sağlığı (ebeveyne göre)	0,027	0,335	0,738
Ebeveyn sağlığı	-0,027	-0,352	0,725
SES	0,010	0,140	0,889
Beslenme öz-yeterlik	0,424	6,014	0,000
Çocuğun sağlık algısı	-0,037	-0,461	0,645
Beslenme tutum	0,206	2,762	0,006

Bağımlı Değişken: Beslenme Alışkanlığı (F= 5.785; df=12; p< 0.001, R² = 0.295, R= 0.543)

(evlilik durumu: 0= evli, 1= evli değil)



Şekil 4-4: Kız Öğrencilerin Beslenme Alışkanlığı Modeli

5. TARTIŞMA

Çocukluk çağı şişmanlığı her gün artan şişman çocuk sayısı ile dünya ve Türkiye çapında ciddi bir halk sağlığı problemidir. Çocukların besin tüketimi ile şişmanlık arasındaki ilişki bilinmektedir. Günümüzün beslenme ortamında çocuklar ve gençler arasında doymuş ve tam yağlar, kolesterol, tuz ve şeker tüketimi fazla iken, lif, kalsiyum, demir, potasyum, vitamin, omega-3 yağ asitlerinin yeterince tüketilmediği bilinmektedir. Sağlık davranışı sanılandan çok fazla bağımsız değişken tarafından etkilendiği için karmaşık bir olgudur. Bu değişkenlerin birbiri üzerindeki etkisi doğrudan sağlık sonucunu etkilemektedir. Bu çalışmada çocukların beslenme sonuçlarını etkileyen faktörler Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) bileşenleri ile değerlendirilmiştir. Modelin kavramsal çerçeve olarak kullanılması, Türk çocukların beslenme sonuçlarının fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyolojik belirleyicilerini ortaya koyan kapsamlı veri sağlayarak aile ve okul temelli girişimler için rehber olacaktır.

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) sağlık davranışı ile bireysel özelliklerin ilişkisini vurgulamaktadır (Cox, 1982; 2003). Her bireyin (kişi) demografik özellikleri, sosyal ortamının etkisi, sağlık deneyimi, çevresel kaynakları, içsel motivasyonu, sağlıkla ilgili bilişsel değerlendirmesi ve duyuşsal yanıtı farklı olduğu için sağlık davranışına karşı tepkisi de farklılık göstermektedir. Model, hemşirelerin “pek çok faktör bir arada sağlık davranışını nasıl etkiler?” sorusuna yanıt bulmada yardımcı olur. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli’ni kavramsal çerçeve olarak kullanan pek çok araştırmacı dikkatlerini yetişkinlerin sağlık davranışları üzerine yoğunlaştırmıştır. Literatürde bu model kullanılarak çocukların sağlık davranışlarını inceleyen sadece iki çalışmaya ulaşılabilmektedir (Farrand ve Cox, 1993; Robinson ve Thomas, 2004). Bu çalışmalarda çocukların sağlık davranışlarını açıklamak için SDEM’in kavramsal bir araç olarak kullanılabilceği ortaya konmuştur. Robinson ve Thomas’ın (2004) çalışması modelin okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıklarını iyi düzeyde (açıklanan varyans: kızlarda % 45,5; erkeklerde % 49,6), ancak fizik aktivite davranışlarını düşük düzeyde (açıklanan varyans: % 10,2) açıkladığını göstermiştir. Fizik aktivite davranışının model tarafından yeterince açıklanamaması çocukların fizik aktivite yapmalarını kolaylaştıran ya da engelleyen faktörlerin araştırma değişkeni olarak ele alınmaması ile ilişkilendirilmiştir. Farrand ve Cox (1993) ise SDEM’i okul çağındaki çocukların genel sağlık davranışlarını açıklamak için kullanmıştır ve modelin mükemmel (açıklanan

varyans: kızlarda % 53; erkeklerde % 63) bir kavramsal çerçeve olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, SDEM sağlık durumu göstergelerinden beslenme alışkanlıkları ve BKİ sonuçlarının açıklanması için uygun kavramsal bir çerçeve sağlamıştır. Model, kızların beslenme alışkanlıklarının % 29,5'ini, erkeklerin % 12,7'sini, her iki cins için BKİ sonuçlarının % 15,6'nı açıklamıştır. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, çocukların beslenme alışkanlıkları ve BKİ sonuçları ile davranışı oluşturan etkenler arasında karmaşık ilişkiler olduğunu, içsel motivasyon ve duyuşsal yanıtın beslenme alışkanlıkları için anahtar özellikler olduğunu ortaya koyarak gelecekteki hemşirelik çalışmaları için yol gösterici olmuştur. Ayrıca çocukların sağlık davranışlarını geliştirmek için SDEM'e dayalı girişimlerin planlanmasında rehberlik edecek önemli ipuçları sunmuş, bireysel özellikler bileşeninin, özellikle değiştirilebilir bileşenlerinin (içsel motivasyon, bilişsel değerlendirme, duyuşsal yanıt) olumlu beslenme alışkanlığı kazandırmayı amaçlayan hemşirelik girişimlerinde kullanılması gerektiğini ortaya koymuştur. Çocukların sağlık davranışlarının açıklanmasında bu modeli kullanan araştırma sayısının artması, modelin bileşenlerinin açıklanmasına ve eklenmeye ihtiyaç duyulan bileşenlerin ortaya konmasına yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada, SDEM'in dinamik değişkenlerinden içsel motivasyonu değerlendirmek amacıyla, çocukların az yağlı ve az tuzlu yiyecekleri seçmeleri için algıladıkları öz-yeterliği ölçen *Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği'nin (ÇBÖÖ)* Türkçe'ye ilk uyarlaması yapılmıştır. Ölçek Türkçe'ye çevrildikten sonra ilköğretim beşinci sınıfa devam eden öğrenciler üzerinde test edilmiştir. Türkçe ÇBÖÖ'nün kapsam geçerliği oldukça yüksek (KGİ: 0.90) bulunmuştur (Peirce, 1995; Burns ve Grove, 2009). Ölçeğin güvenilirliği için madde-toplam puan korelasyonlarının 0.30'un üzerinde olması beklenir. Bu çalışmada madde-toplam puan korelasyonları (0.31-0.54) yeterli/uygun bulunmuştur. İç tutarlık güvenilirlik katsayısının 0.80'in üzerinde olması tercih edilmekle birlikte, 0.70'in üzeri kabul edilebilir düzeydir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Burns ve Grove, 2009). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin sınındığı orijinal çalışmada cronbach alfa değeri (α) 0.84 (Parcel ve ark., 1995; Edmundson, Parcel, Perry ve ark., 1996a), Robinson ve Thomas'ın (2004) çocukların beslenme alışkanlıklarının SDEM'e göre incelendiği benzer çalışmada 0.82, çocukların beslenme alışkanlıklarında teknoloji kullanımının değerlendirildiği başka bir çalışmada (Long ve Stevens, 2004) ise 0.85 bulunmuştur. Bu çalışmada iç tutarlık güvenilirlik katsayısı α :0.70 bulunmuştur. Bu

değer, orijinal çalışmaya göre daha düşük ancak, kabul edilebilir düzeydedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği ($r:0.68$) orijinal çalışma ($r:0.63$) ile benzerdir (Parcel ve ark.,1995).

Çocukların beslenme alışkanlıklarını ölçmek için geliştirilen “*Beslenme Davranış Ölçeği*”nin (BDÖ) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çok aşamalı çeviri-geri çeviri sürecini takiben öğrenciler üzerinde test edilmiştir. Kapsam geçerliği yüksek (KGI:0.96) bulunan ölçeğin (Peirce, 1995; Burns ve Grove, 2009) iç tutarlığı (KR 20: 0.68) önceki çalışmalarda bulunan değerlerden ($\alpha:0.76$ ve 0.89) düşük (Parcel ve ark., 1995; Edmundson, Parcel, Perry ve ark., 1996a; Long ve Stevens, 2004), Robinson ve Thomas'ın (2004) çalışması ($\alpha: 0.63$) ile benzer bulunmuştur. Bu çalışmada 3 hafta ara ile yapılan test tekrar test güvenilirliği ($r: 0.74$), Parcel ve ark. (1995) orijinal çalışma sonuçlarına ($r:0.58$) göre yüksek ve iyi düzeyde bulunmuştur. Bu bulgular Türkçe ÇBÖÖ ve BDÖ'nin geçerlik, güvenilirlik değerlerinin literatür ile uyumlu ve kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir.

Bu çalışma ilköğretim beşinci sınıfa devam eden, sosyoekonomik düzeyi çoğunlukla orta ve düşük olan, 420 çocuğun beslenme alışkanlıkları ve beslenme alışkanlığının sonucu olan BKİ'ne bireysel özelliklerin (demografik, sosyal, çevresel, sağlık deneyimi, motivasyon, bilişsel değerlendirme ve duyuşsal yanıt) etkisini ve bu değişkenlerin birbiri ile etkileşimlerini ortaya koymuştur. Bu çalışma ile SDEM Türk toplumunda ilk kez kullanılmıştır. Model bileşenleri ile ilgili araştırmalar sınırlı olduğu için bulgular daha çok yabancı kaynak ile tartışılmıştır. Çalışmanın bulguları iki bölümde tartışılmıştır.

Birinci bölümde, beslenme alışkanlıklarını etkileyen bulgular, *ikinci bölümde*, BKİ sonuçlarını etkileyen bulgular tartışılmıştır.

5.1. BESLENME ALIŞKANLIĞINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada, çocukların sağlıklı besin tüketme puanları % 0 - % 100 aralığında, % 54,40 bulunmuştur. Bu sonuç diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi çocukların önemli bir bölümünün sağlıklı beslenme alışkanlığı sergilemediklerini göstermiştir (Johnson ve Hackett, 1997; Robinson ve Thomas, 2004; Sweeting ve West, 2005). Oysa, çocukluk çağında az tuzlu, az yağlı, bol meyve, bol sebze ve kompleks karbonhidratlardan oluşan sağlıklı bir beslenme tarzının benimsenmiş olmasının gerekliliği bilinmektedir (British Medical Association, 2005). Çocukların besin tüketimini etkileyen faktörlerin tanımlanması yaşam boyu süren sağlıklı beslenme alışkanlığı için etkili girişimlerin belirlenmesini kolaylaştıracaktır (Baranowski ve ark., 1999). Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, çocukların beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkileyen üç değişken “*beslenme tutumu*”, “*beslenme öz-yeterliği*” ve “*cinsiyet*” tanımlamıştır. Aşağıdaki bölümde üç değişkenle ilgili bulgular tartışılacaktır.

Cinsiyet, beslenme alışkanlığını etkileyen önemli unsurlardan biridir. Bu çalışmada kızların beslenme alışkanlığı puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu önceki araştırmaların da (Reynolds, Baranowski ve ark., 1999a; Macaux, 2001; Lien ve ark., 2001; Robinson ve Thomas, 2004; Cooke ve Wardle, 2005) belirttiği gibi, kız çocukların erkeklere göre daha sağlıklı besinler seçtiği, meyve ve sebze daha fazla sevdiği ve tükettiği ile ilgili bilgileri desteklemiştir. Wardle ve ark. (2004), bu farkı erkeklerin enerji gereksinimlerinin kızlardan daha fazla olması, enerji içeriği yoğun yiyecekleri daha fazla sevmeleri ile açıklamıştır. Yanı sıra, araştırmacılar kızların sağlıklı beslenme alışkanlığını daha fazla benimseme ve sergileme davranışlarını sosyal ortamda kabul görme isteği ile ilişkilendirmiştir. Bu bakışla, kız ve erkek çocukların beslenme alışkanlıkları ayrı iki model oluşturularak incelendi. Nitekim kız öğrencilerin beslenme alışkanlığını etkileyen iki önemli faktör öz-yeterlik ($r= 0.424$, $p<0.001$) ve tutum ($r= 0.206$, $p<0.001$) iken, erkek öğrencilerde sadece öz-yeterlik ($r= 0.292$, $p<0.05$) en belirleyici faktör olarak bulunmuştur.

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli hem kız hem de erkek çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarını etkileyen en önemli unsurun *beslenme öz-yeterlik* olduğunu ortaya koymuştur. Öz-yeterlik bireyin bir davranışı sürdürebilme gücüne ilişkin kararlılığını, davranış ve sonuç beklentilerini engelleyen durumlarla baş edebilme yeteneğini tanımlamaktadır (Bandura, 2001). Birçok araştırma (Domel ve ark., 1996; Resnicow

ve ark., 1997; Reynolds, Hinton ve ark., 1999b; Lien ve ark., 2002; Neumark-Sztainer, Wall ve ark., 2003a) *beslenme öz-yeterlik* ve beslenme alışkanlıkları (sağlıklı besin tüketimi) arasındaki ilişkinin örneklem özelliklerine göre değiştiğini, ancak okul çağındaki çocuklarda beslenme öz-yeterlik ile beslenme alışkanlıkları arasında güçlü ilişkiler olduğunu göstermiştir (Parcel ve ark., 1995; Robinson ve Thomas, 2004; Perez-Lizaur ve ark., 2008). Young ve ark. (2004) ve De Bourdeaudhuij ve ark. (2008) bu ilişkinin okul çağındaki çocukların sağlıklı yiyecek (meyve ve sebze) tüketiminde belirleyici olduğunu kanıtlamıştır. Bu araştırmadan elde edilen öz-yeterlik ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişki ($r=.347$, $p<0.000$) öz-yeterlik algısı yüksek olan çocukların; (1) beslenme alışkanlıklarını değiştirebileceklerine ilişkin olumlu duygulara sahip olduklarını, (2) yeni bir beslenme alışkanlığına uyum sağlamak için yeterince çaba sarf edebileceklerini, (3) engellerle karşılaştıklarında bile olumlu beslenme alışkanlığını uzun süre devam edebileceklerine işaret etmiştir (AbuSabha ve Achterberg, 1997). Bu araştırma aynı zamanda öz-yeterliğin modelde tanımlanan değişkenlerden sadece beslenme tutumu ile karşılıklı etkileşerek beslenme alışkanlığını etkilediğini göstermiştir. Bu bulgular önceki araştırmalarda (Young ve ark., 2004; De Bourdeaudhuij ve ark., 2006; Brug ve ark., 2008) olduğu gibi iki değişkenin birbirleri aracılığıyla beslenme alışkanlığını etkilediği sonucunu desteklemiştir. Bu çalışmanın sonuçları, okul çağındaki çocuklara beslenme girişimi planlanırken öz-yeterliğin temel unsur olarak ele alınması gerektiğini doğrulamıştır.

Bu çalışmada, beslenme alışkanlığını etkileyen diğer önemli değişken "*beslenme tutumu*"dur. Tutumun sağlıklı besin tüketiminin belirleyicisi olması, daha fazla sağlıklı yiyecek tüketme ile ilişkilendirilebilir. Beslenme tutumu hem tüm çocuklar için oluşturulan modelde hem de kız çocukları için oluşturulan modelde beslenme alışkanlığını doğrudan etkilemiştir. Buna karşın erkek çocuklar için oluşturulan modelde beslenme tutumu beslenme alışkanlığını ancak öz-yeterlilik aracılığı ile dolaylı olarak etkilemiştir. Bu bulgu, Brug ve ark.'nın da (2008) belirttiği gibi kız ve erkek çocukların beslenme tercihleri/tutumları arasındaki farklılıktan kaynaklanmıştır. Tutumlar bir nesne, kişi ya da konu hakkında olumlu ya da olumsuz duygular olarak tanımlanır. Besin tercihleri (tutumlar) bir yiyeceği istemek, sevmek, bir yiyeceği diğerine tercih etmek olarak kabul edilebilir (Vereecken ve ark., 2005). Çocukların beslenme tutumları (tercihleri) sağlıklı yiyecek tercihleri (meyve sebze), yiyeceklerden hoşlanma ve tat tercihleri ile açıklanmaktadır (Domel ve ark., 1996; Resnicow ve ark., 1997; Lien ve ark., 2002; Neumark-Sztainer, Wall ve ark., 2003a; Bere ve Klepp, 2004; De Bourdeaudhuij ve ark., 2008).

Bu araştırmada beslenme tutumu *besin tercihi* ile eş anlamda kullanılmıştır (Robinson ve Thomas, 2004). Araştırmalar (Edlund ve ark., 1996; Sandvik ve ark., 2005; Unusan ve ark., 2006b; Lin ve ark., 2007) beslenme tutumları ile beslenme alışkanlıkları arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir.

Bu araştırmada, beslenme tutumu, çocukların beslenme öz-yeterlik algısı, aile ortamı algısı, sağlık algısı ve SES'den etkilenerek beslenme alışkanlığını etkilemiştir. Çocukların besin tercihlerinde/tutumlarında genetik faktörlerin rolü önemli yer tutmaktadır. Çocukların doğuştan getirdikleri bu genetik özellikler deneyimlerle değiştirilebilir. Bu kapsamda, özellikle, aileler erken çocukluk döneminde önemli rol oynarlar (Benton, 2004). Aile bireyleri ve ailedeki etkileşim çocuğun yiyeceklere ilişkin tutumunu ve besin tüketimini etkilemektedir (Young ve ark., 2004; Patrick ve Nicklas, 2005). Aileye bağlılık ve ebeveynlerle rahat iletişim kurabilmek ile sağlıklı beslenme alışkanlığı arasında olumlu ilişki vardır (Lien ve ark., 2002). Ailenin çocuk üzerindeki gücü ve önemi büyüktür. Çocukların sosyal destek, sosyalleşme, uyum ve yaşam becerisi gereksinimlerini sadece aile sağlayabilir. Çocuklar bakıldığı, sevildiği, değer verildiği zaman öz saygıları gelişir ve kendilerini açık iletişim kurabildikleri, arkadaşlık edebildikleri, ortak değerleri paylaşabildikleri sosyal bir yapının parçası olarak hissederler. Çocuğun fiziksel ve duygusal sağlığı, bilişsel ve sosyal fonksiyonu ailenin fonksiyonundan etkilenmektedir (American Academy of Pediatrics, 2003). Aile çocukların sosyalleşmesinde kritik rol oynamakla birlikte beslenme alışkanlıklarının öğrenildiği sosyal çevre bileşenlerinin başında gelmektedir. Olumlu aile ortamı çocukların daha sağlıklı besin tüketmeleri için esastır. Bu çalışmada çocukların aile ortamı algısı beslenme tutumu aracılığı ile beslenme alışkanlığını etkilemiştir. Perez-Lizaur ve ark. (2008)'nin çalışmasında gösterildiği gibi, çocukların sağlıklı yiyecek (meyve/sebze) tüketmesi ile olumlu aile ortamı (evde yemekleri annenin pişirdiği, sağlıklı yiyeceklerin bulundurulduğu) arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca sağlıklı beslenme kuralları olan (Pearson ve ark., 2009) ve çocuklarına rol modeli olan ebeveynlerin (Benton, 2004; Young ve ark., 2004) çocuklarının daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları gösterilmiştir. Benzer şekilde Patrick ve Nicklas (2005), ailesi ile birlikte yemek yemeyen çocukların besin değerü düşük olan yiyecekleri daha fazla tükettiklerini bulmuştur.

Aile çocuk üzerindeki kontrolünü çocuğun sağlıklı ve uygun yiyecekleri yemelerini sağlayarak ve destekleyerek de sürdürür (Wardle, 1995; Robinson ve ark., 2001). Ebeveynlerden özellikle annelerin çocukların beslenme tutumlarının/tercihlerinin oluşmasında kritik bir rolü vardır. Annelerin sağlıklı beslenmeye ilişkin olumlu tutumu, inancı ve davranışları çocukların sağlıklı yiyecek tüketmesini sağlarken, annenin olumsuz davranışları çocukların sağlıksız yiyecekler (şekerleme) tüketmesini sağlar (Gibson ve ark., 1998). Aile ortamında sağlıklı yiyeceklerle sık karşılaşan çocukların sağlıklı besin tüketme alışkanlıkları artacaktır.

Bu çalışmada beklenildiğinin aksine, düşük sosyoekonomik seviyedeki ailelerin çocuklarının daha olumlu beslenme tutumu sergiledikleri ve daha sağlıklı besin tükettikleri bulunmuştur. Benzer şekilde Türkiye’de yapılan bir çalışmada (Kocaoglu ve ark., 2005) SES’i yüksek olan ailelerin çocuklarının yağ ve proteinden zengin, enerji içeriği yüksek, hayvansal kaynaklı yiyecekleri daha fazla tükettiği gösterilmiştir. Akbay ve ark. (2007) sosyoekonomik düzey ile beslenme alışkanlığı arasındaki bu ilişkiyi son yirmi yılda yaşam biçimi değişikliklerin beslenme alışkanlıklarına da yansımaları ve özellikle yüksek SES’deki ailelerin ev dışında yemek yeme/ hazır yiyecek tüketme oranının artması, düşük SES’deki bireylerin ise daha az hazır yiyecek tüketmeleri ile açıklamıştır. Sosyoekonomik seviyenin çocukların beslenme alışkanlıkları ile ilişkisi Türkiye dışındaki birçok araştırmacının da ilgisini çekmiştir. Örneğin, Reidpath ve ark. (2002), Block ve ark. (2004), Cummins ve ark. (2005), ve Scully ve ark. (2007), SES’i düşük olan ailelerin çocuklarının kötü bir beslenme çevresine sahip olması nedeniyle daha fazla hazır yiyecek ve yüksek enerjili içecek tükettiğini göstermiştir. Edmonds ve ark. (2001) ise Afrika asıllı Amerikalı çocuklarda aile geliri ile evde sağlıklı yiyeceklerin (meyve sebze) bulunması ve bu yiyeceklerin tüketimi arasında ters yönlü bir ilişki bulmuştur. Bu bağlamda yukarıdaki araştırma bulguları ve bu çalışmanın bulguları düşük sosyoekonomik düzeyin çocukların sağlıklı beslenmesi için avantaja dönüştürülebileceğine işaret edebilir.

Sağlık profesyonellerinin ve ailelerin çocuğun yaşam kalitesini arttıracak kararlar almasında çocukların kendi sağlıklarıyla ilgili algılarının belirlenmesi önemlidir (Piko ve Bak, 2006). Bununla birlikte çocukların sağlık algılarını açıklayan çalışmaların hemen hepsi hasta çocuklar ile ilgilidir. Bu çalışmada sağlığını olumsuz algılayan çocukların daha sağlıklı besinleri tercih ettikleri ve tükettikleri bulunmuştur. Diğer bir deyişle, sağlık algısı düşük olan çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığı sergiledikleri

bulunmuş ve bu bulgu açıklanamamıştır. Nitekim, Lin ve ark. (2007) sağlıklı besinleri tercih eden ve tüketen Tayvanlı çocukların bu davranışları ile sağlık arasında ilişki kuramadıklarını belirtmiştir. Buna karşın, Gibson ve ark. (1998) sağlıklı olmak için yiyecek seçiminin çok önemli olduğunu belirten çocukların daha az şekerleme tükettiğini göstermiştir.

5.2. BEDEN KİTLE İNDEKSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Son yıllarda dünya genelinde çocuklarda hafif şişmanlık ve şişmanlık oranı artmıştır. Jassen ve ark. (2005) 34 ülke verilerini değerlendirdiği sistematik inceleme çalışmasında bu oran, ülkelere göre değişkenlik göstermekle birlikte, prevalans oranları hafif şişmanlık için % 5,1- 25,4 ve şişmanlık için % 0,4- 7,9 arasında bulunmuştur. Bu araştırma çocukların % 14,2'nin hafif şişman ve % 7,7'nin şişman olduğunu ortaya koymuştur. Bu değerler Türkiye'de yapılan önceki araştırma bulguları (hafif şişmanlık: % 10,3-12; şişmanlık: % 1.6 - 6.1) ile benzerlik göstermektedir (Öner ve ark., 2004; Manios ve ark., 2005; Sur ve ark., 2005; Simsek ve ark., 2008). Sonuçlara bakıldığında Türkiye için çocuklarda ve adölesanlarda şişmanlık prevalansı diğer ülkelere göre kısmen düşük olsa da, araştırmacılar toplumun değişen yaşam şeklinin şişmanlık risk faktörlerini arttırdığı konusunda fikirbirliğine varmışlardır (Öner ve ark., 2004; Sur ve ark., 2005; Simsek ve ark., 2008). Kilo almayı önlemenin, şişmanlığı tedavi etmekten daha kolay, ucuz ve etkili bir yöntem olduğu gerçeğinden hareketle, çocuklar ve adölesanlara yönelik etkili koruyucu girişimlerin uygulanması çok önemlidir (Ritchie ve ark., 2001). Bunun için çocuklarda şişmanlığı etkileyen faktörlerin ortaya konmasına gerek vardır.

Bu çalışmada, Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli çerçevesinde ele alınan 10 özgeçmiş değişkeninden altısı: *ailedeki birey sayısı, ebeveynlerin evlilik durumu, SES, anne ve baba BKİ değeri, ve ebeveyne göre çocuğun sağlık durumu* çocukların BKİ'ni doğrudan etkilemiştir. Buna karşın modelin dinamik değişkenlerinden hiçbiri BKİ ile ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgu Gallaway ve ark. (2007) çalışması ile uyumludur. Buna karşın De Bourdeaudhuij ve ark. (2006) dinamik değişkenlerden özyeterlik ve tercihler/tutumlar ile BKİ arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu farklı sonuçlar araştırmacıların da ifade ettiği gibi, büyük olasılıkla, çalışma gruplarının kültürel ve demografik özellikleri ile ilişkili olabilir. Aşağıda BKİ ile ilişkili bulunan özgeçmiş değişkenleri tartışılacaktır.

Ev ortamı çocukluk şişmanlığının gelişiminde kritik role sahiptir. Bu çalışma küçük ailelerde ve tek ebeveyn ile yaşayan çocukların hafif şişmanlık ve şişmanlık için aday olduklarını ortaya koymuştur. Bu bulgu, Strauss ve Knight'ın (1999) 6 yıllık izlem çalışmasını desteklemiştir. Bu çalışmada, araştırmacılar tek ebeveyn (anne) ile yaşayan çocukların şişman olma risklerini daha yüksek bulmuş, tek ebeveyn ve küçük ailede yaşayan çocukların kalabalık ailede yaşayan çocuklara göre şişmanlık yönünden iki kat riskli olduğunu göstermiştir. Yazarlar, bu sonucu tek ebeveynle ya da küçük ailede yaşayan çocukların bilişsel uyaranlarının daha az olması ile açıklamıştır. Bu sonuçların doğrulandığı bir başka çalışmada, Padez ve ark. (2005) okul çağındaki Portekizli çocuklarda, ailede tek çocuk olmanın hafif şişman ve şişman olma olasılığını arttırdığını, çocuk sayısı fazla olan ailelerde ise şişman olma riskinin düşük olduğunu belirtmiştir.

Çocukluk şişmanlığındaki önemli risk faktörlerinden bir diğeri ailenin sosyoekonomik seviyesi (SES)'dir. Sosyoekonomik faktörlerin önemi tartışmalı bir konu olmakla birlikte, literatürde yoksulluk (Boumtje ve ark., 2005), düşük aile geliri (Gray ve ark., 2007), düşük anne ve baba eğitim düzeyi (Güven ve ark., 2008) ve hepsini kapsayan bir bileşen olarak düşük SES (O'Dea ve Wilson, 2006) ile çocukluk şişmanlığı arasında olumlu ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Aksine, bazı çalışmalar yüksek SES (Rosas ve ark., 2010) ve yüksek anne baba eğitim düzeyinin (Da Costa Ribeiro ve ark., 2003; Padez ve ark. 2005) çocukluk şişmanlığı için risk faktörü olduğunu göstermiştir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan ailelerin çocuklarında kilonun artması bu çocukların şişmanlığa neden olabilecek yiyecekleri, kızartılmış hazır yiyecekleri, şekerli daha fazla tüketmesi ile ilişkilendirilmiştir (Rosas ve ark., 2010). Crawford ve ark. (2001)'nin çalışması ise her iki sonucu da ortaya koyması bakımından dikkat çekicidir. Araştırmacılar, yüksek SES ve beyaz ırka ait ailelerin çocuklarında şişmanlık prevalansını düşük bulurken, siyah ırkta ve hispaniklerde yüksek SES'in çocukları şişmanlıktan korumadığını bildirmiştir. Bu farklılık diğer araştırmacıların da belirttiği gibi kültürel ve çevresel faktörlere bağlanmıştır. Türkiye'de ise çalışmalar (Manios ve ark., 2004; Simsek ve ark. 2008) yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda düşük sosyoekonomik düzeye göre şişmanlığın daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Bu artış Türkiye'de son yıllarda çocukların beslenme ve egzersiz alışkanlıklarındaki değişimlerin, özellikle kentsel alanda yaşayan yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerde doymuş yağ, şeker ve rafine besin tüketiminin ve daha sedanter bir yaşam

biçiminin artması ile açıklanmıştır. Bu bulgular göstermiştir ki, SES'in çocukluk şişmanlığı üzerindeki etkisi farklı kültürel ve çevresel özellikler ile değişebilmektedir. Türk çocuklarında bu etki, yüksek SES'in çocukluk şişmanlığını artırdığı yönündedir.

Ailede şişmanlık öyküsü çocukluk şişmanlığı için esas etkidir (Moreno ve ark., 2004; Padez ve ark., 2005; Garipagaoglu ve ark., 2009). Bu çalışmada çocukların BKİ artışıdaki en önemli faktör ebeveynlerin (anne ve baba) BKİ değeri olarak belirlenmiştir. Ailenin şişmanlık öyküsü ile çocukluk şişmanlığı arasındaki olumlu ilişki farklı ülkelerde birçok çalışma ile ortaya konmuştur (Strauss ve Knight, 1999; Da Costa Ribeiro ve ark., 2003; Padez ve ark., 2005; Reilly ve ark., 2005; Ochoa ve ark., 2007; Elder ve ark., 2010; Rosas ve ark., 2010). Bu ilişki genetik özellikleri desteklemekle birlikte, aile bireylerinin paylaştıkları ortak çevresel özellikleri de yansıtmaktadır (Franks ve ark., 2005). Daha önce belirtildiği gibi ebeveynler çocuğa yaşamın erken döneminde yiyecekler ve yeme davranışı deneyimi için bir ortam sunmaktadır. Çocukların yeme alışkanlıkları, ebeveynlerin yeme alışkanlıkları ve çocuklarını besleme alışkanlıklarından etkilenmektedir (Scaglioni ve ark., 2008). Özellikle hafif şişman olan, kendi yiyecek alımını kontrol edemeyen ya da çocuğunun kilo alma riski olduğunu düşünen aileler, çocuklarının kilolu olmasını önlemek için onların beslenme alışkanlıklarını kontrol etmeye çalışırlar. Ancak genetik yatkınlık ile birlikte aşırı kontrol problemlili yeme alışkanlıklarını artırarak, şişmanlığı destekleyebilir (Birch ve Davison, 2001; Scaglioni ve ark., 2008; Elder ve ark., 2010). Hood ve ark. (2000) ebeveynlerin sağlıksız beslenme alışkanlığının artmasının, çocuklarının vücut yağ oranlarının artmasını hızlandırdığını belirtmiştir. Ebeveynlerin çocukları için yarattıkları çevre sağlıklı yeme alışkanlığını güçlendirebildiği kadar kilo-yeme bozukluğunu da artırabilmektedir.

Çocuğun BKİ artışını etkileyen diğer bir belirleyici ebeveynin çocuğunun sağlığı ile ilgili algısıdır. Kaynaklar ailelerin çocuklarının kiloları hakkında genellikle gerçekle uyumlu olmayan farklı algılara sahip olduğunu belirtmiştir (Maynard ve ark., 2003; Jeffery ve ark., 2005; Parry ve ark., 2008). Ebeveynler arasındaki algısal farklılığın yaş, eğitim, ekonomik ve kültürel özelliklerden kaynaklandığı bilinmektedir (Maynard ve ark., 2003; Hackie ve Bowles, 2007). Parry ve ark. (2008) konuyla ilgili literatür inceleme çalışmasında gelişmiş ülkelerde yaşayan ebeveynlerin standart ölçümlerle hafif şişman bulunan çocuklarını kilolu olarak tanımlamakta zorlandığını, yirmi üç çalışmanın 19'unda ebeveynlerin büyük çoğunluğunun çocuklarını hafif şişman olarak tanımlamadığını ifade etmiştir. Rhee ve ark. (2005) ise ebeveynlerin çoğunun çocuklarının kilo

problemlerini sağlıkla ilişkilendirmediğini ve kilolu olmayı sağlık riski olarak algılamadığını belirtmiştir. Transteorotik model kullanılarak yapılan çalışmada çocuğunun kilosunu sağlık problemi olarak algılayan ailelerin, diğerlerine göre, çocuğun yaşam biçiminde ve ev ortamında değişiklik yapmaya daha fazla motive oldukları belirtilmiştir. Buna karşın çocuğunun kilosunu sağlıkla ilişkilendirmeyen ebeveynlerin çocuk kilo kontrol programına katılmak için hazır olmadıkları belirtilmiştir (Rhee ve ark., 2005).

Ailelerin çocuğun kilosu ve sağlığı ile ilgili algıları başka araştırmalarda da konu olmuştur. Thompson ve ark. (2003) çalışmasına göre kız çocukların fazla kilosu aileleri tarafından estetik, sağlık ve düşük özsaygı ile ilişkilendirilmiştir. Carnell ve ark. (2005) ise şişman çocukların ebeveynlerinin % 75,6'ı, hafif şişman çocukların ebeveynlerinin % 62,5'i ve normal tartılı çocukların ebeveynlerinin % 40'nın gelecekte bir sağlık problemi olarak çocuğunun kilosu için endişelendiğini belirtmiştir. Daha da ötesi, ailelerin çocukluk şişmanlığı ile hastalık risklerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada (Etelson ve ark., 2003), aileler şımanlığı aşırı güneş yanığı kadar riskli, AIDS'li biri ile temas etme riskinden daha ciddi bir sağlık sorunu olarak tanımlamıştır. Şişmanlığın ileride kalp sağlığı problemlerine, çocukların oyun oynama güçlüğü yaşamasına, okul arkadaşlıklarında problem yaşanmasına neden olması, çocukların yeterince egzersiz yapmasını engellemesi, çocukların kendisini iyi hissetmesini engellemesi ailelerin sağlıkla ilişkilendirdiği diğer riskler olarak sıralanmıştır (Hackie ve Bowles, 2007). Ailelerin çocuğun kilosuyla ilgili görüşü ile çocuğun gerçek BKİ değerleri arasında güçlü bir ilişki bulan başka bir çalışmada (Wake ve ark., 2002) ebeveynler hafif şişman ve şişman çocukların (özellikle şişman erkek çocuklar) sağlıklarını çoğunlukla kötü olarak tanımladığını belirtmiştir. Bu çalışmada beklenildiği gibi çocuğun kilosu arttıkça ebeveynler çocuklarının sağlığını kötü algılamıştır. Bu bulgu daha önce de belirtildiği gibi (Rhee ve ark., 2005), ailelerin çocuklarının yaşam biçimi değişikliğini destekleyecekleri konusunda ipucu vermiştir. Bu destek evde beslenme ortamını değiştirmek, sağlıklı yiyecekler tüketmek ve düzenli egzersiz yapmaya teşvik etme yoluyla sağlanabilmektedir.

Bu çalışmada okul çağındaki çocukların beslenme sonuçları (beslenme alışkanlıkları ve BKİ) SDEM çerçevesinde değerlendirilmiş ve etkiliyen faktörler belirlenerek girişimlerde kullanılmak üzere önemli ipuçları sunmuştur.

ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

Çalışmanın Güçlü Yönleri

- Çocukların beslenme alışkanlıkları ve BKİ değerlerini bir modelin kavramsal çerçevesi doğrultusunda değerlendirilmesi,
- Modelin iki sağlık sonucu parametresi (beslenme alışkanlıkları ve BKİ) ile değerlendirilmesi,
- Türk çocukları için geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçekler ile veri toplanmış olması,

Çalışmanın Sınırlılıkları

- Bu çalışmada çocukların beslenme sonuçlarını incelemek için SDEM'in bireysel özellikler ve sağlık sonucu bileşenleri kullanılmıştır. Beslenme sonuçlarını iyileştirmek için bir girişim yapılsaydı modelin diğer bileşeni olan "Birey-Profesyonel Etkileşimi"nin kullanılması mümkün olacaktı.
- Bu çalışma çocukların kalp sağlığını korumaya yönelik beslenme alışkanlıklarına odaklıdır. Bu nedenle bulgular genel besin tüketimi ile ilgili sonuçları yansıtmamaktadır.
- Türk çocuklarında SDEM'in özellikle dinamik değişkenlerini ölçen çalışmalar yetersiz olduğu için bulgular Türk literatürü ile yeterince tartışılmamıştır.
- Veriler sosyal arzu edilirlilik hatalarına açıktır. Çocuklar yaşanan durum yerine istedikleri durumu rapor etmiş olabilirler.

SONUÇLAR

Bu çalışmada;

1. Türkçe “Çocuk Beslenme Öz-yeterlik Ölçeği (T-ÇBÖÖ)” ve Türkçe “Beslenme Davranış Ölçeği'nin (T-BDÖ)” geçerli ve güvenilir araçlar olarak Türk çocuklarında kullanılabileceği gösterilmiştir.
2. SDEM, beslenme alışkanlıklarının $R^2:0.22$ 'sini açıklamıştır.
3. Cinsiyet, beslenme öz-yeterlik algısı ve beslenme tutumu beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkileyen değişkenlerdir.
4. Öğrencilerin beslenme alışkanlığı puan ortalaması $54,40 \pm 18,54$ 'dir. Kızlar ($58,08 \pm 18,38$) erkeklere ($51,12 \pm 18,11$) göre daha sağlıklı beslenme alışkanlığı sergilemektedir.
5. SDEM, kızlarda beslenme alışkanlıklarının $R^2: 0.30$ 'unu açıklamıştır.
6. Beslenme öz-yeterlik algısı ve beslenme tutumu kızların beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkileyen değişkenlerdir.
7. SDEM, erkeklerde beslenme alışkanlıklarının ancak $R^2: 0.13$ 'ünü açıklamıştır.
8. Beslenme öz-yeterlik algısı erkeklerin beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkileyen tek değişken olarak bulunmuştur.
9. Öğrencilerin % 14,2'si hafif şişman ve % 7,7'si şişman bulunmuştur.
10. Bu modelin değişkenleri, BKİ sonuçlarının $R^2: 0.16$ 'sını açıklamıştır.
11. Ailedeki birey sayısı, ebeveynlerin evlilik durumu, anne-baba BKİ değerleri, ebeveyne göre çocuğun sağlık durumu algısı ve ailenin sosyo-ekonomik seviyesi çocukların BKİ sonucunu doğrudan etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur.

Özetle, bu sonuçlar okul çağındaki çocukların beslenme alışkanlıkları ve BKİ sonuçlarının açıklanmasında SDEM'in kullanılabileceğini göstermiştir. Bu modelin beslenme alışkanlıklarını açıklamada daha güçlü, BKİ sonuçlarını açıklamada daha zayıf bir güce sahip olduğu ortaya konmuştur.

Modelin dinamik değişkenleri (beslenme özyeterlik ve beslenme tutum) beslenme alışkanlıklarını daha güçlü etkilerken, özgeçmiş değişkenleri BKİ sonuçlarını daha güçlü etkilemiştir. Bununla birlikte, bu model tasarlanırken sağlıklı beslenme sonucunun bir göstergesi olarak seçilen BKİ, modelin dinamik değişkenleri ile açıklanamamıştır.

ÖNERİLER

- Çocukların beslenme alışkanlıklarını geliştirmeyi amaçlayan programlarda, sağlık profesyonellerinin “beslenme özyeterlik” ve “beslenme tutumunu” geliştiren girişimlere ağırlık vermesi,
- Türk çocuklarının beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek için SDEM’in farklı örneklem gruplarında ve daha fazla araştırmada kullanılması,
- Yeni yapılacak araştırmalarda, modelin değişkenleri arasındaki etkileşimin Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) – örtük değişkenlerle yol analizi – tekniğini kullanarak yeniden değerlendirilmesi,
- Model bileşenlerinin (bireysel özellikler, sağlık sonucu) başka ölçüm araçları ile tekrar test edilmesi,
- Sosyal etki bileşeninin, aile etkisi yanısıra akran ve medya etkisini de içine alan bir yapıyla değerlendirilmesi,
- Modelin “birey-profesyonel etkileşimi” bileşenin çocuklarla yapılan çalışmalarda da test edilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Abel, E., Marion, L. ve Seraphine, A. (1998). The evaluation of motivation for sexual health among women. *Western Journal of Nursing Research*. 20: 166–179.
- AbuSabha, R. ve Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition and health-related behavior. *Journal of American Dietetic Association*. 97(10): 1122-1132.
- Akbay, C., Tiryaki, G.Y. ve Gul, A. (2007). Consumer characteristics influencing fast food consumption in Turkey. *Food Control*. 18 (8): 904-913.
- Almgren, G., Magarati, M. ve Mogford, L. (2009). Examining the influences of gender, race, ethnicity, and social capital on the subjective health of adolescents. *Journal of Adolescence* 32: 109–133.
- American Academy of Pediatrics. Family pediatrics: Report of the task force on the family. (2003). *Pediatrics*. 111(6):1541–1571
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics. 2010. http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1265665152970DS-3241%20HeartStrokeUpdate_2010.pdf (erişim tarihi: 10 Mayıs 2010)
- Arvidson, C.R. (1990). *Children's cardiovascular health promotion attitude scale: an instrument development*. Yayınlanmamış doktora tezi. Texas Woman's University. Denton, TX, Texas.
- Ayala, G.X., Baquero, B., Arredondo, E.M., Campbell, N., Larios, S. ve Elder, J.P. (2007). Association between family variables and mexican american children's dietary behaviors. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 39(2): 62-69.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*. 52: 1-26.
- Baranowski, T., Cullen, K.W. ve Baranowski, J. (1999). Psychosocial correlates of dietary intake: Advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*. 19: 17- 24.
- Baş, M., Altan, T., Dinçer, D., Aran, E., Kaya, H.G. ve Yüksek, O. (2005). Determination of dietary habits as a risk factor of cardiovascular heart disease in Turkish adolescents. *European Journal of Nutrition*. 44 (3): 174–182.
- Bear, M. ve Bowers, C. (1998). Using a nursing framework to measure client satisfaction at a nurse-managed clinic. *Public Health Nursing*. 15(1): 50-59.
- Bear, M. ve Holcomb, L. (1999). The client encounter form: conceptual development, reliability analysis, and clinical applications. *Public Health Nursing*. 16(2): 79-86.

- Bellisle, F., Rolland-Cachera, M.F. ve Kellogg Scientific Advisory Committee 'Child and Nutrition'. (2000). Three consecutive (1993, 1995, 1997) surveys of food intake, nutritional attitudes and knowledge, and lifestyle in 1000 French children, aged 9-11 years. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 13 (2): 101-111.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*. 28: 858-869.
- Bere, E. ve Klepp, KI. (2004). Correlates of fruit and vegetable intake among Norwegian schoolchildren: parental and self-reports. *Public Health Nutrition*. 7(8): 991-998.
- Bere, E., Brug, J., Klepp, K.I. (2007). Why do boys eat less fruit and vegetables than girls? *Public Health Nutrition*. 11(3): 321-325.
- Birch, L.L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *The Journal of Nutrition*. 128: 407S-410S.
- Birch, L.L. ve Davison, K.K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*. 48(4): 893-907.
- Bloch, Y.H. ve Toker, A. (2008). Doctor, is my teddy bear okay? the "teddy bear hospital" as a method to reduce children's fear of hospitalization. *IMAJ*. 10: 597-599.
- Block, J.P., Scribner, R.A. ve DeSalvo, K.B. (2004). Fast food, race/ethnicity, and income: a geographic analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 27(3): 211-217.
- Boumtje, P.I., Huang, C.L., Lee, J.Y. ve Lin, B.H. (2005). Dietary habits, demographics, and the development of overweight and obesity among children in the United States. *Food Policy*. 30: 115-128.
- Branen, L. ve Fletcher, J. (1999). Comparison of college students' current eating habits and recollections of their childhood food practices. *Journal of Nutrition Education*. 31(6): 304-310.
- Breidablik, H.J., Meland, E. ve Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*. 36: 12-20.
- Breidablik, H.J., Meland, E. ve Lydersen, S. (2009). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health*. 19(1): 73-78.
- British Medical Association. *Preventing childhood obesity*. A report from the BMA Board of Science. London: BMA, 2005.

http://www.bma.org.uk/health_promotion_ethics/child_health/ChildhoodObesity.jsp (Erişim tarihi: 3 Mayıs 2010).

- Brown, R. ve Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*.19(3): 261-271.
- Brug, J., Tak, N.I., te Velde, S.J., Bere, E. ve de Bourdeaudhuij, I. (2008). Taste preferences, liking and other factors related to fruit and vegetable intakes among schoolchildren: results from observational studies. *British Journal of Nutrition*. 99, Suppl. 1, S7–S14.
- Bundak, R., Furman, A., Gunoz, H., Darendeliler, F., Bas, F. ve Neyzi, O. (2006). Body mass index references for Turkish children. *Acta Paediatrica*.95: 194-8.
- Burns, N. ve Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*. Saunders, USA.
- Caine-Bish, N.L. ve Scheule, B. (2009). Gender differences in food preferences of school-aged children and adolescents. *Journal of School Health*. 79 (11): 532-540.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D., ve Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3–5 year olds. *International Journal of Obesity*. 29: 353–355.
- Carter, K.F. ve Kulbok, P.A. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *Journal of Advanced Nursing*. 40 (3): 316–330.
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., Lemma, P. ve ark. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*. 15: 1577–1585.
- Chernin, A. (2008). The effects of food marketing on children's preferences: testing the moderating roles of age and gender. *The Annals of The American Academy of Political and Social Science*. 615:101-118.
- Cooke, L.J., Wardle, J., Gibson, E.L., Sapochnik, M., Sheiham, A. ve Lawson, M. (2003). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*. 7(2): 295–302.
- Cooke, L. (2004). The development and modification of children's eating habits. *Nutrition Bulletin*. 29: 31–35.
- Cooke, L.J. ve Wardle, J. (2005). Age and gender differences in children's food preferences. *British Journal of Nutrition*. 93: 741-746.
- Cox, C.L. (1982). *An interaction model of client health behavior: formulation and test*. Doktora tezi. The University of Rochester. New York. USA.

- Cox, C.L. (2003). A model of health behavior to guide studies of childhood cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 30: 92–99.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*. 10 (4): 326-336.
- Crawford, P. B., Story, M., Wang, M. C., Ritchie, L.D. ve Sabry, Z.I. (2001). Ethnic issues in the epidemiology of childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*. 48(4): 855– 878.
- Cummins, S.C., McKay, L. ve MacIntyre, S. (2005). McDonald's restaurants and neighbourhood deprivation in Scotland and England. *American Journal of Preventive Medicine*. 29 (4): 308–310.
- Cusatis, D.C. ve Shannon, B.M. (1996). Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*. 18(1): 27-34.
- Cutting, T.M., Fisher, J.O., Grimm-Thomas, K. ve Birch, L.L. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*. 69: 608–613.
- Da Costa Ribeiro, I., Taddei, J.A.A.C. ve Colugnatti, F. (2003). Obesity among children attending elementary public schools in São Paulo, Brazil: a case-control study. *Public Health Nutrition*. 6 (7): 659–63.
- Davison, K.K. ve Birch, L.L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*. 2(3): 159–171.
- De Bourdeaudhuij, I., Yngve, A., Te Velde, S.J., Klepp, KI., Rasmussen, M., Thorsdottir, I. ve ark. (2006). Personal, social and environmental correlates of vegetable intake in normal weight and overweight 9 to 13-year old boys. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 3: 37.
- De Bourdeaudhuij, I., Te Velde, S., Brug, J., Due, P., Wind, M., Sandvik, C. ve ark. (2008). Personal, social and environmental predictors of daily fruit and vegetable intake in 11-year-old children in nine European countries. *European Journal of Clinical Nutrition*. 62: 834–841.
- Deci, E.L., Koestner, R. ve Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*. 125(6): 627-668.
- Demory-Luce, D. (2005). Fast food and children and adolescents: implications for practitioners. *Clinical Pediatrics*. 44: 279-288.
- DeWolfe, J.A. ve Shannon, B.M. (1993). Factors affecting fat consumption of university students: testing a model to predict eating behaviour change. *Journal of the Canadian Dietetic Association*. 54 (3): 132- 137.

- DiNapoli, P.P.(2003).The utility of Cox’s interaction model to direct the assessment and prevention of adolescent aggression. *Journal of Pediatric Nursing*. 18 (1): 30-35.
- Dollman, J. ve Lewis, F. (2007). Trends in health attitudes and self-perceptions among school-age South Australians between 1985 and 2004. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 31: 407-413.
- Domel, S.B., Thompson, W.O., Davis, H.C., Baranowski, T., Leonard, S.B. ve Baranowski, J. (1996). Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption among elementary school children. *Health Education Research*. 11(3): 299–308.
- Dougherty, M.C., Dwyer, J.W., Pendergast, J.F., Tomlinson, B.U., Boyington, A.R., Vogel, W.B. ve ark. (1998). Community-based nursing: continence care for older rural women. *Nursing Outlook*. 46: 233-44.
- Ebbeling, C.B., Pawlak, D.B. ve Ludwig, D.S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*. 360: 473–82.
- Edlund, B., Halvarsson, K. ve Sjöden, P.O. (1996). Eating Behaviours, and Attitudes to Eating, Dieting, and Body Image in 7-year-old Swedish Girls. *European Eating Disorders Review*. 4 (1): 40-53.
- Edmonds, J., Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K.W. ve Myres, D. (2001). Ecological and socioeconomic correlates of fruit, juice, and vegetable consumption among African-American boys. *Preventive Medicine*. 32: 476–481.
- Edmundson, E., Parcel, G.S., Perry, C.L., Feldman, H.A., Smyth, M., Johnson, C.C. ve ark. (1996a). The effect of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health intervention on psychosocial determinants of cardiovascular disease risk behavior among third- grade students. *American Journal of Health Promotion*. 10 (3): 217-225.
- Edmundson, E., Parcel, G.S., Feldman, H.A.,Elder, J., Perry, C.L., Johnson, C.C. ve ark. (1996b). The effects ofthe Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. *Preventive Medicine*. 25 (4): 442-454.
- Elder, J.P., Arredondo, E.M., Campbell, N., Baquero, B., Duerksen, S., Ayala, G. ve ark.(2010). Individual, family, and community environmental correlates of obesity in Latino elementary school children. *Journal of School Health*. 80(1): 20-30.
- Erenoglu, N., Ayranci, U. ve Son, O. (2006). Eating habits reported by secondary school students in a city of west Turkey. *Eating Behaviors*.7: 348–354.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Kaymak, D.A. ve ark. (2004). Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*. 163(8): 485–494.

- Etelson, D., Brand, D.A., Patrick, P.A. ve Shirali, A. (2003). Childhood obesity: Do parents recognize this health risk? *Obesity Research*. 11(11): 1362–1368.
- Farrand, L. (1991). *Determinants of positive health behaviors in middle childhood*. Doktora tezi. University of Illinois, Health Sciences Center. Chicago, USA.
- Farrand, L. L., & Cox, C. L. (1993). Determinants of positive health behavior in middle childhood. *Nursing Research*. 42(4):208–213.
- Finnegan, L., Marion, L. ve Cox, C. (2005). Profiles of self-rated health in midlife adults with chronic illnesses. *Nursing Research*. 54 (3): 167–177.
- Finnegan, L., Wilkie, D.J., Wilbur, J., Campbell, R.T., Zong, S. ve Katula, S. (2007). Correlates of physical activity in young adult survivors of childhood cancers. *Oncology Nursing Forum*. 34 (5): E60-E69
- Fisher, J.O. ve Birch, L.L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*. 32: 405–419.
- Fisher, J.O., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H., Birch, L.L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of American Dietetic Association*. 102 (1): 58–64.
- Franks, P.W., Ravussin, E., Hanson, R.L., Harper, I.T., Allison, D.B., Knowler, W.C. ve ark. (2005). Habitual physical activity in children: the role of genes and the environment. *American Journal of Clinical Nutrition*. 82: 901–908.
- Gallaway, M.S., Jago, R., Baranowski, T., Baranowski, J.C. ve Diamond, P.M. (2007). Psychosocial and demographic predictors of fruit, juice and vegetable consumption among 11–14-year-old Boy Scouts. *Public Health Nutrition*. 10(12): 1508–1514.
- Garipagaoglu, M., Budak, N., Süt, N., Akdikmen, Ö. ve Oner, N. (2009). Obesity risk factors in Turkish children. *Journal of Pediatric Nursing*. 24 (4): 332-337.
- Gibson, E.L., Wardle, J. ve Watts, C.J. (1998). Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite*. 31: 205–228.
- Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S.L., Frazier, A.L., Rockett, H.R.H., Camargo, C.A., Field, A.E. ve ark. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*. 9 (3): 235-240.
- Golan, M., Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*. 62(1): 39-50.
- Gonzales, E.N., Marshall, J.A., Heimendinger, J., Crane, L.A. ve Neal, W. (2002). Home and eating environments are associated with saturated fat intake in children rural West Virginia. *Journal of The American Dietetic Association*. 102:657-663.

- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması rehberi 11: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemar-G Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 5: 3-14.
- Gracey, D., Stanley, N., Burke, V., Corti, B. ve Beilin, L.J. (1996). Nutritional knowledge, beliefs and behaviours in teenage school students. *Health Education Research*. 11(2): 187-204.
- Gray, V.B., Byrd, S.H., Cossman, J.S., Chromiak, J., Cheek, W.K. ve Jackson, G.B. (2007). Family characteristics have limited ability to predict weight status of young children. *Journal of American Dietetic Association*. 107:1204-1209.
- Grootenhuis, M.A. ve Last, B.F. (2001). Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*. 10: 305–314.
- Gross, G. J. ve Howard, M. (2001). Mothers' decision-making processes regarding health care for their children. *Public Health Nursing*. 18 (3): 157–168.
- Güven, A., Odacı, H., Özgen, İ.T. ve Bek, Y. (2008). Effects of individual factors on adolescent obesity: study in Turkey. *Pediatrics International*. 50: 356–362.
- Hackie, M. ve Bowles, C.L. (2007). Maternal perception of their overweight children. *Public Health Nursing*. 24(6): 538–546.
- Hanson, M.D. ve Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*. 30: 263–285.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E. ve Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. *European Journal of Public Health*. 11(1): 4-10.
- Hill, A. J. (2002). Developmental issues in attitudes to food and diet. *Proceedings of the Nutrition Society*. 61: 259-266.
- Hood, M.Y., Moore, L.L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L.A., ve Ellison, R.C. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children, the Framingham children's study. *Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 24(10): 1319– 1325.
- Höglund, D., Samuelson, G. ve Mark, A. (1998). Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*. 52: 784-789.
- Idler, E.L. ve Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 38 (1): 21-37.

- Iversen, A.C. ve Holsen, I. (2008). Inequality in health, psychosocial resources and health behavior in early adolescence: the influence of different indicators of socioeconomic position. *Child Indicators Research*. 1: 291–302.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Boyce, W.F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C. ve ark. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*. 6: 123–132.
- Jeffery, A.N., Voss, L.D., Metcalf, B.S., Alba, S. ve Wilkin, T.J. (2005). Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (Early-Bird 21). *British Medical Journal*. 330: 23–24.
- Johnson, B. ve Hackett, A.F. (1997). Eating habits of 11-4 year old schoolchildren living in less affluent areas of Liverpool, UK. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 10: 135-144.
- Kelder, S.H., Perry, C.L. ve Klepp, K. (1993). Community-wide youth exercise promotion: Long-term outcomes of the Minnesota heart health program and the class of 1989 study. *Journal of School Health*. 63: 218-223.
- Kocaoglu, B., Moschonis, G., Dimitriou, M., Kolotourou, M., Keskin, Y., Sur, H. ve ark. (2005). Parental educational level and cardiovascular disease risk factors in schoolchildren in large urban areas of Turkey: directions for public health policy. *BMC Public Health*. 4(5):13
- Lawlor, D.A., Batty, G.D., Morton, S.M.B., Clark, H., Macintyre, S. ve Leon, D.A. (2005). Childhood socioeconomic position, educational attainment, and adult cardiovascular risk factors: the Aberdeen children of the 1950s cohort study. *American Journal of Public Health*. 95 (7): 1245–1251.
- Lazarou, C., Kalavana, T., Matalas, A.L. (2008). The influence of parents' dietary beliefs and behaviours on children's dietary beliefs and behaviours. The CYKIDS study. *Appetite*. 51: 690–696.
- Leak, A., Hu, J. ve King, C.R. (2008). Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 31(1): E15-21
- Lee, Y., ve Laffrey, S.C.(2006). Predictors of physical activity in older adults with borderline hypertension. *Nursing Research*. 55 (2): 110–120.
- Li, H.C.W. ve Lopez, V. (2006). Assessing children's emotional responses to surgery: a multidimensional approach. *Journal of Advanced Nursing*. 53(5): 543–550.
- Li, H.C.W. ve Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*. 13 (2): 63-73.

- Lien, N., Lytle, L.A. ve Klepp, K.I. (2001). Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Preventive Medicine*. 33: 217–226.
- Lien, N., Jacobs, D.R. ve Klepp, K.I. (2002). Exploring predictors of eating behaviour among adolescents by gender and socio-economic status. *Public Health Nutrition*. 5(5): 671–681.
- Lin, W., Yang, H.C., Hang, C.M. ve Pan, W.H. (2007). Nutrition knowledge, attitude, and behavior of Taiwanese elementary school children. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 16 (S2): 534-546.
- Long, J.D. ve Stevens, K.R. (2004). Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*. 36 (2): 134-139.
- Macaux, A.L.B. (2001). Eat to live or live to eat? Do parents and children agree? *Public Health Nutrition*. 4(1A): 141-146.
- Magkos. F., Piperkou, I., Manios, Y., Papoutsakis, C., Yiannakouris, N., Cimponerio, A. ve ark. (2006). Diet, blood lipid profile and physical activity patterns in primary school children from a semi-rural area of Greece. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 19 (2): 101–112.
- Manios, Y., Dimitriou, M., Moschonis, G., Kocaoglu, B., Sur, H., Keskin, Y. ve ark. (2004). Cardiovascular disease risk factors among children of different socioeconomic status in Istanbul, Turkey: directions for public health and nutrition policy. *Lipids in Health and Disease*. 4(3):11
- Manios, Y., Kolotourou, M., Moschonis, G., Sur, H., Keskin, Y., Kocaoglu, B. ve ark. (2005). Macronutrient intake, physical activity, serum lipids and increased body weight in primary schoolchildren in Istanbul. *Pediatrics International*. 47: 159-166.
- Marcus, B.H., Eaton, C.A., Rossi, J.S. ve Harlow, L.L. (1994). Self-efficacy, decision-making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*. 24 (6): 489-508.
- Marion, L.N. ve Cox, C.L. (1996). Condom use and fertility among divorced and separated women. *Nursing Research*. 45 (2): 110-115.
- Marion, L. (2002). *Sexually transmitted disease prevention intervention in African-American women*. Grant funded by the National Institutes of Health and the National Institute of Nursing Research.
- Mathews, S.K., Secrest, J. ve Muirhead, L. (2008). The interaction model of client health behavior: A model for advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20: 415–422.

- Maynard, L.M., Galuska, D.A., Blanck, H.M. ve Serdula, M.K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*. 111: 1226–1231.
- Melanson, K.J. (2008). Nutrition review: lifestyle approaches to promoting healthy eating for children. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2: 26-29.
- Milligan, R.A.K., Burke, V., Beilin, L.J., Dunbar, D.L., Spencer, M.J., Balde, E. ve ark. (1998). Influence of gender and socio-economic status on dietary patterns and nutrient intakes in 18-year-old Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 22: 485-493.
- Moreno, L.A., Tomas, C., Gonzalez-Gross, M., Bueno, G., Perez-Gonzalez, J.M. ve Bueno, M. (2004). Micro-environmental and socio-demographic determinants of childhood obesity. *International Journal of Obesity*. 28 (suppl 3): S16 –20.
- Myant, K. A. ve Williams, J.M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *Journal of Health Psychology*. 10 (6): 805–819.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C. ve Story, M. (2003a). Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from project EAT. *Preventive Medicine*. 37: 198–208.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., Story, M., Croll, J. ve Perry, C. (2003b) Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*. 103: 317-322.
- Newby, P.K. (2007). Are dietary intakes and eating behaviors related to childhood obesity? A comprehensive review of the evidence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 35 (1): 35-60.
- Nicklas, T.A., Elkasabany, A., Srinivasan, S.R. ve Berenson, G. (2001). Trends in nutrient intake of 10-year-old children over two decades (1973–1994) the Bogalusa heart study. *American Journal of Epidemiology*. 153(10): 969–977.
- Nicklas, T.A., Yang, S.J., Baranowski, T., Zakeri, I. ve Berenson, G. (2003). Eating patterns and obesity in children: the Bogalusa heart study. *American Journal of Preventive Medicine*. 25(1): 9-16.
- Nicklas, T.A., Demory-Luce, D., Yang, S.J., Baranowski, T., Zakeri, I. ve Berenson, G. (2004). children's food consumption patterns have changed over two decades (1973-1994): The Bogalusa heart study. *Journal of the American Dietetic Association*. 104:1127-1140.
- Ochoa, M.C., Moreno-Aliaga, M.J., Martínez-González, M.A., Martínez, J.A. ve Marti, A. (2007). Predictor factors for childhood obesity in a Spanish case-control study. *Nutrition*. 23: 379–384.

- O'Dea, J.A. ve Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*. 21(6): 796-805.
- Oktar, İ. ve Şanlıer, N. (1999). İlköğretim okullarında uygulanan beslenme programları ve öğrencilerin beslenme davranışları ile ilgili öğretmen ve yöneticilerin görüşleri. *Mesleki Eğitim Dergisi*. 1 (2): 55-63.
- Oliveria, S.A., Ellison, R.C., Moore, L.L., Gillman, M.W., Garrahe, E.J. ve Singer, M.R. (1992). Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham children's study. *American Journal of Clinical Nutrition*. 56: 593-598.
- Onyango-Ouma, W., Aagaard-Hansen, J. ve Jensen, B.B. (2004). Changing concepts of health and illness among children of primary school age in Western Kenya. *Health Education Research*. 19(3): 326-339.
- Öner, N. (1997). *Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: bir başvuru kaynağı*. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul.
- Öner, N., Vatansever, Ü., Sari, A., Ekuklu, G., Güzel, A. ve Karasalihoğlu, S. (2004). Prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkish adolescents. *Swiss Medical Weekly*. 134:529-533.
- Öner, N., Vatansever, Ü., Garipağaoğlu, M. ve Karasalihoğlu, S. (2005). Dietary intakes among Turkish adolescent girls. *Nutrition Research*. 25: 377-386.
- Öztürk, M. (2002). *Çocukların kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Öztürk, C., Dicle, A., Sarı, H.Y. ve Bektaş, M. (2004). Okul dönemindeki çocukların sağlık durumlarının belirlenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*. Sayı: 163.
- Padez, C., Mourao, I., Moreira, P. ve Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*. 94: 1550-1557.
- Parcel, G.S., Edmundson, E., Perry, C.L., Feldman, H.A., O'Hara-Tompkins, N., Nader, P.R. ve ark. (1995). Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *Journal of School Health*. 65(1): 23-27.
- Parry, L.L., Netuveli, G., Parry, J. ve Saxena, S. (2008). A systematic review of parental perception of overweight status in children. *Journal of Ambulatory Care Management*. 31(3): 253-268.
- Pate, J.T., Blount, R.L., Cohen, L.L. ve Smith, A.J. (1996). Childhood medical experience and temperament as predictors of adult functioning in medical situations. *Children's Health Care*. 25(4): 281-298.

- Patrick, H., ve Nicklas, T.A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of American College of Nutrition*. 24(2): 83–92.
- Pearson, N., Biddle, S.J.H. ve Gorely, T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 12(2): 267–283.
- Peirce, A.G. (1995). Measurement. İçinde L.A. Talbot (Ed.), *Principles and practice of nursing research*. Mosby, St Louis; 265–291.
- Pérez, A., Hoelscher, D.M., Brown, H.S. ve Kelder, S.H. (2007). Differences in food consumption and meal patterns in texas school children by grade. *Preventive Chronic Disease*. 4(2): A23.
- Perez-Lizaur, A.B., Kaufer-Horwitz, M. ve Plazas, M. (2008). Environmental and personal correlates of fruit and vegetable consumption in low income, urban Mexican children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 21: 63–71.
- Peterson, C., Ross, A. ve Tucker, V.C. (2002). Hospital emergency rooms and children's health care attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*. 27 (3): 281-291.
- Piko, B.F., Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*. 21 (5): 643-653.
- Piko, B.F. ve Keresztes, N. (2007). Self-perceived health among early adolescents: Role of psychosocial factors. *Pediatrics International*. 49: 577–583.
- Pirinççi, E., Durmuş, B., Gündoğdu, C. ve Açık, Y. (2010). Prevalence and risk factors of overweight and obesity among urban school children in Elazığ city, eastern Turkey, 2007. *Annals of Human Biology*. 37(1): 44–56.
- Polit, D.F., Beck, C.T. ve Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research*. (5th ed.). Lippincott Company, Philadelphia.
- Potts, N. ve Mandleco, B. (2002). *Pediatric nursing. Caring for children and their families*. Delmar Company. New York.
- Read, C.Y. (2002). Reproductive decisions of parents of children with metabolic disorders. *Clinical Genetics*: 61: 268–276.
- Reidpath, D.D., Burns, C., Garrard, J., Mahoney, M. ve Townsend, M. (2002). An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health and Place*. 8: 141–145.
- Reilly, J.J., Armstrong, J., Dorosty, A.R., Emmett, P.M., Ness, A., Rogers, I. ve ark. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 330:1357.

- Rennick, J.E., Johnston, C.C., Dougherty, G., Platt, R. ve Ritchie, J.A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 23 (3): 133–144.
- Resnicow, K., Davis-Hearn, M., Smith, M., Baranowski, T., Lin, L.S., Baranowski, J. ve ark. (1997). Social-cognitive predictors of fruit and vegetable intake in children. *Health Psychology*. 16(3): 272–276.
- Reynolds, K.D., Baranowski, T., Bishop, D.B., Farris, R.P., Binkley, D., Nicklas, T.A. ve ark. (1999a). Patterns in child and adolescent consumption of fruit and vegetables: effects of gender and ethnicity across four sites. *Journal of the American College of Nutrition*. 18(3): 248–254.
- Reynolds, K.D., Hinton, A.W., Shewchuk, R.M. ve Hickey, C.A.(1999b). Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary school children. *Journal of Nutrition Education*. 31(1): 23–30.
- Rhee, K.E., De Lago, C.W., Arscott-Mills, T., Mehta, S.D. ve Davis, R.K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*. 116: 94–101.
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 615: 11-37.
- Rinderknecht, K. ve Smith, C. (2004). Social cognitive theory in an after-school nutrition intervention for urban Native American youth. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 36 (6): 298-304.
- Ritchie, L., Ivey, S., Masch, M., Woodward-Lopez, G., Ikeda J. ve Crawford P. *Pediatric overweight: A review of the literature*. The Center for Weight and Health, College of Natural Resources, University of California, Berkeley, CA (2001).http://cwh.berkeley.edu/sites/default/files/primary_pdfs/Pediatric_Overweight_LitRev.pdf (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2010)
- Robinson, T.N., Kiernan, M., Matheson, D.M. ve Haydel, K.F. (2001). Is parental control over children's eating associated with childhood obesity? Results from a population-based sample of third graders. *Obesity Research*. 9(5): 306-312.
- Robinson, C. (1998). *Determinants of diet and physical activity of fifth-grade children*. Doktora tezi. University of Tennessee. Tennessee, USA.
- Robinson, C. ve Thomas, S. (2004). The interaction model of client health behavior as a conceptual guide in the explanation of children's health behaviors. *Public Health Nursing*. 21: 73–84.
- Rosas, L.G., Guendelman, S., Harley, K., Fernald, L.C.H., Neufeld, L., Mejia, F. ve ark. (2010). Factors associated with overweight and obesity among children of

- mexican descent: results of a binational study. *Journal of Immigrant and Minority Health*. (E baskı) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217234>. (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2010).
- Roseman, M.G., Yeung, W.K. ve Nickelsen, J.(2007). Examination of weight status and dietary behaviors of middle school students in Kentucky. *Journal of the American Dietetic Association*.107:1139-1145.
- Ryan, R.M. ve Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 55(1): 68-78.
- Sandvik, C., De Bourdeaudhuij, I., Due, P., Brug, J., Wind, M., Bere, E. ve ark. (2005). Personal, social and environmental factors regarding fruit and vegetable intake among schoolchildren in nine European countries. *Annals of Nutrition & Metabolism*. 49: 255–266.
- Sasson, A., Lewin, C. ve Roth, D. (1995). Dieting behavior and eating attitudes in Israeli children. *International Journal of Eating Disorders*. 17(1): 67-72.
- Saxena, S., Eliahoo, J. ve Majeed, A. (2002). Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study. *BMJ*. 325:520
- Scaglioni, S., Salvioni, M. ve Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*. 99(1): 22–25.
- Scully, M., Dixon, H., White, V. ve Beckmann, K. (2007). Dietary, physical activity and sedentary behaviour among Australian secondary students in 2005. *Health Promotion International*. 22(3): 236-245.
- Simsek, E., Akpınar, S., Bahcebasi, T., Senses, D.A. ve Kocabay, K. (2008). The prevalence of overweight and obese children aged 6–17 years in the west black sea region of Turkey. *International Journal of Clinical Practice*. 62 (7): 1033-1038.
- Sleskova, M., Salonna, F., Geckova, A.M., van Dijk, J.P., Groothoff, J. W. (2005). Health status among young people in Slovakia: comparisons on the basis of age, gender and education. *Social Science & Medicine*. 61: 2521–2527.
- Snethen, J.A. ve Broome, M.E. (2007). Weight, exercise, and health: children's perceptions. *Clinical Nursing Research*. 16(2): 138-152.
- Sur, H., Kolotourou, M., Dimitriou, M., Kocaoglu, B., Keskin, Y. ve Hayran O. (2005). Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey. *Preventive Medicine*. 41: 614– 621.

- Strauss, R.S. ve Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*. 103(6): e85.
- Sweeting, H. ve West, P. (2003) Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science & Medicine*. 56: 31–39
- Sweeting, H. ve West, P. (2005) Dietary habits and children’s family lives. *Journal of Human Nutrition Dietetics*.18: 93–97.
- Thompson, V.J., Baranowski, T., Cullen, K.W., Rittenberry, L., Baranowski, J., Taylor, W.C. ve ark. (2003). Influences on diet and physical activity among middle-class African American 8- to 10-year-old girls at risk of becoming obese. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 35 (3):115-123.
- Thompson, V.J., Bachman, C., Watson, K., Baranowski, T. ve Cullen, K.W. (2007). Measures of self-efficacy and norms for low-fat milk consumption are reliable and related to beverage consumption among 5th graders at school lunch. *Public Health Nutrition*. 11(4): 421-426.
- Ton Nu, C., Macleod, P. ve Barthelemy, J. (1996). Effects of age and gender on adolescents’ food habits and preferences. *Food Quality and Preference*.7:251-262.
- Tuuri, G., Zanovec, M., Silverman, L., Geaghan, J., Solmon, M., Holston, D. ve ark. (2009). “Smart Bodies” school wellness program increased children’s knowledge of healthy nutrition practices and self-efficacy to consume fruit and vegetables. *Appetite*. 52: 445–451.
- Unusan, N. (2006a). University students food preference and practice now and during childhood. *Food Quality and Preference*. 17: 362–368.
- Unusan, N., Sanlier,N. ve Danisik, H. (2006b). Comparison of attitudes towards breakfast by Turkish fourth graders living in Turkey and Germany. *Appetite*. 46: 248–253.
- Usluer, S. (1989). *The reliability and validity of the turkish family environment questionnaire*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi. İstanbul.
- Vereecken, C.A., Keukelier, E. ve Maes, L. (2004). Influence of mother’s educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*. 43: 93–103.
- Vereecken, C.A., Damme, W.V. ve Maes, L. (2005). Measuring attitudes, self-efficacy, and social and environmental influences on fruit and vegetable consumption of 11- and 12-year-old children: reliability and validity. *Journal of the American Dietetic Association*. 105: 257- 261.

- Vingilis, E., Wade, T.J. ve Adlaf, E. (1998). What factors predict student self-rated physical health? *Journal of Adolescence*. 21: 83–97.
- Wake, M., Salmon, L., Waters, E., Wright, M. ve Hesketh, K. (2002). Parent-reported health status of overweight and obese Australian primary school children: a cross-sectional population survey. *International Journal of Obesity*. 26: 717–724.
- Wang, F. ve Veugelers, P.J. (2008). Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews*. 9: 615–623.
- Wardle, J. (1995). Parental influences on children's diets. *Proceedings of the Nutrition Society*. 54: 747–758.
- Wardle, J., Herrera, M.L., Cooke, L. ve Gibson, E.L. (2003). Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. *European Journal of Clinical Nutrition*. 57: 341–348.
- Wardle, J., Haase, A.M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. ve Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*. 27(2): 107–116.
- Watts, R.H., Cashwell, C.S. ve Schweiger, W.K. (2004). Fostering intrinsic motivation in children: a humanistic counseling process. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*. 43: 16-24.
- Wilbur, J., Miller, A.M., Chandler, P. ve McDevitt, J. (2003). Determinants of physical activity and adherence to a 24-week home-based walking program in African American and caucasian women. *Research in Nursing & Health*. 26: 213–224.
- Wilkins, K.L. ve Woodgate, R.L. (2008). Preventing second cancers in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 35(2): E12-E22
- Williams, J.M. ve Binnie, L.M. (2002). Children's concepts of illness: an intervention to improve knowledge. *British Journal of Health Psychology*. 7: 129-147.
- Wimbush, F. ve Peters, R. (2000). Identification of cardiovascular risk. *Public Health Nursing*. 17 (3): 148-154.
- Wollin, S.R., Plummer, J.L., Owen, H., Hawkins, R.M.F., Materazzo, F. ve Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *Journal of Pediatric Nursing*. 19 (2): 128-132.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (6th ed). Mosby Company, USA.
- Young, E.M., Fors, S.W. ve Hayes, D.M. (2004). Associations between perceived parent behaviors and middle school student fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 36(1): 2-12.

FORMLAR

EK-1. Aile Soru Formu

Açıklama: Sayın veli, soru formunu özellikle annenin doldurması tercih edilmektedir. Eğer bu mümkün değilse baba da doldurabilir. Aşağıdaki soruları eksiksiz doldurmanın araştırma sonuçları için çok önemli olduğunu hatırlatır, katılımınız için teşekkür ederiz. Sizin için uygun seçenekleri (X) koyarak işaretleyebilirsiniz.

Ar. Gör. Meryem Öztürk

Çocuğunuzla İlgili Sorular

Adı Soyadı:

Okulu:

Sınıfı ve Şubesi:

Cinsiyeti:

Kız

Erkek

Yaşı (doğum tarihi):

Aile Üyeleri İle İlgili Sorular

Ailedeki kişi sayısı:

Aşağıdakilerden hangisi ailenizi tanımlamaktadır?

Anne- baba sağ ve beraber

Anne- baba sağ değil

Anne - baba sağ ve ayrılır

Sadece anne ya da baba sağ

Ailenizin ekonomik sıkıntı yaşama durumunu aşağıdakilerden hangisi tanımlamaktadır. Uygun seçeneği işaretleyiniz?

Hiç yaşamıyoruz

Çok az yaşıyoruz

Orta düzeyde yaşıyoruz

Çok fazla yaşıyoruz

Kendiniz ve eşinizin eğitim durumu için uygun seçeneği işaretleyerek, kilo ve boyunuzu belirtiniz.

Anne Eğitim Durumu

Baba Eğitim Durumu

Okur yazar değil

Okur yazar değil

Okuryazar

Okuryazar

İlkokul mezunu

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Ortaokul mezunu

İlköğretim mezunu

İlköğretim mezunu

Lise mezunu

Lise mezunu

Üniversite ve üzeri

Üniversite ve üzeri

Anne Kilosu:..... Anne Boyu:.....

Baba Kilosu:.....Baba Boyu:.....

Kendinizin, eşinizin ve çocuğunuzun sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? (Bu soruyu cevaplarırken anketi dolduran kişi kendisi, eşi ve çocuğunun sağlığı hakkında kendi düşüncelerini ifade etmelidir.)

Anne (kendinizin)

Mükemmel

İyi

Orta düzeyde

Kötü

Baba (eşinizin)

Mükemmel

İyi

Orta düzeyde

Kötü

Çocuğunuz

Mükemmel

İyi

Orta düzeyde

Kötü

EK-2. Aile Ortamı Ölçeği

ACIKLAMA: Sevgili çocuklar, aşağıda ailenizle ilgili düşüncelerinizi belirlemeye yarayan ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra yan taraftaki değerlendirmelerden aileniz için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen cevaplarken başkalarının ne düşündüğünü değil kendinizin ne düşündüğüne karar verin. Bu maddelerde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Aileniz için uygun olduğuna karar verdiğiniz sadece **bir seçeneği** işaretleyiniz. Bu anketten elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır.

Araş.Gör. Meryem ÖZTÜRK

	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kuvvetle katılıyorum
1. Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.	()	()	()	()
2. Aile üyeleri duygularımı açıkça ifade ederler.	()	()	()	()
3. Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.	()	()	()	()
4. Ailemizle ilgili kararlar, daha çok büyükler tarafından verilir.	()	()	()	()
5. Bizim ailede bireyler, kendi meselelerini kendileri halleder.	()	()	()	()
6. Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır.	()	()	()	()
7. Evde birbirimize kişisel sorunlarımızı anlatırız.	()	()	()	()
8. Aile üyelerinin “doğru ve yanlışlar” hakkında kesin düşünceleri vardır.	()	()	()	()
9. Aile üyeleri gerçekten birbirine destek olur.	()	()	()	()
10. Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz.	()	()	()	()
11. Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır.	()	()	()	()
12. Bizim ailede canımız ne isterse yapabiliriz.	()	()	()	()
13. Ailemizde birlik, beraberlik duygusu vardır.	()	()	()	()
14. Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır.	()	()	()	()
15. Ailemizde kararlaştırılmış bir şeyin tam zamanında yapılması (dakiklik) çok önemlidir.	()	()	()	()
16. Bizim evde kurallar oldukça katıdır.	()	()	()	()

17. Ailemizden birinin sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır.	()	()	()	()
18. Aile üyeleri, kırgınlıklarını açıkça gösterir.	()	()	()	()
19. Ailece temiz ve düzenli insanlarız.	()	()	()	()
20. Ailemiz, bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder.	()	()	()	()
21. Ailemizde, sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız.	()	()	()	()
22. Ailemizde her bireyin görevi açıkça belirlenmiştir.	()	()	()	()
23. Ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda bunu çözümlmek ve huzuru sağlamak için çaba sarf ederiz.	()	()	()	()
24. Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz.	()	()	()	()
25. Bizim evde aradığımız bir şeyi, yerinde bulmak zordur.	()	()	()	()
26. Aile üyeleri, karşılaştıkları sorunları kendi kendilerine hallederler.	()	()	()	()

EK-3A: Çocuk Beslenme Öz-Yeterlik Ölçeği

Acıklama: Sevgili çocuklar, aşağıda yiyecek seçimiyle ilgili düşüncelerinizi belirlemeye yarayan sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu okuduktan sonra yan taraftaki seçeneklerden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen cevaplarken başkalarının ne düşündüğünü değil kendinizin ne düşündüğüne karar verin. Bu maddelerde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Düşüncenize en uygun sadece **bir seçeneği** işaretleyiniz. Bu anketten elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır.

Araş.Gör. Meryem ÖZTÜRK

	Emin değilim	Biraz eminim	Çok eminim
1. Yemekleri tuz (ilave tuz) eklemeyen yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
2. Konserveler yerine taze ya da dondurulmuş sebze yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
3. Aile bireylerinden patlamış mısır yağsız ve tuzsuz yapmasını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
4. Sandviç veya hamburgerine turşu yerine marul ve domates konmasını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
5. Tam yağlı süt yerine az yağlı süt içebileceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
6. Şekerli hamur işi (hamur kızartması, kek, şekerli bisküvi) yerine tahıllı yiyecekler (yulaf ezmesi, kepekli ekme, simit) yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
7. Şekerlemeler yerine taze meyve yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
8. Ekmeğine katıyağ (tereyağ, margarin) sürmeden yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
9. Yağlı tost yerine yağsız tost yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
10. Tavuğun derisini çıkarıp (derisini yemeden) yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
11. Dondurma yerine dondurulmuş ya da normal yoğurt isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
12. Anne ve babandan tuzlu kraker yerine galeta ya da simit almalarını isteyebileceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
13. Patates kızartması yerine haşlanmış ya da fırında patates yiyeceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
14. Kola, gazoz yerine taze sıkılmış meyve suyu ya da ayran içebileceğinden ne kadar eminsin?	()	()	()
15. Hızlı servis yapılan hazır yemek restoranına gittiğinde hamburger ve patates kızartması yerine salata yiyeceğinden ne kadar eminsin ?	()	()	()

EK-3B: Children's Dietary Self-Efficacy Scale**HOW SURE ARE YOU?**

INSTRUCTIONS: The questions in this section ask how sure you are about being able to eat some of the foods below. Please answer by circling either Not Sure, A Little Sure, or Very Sure for each question.

Not Sure A Little Sure Very Sure

1.	How sure are you that you can eat food without adding salt from a shaker?	()	()	()
2.	How sure are you that you can eat fresh or frozen vegetables instead of canned vegetables?	()	()	()
3.	How sure are you that you can ask your parents for popcorn without salt and butter?	()	()	()
4.	How sure are you that you can ask for lettuce and tomato instead of pickles on your hamburger?	()	()	()
5.	How sure are you that you can drink low fat white milk instead of regular white milk?	()	()	()
6.	How sure are you that you can eat cereal instead of a donut?	()	()	()
7.	How sure are you that you can eat fresh fruit instead of a candy bar?	()	()	()
8.	How sure are you that you can eat toast with margarine instead of real butter?	()	()	()
9.	How sure are you that you can take the skin off of chicken (and not eat the skin)?	()	()	()
10.	How sure are you that you can ask for frozen yogurt instead of ice cream?	()	()	()
11.	How sure are you that you can ask your parents to buy bread sticks instead of salted crackers?	()	()	()
12.	How sure are you that you can eat a baked potato instead of french fries?	()	()	()
13.	How sure are you that you can drink fruit juice instead of a soft drink (soda pop)?	()	()	()
14.	How sure are you that you can eat cooked vegetables without adding real butter to them?	()	()	()
15.	How sure are you that you can eat a salad from the salad bar at a fast food restaurant instead of ordering a hamburger and fries?	()	()	()

EK-4: Sağlık Algısı Formu

Açıklama: Sevgili çocuklar, aşağıda sağlığınıza ilgili dūřuncenizi değerlendiren soruya sizi en iyi ifade eden seğeneği işaretleyerek cevaplayınız. Lūtfen başkalarının ne dūřündüğünü değil, sizin kendi sağlığınız hakkında ne dūřündüğünüzü belirtiniz. Bu anketten elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır.

Araş.Gör. Meryem ÖZTÜRK

Numara:

Sınıf ve Şubesi:

Cinsiyet: Kız Erkek

Aşağıdaki cümlede boş bırakılan yere sizin için en uygun olan ifadeyi işaretleyerek yazınız.

Sağlığımınolduğuna inanıyorum.

a) Mükemmel

b) İyi

c) Orta düzeyde

d) Kötü

EK-5 Beslenme Tutum Ölçeği

Açıklama: Sevgili çocuklar, beslenme davranışlarınızla ilgili düşüncenizi değerlendiren sorulara sizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyerek cevaplayınız.

Ar. Gör. Meryem Öztürk

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1)Her sabah iyi bir kahvaltı yapmayı seviyorum.	()	()	()	()
2) Sebze yemeyi seviyorum.	()	()	()	()
3) Her gün sağlıklı besinler yemeyi seviyorum.	()	()	()	()
4)Okuldan sonra acıktığımda meyve ya da benim için faydalı olduğuna inandığım bir şey yemeyi seviyorum.	()	()	()	()

EK-6A: Beslenme Davranış Ölçeği

AÇIKLAMA: İki yiyecekten en sık yediğinizi seçip daire içine alınız.



1. kurabiye



elma



2. sosikli sandviç



tavuk



3. yağlı patlamış mısır



yağsız patlamış mısır



4. peynirli sandviç



yağda kızarmış yumurtalı ekmek



5. çikolatalı pasta



portakal



6. dondurma



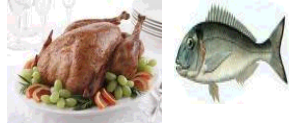
meyveli buzlu dondurma



7. şekerli (tatlı) çörek



kepekli ya da tam buğdaylı ekmek



8. hindi, balık



salam, sucuk, sosis



9. yağlı süt



az yağlı ya da yağsız süt



10.

tuzsuz



tuzlu



11. dondurma



dondurulmuş ya da normalyoğurt



12. kepekli ya da tam buğdaylı ekmek



yağda kızarmış yumurtalı ekmek



13. sıvı (bitkisel) yağ



katı yağ (tereyağ, margarin)



14. mayonez ve ketçaplı hamburger



mayonezsiz ve ketçapsız hamburger

EK-6B: Food Behavior Scale**WHAT FOODS DO YOU EAT MOST OF THE TIME?**

INSTRUCTIONS: Circle one of the two foods that you eat most often.

1.



cookies



an apple

2.

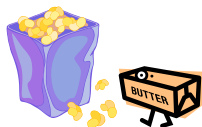


hot dog



chicken

3.



buttered popcorn



unbuttered popcorn

4.



bran muffin



french toast with butter and syrup

5.



chocolate cake



an orange

6.



ice cream



fresh fruit popsicle

7.



sweet roll



whole wheat roll



turkey



bologna



regular (whole) milk



lowfat or skim milk



no salt



salt



frozen yogurt



ice cream



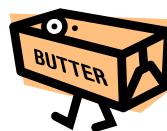
french toast



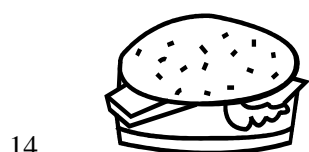
whole wheat toast



margarine



butter



regular hamburger



lean hamburger

EK-7. Ölçeklerin Kullanımı İçin İzin

Saturday, February 11, 2006 12:46 AM

From: "Jerri Ward" jerri@uts.cc.utexas.edu View contact details**To:** meryempub@yahoo.com**Cc:** "Peter Cribb" <cribb@uts.cc.utexas.edu>

Dear Meryem,

Thank you for your interest in the CATCH Health Behavior Questionnaire (HBQ). Right now, we are converting the HBQ into an electronic file and this should be completed by the end of next week. I will be able to send you the questionnaire document and a short scoring form.

Since the original CATCH study, we have adapted and updated some of the HBQ questions into a new questionnaire that assess eating and exercise behaviors as well as knowledge and attitudes. If you are interested, the most recent survey that we developed is from our SPAN project and can be downloaded from our website.

I will send you another email next week with the HBQ. Please feel free to contact me if I forget.

Jerri Ward

Jerri L. Ward, M.A., R.D., L.D.

Research Associate

[University of Texas School of Public Health](#)

7320 North Mopac, Suite 300

[Austin, TX 78731](#)

[512.346.6163](tel:512.346.6163)

FAX: 512.346.6802

jerri@uts.cc.utexas.edu

EK-8. İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzni

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.34.00.18.580/ 140
Konu : Anket(Meryem ÖZTÜRK)

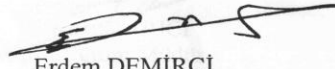
19 /01/2007

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORANCE NIHTINGALE
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

- İlgi: a) Valilik Makamının 18.01.2007 tarih ve 580/132 sayılı onayı.
b) Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığının 18.08.2003 gün 2430 sayılı emri.
c) İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğünün 26.12.2006 tarih ve 5585 sayılı yazısı

İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Prof. Dr.Semra ERDOĞAN'ın danışmanlığında eğitimine devam eden Arş.Gör.Meryem ÖZTÜRK'ün "**İlköğretim Çağındaki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Sağlık Davranışları Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi**" konusunda tez çalışması yapmasının uygun görüldüğü hakkındaki İlgi (a) Valilik Onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi, gereğinin ilgi (a) Valilik Onayı doğrultusunda, İlçe Milli Eğitim Müdürlüklerinin bilgisinden sonra Okul Müdürlüklerine gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılmasını, işlem bittikten sonra 2(iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Kültür Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.


Erdem DEMİRCİ
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EKLER :

- Ek-1. İlgi (a) Valilik Onayı.
Ek-2. Anket

*İlgi Anabilim Dalına
duyurulacaktır
23.1.07
P.A.*

99
23.1.2007

EĞİTİM
%100
DESTEK

4440632

NOT : Verilecek cevapta tarih, kayıt numarası, dosya numarası yazılması rica olunur.

Adres : İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü A.Blok Ankara cad. No:2 Cağaloğlu 526 13 82

E-Mail : kultur34@meb.gov.tr **Web :** <http://istanbul.meb.gov.tr/bolumler/kultur>

EK-9. Aile İzin Formu

Değerli anne ve babalar,

Çocukların beslenme alışkanlıklarını incelemek için “Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi” başlıklı doktora tez projesi yürütmekteyiz. Bu araştırmada ilköğretim okullarının 5. sınıfında okuyan öğrencilerin sağlık ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorulara yanıt vermesi beklenmektedir. Araştırmanın bir bölümünde aileyi ilgilendiren sorular da vardır. Bu nedenle bu soruları çocukların anne veya babalarından birinin (mümkünse annenin) yanıtlaması daha doğru veri elde etmeyi sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılımınız, çocuğunuz ve sizinle ilgili sorulara vereceğiniz yanıtlar, çocukların beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgilerin oluşmasında büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız, aşağıdaki araştırmaya katılım izin formunu lütfen imzalayınız.

Araş.Gör. Meryem ÖZTÜRK
İ.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu

Prof. Dr. Semra ERDOĞAN
İ.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu

ARAŞTIRMAYA KATILIM İZİN FORMU

Prof. Dr. Semra Erdoğan danışmanlığında Araştırma Görevlisi Meryem Öztürk’ün doktora tezi olarak yürütülen “Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi” başlıklı araştırmaya katılmayı ve çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Veli ismi :.....

İmza:

Tel :.....

Tarih:

EK-10. Ölçekler İçin Görüş Alınan Uzmanların Listesi

Doç.Dr. Muazzez Garipağaoğlu- İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü

Dr. Zeynep Koç-İ.Ü.Dahiliye Kliniği Diyet Polikliniği

Diyet. Neslihan Koyunoğlu- Diyabet Vakfı

Diyet. Sabiha Keskin- M.Ü. Hastanesi Diyet Polikliniği

Uzm Diyet. Halime Pulat Demir- M.Ü. Hastanesi Diyet Polikliniği

Prof.Dr. Sema Kuğuoğlu-M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

Prof. Dr. Sevim Savaşer- İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Prof.Dr. Zuhâl Bahar- D.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

Prof.Dr. Nursen Nahcivan-İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Prof.Dr. Semra Erdoğan- İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Doç.Dr. M.Nihal Esin -İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Meryem	Soyadı	ÖZTÜRK
Doğ.Yeri	Yatağan	Doğ.Tar.	16.08.1976
Uyruğu	TC	TC Kim No	-
Email	meryempub@yahoo.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2010
Yük.Lis.	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2002
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1999
Lise	Edirne Anadolu Öğretmen Lisesi	1994

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi	2004-2010
2.	Araştırma Görevlisi	Dokuz Eylül Üniversitesi	2000-2004

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	iyi	iyi	67.50	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word,Excel,Powerpoint)	iyi
SPSS	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Bahar Z, Okçay H, Özbiçakçı Ş, Beşer A, Üstün B, **Öztürk M.** (2005) Effects of islam and traditional practices on women's health and reproduction. Nursing Ethics.12(6); 557-570.

Bahar Z, **Ozturk M**, Beser A, Baykara A, Eker G, Cakaloz B. (2008) Evaluation of interventions based on depression sigh scores of adolescents. Social Behavior and Personality: An International Journal. 36(1);123-134.

Üstün B, Bahar Z, Partlak N, Akgün E, **Öztürk M**, Malay U. (2005) Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Dergisi. 1(1): 26-33.

Üstün B, Bahar Z, **Öztürk M** (2008) Effects of nursing care on the level of depression and nursing diagnoses of elderly people. DEUHYO ED 1(2); 96-107.

Bildiriler

Bahar Z, Baykara A, **Öztürk M**, Eker G, Çakaloz B. Gölcük deprem bölgesindeki ergenlerin depresif belirti düzeyleri saptanarak verilen hizmetin değerlendirilmesi. 7. Ergen Günleri. Kocaeli. 2002.

Bahar Z, Okçay H, Özbıçakçı Ş, Beşer A, Üstün B, **Öztürk M**. Dini inançlar ve kültürün kadın sağlığına etkisi. 2.Uluslararası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 7-11 Eylül 2003. Antalya.

Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, **Öztürk M**. Esentepe bölgesindeki kadınların sağlığı geliştirme davranışları. 2.Uluslararası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 7-11 Eylül 2003. Antalya.

Bahar Z, Beşer A, **Öztürk M**, Özbıçakçı Ş.Probleme dayalı öğrenim modelinin hemşirelik öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisi. I. Aktif Eğitim Kurultayı. 29-30 Mayıs 2004. İzmir

Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Şen H, Durmaz P, **Öztürk M**. Probleme dayalı öğrenme modelinde yönlendirici performansını değerlendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. II. Aktif Eğitim Kurultayı. 4-5 Haziran 2005. İzmir.

Bahar Z, Beşer A, **Öztürk M**, Özbıçakçı Ş. Effects of problem based learning on health promotion behaviours of nursing students. 10th International Nursing Research Conference. 22-25 Kasım 2006. İspanya.

Bahar Z, Baykara A, **Ozturk M**, Eker G,Çakaloz B,Beser A. Evaluation of relief programs depending on depression sign scores of adolescents in golcuk earthquake district. 1 st Conference of the journal public healty. 9-11 May 2007 Lisbon, Portugal.

Nar Ş, Yalçın S, Atintaş B, Tahran M, Danışmanlar: **Öztürk M**, Coşansu G. Öğrencilerin güneşten korunma hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. 6. Ulusal (Uluslar arası katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı. 26-29 Haziran 2007, İstanbul. Türkiye (Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından ödüllendirilmiştir (Teşvik ödülü 2.lik).

Öztürk M, Erdoğan S. Use of the PSC-17 in Turkish school-aged children. 2009 World Public Health Congress. 27 Nisan- 1 Mayıs 2009. İstanbul.Türkiye.

Öztürk M, Erdoğan S. Okul çağındaki çocuklarda Pediatrik Semptom Kontrol Listesi'nin (PSC-35) kullanımı. 1. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu. 21-22 Mayıs 2010. Mersin. Türkiye.