



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OKUL HEMŞİRESİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ
TEMELLİ ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK
UYGULAMALARI, ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİ,
ALGILADIKLARI YARAR VE ENGELLER**

ZEYNEP BÖYÜKBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. SAİME EROL

2019-İSTANBUL



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OKUL HEMŞİRESİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ
TEMELLİ ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK
UYGULAMALARI, ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİ,
ALGILADIKLARI YARAR VE ENGELLER**

ZEYNEP BÖYÜKBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. SAİME EROL

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik/ Halk Sağlığı Hemşireliği
Tez Sahibi : Zeynep Büyükbaş
Tez Başlığı : Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları,
Öz-Etkililik Düzeyleri, Algıladıkları Yarar ve Engeller
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm
Sınav Tarihi : 31-07-2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Doç.Dr.Saime Erol	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Doç.Dr. Ayşe Ergün	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
Dr.Öğr.Gör. Nadire Ercan Toptaner	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 18. Eylül 2019.. tarih ve 30 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

I. 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 çalışmasıyla elde edilemeyen 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.

Zeynep BÖYÜKBAŞ

II. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında bana öncülük eden, yüksek lisans dönemim boyunca bilgisi, tecrübesi ve katkıları ile daima fikirlerimin gelişmesinde bana yol gösteren saygı değer hocam Sn. Doç. Dr. Saime Erol'a,

Yüksek lisans dönemim boyunca bana katkı da bulunan anabilim dalı başkanımız hocam Sn. Doç. Dr. Ayşe Ergün'e

Her türlü desteğini hissedip çalışmam boyunca manevi olarak yanımda olan Osman Rezan Aksu ve değerli arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda bana güven ve destek veren aileme,

İçtenlikle sonsuz teşekkür ederim.

III.İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. BEYAN	i
II. TEŞEKKÜR	ii
III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
V. TABLOLAR LİSTESİ	viii
VI. ŞEKİLLER LİSTESİ	x
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Obezitenin Tanımı	7
4.2.Obezite Sıklığı	9
4.3.Obezitenin Etiyolojisi	10
4.4.Obezite Sonucu Oluşan Sağlık Sorunları	11
4.4.1. Kronik hastalıklar ve obezite	11
4.4.2. Kas iskelet sistemi ve obezite	12
4.4.3. Obezitenin psikolojik ve sosyal etkileri	13
4.5. Obeziteden Korunma	14

4.6. Obezitenin Tedavisi	15
4.7. Obezitedan Korunmada Okul Hemşiresinin Rolü	16
4.8. Sağlığı Geliştirme Modeli	20
4.8.1. Çocukluk çağı obezitesini önlemede okul hemşiresinin uygulamaları ve algıları	21
4.8.1.1. Çocukluk çağı obezitesini önlemede okul hemşiresinin uygulamaları	21
4.8.2. Çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik okul hemşiresinin algıları	22
4.8.2.1. Öz etkililik	22
4.8.2.2. Yarar Algısı	23
4.8.2.3. Engel Algısı	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM	26
5.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları	26
5.2. Araştırmanın Türü	26
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
5.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi	28
5.5.1. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamaları Ölçeği	28
5.5.2. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamaları Ölçeği	28
5.5.3. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği	28
5.5.4. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı	29
5.5.5. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği	29
5.6. İstatistiksel Analiz	29
5.6.1. Geçerlik Analizleri	30

5.6.1.1. Doğrulayıcı faktör analizi	31
5.6.1.2. Açıklayıcı faktör analizi	32
5.6.2. Güvenirlik analizleri	32
5.6.2.1. Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı	32
5.6.2.2. Madde toplam puan güvenirligi	32
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	32
6. BULGULAR	33
6.1. Sosyodemografik Özellikler	33
6.2. Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Ölçeklerin Dil Uyarlaması	36
6.3. Ölçeklerin Geçerlik Bulguları	41
6.3.1. Kapsam geçerliliği	41
6.3.2. Yapı geçerliliği	41
6.3.2.1. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği yapı geçerliliği	41
6.3.2.2. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği yapı geçerliliği	44
6.3.2.3. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği yapı geçerliliği	48
6.3.2.4. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği yapı geçerliliği	50
6.3.2.5. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği yapı geçerliliği	52
6.4. Ölçeklerin Güvenirlilik Bulguları	55
6.4.1. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği güvenirlilik bulguları	55
6.4.2. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği güvenirlilik bulguları	57

6.4.3.Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği güvenirlilik bulguları	59
6.4.4. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği güvenirlilik bulguları	60
6.4.5. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği güvenirlilik bulguları	61
6.5.Okul Hemşirelerinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algıladıklarının Düzeyi Nedir?	62
6.6.Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öğrenci ve Okul Düzeyindeki Uygulamalarına Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algılarının Etkisi	64
7. TARTIŞMA	68
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
9. KAYNAKLAR	81
10. EKLER	90
EK 1:Okul Hemşiresinin Sosyodemografik özellikleri	91
EK 2: Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği	94
EK 3:Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği	95
EK 4: Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği	96
Ek 5: Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği	97
EK 6:Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği	98
EK 7: Etik Kurul İzni	99
EK 8: Bilgilendirme Formu	100
EK 9: Ölçek İzni	101
11. ÖZGEÇMİŞ	102

IV. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

SPSS: İstatistiksel Analiz Programı

KGİ: Kapsam Geçerliliği İndeksi

Uz: Uzman Kişi

KGİ_m: Madde Düzeyinde Kapsam Geçerliliği İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NHANES: Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

AAP: Amerika Pediatri Akademisi

NASN: National Association Of School Nurses

SGM: Sağlığı Geliştirme Modeli

P: Alfa Anlamlılık Seviyesi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

AVE: Faktörün Maddelerde Açıkladığı Ortalama Varyans

MSV: İki Faktör Arasındaki Ortalama Varyans

SBE: Sağlık Bilimleri Enstitüsü

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çocuk ve Adolesanlarda Ağırlık Sınıflandırması

Tablo 2. Yurt Dışında Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Yapılan Okul Temelli Çalışmalar

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Tablo 5. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Tablo 6. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Tablo 7. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Tablo 8. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Tablo 9. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Tablo 10. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Tablo 11. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Tablo 12. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Tablo 13. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Tablo 14. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Tablo 15. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Tablo 16. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Tablo 17. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Tablo 18. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Tablo 19. Çocukluk Obezitesinin Önlemede Öğrenciye ve Okula Yönelik Uygulamalar İle Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algısı Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Tablo 20. Path Analizi Model Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 21. Çocukluk Obezitesinin Önlemede Öğrenciye ve Okula Yönelik Uygulamalar İle Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algısı Ölçekleri Arasındaki İlişki

VI. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yapı Geçerliğine İlişkin Kavramsal Model (Quelly, 2014)

Şekil 2. Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öğrenci

Düzeyindeki Uygulamaları Ölçeği Madde Faktör Yükleri (Standart Ağırılıklar)

Şekil 3. Okul hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Okul düzeyinde Uygulamaları Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yükleri (standart ağırılıklar)

Şekil 4. Döndürölmüş Uzayda Faktörler Grafiği

Şekil 5. Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öz Etkililik Ölçeği Doğrulamayı Faktör Analizi madde faktör yükleri (standart ağırılıklar)

Şekil 6. Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Algılanan Yararlar Ölçeği Doğrulamayı Faktör Analizi Madde Faktör Yükleri (Standart Ağırılıklar)

Şekil 7. Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Algılanan Engeller Ölçeği Doğrulamayı Faktör Analizi madde faktör yükleri (standart ağırılıklar)

Şekil 8. Quelly'nin Uyarladığı Model (standartlaştırılmamış Katsayılar)

Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları, Öz Etkililik Düzeyleri, Algıladıkları Yarar ve Engeller

Öğrencinin Adı: Zeynep Büyükbaş

Danışmanı: Doç. Dr. Saime Erol

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililikleri, yarar ve engel algılarını göstermektir. Bu amaca ulaşmak için Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula ve Öğrenciye Yönelik Uygulamalar, Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı ve metodolojik çalışmanın evrenini, bir sosyal medya sitesindeki okul hemşireleri ve mail yoluyla ulaşılan okul hemşireleri grubu oluşturdu. Katılmayı kabul eden 136 hemşire ile çalışma tamamlandı. Veriler sosyodemografik özellikler tanımlama formu ve Susan Quelly (2014) tarafından geliştirilen Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula ve Öğrenciye Yönelik Uygulamalar, Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçekleri kullanılarak toplandı. Geçerlikleri, Kapsam Geçerliği İndeksi, Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör analizi ile değerlendirildi. Güvenirliği için madde toplam korelasyonu, iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısına bakıldı.

Bulgular: Tüm ölçeklerin Kapsam Geçerliği İndeksi sırasıyla; 0,97, 0,98, 1, 0,99 ve 0,97 bulundu. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucu tüm ölçeklerin yapı geçerliliğini doğruladı. Ölçeklerin madde toplam korelasyonları tüm maddelerde 0,20' nin üzerinde, cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ise tüm ölçekler için 0,80'in üzerinde yüksek güvenilirlikte bulundu.

Sonuçlar: Ölçeklerin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Okul hemşirelerinin obeziteyi önlemeye yönelik okul ve öğrenci düzeyindeki uygulamaları, öz etkililik, yarar ve sosyal engel algı puanları ortalamının üstündedir.

Anahtar Sözcükler: Okul hemşiresi, çocukluk obezitesi, Öz etkililik, Yarar, Ölçek

School Nurse Self-Efficacy, Perceived Benefits and Perceived Barriers and Childhood Obesity Prevention Practices

Student's Name: Zeynep Büyükbaş

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Saime Erol

Department: Department of Public Health

2. SUMMARY

Objective: This study's aim is to show school nurse's obesity preventing practices, self-efficacy and benefit and obstacles perceptions. In order to succeed this aim, Turkish validity and reliability versions of Childhood Obesity Preventing Practices for School and Student, Self-efficacy and Benefit and Obstacle Perception Scales were applied.

Materials and Methods: The population of this descriptive and methodological study consists of school group nurses in a social media site and school nurses reached via mail. The study was done and concluded with 136 nurses who agreed to take part in. Data were gathered with sociodemographic characteristic diagnosis form and Childhood Obesity Preventing Practices for School and Student, Self-efficacy and Benefit and Obstacle Perception Scales developed by Susan Quelly (2014). Validity of these scales and form was assessed with content validity index and explanatory and confirmatory factor analysis. Total item correlation and internal consistency Cronbach Alpha coefficient were used for reliability.

Results: Content Validity Index of all the scales were respectively 0,97, 0,98, 1, 0,99 and 0,97. Exploratory and confirmatory factor analysis confirmed the construct validity of all scales. Total item correlations of the scales were above 0.20 for all the items and cronbach alpha reliability coefficient for all the scales were above 0,80 which means high reliability.

Conclusion: Turkish versions of the scales were determined as valid and reliable. School nurse's obesity preventing practices for school and student level, self-efficacy and benefit and obstacles perception scores are above the average.

Keywords: School nurse, Childhood obesity, Self-efficacy, Benefit, Scale

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, Latince kökenli bir kelime olup, iyi beslenmiş anlamına gelmektedir. Halk arasında aşırı şişmanlık olarak da bilinmektedir (<https://www.beslenmerahberim.net/morbid-obez/>, Erişim tarihi: 08.12.2018). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre ise obezite, sağlığı bozacak şekilde vücutta anormal ve aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000). Başka bir tanıma göre obezite, yağ oranının vücutta artışına bağlı, metabolik anomalilere sebep olan kompleks ve karmaşık bir hastalıktır (Yılmaz ve ark., 2018). Obezite geçmiş yıllarda gelişmiş ülkelerin sorunu olarak görülmekte iken Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde gelir düzeyinin artması ve gelişmiş ülkelerin yaşam tarzının benimsenmesi ile sorun olarak görülmeye başlamıştır (Ulutaş ve ark., 2014). Çocukluk çağı obezitesininprevelansı bütün dünyada giderek artmakta, obezitenin oluşmasında inaktif yaşam ve sağlıksız beslenmenin direkt etkili olduğu bildirilmektedir (Talley, 2017). Ayrıca ev dışında yenen, kolay ve hızlı olarak tanımlanan hazır yemeklerin sık tüketilmesi ve kolay ulaşılabilmesi de bir neden olarak görülmektedir (French, 2009; Sakarya ve ark., 2017; Tedik, 2017; Savaşhan ve ark., 2015).

Çocukluk çağı obezitesi, çocukların yetişkinlik dönemindeki sağlık durumlarını etkileyen ve tedavi edilmediği takdirde kronik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan bir sağlık problemidir (Yılmaz ve ark., 2018; Yıldız ve ark., 2015; Şen, 2016; Savaşhan ve ark., 2015; Karaçor ve ark., 2017). Türkiye’nde içinde bulunduğu Avrupa Bölgesinde her beş çocuktan biri, Türkiye’de ise her dört çocuktan biri obez veya fazla kiloludur (<https://www.tuseb.gov.tr/akademik/obezite-hakkinda-oecd-raporu>, Erişim tarihi: 08.12.2018).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) 2011-2012 yılı değerlendirmesine göre de; ABD’de 2-19 yaş grubu çocuk ve adölesanların %16,9’unun obez olduğu belirtilmiştir(Ögden ve ark., 2012).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 1990’da 32 milyon olan obez çocuk sayısı 2016’da 41 milyona çıkmış ve bu rakamın 2025 yılında 70 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir(<https://www.trthaber.com/haber/saglik/turkiye-ve-dunyada-cocuklarda-obezite-hizla-artiyor-342262.html> , Erişim Tarihi: 03.07.2019).

İngiltere de Ulusal Ölçüm Programına göre 2013-2014 yılları arasında 4-5 yaş arası çocukların %22,5'i aşırı kilolu ve obezdir. Bu oran 10-11 yaş arası çocuklar için ise %33,5'dir (Kleebouer, 2015).

TürkiyeSağlıklıBeslenmeveHareketli Hayat Programı 2018-2023 GüncellemeÇalıştayıkapsamındaçocuklardaobeziteilemücadeledeçocuklarönemlibir edefgrubu oluşturmuştur(<https://www.trthaber.com/haber/saglik/turkiye-ve-dunyada-cocuklarda-obezite-hizla-artiyor-342262.html>, Erişimtarihi: 08.12.2018).EkonomikKalkınmaveİşbirliğiÖrgütü(OECD) 2017 verilerine göre 2011 yılındanbuyanaçocuklarayöneliksağlıksızıyecekveiçecekreklamlarınadahasıksınırla malarvedüzenlemelergetirilmeyebaşlanmıştır. Şili,İzlanda, İrlandaveMeksika'daçocuklarınuyanıkolduğusaatlerde radyo vetelevizyonlardayiecekveiçecekreklamlarınınyapılması yasaklanmıştır. AynışekildeŞili, Polonya, İspanya, Türkiye, AvusturalyaveNorveç'teokullarda,toplutaşımaaraçlarındavekamualanlarındabenzerya saklamalargetirilmiştir (https://www.tuseb.gov.tr/akademik/obezite-hakkinda-oecd-raporu. Erişimtarihi: 08.12.2018). Türkiye, 2013 yılındanitibarensağlığıgeliştirmeamacıyla “SağlıklıOlmakİçinHareketEt”ve “PorsiyonlarıKüçült” kampanyalarınıuygulamayabaşlamıştır. Bunlarlaekolarak “FizikselAktiviteninGeliştirilmesiProjesi” dahilindeokullara, belediyelere, üniversitelerevebazıorganizasyonlara 275.000 adetbisikletvermiştir (https://www.tuseb.gov.tr/akademik/obezite-hakkinda-oecd-raporu, Erişimtarihi: 08.12.2018).

Çocukluk çağı obezitesi çok yönlü yaklaşım gerektiren karmaşık bir sağlık sorunudur. Obezite önleme çabalarında sağlık hizmeti verenlerin rollerini genişletmesi ve okullara odaklanmakgerektiği önerilmektedir (Ögden ve ark., 2012).İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü, (NICE) okul hemşirelerinin aşırı kilolu veya obez olan çocukların yaşam tarzı ve kilo yönetimi programlarına katkı sağlamaları gerektiğini bildirmektedir (Kleebouer, 2015).Okul hemşireleri bütüncül bir yaklaşım içerisinde okul sağlık ekibinin bir parçasıdır, bu nedenle okullar için sağlıklı etkinlik programları koordine edebilir, diğer ekip arkadaşları ve aileler ile birlikte çalışabilir ve destek personel ekibine liderlik yapabilirler (Tedik, 2017; Emlek Sert ve Bayık Temel, 2017).

Çocuklarda obeziteyi önlemeye yönelik yapılan programların çoğu beslenme ve fiziksel aktiviteye yöneliktir (Lee ve ark., 2017; Udemgba ve Sharma, 2015; Pelletier, 2015; Turner ve ark., 2015; Appleton ve ark., 2017). Ayrıca çocuklarda fiziksel aktivitenin artırılması için deney grubuna hareketli bilgisayar oyunlarının oynatıldığı ve karşılaştırmaların yapıldığı bazı tek yönlü çalışmalar da bulunmaktadır (Duncan ve Staples, 2010). Bu çalışmaların çoğuna ailelere dâhil edilmiştir. Çalışmaların bir kısmında çeşitli teoriler (Udemgba ve Sharma, 2015; Pelletier, 2015; Turner ve ark., 2015; Jan, 2009; Dzewaltowski, 2010; Lien, 2010; Elder, 2011; Craven, 2011) kullanılmıştır. Kullanılan teori ve modeller; “Sosyal Bilişsel Teori”, “Sosyal Ekolojik Teori” ve “Bağlamsal Model”dir (Erdim ve ark., 2012).

Ülkemizde ise çocukluk çağı obezitesiyle ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğu prevalans çalışmaları olmakla birlikte (Savaşhan ve ark., 2015; Alpcan ve Arıkan Durmaz, 2015) girişimsel çalışmalara da mevcuttur (Meydanlıoğlu ve Ergün, 2014; Erdim ve ark., 2014; Çelik ve ark., 2015; Çınar ve Çavuşoğlu, 2016; Ağca ve Koçoğlu, 2010, Törüner ve Savaşer 2010). Ağca ve Koçoğlu tarafından (2010) yapılan okul temelli bir çalışmada sadece obez kız adölesanlara yönelik egzersiz programı uygulanmıştır. Törüner ve Savaşer tarafından (2010) yapılan okul temelli çalışmada ise obez çocuklara yönelik “Sosyal Bilişsel Teoriye” dayalı beslenme ve egzersiz programı uygulanmıştır. Literatürde okul hemşirelerinin, obeziteyi önleme ile ilgili girişimlerin etkililiğini arttırmak için model temelli girişimlere yer vermeleri gerektiği bildirilmektedir (Tedik, 2017).

Sağlığı Geliştirme Modeli, obeziteyi önleme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırmak için kullanılan modellerin en önemlilerinden biridir (Bandura, 2004). Bandura’ya göre, okul hemşiresi sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığı konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Model, hemşirelerin obeziteyi önleme girişimlerine bir çerçeve sunar. Bu teorik çerçeve içinde de öz etkililik, yarar algısı ve engel algısı yapıları yer almaktadır. Öz etkililik bireyin bir eylemi yürütme yeteneğine sahip olduğu konusunda kendine olan inancıdır. Öz etkililiği yüksek olan bir okul hemşiresi çocuklarda obeziteyi önlemeye yönelik okul ile çevresinde var olan engelleri aşabilecek ve mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanabilecektir. Ayrıca okul ortamında, toplumda kaynak ve zaman eksikliği, öğrenci için damgalanma riski, ebeveynlerin yeterince destek olmaması gibi çocuklarda obezite

önleme uygulamalarını etkileyebilecek engeller vardır (Quelly, 2014; Talley ve ark., 2017). Okul hemşiresinin okul ortamında Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları hakkındaki yarar ve engel algıları okul ortamındaki çocukluk obezitesiuygulamaları'netkilemektedir. Çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları hakkındaki yarar algısının yüksek olması çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalarını teşvik edecek ve engel algısının yüksek olması okul hemşiresinin bu uygulamalara katılımını azaltacaktır.Bu engeller ile baş etme, okul hemşiresinin sahip olduğu öz etkililiği etkiler(Quelly, 2014; Bruening ve ark., 2010).

Okullarda obezitenin önlenmesinde önemli rol ve fırsatlara sahip olan okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalardakiöz etkililikleri, yarar ve engel algıları, öğrenci ve okul düzeyindeki çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalarına katılımını etkilemektedir. Bu çalışmanın diğer araştırmalardan farkı okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları hakkındaki öz etkililik, yarar ve engel algılarının öğrenci ve okul düzeyindeki girişimlere etkisininigöstermesidir.

Bu çalışmanın amacı, okul hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci ve okul düzeyindeki uygulamalarına özetkililik, yarar ve engel algılarını belirtmektir. Bu amaca ulaşabilmek için Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye ve Okula YönelikUygulamaları, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Obezitenin Tanımı:

Dünya Sağlık Örgütüne göre obezite, sağlığı bozacak şekilde vücutta anormal ve aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000). Başka bir tanıma göre obezite, yağ oranının vücutta artışına bağlı, metabolik anomalilere sebep olan kompleks ve karmaşık bir hastalıktır (Yılmaz ve ark., 2018). Yağ dokusunun erkekler için normal olarak kabul gördüğü aralık vücut kütlelerinin ortalama yüzde 15-20'sini oluştururken bu aralık kadınlar için yüzde 25-30'unu oluşturmaktadır. Erkekler için yağ dokusunun oranının yüzde 25, kadınlarda da bu oranın yüzde 30'un üzerine çıkması söz konusu olduğunda obeziteden bahsedilebilmektedir (Tedik, 2017). Aşırı kilo ve obezite, toplumun büyük kesimini etkileyen kronik hastalıklardandır. Ayrıca kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde değiştiren birçok farklı hastalıkları beraberinde getiren fazla kilo ve obezite yaşam süresini de azaltmaktadır (Ulutaş ve ark., 2014). Tüm bunlarla birlikte bilinen obezite; çocuk, genç, yetişkin ve yaşlı diye ayırt etmeden tüm bireyleri ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Fazla kilo ve obezitenin artmasındaki önemli nedenler arasında; yaşam standartlarının değişmesi, beslenme biçimlerindeki farklılık, hazır gıda tüketiminin artması, çalışma koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değişmesi, telefon, bilgisayar gibi elektronik araç ve gereçlerin başında geçirilen sürelerin değişmesiyle birlikte fiziksel mobilitenin azalması ve yine bununla birlikte sedanter yaşama geçişin olması sayılabilmektedir. Tüm bunlarla birlikte cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve kırsal yaşamdan kent yaşamına geçişinde obezite oranları üzerinde etkili olduğu açıklanmaktadır (Sahoo ve ark., 2015; Ulutaş ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($BKI=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. DSÖ' nün BKİ tanımlamasında BKİ'si 25'e eşit ya da üzerinde

olanlar fazla kilolu olarak sınıflandırılırken, 30'a eşit ya da üzerine olanlar ise obez olarak sınıflandırılmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html> Erişim Tarihi:15.01.2019). Çocuk ve adolesanda ise BKİ persentillerini esas alarak persentil çizelgesinin% 85-95 aralığında olanlar fazla kilolu, % 95'in üzerinde olanlar ise obez olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2011). Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde çocuklar, kendi ülkelerinin yerel büyüme standartlarına göre değerlendirilmektedir. Ülkemizde Neyzi ve arkadaşları (2008) Türk çocuklarının antropometrik değerlendirilmesinde kullanılmak üzere yaşa ve cinsiyete uygun yerel referans BKİ değerlerini oluşturmuşlardır (Neyzi ve ark., 2008).

Çocuk ve adölesanlarda, obezitenin tanımlanmasında en sık kullanılan yöntem DSÖ'nün yüzdellik(persentil) veya z skoru değerleridir. DSÖ, 0-5 yaş çocukları için büyüme standartları, 5-19 yaş grubu çocuklar ve adolesanlar için büyüme referans değerlerini yayınlamıştır. Bu değerlere bakıldığında; 5-19 yaş grubundaki çocuklar ve adolesanlardapreobez>+1 SD(standart sapma) veya >85'inci yüzdeliğin üzeri, obeziteise >+2 SD veya >97'inci yüzdeliğin üzeri olarak belirlenmiştir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html> Erişim Tarihi: 12.11.2018).

Tablo 1. Çocuk ve Adolesanlarda Ağırlık Sınıflandırması

Çocuk ve Adolesanlarda Ağırlık Sınıflandırması (DSÖ)		
Kategori	Beden Kitle İndeksi	Standart Deviasyon
Zayıf	BKİ <5. persentil	< - 2 SD
Normal	5. persentil ≤ BKİ < 85.persentil	-2 SD ≤ ≤+1 SD
Fazla Kilolu	85. persentil ≤ BKİ < 95.persentil	>+1 SD
Obez	95. persentil ≤BKİ	>+2 SD

4.2. Obezite Sıklığı

Küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu olan fazla kilo ve obezite dünyada hem gelişmiş ülkelerde hem de Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artmaktadır. Avrupa’da yapılan MONICA çalışmasında obezite sıklığında son 10 yılda yaklaşık yüzde 30 oranında bir artış olduğu açıklanmaktadır. Yine Avrupa’da yetişkinlerde fazla kilo ve obezite sıklığı kadınlar için yüzde 7-36 arasında erkeklerde ise bu oran yüzde 5-23 arasındadır (Tedik, 2017).

Dünya da fazla kilolu bireylerin en çok görüldüğü ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere olarak saptanmıştır. DSÖ verilerine göre fazla kilo ve obezite, Avrupa’daki yetişkinlerde diyabet vakalarının yüzde 80’ine, kalp hastalıklarının ise yüzde 35’ine sebep olduğu düşünülmektedir (Tedik, 2017).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), iki yaşından başlayarak aşırı kilolu çocukların taranması için BKİ kullanımını önermektedir (Yanovski, 2015). Çocukluk çağı obezitesinin prevelansı bütün dünya da gittikçe artmaktadır (Savaşhan ve ark., 2015). Çocukluk döneminde şişmanlık gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkeler dahil olmak üzere tüm dünya da artış göstermektedir (Karaçor ve ark., 2017; Kankova ve Karadakovan, 2017)

Yanovski 2015 yılında yaptığı bir çalışma da Obez ve aşırı kilolu gençlerin kardiyak yapısal ve hemodinamik değişikliklerle sonuçlanan kardiyovasküler risk faktörlerine sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Yanovski, 2015). Türkiye’nin de içinde bulunduğu Avrupa Bölgesinde her beş çocuktan biri, Türkiye’de ise her dört çocuktan biri obez veya fazla kiloludur (<https://www.tuseb.gov.tr/akademik/obezite-hakkinda-oecd-raporu>, Erişim tarihi: 08.12.2018). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması 2011-2012 yılı değerlendirmesine göre de; ABD’de 2-19 yaş grubu çocuk ve adölesanların %16,9’unun obez olduğu belirtilmiştir (Kleebouer, 2015; Yaslı ve ark. 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 1990’da 32 milyon olan obez çocuk sayısı 2016’da 41 milyona çıkmış ve bu rakamın 2025 yılında 70 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. İngiltere de Ulusal Ölçüm Programına göre 2013-

2014 yılları arasında 4-5 yaş arası çocukların %22,5'i, aşırı kilolu ve obezdir. Bu oran 10-11 yaş arası çocuklar için ise %33,5 olarak yükselmiştir (Kleebouer, 2015).

Ülkemizde ve ve tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemi haline gelen fazla kilo ve obezitenin önlenmesinde obezitenin etiyolojisi konusuna da önem verilmelidir.

4.3. Obezitenin Etiyolojisi

Fazla kilo ve obeziteye neden olan en önemli etmenlerin aşırı ve yanlış beslenme ve sedanter yaşama geçişin olmasıyla birlikte fiziksel hareket kısıtlılığının olduğu belirtilmektedir (Sahoo ve ark., 2015; Ulutaş ve ark., 2014; Karaçor ve ark., 2017). Fakat bunların yanında obezitenin etiyolojisinde rol oynayan birçok faktörün de olduğu görülmektedir. Bunlar: yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel ve psikolojik etmenler, gelir düzeyi, hormonal, genetik ve metabolik etmenler, sigara ve alkol tüketimi, sık sık değiştirilen uygunsuz diyet uygulamaları, kullanılan ilaçlar, gibi birçok nedenlerin olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Deplewski ve ark., 2018; Savaşhan ve ark., 2015). Bunlarla birlikte doğumdan itibaren bebeklikten çocukluk ve ergenlik dönemine kadar olan süreç içerisinde çocuğa kazandırılan beslenme biçimlerinin de obezitenin oluşmasında rol oynadığı görülmektedir. Ayrıca anne sütü ile beslenen çocuklarda obezitenin görülme sıklığının daha düşük olduğu, yenidoğan dönemindeki bebeğin anne sütü ile beslenip beslenmediği ve ne kadar süre anne sütü ile beslendiği de önemli hususlardandır (Tedik, 2017). Çocuk ve adolesanlardaki fazla kilo ve obezitenin çoğunlukla yanlış ve hazır gıdalar ile beslenme, gereksinimden aşırı beslenme, bilgisayar, cep telefonu gibi elektronik aletlerin kullanımının artmasına bağlı olarak daha az hareket etme, aile üyeleri içerisinde fazla kilolu ve obez kişilerin olması ile kendilerine rol model alma, aile ve arkadaş çevresinde yaşanan sorunlara bağlı yaşanan stres ve depresyon gibi psikolojik ve ruhsal problemlerde obezitenin oluşmasına ve artmasına neden olan etkenlerdendir (Alpcan ve Durmaz, 2015; Sahoo ve ark., 2015; Ulutaş ve ark., 2014).

4.4. Obezite Sonucu Oluşan Sağlık Sorunları

Dünya Sağlık Örgütü'ne(DSÖ) göre fazla kilo ve obezite ölüm riskleri sıralamasında ilk beşte yer almaktadır. Ayrıca her yıl 2,8 milyon insan fazla kilolu ve obez olduğu için hayatını kaybetmektedir (Tedik, 2017). Karmaşık ve kronik bir hastalık olarak tanımlanmakta olan obezite, beraberinde birçok kronik hastalığı da meydana getirmektedir. Özellikle psikolojik açıdan obezitenin; sosyal ilişkiler kurmada yetersizlik; özgüvende eksiklik oluşturduğu saptanmıştır. Okul başarısı üzerinde de olumsuz etkiler görülebilmektedir (Karaçor, 2017; Sahoo ve ark., 2015).

4.4.1. Kronik hastalıklar ve obezite

Obez bireylerde kalp damar hastalıklarının daha fazla olduğu ve bu hastalıkların da beraberinde yüksek tansiyon hastalıklarını getirdiği görülmüştür. (Erdim ve ark., 2014; Alpcan ve Durmaz, 2015). Fazla kilolu ve obez bireylerde solunum sistemi hastalıklarının da sıklığı artmaktadır (Tedik, 2017; Tanır, 2018).Kronik hastalıklar içerisinde çocuklarda kardiyovasküler hastalıklar, küresel ölümlerin önde gelen nedenlerindedir ve 2030 yılında 23,6 milyona kadar ulaşılacağı da tahmin edilmektedir. Umer ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı meta-analiz çalışmasında 5-17 yaş arasındaki obez çocukların ve ergenlerin % 70 'inin kardiyovasküler hastalıklar için en az bir risk faktörüne sahip olduğunu belirtmiştir (Umer ve ark., 2017).

Bebeklik döneminde obezite, yetişkin yaşamında obezite olasılığını artırır ve kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, uyku apnesi, karaciğer disfonksiyonu, kolelitiazis, polikistikoverler kronik osteoartrit, sırt ağrısı gibi kas iskelet sistemi hastalığı ve solunum problemleri gibi yetişkinlerde görülen çok sayıda sağlık probleminin öngörüsü olarak görülmektedir(Ferreira ve ark., 2015).

4.4.2. Kas iskelet sistemi ve obezite;

Çocukluk obezitesinde fazla yük taşıdığı için kas iskelet sistemi olumsuz etkilenmektedir ve bacak ile dizlerde de birçok sağlık sorunu görülmektedir (Tedik, 2017; Erdim ve ark., 2014).

Yapılan çalışmalara göre Fazla kilo ve obezite yetişkinlikte osteoartrit ve kronik bel ağrılarına neden olabilirken çocuklar içinde bir risk oluşturmaktadır ve servikal omurga hastalıkları, Blount hastalığı ve artmış kırık riski gibi bebeklikteki ortopedik bozukluklar kilo ile ilişkilidir. Fazla kilolu çocuklar, normal kilolu çocuklara göre daha fazla kırık ve kas iskelet sistemi rahatsızlığı prevalansına ve düşük yükseklikten düşme riskine sahiptir. Çocukluk çağı obezitesinin vücut üzerinde çeşitli şekillerde zararlı bir etkisi olabilmektedir. CDC'ye göre, fazla kilo ve ağırlık çocuklarda kemiklerin, eklemlerin ve kasların büyümesini ve sağlığını ciddi şekilde etkilemektedir (<https://orthoinfo.aaos.org/en/staying-healthy/the-impact-of-childhood-obesity-on-bone-joint-and-muscle-health/> Erişim Tarihi: 05.07.2019).

Çocukluk çağı obezitesinin gelişmekte olan kas iskelet sistemi üzerine aşırı strese neden olduğu bilinmektedir. Çocuklarda kemikler, büyüme plaklarının varlığından dolayı obezite tarafından etkilenir. Büyüme plakları, kemiğin uzunlamasına büyümesinden sorumlu kıkırdak katmanlardır ve kıkırdak olduğu için, aşırı vücut ağırlığı nedeniyle zarar görebilmekte ve deforme olabilmektedir (Ferreira ve ark., 2015).

Kilolu ve obez çocuklar aşırı kilolarına göre orantısızdırlar. Obez çocuklar normal kilolu çocuklara göre yaklaşık % 12-13 daha az kemik mineral içeriğine sahiptir. Gelişmekte olan omurga, yaklaşık 11 yaşında başlayan vertebraossifikasyonunun olmaması nedeniyle olgun omurgaya göre daha esnek olabilmekte; bununla birlikte aşırı yüklenmeye bağlı ağrı tablosu ortaya çıkmaktadır (Reilly ve ark, 2003; Ferreira ve ark., 2015).

Egzersiz programları obezite ile mücadele stratejilerinin merkezinde yer almaktadır. Ancak çocuklarda obezitenin özellikle alt ekstremitede belirgin olmak üzere muskuler ağrılar ile ilişkisi olduğu bilinmektedir. Mevcut bir kas iskelet sistemi problemi, egzersizlere uyumun bozulması veya zorlayıcı egzersizlere bağlı

olarak kalıcı bir sakatlığın gelişmesi ile sonuçlanabilir. Bu nedenle obez çocukların ağrı gelişimi açısından rutin olarak takip edilmesi önerilmektedir (Mesci ve ark., 2015).

Yapılan bir çalışmada çocuklarda beden kitle indeksi (BKİ) ile alt ekstremitte eklem hareket açıklıkları, kas gücü ve fleksibilite arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir ve kilolu çocuklarda dizde valgus görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (Taylor ve ark., 2006).

4.4.3. Obezitenin psikolojik ve sosyal etkileri;

Fiziksel olarak birçok sağlık sorununu meydana getiren obezite psikolojik ve ruhsal olarak da kişiyi etkilemektedir. Kendini beğenmeme, arkadaş grubunda kendini mutsuz hissetmeye bağlı depresyon ve sonuç olarak obez bireyi intihara kadar götürebilmektedir (Erdim ve ark., 2014; Sahoo ve ark., 2015; Tedik, 2017). Özellikle psikolojik açıdan obezitenin sosyal ilişkiler kurmada yetersizlik, sosyal kaygıya neden olma, özgüvende eksiklik oluşturduğu saptanmıştır. Okul başarısı üzerinde de olumsuz etkiler görülebilmektedir (Schroeder ve ark., 2018; Karaçor, 2017; Sahoo ve ark., 2015).

Çocukluk çağı obezitesi, zayıf psikososyal sağlık riskini arttırmakla birlikte obez çocuklarda depresyon ve anksiyete daha fazla görülmektedir. Obez çocuklarda olumsuz bir algıya sahip olma ve kendine değer vermeme, kendini beğenmeme sık görülmektedir. Obez çocuklarda yaşam kalitesi kanserli çocuklarınkine benzer olmakla birlikte ve sağlıklı çocuklara göre tüm alanlarda daha düşüktür (Schroeder ve ark., 2018). Obez çocuklarda beden imajı olumsuzdur ve bu da özgüvenlerini düşürür. Obezite sorununa karşı kendilerini gergin hissederler ve bunun davranışları üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmaktadır. Bu aynı zaman da sosyal ve akademik başarılarına da olumsuz yansıyabilmektedir (Karnik ve Kanekar, 2012).

Yapılan araştırmalar, obezitenin okul çocuklarında ve adolesanlarda psikolojik olarak ileriye dönük hasarlar oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırmalara göre psikiyatrik ve psikolojik semptomlar çocuklarda ve genç erişkinlerde daha yaygın olarak görülmektedir (Rankin ve ark., 2016).

4.5. Obeziteden Korunma

Önlenebilir bir hastalık olan obeziteden korunma, çocukluk çağından başlanması gereken bir süreçtir. Çocukluk ve ergenlik döneminde oluşan obezite yetişkinlikteki obeziteye zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle aile, okul ve yaşanılan çevre yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmelidir (<http://www.yeniasir.com.tr/saglik/2015/05/26/obeziteden-korunmaya-cocukluk-cagindan-baslamak-gerek> Erişim tarihi:22.06.2019). Obezitenin önlenmesinde başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (Altuntaş ve Baykal, 2012; Emlek Sert ve Bayık, 2017).

Çocukluk obezitesinden korunmada ülke içerisinde sağlığı geliştirme ve koruma adına yeni eylem planları yapılmalı, ürünlerin üzerindeki etiketlerde kalorilerden daha ayrıntılı bahsedilmeli, sağlıksız gıdaların reklamları kısıtlanmalı ve ailelerin sağlıklı gıda yapımına teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca daha fazla bisiklet yollarının sağlanması, çocukların yürümesi ve oyun oynaması için güvenli ve temiz bir çevrenin sağlanması da yapılabilecek eylemler arasındadır (Karnik ve Kanekar, 2012).

Obezite ve obeziteye bağlı ortaya çıkan fiziksel, ruhsal ve psikolojik hastalıklar sonucu sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin artması da hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ve önlenmesi adına danışmanlık görevlerini öne çıkarmaktadır (Tedik, 2017;Erdim ve ark., 2014). Çocukluk çağındaki obezitenin önlenmesi, erken dönemde tanınması ve tedavisi çocukluk ve erişkin dönemde obeziteye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir (Erdim ve ark., 2014).

4.6. Obezitenin Tedavisi

Obezite beraberinde birçok hastalığı tetikleme sebebiyle tedavi edilmesi zor ve karmaşık bir hastalıktır. Tedavide obez bireyin psikolojisi ve kararlılığının iyi olması ile birlikte uzun zaman alan ve süreklilik gerektiren bir süreçten oluşmaktadır (Erdim ve ark., 2014). Kilo kontrolünün sağlanmasıyla birey kilo vermeye başladığında obeziteye bağlı oluşan hastalıkların sorunlarında da gerileme olmaktadır. Tedavide yaşam biçimi değişiklikleri ve tıbbi tedavi olmak üzere iki yaklaşım görülmektedir (Tedik, 2017). Çocukluk çağı obezitesinin tedavisinde ilaç tedavisinin yeri yoktur. Metil selüloz gibi hacim artırıcı ve kalorisi olmayan ürünler mideyi şişirerek iştah hissini azaltabilirler. Pektin mide boşalmasını azaltarak tokluk hissini artırır. Ancak çocukluk çağında obezite tedavisinde etkileri yoktur. Obezitenin tedavisinde uygulanan çeşitli cerrahi yöntemler vardır. Ama çocukluk çağında cerrahi yöntemler uygulanmaz. Sonuç olarak, tedavide ideal olan yavaş kilo verme olduğu için sabırlı davranılmalıdır. Büyüme çağındaki çocukta kilo verme çok fazla olmayabilir, boy uzaması ile vücut oranları normale gelir. Tedavide cesaretlendirme çok önemlidir. Sık kontrollerle çocuğun diyet tedavisine uyması özendirilmelidir (<https://www.acibadem.com.tr/Hayat/Bilgi/cocuklarda-obezite-tedavisi-nasil-uygulanmeli> Erişim tarihi: 22.06.2019).

Tıbbi tedavi de ilaç uygulamaları ve cerrahi yöntem kullanılırken yaşam biçimi değişikliklerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve davranış değişikliği ile sağlanmaktadır (Emlek Sert ve Bayık Temel, 2017).

Tıbbi tedavinin etkin olabilmesi için diyet ve aktivite uygulamasıyla birlikte yürütülmesi gerekir. Konusunda uzman olan hemşire bu aşamada multidisipliner ekip ile birlikte hareket eder. Bu ekip üyeleri; diyetisyen, hekim, hemşire psikolog ve egzersiz danışmanından (fiziksel aktivite uzmanı) oluşmaktadır (Tedik, 2017). Çocuklarda obezite tedavisi uzun süren ve sabır isteyen bir iştir. Bu konuda ailenin desteği çok önemlidir. Ailenin hayal kırıklığına uğramaması, sabırlı olması ve çocuğu yönlendirmesi gerekir. Diyet tedavisine giren bir çocukta kilo verme her hafta gerçekleşmeyebilir. Bu durum onun diyet uymadığını göstermez (<https://www.acibadem.com.tr/Hayat/Bilgi/cocuklarda-obezite-tedavisi-nasil-uygulanmeli> Erişim tarihi: 22.06.2019).

İlaç dışı yöntemlerin kişinin ruhsal sağlığını pozitif yönde arttırdığı da yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Ayrıca ilaç dışı yöntemler hem maliyetsiz hem de risk taşımamaktadır (Tedik, 2017; Erdim ve ark., 2014).

4.7. Obeziteden Korunmada Okul Hemşiresinin Rolü

Okul çağı, çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişiminin hızlı olduğu önemli bir dönemdir. Bu dönem boyunca çocukların sağlık risklerinin belirlenmesi, sağlık durumlarının değerlendirilmesi, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanması ve koruyucu girişimlerin yapılması sağlıklı toplumun temelini atılmasında önemli bir adımdır (Ayaz, 2014; Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Okul Hemşiresinin obezite ile mücadele konusunda obeziteyi önleme, tedavi etme ve bakım aşamalarında önemli görevleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) hemşirenin üstüne düşen rolleri yerine getirmesi gerekir. Bütün aşamalarda amaç, kilo yönetiminin sağlanmasıyla vücut ağırlığını normal aralıklarda tutmak veya normal aralığa indirmektir (Erdim ve ark., 2014). Obezitenin etiyolojisinde neden olarak görülen birçok faktör içerisinde aşırı ve yanlış beslenme ile fiziksel aktivite de yetersizlik en önemli nedenler olarak görülmektedir (Emlek Sert ve Bayık Temel, 2017; Ulutaş ve ark., 2014; Karaçor ve ark., 2017). Okul hemşiresi, profesyonel bir sağlık sunucusu olarak örnek konumunda olduğu için çocuk, aile ve toplum içerisinde sorumluluk sahibidir (Erdim ve ark., 2014; Ayaz, 2014; Wang ve Volker, 2013).

Amerika Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC) okul sağlığı hizmetlerini sekiz ana bileşene ayırmıştır.

- 1) Sağlık Eğitimi
- 2) Beden Eğitimi
- 3) Sağlık hizmetleri
- 4) Beslenme hizmetleri
- 5) Rehberlik, psikolojik ve sosyal hizmetler
- 6) Sağlıklı ve güvenli okul çevresi
- 7) Çalışanlar için sağlık eğitimi
- 8) Aile ve toplumun dahil edilmesi

Bu sekiz ana bileşen doktor, psikolog, diş hekimi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve öğretmen gibibirçok meslek grubunun çalışma alanına girmektedir. Okul sağlığı hemşiresi bu alanların hepsinde görev alabilmesinin yanında, bu hizmetler arasında uyumu ve işbirliğini sağlamaktadır. Bu konumundan dolayı okul hemşiresi okul sağlığı hizmetlerinin merkezinde yer almaktadır (Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Okul sağlığı hemşirelerinin çocuklara doğrudan sağlık bakımı sunma, sağlık hizmetlerinin sunumunda liderlik yapma, sağlığı geliştirme, periyodik fizik muayene ve sağlık taramaları yapma, sağlıklı okul çevresi geliştirme, sağlık eğitimi programları düzenleme, okul sağlığı ekibi, aile ve toplum ile işbirliği yapma gibi pek çok görevi bulunmaktadır (Ayaz, 2014; Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Dünyada ve ülkemizde okul sağlığı hemşireliği bir uzmanlık alanı olarak kabul görmektedir. Okul sağlığı hemşireliği çocuk ve adölesanlara yönelik kapsamlı sağlık hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir sorumluluğa sahiptir. National Association of School Nurses (NASN) okullarda her 750 öğrencinin bir hemşirenin sorumluluğu altında olması gerektiğini vurgulamıştır (Ayaz, 2014). Okul sağlığı hizmetlerinde, iyi yetişmiş okul sağlığı hemşirelerinin okullarda görevlendirilmesi ile daha sağlıklı bireyler ve toplum oluşturmaya katkı sağlayacağı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar da okul sağlığı hemşiresinin öğrencilerin büyüme ve gelişmelerinin izlenmesi, sağlık durumları ve olası sağlık risklerinin belirlenmesi, akademik başarılarının artırılmasında önemli görevleri olduğunu ortaya koymaktadır (Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Hill ve Hollis yaptıkları bir çalışmada ilköğretim öğretmenlerinin öğrencilerin yaşadıkları sağlık sorunlarından dolayı her gün bir saat harcadıklarını; okul hemşiresi olduğunda ise öğrencilerin öğrenme zamanının dolayısıyla bir saat arttığını belirtmişlerdir (Hill ve Hollis, 2012).

Okul hemşiresi, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda iyi bir rol model olmalıdır. Okul hemşiresi, obezitenin önlenmesi konusunda bilimsel çalışmalara katılmalı, bilimsel çalışma sonuçlarına uygun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını çocuklara, velilere, topluma kazandırabilmelidir. Hemşirelik girişimleri çocuklarda ve adölesanlardaki obezitenin artmasını önlemek ve obezite probleminin çözümünde

yeni stratejilerin ortaya çıkmasında ve uygulanmasında önemlidir (Altuntaş ve Baykal, 2012).

Yapılan çalışmalar çocukluk obezitesinin önlenmesinde ve tedavi yönetiminde ailelerinde olması gerektiğini hatta aileler ile işbirliğinin olmasının başarıyı arttırdığını göstermektedir. Bu nedenle okul hemşiresinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda hem çocuk için hem de aile için iyi bir rol model olması gerekmektedir. Okul hemşiresi çocuğun, ailenin, toplumun ve okuldaki çalışanların bilinçlendirilmesi için önemli bir konumdur. Obezitenin önlenmesi ve davranış değiştirme sürecinde hemşire, ebeveyn ve öğretmenlerin işbirliği ile yürütülen okul tabanlı eğitim programlarının etkili olduğu yapılan kanıta dayalı çalışmalarla gösterilmiştir (Emlek Sert ve Bayık Temel, 2017; Altuntaş ve Baykal, 2012; Erdim ve ark., 2014).

Lee ve Kübik tarafından ilköğretim çağındaki çocukların ebeveynlerine yönelik BKİ tarama ve veli bilgilendirme sistemine yönelik okul temelli bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonucuna göre fazla kilolu olan çocukların aileleri sağlıklı çocukların ailelerine göre daha fazla geri bildirimde bulunmuş ve çocuklarının sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile kilo vermelerini istemiştir (Lee ve Kübik, 2014).

Obezitenin önlenmesinde ve yönetimin de erken teşhis ve tedavi ile obeziteye bağlı oluşabilecek hastalıkların önlenmesi için birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile girişimler ve önlemler alınmalıdır.

Yurt dışında çocukluk obezitesini önlemeye yönelik yapılan okul temelli çalışmalara örnekler Tablo 2. de gösterilmiştir.

Tablo 2. Yurt dışında çocukluk obezitesini önlemeye yönelik yapılan okul temelli çalışmalar

Çalışmanın Adı	Yazarları	Amacı	Kullanılan model veya teori	Bulgular ve Sonuç
Krista Schroeder Haomiao Jia Claire Wang Arlene Smaldone (2016)	Implementation of a School Nurse-led Intervention for Children With Severe Obesity in New York City School	Obez çocuklara fiziksel aktivite programı ile sağlıklı davranışlar kazandırmak	Fiziksel aktivite önleme programı retrospektif bir analizle ele alınmıştır.	Fiziksel aktivite programının son haliyle etkili olması muhtemel değildir. Bu program gelecekteki hemşire önderliğinde ki obezite önleme programlarının da kullanılabilir.
Pelletier LG., Guertin C., Pope CP., Rocchi M. (2016)	Homeostasis balance, homeostasis imbalance or distinct motivational processes? Comments on Marks (2015) 'Homeostatic Theory of Obesity'	Homeostatik obezite teorisine dayanılarak kilo alımını ve obeziteyi açıklamak	Homeostatik obezite teorisi	Stresli bir ortamla birlikte yüksek kalorili, düşük besleyici ve düşük doygunlukta olan yiyeceklerin aşırı tüketilmesi kilo alımın kaynağı önlenmiştir.
Craven KW, Moore JB, Swart AS, Keene AF, Kolasa KM (2011)	School-based nutrition education intervention: Effect on achieving a healthy weight among overweight ninth-grade students	Sağlıklı beslenme davranışının artırılması	Sosyal Bilişsel Teori	Deney grubunda BKİ'de düşme ve obezite ve fazla kilolu olma prevalansında azalma sağlanmıştır.
Llargues E, Franco R, Recasens A, Nadal A, Vila M, Pérez MJ, Manresa JM, Recasens I, Salvador G, Serra J, Roure E, Castells C. (2011)	Assessment of a school-based intervention in eating habits and physical activity in school children: The AVall study	Okul-aileyi içeren girişimlerle ailelerin sağlıklı beslenme davranışının artırılması	Teori kullanılmamıştır.	Kontrol grubunda balık tüketiminde azalma, obezite ve fazla kilolu olma prevalansında azalma görülmüştür

4.8. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme modeli (SGM) Nola J. Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştirmek adına yapılan çalışmalara ve yeniliklere rehber olabilecek nitelikte olup sağlığın korunması konusunda tüm modellerin tamamlayıcısı olmayı hedeflemektedir. Model, sağlıklı yaşam biçimine uygun davranışın ortaya çıkmasını temel alan yapıları tanımlamaktadır. Modelin odak noktası hemşire tarafından değerlendirilmesi gereken 11 temel inançtır. Modelin kullanılması hemşire ile bireyin ortak çalışmasını ve hemşirelerin bireylerde sağlıklı yaşam biçimine uygun davranışlar ortaya koymasını sağlamaktadır. Modeldeki temel kavramlar; birey, evre, bakım, sağlık ve hastalıktır (Quelly, 2014; Bahar ve Açıl, 2014).

Modelin amacı, sağlığı geliştirmek ve korumak için davranışların bileşenlerini açıklamak, kişisel yaşantıları ve sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzına uygun davranışları belirlemektir. Modelin teorik kökeni, Beklenti değer Teorisi ve Sosyal Bilişsel Teori zerine Őekillendirilmiřtir (alık ve Kapucu, 2017).

Modele göre bireyin önceki yaşantıları ve davranışları, yeni davranışın oluşumunda bireyin alışkanlık kazanmasında önemli rol oynamaktadır. Sosyal-Bilişsel Teori ile uyumlu olarak önceki davranışlar; algılanan öz etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili olarak sağlığı geliştirici yeni davranışları etkilemektedir (Tedik, 2017).

4.8.1. Çocukluk ağı obezitesini önlemede okul hemşiresinin uygulamaları ve algıları

Literatürde ocukluk ağı obezitesini nleme de okul hemşiresinin öz etkililik, yarar ve engel algılarının obeziteyi önlemeye yönelik ğrenci ve okul düzeyindeki girişimlerini etkilediği bildirilmektedir (Quelly, 2014).

4.8.1.1. Çocukluk çağı obezitesini önlemede okul hemşiresinin uygulamaları

Quelly (2014) çalışmasında, okul hemşiresinin obeziteyi önlemeye yönelik uygulamalarını öğrenci ve okul düzeyinde olmak üzere iki bölümde ele almıştır. Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci düzeyindeki uygulamaları; çocuk ve ailelerine kilo yönetimi hakkında bilgi vermek, kilo vermeye yönelik tedavi yöntemleri hakkında danışmanlık yapmak, çocukların kilolarını, Türk çocukları için Neyzi ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiş, yaş ve cinsiyete göre Beden Kitle İndeksi (BKİ) persentillerini kullanarak değerlendirip takip etmek, aynı çizelgeyi kullanarak yaş ve cinsiyete göre çocuklarda kan basıncını kontrol etmektir. Okul düzeyindeki uygulamaları ise; okul sağlığı komisyonuna üye olmak, çocukluk obezitesi için risk altında olanları belirlemek, okul kantininde satılan gıda ve besinlerin kalitesini değerlendirmek, öğrencilere, ailelere, personellere ve okul yöneticilerine beslenme ve fiziksel aktivite konusunda eğitim vermektir (Quelly, 2014).

Okul hemşiresinin okul düzeyindeki uygulamaları birincil, ikincil ve üçüncül önleme düzeyinden oluşmaktadır. Birincil önleme düzeyinde çocukları, ailelerini, personelleri ve okul yöneticilerini eğitmek, okul politikalarını izlemek ve değişiklik yapmak, çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam biçimi haline getirip obez olmalarını engelleyerek yeterli ve dengeli beslenme ile uygun fiziksel aktivitenin yapılması, daha az televizyon izlenmesi ve yeterli uykunun alınmasını önermek ve eğitiminin verilmesi gibi uygulamalardır (Talley, 2017).

İkincil uygulama, çocuğun tanımlanması kilosunun ve obezite durumunun izlenmesi, obez olup olmadığını belirlemek için BKİ taramasını içermektedir. Bir çocuğun ağırlık durumu BKİ'nin yaş ve cinsiyete göre sınıflandırılması ile belirlenir. Sonuçlar sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması için ailelere bildirilebilir. Sonuca göre çocuğa ve ailesine önerilerde bulunulabilir, uygun diyetisyene ve fizyoterapistle yönlendirmelerde yapılabilir. Okul düzeyinde politikalar, uygulamalar ve hizmetlerde ikincil önleme düzeyinde olan uygulamalardır (Erdim ve ark., 2014).

Üçüncül önleme düzeyinde obez çocukların tedavilerinin sağlanması, tekrardan eski sağlıklarına kavuşmaları için yapılan uygulamaları içerir. Üçüncül önleme

düzeyinde okul hemşiresi; çocuk, ailesi, öğretmenleri, çocuğun diyetisyeni, fizyoterapisti, hekimi ile işbirliği halinde olmalıdır. Tüm bunlarla birlikte bilinmeyen şey, okul hemşiresinin okul ortamındaki uygulamalarının obeziteprevelansını azaltabileceği ve bu uygulamaların hemşirenin öz etkililiği ile ilişkili olup olmadığıdır (Tedik, 2017).

4.8.2. Çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik okul hemşiresinin algıları

4.8.2.1. Öz etkililik

Öz etkililik, kişinin bir davranışı gerçekleştirme becerisine olan inancıdır. Bireyin bir işi, aktiviteyi gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği öz etkililiği ile ilgilidir. Kişinin öz etkililiğinin yüksek olması algılanan yarar algısının daha fazla olmasına neden olurken öz etkililiğinin düşük olması algılanan engel algısının yüksek olmasına sebep olur. Yapılan çalışmalarda öz etkililiğin sağlık da bazı davranışların yerine getirilmesinde önemli bir belirleyici olduğu görülmüştür (Talley, 2017; Quelly, 2014).

Okul hemşiresinin öz etkililiği kilo kaybı tedavisini önerip önermediği, BKİ taraması yapıp yapmadığı gibi birçok okul hemşiresi uygulamaları ile incelenmiştir. Öz etkililiği yüksek olan okul hemşiresi daha sık ilgili davranışlarda bulunur ve davranışla ilgili daha fazla yarar daha az engel algılama eğilimindedir. Bazı araştırmalar okul hemşirelerinin algılama yeteneklerinin zayıf olmasını özetkililiklerinin düşük olmasına bağlamıştır. Kilosu fazla veya obez olan bir çocukla ilgili çalışma başlatmak, uygun tedavi yöntemlerini önermek okul hemşiresinin yine öz etkililiği ile ilgilidir (Mullersdorf ve ark., 2010).

Öz etkililiği yüksek kişiler genellikle yapılan etkinliklerde olumlu sonuçlar alırken daha az engel oluşturmaktadır. Öz etkililik, performans başarılarından, gözlemsel deneyimlerden, sözlü ikna ve fizyolojik tepkilerden etkilenmektedir (Bandura, 1977). Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamadaki öz etkililiği farklılık göstermektedir. Hendershot ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da okul hemşiresi ebeveynlerin çocukların BKİ'sini hesaplama, takip etme ve yorumlama becerisine sahip olmalarına yüksek düzeyde güvenirken; Moyers ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da okul

hemşiresinin obez çocuklar için kilo verme tedavisine ilişkin programları önerme konusundaki öz etkililikleri farklıdır (Hendershot ve ark., 2008; Moyers ve ark., 2005).

Yapılan bir çalışma da okul hemşiresinin öz etkililiğiyle çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışma da okulda çalışan hemşirelerin kilo verme programlarını kullanabilecekleri konusunda profesyonel olarak mesleki inançları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur (Jackson, 2005).

4.8.2.2. Yarar algısı

Yarar algısı, bir performansın beklenen avantajlı sonuçlarını içerir. Ayrıca yarar algısı obezite hakkında farkındalık yaratmayı içerecek şekilde olan uygulamalardır. Problemin tanımlanması, öğrenci ve aileleri eğitmek, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek, daha sağlıklı yiyecek seçimleri ve çocukların sağlıklı bir kiloyu korumalarına yardımcı olmak yarar algısını sağlayan uygulamaları içerir. Alternatif olarak, yarar algısı sonuç beklentilerinin olumlu bileşenini temsil eder veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorilerinde hedefleri oluşturmaktadır. Yarar algısı, bir tür amaç olarak da kavramsallaştırılabilir. Örneğin, çocukların sağlıklı bir kiloyu korumalarına yardımcı olmak, yalnızca algılanan bir yarar veya olumlu davranışı değil aynı zamanda okul hemşiresi uygulamalarının beklentilerini yani aynı faaliyetlerin bir amacı olarak kabul edilir (Quelly, 2014).

Yapılan çalışmalar okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaların birçok yararının olduğunu ortaya koymuştur. Bu yararlar; ülke çapında obezite hakkında farkındalık yarattığı, politika konusunda kanıt sağladığı, öğrencileri/ebeveynleri olası sorunlar hakkında eğittiği, BKİ hakkında ebeveynlerin bilgilendirildiğidir (Hendershot ve ark., 2008). Yapılan başka bir çalışmada ise obez çocukların kilo verebileceklerini ve uygun bir rehberlikle kilo vermelerinin korunabileceği belirtilerek çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaların algılanan yararlarını ortaya koymuştur. Ayrıca bu çalışma da çocuklukta obezitenin erişkin obeziteye göre kilo verme konusunda daha uygun olduğu ve algılanan yarar ile obez çocuklar için kilo verme tedavisi öneren okul

hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Moyers ve ark., 2005).

4.8.2.3. Engel algısı

Engel algısı, belirli eylemlerin gerçekleştirilmesinde engel teşkil eder ve okul hemşiresi uygulamalarında algılanan engeller diğer uygulamalara göre daha sık incelenmiştir. En çok üzerinde durulan engel algısı olumsuz ebeveyn tepkilerini içermektedir. Ayrıca yetersiz zaman, ağır iş yükleri, hazırlıksız olmak, yönetici ve personelden destek eksikliği, diğer engellerden bazılarıdır. Sağlıklı davranış teorik çerçevesi içerisinde engel algısı olumsuz olarak tanımlanmaktadır. Belirli davranışlarda bulunmanın önündeki engeller kabul edilmeli ve engellerin önüne geçilmelidir. Ayrıca engel algısı, yarar algısını zorlayan olarak kavramsallaştırılmıştır (Quelly, 2014; Talley, 2017).

Yapılan çalışmalarda okul hemşirelerinin çoğu, çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalara engeller içerisinde yetersiz, uygunsuz ebeveyn yanıtları cevabını verirken (Hendershot ve ark., 2008; Moyersveark., 2005; Nauta ve ark., 2009; Stalter ve ark., 2011; Steele ve ark., 2011), yetersiz zaman ve aşırı iş yükü (Hendershot ve ark., 2008; Kubik ve ark., 2007; Kübik ve ark., 2011) ve sınırlı okul ve toplum kaynakları (Hendershot ve ark., 2008; MorrisonSandberg ve ark., 2011). Çocuğun BKİ ve takibinin yapılması (Hendershot ve ark., 2008; Moyersveark., 2005; Nauta ve ark., 2009; Stalter ve ark., 2011; Steele ve ark., 2011) yanıtları da verilmiştir. Okul hemşireleri aynı zamanda çocuğun aşırı kilolu / obezite durumundan haberdar olduklarında anne ve babaların olumsuz tepkilerinden korktuğunu veya endişelendiğini bildirmiştir (Moyers ve ark. 2005; Nauta ve ark. 2009; Stalter ve ark., 2011; Steele ve ark., 2011).

BKI ve diğer okul hemşiresinin uygulamalarının ölçülmesinin önündeki engeller olarak, kronik hastalıkları olan ve önemli sağlık sorunlarına neden olan, ciddi sağlık durumu olan öğrencilerin bakımı için artan sorumluluklarla zaman ve ağır iş yükü eksikliği tespit edilmiştir (Stalter ve ark., 2011). Yetersiz alan ve uygulama için ölçek eksikliği diğer algılanan engeller içersindedir (Stalter ve ark., 2011). Okul hemşiresi, odak gruplarında, çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalarında bir engel

olarak sağlık hizmeti sağlayıcısının bulunmadığını belirtmiştir (Steele ve ark., 2011). Daha az sıklıkla bildirilen engeller, politika ya da kılavuz eksikliği (Hendershot ve ark., 2008; Stalter ve ark., 2011) ve öğrenci / aile mahremiyetinin potansiyel olarak ihlal edilmesidir (Hendershot ve ark., 2008; Stalter ve ark., 2011). Okul hemşiresinin engel algısı çocuklukobezitesini önlemeye yönelik uygulamalarının uygulanmasıyla ters orantılıdır. Okul hemşireleri için yöneticilerin, öğretmenlerin, kantin personelinin ve yerel sağlık hizmetleri sağlayıcılarının okuldaki çocukluk obezitesini önlemeye yönelik çalışmaları için desteklenenlerin, desteklenmeyenlere göre engel algısı daha azdır (Kubik ve ark., 2007).

Hem çocuk düzeyinde hem de okul düzeyinde çocukluk obezitesiniönlemeuygulamalarında okul hemşiresi katılımındaki varyansı açıklamak ve temel algıların etkisini analiz etmek için araştırma yapılması gerekmektedir. Literatürdeki bu bulgular, bu bilgi boşluklarını doldurmak için daha fazla araştırma yapılması gereğini desteklemektedir. Okul hemşirlerininçocukluk obezitesini önleme uygulamalarına yönelik özetkililik, yarar ve engel algılarını ölçen ölçek ve uygulamalarına etkisini değerlendiren araştırmaların sayısı sınırlıdır.Hemşirelerinin algılarını değerlendirmenin onlara yönelik yapılacak hizmet içi geliştirme çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, okul hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci ve okul düzeyindeki uygulamalarına öz etkililik, yarar ve engel algılarını belirtmektir. Bu amaca ulaşabilmek için Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye ve Okula Yönelik Uygulamaları, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları:

Bu çalışmanın amacı, okul hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci ve okul düzeyindeki uygulamalarına öz etkililik, yarar ve engel algılarını belirtmektir. Bu amaca ulaşabilmek için Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye ve Okula Yönelik Uygulamaları, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı.

Araştırmada cevaplanması beklenen sorular;

- ✓ Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye yönelik Uygulamalar Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?
- ✓ Çocukluk Obezitesini Önlemede okula yönelik Uygulamalar Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?
- ✓ Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?
- ✓ Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?
- ✓ Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?
- ✓ Okul hemşirelerinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öz etkililik, yarar ve engel algılarının düzeyi nedir?
- ✓ Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci ve okul düzeyindeki uygulamalarına öz etkililik, yarar ve engel algılarının etkisi nedir?
- ✓ **5.2. Araştırmanın Türü:**

Araştırma tanımlayıcı ve metodolojik araştırma tasarımı ile yürütüldü.

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Şubat - Mayıs 2019 tarihleri arasında bir sosyal medya sitesindeki okul hemşirelerigrubu ve mail yoluyla ulaşılan okul hemşireleri ile yapıldı.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, sosyal medya sitesindeki 350, mail yoluyla ulaşılan 65 olmak üzere toplam 415 okul hemşiresi oluşturdu. Örneklemeye yöntemine gidilmeyip okul hemşirelerinin tamamına ulaşılmaya çalışıldı.

Mail yoluyla ulaşılan okul hemşirelerinin e-postalarına ve sosyal medya grubundaki okul hemşireleri grubuna, çalışmanın amacı ve çalışma hakkında bilgi verildi, okul hemşireleri çalışmaya katılmak için davet edildi. Mail yoluyla ulaşılan 65 okul hemşiresinden 50, sosyal medya sitesindeki 350 okul hemşiresinden 86 okul hemşiresi geri dönüş yaptı ve toplam 136 okul hemşiresi ile araştırma tamamlandı. Ölçek uyarlama çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde, ölçek madde sayısının 5–10 katı sayıda örneklem ulaşılması önerilmektedir. Ölçek uyarlama ya da geliştirme çalışmalarında kişi sayısı arttıkça ölçeğin güvenilirliğinin arttığını belirten yayınlar bulunmaktadır (Erkuş, 2003; Şencan, 2005; Öner, 2006). Bu bilgiler doğrultusunda ölçeklerden madde sayısı en fazla olan ölçeğin 13 maddeli olduğu düşünüldüğünde örneklem sayısı 136'nın yeterli olduğuna karar verilmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi:

Veriler Okul Hemşiresinin Sosyodemografik Özellikleri (EK-1) ve Susan Quelly (2014) tarafından geliştirilen Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamaları Ölçeği (EK-2), Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği (EK-3), Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği (EK-4), Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği (EK-5), Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği (EK-6) ile toplandı. EK-1, 18 demografik sorudan oluşmaktadır. Bu sorular; okul hemşiresinin hemşirelik deneyimi, okul hemşireliği deneyim yılı, sertifikasının olup olmadığı, yaşı, boyu, kilosu, üye olduğu dernekler, bakım sağladığı öğrenci sayısı, hangi derecedeki okullarda çalıştığı ile ilgilidir.

5.5.1. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamaları Ölçeği

Bu bölümde okul hemşiresinin çocuklara yönelik, kilo yönetimi ile ilgili yaptığı uygulamalar yer almaktadır. Toplamda dokuz sorudan oluşmaktadır. Bir eğitim öğretim yılı boyunca ne sıklıkla yaparsınız? Sorusu; Asla (1) , Nadiren (2), Bazen (3), Sıklıkla (4) şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 36'tır. Cronbach Alfa değeri 0,85'tir.

5.5.2. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamaları Ölçeği

Bu bölümde okul hemşiresinin tüm okula yönelik çocuklarda obeziteyi önlemek amacıyla yaptığı uygulamalar yer almaktadır. Toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Okul yılı boyunca ne sıklıkla karşılaşırsınız? Başlığı adı altında, Asla (1) , Nadiren (2), Bazen (3), Sıklıkla (4) şıkları yer almaktadır. Dörtlü likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Cronbach Alfa değeri 0,86'dır.

5.5.3. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği

Ölçek toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Beşli likert tipi olan ölçek, Obeziteyi Önleme Yetenekleriniz konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz? Sorusunun altında Emin Değilim (1), Biraz Güvenirim (2), Orta derecede güvenirim (3), Kendime güvenirim (4), Çok güvenirim (5), şeklinde beş seçenekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Yüksek puanlar

okul hemşiresinin öz etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach Alfa değeri 0,93'tür.

5.5.4. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı

Ölçek toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçek "Sizce çocukluk çağı obezitesini önlemek için Beden Kitle İndeksi (BKİ) takibi veya okul hemşiresinin diğer uygulamaları yararlı olur mu?" sorusunun altında kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), Kararsızım (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5), şeklinde beş seçenekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Cronbach Alfa değeri 0,87'dir.

5.5.5. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği

Ölçek toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçek "Çocukluk çağı obezitesini önlemek için Beden Kitle İndeksi (BKİ) takibi veya okul hemşiresinin diğer uygulamalarını gerçekleştirmesine yönelik engeller konusundaki görüşünüz nedir?" sorusunun altında katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), Kararsızım (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5), şeklinde beş seçenekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 13, en yüksek puan 65'tir. Cronbach Alfa değeri 0,88'dir.

5.6. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 programı ile doğrulayıcı faktör analizi ise Lisrel 8.0 programı ile değerlendirildi.

Geçerlik Analizleri

Dil Geçerliği

Kapsam Geçerliği

Yapı Geçerliği

Güvenirlilik Analizleri

Madde Toplam Puan Güvenirliği

İç Tutarlılık Analizi

Yöntemler

Çeviri geri çeviri tekniği

Kapsam Geçerliği İndeksi

Doğrulayıcı Faktör Analizi

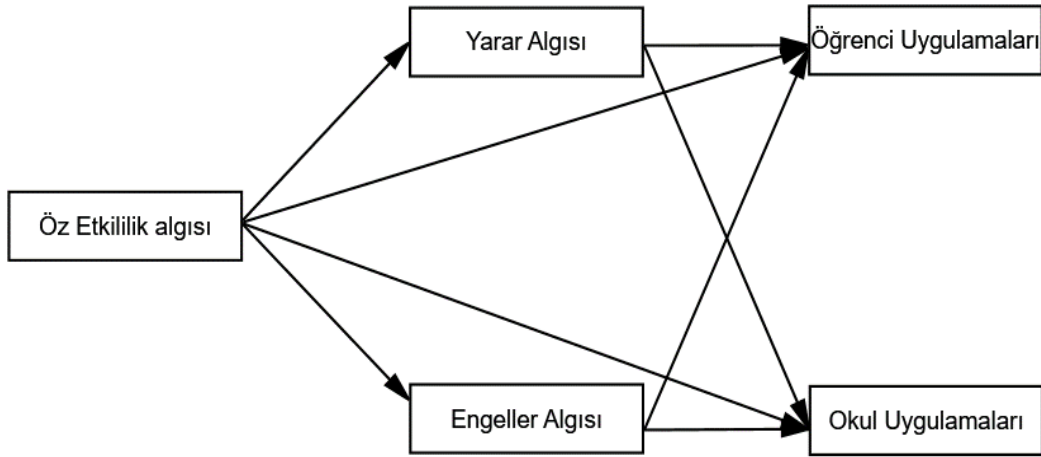
Açıklayıcı Faktör Analizi

Pearson Korelasyonu

Cronbach's Alfa Güvenirlilik Katsayısı

5.6.1. Geçerlik Analizleri

Çalışma kapsamında Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeyle yönelik uygulamaları, öz etkililikleri, yarar algısı ve engel algısı ölçekleri Quelly (2014) tarafından Bandura'nın Sağlığı Geliştirme Modeline dayanılarak, okul hemşirelerinin Çocuklukta obeziteyi önlemeyle ilgili uygulamalarını, en çok hangi algılamının uygulamalarını etkilediğini belirlemek amacıyla bir araya getirilen beş ölçekten meydana gelmektedir. Quelly'nin Kavramsal Modeli Şekil 1'de gösterildi.



Şekil 1: Yapı Geçerliliğine İlişkin Kavramsal Model (Quelly, 2014)

Şekil 1, üç algı, iki uygulama boyutundan oluşmaktadır. Bandura'nın Bilişsel Yaklaşımına göre, öz etkililik, yarar ve engel algısı çocukluk obezitesini önleme ile ilişkili anahtar algılardır. Quelly tarafından uyarlanan modele göre, öz etkililiğin uygulamalar üzerinde doğrudan; yarar ve engel algıları üzerine de dolaylı etkisi bulunmaktadır. Öz etkililik, yarar algısını olumlu, engeller algısını ise olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca uygulamaları yarar algısı olumlu, engeller algısı ise olumsuz etkilemektedir. Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililiği, yarar ve engel algısı için geçerlik çalışması, doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis: CFA) kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışma da öncelikle Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sayıltıları (assumptions) gözden geçirildi. Daha sonra, ölçeklerin madde puanları sıralı kategorik değişkenler (ordinal) olduklarından ve normal dağılım özelliği taşımadıklarından, ortalama ve varyansların düzeltildiği ağırlıklı en küçük kareler (mean-and-variance-

adjustedweightedleastsquares: WLMSV) tahmin yöntemi seçilerek DFA yapıldı, elde edilen sonuçlar, çeşitli kesme (cut off) değerlerine göre değerlendirildi. DFA’da, kategorik veriler için aykırı değerlerin (outlier) ve çoklu bağlantının (multicollinearity) bulunmaması, maddeler arasındaki ilişkilerin doğrusal olması sayıltıları bulunmaktadır. Beş ölçeğin her biri için sayıltılar gözden geçirildiğinden, sonuçlar her bir ölçeğe ilişkin DFA bulgularıyla birlikte sunuldu. Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililik düzeyleri, yarar ve engel algıları Türkçe Formundan elde edilen verilerin güvenilirliği Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyon katsayıları hesaplanarak incelendi. Analizin son aşamasında, Quelly tarafından uyarlanan modelin değişkenler arasındaki ilişkileri açıklama gücü, aracı model (mediation test) testini içeren path analiziyle test edildi.

Ölçeklerin dil uyarlamasının ardından geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşü yöntemi ile içerik (kapsam) geçerliği yapıldı. Bunun için konu ile ilgili on akademisyenden uzman görüşü alındı. Uzmanlardan her bir ölçek . Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililiği, yarar ve engel algısını ölçüp ölçmediğini ve ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini bir gösterge üzerinde 1 ile 4 puan arasında değerlendirmeleri istendi. Bu gösterge üzerinde 1 “uygun değil”, 2 “uygun hâle getirilmesi gerekir”, 3 “uygun fakat ufak değişiklikler gerekir”, 4 “çok uygun” anlamında kullanıldı. İçerik geçerliliğinin ardından yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeklerin faktör yapısının değerlendirilmesi yapıldı.

5.6.1.1. Doğrulayıcı faktör analizi

Araştırmacı kuram doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi (yapıyı) test etmek istiyorsa kullanılan analiz türüdür. Başka bir dilden Türkçe ’ye ölçek uyarlama çalışmalarında sadece doğrulayıcı faktör analizi yapmak yeterli olabilir (Erdoğan ve ark., 2014).Bu yöntemde açıklayıcı faktör analizine göre belirlenen faktörler doğrulanır. Bir ölçeğin yapı geçerliği için, doğrulayıcı faktör analizinde yapılan “Uyum iyiliği istatistiklerinin” istenilen düzeyde olması gerekmektedir.

5.6.1.2. Açıklayıcı faktör analizi

Araştırmacının belirli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bir bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türüdür. Amaç, verilerin yapısına uygun bir modeli ortaya çıkarmaktır.

5.6.2. Güvenirlik analizleri

Ölçeğin güvenirlüğünde iç tutarlılığa bakılarak; Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı, Madde Toplam Puan korelasyonu ise Pearson korelasyon Analizi ile değerlendirildi.

5.6.2.1. Cronbach'sAlfa güvenirlik katsayısı

Ölçeğin her bir maddesinin kendi içinde aynı tutumu ölçtüğünün belirlenmesi gerekir. Bunun için en uygun yol Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısının hesaplanmasıdır.

5.6.2.2. Madde toplam puan güvenirlüğü

Ölçeğin her maddesinin güvenirlüğü hakkında bilgi verir. Hangi madde uygun ya da hangi maddeyi değiştirmemiz gerekir? Sorularının cevabını verir. Bu test de her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansıyla karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Her bir madde için 'r' değeri ortaya çıkar (Erdoğan ve ark., 2015).

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Bir Üniversitenin SBE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü) Etik Kurulundan onay alındı (EK-7). Çalışmaya katılan okul hemşirelerinden bilgilendirilmiş onam alındı (EK-8). Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula ve Öğrenciye Yönelik Uygulamaları, Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması için ölçek sahibi Susan Quelly'den elektronik posta yolu ile izin alındı (EK- 9).

6. BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan okul hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri tablo 4'te gösterildi. Buna göre; araştırmaya katılanların %97,8'i kadın olduğunu, %35,3'ü 5-10 yıl arası hemşirelik deneyimine sahip olduğunu, %63,2'si 0-5 yıllık okul hemşireliği deneyimine sahip olduğunu ve %70,6'sı şu an çalıştığı okulda 0-5 yıllık bir deneyimi olduğunu bildirdi. Dernek üyeliği olmayanların oranı %83,8, okul hemşiresi sertifikası olanların oranı %20,6bulundu. Hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; lise mezunlarının oranı %21,3, ön lisans mezunlarının oranı %29,4 ve lisans mezunlarının oranı da %44,9'dur. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 36,9 dur. Kilo ortalaması 62,5ve BKİ ortalaması da 22,8 olarak bulundu.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=136)

Bağımsız Değişkenler	n	%	
Cinsiyet			
Kadın	133	97,8	
Erkek	3	2,2	
Yaş grup (ort=36,93±11,93, min=21,max=60)			A
21-30yaş	58	42,6	raşt
31-40 yaş	33	24,3	ırm
41-50 yaş	14	10,3	aya
51-60 yaş	31	22,8	
Hemşirelik eğitim düzeyi	29	21,3	katı
Lise	40	29,4	lan
Ön-lisans	61	44,9	
Lisans	6	4,4	oku
Lisansüstü			l
Beden Kitle İndeksi (ort=22,85 ± 2,99, min=16- max=32)			he
≤ 18,49, zayıf	12	8,8	
18,50 - 24,99 normal	85	62,5	mşi
25,00 -29,99 fazla kilolu	39	28,7	rele
Hemşirelik deneyim yılı			
0-5 yıl	35	25,7	rini
5-10 yıl	48	35,3	n%
10-15 yıl	13	9,6	
15 ve üzeri	40	29,4	39,
Okul hemşireliği deneyim yılı			
0-5 yıl	86	63,2	7'si
5-10 yıl	33	24,3	orta
10-15 yıl	7	5,1	
15 ve üzeri	10	7,4	öğr
Şu an ki çalışılan okuldaki deneyim yılı			
0-5 yıl	96	70,6	eti
5-10 yıl	31	22,8	md
10-15 yıl	5	3,7	
15 ve üzeri	4	2,9	e
Dernek üyeliği			
Türk Hemşireler Derneği	15	11,0	çalı
Halk Sağlığı hemşireliği	1	0,7	ştığ
Derneği			
Hiçbiri	120	88,2	ını,
Okul hemşireliği sertifikanız var mı?			
Evet	28	20,6	%4
Hayır	108	79,4	7,8'

i 0-500 öğrenciye hizmet verdiğini, %39,7'si çocukluk obezitesini önleme ile ilgili eğitim almadığını,%39,7'si 2-8 saat arasında eğitim aldığını ve %20,6'sı 8 saat ve

üzeri eğitim aldığını bildirdi. Araştırmaya katılan okul hemşirelerinden özel okulda çalışanların oranı %89,7 olarak bulundu (Tablo 4 devam).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (devam)

Bağımsız Değişkenler	n	%
Çalışılan okul türü		
Özel okul	122	89,7
Devlet okulu	5	3,7
Yatılı okul	5	3,7
Engelli okulu	4	2,9
Çalıştığı okulun derevesi		
Anaokulu	2	1,5
İlköğretim	53	39,0
Orta Öğretim	54	39,7
Lise	27	19,9
Hizmet verilen öğrenci sayısı		
0,00 -500	65	47,8
501-1000	35	25,7
1001-1500	14	10,3
1501-2000	14	10,3
2001-2500	7	5,1
2501-3000	1	0,7
Çocukluk obezitesini önleme ile ilgili alınan eğitim saati		
Almadım	54	39,7
2-8 saat	54	39,7
8 saat ve üzeri	28	20,6

6.2. Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Ölçeklerin Dil Uyarlaması

Ölçeklerin dil uyarlaması için çeviri geri çeviri tekniği kullanıldı. İngilizce ölçekler, anadili Türkçe olan ve İngilizceyi çok iyi düzeyde bilen ve konuşabilen bir dilbilimci ve bir öğretim üyesi tarafından Türkçeye çevirildi. Türkçeye çevrilen ölçeklerin üzerinde çalışıldı ve son hali verilerek farklı iki dil bilimci tarafından Türkçe'den İngilizceye geri çevirisi yapıldı (Tablo 4, 5, 6, 7, 8).

Tablo 4. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Madde	Orijinal Envanter	Türkçe Çevirisi	Geri Çeviri Formu
1.	Contact a parent because you have a concern about a child's weight?	Bir çocuğun kilosuna hakkında endişelendiğinizde velisi ile iletişim kurar mısınız?	Do you contact with the parents of a student when you feel worried about that student's weight?
2.	Recommend that a parent contact a health provider for a child-related weight concern?	Çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan bir veliye sağlık uzmanı ile iletişim kurmasını önerir misiniz?	Do you suggest the parent who is worried about his/her child's weight to contact with an expert?
3.	Provide counseling to a parent regarding a child-related weight concern?	Çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan veliye danışmanlık yapar mısınız?	Do you consult to a parent who is worried about his/her child's weight?
4.	Provide counseling to a child for his/her weight-related concern?	Kilo endişesi olan çocuğa danışmanlık yapar mısınız?	Do you consult to a child who is worried about his/her weight?
5.	Provide consultation to a teacher about a student-related weight concern?	Öğrencisi ile ilgili kilo endişesi olan öğretmene danışmanlık yapar mısınız?	Do you consult to a teacher who is worried about his/her student's weight?
6.	Monitor a child's weight because of a weight concern?	Kilo endişesi olan çocuğun kilosunu izler misiniz?	Do you monitor a child who is worried about his/her weight?
7.	Check the blood pressure of an overweight child?	Kilosu fazla olan bir çocuğun tansiyonunu ölçer misiniz?	Do you measure the tension of an overweight child?
8.	Check the body mass index of a child you "think" might be overweight?	Kilosunun fazla olduğunu düşündüğünüz bir çocuğun beden kitle indeksini hesaplar mısınız?	Do you scale the body mass index of a child that you consider as one having too much weight?
9.	Use body mass index percentile, based on CDC age and gender growth chart to assess a child's weight status?	Bir çocuğun kilo durumunu değerlendirmek için Sağlık Bakanlığının (interaktif persentileğrileri) yaş ve cinsiyet büyüme çizelgelerini temel alan beden kitle indeksi yüzdesini kullanır mısınız?	Do you use the Ministry of Health's body mass index percentile growth chart (interactive percentile curves) in order to assess a child's weight?

Tablo 5. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Madde	Orijinal Envanter	Türkçe Çevirisi	Geri Çeviri Formu
1.	Provide written information to parents, teachers, and/or students about nutrition and physical activity?	Velilere, öğretmenlere ve/veya öğrencilere beslenme ve fiziksel aktivite konusunda yazılı bilgi verir misiniz?	Do you provide the parents, teachers and/or students with written information about nutrition and physical activity?
2.	Provide consultation to school administrators about health-related school policy?	Okul yöneticilerine sağlık ile ilgili okul politikaları konusunda danışmanlık yapar mısınız?	Do you consult the school principals about school's health policies?
3.	Participate as a member of a school health council?	Okul sağlık komisyonunun bir üyesi misiniz?	Are you a member of the board of the school health?
4.	Provide classroom health teaching on nutrition?	Beslenme konusunda sınıfta sağlık eğitimi yapar mısınız?	Do you have in-class health training about nutrition?
5.	Provide classroom health teaching on physical activity?	Fiziksel aktivite konusunda sınıfta sağlık eğitimi yapar mısınız?	Do you have in-class health training about physical education?
6.	Monitor school nutrition practices, like the food used in school fundraising and as incentives and rewards for students?	Okul kermeslerinde satılan, öğrencilere teşvik ve ödül olarak verilen gıdalar gibi okul beslenme uygulamalarını takip eder misiniz?	Do you follow school nutrition practices like the food sold in school charity sales or given to the children as rewards and incentives?
7.	Monitor school physical activity practices, like whether children have access to space and equipment to play before and after school?	Çocukların okul öncesi ve sonrasında fiziksel aktivite yapmasına imkan sağlayacak olanakların (park, oyun alanları v.b) olup olmadığını takip eder misiniz?	Do you follow if the facilities enabling the children to do physical activities before and after the school (parks, playgrounds, etc) are provided?
8.	Assess the nutrient quality of foods and beverages offered to students as part of school meals?	Öğrencilere okul yemekhanesinde sunulan yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?	Do you appraise the quality of the food and the drinks served to the children in school cafeteria?
9.	Assess the nutrient quality of foods and beverages sold to student at school, such as food offered a la carte, in vending machines and school stores for fundraising	Okul genelinde, öğrencilerin satın alabileceği yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?	Do you appraise the quality of the food and the drinks that students can buy in the school?
10.	Write an article about healthy lifestyle habits for the school newsletter, website, or similar format?	Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları konusunda okul gazetesi, web sitesi veya başka bir yerde yazı/makale yazar mısınız?	Do you write an article or an essay in school newspaper, on a web page or somewhere else about healthy life style habits?

Tablo 6. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Madde	Orijinal Envanter	Türkçe Çevirisi	Geri Çeviri Formu
1.	Accurately measure height and weight?	Boy ve kiloyu doğru ölçmek (konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?)	Measuring the height and weight? (How confident are you?)
2.	Convert height and weight to BMI?	Kilo ve boy ölçümünü yaptıktan sonra BKİ (Beden Kitle İndeksi)'yi hesaplamak	Scaling the body mass index after height and weight measure
3.	Plot BMI on age/gender charts?	BKİ'yi yaş/cinsiyet grafiklerine kayıt etmek	Recording the BMI into age/gender charts
4.	Track BMI on regular basis?	BKİ'yi düzenli aralıklarla izlemek	Monitoring BMI regularly
5.	Help parents interpret BMI?	Velilerin BKİ'yi yorumlamasına yardımcı olmak	Helping the parents to understand BMI
6.	Provide parents with BMI on regular basis?	Velilere BKİ'yi düzenli olarak bildirmek	Reporting BMI regularly to parents
7.	Recommend appropriate physical activity?	Çocuklara uygun bir fiziksel aktiviteyi önermek	Suggesting an appropriate physical activity to the children
8.	Recommend eating patterns?	Çocuklara sağlıklı beslenme biçimleri/modellerini önermek	Suggesting healthy nutrition ways/model to the children
9.	Recommend changes in home environment?	Çocuk ya da ailelere ev ortamında değişiklikler önermek	Suggesting alterations in the house to the children or the parents
10.	Recommend weight loss treatment for children?	Çocuklar için kilo verme tedavisi önermek	Suggesting weight loss treatment for children
11.	Use local data to convince administrators to implement programs?	Yöneticileri programları uygulamaya ikna etmek için yerel verileri kullanmak	Using the local data in order to get around the principle to apply the programs

Tablo 7. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi

Madde	Orijinal Envanter	Türkçe Çevirisi	Geri Çeviri Formu
1.	Creates awareness of obesity problem	Obezite sorununa karşı farkındalık yaratmak	Raising awareness against obesity problem
2.	Provides evidence to change policy to reduce	Obeziteyi azaltmak için politikaların değişmesine kanıt sağlamak	Providing evidence to policy changes in order to reduce the obesity
3.	Educates students and their parents about potential problems	Öğrencileri ve velilerini olası sorunlar ile ilgili eğitmek	Educating the students and their parents for potential problems
4.	Provides BMI information to parents so they can monitor child's weight	Velilere çocuklarının kilosunu izlemeleri için BKİ bilgisi vermek	Informing the parents with BMI to make them track their children's weight
5.	Provides an impetus for creation/improvement of programs	Programların oluşturulması/ geliştirilmesi için bir itici güç oluşturmak	Forming a driving force to generate/improve programs
6.	Helps create a coordinated effort to address the issue	Sorunu çözmek için ortak bir çaba oluşturmak	Creating a joint effort to solve the problem
7.	Encourages increased physical activity for students	Öğrencileri daha fazla fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek	Urging students to have more physical activities
8.	Encourages healthier food choices for students	Öğrencileri daha sağlıklı besin seçimleri için teşvik etmek	Urging students to choose healthier food
9.	Provides motivation to students to take action to prevent obesity	Öğrencileri obeziteyi önlemek için harekete geçmeleri konusunda motive etmek	Motivating students to take the action to prevent the obesity
10.	Helps children maintain a healthy weight	Çocukların sağlıklı bir kiloda kalmalarına yardımcı olmak	Helping and guiding students to stabilize their weights at healthy levels

Tablo 8. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı**Ölçeği Çevirisi ve Geri Çevirisi**

Madde	Orijinal Envanter	Türkçe Çevirisi	Geri Çeviri Formu
1.	Inadequateschoolresources	Okul kaynaklarının yetersiz olması	Insufficientschoolsources
2.	Inadequateorinappropriateparentalresponses	Velilerin yetersiz veya uygunsuz yanıtları(katılımları)	Parentsunsatisfyingorinappropriateresponses (participations)
3.	Intrusion of child's privacy	Çocuğun mahremiyetinin ihlal edilmesi	Invasion of child's privacy
4.	Inadequatecommunityresources	Toplum kaynaklarının yetersiz olması	Insufficientcommunitysources
5.	Potentialforstigmatization	Damgalanma olasılığı	Possibility of beingstigmatized
6.	Not enough time	Zaman yetersizliği	Lack of time
7.	Do not have proper equipment to measure height and weight for calculation of BMI	BKİ'yi hesaplamak için boy ve kiloyu ölçecek uygun araç gerecin olmaması	Lack of appropriate weight/height measurement equipment to scale BMI
8.	Inadequate administrative support	Yönetim desteğinin yetersiz olması	Lack of management support
9.	Do not have a private area to measure height and weight for calculation of BMI	BKİ'yi hesaplamak için boy ve kiloyu ölçecek uygun bir yerin olmaması	Lack of an appropriate place to measure the height and weight necessary for BMI
10.	Do not know how to measure height and weight for calculation of BMI	BKİ'yi hesaplamak için gereken boy ve kilo ölçümünün nasıl yapılacağı bilinmemesi	Not knowing how to measure the weight and height necessary for BMI
11.	Public opposition to measurement of height and weight for calculation of BMI	Toplumun BKİ'yi hesaplamak için gereken boy ve kilo ölçümüne karşı olması	Society's being against measurement of height and weight necessary for BMI
12.	Teachers will not release students	Öğretmenlerin öğrencileri boy ve kilo ölçümüne göndermemeleri	Teacher's not sending the students to height and weight measurement
13.	School nurses not prepared to participate in childhood obesity prevention	Okul hemşirelerinin çocuklukta obezitenin önlenmesi programına katılmak için hazır olmayışı	School nurse's not being prepared to attend the prevention of childhood obesity program

6.3. Ölçeklerin Geçerlik Bulguları

6.3.1. Kapsam Geçerliliği

Uzman görüşü sonrası ölçeklerin madde düzeyinde kapsam geçerliliği indeksinin 0.80 ile 1 arasında değiştiği bulundu. Çalışma da tüm ölçeklerin kapsam geçerlik indeksi sırasıyla; Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği için 0,97, Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği için 0,98, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği için 1, Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği için 0,99 ve Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği için 0,97 bulundu.

6.3.2. Yapı geçerliliği

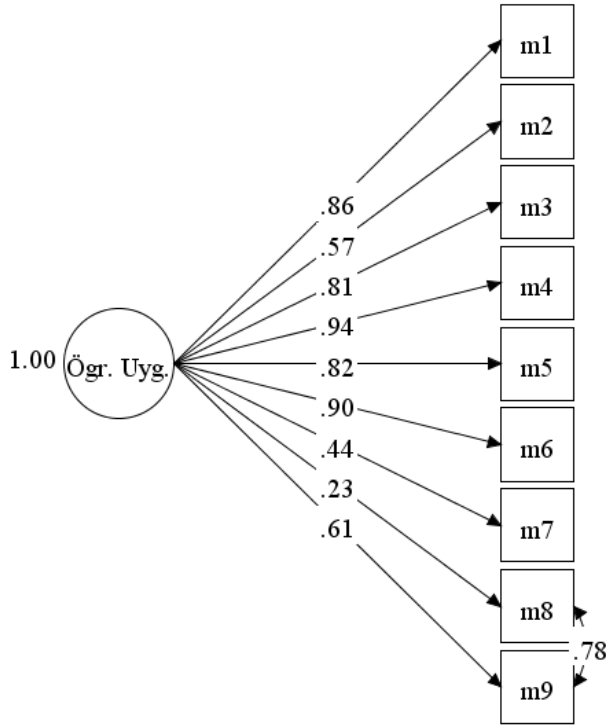
6.3.2.1. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği yapı geçerliliği

Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci düzeyindeki uygulamaları veri setinde, Z puanı 4.00'ten büyük "univariate" aykırı gözleme (outlier) rastlanmadı. Ayrıca mahalalanobis uzaklık değeri (χ^2_9) 27.88'den büyük 4 "multivariate" aykırı gözlem tespit edildi. Analizler öncesi aykırı gözlemler veri setinden çıkarıldı. Böylelikle geçerlik çalışması 128 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde yapıldı. Veri setinde maddeler arasındaki korelasyonların ,80'den küçük olduğu (univariate), tolerance değerlerinden 0'a yaklaşan ve varyans şişme değerlerinden (VIF) de 5'ten büyük olan bir değişkene rastlanmadığı için (multivariate) çoklu bağlantı (multicollinearity) bulunmadığı sonucuna varıldı. Maddeler arasındaki ilişkiler eğim tahmin (curve estimation) yöntemiyle incelendi. Bu inceleme sonucunda maddeler arasındaki ilişkilerin doğrusal yönde olduğu gözlemlendi. Bu incelemeler sonucunda, DFA (Doğrulayıcı Faktör Analizi) için sayıltılarının yeterince karşılandığı sonucuna varıldı. DFA analizine ilişkin sonuçlar Tablo 9'da sunuldu.

Tablo 9. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Model	Kabul Edilebilir Değer Aralığı	Kuramsal Model	Alternatif model (m8 ↔ m9)
χ^2 (ki-kare)	-	192,67	80,38
Sd (standart sapma)	-	27	26
$\frac{\chi^2}{sd}$	≤ 5	7,13	3,09
p	$<0,05$,00	,00
CFI	$\geq 0,90$,88	,96
RMSEA	$<0,08$,22	,13
GA (%90)			
SRMR	$<0,10$,14	,08

Şekil 2’de Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği madde faktör yüklerinin, .23 ile .94 arasında değiştiği görülmektedir. Önerilen modelin veriye uygunluğunu incelemenin genel uyum katsayıları dışında diğer bir yolu, maddelerin faktör yüklerinin ve faktörün maddelerde açıkladığı ortalama varyansın (AVE) > ,50 olmasıdır. Buna göre 9 maddeden 7’si’nin yükleri ,50’nin üzerindeyken, AVE ,53’tür. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği’nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.



Şekil 2. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Madde Faktör Yükleri (Standart Ağırlıklar)

6.3.2.2.Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği yapı geçerliliği

Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamaları veri setinde, Z puanı 4.00'ten büyük "univariate" aykırı gözleme rastlanmadı. Veri setinde 1. 4. ve 5. maddeler arasındaki korelasyonların ,80'den büyük olduğu (univariate), 4. ve 5. maddelere ait tolerance değerlerinin 0'a yakın ve 5'ten büyük VIF değerlerine sahip oldukları görüldü. 5. madde çoklu bağlantıya sebep olduğu düşünülerek veri setinden çıkarıldı. Ayrıca mahalnobis uzaklık değeri (χ^2_9) 27,88'den büyük 2 "multivariate" aykırı gözlem tespit edildi. Analizler öncesi aykırı gözlemler veri setinden çıkarıldı. Böylelikle geçerlik çalışması 134 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde yapıldı. Maddeler arasındaki ilişkiler eğim tahmin yöntemiyle incelendi. Bu inceleme sonucunda maddeler arasındaki ilişkilerin doğrusal yönde olduğu gözlemlendi. Bu incelemeler sonucunda, DFA için sayıltılarının yeterince karşılandığı sonucuna varıldı. DFA analizine ilişkin sonuçlar Tablo 10'da sunuldu.

Tablo 10.Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

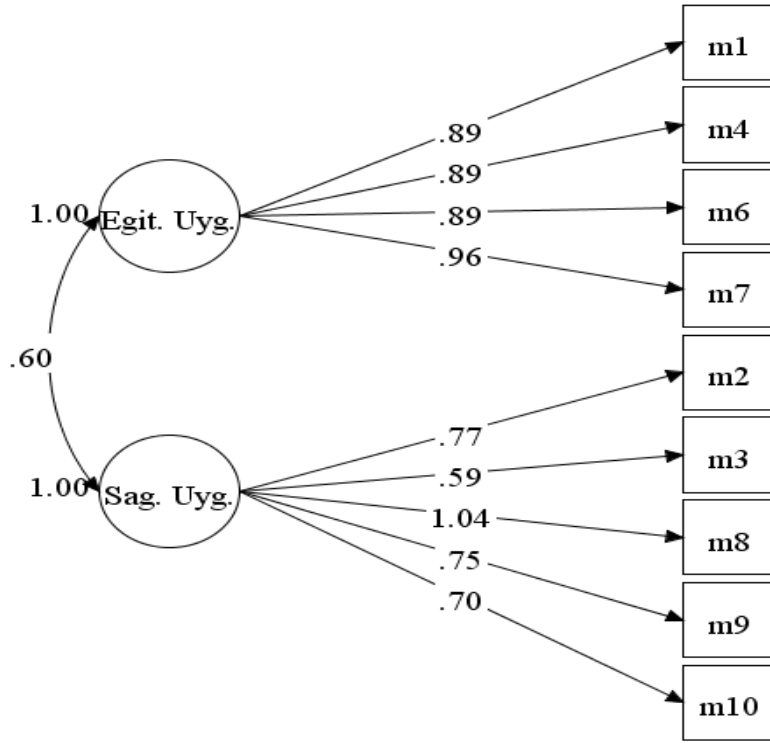
Model	Kabul Edilebilir Değer Aralığı	1. Kuramsal	2. Alternatif (m8 ↔m9)	3. Alternatif (2 boyutlu)
χ^2	-	230,47	163,61	92,23
sd	-	27	26	26
$\frac{\chi^2}{sd}$	≤5	8,54	6,29	3,54
<i>p</i>	<0,05	,00	,00	,00
CFI	≥0,90	,88	,92	,96
RMSEA	<0,08	,24	,13	,13
GA (%90)				
SRMR	<0,10	,14	,12	,08

Tablo 10’da kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının $\chi^2_{27}= 230,47$, $p= ,00$, CFI= ,88; RMSEA ,24 ve SRMR’nin ,14 olduğu görülmektedir. Hair vd. (2010) tarafından yukarıda önerilen kesme değerlerine göre tek boyutlu kuramsal modelin genel uyum katsayıları kabul edilebilir ölçütlerin altındadır. Değişim (modifikasyon) indeksleri incelendiğinde, madde 8 “**Öğrencilere okul yemekhanesinde sunulan yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?**” ile madde 9 “**Okul genelinde, öğrencilerin satın alabileceği yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?**” arasında, okul uygulama faktörünün bu maddeler arasında açıkladığı ilişkinin dışında, ek bir ilişkiye sahip oldukları anlaşılmaktadır. Benzer davranışların tekrarlandığı iki madde arasına ek ilişki eklenerek, alternatif model oluşturuldu. Alternatif modele ilişkin genel uyum katsayıları incelendiğinde de genel uyumun düşük olduğu saptandı. Bunun üzerine, madde içerikleri anlamsal açıdan incelenmiş, madde 1, madde 4, madde 6 ve madde

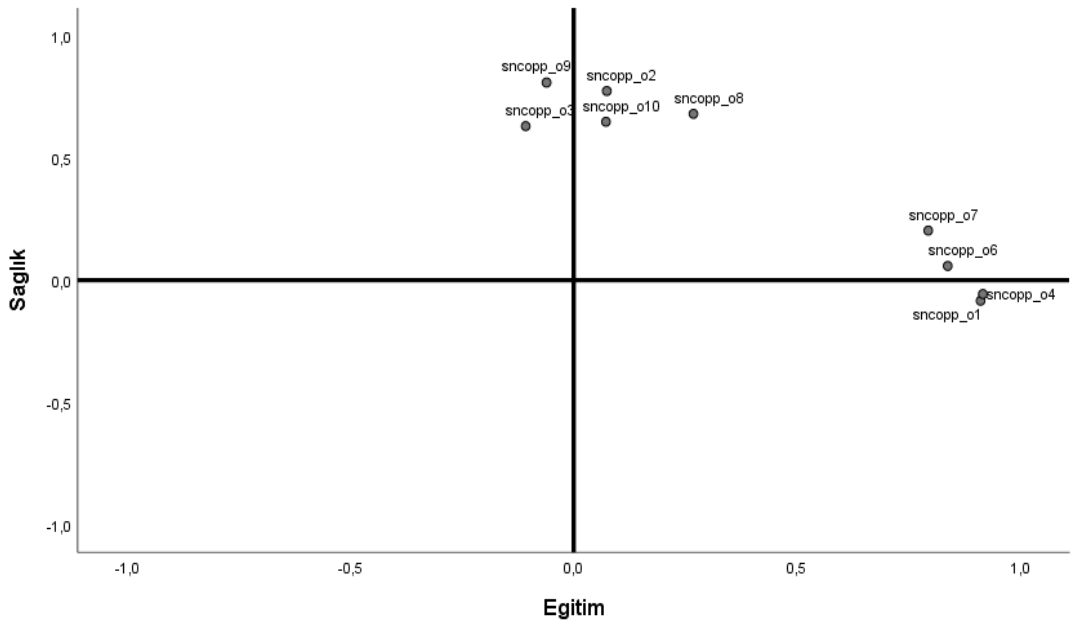
7'nin "eğitim", madde 2, madde 3, madde 8, madde 9 ve madde 10'un "sağlık" ile daha fazla ilgili olabileceği dűşünüerek iki boyutlu açımlayıcı faktör analizi yapıldı. Açımlayıcı analize ilişkin KMO= ,80, Bartlett ki-kare 632,81, p= ,00 olup, açıklanan varyans ilk boyut için %47, iki boyut için toplamda %65'tir. İki faktör arasındaki korelasyon ,38; eğitim boyutunda yükler ,86 ile ,90, sağlık boyutunda ,67 ile ,80 arasındadır.

Alternatif iki boyutlu modelin genel uyum katsayıları ilk iki modelden daha yeterli düzeydedir. Lai ve Green (2016)'nin önerisi doğrultusunda dűşünüldüğünde, CFI, $\frac{\chi^2}{sd}$ ve SRMR değerlerine dayalı olarak, iki boyutlu modelin veri setindeki korelasyonları açıklamada yeterli olabileceği ileri sürülebilir. Buna göre, alternatif iki boyutlu modeldeki madde faktör yükleri Şekil 3'te verildi.

Şekil 3'te Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Okul Düzeyindeki Uygulamaları Ölçeğimadde faktör yüklerinin eğitim için ,89 ile ,96, sağlık boyutu için ,59 ile 1,04 arasında deđiştđi görülmektedir. Standart regresyon ağırlıkları, -1 ile +1 arasında değişen açımlayıcı faktör analizindeki faktör yüklerinden (korelasyon) farklı olarak bir aralığa (range) sahip değildirler. Alternatif iki boyutlu modele ilişkin faktör yükleri ,50'nin üzerindedir. Eğitim için AVE ,82, sağlık için ,62'dir. İki faktör arasındaki varyans (MSV) $.60^2=36$ olup, bu değer her iki faktör için AVE değerlerinin altındadır. MSV'nin AVE'den küçük olması, maddelerin ait olduğu faktörlerle ilişkilerinin yüksek diğer faktörle düşük olduğu, yani tek bir faktör yerine iki ayrı faktör olduğunu göstermektedir. Açımlayıcı faktör analizi sonucunun bu yorumu desteklediği Şekil 4'te görülmektedir.



Şekil 3 Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yükleri (standart ağırlıklar)



Şekil 4. Döndürülmüş Uzayda Faktörler Grafiği

6.3.2.3. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği yapı geçerliliği

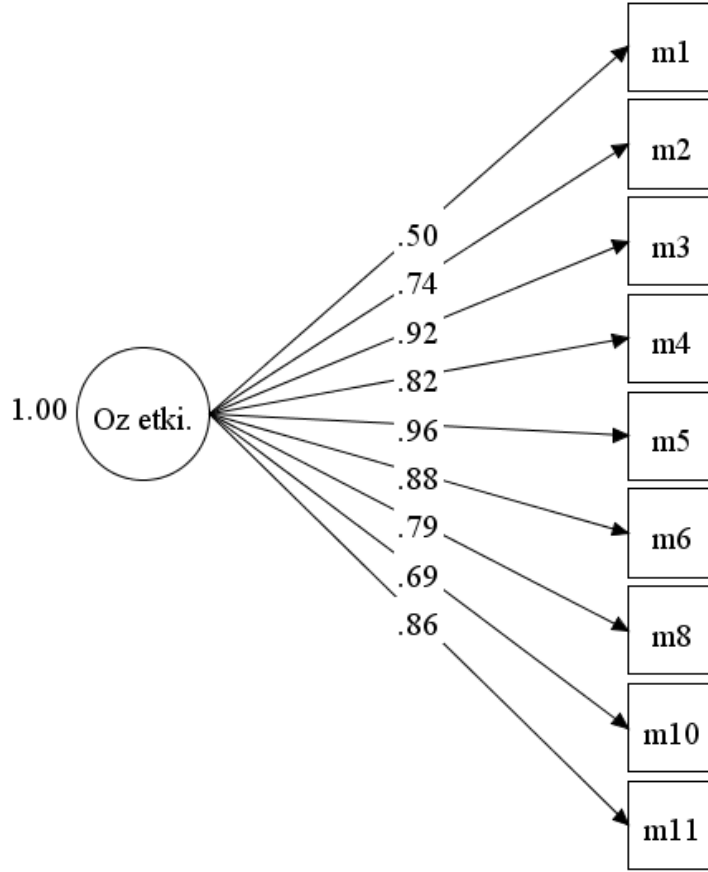
Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği geçerlik bulguları veri setinde aykırı gözleme (outlier) rastlanmadı. Veri setinde 3. 5. 6. 7. 8. ve 9. maddeler arasındaki korelasyonların 0.80'den büyük olduğu (univariate), 3 ile 5, 9 ile 10, 7 ile 8 ve 6, 7 ile 9. maddelere ait tolerance değerlerinin 0'a yakın ve 5'ten büyük VIF değerlerine sahip oldukları görüldü. Ayrıca mahalnobis uzaklık değeri (χ^2_9) 27.88'den büyük 4 "multivariate" aykırı gözlem tespit edildi. Analizler öncesi aykırı gözlemler veri setinden çıkarıldı. Böylelikle geçerlik çalışması 132 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde yapıldı. Maddeler arasındaki ilişkiler eğitim tahmin yöntemiyle incelendi. Bu inceleme sonucunda maddeler arasındaki ilişkilerin doğrusal yönde olduğu gözlemlendi. Bu incelemeler sonucunda, Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) için sayıltılarının yeterince karşılandığı sonucuna varıldı. DFA analizine ilişkin sonuçlar Tablo 11'de gösterildi.

Tablo 11. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Model	Kabul Edilebilir Değer	
	Aralığı	1. Kuramsal
χ^2	-	129,85
sd	-	27
$\frac{\chi^2}{sd}$	≤ 5	4,81
p	$<0,05$,00
CFI	$\geq 0,90$,97
RMSEA GA (%90)	$<0,08$,17
SRMR	$<0,10$,07

Tablo 11’de, kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının $\chi^2= 129,85$, $p= ,00$, $CFI= ,97$, $RMSEA ,17$ ve $SRMR$ ’nin $,07$ olduğu görüldü. Kuramsal modeldeki madde faktör yükleri Şekil 5’te verildi.

Şekil 5’te Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeğimadde faktör yüklerinin $,50$ ile $,96$ arasında değiştiği görülmektedir. Maddelerin faktör yükleri $,50$ ’nin üzerindeyken, Öz etkililik Ölçeğinin AVE’si $,65$ ’tir. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği’nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.



Şekil 5. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi madde faktör yükleri (standart ağırlıklar)

6.3.2.4. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği yapı geçerliliği

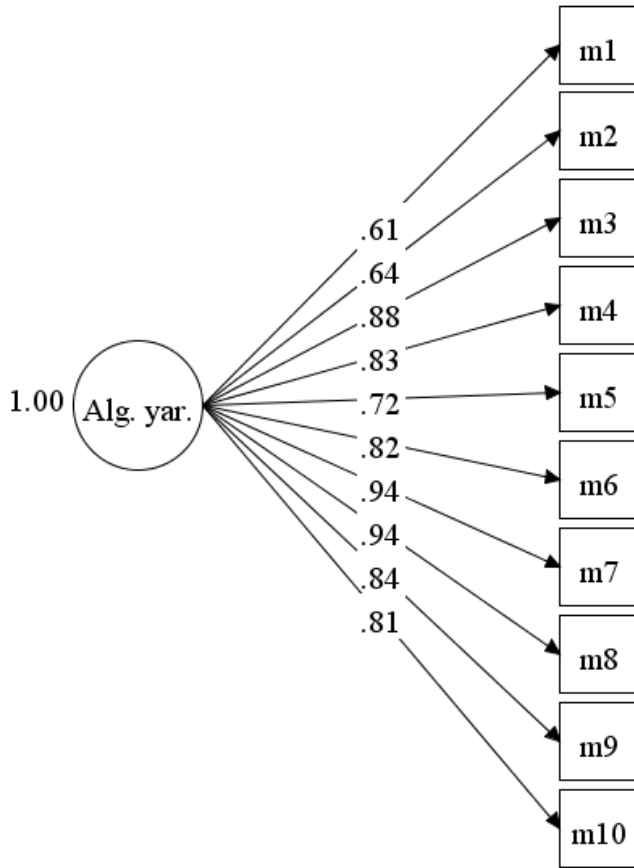
Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği veri setinde, Z puanı 4.00'ten büyük "univariate" aykırı gözleme rastlanmadı. Ayrıca mahalanobis uzaklık değeri (χ^2_{10}) 29.59'dan büyük 2 "multivariate" aykırı gözlem tespit edildi. Analizler öncesi aykırı gözlemler veri setinden çıkarıldı. Böylelikle geçerlik çalışması 134 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde yapıldı. Veri setinde maddeler arasındaki korelasyonların ,80'den küçük olduğu (univariate), tolerance değerlerinden 0'a yaklaşan ve VIF değerlerinden de 5'ten büyük olan bir değişkene rastlanmadığı için (multivariate) çoklu bağlantı (multicollinearity) bulunmadığı sonucuna varıldı. Maddeler arasındaki ilişkiler eğim tahmin yöntemiyle incelendi. Bu inceleme sonucunda maddeler arasındaki ilişkilerin doğrusal yönde olduğu gözlemlendi. Bu incelemeler sonucunda, DFA için sayıtlarının yeterince karşılandığı sonucuna varıldı. DFA analizine ilişkin sonuçlar Tablo 12'de sunuldu.

Tablo 12. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Model	Kabul Edilebilir Değer Aralığı	1. Kuramsal
χ^2	-	126,15
sd	-	35
$\frac{\chi^2}{sd}$	≤ 5	3,60
p	<0,05	,00
CFI	$\geq 0,90$,97
RMSEA GA (%90)	<0,08	,14
SRMR	<0,10	,07

Tablo 12’de, kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının $\chi^2_{35}= 126,15$, $p=,00$, CFI= ,97, RMSEA ,14 ve SRMR’nin ,07 olduğu görülmektedir. Hair vd. (2010) ile Lai ve Green (2016) önerileri göz önünde bulundurularak, kuramsal modelin veri setindeki korelasyonları açıklamada yeterli olabileceği ileri sürülebilir. Kuramsal modeldeki madde faktör yükleri Şekil 6’da verilmiştir.

Şekil 6’da. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeğimadde faktör yüklerinin ,61 ile ,94 arasında değiştiği görülmektedir. Maddelerin faktör yükleri .50’nin üzerindeyken, yarar faktörünün AVE’si .66’dır. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği’nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.



Şekil 6. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Madde Faktör Yükleri (Standart Ağırlıklar)

6.3.2.5. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeğiyapı geçerliliği

Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği, veri setinde, Z puanı 4.00'ten büyük "univariate" aykırı gözleme rastlanmadı. Ayrıca mahalnobis uzaklık değeri (χ^2_{13})34.53'den büyük 3 "multivariate" aykırı gözlem tespit edildi. Analizler öncesi aykırı gözlemler veri setinden çıkarıldı. Böylelikle geçerlik çalışması 133 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde yapıldı. Veri setinde maddeler arasındaki korelasyonların ,80'den küçük olduğu (univariate), tolerance değerlerinden 0'a yaklaşan ve VIF değerlerinden de 5'ten büyük olan bir değişkene rastlanmadığı için (multivariate) çoklu bağlantı (multicollinearity) bulunmadığı sonucuna varıldı. Maddeler arasındaki ilişkiler eğitim tahmin yöntemiyle incelendi. Bu inceleme sonucunda maddeler arasındaki ilişkilerin doğrusal yönde olduğu gözlemlendi. Bu incelemeler sonucunda, DFA için sayıtlarının yeterince karşılandığı sonucuna varıldı. DFA analizine ilişkin sonuçlar Tablo 13'te sunuldu.

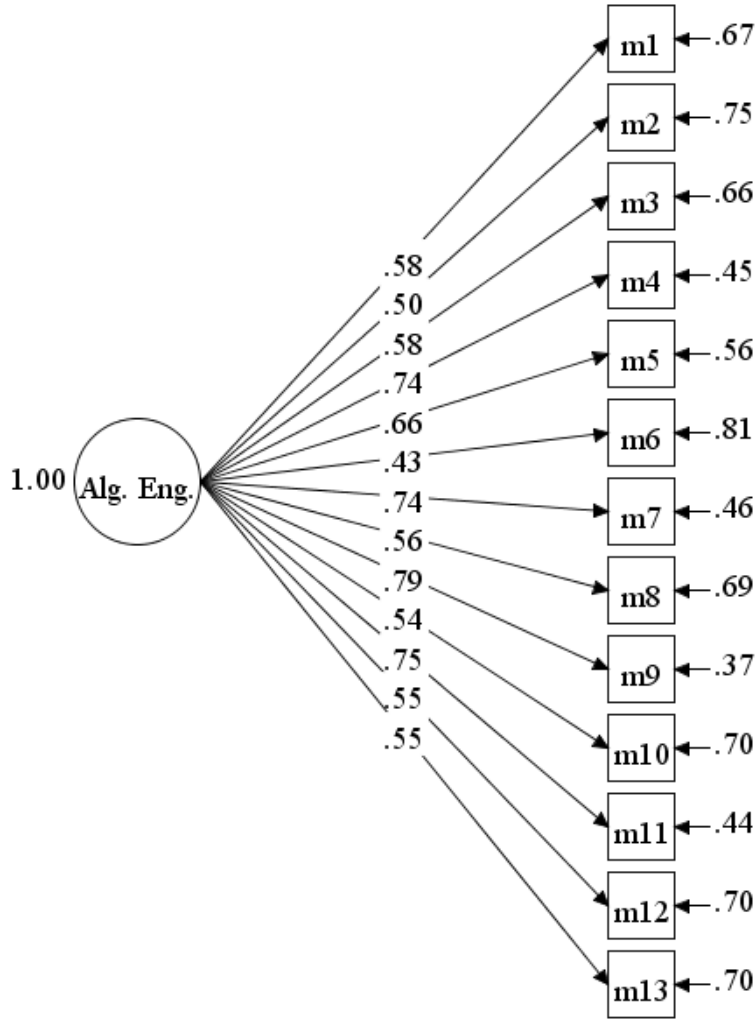
Tablo 13.Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları

Model	Kabul Edilebilir Değer Aralığı	1. Kuramsal
χ^2	-	452,02
sd	-	65
$\frac{\chi^2}{sd}$	≤ 5	6,95
p	$<0,05$,00
CFI	$\geq 0,90$,81
RMSEA	$<0,08$,21
GA (%90)		
SRMR	$<0,10$,12

Tablo 13'te, kuramsal modele ilişkin genel uyum katsayılarının= 452,02, p=,00, CFI= ,81, RMSEA ,21 ve SRMR'nin ,12 olduğu görülmektedir. Değişim indeksleri

incelendiğinde de bu uyumsuzluğu giderecek bir örüntüye rastlanmadı. Bununla birlikte, ölçekteki ifadeler anlamsal açıdan incelendiklerinde, maddelerin dışsal, etik ve kişisel olmak üzere üç bölüme ayrılabilirler anlaşılmaktadır. Buradan hareketle temel bileşenler analizi yoluyla 2., 4., 8., 11. ve 12. maddelerin doğrusal bileşiminden (linearcomposite) “sosyal”; 1., 6., 7., ve 9. maddenin bileşiminden “fiziksel”, 3. ve 5. maddenin bileşiminden “etik” alt boyutları oluşturuldu. 10. ve 13. maddeler boyutlara alınmadı. Boyutlardaki değişkeler ile yapılan doğrulamalı faktör analizinde, model tam tanımlanmış olduğundan sadece faktör yükleri elde edildi. Sonuçlar Şekil 7’de verildi.

Şekil 7’de Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeğimadde faktör yüklerinin ,72 ile ,85 arasında değiştiği görülmektedir. Maddelerin faktör yükleri ,50’nin üzerindeyken, engel faktörünün AVE’si ,61’dir. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünöldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği’nin yapı geğerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.



Şekil 7. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi madde faktör yükleri (standart ağırlıklar)

6.4. Ölçeklerin Güvenirlilik Bulguları

6.4.1. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeğigüvenirlilik bulguları

Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeğimadde toplam puan korelasyon katsayıları ,24 ile ,77 arasında bulundu. Ölçeğe ilişkin CronbachAlpha $\alpha=$,84 olarak bulundu. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeğinde sadece 8. maddeye ilişkin korelasyonun sınır değer altında kaldığı görüldü. Bu maddenin testten çıkarılması güvenilirlik katsayısında önemli bir iyileşmeye yol açmadığı için madde çıkarılmadı (Tablo 14).



Tablo 14. Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	ort±std	min±max	Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse α
1. Bir çocuğun kilosunu hakkında endişelendiğinizde velisi ile iletişim kurar mısınız?	3,52±,82	1-4	,75	,80
2. Çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan bir veliye sağlık uzmanı ile iletişim kurmasını önerir misiniz?	3,58±,63	1-4	,36	,84
3. Çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan veliye danışmanlık yapar mısınız?	3,46±,71	2-4	,58	,82
4. Kilo endişesi olan çocuğa danışmanlık yapar mısınız?	3,46±,93	1-4	,77	,79
5. Öğrencisi ile ilgili kilo endişesi olan öğretmene danışmanlık yapar mısınız?	3,42±,77	1-4	,67	,81
6. Kilo endişesi olan çocuğun kilosunu izler misiniz?	3,69±,64	1-4	,68	,81
7. Kilosu fazla olan bir çocuğun tansiyonunu ölçer misiniz?	3,48±,70	1-4	,31	,84
8. Kilosunun fazla olduğunu düşündüğünüz bir çocuğun beden kitle indeksini hesaplar mısınız?	3,46±,69	1-4	,24	,85
9. Bir çocuğun kilo durumunu değerlendirmek için Sağlık Bakanlığının (interaktif persentil eğrileri) yaş ve cinsiyet büyüme çizelgelerini temel alan beden kitle indeksi yüzdesini kullanır mısınız?	3,00±1,01	1-4	,60	,82

6.4.2. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği güvenilirlik bulguları

Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeğimde toplam puan korelasyon katsayılarının eğitim boyutu için ,76 ile ,80, sağlık boyutu için ,38 ile ,65 arasında olduğu bulundu. Eğitim için Cronbach α ,90, Sağlık için ,77'dir. Ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach α ise ,85'tir (Tablo 15).



Tablo 15. Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	ort±std	min±max	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse α	Toplam ölçek
Eğitim Alt Boyutu ($\alpha=0,90$)					
1. Velilere, öğretmenlere ve/veya öğrencilere beslenme ve fiziksel aktivite konusunda yazılı bilgi verir misiniz?	2,96±1,05	1-4	,76	,88	
4. Beslenme konusunda sınıfta sağlık eğitimi yapar mısınız?	3,24±,97	1-4	,80	,86	
6. Okul kermeslerinde satılan, öğrencilere teşvik ve ödül olarak verilen gıdalar gibi okul beslenme uygulamalarını takip eder misiniz?	3,17±,96	1-4	,76	,88	
7. Çocukların okul öncesi ve sonrasında fiziksel aktivite yapmasına imkân sağlayacak olanakların (park, oyun alanları vb.) olup olmadığını takip eder misiniz?	3,32±,94	1-4	,80	,87	
Sağlık Alt Boyutu ($\alpha=0,77$)					
2. Okul yöneticilerine sağlık ile ilgili okul politikaları konusunda danışmanlık yapar mısınız?	3,34±,91	1-4	,65	,69	Ölçek Toplam Cronbach Alpha Değeri= ,85
3. Okul sağlık komisyonunun bir üyesi misiniz?	3,70±,75	1-4	,38	,77	
8. Öğrencilere okul yemekhanesinde sunulan yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?	3,53±,76	1-4	,65	,70	
9. Okul genelinde, öğrencilerin satın alabileceği yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?	3,17±,96	1-4	,59	,71	
10. Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları konusunda okul gazetesi, web sitesi veya başka bir yerde yazı/makale yazar mısınız?	2,19±1,20	1-4	,51	,76	

6.4.3. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği güvenilirlik bulguları

Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği madde toplam puan korelasyon katsayılarının ,42 ile ,81 arasında olduğu bulundu. Ölçeğe ilişkin Cronbach α ,91'dir (Tablo 16).

Tablo 16.Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	ort±std	min±max	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse α
1. Boy ve kiloyu doğru ölçmek (konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?)	4,51±,67	2-5	,42	,91
2. Kilo ve boy ölçümünü yaptıktan sonra BKİ (Beden Kitle İndeksi)'yi hesaplamak	4,43±,85	1-5	,59	,90
3. BKİ 'yi yaş/cinsiyet grafiklerine kayıt etmek	4,37±1,08	1-5	,74	,89
4. BKİ'yi düzenli aralıklarla izlemek	4,20±1,11	1-5	,70	,89
5. Velilerin BKİ'yi yorumlamasına yardımcı olmak	4,09±1,09	1-5	,81	,88
6. Velilere BKİ'yi düzenli olarak bildirmek	3,97±1,25	1-5	,79	,89
8. Çocuklara sağlıklı beslenme biçimleri/modellerini önermek	3,97±1,19	1-5	,79	,89
10. Çocuklar için kilo verme tedavisi önermek	3,33±1,58	1-5	,58	,91
11. Yöneticileri programları uygulamaya ikna etmek için yerel verileri kullanmak	3,53±1,40	1-5	,79	,89

6.4.4. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği güvenilirlik bulguları

Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik, Algılanan Yarar Ölçeği madde toplam puan korelasyon katsayılarının .47 ile .76 arasında olduğu bulundu. Ölçeğe ilişkin Cronbach α ,88'dir (Tablo 17).

Tablo 17. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	ort±std	min±max	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse α
1. Obezite sorununa karşı farkındalık yaratmak	4,62±,52	3-5	,47	,88
2. Obeziteyi azaltmak için politikaların değişmesine kanıt sağlamak	4,18±,79	2-5	,51	,88
3. Öğrencileri ve velilerini olası sorunlar ile ilgili eğitmek	4,39±,78	2-5	,76	,86
4. Velilere çocuklarının kilosunu izlemeleri için BKİ bilgisi vermek	4,42±,83	1-5	,61	,87
5. Programların oluşturulması/geliştirilmesi için bir itici güç oluşturmak	4,12±,87	2-5	,58	,87
6. Sorunu çözmek için ortak bir çaba oluşturmak	4,48±,66	2-5	,64	,87
7. Öğrencileri daha fazla fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek	4,58±,49	4-5	,76	,86
8. Öğrencileri daha sağlıklı besin seçimleri için teşvik etmek	4,65±,47	4-5	,72	,87
9. Öğrencileri obeziteyi önlemek için harekete geçmeleri konusunda motive etmek	4,58±,49	4-5	,63	,87
10. Çocukların sağlıklı bir kiloda kalmalarına yardımcı olmak	4,50±,58	3-5	,65	,87

6.4.5. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği güvenilirlik bulguları

Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği madde toplam puan korelasyon katsayılarının .64 ile .71 arasında olduğu bulundu. Ölçeğe ilişkin Cronbach α ,82'dir (Tablo 18).

Tablo 18.Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	ort \pm std	min \pm max	Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse α
Sosyal engeller Alt Boyutu ($\alpha= ,79$)				
2. Velilerin yetersiz veya uygunsuz yanıtları(katılımları)	3,34 \pm 1,18	1-5	.48	.88
4. Toplum kaynaklarının yetersiz olması	3,04 \pm 1,32	1-5	.72	.87
8. Yönetim desteğinin yetersiz olması	2,84 \pm 1,32	1-5	.55	.88
11. Toplumun BKİ'yi hesaplamak için gereken boy ve kilo ölçümüne karşı olması	2,26 \pm 1,06	1-5	.70	.87
12. Öğretmenlerin öğrencileri boy ve kilo ölçümüne göndermemeleri	2,29 \pm 1,20	1-5	.50	.88
Fiziksel Engeller Alt Boyutu ($\alpha= ,75$)				
1. Okul kaynaklarının yetersiz olması	2,87 \pm 1,35	1-5	.55	.88
6. Zaman yetersizliği	2,81 \pm 1,26	1-5	.37	.88
7. BKİ'yi hesaplamak için boy ve kiloyu ölçecek uygun araç gerecin olmaması	2,32 \pm 1,33	1-5	.67	.87
9. BKİ'yi hesaplamak için boy ve kiloyu ölçecek uygun bir yerin olmaması	1,89 \pm 0,93	1-5	.73	.87
Etik Engeller Alt Boyutu ($\alpha= ,74$)				
3. Çocuğun mahremiyetinin ihlal edilmesi	2,60 \pm 1,03	1-5	.54	.88
5. Damgalanma olasılığı	3,19 \pm 1,33	1-5	.62	.87

**Ölçek Toplam
Cronbach
Alpha Değeri
= ,82**

6.5. Okul Hemşirelerinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algıladıklarının Düzeyi Nedir?

Okul Hemşireleri, Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeğinden ortalama $31,07 \pm 4,64$ puan aldılar. Madde düzeyinde ise ortalaması $3,45 \pm 0,51$ puan aldılar. Okul Hemşireleri, Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği Sağlık Alt Boyutundan ortalama $13,77 \pm 2,57$, madde düzeyinde ise $2,75 \pm 0,51$ puan aldılar. Eğitim Uygulamaları Alt Boyutundan ortalama $12,70 \pm 3,46$, madde düzeyinde ise $3,17 \pm 0,86$ puan aldılar. Okul hemşireleri, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeğinden ortalama $36,45 \pm 7,92$ puan, madde düzeyinde $4,05 \pm 0,88$ puan aldılar. Okul Hemşireleri, Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Yarar Algısı Ölçeğinden $44,58 \pm 4,65$ puan, madde düzeyinde $4,45 \pm 0,46$ puan aldılar. Okul Hemşireleri Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği Sosyal Alt Boyutundan, ortalama $13,77 \pm 4,51$, madde düzeyinde $4,45 \pm 0,46$ puan aldılar. Fiziksel Alt Boyutundan ortalama $9,87 \pm 3,70$, madde düzeyinde $3,44 \pm 1,12$ puan, Etik Alt Boyutundan, ortalama $5,72 \pm 2,09$, madde düzeyinde puan ortalaması $6,88 \pm 2,25$ 'tir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11 en yüksek puan 55'tir (Tablo 19).

Tablo 19. Çocukluk Obezitesinin Önlemede Öğrenciye ve Okula Yönelik Uygulamalar İle Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algısı Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ölçek düzeyinde puanları			Ölçek Madde düzeyinde puanları	
	Madde sayısı	Ort.± std	Min. Max.	Ort. ± std	Min. Max.
Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği	9	31,07±4,64	19-36	3,45±,51	2,11-4
Sağlık Uygulamaları Alt Boyutu	5	13,77±2,57	6-16	2,75±,51	1,20-3,20
Eğitim Uygulamaları Alt Boyutu	4	12,70±3,46	4-16	3,17±,86	1-4
Öz Etkililik Ölçeği	9	36,45±7,92	12-45	4,05±,88	1,33-5
Yarar Algısı Ölçeği Engel Algısı Ölçeği	10	44,58±4,65	34-50	4,45±,46	3,40-5
Sosyal Alt Boyut	5	13,77±4,51	5-25	2,75±,90	1-5
Fiziksel Alt Boyut	4	9,87±3,70	4-20	2,46±,92	1-5
Etik Alt Boyut	2	5,72±2,09	2-10	2,90±1,06	1 - 5

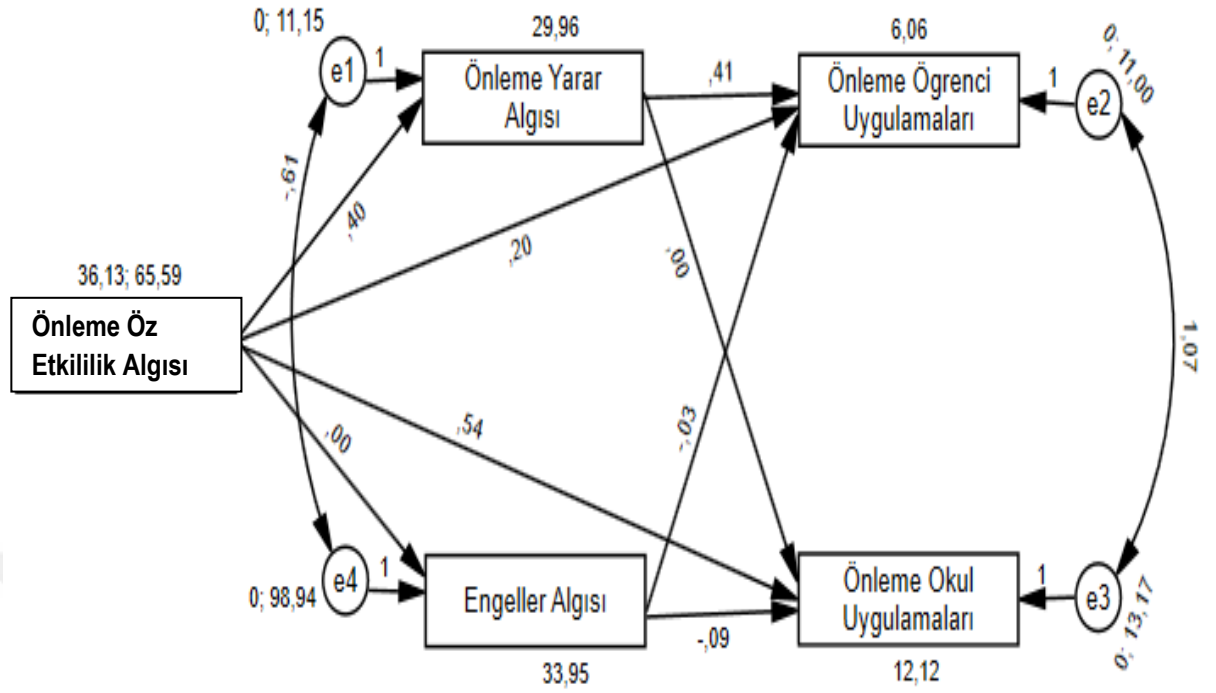
6.6.Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öğrenci ve Okul Düzeyindeki Uygulamalarına Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algılarının Etkisi

Okul hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci ve okul düzeyindeki uygulamalarına öz etkililik, yarar ve engel algılarının etkisini değerlendirmek için Path analizi yapıldı. Path analizine ilişkin sonuçlar Tablo 20’de verildi.

Tablo 20. Path Analizi Model Karşılaştırma Sonuçları

Model	χ^2	sd	$\frac{\chi^2}{sd}$	<i>p</i>	CFI	RMSEA GA (%90)	SRMR
1. Kuramsal	,00	00	0		1,00	,00	,00
2. Alternatif model 1	,32	1	,32	,58	1,00	,00	,02
3. Alternatif model 2	2,76	2	1,38	,25	,99	,05	,03

Tablo 30’da ilk olarak kuramsal (önerilen) model test edildi. Bu model tam tanımlandı ve modele ilişkin parametre tahminleri incelendiğinde, öz etkililik ile engel, yarar ile okul pathlerinin istatistiksel bakımdan önemsiz olduğu görüldü. Alternatif model 1’de öz etkililik ile engel arasındaki; alternatif model 2’de yarar ile okul arasındaki pathler ardışık olarak sifira eşitlendi ve Tablo 30’da da görüldüğü gibi, söz konusu istatistiksel bakımdan önemsiz ilişkilerin modelden çıkarılmaları, modelin uyumunda önemli bir kötüleşmeye yol açmamıştır. Bu sonuçlar ışığında model 3 benimsenmiş olup, bireysel parametre tahminlerini göstermek amacıyla sonuçlar Şekil 8’de gösterildi.



Şekil 8: Quelly'nin Uyarladığı Model (standartlaştırılmamış Katsayılar)

Şekil 8'de öz etkililiğin; yarar algısı (standartlaştırılmamış regresyon katsayısı: $B = .40$, standartlaştırılmış regresyon katsayısı: $\beta = .70$, $t = 11,28$, $p = .00$), okul uygulamaları ($B = .54$, $\beta = .76$, $t = 13,91$, $p = .00$) ve öğrenci uygulamaları ($B = .20$, $\beta = .35$, $t = 4,08$, $p = .00$) üzerindeki doğrudan etkileri istatistiksel bakımdan önemlidir. Öz etkililik algısının okul hemşirelerinin, çocukluk obezitesini önlemeye yönelik yarar algısını $\beta = .70$ kat, okul uygulamalarını $\beta = .76$ kat, öğrenci uygulamalarını $\beta = .35$ kat arttırmaktadır. Öz etkililiğin engeller algısı üzerindeki etkisi ise önemsizdir. Ayrıca yarar algısının öğrenci uygulamalarını ($B = .41$, $\beta = .41$, $t = 4,81$, $p = .00$) ve engel algısının, okul uygulamaları ($B = -.09$, $\beta = -.15$, $t = -2,79$, $p = .00$) üzerindeki doğrudan etkileri de istatistiksel bakımdan önemlidir. Buna göre yarar algısı, okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci düzeyindeki uygulamalarını $\beta = .41$ kat arttırmaktadır. Engel algısının okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik okul düzeyindeki uygulamalarını $\beta = -.15$ kat azaltmaktadır. Ayrıca engel algısının öğrenci uygulamaları ($B = -.03$, $\beta = -.05$, $t = -.88$, $p = .38$) ile yarar algısının okul uygulamaları ($B = .00$, $p = 1.00$) üzerindeki doğrudan etkileri istatistiksel bakımdan önemsizdir.

Tablo 21. Çocukluk Obezitesinin Önlemede Öğrenciye ve Okula Yönelik Uygulamalar İle Öz Etkililik, Yarar ve Engel Algısı Ölçekleri Arasındaki İlişki

Ölçekler	Öğrenci Düzeyinde Uygulamaları	Okul Eğitim Uygulamaları	Okul Sağlık Uygulamaları
Özetkililik Ölçeği			
PearsonCorrelation (r)	,57	,34	,32
Sig. (2-tailed)	,00	,00	,00
Yarar Algısı Ölçeği			
PearsonCorrelation	,22	,18	,20
Sig. (2-tailed)	,01	,03	,01
Engel Algısı Ölçeği			
Sosyal Engeller Alt Boyut			
Pearsoncorrelation	-,28	-,34	-,26
Sig. (2-tailed)	,00	,00	,00
Fiziksel Engeller Alt Boyutu			
PearsonCorrelation	-,08	-,02	-,08
Sig. (2-tailed)	,32	,75	,31
Etik Engeller Alt boyutu			
PearsonCorrelation	-,32	-,21	-,10
Sig. (2-tailed)	,00	,01	,23

Okul hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamaları ile öz etkililik ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=,57$; $p=,00$), okul eğitim uygulamaları ($r=,34$; $p=,00$), ve okul sağlık uygulamaları ($r=,32$; $p=,00$) arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu.

Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik Yarar Algısı ölçeği ile öğrenci düzeyindeki uygulamaları ($r=,22$; $p=,01$), okul eğitim uygulamaları ($r=,18$; $p=,03$) ve okul sağlık uygulamaları ($r=,20$; $p=,01$) arasında çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu.

Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik Engel Algısı sosyal engeller alt boyutu ile öğrenci düzeyindeki uygulamaları ($r=-,28$; $p=,00$), okul eğitim uygulamaları ($r= -,34$; $p=,00$) ve okul sağlık uygulamaları ($r=-,26$; $p=,00$) arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu.

Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik Engel Algısı fiziksel engeller alt boyutu ile öğrenci düzeyindeki uygulamaları ($r=-,08$; $p=,32$), okul eğitim uygulamaları ($r= -,02$; $p=,75$) ve okul sağlık uygulamaları ($r=-,08$; $p=,31$) arasında çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmadı.

Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik Engel Algısı etik engeller alt boyutu ile öğrenci düzeyindeki uygulamaları ($r=-,32$; $p=,00$), okul eğitim uygulamaları ($r= -,21$; $p=,01$) arasında çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki ve Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik Engel Algısı etik engeller alt boyutu ile okul sağlık uygulamaları ($r=-,10$; $p=,23$) arasında çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 21).

6. TARTIŞMA

Günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okul hemşiresi anahtar bir role sahiptir. Literatürde okul hemşirelerinin obeziteyi önlemeye yönelik okul ortamında yaptıkları uygulamaların bu sorunla başa çıkmada katkıları sağladığı bildirilmektedir (Tedik, 2017). Okul hemşiresinin konu ile ilgili yapacakları ve yaptıkları girişimlerin etkililiği hakkındaki kendi algıları girişimlerin başarısı için önemlidir. Literatürde, hemşirenin obeziteyi önlemeye yönelik uygulamalara katılımının ve başarısının bu konu hakkındaki öz etkililikleri, yarar ve engel algılarından etkilendiği bildirilmektedir. Etkileyen faktörlerin geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile değerlendirilmesi hemşirelere bu konunun geliştirilmesinde destek sağlayacaktır (Quelly, 2014). Yapılan literatür taramasında ülkemizde okul hemşirelerinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalarını, öz etkililik düzeylerini, algıladıkları yarar ve engellerini değerlendirmek için geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçeğin bulunmadığı ve bu araçlara gereksinim duyulduğu belirlendi. Bu ihtiyaç doğrultusunda, yurt dışında geliştirilmiş olan okul hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula ve Öğrenciye Yönelik Uygulamaları, Öz etkililik, Yarar ve Engel Algısı ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı.

Geçerlik çalışmaları, Mplus 8.10 paket programında yapıldı. DFA 136 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde yapıldı. Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün ne olmasına ilişkin farklı görüşler bulunmaktadır. Anderson ve Gerbing (1984) 100; Tanaka (1987) madde sayısı *5 katı olsun derken; Yuan ve Bentler (2000) 400'den fazla katılımcıya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedirler. Bununla birlikte DFA'da faktörün güvenilirlik katsayısının yüksek olması, tüm etkilerin doğrusal olması, modelde etkileşim olmaması durumlarında olması daha az sayıda katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde işlem yapılabilmesini mümkün kılmaktadır. Bu araştırmada elde edilen ölçümlerden her bir ölçek için yüksek güvenilirlik katsayılarının hesaplanması; maddeler arası ilişkilerin doğrusal ve modellerin nispeten basit (az sayıda parametre tahmini gerektirmesi) olması nedenleriyle; örneklemin doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak geçerlik çalışmaları yapılabilecek büyüklükte olduğuna karar verilmiştir.

Ölçek uyarlama çalışmalarında, farklı dil ve kültürde geliştirilmiş bir ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeğin öncelikle o ülkenin diline çevirilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Bu çalışmada, ölçeklerin geçerliği için, kapsam geçerliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirliği için iç tutarlılık kat sayısı, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu incelendi.

Geçerlik, ölçeğin ölçmesi düşünülen değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini ya da ne denli doğru ölçtüğü ile ilgili bir kavramdır. Bir diğer deyişle ölçeğin uygulanması, planlanan gruba uygunluğunun incelenmesi, amaçlanan özelliğin başka değişkenler ile karıştırılmadan araştırılması ve ölçüm sonuçlarından yapılan yorumların araştırmacının sorularını yeterli şekilde cevaplaması olarak tanımlanabilir (Bademci, 2011; Büyüköztürk, 2012).

Genellikle çalışma ölçeklerinin geçerliğini test etmek için kapsam geçerliği ve doğrulayıcı, açıklayıcı faktör analizi kullanılır. Kapsam geçerliği uzman görüşü ile değerlendirilir. Ölçek maddelerinin ilgili araştırma alanını ya da ilgilenilen yapıyı uygun bir şekilde temsil edip etmediğini ya da evreni iyi bir biçimde örnekleyip örneklemediğini değerlendirmektedir (Altunışık, 2010). Kapsam geçerliğinde öncelikle incelenecek değişkenin spesifik boyutlarını kapsayan ayrıntılı bir taslak hazırlanması, bu taslağın en az üç kişiden en fazla yirmi kişiden oluşan bir uzmanlar grubuna sunulması gerektiği belirtilmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Bu çalışma da 10 kişiden oluşan akademik uzmanın görüşüne başvuruldu. Yapılan araştırmalar incelendiğinde kapsam geçerlik indeksi değerinin en az %83, başka bir çalışmada %90-100 arasında olması gerektiği önerilmektedir (Büyüköztürk, 2012; Lynn, 1986).

Doğrulayıcı faktör analizi, ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında çoğunlukla kullanılan bir yöntemdir. Doğrulayıcı faktör analizinde incelenen uyum indekslerinin kabul edilebilir bir değerde olması gerekmektedir (Şimşek, 2007). Bu çalışmada X^2 /Serbestlik Derecesi, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), P, X^2 ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) Uyum İndeksi incelendi.

Güvenirlik, her ölçekte aranan önemli ve vazgeçilemez bir özelliktir (Erdoğan ve ark., 2014). Güvenirlik bir ölçekteki maddelerin kavramsal yapıyı hatasız bir biçimde ölçmesi, farklı zamanlarda yapılan ölçümlere rağmen sonuçların aynı çıkması, bir ölçüm aracına ait sonuçların aynı kavramsal yapıyı ölçen diğer ölçüm araçları ile

tutarlı olması, farklı gözlemciler tarafından yapılan ölçüm sonuçlarının benzer çıkması olarak tanımlanmaktadır (Polit ve Beck, 2010). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini test etmek için, iç tutarlılığına, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısına ve madde toplam puan korelasyonlarına bakılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksekse ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı ve aynı özelliği taşıyan maddelerden oluştuğu belirtilmektedir (Altunışık, 2010). Madde toplam puan korelasyonu ölçek maddeleri arasındaki ilişkinin güçlülüğünü gösteren maddeler arası tutarlılığı belirleyen test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklayan bir ölçme yöntemidir (Erdoğan ve ark., 2014). Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değerlerin değerin altına düşünce güvenilirliğinin azalacağı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte Karasar ,50'nin üzerinde, Öner ise ,30'un üzerinde olması gerektiğini bildirmişlerdir (Karasar, 2012; Öner, 2006).

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda tartışıldı.

- ✓ **Araştırma Sorusu 1:** Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye yönelik Uygulamalar Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?

Kapsam geçerliliğinde Maddelerin, dile ve kültüre uygunluğunun sağlanabilmesi için bir derecelendirme ölçütü olarak sayısal değerlerle kanıtlanması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Öğrenci Uygulamaları Ölçeği için kapsam geçerlik indeksi ,97 olarak bulundu. Bu bulgu kapsam geçerliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar araştırma ölçeğinin kültürümüze uygun olduğunu göstermiştir. Ölçeğin yapı geçerliğinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. DFA sonucuna göre İncelenen X^2 / Serbestlik Derecesi değerinin 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Bu ölçek için X^2 / Serbestlik değeri 3,09 olarak bulundu ve kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu belirlendi. CFI'nın ,90'nın üstünde olması kabul edilebilir bir değerdir. Literatürde uyum iyiliğinin farklı indeksler ile değerlendirildiği görülmektedir, fakat hangisinin kullanılacağına dair net bir bilgi bulunmamaktadır (Erdoğan ve ark., 2014; Şimşek, 2007). Bu ölçek için CFI değeri ,96olarak kabul

edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Literatürde, RMSEA'nın ,08'e eşit veya altında olması, SRMR'nin de ,10'dan küçük olması kabul edilebilir değerler arasındadır. Çalışmamızda bu ölçek için SRMR değeri ,08 ve RMSEA değeri ,13 olarak bulunmuştur. Alternatif modele ilişkin genel uyum katsayıları incelendiğinde CFI, X^2/SD ve SRMR değerlerinin uyum lehine; X^2 ve RMSEA'nın uyum aleyhine değerlere sahip olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar Modelin uyumuna yönelik CFI ve RMSEA tutarsız sonuçlar üretmesi durumunda, $\delta = \varepsilon - (1 - CFI)$ eşitliğini kullanmayı önermektedirler (Lai ve Green, 2016). Buna göre $\delta = .13 - (1 - .96) = .09$ 'dur. Sonuç 0'dan büyük olduğundan, CFI'nın RMSEA'dan daha uygun bir seçim olduğu ileri sürülebilir.

Önerilen modelin veriye uygunluğunu incelemenin genel uyum katsayıları dışında diğer bir yolu, maddelerin faktör yüklerinin ve faktörün maddelerde açıkladığı ortalama varyansın (AVE) $> ,50$ olmasıdır. Buna göre 9 maddeden 7'si'nin yükleri ,50'nin üzerindeyken, AVE ,53'tür. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye yönelik Uygulamalar Ölçeği'nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.

Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye yönelik Uygulamalar Ölçeğinde güvenilirlik için madde toplam puan korelasyon katsayılarının ,24 ile ,77 arasında olduğu görülmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değer in altına düşünce güvenilirliğinin azalacağı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte Karasar ,50'nin üzerinde, Öner ise ,30'un üzerinde olması gerektiğini bildirmişlerdir (Karasar, 2012; Öner, 2006). Yapılan çalışmalar incelendiğinde Cronbach Alfa değerinin ,70 ve üzerinde güvenilir olduğu bildirilmektedir (Yaşar, 2014). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri ,84 olarak yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir.

✓ **Araştırma Sorusu 2:** Çocukluk Obezitesini Önlemede okula yönelik Uygulamalar Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?

Kapsam geçerliliğinde Maddelerin, dile ve kültüre uygunluğunun sağlanabilmesi için bir derecelendirme ölçütü olarak sayısal değerlerle kanıtlanması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Çocukluk Obezitesini Önlemede okula

yönelik Uygulamalar Ölçeği için kapsam geçerlik indeksi ,98 olarak bulundu. Bu bulgu kapsam geçerliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar araştırma ölçeğinin kültürümüze uygun olduğunu göstermiştir. Çocukluk Obezitesini Önlemede okula yönelik Uygulamalar Ölçeği'nin yapı geçerliğinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. DFA sonucuna göre göre İncelenen X^2 / Serbestlik Derecesi değerinin 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark., 2014; Şimşek, 2007). Çalışmada bu değer 3,54 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu tespit edilmiştir. CFI'nın ,90'ın üstünde olması kabul edilebilir bir değerdir. CFI değeri ,96 olarak kabul edilebilir bulunmuştur. Literatüre bakıldığında birçok uyum iyiliği indekslerinin olduğu görülmektedir fakat hangisinin kullanılacağına dair net bir bilgi bulunmamaktadır (Erdoğan ve ark., 2014). Literatürde, RMSEA'nın ,08'e eşit veya altında olması, SRMR'nin de ,10'dan küçük olması kabul edilebilir değerler arasındadır. Çalışmamızda SRMR değeri ,08 ve RMSEA değeri ,13 olarak bulunmuştur. Lai ve Green (2016)'nin önerisi doğrultusunda düşünüldüğünde, CFI, X^2 ve SRMR değerlerine dayalı olarak, iki boyutlu modelin veri setindeki korelasyonları açıklamada yeterli olabileceği ileri sürülebilir. Alternatif 2 boyutlu modele ilişkin faktör yükleri ,50'nin üzerindedir. Eğitim için AVE 0,82, sağlık için 0,62'dir. İki faktör arasındaki varyans (MSV) $.60^2=36$ olup, bu değer her iki faktör için AVE değerlerinin altındadır. MSV'nin AVE'den küçük olması, maddelerin ait olduğu faktörlerle ilişkilerinin yüksek diğer faktörle düşük olduğu, yani tek bir faktör yerine iki ayrı faktör olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önlemede okula yönelik Uygulamalar Ölçeği'nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.

Çocukluk Obezitesini Önlemede okula yönelik Uygulamalar Ölçeğinde güvenilirlik için madde toplam puan korelasyon katsayılarının eğitim boyutu için ,76 ile ,80, sağlık boyutu için ,38 ile ,65 arasında olduğu görülmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değer altına düşünce güvenilirliğinin azalacağı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte Karasar ,50'nin üzerinde, Öner ise ,30'un üzerinde olması gerektiğini bildirmişlerdir (Karasar, 2012; Öner, 2006). Yapılan çalışmalar incelendiğinde cronbach alfa değerinin ,70 ve üzerinde güvenilir olduğu bildirilmektedir (Yaşar, 2014). Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye

Yönelik Okul Uygulamaları Ölçeği'nde eğitim boyutu için Cronbach α ,90, Sağlık boyutu için ,77'dir. Ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach α ise ,85 olarak yüksek güvenilirlikte tespit edilmiştir.

✓ **Araştırma Sorusu 3:** Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?

Kapsam geçerliliğinde Maddelerin, dile ve kültüre uygunluğunun sağlanabilmesi için bir derecelendirme ölçütü olarak sayısal değerlerle kanıtlanması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği için kapsam geçerlik indeksi 1 olarak bulundu. Bu bulgu kapsam geçerliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar araştırma ölçeğinin kültürümüze uygun olduğunu göstermiştir. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği'nin yapı geçerliğinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. DFA sonucuna göre $\chi^2 / \text{Serbestlik Derecesi}$ değerinin 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Çalışmada bu değer 4,81 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu tespit edilmiştir. CFI'nın ,90'nın üstünde olması kabul edilebilir bir değerdir. CFI değeri ,98 olarak kabul edilebilir bulunmuştur. Literatüre bakıldığında birçok uyum iyiliği indekslerinin olduğu görülmektedir fakat hangisinin kullanılacağına dair net bir bilgi bulunmamaktadır (Erdoğan ve ark., 2014; Şimşek, 2007). Literatürde, RMSEA'nın ,08'e eşit veya altında olması, SRMR'nin de ,10'dan küçük olması kabul edilebilir değerler arasındadır. Çalışmamızda SRMR değeri ,07 ve RMSEA değeri ,17 olarak bulunmuştur. Hair vd. (2010) ile Lai ve Green (2016) önerileri ($\text{CFI} > .97$, $\delta > 0$ ve $\chi^2 / \text{SD} < 5$) göz önünde bulundurularak, kuramsal modelin veri setindeki korelasyonları açıklamada yeterli olabileceği ileri sürülebilir. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği'nin madde faktör yüklerinin ,50 ile ,96 arasında değiştiği görülmektedir. Maddelerin faktör yükleri ,50'nin üzerindeyken, öz etkililik AVE'si ,65'tir. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği'nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.

Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeğinde güvenilirlik için madde toplam puan korelasyon katsayılarının ,42 ile ,81 arasında olduğu görülmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değer altına düşünce güvenilirliğinin azalacağı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte Karasar ,50'nin üzerinde, Öner ise ,30'un üzerinde olması gerektiğini bildirmişlerdir (Karasar, 2012; Öner, 2006). Yapılan çalışmalar incelendiğinde cronbach alfa değerinin ,70 ve üzerinde güvenilir olduğu bildirilmektedir (Yaşar, 2014). Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği için Cronbach α ,91 olarak yüksek güvenilirlikte tespit edilmiştir.

Araştırma Sorusu 4: Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?

Kapsam geçerliliğinde Maddelerin, dile ve kültüre uygunluğunun sağlanabilmesi için bir derecelendirme ölçütü olarak sayısal değerlerle kanıtlanması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği için kapsam geçerlik indeksi ,99 olarak bulundu. Bu bulgu kapsam geçerliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar araştırma ölçeğinin kültürümüze uygun olduğunu göstermiştir Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği'nin yapı geçerliğinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. DFA sonucuna göre göre İncelenen X^2 / Serbestlik Derecesi değerinin 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark., 2014; Şimşek, 2007). Çalışmada bu değer 3,60 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu tespit edilmiştir. CFI'nın ,90'nın üstünde olması kabul edilebilir bir değerdir. CFI değeri ,97 olarak kabul edilebilir bulunmuştur. Literatüre bakıldığında birçok uyum iyiliği indekslerinin olduğu görülmektedir fakat hangisinin kullanılacağına dair net bir bilgi bulunmamaktadır (Erdoğan ve ark., 2014; Şimşek, 2007). Literatürde, RMSEA'nın ,08'e eşit veya altında olması, SRMR'nin de ,10'dan küçük olması kabul edilebilir değerler arasındadır. Çalışmamızda SRMR değeri ,07 ve RMSEA değeri ,14 olarak bulunmuştur. Hair vd. (2010) ile Lai ve Green (2016) önerileri göz önünde bulundurularak, kuramsal modelin veri setindeki korelasyonları açıklamada yeterli olabileceği ileri sürülebilir. Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği için madde faktör yüklerinin ,61 ile ,94 arasında değiştiği görülmektedir.

Maddelerin faktör yükleri ,50'nin üzerindeyken, yarar faktörünün AVE'si 0,66'dır. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği'nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.

Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği'nde güvenilirlik için madde toplam puan korelasyon katsayılarının ,47 ile ,76 arasında olduğu görülmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değer altına düşünce güvenilirliğinin azalacağı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte Karasar ,50'nin üzerinde, Öner ise ,30'un üzerinde olması gerektiğini bildirmişlerdir (Karasar, 2012; Öner, 2006). Yapılan çalışmalar incelendiğinde cronbach alfa değerinin ,70 ve üzerinde güvenilir olduğu bildirilmektedir (Yaşar, 2014). Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği için Cronbach α ,88 olarak yüksek güvenilirlikte tespit edilmiştir.

Araştırma Sorusu 5: Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği geçerli ve güvenilir midir?

Kapsam geçerliliğinde Maddelerin, dile ve kültüre uygunluğunun sağlanabilmesi için bir derecelendirme ölçütü olarak sayısal değerlerle kanıtlanması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2014). Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği için kapsam geçerlik indeksi ,97 olarak bulundu. Bu bulgu kapsam geçerliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar araştırma ölçeğinin kültürümüze uygun olduğunu göstermiştir. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği'nin yapı geçerliğinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. DFA sonucuna göre $\chi^2 / Serbestlik Derecesi$ değerinin 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark., 2014; Şimşek, 2007). Çalışmada bu değer 6,95 olarak bulunmuştur. CFI'nın ,90'nın üstünde olması kabul edilebilir bir değerdir. CFI değeri ,81 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında birçok uyum iyiliği indekslerinin olduğu görülmektedir fakat hangisinin kullanılacağına dair net bir bilgi bulunmamaktadır (Erdoğan ve ark., 2014). Literatürde, RMSEA'nın ,08'e eşit veya altında olması, SRMR'nin de ,10'dan küçük olması kabul edilebilir değerler arasındadır. Çalışmamızda SRMR değeri ,12 ve RMSEA değeri ,21 olarak

bulunmuştur. Hair vd. (2010) ile Lai ve Green (2016) önerileri göz önünde bulundurulduğunda, kuramsal modelin veri setindeki korelasyonları açıklamada yetersiz olduğu görülmektedir. Değişim indeksleri incelendiğinde de bu uyumsuzluğu giderecek bir örüntüye rastlanmamıştır. Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeğimadde faktör yüklerinin ,72 ile ,85 arasında değiştiği görülmektedir. Maddelerin faktör yükleri ,50'nin üzerindeyken, engel faktörünün AVE'si ,61'dir. Bu sonuçlar ve genel uyum katsayıları bir arada düşünüldüğünde, Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği'nin yapı geçerliğinin büyük oranda sağlandığı ileri sürülebilir.

Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeğinde güvenilirlik için madde toplam puan korelasyon katsayılarının ,64 ile ,71 arasında olduğu görülmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi değer altına düşünce güvenilirliğinin azalacağı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte Karasar ,50'nin üzerinde, Öner ise ,30'un üzerinde olması gerektiğini bildirmişlerdir (Karasar, 2012; Öner, 2006). Yapılan çalışmalar incelendiğinde cronbach alfa değerinin ,70 ve üzerinde güvenilir olduğu bildirilmektedir (Yaşar, 2014).

Çocukluk Obezitesini Önleme uygulamaları Engel Algısı Ölçeği için Cronbach α ,82 olarak yüksek güvenilirlikte tespit edilmiştir.

- ✓ **Araştırma Sorusu 6:** Okul hemşirelerinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öz etkililik, yarar ve engel algılarının düzeyi nedir?

Bu araştırmada okul hemşireleri, Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik öğrenci düzeyi, okul düzeyindeki eğitim ve sağlık uygulamaları alt boyutları, öz etkililik ve yararlar ölçeklerinden ortalamanın üstünde puan aldılar. Bu bulgu bize hemşirelerin obeziteyi önlemeye yönelik; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ takibi, beslenme, fiziksel aktiviteyi artırma konularında danışmanlık, sağlık eğitimi, aile üyelerine danışmanlık ve sevk vb. girişimleri başarabilecekleri konusunda kendilerine güvendiklerini ve girişimlerinin yararlı olacağını düşündüklerini gösterdi. Hendershot ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da okul hemşiresi ebeveynlerin çocukların BKİ'sini hesaplama, takip etme ve yorumlama becerisine sahip olmalarına yüksek düzeyde güvendiğini bildirmektedir. Moyers ve arkadaşları

tarafından yapılan başka bir çalışmada da okul hemşirelerinin obez çocuklara yönelik kilo verme tedavisine ilişkin programları önerme konusundaki öz etkililiklerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur (Hendershot ve ark., 2008; Moyers ve ark., 2005).

Yapılan diğer araştırmalarda okul hemşirelerinin, çocukluk obezitesini önleme konusunda kilit role sahip oldukları ve yaptıkları girişim ve uygulamaların çocukluk obezitesini önleme konusunda etkili olduğunu göstermektedir (Hill ve Hollis, 2012; Lee ve Kübik, 2014).

Okul hemşireleri Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik sosyal engeller alt boyutundan ortalamının üstünde puan aldılar. Bu bulgu, obeziteyi önlemeye yönelik zaman yetersizliği, okul kaynaklarının, uygun yer, araç gerecin olmaması yetersiz olması gibi engellerin girişimlerini olumsuz etkileyeceğini düşündüklerini gösterdi. Fiziksel ve Etik engeller alt boyutlarından ortalama ve ortalamanın altında puan almaları ise bu engellerin girişimlerini etkilemeyeceğini düşündüklerini gösterdi.

- ✓ **Araştırma Sorusu 7:** Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci ve okul düzeyindeki uygulamalarına öz etkililik, yarar ve engel algılarının etkisi nedir?

Okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik okul ve öğrenci düzeyindeki uygulamalarına öz etkililik, yarar ve engel algılarının etkisi Path analizi ile incelenmiştir. Path analizi nedensel ilişkilerin incelenmesinde, değişkenler arasında sebep-sonuç ilişkisinin üçüncü bir değişkenin etkisine bağlı olduğu durumlarda, genellikle de hipotezleri test etmek için istatistiksel analizlerin kullanıldığı, karmaşık araştırma tasarımlarıdır. Path analizi için kullanılan hipotezler sıklıkla bir kuram ya da modelden geliştirilir. Böylece Path analizi ile modeller test edilebilir. Analiz sonucunda veriler modeli destekler şekilde çıkarsa, bu modelin doğru olduğunu göstermez sadece doğru olma ihtimalini gösterir. Path analizinin sonuçları gelecekteki araştırmalar için de ayrıca bir önem oluşturur (Erdoğan ve ark., 2014). Buna göre öz etkililik algısının en fazla okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci düzeyindeki uygulamalarında dolaylı olarak etkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte öz etkililik algısının okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik engel algısı üzerindeki; yarar algısının, okul

hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik okul düzeyindeki uygulamalarına ve engel algısının ise okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci düzeyindeki uygulamaları üzerindeki etkilerinin önemsiz olması Quelly'nin modelinin doğrulanmadığını göstermektedir. Quelly uyarlanmış modelinde ayrıca dolaylı ilişkilerden de söz etmektedir. Quelly öz etkililiğin yarar algısı üzerinden olumlu, engel algısı üzerinden olumsuz dolaylı etkilere sahip olduğunu ileri sürmüştür. Analiz sonuçlarına göre öz etkililiğin öğrenci uygulamaları üzerindeki dolaylı etkisi 0,17 (Bootstrap GA %95,11 ile ,27)'dir. Bu etki önemlidir. Bununla birlikte, diğer dolaylı etkiler istatistiksel bakımdan önemsizdir.



7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Çocukluk Obezitesini Önlemede Öğrenciye Yönelik Uygulamalar Ölçeği, 9 maddeli, tek boyutlu, geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğe ilişkin madde toplam puan korelasyon katsayıları ,24 ile ,77 arasındadır ve Cronbach Alfa değeri,84'tür.

Çocukluk Obezitesini Önlemede OkulaYönelik Uygulamalar Ölçeği, Okul Eğitim Uygulamaları ve Okul Sağlık Uygulamaları olmak üzere iki alt boyutludur. Ölçekten 5. madde çıkarılmış, 9 maddeli olarak geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğe ilişkin madde toplam puan korelasyon katsayılarının eğitim boyutu için ,76 ile ,80, sağlık boyutu için ,38 ile ,65 arasındadır.Cronbach Alfa değeri ise, eğitim boyutu için ,90, Sağlık boyutu için ,77' ve ölçeğin bütünü için ,85'tir.

Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği, 7. ile 9. maddeler çıkarılarak 9 maddeli, tek boyutlu olarak geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğe ilişkin madde toplam puan korelasyon katsayıları,42 ile,81 arasında değişmekte ve Cronbach Alfa değeri ,91'dir.

Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği, 10 maddeli ve tek boyutlu olarak geçerli ve güveniliridir. Ölçeğe ilişkin madde toplam puan korelasyon katsayıları,47 ile,76 arasında değişmektedir ve Cronbach Alfa değeri ,88'dir.

Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği, 10. ile 13. maddeler çıkarılarak 11 maddeli, Sosyal Engeller Algısı, Fiziksel Engeller Algısıve Etik Engeller Algısı olarak üç boyutlu geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğe ilişkin madde toplam puan korelasyon katsayıları ,64 ile ,71 arasında değişmektedir ve Cronbach Alfa değeri ,82'dir.

Çalışma sonunca göre okul hemşireleri çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci uygulamalarından en çok çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan bir veliye sağlık uzmanı ile iletişim kurmasını önermek uygulamasını yapmaktadır. Okul hemşireleri çocukluk obezitesini önlemeye yönelik okul uygulamalarından ise en çok okul komisyonuna üye olmayı yapmaktadır. Ayrıca çalışma sonucunda okul

hemşirelerinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik algıladıkları engellerin en fazla velilerin yetersiz veya uygunsuz yanıtları (katılımları) olduğu bulundu.

Quelly (2014)'nin geliştirdiği modelin sınanmasında okul hemşiresinin çocuk obezitesini önlemeye yönelik öz etkililik algısı; çocukluk obezitesini önlemeye yönelik yarar algısı, obeziteyi önlemeye yönelik okul uygulamaları ve öğrenci uygulamaları üzerinde doğrudan etkilidir.

Ayrıca okul hemşiresinin çocuk obezitesini önlemeye yönelik yarar algısı, öğrenci uygulamalarını pozitif yönde, engel algısı okul uygulamalarını zayıf ve negatif yönde etkilemektedir.

Bu çalışma sonucunda, okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik yarar algısının okul düzeyindeki uygulamalarını etkilemediği, engeller algısının öğrenci düzeyindeki uygulamalarını etkilemediği bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Okul hemşirelerine öz etkililiklerinin artırılmasına yönelik çocukluk obezitesi ile ilgili eğitim verilebilir veya aldıkları eğitimin saati artırılabilir.
- Okul hemşirelerinin çocukluk obezitesini önleme ile ilgili algıladıkları fiziksel, sosyal ve etik engellerin azaltılması için girişimler planlanabilir.
- Okul hemşirelerinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik yarar sağladığını düşündüğü uygulamaların, eğitimlerin ön deneme yapıldıktan sonra müfredata eklenmesi sağlanabilir.
- Çalışma da kullanılan ölçekler başka çalışmalarda güvenle kullanılabilir.

9. KAYNAKLAR

Ağca Ö, Koçoğlu G. Fazla kilolu ve obez adolesan kızlarda düzenli egzersizin vücut bileşimine etkileri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2010; 85(1):17-23.

Alpcan A, Durmaz Ş. Çağımızın Dev Sorunu:Çocukluk Çağı Obezitesi. *TurkishJournal Of ClinicsandLaboratory*. 2015; 6(1): 30-38.

Altunışık R, Çoşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, Sakarya Yayıncılık; 2010.

Altuntaş S, Baykal Ü. Okul Hemşirelerinin İş, İş Ortamı, Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012; 9(1): 43-50.

Anderson JC, Gerbing D W. TheEffect of SamplingError on Convergence, Improper Solutions, andGoodness of Fit Indicesfor Maximum LikelihoodConfirmatoryFactor Analysis. *Psychometrika*. 1984; 49: 155-173.

Appleton J, Fowler C, Brown C. Parents' views on childhoodobesity: qualitativeanalysis of discussion board postings. *JournalContemporaryNurse*. 2017; 53(4): 410-420.

Ayaz S. İlköğretim Öğretmenlerinin Okul Sağlığı Hemşireliğine İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 42-52.

Bademci V. Kuder-Richardson 20, Cronbach'ın Alfası, Hoyt'unVaryans Analizi, Genellenirlik Kuramı ve Ölçüm Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011;17(1):173-193.

Bahar A, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *DEUHYO ED*. 2014;7 (1): 59-67.

Bahar A. Adölesan Yaş Grubundaki Bireylerde Antropometrik Ölçümler VeObezitePrevalansının Araştırılması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2015, İstanbul (Danışman:Doç. Dr. Bülent Saka).

Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*. 2004; 143–164.

Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84: 191–215.

Bruening M, Kubik MY, Kenyon D, Davey C, Story M. Perceived barriers mediate the association between self-efficacy and fruit and vegetable consumption among students attending alternative high schools. *Journal of the American Dietetic Association*. 2010; 1542–1546.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 16. Baskı. Ankara: Pegem akademi yayınları; 2012, s:108-115.

Centers for Disease Control and Prevention. Basic infection control and prevention plan for outpatient oncology settings. 2011. Available at: www.cdc.gov/hai/pdfs/guidelines/basic-infection-control-prevention-plan2011.pdf. Accessed date: March 6, 2019.

Craven KW, Moore JB, Swart AS, Keene AF, Kolasa KM. School-based nutrition education intervention: Effect on achieving a healthy weight among overweight ninth-grade students. *J Public Health Management Practice*; 2011; 17(2): 141-146.

Çalık A, Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 4(2): 62-75.

Çelik SB, Batık MV, Özcan K, Aksoy S. Obez Çocuklara Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *e-International Journal of Educational Research*. 2015; 6(1): 40-53.

Çınar S, Çavuşoğlu H. Farklı Sosyo-ekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubu Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri*. 2016; 8(2): 112-121.

Duncan MJ, Staples V. The impact of a school-based active video gameplay intervention on children's physical activity during recess. *Human Movement*. 2010; 11(1): 95-99.

Dzewaltowski DA, Rosenkranz RR, Geller KS, Coleman KJ, Welk GJ, Hastmann TJ, Milliken GA. HOP'N after-school project: An obesity prevention randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7:90. 2010; [Electronic Journal], <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/90>.

Elder JP, McKenzie TL, Arredondo EM, Crespo NC, Ayala GX. Effects of a multipronged intervention on children's activity levels at recess: The Aventuras para Niños Study. 2011; 2: 171-176.

Emlek Sert Z, Bayık Temel A. İlköğretim Öğrencilerinin Kilo Yönetiminde İlişkili Faktörler. *DEUHFED* 2017; 10(1): 13-2.

Erdim L, Ergün A, Kuşuoğlu S. Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *HSP* 2014; 1(2): 115-126.

Erdim L, Ergün A, Kuşuoğlu S. Fazla Kilolu Çocuklara Yönelik Beslenme Ve Egzersiz Programının Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul-2012

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama, Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, s:193-230.

Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset yayınları; 2002, s:169-188.

Erkuş A. Psikometri Üzerine Notlar. 1. baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 24; 2003, s:74-114.

Ferreira HS, Assunção ML, Coutinho SB, Santos LMP, Bernardo LH. Protective Effect of Breastfeeding against Overweight Can Be Detected as Early as the Second Year of Life: A Study of Children from One of the Most Socially-deprived Areas of Brazil. *J Health Popul Nutr*. 2015; 33(1): 85-91.

French SA, Story M, Robert WJ. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*. 2009; 22: 309-335.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis* Upper Saddle River, N.J: Pearson Education. 2010.

Hendershot C. *Elementary school nurses' perceptions and practices regarding body mass index measurement in school children* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. 2008; (UMI No. 3313372).

Hill NJ, Hollis M. Teacher Time Spent on Student Health Issues and School Nurse Presence. *J Sch Nurs* 2012; 28(3): 8-181.

Jan S, Bellman C, Barone J, Jessen L, Arnold M. Shape it up: A school-based education program to promote healthy eating and exercise developed by a health plan in collaboration with a college of pharmacy. *JMCP Journal of Managed Care Pharmacy*. 2009; 15(5): 403-413.

Kankaya H, Karadakovan A. Obezite ve Böbrek Hastalıkları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2017; 2 (12): 1-2.

Karaçor S, Tunçer T, Bulduklı Y. Çocuklarda Obezite Artışı ile Yiyecek ve İçecek Reklamları Arasındaki İlişki, 2th edition, *International Congress on Political, Economic and Social Studies (ICPESS)*. 2017; 423-432.

Karasar N. *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 23. Basım; 2012, s: 200-290.

Karnik S, Kanekar A. Childhood Obesity: A Global Public Health Crisis. *International journal of preventive medicine*. 2012; 3(1): 1-7.

Kleeboer A. Recommends School Nurse Role In Preventing Childhood Obesity. 2015; (<https://rcni.com/newsroom/news/nice-recommends-school-nurse-role-preventing-childhood-obesity-33206> /Erişim Tarihi: 11.12.2018).

- Kubik M, Story M, Davey C. Obesity prevention in schools: Current role and future practice of school nurses. *Preventive Medicine*. 2007; 44: 504–507.
- Lai K, Green SB. The Problem with Having Two Watches: Assessment of Fit When RMSEA and CFI Disagree. *Multivariate Behavioral Research*. 2016; 51 (2): 220-239.
- Lee J, Kubik MY. Child's Weight Status and Parent's Response to a School-Based Body Mass Index Screening and Parent Notification Program. *J Sch Nurs*. 2014; 31(4): 300-5.
- Lien N, Bjelland M, Bergh IH, Grydeland M, Anderssen SA, Ommundsen Y, Andersen LF, Henriksen HB, Randby JS, Klepp K-I. Design of a 20-month comprehensive, multicomponent school-based randomised trial to promote healthy weight development among 11–13 year olds: The health in adolescents study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 38(5): 38-51.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986; 35: 205–208.
- Mesci E, İçağasıoğlu A, Yumuşakoğlu Y, Güven A, Bıçakçı İ. Musculoskeletal Pain and Quality of Life Among Obese Children. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2015; 6(4): 514-8.
- Meydanlıoğlu A, Ergün A. The Effect Of Diet And Physical Activity For Health Program Under The Guidance Of Nurses On Children's Levels Of Diet And Physical Activity. *MÜSBED* 2014; 4(1): S4-56.
- Morrison-Sandberg LF, Kubik MY, Johnson KE. Obesity prevention practices of elementary school nurses in Minnesota: Findings from interviews with licensed school nurses. *The Journal of School Nursing*. 2011; 27: 13-21.
- Moyers, P., Bugle, L., & Jackson, E. Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *Journal of School Nursing*. 2005; 21: 86–93.

Müllersdorf, M., Zuccato, L. M., Nimborg, J., & Eriksson, H. Maintaining professional confidence: Monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24: 131–138.

Nauta, C., Byrne, C., & Wesley, Y. School nurses and childhood obesity: An investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2009; 32: 16–30.

Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türkçocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2008; 51: 1-14.

Ögden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014; 311(8):806-814.

Öner N. *Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler*. 2. baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 2006, s:1-21.

Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *TAF Prev Med Bull*. 2011; 10(1): 53-60.

Pelletier LG, Guertin C, Pope JP. Homeostasis balance, homeostasis imbalance or distinct motivational processes? Comments on Marks (2015) 'Homeostatic Theory of Obesity'. *Health Psychology Open*. 2015; 13: 1-4.

Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. 2010.

Rankin J, Matthews L, Cobley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, Baker JS. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther*. 2016; 7: 125–146.

Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJ. Health consequences of obesity. *ArchDis Child*. 2003; (88): 748-752.

Sahoo ve ark., 2015 Sahoo K, Sahoo B, Choudhury KA, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2015; (4)2: 187-191.

Sakarya S, Kanlı S, İkişik H, Maral I, Taşdemir M, Topçu İ, Çalı Ş. Aileler, öğretmenler ve Aile Hekimlerinin gözüyle çocukluk çağı obezitesi: Bir karma metod çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2017; 8(2): 27-39.

Savaşan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2015;19(1):14-21.

Schroeder K, Jia H, Wang YC, Smaldone A. Implementation of a School Nurse-led Intervention for Children With Severe Obesity in New York City Schools. *J Pediatr Nurs*. 2017; 35: 16-22.

Stalter AM, Chaudry RV, Polivka BJ. Regional differences as barriers to body mass index screening described by Ohio school nurses. *Journal of School Health*. 2011; 81: 437-448.

Steele RG, Wu, YP, Jensen CD, Pankey S, Davis AM, Aylwar S. School nurses' perceived barriers to discussing weight with children and their families: A qualitative approach. *Journal of School Health*. 2011; 81: 128-137.

Şen M. Birinci basamakta çocuk ve adolesan obezitesi yönetimi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2016; 7(4): 85-93.

Şencan H. Geçerlilik ve Güvenilirlik. 1. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005, s: 355-414.

Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş (Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları). 1. baskı. Ankara: Ekinoks Yayıncılık, 2007; s:1-15.

Şimşek Z. Sağlık Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlık Geliştirme Stratejileri. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(3):343-358.

Talley K, Wood, Hatch J, Hunt K, Garmany S, Peterson C, Pless R, Rogers P. The Relationship Between School Nurses Self-Efficacy and Interventions Implemented To Prevent Childhood Obesity Citations, Journal Of Undergraduate Research, 2017, vol:14;1-8.

Tanaka JS. How Big Is Big Enough? Sample Size and Goodness of Fit in Structural Equation Models with Latent Variables. Child Development. 1987; 58; 134-146.

Taylor ED, Theim KR, Mirch MC, Ghorbani S, Tanofsky-Kraff M, Adler-Wailes DC, et al. Orthopedic complications of overweight in children and adolescents. Pediatrics 2006;117(6):2167-74.

Tanır H. Obesity In Childhood. Innovative Approaches In Sport Sciences. 2018; s: 27-31.

Tedik S. Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi. 2017; 2: 54-62.

Törüner EK, Savaşer S. A controlled evaluation of a school-based obesity prevention in Turkish school children. The Journal of School Nursing. 2010; 26(6):473-482.

Turner LR, Harris MF, Mazza D. Obesity management in general practice: does current practice match guideline recommendations? Med J Aust 2015; 202 (7): 370-372.

Udemgba C, Sharma M. Childhood Obesity: A Qualitative Review of School-Based Interventions. Austin J Obes & Metab Synd. 2015; 1(1): 1004.

Ulutaş AP, Atla P, Say ZA, Sarı E. Okul Çağındaki 6-18 Yaş Arası Obez Çocuklarda Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014; 45(4): 192-96.

Ulutaşdemir N, Balsak H, Öztürk Çopur E, Demiroğlu N. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Bir Dalı: Okul Sağlığı Hemşireliği. *Turkiye Klinikleri J PublicHealthNurs-Special Topics*. 2016;2(1):121-4.

Umer A, Kelley G, Cottrell LE, Giacobbi PR. Childhoodobesityandadultcardiovascular disease risk factors: A systematicreviewwith meta-analysis. *BMC PublicHealth*. 2017; 17(1): 10-120.

Yanovski JA. *PediatricObesity An. Introduction*. HHS Public Access. 2015; 1(93): 3-12.

Yaslı G, Turhan E, Tözün M, Ahi A, Doğanay S, Ülken Y. İzmir İli Karşıyaka İlçesi'nde İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2014; 23(5): 168-172.

Yaşar M. İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2014; 36 (2):59-75

Yıldız D, Fidancı B, Suluhan D. Çocukluk MedicineBulletin dönemi obezitesi ve önleme yaklaşımları. *TAF Preventive*. 2015; 14(4):338-34.

Yılmaz B, Çiçek B, Kaner G. Kayseri İlindeki liselerde öğrenim gören adölesanlardaobezite düzeyinin ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2018; 75(1):77-88.

Yunan KH, Bentler PM. Three Likelihood-BasedMethodsforMeanandCovarianceStructure Analysis withNonnormalMissing Data. *SociologicalMethodology*. 2000; 30: 165-200.

Quelly S. PerceptionsInfluencing School NursePracticesToPreventChildhoodObesity. *DoctoralDissertation*. 2012; 1-15.

Wang YL, Volker DL. CaringforStudentsWithType 1 Diabetes: School Nurses' Experiences. *J SchNurs* 2013; 29(1): 31-38.

WHO. (2000). World HealthOrganizaion. Obesity: PreventingandManagingtheGobalEpidemic, Genova, Switzerland.

10.EKLER

EK 1:Okul Hemşiresinin Sosyo-demografik özellikleri

EK 2: Çocukluk Obezitesini Önlemede Okula Yönelik Uygulamalar Ölçeği

EK 3:Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği

EK 4:Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Öz Etkililik Ölçeği

EK 5: Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Yarar Algısı Ölçeği

EK 6: Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları Engel Algısı Ölçeği

EK 7: Etik Kurul İzni

EK 8: Bilgilendirme Formu

EK 9: Ölçek İzni

EK 1.

Okul Hemşiresinin Sosyodemografik özellikleri

Değerli Okul Hemşireleri

Bu anket okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik öğrenci, okul uygulamalarını, algıladıkları öz etkililik düzeylerini, algıladıkları yarar ve algıladıkları engelleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve her soru için size en uygun tek bir seçeneği işaretleyiniz. Çalışmanın sürdürülebilirliği açısından bilgilerinizin doğruluğu ve eksik olmaması önemlidir. Vediğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Okul Hemşiresinin Sosyodemografik özellikleri

1. **Adınız Soyadınız** (zorunlu değildir):
2. **Cinsiyet** 1. Kadın 2. Erkek
3. **Yaşınız** _____
4. **Kilonuz** _____
5. **Boyunuz** _____
7. **Hemşirelik deneyimi yılınız?**
 1. 0-5 2. 5-10 3. 10-15 4. 15 ve üzeri
8. **Okul hemşiresi deneyimi yılınız?**
 1. 0-5 2. 5-10 3. 10-15 4. 15 ve üzeri
9. **Şuan ki çalıştığınız okuldaki deneyim yılınız?**
 1. 0-5 2. 5-10 3. 10-15 4. 15 ve üzeri
10. **Aşağıdaki derneklerden birine üye misiniz?**
 1. Türk Hemşireler Derneği
 2. Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği
 3. Öğrenci Hemşireler Derneği
 4. Diğer
 5. Hiçbiri

11. Sertifikalı okul hemşiresi misiniz?

1. Evet 2. Hayır

12. Hangi Okullarda çalışmaktasınız?

1. Özel okul
 2. Devlet okulu
 3. Yatılı okul
 4. Engelli okulu

13. Hangi derecedeki okullar da çalışıyorsunuz?

1. Anaokulu
 2. İlköğretim
 3. Ortaöğretim
 4. Lise

14. Mevcut okul hemşiresi pozisyonunda, kaç öğrenciye hizmet veriyorsunuz?

1. 0 – 500
 2. 501 – 1000
 3. 1001 – 1500
 4. 1501 – 2000
 5. 2001 – 2500
 6. 2501 – 3000
 7. 3001 ve üstünde

15. Okulda veya katıldığınız sertifika, kurs veya seminerlerde

Çocukluk obezitesini önleme ile ilgili kaç saat eğitim aldınız?

1. 0
 2. 2-8
 3. 8 saat ve üzeri

16. Hemşirelik eğitim düzeyiniz?

1. Lise mezunu
 2. Ön lisans mezunu
 3. Lisans mezunu
 4. Yüksek lisans ve üzeri

17. Çalıştığınız okulda kantin var mı?

1. Evet 2. Hayır

18. Kantinde satılanlar denetleniyor mu? (11.sorunun cevabı hayır ise doldurmayınız).

1. Evet 2. Hayır

EK 2.

ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEMEDE ÖĞRENCİYE YÖNELİK UYGULAMALAR ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda, okul hemşirelerinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamalarını içeren sorular yer almaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyarak size en uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Eğer Facebook'tan katılıyor ve şu anda bir okul hemşiresi olarak çalışmıyor iseniz 2017-2018 öğretim yılında okul hemşiresi pozisyonunuza göre soruları cevaplayınız. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Maddeler Bir eğitim öğretim yılı boyunca çocukluk obezitesini önlemeye yönelik aşağıdaki uygulamaları ne sıklıkla yaparsınız?	Asla (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Sıklıkla (4)
1. Bir çocuğun kilosu hakkında endişelendiğinizde velisi ile iletişim kurar mısınız?	1	2	3	4
2. Çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan bir veliye sağlık uzmanı ile iletişim kurmasını önerir misiniz?	1	2	3	4
3. Çocuğu ile ilgili kilo endişesi olan veliye danışmanlık yapar mısınız?	1	2	3	4
4. Kilo endişesi olan çocuğa danışmanlık yapar mısınız?	1	2	3	4
5. Öğrencisi ile ilgili kilo endişesi olan öğretmene danışmanlık yapar mısınız?	1	2	3	4
6. Kilo endişesi olan çocuğun kilosunu izler misiniz?	1	2	3	4
7. Kilosu fazla olan bir çocuğun tansiyonunu ölçer misiniz?	1	2	3	4
8. Kilosunun fazla olduğunu düşündüğünüz bir çocuğun beden kitle indeksini hesaplar mısınız?	1	2	3	4
9. Bir çocuğun kilo durumunu değerlendirmek için Sağlık Bakanlığının (interaktif persentileğrileri) yaş ve cinsiyet büyüme çizelgelerini temel alan beden kitle indeksi yüzdesini kullanır mısınız?	1	2	3	4

EK 3.

ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEMEDE OKULA YÖNELİK UYGULAMALAR ÖLÇEĞİ

Maddeler Bir eğitim öğretim yılı boyunca çocukluk obezitesini önlemeye yönelik aşağıdaki uygulamaları ne sıklıkla yaparsınız?	Asla(1)	Nadiren(2)	Bazen(3)	Sıklıkla(4)
1. Velilere, öğretmenlere ve/veya öğrencilere beslenme ve fiziksel aktivite konusunda yazılı bilgi verir misiniz?	1	2	3	4
2. Okul yöneticilerine sağlık ile ilgili okul politikaları konusunda danışmanlık yapar mısınız?	1	2	3	4
3. Okul sağlık komisyonunun bir üyesi misiniz?	1	2	3	4
4. Beslenme konusunda sınıfta sağlık eğitimi yapar mısınız?	1	2	3	4
5. Fiziksel aktivite konusunda sınıfta sağlık eğitimi yapar mısınız?	1	2	3	4
6. Okul kermeslerinde satılan, öğrencilere teşvik ve ödül olarak verilen gıdalar gibi okul beslenme uygulamalarını takip eder misiniz?	1	2	3	4
7. Çocukların okul öncesi ve sonrasında fiziksel aktivite yapmasına imkan sağlayacak olanakların (park, oyun alanları v.b) olup olmadığını takip eder misiniz?	1	2	3	4
8. Öğrencilere okul yemekhanesinde sunulan yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?	1	2	3	4
9. Okul genelinde, öğrencilerin satın alabileceği yiyecek ve içeceklerin besin kalitesini değerlendirir misiniz?	1	2	3	4
10. Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları konusunda okul gazetesi, web sitesi veya başka bir yerde yazı/makale yazar mısınız?	1	2	3	4

EK 4.

ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEME UYGULAMALARI ÖZ ETKİNLİK ÖLÇEĞİ

Maddeler Obeziteyi Önleme Yetenekleriniz konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?	Emin değilim (1)	Biraz güvenirim(2)	Orta derecede güvenirim (3)	Kendime güvenirim(4)	Çok güvenirim (5)
1. Boy ve kiloyu doğru ölçmek (konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?)	1	2	3	4	5
2. Kilo ve boy ölçümünü yaptıktan sonra BKİ (Beden Kitle İndeksi)'yi hesaplamak	1	2	3	4	5
3. BKİ 'yi yaş/cinsiyet grafiklerine kayıt etmek	1	2	3	4	5
4. BKİ'yi düzenli aralıklarla izlemek	1	2	3	4	5
5. Velilerin BKİ'yi yorumlamasına yardımcı olmak	1	2	3	4	5
6. Velilere BKİ'yi düzenli olarak bildirmek	1	2	3	4	5
7. Çocuklara uygun bir fiziksel aktiviteyi önermek	1	2	3	4	5
8. Çocuklara sağlıklı beslenme biçimleri/modellerini önermek	1	2	3	4	5
9. Çocuk ya da ailelere ev ortamında değişiklikler önermek	1	2	3	4	5
10. Çocuklar için kilo verme tedavisi önermek	1	2	3	4	5
11. Yöneticileri programları uygulamaya ikna etmek için yerel verileri kullanmak	1	2	3	4	5

EK 5.

ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEME UYGULAMALARI YARAR ALGISI ÖLÇEĞİ

Maddeler Sizce çocukluk çağı obezitesini önlemek için Beden Kitle İndeksi (BKİ) takibi veya okul hemşiresinin diğer uygulamaları <u>yararlı olur mu?</u>	Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1. Obezite sorununa karşı farkındalık yaratmak	1	2	3	4	5
2. Obeziteyi azaltmak için politikaların değişmesine kanıt sağlamak	1	2	3	4	5
3. Öğrencileri ve velilerini olası sorunlar ile ilgili eğitmek	1	2	3	4	5
4. Velilere çocuklarının kilosunu izlemeleri için BKİ bilgisi vermek	1	2	3	4	5
5. Programların oluşturulması/geliştirilmesi için bir itici güç oluşturmak	1	2	3	4	5
6. Sorunu çözmek için ortak bir çaba oluşturmak	1	2	3	4	5
7. Öğrencileri daha fazla fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek	1	2	3	4	5
8. Öğrencileri daha sağlıklı besin seçmeleri için teşvik etmek	1	2	3	4	5
9. Öğrencileri obeziteyi önlemek için harekete geçmeleri konusunda motive etmek	1	2	3	4	5
10.Çocukların sağlıklı bir kiloda kalmalarına yardımcı olmak	1	2	3	4	5

EK-6

ÇOCUKLUK OBEZİTESİNİ ÖNLEME UYGULAMALARI ENGEL ALGISI ÖLÇEĞİ

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Çocukluk çağı obezitesini önlemek için Beden Kitle İndeksi (BKİ) takibi veya okul hemşiresinin diğer uygulamalarını gerçekleştirmesine yönelik engeller konusundaki görüşünüz nedir?					
1. Okul kaynaklarının yetersiz olması	1	2	3	4	5
2. Velilerin yetersiz veya uygunsuz yanıtları(katılımları)	1	2	3	4	5
3. Çocuğun mahremiyetinin ihlal edilmesi	1	2	3	4	5
4. Toplum kaynaklarının yetersiz olması	1	2	3	4	5
5. Damgalanma olasılığı	1	2	3	4	5
6. Zaman yetersizliği	1	2	3	4	5
7. BKİ'yi hesaplamak için boy ve kiloyu ölçecek uygun araç gerecin olmaması	1	2	3	4	5
8. Yönetim desteğinin yetersiz olması	1	2	3	4	5
9. BKİ'yi hesaplamak için boy ve kiloyu ölçecek uygun bir yerin olmaması	1	2	3	4	5
10. BKİ'yi hesaplamak için gereken boy ve kilo ölçümünün nasıl yapılacağı bilinmemesi	1	2	3	4	5
11. Toplumun BKİ'yi hesaplamak için gereken boy ve kilo ölçümüne karşı olması	1	2	3	4	5
12. Öğretmenlerin öğrencileri boy ve kilo ölçümüne göndermemeleri	1	2	3	4	5
13. Okul hemşirelerinin çocuklukta obezitenin önlenmesi programına katılmak için hazır olmayışı	1	2	3	4	5

EK- 7

Etik Kurul İzni



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları, Öz-Etkinlik Düzeyleri, Algıladıkları Yarar ve Engeller
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç.Dr. Saime EROL
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Zeynep BÖYÜKBAŞ
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 14.01.2019-25

Sayın; Doç.Dr. Saime EROL

25 protokol nolu "Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları, Öz-Etkinlik Düzeyleri, Algıladıkları Yarar ve Engeller" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Doç.Dr. İlksan DEMİRBÜKEN

Prof. Dr. Dilşad SAĞVE

Prof.Dr. Hülya AŞCI

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof.Dr. Nefise BAHÇECİK

Prof.Dr. Hakkı ARIKAN

Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Doç.Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK

Av. Öncel Onur AKBAŞ



Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Süleyman

EK-8

Bilgilendirme Formu

Bu çalışma SusanQuelly (2014) tarafından geliştirilen Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları, Öz-Etkililik Düzeyleri, Algıladıkları Yarar ve Engellerölçeklerinin Türkçeye uyarlamasına yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmak amacıyla yürütülmektedir.Araştırma için Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Uygulamaları, Öz-Etkililik Düzeyleri, Algıladıkları Yarar ve Engeller

Araştırmanın Amacı:Bu çalışma, okul hemşiresinin çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz-etkililik düzeyleri, algıladıkları yarar ve engelleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaca ulaşabilmek için Susan Quelly (2014) tarafından geliştirilen “Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önleme Uygulamaları (Çocuk ve Okul Düzeyinde), “Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önleme Öz-etkililiği”, “Okul Hemşiresinin Çocukluk Obezitesini Önlemede Algılanan Yararlar ve Algılanan Engeller ölçekleri” Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanır. Araştırmaya katılmak istemezseniz bundan hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Araştırmada kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, sizden alınan cevaplar kullanılacaktır. Araştırma ile ilgili her türlü soruyu aşağıda kimliği ve iletişim bilgileri bulunan araştırmacıya sorabilirsiniz.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Zeynep Büyükbaş

E-mail: zeynepbykbs@gmail.com

Tel: 05392559602

ÇALIŞMANIN YÜRÜTÜCÜLERİ

Doç. Dr.SaimeEroL

Zeynep Büyükbaş

EK-9

Ölçek İzni

E-Posta Yaz

Gelen Kutusu 66

★ Yıldızlı

🕒 Ertelendi

➤ Gönderilmiş Postalar

📁 Taslaklar 5

📧 Kadir.bykbs13@gmail.c...

👤 Zeynep ▾ +

115 ileti dizisinden 13.

Please note: Florida has a very broad open records law (F.S. 119). Emails may be subject to public disclosure.

From: Zeynep Büyükbaş <zeynepbykbs@gmail.com>
Sent: Wednesday, December 5, 2018 1:06 PM
To: Susan Quelly
Subject: Perceptions Influencing School Nurse Practices To Prevent Childhood Obesity

Dear Susan,

I am a senior grade on Nursing at Marmara University. I read your article about Perceptions Influencing School Nurse Practices To Prevent Childhood Obesity. I like it very much. I would like to adapt scale you used in your research to my country which llive Turkey. If you didn't give to anyone who wanted you to use before from Turkey, can you let me use scale for Turkey, can you reply my message.

Thank you Sincerly

E-Posta Yaz

Gelen Kutusu 66

★ Yıldızlı

🕒 Ertelendi

➤ Gönderilmiş Postalar

📁 Taslaklar 5

📧 Kadir.bykbs13@gmail.c...

👤 Zeynep ▾ +

115 ileti dizisinden 13.

Susan Quelly (Susan.Quelly@ucf.edu)

6 Ara 2018 Per, saat 22:58 tarihinde Susan Quelly <Susan.Quelly@ucf.edu> şunu yazdı:

Dear Zeynep,

You have my permission to adapt the scales I used in my article "Perceptions Influencing School Nurse Practices to Prevent Childhood Obesity" for use in Turkey. Please be sure to cite my article as appropriate.

Also, these scales were modified from scales that were first developed by two other researchers (Dr. Marti Kubik and Dr. Candace Hendershot) and are cited in my article. Depending on which scale you are interested in adapting, you may need to also ask permission from one or both of these authors who originally developed these scales.

Good luck in your future nursing education.

Regards,

Susan

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Zeynep	Soyadı	Böyükbaş
Doğum Tarihi	Bitlis	Doğum Tarihi	20.06.1994
Uyruğu	TÜRKİYE CUMHURİYETİ	Tel	0539 255 96 02
E-mail	zeynepbykbs@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara ÜniversitesiSağlıkBilimleriEnstitüsü	Devam ediyor
Lisans	Marmara Üniversitesi	2016
Lise	Mahmut Mustafa Barut Lisesi	2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Pediyatri Kit Hemşiresi	Mega MedipolHastanesi	2016 – 2017
Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresi	Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi	2017 – devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu*								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	80.5	80.8	71.2

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
EXCEL, WORD, POWER POINT	İYİ

*Çokiyi, iyi, orta, zayıfolarakdeğerlendiriniz.

Uluslararası Kongrelerde Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Kolaç N, Balcı AS, Şişman N, Ünver F, Büyükbaş Z. Ofis Çalışanlarında Karpal Tünel Sendromu Semptomları ve Fonksiyonel Durum. HSP. 2017;4(3):196-203.