

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESANLARDA ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİNİN
OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ**

AYŞE NUR GÜREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. FİLİZ HİSAR

KONYA 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESANLARDA ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİNİN
OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ**

AYŞE NUR GÜREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. FİLİZ HİSAR

KONYA 2017

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi AYŞE NUR GÜREL'in "Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite İle İlişkisi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tarih: 05/07/2017 10:30



Tez Danışmanı

Doç. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 24/7/2017 tarih ve/14. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “The Relationship of Sugar Sweetened Beverage Consumption with the Obesity in Adolescents” by “Ayşe Nur Gürel” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of “Nursing”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

City: Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences

Date: 05/07/2017 10:30

Principal Advisor

Assoc. Prof. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member

Assist. Prof. Dilek CİNGİL

Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member

Assoc. Prof. Fatma TAŞ ARSLAN

Selçuk University

Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

TEZ BEYAN SAYFASI

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütun bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 05/07/2017

Öğrencinin Adı Soyadı: Ayşe Nur GÜREL

İmzası:

Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite İle İlişkisi

Ayşe Nur Gürel

ORIJINALLIK RAPORU

%29

BENZERLİK ENDEKSİ

%27

İNTERNET
KAYNAKLARI

%10

YAYINLAR

%16

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

%1

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

2

%1

Ayşe Nur Gürel

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, değerli zamanını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan çok değerli hocam Doç. Dr. Filiz HİSAR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca hoşgörüsü, ilgi ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL'e,

Tez savunma sınavıma katılarak katkı sağlayan Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN'a,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olduğunu hissettiren, bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan canımdan kıymetli aileme,

Teşekkür ederim...

Ayşe Nur GÜREL

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkür</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Grafikler Listesi</i>	<i>xii</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xiii</i>
<i>Özet</i>	<i>xiv</i>
<i>Abstract</i>	<i>xv</i>
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. <i>Adölesan</i>	4
2.1.1. <i>Adölesanın Tanımı</i>	4
2.1.2. <i>Dünyada ve Türkiye’de Adölesan</i>	4
2.1.3. <i>Adölesan Dönem</i>	5
2.1.3.1. <i>Fiziksel Büyüme ve Gelişme</i>	5
2.1.3.2. <i>Cinsel Gelişme</i>	6
2.1.3.3. <i>Psikososyal Gelişme</i>	6
2.1.3.3.1. <i>Erken Adölesan Dönem</i>	6
2.1.3.3.2. <i>Orta Adölesan Dönem</i>	7
2.1.3.3.3. <i>Geç Adölesan Dönem</i>	7
2.1.4. <i>Adölesanın Sağlık Sorunları</i>	7
2.2. <i>Adölesanda Beslenme</i>	9
2.2.1. <i>Beslenmenin Tanımı</i>	9
2.2.2. <i>Adölesanda Beslenmenin Önemi</i>	9
2.2.3. <i>Adölesanın Beslenme Özellikleri</i>	9
2.2.4. <i>Adölesanın Günlük Alması Gereken Besinler</i>	10
2.2.4.1. <i>Süt ve Süt Ürünleri Grubu</i>	11
2.2.4.2. <i>Et-Yumurta-Kurubaklagil Grubu</i>	11
2.2.4.3. <i>Sebze ve Meyve Grubu</i>	11

2.2.4.4. Ekmek ve Tahıl Grubu.....	11
2.3. Adölesanda Obezite.....	12
2.3.1. Obezitenin Tanımı.....	12
2.3.2. Obezitenin Nedenleri.....	12
2.3.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	12
2.3.4. Obezite Tanısı.....	14
2.3.5. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları.....	15
2.3.6. Obezitenin Tedavisi.....	16
2.3.6.1. Diyet.....	16
2.3.6.2. Davranış Değişikliği.....	17
2.3.6.3. Egzersiz.....	17
2.3.6.4. İlaç Tedavisi.....	17
2.3.6.5. Cerrahi Tedavi.....	18
2.4. Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketimi.....	19
2.4.1. Şekerli İçecekler.....	19
2.4.1.1. Alkolsüz İçecekler.....	199
2.4.1.2. Gazlı İçecekler.....	19
2.4.1.3. Meyveli İçecekler.....	19
2.4.1.4. Spor İçecekleri.....	19
2.4.1.5. Çay ve Kahve.....	20
2.4.1.6. Enerji İçecekleri.....	20
2.4.1.7. Şekerli Sütler veya Süt Alternatifleri.....	20
2.4.2. Adölesanda Şekerli İçecek Tüketimi.....	20
2.4.3. Bazı Şekerli İçeceklerin Porsiyon Başına Kalori Miktarları.....	22
2.4.4. Şekerli İçecek Tüketimi ve Obezite.....	23
2.4.5. Şekerli İçecek Tüketimi ve Diğer Sağlık Sorunları.....	25
2.4.6. CDC'nin Şekerli İçecek Tüketiminde Önerileri.....	25
2.4.7. Ülkemizde Alınan Bazı Önlemler.....	26
2.5. Şekerli İçecek Tüketimi Ve Obezitede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı.....	30
3.2. Araştırmanın Türü.....	30
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	30
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	30
3.6. Verilerin Toplanması	31
3.7. Ön Uygulama	31
3.8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	31
3.8.1. Anket Formu.....	31
3.8.2. İçecek Tüketimi Bilgi Formu.....	32
3.8.3. Antropometrik Ölçüm Formu.....	33
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.9.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	33
3.9.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	33
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.12. Araştırma Soruları	34
3.13. Verilerin İstatiksel Değerlendirmesi.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel, Beslenme ve Şekerli İçecek Tüketim Özellikleri.....	36
4.2. Adölesanların Obezite Durumu ve Şekerli İçecek Tüketimlerinin Dağılımı.....	42
4.3. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel ve Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumları ve BKİ Değerleri.....	44
4.4. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel ve Beslenme Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı.....	55
4.5. Adölesanların Günlük Şekerli İçecek Tüketimi ile Kilo ve BKİ Değeri Arasındaki İlişki.....	62
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuçlar	70
6.1. Öneriler.....	72
7. KAYNAKLAR	73
8. EKLER.....	82
Ek-A: Anket Formu	82
Ek-B: İçecek Tüketimi Bilgi Formu.....	85
Ek-C: Antropometrik Ölçüm Formu	86
Ek-D: Veliler İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....	87

<i>Ek-E: Veli İzin Belgesi</i>	89
<i>Ek-F: Öğrenciler İçin Aydınlatılmış Onam Formu</i>	90
<i>Ek-G: Dünya Sağlık Örgütü 5-19 Yaş Grubu İçin Persentil Tabloları</i>	92
<i>Ek-H: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı</i>	98
<i>Ek-I: İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzni</i>	99
<i>Ek-İ: İçecek Tüketimi Bilgi Formu İzin Belgesi</i>	100
9. ÖZGEÇMİŞ	101

KISALTMALAR LİSTESİ

Avrupa Birliği	AB
Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi	ADNKS
American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)	AHA
American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)	AMA
Beden Kütle İndeksi	BKİ
Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)	CDC
European Health Interview Survey (Avrupa Sağlık Görüşme Araştırması)	EHIS
Milli Eğitim Bakanlığı	MEB
National Health and Nutrition Examination Survey (Amerikan Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması)	NHANES
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması	TBSA
Türk Halk Sağlığı Kurumu	THSK
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması	TNSA
Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması	TURDEP
Türkiye Bilimler Akademisi	TÜBA
Türkiye İstatistik Kurumu	TÜİK
United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)	UNICEF
World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)	WHO

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.4.2.1. Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na Göre Günde En Az 1 Kere Şekerli-Gazlı İçecekleri İçme Sıklığı (%) 21

TABLolar LİSTESİ

<i>Tablo 2.3.4.1. DSÖ Z Skoru Yorumlanması.....</i>	<i>15</i>
<i>Tablo 2.3.4.2. DSÖ Persentil Yorumlanması.....</i>	<i>15</i>
<i>Tablo 2.4.2.1. Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na Göre Şekerli-Gazlı İçecekleri İçme Sıklığı</i>	<i>21</i>
<i>Tablo 2.4.3.1. Bazı Şekerli İçeceklerin Porsiyon Başına Kalori Miktarları.....</i>	<i>23</i>
<i>Tablo 4.1.1. Adölesanların Sosyodemografik Özellikleri</i>	<i>36</i>
<i>Tablo 4.1.2. Adölesanların Ailelerine İlişkin Bazı Özellikler</i>	<i>37</i>
<i>Tablo 4.1.3. Adölesanların Beslenme Özellikleri</i>	<i>38</i>
<i>Tablo 4.1.4. Adölesanların Şekerli İçecek Tüketim Özellikleri.....</i>	<i>40</i>
<i>Tablo 4.2.1. Adölesanların Obezite Durumlarının Dağılımı</i>	<i>42</i>
<i>Tablo 4.2.2. Adölesanların Şekerli İçecek Tüketimlerinin Dağılımı.....</i>	<i>43</i>
<i>Tablo 4.3.1. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obezite Durumları</i>	<i>43</i>
<i>Tablo 4.3.2. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Obezite Durumları.....</i>	<i>45</i>
<i>Tablo 4.3.3. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumları</i>	<i>47</i>
<i>Tablo 4.3.4. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beden Kütle İndeksleri.....</i>	<i>49</i>
<i>Tablo 4.3.5. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Beden Kütle İndeksleri</i>	<i>51</i>
<i>Tablo 4.3.6. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Beden Kütle İndeksleri....</i>	<i>53</i>
<i>Tablo 4.4.1. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı.....</i>	<i>55</i>
<i>Tablo 4.4.2. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı.....</i>	<i>57</i>
<i>Tablo 4.4.3. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı.....</i>	<i>59</i>
<i>Tablo 4.5.1. Adölesanların Günlük Şekerli İçecek Tüketimi ile Kilo ve BKİ Değeri Arasındaki İlişki</i>	<i>62</i>

ÖZET

T. C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite İle İlişkisi

Ayşe Nur GÜREL

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2017

Günümüzde halk sağlığının öncelikli konusu sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları küçük yaşta edinilmektedir. Bu nedenle adölesanların beslenmelerinde sağlıklı besinlerin tercihi önemlidir. Bu araştırma adölesanlarda şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini Konya Meram Naciye Mumcuoğlu Anadolu Lisesi ve Özel Türmak Anadolu Lisesi'nde 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin tamamı oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evreni oluşturan tüm öğrencilere (412) ulaşılması hedeflenmiş ancak 361 öğrenciye ulaşılmıştır. Verilerin toplanması amacıyla anket formu, Garipağaoğlu tarafından geliştirilen içecek tüketimi bilgi formu ve antropometrik ölçüm formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, ki kare testi ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Adölesanların yaş ortalaması $15,88 \pm 1,04$ ve obezite prevalansı %9,7 olarak tespit edilmiştir. Annesi üniversite mezunu olan, annesi veya babası şişman olan, 3 öğünden az beslenen ve ana öğünleri atlayan adölesanların BKİ değerleri daha yüksek bulunmuş ve geliri iyi olanlarda obezitenin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Günlük harçlık miktarı fazla olan, düzenli spor yapan, ailesinde şişman birey bulunan, ekran başında günlük 2 saatten fazla vakit geçiren, kantinden beslenen, buzdolabında şekerli içecek bulunduran, öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığı olan adölesanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla şekerli içecek tüketmektedir.

Sonuç olarak, şekerli içecek tüketimi ve obezite arasında ilişki bulunamamış ancak şekerli içecek tüketimi ile kilo arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Adölesanlara ve çevrelerine şekerli içecek tüketimi konusunda eğitimler verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Adölesan; Obezite; Şekerli İçecek.

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Relationship of Sugar Sweetened Beverage Consumption with the Obesity in Adolescents

Ayşe Nur GÜREL

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2017

Today, the priority issue of public health is the protection and improvement of health. Healthy eating habits are acquired at a young age. For this reason, it is important that healthy foods are preferred in adolescents' nutrition. This study was conducted to determine the relationship between sugar sweetened beverage consumption and obesity in adolescents.

The universe of the research, which is in descriptive and relationship seeker type, is composed of all students who are studying in Konya Meram Naciye Mumcuoğlu Anatolian High School and Private Türmak Anatolian High School in the 9th, 10th, 11th and 12th grades. It was aimed to reach all the students constituting the universe(412) without going to the sample selection in the research but 361 students were reached. Survey form, beverage consumption information form developed by Garipağaoğlu and anthropometric measurement form were used for collecting the data. In the analysis of the data; Number, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Chi square test and Spearman correlation analysis were used.

The mean age of adolescents was determined as $15,88 \pm 1,04$ and the prevalence of obesity was determined as 9,7%. Adolescents whose mothers were university graduates, whose mothers or fathers were obese, those who were fed less than 3 meals and who skipped the main meals had higher BMI values and more obesity was seen in those with better income. Adolescents whose daily pocket money amount is high, who perform sports regularly, who spend more than two hours per day in front of the screen, who have obese individuals in their family, who eat and drink from the canteen, who have a sweet drink in the fridge, and who have a habit of consuming sugar sweetened beverages between meals consume more sugar sweetened beverages at a statistically significant level.

As a result, there was no relationship between consumption of sugar sweetened beverages and obesity, but there was a statistically significant relationship between consumption of sugar sweetened beverages and weight. Adolescents and their surroundings should be educated about sugar sweetened beverage consumption.

Key words: Adolescent; Obesity; Sugar sweetened beverage.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO 2015c) tarafından obezite “sağlığı bozabilecek derecede vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK] 2015e). DSÖ, obezitenin dünya çapında yaygınlığının 1980 ve 2014 yılları arasında iki kattan daha fazla yükseldiğini bildirmiştir (WHO 2015c).

DSÖ, fazla kilo ve obezitenin hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerde adölesanlar arasında da arttığını bildirmektedir (WHO 2015c). Son yıllarda özellikle ABD ve Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş toplumlarda çocukluk çağı ve adölesan dönemi obezitesi önemli artışlar göstermiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki çocuk ve adölesanların %20’den fazlası fazla kilolu iken bunların üçte birinin obez olduğu saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017, 2013). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES 2011-2012) sonuçlarına göre 2-19 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlardaki obezite oranı %16,9 (12,7 milyon) olarak belirlenmiştir (Ogden ve ark. 2014).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA 2010) raporuna göre; Türkiye genelinde 6-18 yaş grubu çocukların %8,2’si şişman (obez), %14,3’ü hafif şişman, %14,9’u zayıf ve %3,9’u ise çok zayıftır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerlerine göre 6-18 yaşta obezite sorununun en fazla görüldüğü bölgeler Ege (%12,5), Doğu Marmara (%11,4), Batı Anadolu (%11,4) ve İstanbul’dur (%10,8). Obezitenin en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla, Güneydoğu Anadolu (%3,4), Doğu Karadeniz (%3,6) ve Kuzeydoğu Anadolu (%4,1) bölgeleridir (TBSA 2010).

Çocuk ve adölesanlarda görülen obezitenin temel nedeni gereksinim duyulandan daha fazla kalori alınmasıdır (Yavuz ve Tontuş 2013). Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için, alınan enerji ile harcanan enerjinin dengede tutulması gerekmektedir. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan

enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır (THSK 2015c). Şeker ve şekerli besinlerin fazla miktarda tüketimi de aşırı enerji alımına, vücut ağırlığının artmasına (şişmanlığa) ve besleyici değeri yüksek olan besinlerin tüketiminin de azalmasına neden olur. Bu nedenle bu tür besinlerin tüketiminin azaltılması obezite için büyük önem taşımaktadır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2004).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC 2010a) tarafından şekerli içecekler kalorili tatlandırıcıları içeren; alkolsüz içecekler, gazlı içecekler, meyveli içecekler, sporcu içecekleri, tatlandırılmış çay ve kahve, enerji içecekleri ve şekerli süt veya süt alternatifleri olarak tanımlanmaktadır. Şekerli içecek tüketimi, son yıllarda dünya genelinde belirgin şekilde artmaktadır (Hu 2013). Günümüzde, fazla kalori alımının en büyük sorumlusu olarak şekerli içecekler gösterilmektedir (Akar 2011). Şekerli içecekler ABD diyetinde alınan günlük enerjinin en büyük kaynağıdır (Hu 2013). Herhangi bir günde ABD nüfusunun yarısı şekerli içecek tüketmekte ve %25'i en az 200 kcal şekerli içecek almaktadır. Amerika'da şekerli içecek tüketimi cinsiyet, yaş, ırk, etnik köken ve gelire göre değişmektedir, örneğin; erkekler kadınlara göre, adölesanlar ve genç yetişkinler diğer yaş gruplarına göre daha fazla şekerli içecek tüketmektedir. Tüm yaş gruplarına ve cinsiyetlere kıyasla şekerli içecek tüketimi en yüksek grup olarak belirtilen adölesan (12-19 yaş) erkeklerin günlük ortalama şekerli içecek tüketimi 273 kcal olarak saptanmıştır, aynı yaş grubundaki kızlar ise ortalama 171 kcal şekerli içecek tüketmektedirler (Ogden ve ark. 2011). Ülkemizde ise 11, 13 ve 15 yaşlarındaki 5552 (2847 erkek, 2705 kız) öğrenci üzerinde yapılan Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na göre; öğrencilerin %19,7'si (n=1059) günde en az bir kere şeker içeren kola ya da diğer gazlı içecekleri içtiğini bildirmiştir. Bulgular yaş ilerledikçe gazlı ve şekerli içeceklerin daha fazla tüketildiğini göstermektedir. Okul çağı çocuklarında şeker tüketim durumunun Beden Kütle İndeksi'ne (BKİ) etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise şeker ve şekerli besin tüketiminin artmasına bağlı olarak basit şekerden gelen enerji alımı ile BKİ değerlerinin arttığı bulunmuştur (Köksal ve Karaçil 2014).

Dünya genelinde son zamanlarda şekerli içecek tüketimi ve obeziteyi inceleyen çalışmalar artmıştır (Malik ve ark. 2006; De Ruyter ve ark. 2012; Ebbeling ve ark. 2012; Jia ve ark. 2012; Shang ve ark. 2012; DeBoer ve ark. 2013; Grimes ve ark. 2013; Malik ve ark. 2013; Lim ve ark. 2014; Martin-Calvo ve ark. 2014; Millar ve ark. 2014; Ruff 2014). Ülkemizde ise adölesanlarda obeziteyi inceleyen pek çok çalışma mevcuttur ancak şekerli içecek dışında birçok faktör de incelenmiştir. Bu çalışmada adölesanların şekerli içecek tüketimine odaklanılmıştır. Bu çalışma şekerli içecek konusunda yapılacak çalışmalara, hemşirelik bilimine ve sağlıkla ilgili diğer alanlara katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADÖLESAN

2.1.1. Adölesanın Tanımı

Türk Dil Kurumu (2017) tarafından adölesan dönem (ergenlik dönemi) “çocuklukla yetişkinlik arasında kalan, 10-19 yaş aralığını kapsayan, başlangıçta kızların erkeklere oranla iki yıl önce olgunlaştığı ancak dönemin sonuna doğru bu farkın kapandığı, bedensel, ruhsal ve cinsel gelişimin tamamlandığı, toplumsal rolün belirlendiği dönem” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ ise “çocukluktan sonra ve yetişkinlikten önce meydana gelen, 10-19 yaş aralığını kapsayan insanın büyüme ve gelişme dönemi” olarak tanımlamaktadır (WHO 2015a). Aynı zamanda Birleşmiş Milletler kuruluşları ve DSÖ tarafından 15-24 yaş grubu “genç” ve 10-24 yaş grubu ise “genç insanlar” olarak tanımlanmaktadır (United Nations 2015). Bu tanımlar birbiri ile çakışmaktadır. Her ne kadar adölesanlar için bazı yaş sınırlamaları getirilmeye çalışılsa da, bu dönemi kesin yaş ile ayırmak oldukça zordur (Baltacı ve ark. 2012).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan

DSÖ’ye göre dünyada her 6 kişiden biri adölesandır, 10-19 yaş arası 1,2 milyar adölesan bulunduğu tahmin edilmektedir (WHO 2014a). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin yayınladığı İstatistiklerle Gençlik 2013 raporuna göre toplam nüfusun %16,6’sını genç nüfus (15-24 yaş grubu) oluşturmaktadır. 2013 yılında Avrupa Birliği (AB) üye ve aday ülkelerinde genç nüfusun (15-24 yaş) toplam nüfus içindeki oranı incelendiğinde; genç nüfus oranının en yüksek olduğu ülkenin Türkiye olduğu görülmüştür. AB-28 üye ülkelerinin genç nüfuslarının toplam nüfus içindeki oranı %11,5 iken bu oran Türkiye için %16,6 olmuştur. Türkiye’den sonra en fazla genç nüfusa sahip ülkelerin sırasıyla; %15 ile Güney Kıbrıs Rum Kesimi, %14,7 ile İzlanda, %14,6 ile Makedonya, %13,8 ile Karadağ ve %13,5 ile Litvanya olduğu, genç nüfus oranının en düşük olduğu ülkelerin ise %9,9 ile İtalya ve İspanya, %10,5 ile Slovenya, %10,6 ile Yunanistan olduğu görülmüştür (TÜİK 2014a).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013) raporuna göre, Türkiye’de toplam nüfusun %9,1’ini 10-14 yaş grubu, %8,1’ini ise 15-19 yaş grubu oluşturmaktadır. UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu 2014 raporuna göre 2012 yılında Türkiye’de 12.846.000 adölesan bulunmaktadır ve adölesan nüfusun toplam nüfusa oranı %17’dir. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS 2014b)’ne göre; 77.695.904 olan Türkiye nüfusunda 10-19 yaş grubunda 12.771.190 adölesan bulunmaktadır.

Konya ilinde de genç nüfusun ağırlığı dikkat çekicidir. 2013 yılında il nüfusunun %42,9’u 25 yaşın altında bulunmuştur (TÜİK 2014c). TÜİK ADNKS (2014d)’ne göre toplam nüfusu 2.108.808 olarak belirlenen Konya’da 10-19 yaş grubunda 373.048 adölesan bulunmaktadır. Adölesan nüfusu ülke nüfusumuzun önemli bir bölümünü oluşturduğu için adölesanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemlidir (Hisar ve Tosun 2013).

2.1.3. Adölesan Dönem

Adölesan dönem, insanın içinde fırtınaların koptuğu, sosyal, psikolojik, fiziksel değişimlerin bir arada yaşandığı, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan, hızlı bir büyüme, gelişme ve olgunlaşmanın olduğu, gelecekteki yaşamı belirleyen dönem olarak tanımlanabilir (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB] Gençlik Dönemi 2011). Ortalama kızlar erkeklere oranla iki yıl kadar önce olgunlaşmaları nedeniyle bu dönem ülkemizde kızlarda 10-12 yaşları arasında, erkeklerde 12-14 yaşları arasında başlar. Adölesan dönemin sonuna doğru bu farkın kapandığı görülür (MEB Gelişim Alanları 2011). Adölesan dönem, fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme ve gelişme ayrıca psikososyal gelişme ile karakterizedir. Gelişmenin başlama yaşı, genetik ve çevre faktörlerinden etkilenir ve kişiler arası farklılık gösterir. Beslenme, genel sağlık ve yaşam koşullarının olumlu değişmesi, gelişme sürecinin daha erken yaşlara kaymasına neden olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008).

2.1.3.1. Fiziksel Büyüme ve Gelişme

Adölesandaki en önemli değişimlerden birisi hızlı fiziksel büyümedir. Adölesan 3-5 yıl gibi oldukça kısa bir sürede erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşır; iç organ ve salgı bezleri büyüklüklerinde, kemik yağ ve kas

kitlelerinde belirgin artış olur. İskelet kitlesi ve kalp, akciğerler, karaciğer, dalak, böbrekler, pankreas, tiroid, adrenaller, gonadlar, penis ve uterus bu dönemde büyüklük ve ağırlık açısından ikiye katlanır (Akçan Parlaz ve ark. 2012). Adölesan dönemde kızlar, hem boy hem de ağırlık bakımından erkeklerden üstündür (MEB Fiziksel Gelişim 2013).

2.1.3.2. Cinsel Gelişme

Adölesan dönemde, cinsel gelişme kızlarda 10, erkeklerde 12 yaş civarında başlar. Çevresel, yapısal ve kalıtsal etkenlere bağlı olarak her adölesanda farklı şekilde seyredebilir. Bu dönemde salgılanan hormonların etkisiyle, hızlı boy ve kilo artışı, vücut oranlarında değişiklikler ile cinsiyet özellikleri ortaya çıkar (Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği 2015). Adölesan dönemde cinsler arasındaki cinsiyet değişiminden dolayı meydana gelen farklar, başka hiçbir gelişim döneminde bu kadar belirgin değildir. Kızlarda adet görme, memelerin büyümesi ve kalçaların genişlemesi, erkeklerde ise sesin kalınlaşması, bıyık ve sakalların çıkmaya başlaması gibi cinsel içerikli fizyolojik gelişmeler görülür (Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı 2011). Cinsel gelişim ve vücuttaki değişiklikler 20 yaşına kadar devam eder ancak ilk zamanlardaki kadar hızlı değildir (MEB Fiziksel Gelişim 2013).

2.1.3.3. Psikososyal Gelişme

Adölesanlarda psikososyal gelişim evreleri erken, orta ve geç adölesan dönem olarak tanımlanmaktadır (Naçar ve Günay 2009):

2.1.3.3.1. Erken Adölesan Dönem (10-13 yaş)

Erken adölesan dönemde adölesanların en büyük uğraşları bedenleridir ve bu dönemdeki adölesanlarda hızlı fiziksel gelişime uyum ve bu değişikliklerle baş etme çabaları görülür. Yakın arkadaşlıklar önem kazanmaya başlar, daha çok aynı cinsiyetten arkadaş ve grup aktiviteleri tercih edilir ve arkadaş grupları adölesanın ilgi alanlarını ve giyimini etkiler. Arkadaş ilişkilerinde artma ile birlikte aileye yapılan duygusal yatırımda azalma, arkadaşlarla geçirilen zamanda artma, görünüşü daha fazla önemseme, daha az kontrol edilerek daha bağımsız olma isteği görülür (Derman 2014).

2.1.3.3.2. Orta Adölesan Dönem (14-15 yaş)

Orta adölesan dönemde anne-babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne-babaya kabul ettirme çabaları pik yaptığı için, anne-baba ile çatışmalar artar ve arkadaş grupları daha fazla önem kazanır. Cinsel kimlik gelişmiştir ve karşı cinse ilgi duyma, tanımaya çalışma önem kazanır. Kendi kararlarını verebilme ve bağımsızlık isteği olur ve ne yapmaları gerektiğinin söylenmesinden aşırı rahatsız olabilirler (Öztürk Özer 2013).

2.1.3.3.3. Geç Adölesan Dönem (16-19 yaş)

Kişiliğin oturduğu, büyüme ve gelişmenin hemen hemen tamamlandığı, ahlaki, dini ve cinsellikle ilgili değer yargılarının oluştuğu, bağımsızlığın tam olarak kazanıldığı, aile kurma ve evlilik planlarının yapıldığı dönemdir. Yaşıt grubunun yerini anlaşılan kişilerle kurulan arkadaşlıklar alır. Ebeveynlerin değer yargıları tekrar önemsenmeye başlanır (Naçar ve Günay 2009).

2.1.4. Adölesanın Sağlık Sorunları

Adölesan dönem genellikle sağlık açısından en parlak dönem olarak nitelendirilmektedir. Bu durum, adölesanda meydana gelebilecek sağlık sorunlarının gözden kaçırılmasına neden olabilmektedir (Bebiş ve ark. 2015). Birçok adölesan kaza, intihar, şiddet ve hamilelikle ilgili komplikasyonlar veya önlenemeyen, tedavi edilebilen diğer hastalıklar nedeniyle erken ölmektedir (WHO 2015b).

Adölesan dönemde riskli sağlık davranışları ve buna bağlı sorunların görülme sıklığının artması, dünyada ve Türkiye’de bu döneme özgü sağlık hizmetlerinin planlanması ve hizmet sunumu kapsamında gelişmeleri hızlandırmıştır (Tümer ve ark 2012). DSÖ adölesan sağlığı üzerine güçlü bir odaklanma çağrısında bulunmuştur (WHO 2014b). 2010 yılı Birleşmiş Milletler Hedeflerinde de adölesan sağlığına değinilmiştir. Adölesanlar ve Sağlıklı İnsan (Adolescents and Healthy People) 2020’de adölesan sağlığı önemli bir konu olarak yer almıştır. Bu raporda adölesan sağlığı geniş bir bakış açısı ile ele alınmış, adölesan sağlığı ile ilgili öncelikli alanlar belirlenmiş, adölesan sağlığını geliştirmek için 11 yeni amaç ve 41 öncelikli amaç belirlenmiştir (Aktaran: Yıldırım Sarı ve ark. 2014). Ayrıca Sağlıklı İnsan 2020’de

Adölesan ve Genç Sağlığı Temel Göstergeleri olarak 7 ana gösterge belirlenmiştir (Healthy People 2020 2015):

1. Sağlık bakımı
2. Sağlıklı gelişme
3. Yaralanma ve şiddeti engelleme
4. Akıl sağlığı
5. Yetişkinlikteki kronik hastalıkları engelleme
6. Cinsel sağlık
7. Madde bağımlılığı

Bu ana göstergelerden biri de yetişkinlikteki kronik hastalıkları engellemedir. Adölesan dönemde edinilen sağlık açısından riskli davranışların sonuçları, erişkin döneme yansiyarak, mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara yol açabilmektedir (Öztürk ve ark. 2012). Örneğin; tütün kullanımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kötü beslenme ve egzersiz alışkanlıkları hastalığa ya da daha erken ölüme yol açar (WHO 2015b). Adölesanların sağlığında ve riskli davranışlar kazanmasında aile, akran grubu, okul ve toplum özellikleri gibi çevresel faktörlerin katkısı vardır (CDC 2015a). Bu dönem olumsuz etkilenmelere ve risklere açıktır. Ancak aynı zamanda da bir fırsat dönemidir (Şahin ve Samancı Tekin 2013).

DSÖ' ye göre adölesanlarda görülen en sık sağlık problemleri erken gebelik, erken doğum, HIV ve diğer bulaşıcı hastalıklar, ruh sağlığı sorunları, şiddet, sigara kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, yaralanmalar, malnutrisyon, obezite, egzersiz ve beslenme problemleridir (WHO 2014a).

2.2. ADÖLESANDA BESLENME

2.2.1. Beslenmenin Tanımı

Yaşamın sürdürülebilmesinde temel olan beslenme, vücudun çalışması için gerekli olan besin öğelerinin, besinlerle vücuda alınması, sindirimi, emilimi ve metabolize edilmesi basamaklarını içine alan bir süreçtir. Sağlığın korunması, sağlığın kaliteli bir biçimde yürütülebilmesi, hastalıklardan korunma ve hastalık oluşumundan sonra hastalığın etkin şekilde tedavi edilebilmesi ve tedavi süresinin kısaltılması için sağlıklı, yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmek gerekir. Yeterli beslenme; bedenin gereksindiği enerji, besin öğeleri ve diğer bioaktif maddelerin yeterli olarak alınması, dengeli beslenme; besin öğelerinin birbirlerine göre ve öğünlerde dengeli olarak tüketilmesi, sağlıklı beslenme ise; besinlerin hazırlanma ve pişirilme sırasında sağlık için zararlı hale gelmelerinin önlenmesi ya da içlerinde sağlığı tehdit eden öğelerin bulunmaması şeklinde özetlenebilir (Kutluay Merdol 2013).

2.2.2. Adölesanda Beslenmenin Önemi

Adölesan dönemde beslenme; sağlığı korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek, ayrıca vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması önem taşıyan bir eylemdir (Yorulmaz ve Perçin Paçal 2012). Adölesanların yeterli ve dengeli beslenmeleri büyüme ve gelişme hızlandığı için daha da önemlidir (THSK 2015a). Yeterli ve dengeli beslenme, çocuk ve adölesanlarda optimal sağlığa, büyümeye ve entelektüel gelişime destek olur; demir yetersizliği anemisi, yeme davranışı bozuklukları, diş çürükleri gibi sağlık sorunlarını önler; koroner kalp hastalıkları, obezite, kanser gibi uzun dönemde oluşan ileri yaşta ortaya çıkan sağlık sorunlarının görülme riskini azaltır (Acar Tek 2013). Ayrıca hayat boyu sürecek beslenme alışkanlıkları adölesan dönemde yerleşir (Erkan 2011).

2.2.3. Adölesanın Beslenme Özellikleri

Adölesan dönem, beslenme davranışlarının olumsuz yönde değişim göstermesi açısından riskli bir gruptur (Yurt ve ark. 2012). Adölesanların beslenme alışkanlıkları ve diyet örüntüleri incelendiğinde genellikle; öğün atladıkları ve

atlanan öğünlerin çoğunlukla sabah kahvaltısı ve öğle yemeği olduğu, atıştırmalık besinleri fazlaca tükettikleri ve hızlı hazır (fast-food) beslenmeyi tercih ettikleri, sebze-meyve tüketimlerinin yetersiz olduğu ve bu alışkanlıkları nedeniyle besin çeşitliliğinin sınırlı ve dengesiz, diyet bileşimlerinin; posa, vitamin ve minerallerden yetersiz, enerji, tuz, yağ ve basit karbonhidratlardan zengin olduğu belirlenmiştir (Baltacı ve ark. 2012). Adölesanların hızlı yemek yeme sistemine yönelmeleri önlenmeli, sağlıklı besin tüketmeleri sağlanmalıdır. Adölesan dönemde fiziksel görünümün adölesanlar için önemli olduğu bilinmeli, zayıflık ve obezite durumları değerlendirilmeli ve bu konuda yanlış uygulamalarda bulunmaları önlenmelidir. Kızlarda menstruasyon etkisi ve dengesiz beslenmeye bağlı anemi olup olmadığı yakından izlenmeli ve spor yapan adölesanların enerji ve besin öğelerini yeterli alması sağlanmalıdır (Horasan 2014).

2.2.4. Adölesanın Günlük Alması Gereken Besinler

Besin maddelerinin daha kolay anlaşılabilmesi amacıyla besinler çeşitli özelliklerine göre süt ve süt ürünleri grubu, et-yumurta-kurubaklagil grubu, sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubu olmak üzere dört ana besin grubuna ayrılmıştır (Bilge ve ark. 2013). Besinlerden günlük alınan enerji, protein, vitamin ve minerallerin vücutta en uygun biçimde kullanılabilmesi için dört besin grubunda yer alan besinlerin öğünlere dengeli dağıtılması gerekir. Bir grup içinde yer alan besinler, birbirinin yerine tüketilebilmektedir. Günde üç öğün yemek yenildiğinde ve her öğünde her gruptan besin önerilen miktarlarda bulunduğu yeterli ve dengeli beslenme olasıdır (Özcebe ve ark. 2008).

Adölesanın menüsünde ortalama olarak günlük 2,5 porsiyon süt ve türevleri, 2-2,5 porsiyon et-yumurta-kurubaklagil, 3-4 porsiyon sebze ve meyveler, 6-8 porsiyon tahıl ve türevleri (kızlarda daha az olmalıdır) yer almalıdır. Adölesan dönemde adölesanın günlük enerji ve besin ögesi ihtiyacı yaptığı etkinliklerin derecesine ve süresine göre farklılık gösterir. Adölesanların cinsiyetlerine göre de beslenme ihtiyaçları farklılaştığı için günlük menü planlarken bu durum dikkate alınmalıdır (MEB Süt, Oyun, Okul ve Ergenlik Döneminde Beslenme 2013).

2.2.4.1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu

Süt, yoğurt, peynir (beyaz peynir, kaşar peyniri, çökelek, lor vb.), ayran ve sütle yapılan tatlılar (muhallebi, sütlaç, dondurma vb.) bu gruptadır. Bu grup kalsiyum için en iyi kaynaktır ayrıca protein, fosfor, B grubu vitaminleri içerir. Büyüme ve gelişme; dokuların onarımı, kemik ve diş sağlığı, sinir ve kasların düzenli çalışması ve hastalıklara karşı direnç oluşumunda önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Beslenme Modülleri 2008).

2.2.4.2. Et-Yumurta-Kurubaklagil Grubu

Kırmızı et, tavuk, balık, hindi, yumurta, kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek gibi besinler), ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar bu gruba dâhildir. Protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, A, B₁, B₆ ve B₁₂ vitamini içerirler. Bu besinler büyüme ve gelişmeyi, hücre yenilenmesini ve dokuların onarılmasını sağlarlar (Şahinler 2013).

2.2.4.3. Sebze ve Meyve Grubu

Bitkilerin her türlü yenebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Folik asit, A vitaminin ön ögesi olan beta-karoten, E, C, B₂ vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler (THSK 2015b). Bağırsakların çalışmasında önemli rol oynarlar (MEB Besin Grupları 2013).

2.2.4.4. Ekmek ve Tahıl Grubu

Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır (THSK 2015b). Tahıllar B₁₂ dışındaki B grubu vitaminleri açısından zengindir, özellikle B₁ vitaminin (tiamin) en iyi kaynağıdır. Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle, sağlık açısından önemli besinlerdir (MEB Öğün Planlama 2011).

2.3. ADÖLESANDA OBEZİTE

2.3.1. Obezitenin Tanımı

DSÖ tarafından obezite “sağlığı bozabilecek derecede vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır (WHO 2015c). Obezite genel olarak bedenün yağ kütesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır (THSK 2015c). Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association 2013) tarafından obezite resmen bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Kendisine eşlik eden bedensel hastalıklar, metabolik bozukluklar, psikolojik rahatsızlıklar, yaşam kalitesindeki düşme ve sosyal yaşantıdaki düzensizlik ile seyreden obezite özellikle gelişmiş ülkelerde hızla artan ve yüzyılın hastalığı olarak tanımlanan bir halk sağlığı sorunudur (Hisar ve Tosun 2013).

2.3.2. Obezitenin Nedenleri

Obeziteye neden olan etmenler tam olarak açıklanamamakla birlikte aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin yanısıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olmaktadır. Tüm dünyada özellikle çocukluk çağı obezitesindeki artışın sadece genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede fazla olması nedeniyle, obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir (THSK 2015d). Çocukluk çağında fazla kilo ve obezite görülmesinin temel nedeni harcanan ve tüketilen kalori arasında bir enerji dengesizliği olmasıdır (WHO 2015d).

2.3.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir (THSK 2015e). DSÖ, obezitenin dünya çapında yaygınlığının 1980 ve 2014 yılları arasında iki katından daha fazlasına çıktığını bildirmiştir (WHO 2015c). Fazla kilolu olma ve obezite, küresel ölümlere neden olan beşinci risk faktörüdür. Her yıl en az

2,8 milyon yetişkin aşırı kilolu veya obez olmanın bir sonucu olarak ölmektedir (European Association for the Study of Obesity [EASO] 2013).

Avrupa'da 2008-2009 yılında 19 üye ülkede yapılan Avrupa Sağlık Görüşme Araştırması (EHIS)'nda yetişkinlerde her iki cinsiyette obezitenin en düşük olduğu ülkelerin sırasıyla Romanya (kadınlarda %8, erkeklerde %7,6), İtalya (%9,3 ve %11,3), Bulgaristan (%11,3 ve %11,6) ve Fransa (%12,7 ve %11,7) olduğu; en fazla obez kadının İngiltere (%23,9), Malta (%21,1), Letonya (%20,9) ve Estonya'da (%20,5) olduğu, en fazla obez erkeğin ise Malta (%24,7), İngiltere (%22,1) ve Macaristan'da (%21,4) olduğu belirtilmiştir (European Commission 2015).

Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de şişmanlığın görülme sıklığı gittikçe artmakta, sağlık üzerindeki etkileri ciddi boyutlara ulaşmaktadır (THSK 2015f). Ülkemizde TURDEP-I (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I) çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998'de %22,3 olan obezite prevalansının %40 artarak 2010'da %31,2'ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %44,2 erkeklerde ise %27,3 olarak saptanmış ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı bildirilmiştir (Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı 2013).

Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile yapılan TBSA 2010 sonuçlarına göre tüm yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı %30,3 (erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41,0), fazla kilo görülme sıklığı %34,6 (erkeklerde %39,1 ve kadınlarda %29,7) bulunmuştur. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2012'ye göre; 15 yaş ve üstü nüfusun %34,8'i fazla kilolu ve %17,2'si obezdir. Cinsiyet ayrımında bakıldığında, kadınların %20,9'unun obez ve %30,4'ünün fazla kilolu olduğu, erkeklerde ise bu oranların sırasıyla %13,7 ve %39,0 olduğu gözlenmiştir (TÜİK 2013a).

DSÖ, adölesanlarda da fazla kilo ve obezitenin hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerde arttığını bildirmektedir (WHO 2015c). Çocukluk çağı ve adölesan dönemi obezitesi son yıllarda özellikle ABD ve Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş toplumlarda önemli artışlar göstermiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki çocuk ve adölesanların %20'den fazlası fazla kilolu iken bunların üçte birinin obez olduğu

saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017, 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES 2011-2012) sonuçlarına göre 2-19 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlardaki obezite oranı %16,9 (12,7 milyon) olarak belirlenmiştir (Ogden ve ark. 2014).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen TBSA 2010 raporuna göre; Türkiye genelinde 6-18 yaş grubu çocukların %8,2'si şişman (obez), %14,3'ü hafif şişman, %14,9'u zayıf ve %3,9'u ise çok zayıftır. Beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine göre 6-18 yaşta obezite sorununun en fazla görüldüğü bölgeler Ege (%12,5), Doğu Marmara (%11,4), Batı Anadolu (%11,4) ve İstanbul'dur (%10,8). Obezitenin en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla, Güneydoğu Anadolu (%3,4), Doğu Karadeniz (%3,6) ve Kuzeydoğu Anadolu (%4,1) bölgeleridir (TBSA 2010).

TÜİK İstatistiklerle Gençlik 2012 raporunda gençlerin BKİ'ye göre %14,8'inin fazla kilolu ve %3,8'inin obez olduğu belirtilmiştir (TÜİK 2013b). TNSA 2013'te ise 15-19 yaş grubu 1.415 adölesanın %15'inin kilolu, %4,5'inin şişman ve %19,4'ünün kilolu/şişman olduğu bulunmuştur.

2.3.4. Obezite Tanısı

Adölesanlarda, fazla kilolu olma ve obezitenin tanımlanmasında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. En sık kullanılan yöntemlerden birisi bireysel ve toplumsal düzeyde yüzdelik (persentil) ve/veya z skor değerlerinin kullanılmasıdır. Ancak DSÖ tarafından 2007 yılında 5-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanlar için büyüme referans değerleri yayımlanmış ve günümüzde obezitenin sınıflandırılmasında kullanılmaya başlanmıştır (THSK 2015g). DSÖ tarafından çocuk ve adölesanlarda fazla kilolu olma ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan tablolara göre 5-19 yaş grubundaki çocuk ve adölesanlarda $>+1$ SD veya 85-95 persentil aralığında olanlar fazla kilolu, $>+2$ SD veya 95. persentil üzeri olanlar ise obez olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 2.3.4.1. DSÖ Z Skoru Yorumlanması.

Obez	>+2SD (19 yaşta 30 kg/m ² BKİ' ye eşit)
Fazla Kilolu	>+1SD (19 yaşta 25 kg/m ² BKİ' ye eşit)
Zayıf	<-2SD
Aşırı zayıf	<-3SD

Kaynak: WHO 2015e

Tablo 2.3.4.2. DSÖ Percentil Yorumlanması.

Obez	≥97. percentil
Fazla Kilolu	≥85. percentil - <97. percentil
Normal Kilolu	≥15. percentil - <85. percentil
Zayıf	≥3. percentil - <15. percentil
Çok Zayıf	<3. percentil

Kaynak: WHO 2015e

2.3.5. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Obezite; vücut sistemleri (endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitoüriner sistem, kas-iskelet sistemi) ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017, 2013). Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları şunlardır (Çakır ve Vardar 2011; MEB 2015; THSK 2015h):

- İnsülin direnci – Hiperinsülinemi
- Tip 2 Diabetes Mellitus
- Hipertansiyon
- Koroner arter hastalığı
- Hiperlipidemi – Hipertrigliseridemi
- Metabolik sendrom
- Safra kesesi hastalıkları
- Bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri)
- Osteoartrit

- Felç
- Uyku apnesi
- Karaciğer yağlanması
- Astım
- Solunum zorluğu
- Gebelik komplikasyonları
- Menstruasyon düzensizlikleri
- Aşırı kılınma
- Ameliyat risklerinin artması
- Ruhsal sorunlar (Anoreksiya nevroza (yemek yememe) veya Blumia nevroza (kusarak yediği besinlerden yararlanmama), Binge eating (tıkınırcasına yeme), gece yeme sendromu gibi ortaya çıkabilir veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma)
- Toplumsal uyumsuzluklar
- Özellikle sık aralıklarla ağırlık kaybetme ve kazanma sonucunda deri altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle deri enfeksiyonları, kasıklarda ve ayaklarda mantar enfeksiyonları
- Kas-iskelet sistemi problemleri

2.3.6. Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisi bireyin kararlılığı ve etkin olarak katılımını gerektiren, tedavisi zorunlu, uzun ve süreklilik gerektiren bir süreçtir (Özkan ve ark. 2013). Obezite tedavisinde amaç, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2014). Obezitenin etiolojisinde pek çok faktörün etkili olması, bu hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derece güç ve karmaşık hale getirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017, 2013). Obezite tedavisinde uygulanan yöntemler diyet, davranış tedavisi, egzersiz tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavidir (Menteş ve ark. 2011).

2.3.6.1. Diyet

Diyet tedavisinin amacı; adölesanın yaşına uygun, temel besin ögesi gereksinimlerini sağlayarak, doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazandırmak, hedeflenen ağırlığa yavaş yavaş ulaşmak, normal büyüme ve gelişmeyi aksatmamaktır. Bu nedenle düşük enerjili diyetlerin uygulanması sakıncalıdır (THSK 2015i).

2.3.6.2. Davranış Değişikliği

Davranış değişikliği tedavisinde amaç, beslenme ile ilgili olan olumsuz davranışların ömür boyu kalıcı olarak olumlu davranışlar haline getirilmesini sağlamaktır. Bu tedavi hem kilo vermede hem de kaybedilen vücut ağırlığının korunmasında yararlıdır (Mercanlıgil 2008).

2.3.6.3. Egzersiz

Fiziksel aktivite, enerji dengesi ve ağırlığın kontrolü için enerji harcamasıdır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir. Obezitenin önlenmesinde en etkili yöntem diyetle birlikte yapılan egzersizdir. (Baltacı ve Düzgün 2012). Çocuklar ve adölesanlara haftanın en az 60dk/gün orta şiddetli fiziksel aktiviteye katılım önerilmektedir (Baltacı 2008).

2.3.6.4. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi ve cerrahi tedavinin çok zorunlu durumlar dışında çocukluk çağında uygulanmasının sakıncalı olduğu bildirilmektedir (Köksal ve Gökmen Özel 2012). Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçlar hafif ve orta derecede ağırlık fazlalığı olan bireyler için uygun değildir. Kullanılan ilaçların, sağlık yönünden güvenilirliğinin saptanmış olması, obeziteye neden olan etiyolojiye uygun bir etki göstermesi, kısa ve uzun dönemde önemli yan etkisinin olmaması ve bağımlılık yapmaması ve bu tür ilaçların mutlaka hekim tavsiyesi ve kontrolünde kullanılması gerekliliği büyük önem taşımaktadır (THSK 2015i).

2.3.6.5. Cerrahi Tedavi

Erişkin yaşlar için önerilen cerrahi tedavi son yıllarda seçilmiş adölesanlarda başarıyla uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi için; BKİ>40 olanlar ile BKİ %35-40 arasında olup obezite ile beraber kilo kaybı ile önlenebilecek komplikasyonları olanlar (hipertansiyon, prediyabet, tip-2 diyabet) seçilir. Cerrahi tedavi ancak diyet ve egzersiz tedavisi ile birlikte uygulanırsa başarılı olmaktadır (Önal ve Adal 2014).

2.4. ADÖLESANLARDA ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİ

2.4.1. Şekerli İçecekler

Şekerli içecekler kalorili tatlandırıcıları içeren; alkolsüz içecekler, gazlı içecekler, meyveli içecekler, spor içecekleri, çay ve kahve, enerji içecekleri, şekerli sütler veya süt alternatiflerini içermektedir (CDC 2010a).

2.4.1.1. Alkolsüz İçecekler

Alkolsüz içecekler “çeşitli meyve, sebze suları, şeker, karbondioksit, değişik tat ve renk verici maddeler, koruyucu katkıları içeren, fakat alkol içermeyen içecek” olarak tanımlanmaktadır (Türkiye Bilimler Akademisi, TÜBA 2013).

2.4.1.2. Gazlı İçecekler

Alkolsüz gazlı içecekler; karbondioksit ile gazlandırılmış olan sade, meyveli, aromalı, kola, tonik gibi içeceklerdir (Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği [TOBB] 2010). Türk Gıda Kodeksi Alkolsüz İçecekler Tebliği'ne göre kola; “su ve kendine özgü aroma maddeleri ve/veya diğer bileşenler ve/veya kafein ile şeker ilave edilerek veya edilmeden tekniğine göre üretilen ve karbondioksit ile gazlandırılmış olan içecek” olarak tonik ise; “su, şeker, kinin ve/veya narincin ile tekniğine göre üretilen ve karbondioksit ile gazlandırılmış olan içecek” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 15 Haziran 2007, Sayı: 26553).

2.4.1.3. Meyveli İçecekler

Türk Gıda Kodeksi Alkolsüz İçecekler Tebliği'ne göre meyveli içecek; “meyve suyu ve/veya meyve püresi ve/veya bunların konsantresi ve/veya meyve tozu, su ve/veya diğer bileşenler ile şeker ilave edilerek veya edilmeden tekniğine göre gazlı veya gazsız olarak üretilen içecek” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 15 Haziran 2007, Sayı: 26553).

2.4.1.4. Spor İçecekleri

Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği Sporcu Gıdaları Tebliği'ne göre spor içecekleri; “karbonhidrat, sıvı ve elektrolitlerin hızlı bir şekilde yerine konmasını

sağlamak amacıyla formüle edilmiş karbonhidrat ve elektrolit içeren ürünler”dir (T.C. Resmi Gazete, 6 Aralık 2003, Sayı: 25308).

2.4.1.5. Çay ve Kahve

Çay, *Thea Sinensis* veya *Camalia Sinensis* adlarındaki çay bitkilerinin yapraklarının fabrikalarda işlenmesi ile elde edilir. Kahve, Afrika, Güney Amerika ve Güney Asya gibi tropik ülkelerde yetişen *Coffea Arabica*, *Coffea Caneford* gibi kahve ağaçlarının tohumlarından elde edilir (Baysal 2012).

2.4.1.6. Enerji İçecekleri

Türk Gıda Kodeksi Enerji İçecekleri Tebliği’ne göre enerji içeceği; “bileşimindeki yararlanılabilir karbonhidrat içeriği nedeniyle insan vücuduna enerji sağlayan ve ürün özelliklerinde limitleri belirlenen fonksiyonel maddeleri, vitamin ve mineralleri de içerebilen içecekler”dir (T.C. Resmi Gazete, 4 Ekim 2006, Sayı: 26309). Enerji içecekleri, özellikle gençler ve yetişkinler arasında popülaritesini artırmaktadır (Kuş 2015).

2.4.1.7. Şekerli Sütler veya Süt Alternatifleri

Şekerli toz veya şurup ve sütün karıştırılmasıyla hazırlanan içeceklerdir (CDC 2010a).

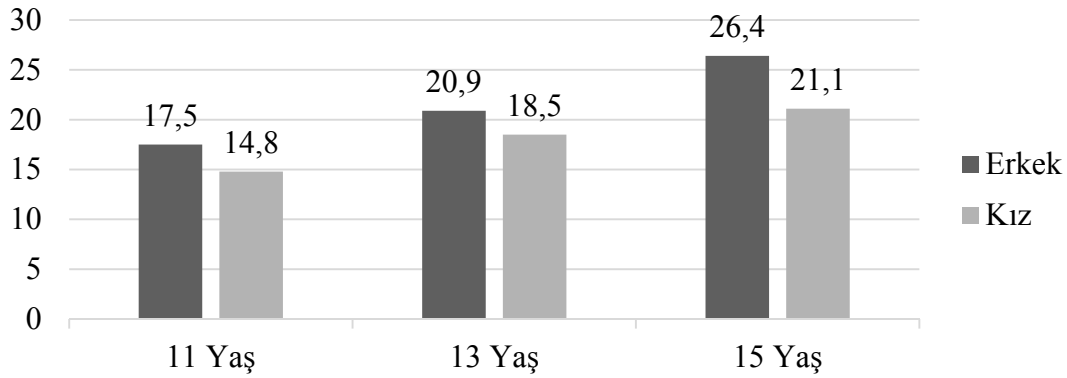
2.4.2. Adölesanda Şekerli İçecek Tüketimi

Şekerli içecek tüketimi, son yıllarda dünya genelinde belirgin şekilde artmaktadır. ABD diyetinde alınan günlük enerjinin en büyük kaynağıdır (Hu 2013). Herhangi bir günde ABD nüfusunun yarısı şekerli içecek tüketmekte ve %25’i en az 200 kcal şekerli içecek almaktadır. Amerika’da şekerli içecek tüketimi cinsiyet, yaş, ırk ve etnik köken ve gelire göre değişmektedir, örneğin; erkekler kadınlara göre, adölesanlar ve genç yetişkinler diğer yaş gruplarına göre daha fazla şekerli içecek tüketmektedir. Tüm yaş gruplarına ve cinsiyetlere kıyasla şekerli içecek tüketimi en yüksek grup olarak belirtilen adölesan (12-19 yaş) erkeklerin günlük ortalama şekerli içecek tüketimi 273 kcal olarak saptanmıştır, aynı yaş grubundaki kızlar ise ortalama 171 kcal şekerli içecek tüketmektedirler (Ogden ve ark. 2011). Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association [AHA]) şekerli içeceklerin haftada 450

kilokalori (kcal)den fazla tüketilmemesini tavsiye etmektedir (Lloyd-Jones ve ark. 2010).

Ülkemizde 11, 13 ve 15 yaşlarındaki 5552 (2847 erkek, 2705 kız) öğrenci üzerinde yapılan Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na göre; öğrencilerin %19,7'si (n=1059) günde en az bir kere şeker içeren kola ya da diğer gazlı içecekleri içtiğini bildirmiştir. Bulgular yaş ilerledikçe gazlı ve şekerli içeceklerin daha fazla tüketildiğini göstermektedir.

Grafik 2.4.2.1. Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na Göre Günde En Az 1 Kere Şekerli-Gazlı İçecekleri İçme Sıklığı (%).



Kaynak: Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu.

Tablo 2.4.2.1. Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na Göre Şekerli-Gazlı İçecekleri İçme Sıklığı.

	11 yaş		13 yaş		15 yaş							
	Erkek		Kız		Erkek		Kız					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
<1 kere/hafta-												
5-6 gün/hafta	830	82,5	836	85,2	675	79,1	730	81,5	652	73,6	598	78,9
≥1kere/gün	176	17,5	145	14,8	178	20,9	166	18,5	234	26,4	160	21,1
Toplam	1006	100	981	100	853	100	896	100	886	100	758	100

Kaynak: Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu

6-10 yaş grubunda toplam 12.301 (6382 erkek, 5919 kız) çocuk üzerinde yürütülen Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu'na göre çocukların şeker içeren gazlı/kolalı içecekleri %11,5 ve diyet veya light gazlı kolalı içecekleri %3,6 oranları ile her gün tükettikleri,

genellikle kentseldeki tüketimlerin kırsaldan biraz daha yüksek oranda olduğu belirtilmektedir. Okulların %3,4'ünde (kent: %4,0 ve kırsal: %3,0), hazır/otomatik makine ile besin/içecek satışı yapılmaktadır.

Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013'te ise şeker içeren gazlı içecek tüketme sıklığı %4,2 ve diyet/light içecekleri içme sıklığı %1,7'dir.

TBSA 2010 raporuna göre ülkemizde günlük ortalama alkolsüz içecek tüketim miktarı 9-11 yaş grubu erkek çocuklarda 306,12 ml, kız çocuklarda 273,27 ml, 12-14 yaş grubu erkek çocuklarda 397,55 ml, kız çocuklarda 310,21 ml, 15-18 yaş grubu erkek çocuklarda 559,98 ml, kız çocuklarda ise 453,43 ml olarak belirtilmektedir.

İstanbul'da bir lisede 16-18 yaş grubundaki adölesanların beslenme alışkanlıkları ve obezite durumlarının saptanması amacıyla yapılan bir araştırmada, öğrencilerin, %33,2'sinin her gün kolalı içecek tükettiği, %68,8'inin her gün şekerli çay ve kahve tükettiği belirlenmiştir (Yorulmaz ve Perçin Paçal 2012). Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde üniversite öğrencilerinin enerji içeceği tüketim davranışlarının ve tüketim bilinçlerinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin %39,7'si enerji içeceği tükettiklerini ifade etmiştir ve su dışında en çok tüketilen içeceklerin sırasıyla çay (%59,5), alkolsüz gazlı içecekler (%20,9), kahve (%17,1) ve enerji içecekleri (%2,5) olduğu belirlenmiştir (Şen ve ark. 2015). İstanbul'da 357 kişide yapılan başka bir çalışmada ise; katılımcıların her gün tükettikleri sıvı olarak işaretledikleri içecekler arasında en çok tüketilen içeceklerin %55,1 (n=189) ile kola ve gazlı meşrubatların olduğu, her gün tüketilen diğer içeceklerin ise; çay %53,5 (n=191), süt %40 (n=144) ve meyve suyu %29,9 (n=109) olduğu saptanmıştır (Akman ve ark. 2012).

2.4.3. Bazı Şekerli İçeceklerin Porsiyon Başına Kalori Miktarları

Şekerli içeceklerden sağlanan kalori çok az besin değerine sahiptir ve katı gıdaların sağladığı aynı dolgunluk hissini sağlamayabilir. Bunun bir sonucu olarak sağlıksız kilo almaya yol açabilen toplam enerji alımını arttırabilir (WHO 2015f).

Tablo 2.4.3.1. Bazı Şekerli İçeceklerin Porsiyon Başına Kalori Miktarları.

İçecek Türü	Porsiyon	Kalori
Kola	1 şişe (330 ml)	139 kcal
Gazoz	1 bardak (250 ml)	105 kcal
Çikolatalı Süt	1 bardak (266 ml)	237 kcal
Tonik	1 şişe (500 ml)	175 kcal
Soda	1 şişe (500 ml)	265 kcal
Enerji İçeceği	1 kutu (250 ml)	218 kcal

Kaynak: <http://www.kaloricetveli.org/> Erişim Tarihi: 04.09.2015.

2.4.4. Şekerli İçecek Tüketimi ve Obezite

Günümüzde, fazla kalori alımının en büyük sorumlusu olarak şekerli içecekler gösterilmektedir (Akar 2011). Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için, alınan enerji ile harcanan enerjinin dengede tutulması gerekmektedir. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır (THSK 2015c). Şeker ve şekerli besinlerin fazla miktarda tüketimi de aşırı enerji alımına neden olur ve vücut ağırlığının artmasına (şişmanlığa) ve besleyici değeri yüksek olan besinlerin tüketiminin de azalmasına neden olur. Bu nedenle bu tür besinlerin tüketiminin azaltılması obezite için büyük önem taşımaktadır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2004; Sabri Ülker Gıda Araştırmaları Enstitüsü Vakfı 2015).

Amerika Birleşik Devletleri ulusal araştırma verileri (NHANES-III) son 20 yılda karbonhidrat tüketimi ve farklı formlarda ilave edilen şekerdeki artışla birlikte hafif şişmanlık ve obezite sıklığının arttığını göstermektedir. Amerikan Diyet Rehberi'nde (2000-2005) halkın şekeri azaltılmış içecek ve besinleri tercih etmesi önerilmektedir. Benzer şekilde DSÖ tarafından da şekerden gelen günlük enerjinin toplam enerjinin %10'unu geçmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Karadavut 2010). Harvard Üniversitesi de şekerli içeceklerin obezite salgınında önemli bir etkisi olduğunu belirtmektedir (<http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-drinks/sugary-drinks/>, Erişim Tarihi: 08.09.2015).

Harvard Üniversitesi'nin halk sağlığı bölümünde hazırlanan bir rapora göre, alkolsüz içecek tüketiminin artması ve sağlığa verdiği zararlarla ilgili olarak şu ifadelere yer verilmiştir:

- Şekerli içecek porsiyonunun boyutları son 40 yılda önemli ölçüde artmıştır, çocuklar ve yetişkinler her zamankinden daha fazla alkolsüz içecekler içmektedir.

- Şekerli içecekler obezite, diyabet, kalp hastalığı ve gut riskini arttırmaktadır.

- Şekerli içeceklerin kısıtlanması, insanların kilolarını kontrol etmesine yardımcı olabilir (Harvard Halk Sağlığı Okulu 2012).

Tayland'da 2005-2009 yılları arasında şekerli içecek tüketimi ve kilo alımının araştırıldığı prospektif bir çalışmada tüm yaş grupları ve her iki cinsiyette kilo alımı ile şekerli içecek tüketimi ilişkili bulunmuştur. Günde en az 1 şekerli içecek tüketen kişiler, ayda 1 kez şekerli içecek tüketenlere göre 4 yılın sonunda 0,5 kg'dan daha fazla kilo almıştır (Lim ve ark. 2014). Çin'de 6-13 yaşındaki 6974 çocukta şekerli içecek tüketimi ve obezitenin araştırıldığı bir çalışmada çocukların %46,1'inin düzenli olarak şekerli içecek tükettiği, düzenli şekerli içecek tüketimi ile obezite ve abdominal obezitenin ilişkili olduğu bulunmuştur (Shang ve ark. 2012). New York'ta yetişkinlerde şekerli içecek tüketimi, kalori alımı ve obezitenin araştırıldığı bir çalışmada şekerli içecek tüketen yetişkinlerin yaklaşık olarak günlük kalori ihtiyacının %10'unu şekerli içeceklerin oluşturduğu, şekerli içecek tüketiminde her 10 kcal'lik artışın obeziteyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Ruff 2014). Çocuk ve adolesanlarda yapılan bir diğer vaka-kontrol çalışmasında ise diğer faktörlerden bağımsız olarak şekerli gazlı içecek tüketimi ve obezite riski arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Martin-Calvo ve ark. 2014).

Ülkemizde ise okul çağı çocuklarında şeker tüketim durumunun beden kütle indeksine (BKİ) olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada şeker ve şekerli besin tüketiminin artmasına bağlı olarak basit şekerden gelen enerji alımı ile BKİ değerlerinin arttığı bulunmuştur. Basit şekerden gelen enerji yüzdeleri değerlendirildiğinde; çocukların %14,5'inde basit şekerden gelen enerji yüzdelerinin toplam enerjiye olan katkısının önerilen yüzdenin (%10) üstünde olduğu, sırasıyla

kız ve erkeklerde %14,0 ve %15,0 oranlarında bulunduğu belirtilmiştir (Köksal ve Karaçil 2014).

2.4.5. Şekerli İçecek Tüketimi ve Diğer Sağlık Sorunları

ABD’de 9-14 yaşta 5583 kızla yapılan prospektif bir çalışmada sık şekerli içecek tüketiminin erken menarşa sebep olduğu belirlenmiştir (Carwile ve ark. 2015). ABD’de 2157 adölesanla yapılan enine kesitsel bir çalışmada ise eklenmiş şeker tüketiminin kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı bilinen birçok ölçümlerle pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (Welsh ve ark. 2011). ABD’de yetişkinlerde yapılan prospektif bir araştırmada şeker ve şekerli içecek tüketiminin azaltılması anlamlı derecede azalmış kan basıncı ile ilişkili bulunmuştur (Chen ve ark 2010). Yine ABD’de 1984-2006 yılları arasında kadınlarda yapılan prospektif kohort bir çalışmada şekerli gazlı içeceklerin alımının arttırılması bağımsız olarak gut riskinin artması ile ilişkili bulunmuştur (Choi ve ark 2010). Bir diğer prospektif çalışmada ise şekerli içecek tüketimi ile hipertansiyon gelişme riskinin arttığı belirlenmiştir (Cohen ve ark. 2012). Şekerli içecek tüketimi ile metabolik sendrom ve tip-2 diyabet riskini belirlemek amacıyla yapılan bir meta analizde yüksek oranda şekerli içecek tüketiminin kilo alımına ek olarak metabolik sendrom ve tip 2 diyabet gelişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Malik ve ark. 2010).

2.4.6. CDC’nin Şekerli İçecek Tüketiminde Önerileri

CDC’nin akıllı içecek seçimleri yapmak için bazı önerileri şunlardır:

- Şekerli içecekler yerine su, diyet ya da düşük kalorili içecekler seçilmeli
- Hızlı, kolay ve ucuz susuzluk gidermek için bir su şişesi taşınmalı ve bittikçe geri doldurulmalı
- Şekerli içecekler ile "buzdolabı stoku" yapılmamalı. Bunun yerine, buzdolabında bir sürahi veya soğuk su şişesi bulundurulmalı
- Yemeklerle birlikte su servis edilmeli
- Limon, ihlamur, salatalık ya da karpuz dilimleri eklenerek su daha heyecan verici yapılmalı, ya da maden suyu içilmeli.
- Serinletici, düşük kalorili bir içecek için sade maden suyuna %100 meyve suyu serpererek eklenmeli.

- Şekerli içecek tercihi yapılacağında, küçük boyutuna gidilmeli.
- Sağlıklı, düşük kalorili içecekler seçerek arkadaşlar ve aile için bir rol modeli olunmalı (CDC 2010b; CDC 2015b).

CDC'nin şekerli içecek tüketiminin azaltılması için önerdiği stratejiler şunlardır:

- İçilebilir içme suyuna hazır erişim sağlanmalı
- Şekerli içeceklere erişim sınırlandırılmalı
- Şekerli içeceklerden daha sağlıklı alternatiflerin tüketimine ve erişimine teşvik edilmeli
- Şekerli içeceklerin pazarlaması sınırlandırılmalı ve çocuklar üzerindeki pazarlamanın etkisi en aza indirilmeli
- Şekerli içeceklerin kademeli fiyatlandırması yoluyla daha sağlıklı içecek alternatiflerinin maliyeti azaltılmalı
- Rutin tıbbi bakımın bir parçası olarak şekerli içeceklerin tüketimi konusunda tarama ve danışmanlık dâhil edilmeli
- Şekerli içeceklerin tüketimi ile ilgili beslenme taraması ve danışmanlık yapmak için tıbbi bakım sağlayıcılarından bilgi ve beceriler genişletilmeli (CDC 2010a).

2.4.7. Ülkemizde Alınan Bazı Önlemler

Ülkemizde önceden meyve sularına 150 gram/litre şeker eklenmesine izin verilmekte iken 2014'te "Meyve Suyu ve Benzeri Ürünler Tebliği"nde yapılan düzenlemeyle meyve suyuna ilave şeker kullanımı yasaklanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 6 Ağustos 2014, Sayı: 29080).

Sağlık Bakanlığı tarafından "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Düzenleme" başlığıyla yayınlanan genelgede kamuda çay, kahve vb. ikramlarda ve kafe, kantin, lokanta, çay ocağı gibi yerlerde çay şekerinin tek şeker olarak ve mümkünse hijyen açısından ambalajlı şekilde sunulması istenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Düzenleme Genelgesi 2014).

2011 yılında “Okul Kantinlerindeki Gıda Satışı” konulu genelgede “Eğitim kurumlarının yatılı veya pansiyonlu yemekhaneleri dâhil olmak üzere kantinleri, çay ocakları, büfeleri vb. yerlerde çocukların dengesiz beslenmesinin şişmanlığa (obezite) sebep olabileceğinden, doğal maden suları hariç enerji yoğunluğu yüksek besin değeri düşük olan (enerji içecekleri, gazlı içecekler, aromalı içecekler ve kolalı içecekler) ürünlerin satışları yapılmayacak, otomatik satış yapan makineler de bulundurulmayacaktır. Bunların yerine süt, ayran, yoğurt, meyve suyu, taze sıkılmış meyve suyu ve tane ile satış yapılabilen meyve bulundurulacaktır” şeklinde değişiklik yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Okul Kantinlerindeki Gıda Satışı Genelgesi 2011).

Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Türk Gıda Kodeksi Enerji İçecekleri Tebliği”nde enerji içeceği 18 yaş altı kişilere tavsiye edilmemektedir. Ayrıca bu tebliğle enerji içecekleri spor tesislerinde, okul kantinlerinde ve hastanelerde piyasaya arz edilmeyecek ve reklamı yapılmayacaktır (T.C. Resmi Gazete, 30 Haziran 2017, Sayı: 30110).

2011 yılında Radyo ve televizyonların kuruluş ve yayın hizmetleri hakkında kanun çıkarılmıştır. Bu kanun ile genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen yiyecek ve içeceklerin ticari iletişimine, çocuk programları ile birlikte veya bu programların içinde yer verilemez düzenlemesi yapılmıştır (DSÖ Türkiye Ülke Değerlendirmesi 2014).

2.5. ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİ ve OBEZİTEDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Obezite, pek çok kronik hastalık risk faktörü ile ilişkili olması nedeni ile önemli bir halk sağlığı problemidir (Vergili 2013). Önemli olan obezitenin tedavisi değil önlenmesidir ve obezitenin önlenmesinde koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Obezite ile savaşta birinci basamak sağlık çalışanlarına büyük bir görev düşmektedir (Tam ve Çakır 2012).

Hemşirelerin güçlü bir halk sağlığı yaklaşımı, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde obezitenin önlenmesi için önemlidir. Diğer sağlık meslek grupları, medya, okullar, devlet ve sivil toplum örgütleriyle işbirliği oluşturulması obezitenin önlenmesine etkili bir yaklaşımdır (International Council of Nurses [ICN] 2009).

Genel olarak enerji sağlayan gıdaların alınması ve harcanması arasındaki dengesizliğin neden olduğu obezite sedanter yaşam, fiziksel aktivite yetersizliği ve sağlıksız beslenme gibi modern yaşantının sonucu olarak görülmektedir (Kayar ve Utku 2013). Kilo alımının önlenmesinde birincil yaklaşım, doğru beslenme alışkanlıklarının edinilmesi, fiziksel inaktivite ve sedanter yaşamdan kaçınılmasıdır (Tarakcı ve ark 2015).

Çocuk ve adölesanlarda görülen obezitenin temel nedeni gereksinim duyulandan fazla kalori alınmasıdır. Son 20 yılda alkol içermeyen (soda, meyve suyu vb.) içeceklerin tüketiminde ciddi artışlar olmuştur (Yavuz ve Tontuş 2013). Hemşireler adölesanların enerji dengesinin korunmasında yardımcı olarak önemli bir rol oynayabilir. Hemşireler obeziteyi önlemede program ve politikanın izlenmesi ve değerlendirilmesinde rol oynamanın yanısıra obezite önleme programlarına ve politikalarına atıfta bulunabilir, teklif sunabilir, programları ve politikaları belirleyebilir (ICN 2009). Enerji dengesini teşvik eden politikalar adölesanlara uygun gıdaların besin kalitesinin artırılması ve adölesanların okul otomat makinelerinde yüksek kalorili içeceklere erişimini sınırlamayı içerebilir (American Nurses Association [ANA] 2010).

Okul hemşireleri okullarda çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi ve tedavisinde önemli bir role sahiptir (Yiğit ve ark 2015). Öğrencilere yönelik olarak sıvı tüketiminin yaşamdaki önemini vurgulayan panel, konferans, afiş, broşür vb.

gibi etkinlikler düzenlenerek bu konuya dikkat çekilmelidir. Okul kantinlerinde süt ve sütlü içeceklerin satışı ve tüketilmesi teşvik edilmeli, sağlıklı beslenme kurallarına uygun besin ve içecek çeşitlerini bulundurulması sağlanmalıdır. ay, kahve, gazlı ve enerji içeriği yüksek içecekler yerine oğn aralarında da süt ve süt ürünlerini tercih etmeleri konusunda oğrenciler, veliler ve oğretmenler bilinçlendirilmelidir (elik 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı adölesanlarda şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Konya’da bulunan bir devlet lisesi (Meram Naciye Mumcuoğlu Lisesi) ve bir özel lisede (Selçuklu Özel Türmak Lisesi) öğrenim gören adölesanlarda şekerli içecek tüketimi ve şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı okulları belirlemek için Millî Eğitim Bakanlığı’nın internet sitesinden yararlanılarak Konya il merkezinde bulunan devlet liseleri ve özel liseler alınmış ve kura yöntemi ile bir devlet ve bir özel lise seçilmiştir. Araştırma Konya Meram’da bulunan Naciye Mumcuoğlu Anadolu Lisesi (12 derslik, 264 öğrenci) ve Selçuklu’da bulunan Özel Türmak Anadolu Lisesi (9 derslik, 148 öğrenci)’nde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini tam sayım yöntemi ile (Erdoğan ve ark. 2014) Naciye Mumcuoğlu Anadolu Lisesi ve Özel Türmak Anadolu Lisesi’nde öğrenim gören 9, 10, 11 ve 12. sınıflardaki öğrencilerin tamamı oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evreni oluşturan tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda 412 adölesanın 361’ine ulaşılmıştır. (Katılım oranı %88)’dir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde devamsızlık yapan ya da çalışmayı kabul etmeyen 51 öğrenci araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri; öğrencilerin Konya Meram Naciye Mumcuoğlu Anadolu Lisesi ve Özel Türmak Anadolu Lisesi’nde öğrenim görüyor olması,

araştırmaya katılmayı kabul etmesi ve velilerden araştırma izinlerinin alınmış olmasıdır.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasından önce Konya’da bulunan Meram Naciye Mumcuoğlu Lisesi ve Selçuklu Özel Türmak Lisesi’nde öğrenim gören tüm öğrencilerin velilerine aydınlatılmış onam formu (Bkz. EK-D) ve izin belgesi (Bkz. EK-E) gönderilmiş ve onaylayanlar araştırmaya alınmıştır. Öğrencilere de aydınlatılmış onam formu (Bkz. EK-F) dağıtılmış ve onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında haftanın beş iş gününde okullarda okul müdürlerinin uygun gördüğü ders saatlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Adölesanların boy ve kilo ölçümleri okul idaresi tarafından belirlenmiş olan boş bir sınıfta, spor salonunda ya da rehberlik odasında yapılmıştır. Bu işlemler yapılırken ağırlık durumuna etki edebilecek olan kıyafetleri ve ayakkabıları çıkarılmıştır. Kilo ölçümü 100 grama hassas elektronik tartı aleti ile boy ölçümü ise mezura ile yapılmıştır.

3.7. Ön Uygulama

Araştırma yapılmadan önce Konya’da bulunan Mevlana Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi’nde öğrenim gören 10 öğrenciye veri toplama formları dağıtılarak ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan öğrenciler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bunun sonucunda iki soruda değişiklik yapılmıştır.

3.8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanması amacıyla literatüre dayanarak oluşturulan anket formu (Bkz. EK-A), Garipağaoğlu tarafından geliştirilen içecek tüketimi bilgi formu (Bkz. EK-B) ve antropometrik ölçüm formu (Bkz. EK-C) kullanılmıştır.

3.8.1. Anket Formu

Anket formu (Bkz. EK-A) anket numarasının yazıldığı 1 soru, adölesan ve ailesinin genel bilgilerine ait 19 soru (okul özelliği, sınıf, cinsiyet, doğum tarihi, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, haftalık alınan harçlık,

ailede yaşayan birey sayısı, kardeş sayısı, ailede kaçınıcı çocuk olduğu, herhangi bir hastalığı ya da sürekli kullandığı bir ilacın olup olmadığı, günlük uyku süresi, düzenli spor yapıp yapmadığı, okula nasıl geldiği, ailede şişman birey olup olmadığı ve varsa yakınlık derecesi, ekran başında ne kadar vakit geçirdiği), beslenme özelliklerine ait 9 soru (bir günde kaç öğün yemek yediği, ana öğünleri atlayıp atlamadığı, atlıyorsa hangi öğünü atladığı, haftalık meyve tüketimi, okulda yiyecek içecek ihtiyacını nereden karşıladığı, ekran başında yiyecek ve içecek tüketim alışkanlığının olup olmadığı, yiyecek ve içecek tüketim alışkanlığı sıklıkla ise sık tükettiği yiyecek ve içecekler, reklamlardan etkilenecek yiyecek ve içecek satın alıp almadığı, sıklıkla reklamlardan etkilenecek yiyecek ve içecek satın alıyorsa en çok hangi yiyecek ve içecek reklamından etkilendiği) ve içecek tüketimiyle ilgili 7 soru (evde buzdolabında her zaman şekerli içecek bulunup bulunmadığı, öğün aralarında şekerli içecek tüketip tüketmediği, tüketiyorsa sıklıkla tükettiği şekerli içecekler, içeceklere şeker veya tatlandırıcı ilave edip etmediği, içecek satın alırken etiket okuma durumu, aynı tür içecekler arasında seçim yaparken dikkat edilen özellik, light içecekleri tercih etme durumu) olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır (Karadavut 2010; Yıldırım 2010; Çelik 2012; Eren 2012; Ardiç 2014; Terzioğlu 2015).

3.8.2. İçecek Tüketimi Bilgi Formu

Adölesanların içecek tüketimlerini belirlemek amacıyla Garipağaoğlu (Bkz. EK-B) tarafından geliştirilen içecek tüketim formu kullanılmıştır. Bu formda adölesanların tükettiği içecekler (su, süt, aromalı süt, diyet süt, ayran, taze sıkılmış meyve suyu, hazır meyve suyu, diyet meyve suyu, kola, diyet kola, gazoz, diyet gazoz, meyveli gazoz, soda, meyveli soda, enerji içeceği, çay, buzlu çay, diyet buzlu çay, türk kahvesi, kahve, bitki çayı, domates suyu vb.) çeşitli tüketim sıklıklarına (her gün, gün aşırı, haftada 1-2 kez, 15 günde 1 kez, ayda 1 kez, 3 ayda 1 kez) ve miktarlarına (su bardağı, çay bardağı, fincan, kutu, şişe) göre sorgulanmıştır (Garipağaoğlu 2009; Çelik 2011; Ardiç 2014). İçeceklerin miktarları belirlenirken su bardağı 200 ml, çay bardağı 100 ml, fincan 60 ml, karton kutu 200 ml, teneke kutu 330 ml ve şişe 250 ml olarak hesaplanmıştır (Karadavut 2010).

3.8.3. Antropometrik Ölçüm Formu

Boy ve kilo ölçümü yapılan adölesanların BKİ değerleri kg cinsinden ağırlığın cm cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır. BKİ değerlendirilmesinde DSÖ'nün yayınladığı 5-19 yaş grubu için persentil tabloları (Bkz. EK-G) kullanılmış ve antropometrik ölçüm formuna (Bkz. EK-C) boy (cm), kilo (kg) ve BKİ (kg/m^2) değerleri kaydedilmiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini adölesanların sosyodemografik özellikleri, ailesel özellikleri, beslenme özellikleri ve şekerli içecek tüketimi oluşturmaktadır.

3.9.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise obezite durumu ve BKİ oluşturmaktadır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına giren tüm öğrencilerin velilerine aydınlatılmış onam formu (Bkz. EK-D) ve izin belgesi (Bkz. EK-E) gönderilerek araştırmayı kabul etmeleri halinde imzalı izinleri alınmıştır. Aynı şekilde tüm öğrencilere öğrenciler için hazırlanan aydınlatılmış onam formu (Bkz. EK-F) dağıtılarak onamları alınmıştır. Öğrencilerin kimlikleri gizli tutulmuştur.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Konya'da farklı iki lisede öğrenim gören öğrencilerde yapılmış olması nedeniyle sadece bu iki liseye genellenebilmektedir. Bununla birlikte araştırmanın sonuçları yalnızca ankete alınan sorularla sınırlıdır. Ayrıca ebeveynlerin obez olma durumunun öğrencilerin beyanına dayanması ise diğer bir sınırlılıktır.

3.12. Araştırma Soruları

Adölesanların sosyodemografik, ailesel, beslenme ve şekerli içecek tüketim özellikleri nasıldır?

Adölesanlarda obezite durumu ve şekerli içecek tüketimi nasıldır?

Adölesanların sosyodemografik, ailesel ve beslenme özelliklerine göre obezite durumları ve BKİ değerleri değişmekte midir?

Adölesanların sosyodemografik, ailesel ve beslenme özelliklerine göre şekerli içecek tüketimi değişmekte midir?

Adölesanlarda şekerli içecek tüketimi ile obezite arasında ilişki var mıdır?

3.13. Verilerin İstatiksel Değerlendirmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS programından yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Skewness Kurtosis ile belirlenmiştir. Bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan veriler için parametrik testler normal dağılıma uymayan veriler için ise non-parametrik testler kullanılmıştır. Niteliksel veriler sayı ve yüzde (oran) ile niceliksel (sayısal) veriler ise ortalama ve standart sapma ile ifade edilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; ki kare, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi, ordinal verilerle sayısal verilerin karşılaştırılmasında ise Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları (r_s); 0.00-0.19 ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde ilişki, 0.20-0.39 zayıf (düşük) ilişki, 0.40-0.69 orta düzeyde ilişki, 0.70-0.89 kuvvetli (yüksek) ilişki, 0.90-1.00 çok kuvvetli ilişki olarak yorumlanmıştır (Alpar 2012). İstatiksel değerlendirmelerde p değeri %95 güven aralığında ve 0,05 anlamlılık düzeyinde kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Adölesanlarda şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular araştırma soruları çerçevesinde 5 ayrı başlıkta verilmiştir;

4.1. Adölesanların sosyodemografik, ailesel, beslenme ve şekerli içecek tüketim özellikleri

4.2. Adölesanların obezite durumu ve şekerli içecek tüketimlerinin dağılımı

4.3. Adölesanların sosyodemografik, ailesel ve beslenme özelliklerine göre obezite durumları ve BKİ değerleri

4.4. Adölesanların sosyodemografik, ailesel ve beslenme özelliklerine göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı

4.5. Adölesanların günlük şekerli içecek tüketimi ile kilo ve BKİ değeri arasındaki ilişki

4.1. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel, Beslenme ve Şekerli İçecek Tüketim Özellikleri

Tablo 4.1.1. Adölesanların Sosyodemografik Özellikleri (n:361)

	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okul Özelliği						
Devlet Okulu	113	59,2	113	66,5	226	62,6
Özel Okul	78	40,8	57	33,5	135	37,4
Sınıf						
9. Sınıf - 10. Sınıf	105	55,0	89	52,4	194	53,7
11. Sınıf - 12. Sınıf	86	45,0	81	47,6	167	46,3
Kardeş Sayısı						
0-2	81	42,4	66	38,8	147	40,7
3 ve üstü	110	57,6	104	61,2	214	59,3
Herhangi Bir Hastalık Varlığı						
Var	20	10,5	24	14,1	44	12,2
Yok	171	89,5	146	85,9	317	87,8
Sürekli Kullanılan İlaç						
Var	9	4,7	17	10,0	26	7,2
Yok	182	95,3	153	90,0	335	92,8
Günlük Uyku Süresi						
9 saatten az	170	89,0	137	80,6	307	85,0
9 saat ve daha fazla	21	11,0	33	19,4	54	15,0
Düzenli Spor Yapma Durumu						
Evet	86	45,0	25	14,7	111	30,7
Hayır	105	55,0	145	85,3	250	69,3
Okula Gitme Şekli						
Yürüyerek	59	30,9	39	22,9	98	27,1
Araçla	132	69,1	131	77,1	263	72,9
Ekran Başında Geçirilen Süre						
120 dk ve altı	71	37,2	90	52,9	161	44,6
120 dk'nın üstü	120	62,8	80	47,1	200	55,4

Tablo 4.1.1.'de adölesanların sosyodemografik özelliklerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların %62,6'sı devlet okulunda öğrenim görmekte ve %53,7'si 9-10. sınıfa gitmektedir. Adölesanların %59,3'ünün 3 ve üstü kardeşe sahip olduğu, %12,2'sinin hastalığının olduğu ve %7,2'sinin ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin %85,0'i günlük 9 saatten az uyumakta, %69,3'ü düzenli spor yapmamakta, %72,9'u okula araçla gidip gelmekte ve %55,4'ü ekran başında günde 120 dk'nın üstünde vakit geçirmektedir.

Tablo 4.1.2. Adölesanların Ailelerine İlişkin Bazı Özellikler (n:361)

	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Anne Eğitim Düzeyi						
İlköğretim Mezunu	106	55,5	108	63,5	214	59,3
Lise Mezunu	54	28,3	34	20,0	88	24,4
Üniversite Mezunu	31	16,2	28	16,5	59	16,3
Baba Eğitim Düzeyi						
İlköğretim Mezunu	63	33,0	52	30,6	115	31,9
Lise Mezunu	61	31,9	54	31,8	115	31,9
Üniversite Mezunu	67	35,1	64	37,6	131	36,3
Ailenin Geliri						
İyi	76	39,8	72	42,4	148	41,0
Orta-Kötü	115	60,2	98	57,6	213	59,0
Ailede Yaşayan Birey Sayısı						
<5 birey	101	52,9	83	48,8	184	51,0
≥5 birey	90	47,1	87	51,2	177	49,0
Ailede Şişman Birey Varlığı						
Var	71	37,2	71	41,8	142	39,3
Yok	120	62,8	99	58,2	219	60,7
Ailedeki Şişman Bireyin Yakınlık Derecesi* (n=142)						
Anne	28	14,7	31	18,2	59	16,3
Baba	33	17,3	35	20,6	68	18,8
Kardeş	7	3,7	10	5,9	17	4,7
Diğer**	16	8,4	12	7,1	28	7,8

* Birden fazla cevap veren öğrenciler vardır.

** Anneanne, babaanne, dede vb.

Tablo 4.1.2’de adölesanların ailelerine ilişkin bazı özellikler verilmiştir. Annelerin çoğunluğu (%59,3) ilköğretim mezunu iken babalar (%36,3) üniversite mezunudur. Öğrencilerin %59,0’u ailesinin gelirinin orta-kötü olduğunu ve %51,0’i ailesinin 5 kişiden az olduğunu ifade etmiştir. Adölesanların %39,3’ü ailesinde şişman birey olduğunu belirtmiştir ve babaların %18,8’i şişmandır.

Tablo 4.1.3. Adölesanların Beslenme Özellikleri (n:361)

	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Günlük Öğün Sayısı						
3 öğünden az	63	33,0	76	44,7	139	38,5
3 öğün	87	45,5	65	38,2	152	42,1
3 öğünden fazla	41	21,5	29	17,1	70	19,4
Ana Öğünleri Atlama Durumu						
Evet	62	32,5	76	44,7	138	38,2
Hayır	129	67,5	94	55,3	223	61,8
Atlanılan Öğün* (n=138)						
Sabah	40	20,9	65	38,2	105	29,1
Öğle	21	11,0	11	6,5	32	8,9
Akşam	4	2,1	8	4,7	12	3,3
Okulda Yiyecek İçecek Yenilen Yer*						
Kantin	158	82,7	135	79,4	293	81,2
Yemekhane	38	19,9	22	12,9	60	16,6
Diğer**	14	7,3	24	14,1	38	10,5
Ekran Başında Yeme-İçme Durumu						
Sıklıkla	82	42,9	46	27,1	128	35,5
Nadiren	91	47,6	106	62,4	197	54,6
Hiç	18	9,4	18	10,6	36	10,0
Reklamlardan Etkilenerek Yiyecek-İçecek Alma Durumu						
Sıklıkla	51	26,7	81	47,6	132	36,6
Nadiren	50	26,2	46	27,1	96	26,6
Hiç	90	47,1	43	25,3	133	36,8
İçecek Satın Alırken Etiket Okuma Durumu						
Var	96	50,3	107	62,9	203	56,2
Yok	95	49,7	63	37,1	158	43,8
İçecek Seçiminde İlk Dikkat Edilen Özellik*						
Markası	48	25,1	40	23,5	88	24,4
Tadı	24	12,6	38	22,4	62	17,2
Aroması	14	7,3	16	9,4	30	8,3
Fiyatı	28	14,7	17	10,0	45	12,5
Son Kullanma Tarihi	17	8,9	20	11,8	37	10,2
İçindekiler	36	18,8	42	24,7	78	21,6
Kalitesi	10	5,2	4	2,4	14	3,9
Diğer***	21	11,0	23	13,5	44	12,2

*Birden fazla cevap veren öğrenciler vardır.

** Limonata, enerji içeceği

** Evden getirme, dışarıdan satın alma

*** Sıcak-soğuk olması, dış görünüşü, miktarı, rengi, TSE etiketi

Tablo 4.1.3'te adölesanların beslenme özellikleri yer almaktadır. Adölesanların %38,5'inin günlük 3 öğünden az yemek yediği, %38,2'sinin ana öğünleri atladığı, %29,1'inin sabah kahvaltısını yapmadığı, %81,2'sinin okulda yiyecek ihtiyacını kantinden karşıladığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin %35,5'inin ekran başında "sıklıkla" yiyip içtiği, %36,6'sının reklamlardan etkilenerek "sıklıkla" yiyecek-içecek aldığı, %43,8'inin içecek satın alırken etiket bilgisini okumadığı ve %24,4'ünün içecek seçerken ilk olarak markasına dikkat ettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.1.4. Adölesanların Şekerli İçecek Tüketim Özellikleri (n:361)

	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ekran Başında Şekerli İçecek Tüketimi						
Var	67	35,1	40	23,5	107	29,6
Yok	124	64,9	130	76,5	254	70,4
Şekerli İçecek Reklamlarından Etkilenme Durumu						
Var	24	12,6	29	17,1	53	14,7
Yok	167	87,4	141	82,9	308	85,3
Buzdolabında Şekerli İçecek Bulunma Durumu						
Evet	96	50,3	60	35,3	156	43,2
Hayır	95	49,7	110	64,7	205	56,8
Öğün Aralarında Şekerli İçecek Tüketim Alışkanlığı						
Var	112	58,6	101	59,4	213	59,0
Yok	79	41,4	69	40,6	148	41,0
Öğün Aralarında Tüketilen Şekerli İçecekler*						
Kola	61	31,9	25	14,7	86	23,8
Meyve suyu	27	14,1	51	30,0	78	21,6
Buzlu çay	25	13,1	7	4,1	32	8,9
Çay-kahve	9	4,7	20	11,8	29	8,0
Sade-meyveli gazoz	12	6,3	15	8,8	27	7,5
Meyveli soda	7	3,7	19	11,2	26	7,2
Aromalı süt	4	2,1	9	5,3	13	3,6
Diğer**	7	3,7	3	1,8	10	2,8
İçeceklere Şeker-Tatlandırıcı Ekleme Durumu						
Evet	61	31,9	42	24,7	103	28,5
Hayır	84	44,0	86	50,6	170	47,1
Bazen	46	24,1	42	24,7	88	24,4
Light İçecek Tercih Etme Durumu						
Evet	12	6,3	11	6,5	23	6,4
Hayır	158	82,7	96	56,5	254	70,4
Bazen	21	11,0	63	37,1	84	23,3

* Birden fazla cevap veren öğrenciler vardır.

** Limonata, enerji içeceği

Tablo 4.1.4'te adölesanların şekerli içecek tüketim özellikleri verilmiştir. Adölesanların %29,6'sının ekran başında şekerli içecek tükettiği ve %14,7'sinin şekerli içecek reklamlarından etkilendiği saptanmıştır. Öğrencilerin %43,2'sinin buzdolabında şekerli içecek bulunduğu, %59,0'unun öğün aralarında şekerli içecek

tüketim alışkanlığı olduğu ve en fazla (%23,8) kola tükettikleri belirlenmiştir. Ayrıca adölesanların %28,5'inin içeceklere şeker-tatlandırıcı eklediği, %70,4'ünün ise light (diyet) içecek tercih etmediği görülmüştür.

4.2. Adölesanların Obezite Durumu ve Şekerli İçecek Tüketimlerinin Dağılımı

Tablo 4.2.1. Adölesanların Obezite Durumlarının Dağılımı (n:361)

	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çok Zayıf / Zayıf / Normal	146	76,4	126	74,1	272	75,3
Fazla Kilolu	25	13,1	29	17,1	54	15,0
Obez	20	10,5	15	8,8	35	9,7

Adölesanların BKİ (kg cinsinden ağırlığın cm cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen değer) hesaplanarak DSÖ'nün 2007 yılında 2-19 yaş grubu için yayınladığı persentil tablolarına göre obezite dağılımları hesaplanmıştır. Bu tablolara göre “ ≥ 85 . persentil - < 97 . persentil” aralığında olanlar fazla kilolu, “ ≥ 97 . persentil” olanlar ise obezdir.

Tablo 4.2.1'de adölesanların obezite durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Bu tabloya göre adölesanların %15,0'inin fazla kilolu, %9,7'sinin ise obez olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde obezite görülme oranı %10,5 iken kızlarda bu oranın %8,8 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2.2. Adölesanların Şekerli İçecek Tüketimlerinin Dağılımı (n:361)

ŞEKERLİ İÇECEKLER	n	%
ÇAY		
Tüketen	319	88,4
Tüketmeyen	42	11,6
KOLA		
Tüketen	296	82,0
Tüketmeyen	65	18,0
HAZIR MEYVE SUYU		
Tüketen	274	75,9
Tüketmeyen	87	24,1
KAHVE		
Tüketen	271	75,1
Tüketmeyen	90	24,9
TÜRK KAHVESİ		
Tüketen	245	67,9
Tüketmeyen	116	32,1
AROMALI SÜT		
Tüketen	231	64,0
Tüketmeyen	130	36,0
GAZOZ		
Tüketen	209	57,9
Tüketmeyen	152	42,1
BUZLU ÇAY		
Tüketen	207	57,3
Tüketmeyen	154	42,7
MEYVELİ SODA		
Tüketen	203	56,2
Tüketmeyen	158	43,8
MEYVELİ GAZOZ		
Tüketen	174	48,2
Tüketmeyen	187	51,8
ENERJİ İÇECEĞİ		
Tüketen	143	39,6
Tüketmeyen	218	60,4
DİĞER*		
Tüketen	3	0,8
Tüketmeyen	358	99,2

*Milkshake, salep, sıcak çikolata

Tablo 4.2.2’de adölesanların şekerli içecek tüketimlerinin dağılımı yer almaktadır. Bu tabloya göre adölesanların %88,4’ü çay, %82,0’si kola, %75,9’u hazır meyve suyu, %75,1’i kahve, %67,9’u türk kahvesi, %64,0’ü aromalı süt, %57,9’u gazoz, %57,3’ü buzlu çay, %56,2’si meyveli soda, %48,2’si meyveli gazoz, %39,6’sı enerji içeceği tüketmektedir.

4.3. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel ve Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumları ve BKİ Değerleri

Tablo 4.3.1. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obezite Durumları (n:361)

	Obez Olan		Obez Olmayan		X ^{2*}	p
	n	%	n	%		
Okulun Özelliği						
Devlet Okulu	18	8,0	208	92,0	1,573	0,210
Özel Okul	17	12,6	118	87,4		
Sınıf						
9. Sınıf - 10. Sınıf	18	9,3	176	90,7	0,012	0,912
11. Sınıf - 12. Sınıf	17	10,2	150	89,8		
Cinsiyet						
Kız	15	8,8	155	91,2	0,122	0,726
Erkek	20	10,5	171	89,5		
Kardeş Sayısı						
0-2	17	11,6	130	88,4	0,662	0,416
3 ve üstü	18	8,4	196	91,6		
Günlük Uyku Süresi						
9 saatten az	31	10,1	276	89,9	0,135	0,714
9 saat ve daha fazla	4	7,4	50	92,6		
Düzenli Spor Yapma Durumu						
Evet	9	8,1	102	91,9	0,237	0,627
Hayır	26	10,4	224	89,6		
Okula Gitme Şekli**						
Yürüyerek	11	11,2	87	88,8	0,160	0,690
Araçla	24	9,1	239	90,9		
Ekran Başında Günlük Geçirilen Süre						
120 dk ve altı	14	8,7	147	91,3	0,158	0,691
120 dk'nın üstü	21	10,5	179	89,5		

* Yates düzeltilmeli ki kare yapılmıştır.

** Birden fazla cevap veren öğrenciler vardır.

Tablo 4.3.1'de adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre obezite durumları verilmiştir. Okulun özelliği, sınıf, cinsiyet, kardeş sayısı, günlük uyku süresi, düzenli spor yapma, okula gitme şekli ve günlük ekran başında geçirilen süre ile obezite durumu arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.2. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Obezite Durumları (n:361)

	Obez Olan		Obez Olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Anne Eğitim Düzeyi						
İlköğretim Mezunu	21	9,8	193	90,2	6,215*	0,045
Lise Mezunu	4	4,5	84	95,5		
Üniversite Mezunu	10	16,9	49	83,1		
Baba Eğitim Düzeyi						
İlköğretim Mezunu	11	9,6	104	90,4	0,117*	0,943
Lise Mezunu	12	10,4	103	89,6		
Üniversite Mezunu	12	9,2	119	90,8		
Ailenin Geliri						
İyi	22	14,9	126	85,1	6,688**	0,010
Orta-Kötü	13	6,1	200	93,9		
Ailede Yaşayan Birey Sayısı						
<5 birey	21	11,4	163	88,6	0,896**	0,344
≥5 birey	14	7,9	163	92,1		
Ailede Şişman Birey Varlığı						
Var	22	15,5	120	84,5	7,928**	0,005
Yok	13	5,9	206	94,1		
Annede Şişmanlık						
Var	7	11,9	52	88,1	0,141**	0,708
Yok	28	9,3	274	90,7		
Babada Şişmanlık						
Var	13	19,1	55	80,9	7,221**	0,007
Yok	22	7,5	271	92,5		

* Çok gözlü pearson ki kare yapılmıştır.

** Yates düzeltilmeli ki kare yapılmıştır.

Tablo 4.3.2’de adölesanların ailesel özelliklerine göre obezite durumlarına yer verilmiştir. Anne eğitim düzeyine göre obezite durumu arasında istatistiki açıdan fark bulunmuştur (p=0,045). Annesi ilköğretim mezunu olan adölesanların %9,8’i, lise mezunu olanların %4,5’i ve üniversite mezunu olanların %16,9’u obezdır. Annesi üniversite mezunu olan öğrencilerde obezite görülme oranı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Ailenin gelirine göre obezite durumuna arasında istatistiki açıdan fark bulunmuştur (p=0,010). Ailesinin geliri orta-kötü olanlarda obezite görülme oranı %6,1 iken geliri “iyi” olanlarda bu oran %14,9’dur. Geliri iyi olanlarda obezite daha fazla görülmektedir.

Ailede şışman birey varlığına göre obezite durumu değerlendirildiğinde istatistiki açıdan fark bulunmuştur ($p=0,005$). Ailesinde şışman birey olmayanlarda obezite görölme oranı %5,9 iken şışman birey olanlarda %15,5'dir. Ailesinde şışman birey olanlarda obezite görölme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Babada şışmanlığa göre obezite durumu değerlendirildiğinde istatistiki açıdan fark bulunmuştur ($p=0,007$). Babası obez olmayanların %7,5'i obez iken babası obez olanların %19,1'i obezdir. Babası obez olanlarda obezite görölme oranı daha yüksektir.

Babanın eğitim düzeyi, ailede yaşıyan birey sayısı ve annede şışmanlık ile obezite durumu arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.3. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumları (n:361)

	Obez Olan		Obez Olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Günlük Öğün Sayısı						
3 öğünden az	16	11,5	123	88,5	1,085*	0,581
3 öğün	14	9,2	138	90,8		
3 öğünden fazla	5	7,1	65	92,9		
Ana Öğünleri Atlama Durumu						
Atlıyor	15	10,9	123	89,1	0,168**	0,682
Atlamıyor	20	9,0	203	91,0		
Sabah Öğünü						
Atlıyor	12	11,4	93	88,6	0,267**	0,605
Atlamıyor	23	9,0	233	91,0		
Okulda Kantinden Yeme-İçme						
Var	29	9,9	264	90,1	0,002**	0,966
Yok	6	8,8	62	91,2		
Okulda Yemekhaneden Yeme-İçme						
Var	7	11,7	53	88,3	0,106**	0,744
Yok	28	9,3	273	90,7		
Ekran Başında Yeme-İçme Durumu						
Sıklıkla	10	7,8	118	92,2	1,082*	0,582
Nadiren	22	11,2	175	88,8		
Hiç	3	8,3	33	91,7		
Ekran Başında Şekerli İçecek Tüketimi						
Var	5	4,7	102	95,3	3,604**	0,058
Yok	30	11,8	224	88,2		
Buzdolabında Şekerli İçecek Bulunma Durumu						
Evet	13	8,3	143	91,7	0,340**	0,560
Hayır	22	10,7	183	89,3		
Öğün Aralarında Şekerli İçecek Tüketim Alışkanlığı						
Var	20	9,4	193	90,6	0,003**	0,956
Yok	15	10,1	133	89,9		

* Çok gözlü pearson ki kare yapılmıştır.

** Yates düzeltmeli ki kare yapılmıştır.

Tablo 4.3.3'te adölesanların beslenme özelliklerine göre obezite durumları verilmiştir. Adölesanların günlük öğün sayısı, ana öğünleri atlama durumu, sabah öğünü atlama durumu, okulda kantinden yeme içme, okulda yemekhaneden yeme

içme, ekran başında yeme-içme durumu, ekran başında şekerli içecek tüketimi, buzdolabında şekerli içecek bulundurma durumu, öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığı ile obezite durumu arasında istatistiki açıdan fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.3.4. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beden Kütle İndeksleri (n:361)

	BKİ Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Okulun Özelliği			
Devlet Okulu	21(19-24)	MWU	0,026
Özel Okul	21(20-25)	13118,000	
Sınıf			
9. Sınıf - 10. Sınıf	21(19-23)	MWU	0,011
11. Sınıf - 12. Sınıf	22(20-25)	13689,000	
Cinsiyet			
Kız	21(19-25)	MWU	0,176
Erkek	21(19-24)	14895,000	
Herhangi Bir Hastalık Varlığı			
Var	22(21-26)	MWU	0,008
Yok	21(19-24)	5263,500	
Sürekli Kullanılan İlaç			
Var	23(20-26)	MWU	0,015
Yok	21(19-24)	3105,500	
Günlük Uyku Süresi			
9 saatten az	21(19-25)	MWU	0,567
9 saat ve daha fazla	21(19-24)	7884,500	
Düzenli Spor Yapma Durumu			
Evet	21(19-24)	MWU	0,733
Hayır	21(19-24)	13562,500	
Ekran Başında Günlük Geçirilen Süre			
120 dk ve altı	21(19-25)	MWU	0,986
120 dk'nın üstü	21(19-24)	16083,000	

* Nonparametrik Mann Whitney U testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

Tablo 4.3.4'te adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre beden kütle indeksleri verilmiştir. Adölesanların gittikleri okulun devlet ve özel olmasına göre BKİ karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,026). Özel okula giden öğrencilerin devlet okuluna giden öğrencilere göre BKİ değerleri daha yüksektir.

Sınıfa göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,014). 11 ve 12.sınıfta okuyan adölesanların BKİ değerleri 9 ve 10.sınıfta okuyanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Herhangi bir hastalık varlığına göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,008). Herhangi bir hastalığı olan adölesanların BKİ değerleri hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir.

Sürekli kullanılan ilaç varlığına göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,015$). Sürekli ilaç kullanan adölesanların BKİ değerleri kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Cinsiyete, günlük uyku süresine, düzenli spor yapma durumuna ve ekran başında günlük geçirilen süreye göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.3.5. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Beden Kütle İndeksleri (n:361)

	BKİ Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Anne Eğitim Düzeyi			
İlköğretim Mezunu	21(19-24)	KW 8,287	0,016
Lise Mezunu	21(19-23)		
Üniversite Mezunu**	23(20-26)		
Baba Eğitim Düzeyi			
İlköğretim Mezunu	21(19-24)	KW 1,075	0,584
Lise Mezunu	21(19-25)		
Üniversite Mezunu	21(19-25)		
Ailenin Geliri			
İyi	21(19-26)	MWU 14427,000	0,171
Orta-Kötü	21(19-23)		
Ailede Yaşayan Birey Sayısı			
3 birey ve altı	22(20-26)	KW 6,759	0,080
4 birey	21(19-24)		
5 birey	21(19-24)		
6 birey ve üstü	20(19-22)		
Ailede Şişman Birey Varlığı			
Var	22(20-26)	MWU 11261,500	0,000
Yok	21(19-23)		
Annede Şişmanlık			
Var	23(21-25)	MWU 6093,500	0,000
Yok	21(19-24)		
Babada Şişmanlık			
Var	23(20-27)	MWU 8098,500	0,016
Yok	21(19-24)		
Kardeşte Şişmanlık			
Var	22(20-27)	MWU 2123,000	0,057
Yok	21(19-24)		
Diğer Aile Bireylerinde Şişmanlık***			
Var	23(20-28)	MWU 3629,500	0,052
Yok	21(19-24)		

*Nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

**Farkın kaynaklandığı grup

***Anneanne, babaanne, dede vb.

Tablo 4.3.5'te adölesanların ailesel özelliklerine göre beden kütle indeksleri yer almaktadır. Anne eğitim düzeyine göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,016). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde annesi üniversite mezunu olan grubun BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu ve farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Ailede şışman birey varlığına göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Ailesi şışman birey olan adölesanların BKİ değerleri ailesinde şışman birey olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Annede şışmanlık bulunma durumuna göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Annesi şışman olan adölesanların BKİ değerleri annesi şışman olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Babada şışmanlık bulunma durumuna göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,016$). Babası şışman olan adölesanların BKİ değerleri babası şışman olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Baba eğitim düzeyine, ailenin gelinine, ailede yaşıyan birey sayısına, kardeşte ve diğer aile bireylerinde şışmanlık bulunma durumuna göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.3.6. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Beden Kütle İndeksleri (n:361)

	BKİ Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Günlük Öğün Sayısı			
3 öğünden az**	22(20-25)	KW	0,005
3 öğün	21(19-24)	10,553	
3 öğünden fazla	20(19-22)		
Ana Öğünleri Atlama Durumu			
Atlıyor	22(19-25)	MWU	0,006
Atlamıyor	21(19-23)	12747,000	
Sabah Öğünü			
Atlıyor	22(20-26)	MWU	0,010
Atlamıyor	21(19-23)	11131,000	
Ekran Başında Şekerli İçecek Tüketimi			
Var	21(19-23)	MWU	0,057
Yok	21(19-25)	11862,500	
Şekerli İçecek Reklamlarından Etkilenme Durumu			
Var	20(19-25)	MWU	0,591
Yok	21(19-24)	7785,000	
Öğün Aralarında Şekerli İçecek Tüketim Alışkanlığı			
Var	21(19-24)	MWU	0,232
Yok	22(19-24)	14596,500	

*Nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

**Farkın kaynaklandığı grup

Tablo 4.3.6’da adölesanların beslenme özelliklerine göre beden kütle indeksleri verilmiştir. Günlük öğün sayısına göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,005). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın 3 öğünden az beslenen gruptan kaynaklandığı ve bu grubun BKİ değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ana öğünleri atlama durumuna göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,006). Ana öğünleri atlayan adölesanların BKİ değerleri atlamayanlara göre daha yüksektir.

Sabah öğününü atlama durumuna göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,010). Sabah öğününü atlayan adölesanların BKİ değerleri atlamayanlara göre daha yüksektir.

Ekran başında şekerli içecek tüketimine, şekerli içecek reklamlarından etkilenme durumuna ve öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığına göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

4.4. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel ve Beslenme Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı

Tablo 4.4.1. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı (n:361)

	Günlük Miktar Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Okulun Özelliği			
Devlet Okulu	570(324-1064)	MWU	0,814
Özel Okul	566(357-863)	15029,500	
Cinsiyet			
Kız	482(240-830)	MWU	0,000
Erkek	612(385-1228)	12195,000	
Günlük Alınan Harçlık Miktarı (TL)			
10,00 TL'nin altı	565(308-943)	MWU	0,019
10,00 TL ve üstü	612(445-1286)	6290,500	
Günlük Uyku Süresi			
9 saatten az	570(351-986)	MWU	0,894
9 saat ve daha fazla	625(290-946)	8195,000	
Düzenli Spor Yapma Durumu			
Evet	612(359-1105)	MWU	0,024
Hayır	539(308-920)	11807,500	
Ekran Başında Günlük Geçirilen Süre			
120 dk ve altı	532(282-926)	MWU	0,041
120 dk'nın üstü	572(372-1087)	14088,000	

* Nonparametrik Mann Whitney U testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

Tablo 4.4.1'de adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı verilmiştir. Cinsiyete göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Erkekler kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla şekerli içecek tüketmektedir.

Günlük alınan harçlık miktarına göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,019$). Günlük harçlık miktarı 10,00 TL ve üstü olan adölesanlarda günlük şekerli içecek tüketimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Günlük alınan harçlık miktarı arttıkça günlük şekerli içecek tüketiminin arttığı söylenebilir.

Düzenli spor yapma durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,024$). Düzenli spor yapan

adölesanların yapmayanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ekran başında günlük geçirilen süreye göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,041$). Ekran başında günlük 120 dk'dan fazla vakit geçirenlerde günlük şekerli içecek tüketimi 120 dk ve daha az geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Okul özelliğine ve günlük uyku süresine göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.4.2. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı (n:361)

	Günlük Miktar Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Anne Eğitim Düzeyi			
İlköğretim Mezunu	570(345-1062)	KW 1,388	0,500
Lise Mezunu	570(352-1009)		
Üniversite Mezunu	517(291-886)		
Baba Eğitim Düzeyi			
İlköğretim Mezunu	574(340-1096)	KW 1,081	0,582
Lise Mezunu	570(351-1098)		
Üniversite Mezunu	566(327-900)		
Ailenin Geliri			
İyi	570(349-1083)	MWU 14485,000	0,190
Orta-Kötü	570(318-925)		
Ailede Şişman Birey Varlığı			
Var	655(362-1099)	MWU 13637,500	0,048
Yok	536(327-923)		
Annede Şişmanlık			
Var	742(354-1056)	MWU 7827,000	0,140
Yok	570(328-954)		
Babada Şişmanlık			
Var	685(291-1048)	MWU 9349,000	0,429
Yok	570(351-960)		
Kardeşte Şişmanlık			
Var	900(254-1415)	MWU 2557,500	0,383
Yok	570(336-951)		
Diğer Aile Bireylerinde Şişmanlık**			
Var	599(441-1184)	MWU 4021,000	0,227
Yok	570(328-955)		

*Nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

**Anneanne, babaanne, dede vb.

Tablo 4.4.2’de adölesanların ailesel özelliklerine göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı verilmiştir. Ailede şişman birey varlığına göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,048). Ailesinde şişman birey bulunan adölesanların bulunmayanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Anne eğitim düzeyine, baba eğitim düzeyine, ailenin gelirine, anne, baba, kardeş ve diğer aile bireylerinde şişmanlık bulunma durumuna göre günlük şekerli

içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.4.3. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı (n:361)

	Günlük Miktar Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Günlük Öğün Sayısı			
3 öğünden az	570(357-949)	KW 2,417	0,299
3 öğün	536(279-963)		
3 öğünden fazla	599(381-1067)		
Ana Öğünleri Atlama Durumu			
Atlıyor	570(357-950)	MWU 15381,000	0,995
Atlamıyor	570(327-986)		
Okulda Kantinden Yeme-İçme			
Var	570(354-1065)	MWU 8379,000	0,041
Yok	483(246-732)		
Okulda Yemekhaneden Yeme-İçme			
Var	531(303-880)	MWU 8682,000	0,637
Yok	570(349-998)		
Ekran Başında Yeme-İçme Durumu			
Sıklıkla**	623(429-1103)	KW 10,534	0,005
Nadiren	530(292-900)		
Hiç	413(228-866)		
Ekran Başında Şekerli İçecek Tüketimi			
Var	652(449-1228)	MWU 10267,500	0,000
Yok	517(288-889)		
Buzdolabında Şekerli İçecek Bulunma Durumu			
Evet	719(441-1364)	MWU 10985,000	0,000
Hayır	473(258-835)		
Öğün Aralarında Şekerli İçecek Tüketim Alışkanlığı			
Var	602(389-1163)	MWU 11961,000	0,000
Yok	445(238-835)		
İçecek Satın Alırken Etiket Okuma Durumu			
Var	570(306-868)	MWU 14119,000	0,051
Yok	570(378-1230)		
Light İçecek Tercih Etme Durumu			
Var	570(308-842)	MWU 12313,000	0,159
Yok	570(355-1074)		

*Nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

**Farkın kaynaklandığı grup

Tablo 4.4.3. Devam. Adölesanların Beslenme Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı (n:361)

	Günlük Miktar Q(Q₁-Q₃)*	Test Değeri	p
Obezite Durumu			
Obez Olan	596(382-1464)	MWU	0,251
Obez Olmayan	570(330-950)	5032,000	

*Nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldığı için çeyreklik değerleri Q(Q₁-Q₃) verilmiştir.

Tablo 4.4.3'te adölesanların beslenme özelliklerine göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı verilmiştir. Okulda kantinden yeme-içme durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,041). Kantinden beslenen adölesanlar kantinden beslenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla şekerli içecek tüketmektedir.

Ekran başında yeme-içme durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır (p=0,005). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili analizlerde farkın ekran başında yeme-içme durumuna "sıklıkla" cevabını veren gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Ekran başında yeme-içme durumuna "sıklıkla" cevabını veren adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

Ekran başında şekerli içecek tüketimine göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır (p<0,001). Ekran başında şekerli içecek tüketen adölesanların tüketmeyenlere göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

Buzdolabında şekerli içecek bulunma durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır (p<0,001). Buzdolabında şekerli içecek bulunan adölesanların bulunmayanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

Öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığına göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır (p<0,001). Öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığı olan

adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı alışkanlığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

Günlük öğün sayısına, ana öğünleri atlama durumuna, okulda yemekhaneden yeme-içme durumuna, içecek satın alırken etiket okuma durumuna, light içecek tercih etme durumuna ve obezite durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.5. Adölesanların Günlük Şekerli İçecek Tüketimi ile Kilo ve BKİ Değeri Arasındaki İlişki

Tablo 4.5.1. Adölesanların Günlük Şekerli İçecek Tüketimi ile Kilo ve BKİ Değeri Arasındaki İlişki (n:361)

	Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı	
	r_s	p
Kilo	0,123	0,020
Beden Kütle İndeksi	0,005	0,929

r_s : Spearman Korelasyon Testi

Tablo 4.5.1’de adölesanların günlük şekerli içecek tüketimi ile kilo ve BKİ değeri arasındaki ilişki verilmiştir. Korelasyon katsayıları (r_s); 0.00-0.19 ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde ilişki, 0.20-0.39 zayıf (düşük) ilişki, 0.40-0.69 orta düzeyde ilişki, 0.70-0.89 kuvvetli (yüksek) ilişki, 0.90-1.00 çok kuvvetli ilişki olarak yorumlanmıştır (Alpar 2012).

Günlük şekerli içecek tüketim miktarı ve kilo arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde çok zayıf anlamlı bir ilişki vardır ($r_s=0,123$; $p=0,020$). Ancak günlük şekerli içecek tüketim miktarı ve BKİ değeri ($r_s=0,005$; $p=0,929$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

5. TARTIŞMA

Obezite halk sağlığı açısından önlem alınması gereken önemli bir halk sağlığı problemidir. Son yıllarda obezite prevalansı tüm dünyada ve Türkiye’de giderek artmaktadır. Obeziteye neden olan birçok faktör bulunmakla birlikte beslenme şeklinin obeziteye katkısı büyüktür. Yiyecekler içinde obeziteyi en çok arttıran besinlerden birisi de şekerli besinlerdir. Şekerli içecek tüketimi artan küresel obezite oranıyla paralel olarak bir artış göstermektedir (Fang ve 方行陟 2014). Bu nedenle bu çalışma Konya’da bulunan iki lisede öğrenim gören 14-18 yaş aralığındaki adölesanlarda şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bizim araştırmamızda adölesanların %9,7’sinin obez olduğu tespit edilmiştir. Günlük şekerli içecek tüketimi ve obezite arasında ilişki bulunamamıştır ancak günlük şekerli içecek tüketimi ve kilo arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Adölesanların Sosyodemografik ve Beslenme Özellikleri

Bizim araştırmamızda öğrencilerin %69,3’ü düzenli spor yapmadığını belirtmiştir (Tablo 1). Bu bulgu ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Tekgül ve ark. 2012; Bebiş ve ark. 2015; Kalkan ve ark. 2015). Çocuk ve adölesanların uygun fiziksel aktivite yapmalarını ve bu davranışın alışkanlık haline getirilmesini sağlamak önemlidir. Adölesan dönemde yapılan egzersizde; kendini iyi hissetmek, büyüme ve gelişmeyi sağlamak, yetişkinlikte aktif yaşam stilini oluşturmak, kemik mineral yoğunluğunu arttırmak ve ilerde osteoporoz oluşma riskini azaltmak, fazla kilolu olma veya obezite insidansını ve yetişkinlikte kronik hastalıkların görülme riskini azaltmak amaçlanmaktadır (Menteş ve ark. 2011; Baltacı ve Düzgün 2012).

Bizim araştırmamızda öğrencilerin %55,4’ü ekran başında günde 120 dk’nın üstünde vakit geçirmektedir (Tablo 1). Literatür tarandığında adölesanların televizyon ve bilgisayar başında günlük ortalama 1-5 saat vakit geçirdiği tespit edilmiştir (Akman ve ark. 2012; Kalkan ve ark. 2015; Yıldırım Aksakal ve Oğuzöncül 2017). Televizyon ve bilgisayar kullanımının artışı, kişiyi sedanter yaşama yöneltirken besin alımını da uyarıcı niteliktedir. Bununla birlikte yeme ile

ilgili çeşitli mesaj ve modeller ve yeni besin ürünlerinin duyurulması televizyon yolu ile olur. Bu nedenle ekran başında geçirilen süre önemlidir (Köksal ve Gökmen Özel 2012).

Bizim araştırmamızda adölesanların %38,5'inin günlük 3 öğünden az yemek yediği, %38,2'sinin ana öğünleri atladığı, %29,1'inin sabah kahvaltısını yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Kars'ta bir lisede öğrenim gören 317 öğrencide yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin %40,4'ü iki öğün, %8,5'i bir öğün yemek yediğini bildirmiştir. Hiç kahvaltı yapmadığını söyleyenlerin oranı %14,2'dir (Çelik Kayapınar ve Aydemir 2014). 485 lise öğrencisiyle yapılan diğer bir çalışmada ise öğrencilerin %68,5'inin öğünlerden en az birini atladığı ya da öğünleri düzensiz yediği saptanmıştır. Ayrıca sabah kahvaltısı %40,8 oranla en düzensiz yenen veya en çok atlanan öğün olarak belirlenmiştir (Uskun ve Şabaplı 2013). Metinoğlu ve ark. (2012)'nin çalışmasında da en çok atlanılan öğün kahvaltıdır. Nijerya'da 10-19 yaş aralığındaki 797 adölesanla yapılan tanımlayıcı bir çalışmada adölesanların çoğunluğu (%71,6) günde üç öğün yemek yediğini, %84'ü öğün atladığını ve en çok kahvaltı öğününü (%14,1) atladıklarını bildirmişlerdir (Omuemu ve Oko-Oboh 2015). Kilo kontrolünde düzenli beslenmenin önemi yadsınamaz. Öğün atlamadan beslenmek önemlidir.

5.2. Adölesanların Obezite Durumları

Bizim araştırmamızda obezite prevalansı erkeklerde (%10,5) kızlara (%8,8) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4) fakat cinsiyet ile obezite arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,726$, Tablo 6). Yapılan bazı çalışmalarda kızların daha fazla obez olduğu bulunurken (Inanc 2014; Lateef ve ark. 2016), bazı çalışmalarda da erkekler obez bulunmuştur (Akçam ve ark. 2013; Tütüncü 2014; Aktaş ve ark. 2015; Chincholikar ve Sohani 2016; Gorantla ve Kumar 2017). Bizim çalışmamızda obezite prevalansının erkeklerde daha fazla bulunmasının adölesan dönemde kızların dış görünüşe daha fazla önem vermelerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Karaman'da 6-19 yaş grubunda olan 197 ilköğretim ve ortaöğretim okulundaki öğrencilerde yapılan bir araştırmada obezite prevalansı %7,9 olarak belirlenmiştir (Altuncan 2013). Ankara'da sağlık meslek lisesinde öğrenim görmekte olan 14-17 yaş arası 172 kız öğrenci üzerinde yürütülen bir çalışmada kızların %13,9'ünün fazla kilolu ve obez olduğu görülmüştür (Nişancı Kılınç ve

Çağdaş 2012). İzmir’de yapılan bir çalışmada 16-19 yaş grubunda obezite prevalansı %6 olarak bulunurken (Adam ve ark. 2014) bir başka çalışmada öğrencilerin %16,7’si obez olarak bulunmuştur (Çam ve Üstüner Top 2014). Bangladeş’te 9-17 yaş arası 501 adölesan kızla yapılan bir çalışmada kızlarda obezite prevalansı %23 olarak saptanmıştır (Zabeen ve ark. 2015). İran’da adölesan kızlarla yapılan bir çalışmada fazla kilolu olma prevalansı %15,2 obezite prevalansı ise %26,7 olarak tespit edilmiştir (Abtahi ve ark. 2016).

5.3. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel ve Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumları ve BKİ Değerleri

Bizim araştırmamızda anne eğitim düzeyine göre BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,016$, Tablo 10). Annesi üniversite mezunu olanların BKİ değerleri daha yüksek bulunmuştur. Tahran’ın kuzeyinden 105 ve güneyinden 105 liseli kız öğrenci alınarak yapılan bir araştırmada kuzeydeki kızların BKİ değerleri ile annelerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenirken güneydekilerde ilişki bulunamamıştır (Abtahi ve ark. 2016). Elazığ’da adölesanlarla yapılan bir araştırmada öğrencilerin ailelerinin eğitim düzeyi ve BKİ değişimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Yıldırım Aksakal ve Oğuzöncül 2017). Annelerin eğitim düzeyi adölesanların davranışını etkilemektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan annelerin adölesanları doğru davranışa yönlendirmeleri beklenir.

Bizim araştırmamızda ailenin gelirin'e göre obezite durumu arasında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ($p=0,010$, Tablo 7). Geliri iyi olanlarda obezitenin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Chincholikar ve Sohani (2016)’nin yaptığı bir çalışmada sosyoekonomik durum ile fazla kilolu olma veya obezite prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve sosyoekonomik durumu daha iyi olanlarda obezite fazla görülmüştür. İran’da 12-14 yaş arası 1189 adölesanla yapılan bir çalışmada ailenin aylık gelir düzeyi ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Ailesi yüksek gelire sahip olan fazla kilolu/obez adölesanların sayısı düşük gelirli olanlara kıyasla neredeyse iki kat daha fazladır (Shafaghi ve ark. 2014). 7-14 yaş arası 242 öğrencide yürütülen bir çalışmada gelir düzeyi ile obezite görülme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve ailesinin geliri 1000 TL ve altında olan obez öğrencilerin

oranı %2 iken, ailesinin geliri 2001 TL ve üzerinde olan obez öğrencilerin oranı %66 olarak bulunmuştur (Çınar 2013). Ailenin gelirinin artması kişilerin istediği yiyecek ve içeceğe ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır.

Araştırmamızda adölesanların %39,3'ü ailesinde şişman birey olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Annesi veya babası şişman olan adölesanların BKİ değerleri daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,001$, $p=0,016$, Tablo 10). Yapılan çeşitli çalışmalarda ailesinde şişman birey olan adölesanlarda BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Jia ve ark. 2012; Metinoğlu ve ark. 2012; Shafaghi ve ark. 2014). Ulutaş ve ark. (2014)'nın 6-18 yaş arası obez olan ($n=109$) ve olmayan ($n=109$) iki gruba yaptıkları bir vaka-kontrol çalışmasında anne ve babanın BKİ değerlerinin vaka ile kontrol grubu arasındaki farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada obez çocukların %63'ünün ailesinde obez birey olduğu belirlenirken kontrol grubunda bu oran %29,4 olarak bulunmuştur. Bu bulgular obezitenin genetik rolünün ve çevresel faktörlerin önemini göstermektedir.

Öğün atlama kilo kontrolünü etkilemektedir. Bu durum araştırmamızda BKİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ($p=0,006$, Tablo 11). Ayrıca günlük öğün sayısına göre BKİ değerleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,005$, Tablo 11). Ana öğünleri atlayan ve 3 öğünden az beslenen adölesanların BKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. 7-14 yaş arası öğrencilerle yapılan bir çalışmada düzenli olarak üç öğün beslenme alışkanlığı olmayan öğrencilerde obezite oranı, düzenli beslenenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Çınar 2013).

5.4. Adölesanların Sosyodemografik, Ailesel ve Beslenme Özelliklerine Göre Günlük Şekerli İçecek Tüketim Miktarı

Bizim araştırmamızda günlük alınan harçlık miktarına göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,019$, Tablo 12). Günlük harçlık miktarı 10,00 TL ve üstü olan adölesanlarda günlük şekerli içecek tüketimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Günlük alınan harçlık miktarı arttıkça günlük şekerli içecek tüketiminin arttığı söylenebilir. Adölesanlara verilen günlük harçlık miktarı önemlidir. Harçlıkların bir

kısmı zaruri ihtiyaçlara ayrılırken kalan miktar bireyi kalorili besinlere daha fazla yönlendirebilir.

Bizim araştırmamızda düzenli spor yapma durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,024$, Tablo 12). Düzenli spor yapan adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni adölesanların sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgilerinin olmayışı olabilir. Düzenli spor yapmak metabolizmanın hızının artması anlamına gelmektedir. Bununla birlikte vücudun enerji ihtiyaçı da artar. Bu durumda adölesanlar enerji ihtiyaçını yanlış şekilde temin edebilir. Oysaki Lebel ve ark. (2016)'nın 7099 ilkokul öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada düzenli olarak fiziksel aktivitelere katılmayan öğrencilerin günlük şekerli içecek tüketme riskinin yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Bizim araştırmamızda ailede şişman birey varlığına göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,048$, Tablo 13). Ailesinde şişman birey bulunan adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ailenin beslenme davranışları adölesanın beslenme davranışını etkileyebilmektedir (Baltacı ve ark. 2012).

Bizim araştırmamızda ekran başında yeme-ieme durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,005$, Tablo 14). Ekran başında yeme-ieme durumuna “sıklıkla” cevabını veren adölesanların “nadiren” cevabını veren adölesanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aktaş ve ark. (2015)'nin çalışmasında kiloluluk ve obezite riski, televizyon seyredirken yemek yiyen öğrencilerde yemeyenlerden 1,16 kat daha fazla bulunmuştur.

Bizim araştırmamızda ekran başında şekerli içecek tüketen adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,001$), Tablo 14). Ayrıca ekran başında günlük geçirilen süreye göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,041$, Tablo 12). Ekran başında günlük 120 dk'dan fazla vakit geçiren

adölesanların günlük şekerli içecek tüketimi daha yüksek bulunmuştur. 7-11 yaş arası 13.170 çocukla uzunlamasına yapılan bir çalışmada hafta içi 2 saat veya daha fazla televizyon izleyen çocukların şekerli içecek tüketme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Laverty ve ark. 2015). Bu çalışmanın bulgusu bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bizim araştırmamızda okulda kantinden yeme-içme durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,041$, Tablo 14). Kantinden beslenen adölesanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla şekerli içecek tüketmektedir. Yıldırım Aksakal ve Oğuzöncül (2017)'ün araştırmasında kantinden herhangi bir yiyecek alan adölesanların oranı %81,1, içecek alanların oranı ise %74,4 olarak tespit edilmiştir. Nitekim bu durum 2011 yılında "Okul Kantinlerindeki Gıda Satışı" konulu genelge çıkarılmış olmasına rağmen yeterince uygulamaya yansımadağının göstergesi olabilir.

Bizim araştırmamızda buzdolabında şekerli içecek bulunma durumuna göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 14). Buzdolabında şekerli içecek bulunan adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı daha fazladır. Çin'de 11-15 yaş arası adölesanlarla yapılan kesitsel bir çalışmada adölesanların %15'inin evde ulaşabileceği en azından 3 çeşit şekerli içecek bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca evde birden fazla şekerli içecek bulduran öğrencilerin her gün daha yüksek miktarlarda şekerli içecek tüketmesi daha olası çıkmıştır (Jia ve ark. 2012). Düzenli olarak şekerli içecek tüketen 224 fazla kilolu ve obez adölesanla yapılan bir çalışmada evlerine kalorisiz içeceklerin sağlanmasını içeren 1 yıllık müdahaleden sonra deney grubunun BKİ'deki artışın kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ebbeling ve ark. 2012). Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Sonuç olarak bireylerin bulunduğu ortamlarda sağlıklı yiyecek ve içecekler olduğu kadar sağlıksızları da vardır. Buzdolabında şekerli içecek bulunması erişimi kolaylaştırdığı için şekerli içecek tüketme ihtimalini arttırabilir.

Ayrıca araştırmamızda öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığına göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$, Tablo 14). Öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığı olan adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı daha

fazladır. İstanbul'da 16-18 yaş aralığındaki 250 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin öğün aralarında %68,8'inin her gün şekerli çay-kahve tükettiği, %33,2'sinin her gün kolalı içecek tükettiği, %46,4'ünün her gün meyve-hazır meyve suyu tükettiği görülmektedir (Yorulmaz ve Perçin Paçal 2012).

5.5. Adölesanların Günlük Şekerli İçecek Tüketimi ile Kilo ve BKİ Değeri Arasındaki İlişki

Yapılan birçok çalışmada şekerli içecek tüketimi ile obezite arasında ilişki bulunmuştur (Malik ve ark. 2006; De Ruyter ve ark. 2012; Grimes ve ark. 2013; Jia ve ark. 2012; DeBoer ve ark. 2013; Malik ve ark. 2013; Te Morenga ve ark. 2012; Martin-Calvo ve ark. 2014; Millar ve ark. 2014) ancak bizim çalışmamızda ilişki bulunamamıştır ($r=0,005$, $p=0,929$, Tablo 15). Şekerli içeceklerin kalorisi daha fazladır. Bu nedenle obeziteyi arttırabilir. Ülkemizde Ankara'da 7-14 yaş grubundaki öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin kola, gazoz ve hazır içecek tüketim sıklığı ile obezite görülme durumu arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuş olup bu içecekleri fazla tüketen öğrencilerde obezitenin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Çınar 2013). Bizim çalışmamızda ilişki bulunamamızın nedeni katılımcı gruptan kaynaklanıyor olabilir. Şekerli içecek ve obezite arasında ilişki bulunamamıza rağmen kilo ile zayıf bir ilişki tespit ettik ($r=0,123$, $p=0,020$, Tablo 15).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmaya katılan adölesanların yaş ortalaması 15,9 olup %52,9'u erkektir ve %62,6'sı devlet okulunda öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %59,0'u gelir durumunu orta-kötü olarak belirtmiş olup %85,9'u günlük 10,00 TL'nin altında harçlık almaktadır.

- Adölesanların %85,0'i günlük 9 saatten az uyumakta, %69,3'ü düzenli spor yapmamakta, %72,9'u okula araçla gidip gelmekte ve %55,4'ü ekran başında günde 120 dk'nın üstünde vakit geçirmektedir.

- Adölesanların %39,3'ü ailesinde şişman birey olduğunu belirtmiştir ve çoğunlukla babaları (%18,8) şişmandır.

- Adölesanların %38,5'inin günlük 3 öğünden az yemek yediği ve çoğunluğunun sabah kahvaltısını yapmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca öğrencilerin %43,2'sinin evinde şekerli içecek bulunduğu, %29,6'sının ekran başında şekerli içecek tükettiği belirlenmiştir.

- Adölesanların %9,7'sinin obez olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde obezite görülme oranı (%10,5) kızlara göre yüksek (%8,8) bulunmuştur.

- Özel okula giden öğrencilerin devlet okuluna giden öğrencilere göre BKİ değerleri daha yüksektir.

- Annesi üniversite mezunu olan grubun BKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Ailesi şişman birey olan adölesanların BKİ değerleri ailesinde şişman birey olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 3 öğünden az beslenen adölesanların BKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Ana öğünleri atlayan adölesanların BKİ değerleri atlamayanlara göre daha yüksektir.

- Erkekler kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla şekerli içecek tüketmektedir.

- Günlük harçlık miktarı 10,00 TL ve üstünde olan adölesanların 10,00 TL'nin altında olanlara göre günlük şekerli içecek tüketimi istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde daha yüksektir. Günlük harçlık miktarı arttıkça günlük şekerli içecek tüketiminin arttığı söylenebilir.

- Düzenli spor yapan adölesanların yapmayanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Ailesinde şişman birey bulunan adölesanların bulunmayanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Ekran başında günlük 120 dk'dan fazla vakit geçirenlerde günlük şekerli içecek tüketimi 120 dk ve daha az geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Kantinden beslenen adölesanlar kantinden beslenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla şekerli içecek tüketmektedir.

- Ekran başında yeme-içme durumuna durumuna “sıklıkla” cevabını veren adölesanların “nadiren” cevabını veren adölesanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

- Ekran başında şekerli içecek tüketen adölesanların tüketmeyenlere göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

- Buzdolabında şekerli içecek bulunan adölesanların bulunmayanlara göre günlük şekerli içecek tüketim miktarı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

- Öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığı olan adölesanların günlük şekerli içecek tüketim miktarı alışkanlığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

- Beden Kütle İndeksi ve günlük öğün sayısı arasında istatistiksel açıdan negatif yönde çok zayıf bir ilişki vardır.

- Günlük şekerli içecek tüketim miktarı ve haftalık alınan harçlık miktarı arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır.

- Günlük şekerli içecek tüketim miktarı ve kilo arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı çok zayıf bir ilişki vardır.

- Günlük şekerli içecek tüketim miktarı ve BKİ arasında istatistiksel açıdan ilişki bulunamamıştır.

6.2. Öneriler

Adölesanlarda şekerli içecek tüketimi ile obezite arasında ilişki bulunmamasına rağmen kilo ile zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda;

- Kantinlerde şekerli içecek tüketiminin denetlenmesi,
- Reklamların şekerli içecekleri özendirerek şekilde olmaması,
- Yönetmelikte yer alan okul sağlığı hemşireliği yönergesinin uygulamaya geçirilmesi,
- Bütüncül bir yaklaşımla adölesanlara ve ailelerine sağlıklı beslenme eğitiminin verilmesi
- Bu konuda daha geniş araştırmaların yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abtahi M, Pouraram H, Djazayeri A, Eshraghian MR, Amini M. Relationship between Prevalence of Overweight and Obesity in Adolescent Girls, and Socio-Economic Status of their Families: A case study in Tehran. *J Nutri Health*. 2016; 2(1): 1-4.
- Acar Tek N. Özel Durumlarda Beslenme. Genel Beslenme içinde. Editör: Kutluay Merdol T. Açıköğretim Fakültesi Yayını, 2013, 1. Baskı, Eskişehir, Türkiye, s: 152-79.
- Adam BN, Topgül OH, Gökçe G, Ay Ç, Salmış J, Yağan EA, Çelebiler A. İzmir ili örneğinde Konak ilçesine bağlı bir okulda 16-19 yaş arası obezite sıklık araştırması. *İzm Üniv Tıp Derg*. 2014; 2: 17-21.
- Akar F. Şeker ve Hazır Gıdalara Eklenen Früktozun Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. *Türk Farmakoloji Derneği Bülteni*. 2011; 108: 16-8.
- Akçam M, Boyacı A, Pirgon Ö, Dündar B. Isparta ilindeki on okulda çocukluk çağı şişmanlık sıklığı değişiminin değerlendirilmesi. *Türk Ped Arş*. 2013; 152-5.
- Akçan Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkish Family Physician*. 2012; 3(2): 10-6.
- Akman M, Tüzün S, Ünal PC. Adolesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Med*. 2012; 8(1): 24-9.
- Aktaş D, Öztürk FN, Kapan Y. Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2015; 14(5): 406-12.
- Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. Detay Yayıncılık, 2012, 2. Baskı, Ankara, Türkiye, s: 338.
- Altunkan H. Karaman İlinde 6-19 Yaş Grubu Çocuklarda Obezite Prevelansı. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2013; 11(1): 6-11.
- American Medical Association (AMA). 2013. Obesity as a Disease. Erişim Tarihi: 23.06.2015, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting-page>
- American Nurses Association (ANA). ANA Issue Brief, Fighting Childhood Obesity, 2010, Department of Nursing Practice and Policy, USA.
- Ardıç A. Adolesan Sağlığını Geliştirme Programının Erken Adolesan Dönemi Çocukların Beslenme Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2014 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Semra Erdoğan).
- Baltacı G, Düzgün İ. Adolesan ve Egzersiz (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730), 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- Baltacı G, Ersoy G, Karaoğlu N, Derman O, Kanbur N. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730), 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- Baltacı G. Obezite ve Egzersiz (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730), 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu Yayınları, 2012, 14. Baskı, Ankara, Türkiye, s: 353.
- Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S. Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg*. 2015; 57: 129-35.
- Bilge A, Bayram E, Nur Can İ, Binicier İ. Hekim Gözüyle Sağlıklı Beslenme ve Öne Çıkan Güncel Konular İnceleme ve Değerlendirme. Öncü Basımevi, 2013, Ankara, Türkiye.
- Carwile JL, Willett WC, Spiegelman D, Hertzmark E, Rich-Edwards J, Frazier AL, Michels KB. Sugar-Sweetened Beverage Consumption and Age at Menarche in a Prospective Study of US Girls. *Human Reproduction*. 2015; 30(3): 675-683.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010a. The CDC Guide to Strategies for Reducing the Consumption of Sugar-Sweetened Beverages.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010b. Rethink Your Drink. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Division of Nutrition and Physical Activity, Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adolescent and School Health. Adolescent Health. Overview. 2015a, Erişim Tarihi: 04.06.2015, <http://www.cdc.gov/healthyyouth/adolescenthealth/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Better Beverage Choices Made Easy. 2015b, Erişim: 10.09.2015, http://www.cdc.gov/healthyweight/healthy_eating/drinks.html
- Chen L, Caballero B, Mitchell DC, Loria C, Lin P-H, Champagne CM, Elmer PJ, Ard JD, Batch BC, Anderson CAM, Appel LJ. Reducing Consumption of Sugar-Sweetened Beverages Is Associated With Reduced Blood Pressure: A Prospective Study Among United States Adults. *Circulation*. 2010; 121: 2398-2406.
- Chincholikar S, Sohani A. Epidemiological determinants of obesity in adolescent population Maharashtra, India. *Indian Journal of Community Health*. 2016; 28(2): 157-62.
- Choi HK, Willett W, Curhan G. Fructose-Rich Beverages and Risk of Gout in Women. *JAMA*. 2010; 304(20): 2270-2278.
- Cohen L, Curhan G, Forman J. Association of Sweetened Beverage Intake with Incident Hypertension. *Journal of General Internal Medicine*. 2012; 27(9): 1127-1134.
- Çakır B, Vardar C. Obezite (Şişmanlık) Konusunda 70 Soru 70 Cevap Editörler: Çom S, Irmak H, Kesici C, Besler T. (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 831), 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- Çam HH, Üstüner Top F. Adölesanlarda Prehipertansiyon ve Hipertansiyon Prevalansı ile Obezite Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Med-Science*. 2015; 4(2): 2143-54.
- Çelik E. Tokat İl Merkezindeki İlköğretim 6, 7, 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Alışkanlıkları ile Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörler. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2012 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rıza Çıtıl).
- Çelik Kayapınar F, Aydemir R. Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının İncelenmesi (Kars Digor Anadolu Lisesi Örneği). *International Journal of Science Culture and Sport*. 2014; 2(6): 21-38.
- Çelik Y. 12-14 Yaş Arasındaki Ergenlerin İçecek Tercihleri ve Tüketimleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Muazzez Garipağaoğlu).
- Çınar S. Farklı sosyoekonomik düzeylerdeki 7-14 yaş grubundaki çocuklarda obezitenin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu).
- Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği. Ergenlik (Puberte) Dönemi Nedir?. Erişim Tarihi: 21.05.2015, <http://www.cocukendokrin diyabet.org/index.php/calisma- alanlarimiz/ergenlik>
- De Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened drinks and body weight in children. *N Engl J Med*. 2012; 367(15): 1397-406.
- DeBoer MD, Scharf RJ, Demmer RT. Sugar-sweetened beverages and weight gain in 2- to 5-year-old children. *Pediatrics*. 2013; 132(3): 413-20.
- Derman O. Adölesan Döneminde İletişim. Çocuk İstismarına ve İhmaline Yaklaşım içinde. Editör: Derman O. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014, Ankara, Türkiye, s: 21-28.
- Dolgun G, İnal S, Uğurlu F. Ergen Sağlığının Sürdürülme ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Türk Ped Arş*. 2011; 46 Özel Sayı: 4-8.

- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Ülke Değerlendirmesi. 2014, Copenhagen, Danimarka.
- Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, Ludwig DS. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med.* 2012; 367(15): 1407-16.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Örneklem. Hemşirelikte Araştırma içinde. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, İstanbul, Türkiye, s:173.
- Eren MÖ. Batman İl Merkezinde Sosyo - Ekonomik Düzeyleri Farklı Olan 14-18 Yaş Arası Lise Öğrencilerinin Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Van, 2012 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Mustafa Atlı).
- Erkan T. Ergenlerde Beslenme. *Türk Ped Arş.* 2011; 46 Özel Sayı: 49-53.
- European Association for the Study of Obesity (EASO). Obesity Facts & Figures. 2013, Erişim Tarihi: 26.07.2015, <http://easo.org/education-portal/obesity-facts-figures>
- European Commission. Eurostat-Statistics Explained. Main Statistical Findings. Erişim Tarihi: 29.07.2015, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics#Main_statistical_findings
- Fang X, 方行陟. A systematic review of the impact of sugar-sweetened beverage consumption on children and adolescent obesity. The University of Hong Kong, Master Thesis, Hong Kong, 2014.
- Gorantla AK, Kumar MP. A cross sectional study on association between overweight and obesity in adolescent population. *Int J Community Med Public Health.* 2017; 4(1): 115-9.
- Grimes CA, Riddell LJ, Campbell KJ, Nowson CA. Dietary salt intake, sugar-sweetened beverage consumption, and obesity risk. *Pediatrics.* 2013; 131: 14–21.
- Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2009; 4(10): 165-81.
- Harvard T.H. Chan School of Public Health(Harvard Halk Sağlığı Okulu). Fact Sheet: Sugary Drink Supersizing and the Obesity Epidemic. 2012, Erişim Tarihi: 08.09.2015, <http://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/30/2012/10/sugary-drinks-and-obesity-fact-sheet-june-2012-the-nutrition-source.pdf>
- Harvard T.H. Chan. The Nutrition Source-Sugary Drinks. 2015, Erişim Tarihi: 08.09.2015, <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-drinks/sugary-drinks/>
- Healthy People 2020 Adolescent Health. Related Objectives-Core Indicators. 2015, Erişim Tarihi: 29.05.2015, <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health/objectives>
- Hisar KM, Tosun H. Bir Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Kilolarını Algılayışlarının Belirlenmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2013: 439, Antalya, Türkiye.
- Horasan NE. Beslenme. Hemşirelik Esasları içinde. Editörler: Atabek Aştı T, Karadağ A. Akademi Yayıncılık, 2014, İstanbul, Türkiye, s: 901-43.
- Hu FB. Resolved: There Is Sufficient Scientific Evidence That Decreasing Sugar-Sweetened Beverage Consumption Will Reduce The Prevalence Of Obesity And Obesity-Related Diseases. *International Association for the Study of Obesity.* 2013; 14: 606–19.
- Inanc BB. Metabolic syndrome in school children in Mardin, south-eastern of Turkey. *The Eurasian Journal of Medicine,* 46(3): 156-63.
- International Council of Nurses (ICN). ICN on Obesity: Creating Public Awareness of A Social Environmental Disease, ICN Fact Sheet, 2009, Geneva, Switzerland.
- Jia M, Wang C, Zhang Y, Zheng Y, Zhang L, Huang Y, Wang P. Sugary beverage intakes and obesity prevalence among junior high school students in Beijing – a cross-sectional research on SSBs intake. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012; 21(3): 425-30.

- Kalkan İ, Türkmen AS, Filiz E. Dietary habits of Turkish adolescents in Konya, Turkey. *Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences*. 2015; 7: 190-6.
- Kalori Cetveli Veri Tabanı: Besinlerin Kalorileri. Erişim Tarihi: 04.09.2015, <http://www.kaloricetveli.org/>
- Karadavut B. Kayseri İl Merkezinde Lise Öğrenimi Gören Gençlerin İçecek Tüketim Alışkanlıkları ve Vücut Ağırlığıyla İlişkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2010 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Habibe Şahin).
- Kayar H, Utku S. Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 6(2): 1-8.
- Köksal E, Karaçil MŞ. Okul Çağı Çocuklarında Şeker Tüketiminin Beden Kütle İndeksine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2014; 19(3): 151-5.
- Köksal G, Gökmen Özel H. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729), 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- Kuş K. Enerji İçecekleri, Sağlığımız ve Spor. Erişim Tarihi: 01.09.2015, <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/ay2013/enerji/enerji.htm>
- Kutluay Merdol T. Beslenmede Temel İlkeler ve Besin Öğeleri. Genel Beslenme içinde. Editör: Kutluay Merdol T. Açıköğretim Fakültesi Yayını, 2013, 1. Baskı, Eskişehir, Türkiye, s: 3-17.
- Lateef AJ, Njogu E, Kiplamai F, Haruna US, Lawal RA. Determinants of Overweight and Obesity Among Adolescent Students in Public Secondary Schools in Kwara State, Nigeria. *Curr. Res. Nutr Food Sci Jour*. 2016; 4(2): 96-106.
- Laverty AA, Magee L, Monteiro CA, Saxena S, Millett C. Sugar and artificially sweetened beverage consumption and adiposity changes: National longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2015; 12: 137.
- Lebel A, Morin P, Robitaille É, Lalonde B, Florina Fratu R, Bisset S. Sugar Sweetened Beverage Consumption among Primary School Students: Influence of the Schools' Vicinity. *Journal of Environmental and Public Health*. 2016; 1416384.
- Lim L, Banwell C, Bain C, Banks E, Seubsman S, Kelly M, Yiengprugsawan V, Sleigh A. Sugar Sweetened Beverages and Weight Gain over 4 Years in a Thai National Cohort – A Prospective Analysis. *PLOS ONE*. 2014; 9(5): 1-11.
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van HL et al. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction: The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation*. 2010; 121(4): 586–613.
- Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2013; 98: 1084-102.
- Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Despres JP, Willett WC, Hu FB. Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis. *Diabetes Care*. 2010; 33(11): 2477-83.
- Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84(2): 274–88.
- Martin-Calvo N, Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Gea A, Ochoa MC, Marti A, GENOI Members. Sugar-sweetened carbonated beverage consumption and childhood/adolescent obesity: a case-control study. *Public Health Nutrition*. 2014; 17(10): 2185-93.
- Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan Dönemde Obezite ve Egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8(2): 963-77.
- Mercanlıgil SM. Şişmanlığın Tedavi Yöntemleri Doğrular ve Yanlışlar (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729), 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.

- Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu’da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 3(2): 117-23.
- Millar L, Rowland B, Nichols M, Swinburn B, Bennett C, Skouteris H, Allender S. Relationship between raised BMI and sugar sweetened beverage and high fat food consumption among children. *Obesity(Silver Spring)*. 2014; 22(5): E96-E103.
- Naçar M, Günay O. Adölesan Sağlığı. *Halk Sağlığı içinde*. Editörler: Öztürk Y, Günay O. 2009, Kayseri, Türkiye, s: 643-82.
- Nişancı Kılınç F, Çağdaş D. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. *Türk Ped Arş*. 2012; 47(3): 181-8.
- Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2014, Ankara, Türkiye.
- Ogden 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.
- Ogden CL, Kit BK, Carroll MD, Park S. Consumption of Sugar Drinks in the United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*, 2011; 71: 1-8.
- Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu. Galenos Yayınevi, 2009, 1. Baskı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Biyoistatistik Bilim Dalı, Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, İstanbul, Türkiye.
- Omuemu VO, Oko-Oboh AG. Meal pattern and soft drink consumption among in-school adolescents in Benin-city, Edo State, Nigeria. *Journal of Medicine and Biomedical Research*. 2015; 14(1): 72-81.
- Önal Z, Adal E. Çocukluk Çağında Obezite. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014 30(Ek sayı 1): 39-44.
- Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı (T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 719), 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.
- Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisinde Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*. 2013; 3(7): 48-63.
- Öztürk A, Buğrul N, Metintaş S, Kalyoncu C. Sivrihisar İlçesi Lise Öğrencilerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Yaygınlığı. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2012: 226-9, Bursa, Türkiye.
- Öztürk Özer A. Adolesanda Fiziksel Büyüme. *Aile Sağlığı içinde*. Editör: Ünalacak M. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2013, 1. Baskı, Eskişehir, Türkiye, s: 89-91.
- Ruff RR, Akhund A, Adjoian T, Kansagra SM. Calorie Intake, Sugar-Sweetened Beverage Consumption, and Obesity Among New York City Adults: Findings from a 2013 Population Study Using Dietary Recalls. *J Community Health*. 2014; 39: 1117-23.
- Sabri Ülker Gıda Araştırmaları Enstitüsü Vakfı. Şeker Tüketimi ve Sağlık. Erişim Tarihi: 05.09.2015, http://sabriulkervakfi.org/seker_tuketimi_ve_saglik
- Satman İ, TURDEP-II Çalışma Grubu. Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II. 47. Ulusal Diyabet Kongresi, 11-15 Mayıs 2011, Antalya, Türkiye.
- Shafaghi K, Shariff ZM, Taib MNM, Rahman HA, Mobarhan MG, Jabbari H. Parental body mass index is associated with adolescent overweight and obesity in Mashhad, Iran. *Asia Pac J Clin Nutr*, 2014; 23(2): 225-31.
- Shang XW, Liu AL, Zhang Q, Hu XQ, Du SM, Ma J et al. Report on Childhood Obesity In China (9): Sugar-sweetened Beverages Consumption and Obesity. *Biomed Environ Sci*, 2012; 25(2): 125-32.
- Şahin TK, Samancı Tekin Ç. Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerde Kişisel Hijyen Davranışları. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2013: 498, Antalya, Türkiye.

- Şahinler S. Sağlıklı Beslen Formda Kal. Carpe Diem Yayınları, 2013, 1. Baskı, İstanbul, Türkiye.
- Şen L, Dere HE, Koçak Şen İ. Üniversite Öğrencileri Arasında Enerji İçeceği Tüketim Davranışlarının Araştırılması: Afyon Kocatepe Üniversitesi Örneği. Türk Tarım – Gıda Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2015; 3(6): 394-401.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Besin Grupları, 2013, Ankara, Türkiye.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Fiziksel Gelişim, 2013, Ankara, Türkiye.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Aile ve Tüketici Hizmetleri, Gelişim Alanları, 2011, Ankara, Türkiye.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Aile ve Tüketici Hizmetleri, Gençlik Dönemi, 2011, Ankara, Türkiye.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Aile ve Tüketici Hizmetleri, Öğün Planlama, 2011, Ankara, Türkiye.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Süt, Oyun, Okul ve Ergenlik Döneminde Beslenme, 2013, Ankara, Türkiye.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları. 2015, Erişim Tarihi: 19.08.2015, http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/52/04/966955/icerikler/beslenme-dostu-okul_1706934.html
- T.C. Resmi Gazete, 15 Haziran 2007, Sayı: 26553
- T.C. Resmi Gazete, 30 Haziran 2017, Sayı: 30110
- T.C. Resmi Gazete, 4 Ekim 2006, Sayı: 26309
- T.C. Resmi Gazete, 6 Ağustos 2014, Sayı: 29080
- T.C. Resmi Gazete, 6 Aralık 2003, Sayı: 25308
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014/4 Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Düzenleme Genelgesi, Sayı:92148377/322
- T.C. Sağlık Bakanlığı Okul Kantinlerindeki Gıda Satışı Genelgesi, 2011, Genelge No: 2011/41. Sayı: B.08.0.SDB.0.11.00.00.313.01.03/1782
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773), 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite - Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Beslenme Modülleri (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 722), 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 904), 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Çocuk Ve Ergen Sağlığı Modülleri (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:722), 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.
- Tam AA, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Ankara Medical Journal. 2012; 12(1): 37-41.
- Taracık E, Ersöz Hüseyinsinoğlu B, Çiçek A. Çocuklarda Fiziksel İnaktivite, Obezite ve Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015.
- Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. BMJ. 2012; 345: e7492.
- Tekgül N, Dirik N, Karademirci E, Doğan A. Adölesanlarda vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2012; 51(3): 183-6.

- Terzioğlu E. Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi'nde Çalışan 20-64 Yaş Arası Yetişkin Bireylerde Şekerli ve Tatlandırıcı İçecek Tüketiminin Enerji Alımı ve Obezite Üzerine Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Emine Aksoydan).
- Tümer A, Başalan İz F, Güre M, Kıyıcı MS. Ergenlerde Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi. 15. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2012: 1039-41, Bursa, Türkiye.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim Tarihi 01.08.2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_hemşirelik&view=hemşirelik&kategori1=yazimay&kelimesec=3712.
- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. Ergenlik Dönemi. Görünüm. Nisan 2011: 2-3.
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931), 2014, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA). 2013, Erişim Tarihi 25.08.2015, <http://www.tubaterim.gov.tr/>
- Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013. (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 920), 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Aile Hekimliği. Diyet Tedavisi. Erişim Tarihi: 20.08.2015, <http://ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/278--diyet-tedavisi.html>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezite Nasıl Saptanır?. Erişim Tarihi: 18.08.2015g, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=43>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri. Erişim Tarihi: 19.08.2015h, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=42>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezitenin Tedavisi. Erişim Tarihi: 20.08.2015i, <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=45>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezite Nedir?. Erişim Tarihi: 21.06.2015c, <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=38>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Adölesan (Ergenlik) Çağı Çocuklarda Beslenme. Erişim Tarihi: 12.06.2015a, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=114>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Temel Besin Grupları. Erişim Tarihi: 18.06.2015b, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=188>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezitenin Nedenleri. Erişim Tarihi: 28.06.2015d, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=41>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı. Erişim Tarihi: 19.07.2015e, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezite. Erişim Tarihi: 01.08.2015f, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=95>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS). Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2014b, Erişim Tarihi: 19.05.2015, <http://rapory.tuik.gov.tr/19-05-2015-16:33:15-305274056008393341771703771.html>

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS). İl, Yaş Grubu Ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2014d, Erişim Tarihi: 19.05.2015, <http://rapory.tuik.gov.tr/19-05-2015-16:36:10-204897762016887134121202262106.html>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İstatistiklerle Gençlik 2012. (Sayı: 13509), 2013b, TÜİK Haber Bülteni. Erişim Tarihi: 15.08.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İstatistiklerle Gençlik 2013. (Sayı: 16055), 2014a, TÜİK Haber Bülteni. Erişim Tarihi: 18.05.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16055>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Seçilmiş Göstergelerle Konya 2013. (Yayın No: 4228), 2014c, Ankara, Türkiye.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Sağlık Araştırması 2012. (Sayı: 13490), 2013a, TÜİK Haber Bülteni. Erişim Tarihi: 07.08.2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, 2014, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB). Alkolsüz İçkiler, Gazlandırılmış Meyva Suları, Kolalar, Doğal Kaynak (Membra) Suları, Maden Suları. 2010, Erişim Tarihi: 25.08.2015, <http://www.tobb.org.tr/SanayiMudurlugu/Sayfalar/Grup3134.html>
- Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu (T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 834), 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, Türkiye.
- Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye.
- Tütüncü İ. Kastamonu il merkezinde 13 ilköğretim okulunda 5-15 yaş grubu öğrencilerde fazla kiloluluk ve obezite prevalansı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(2): 141-51.
- 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): 192-6.
- UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu 2014. New York, USA.
- United Nations. Definition of Youth. Erişim Tarihi: 15.05.2015, <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>
- Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(5): 519-28.
- Vergili Ö. Obezitede Egzersiz Tedavisi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013; 15(1): 26-28.
- Welsh JA, Sharma A, Cunningham SA, Vos MB. Consumption of Added Sugars and Indicators of Cardiovascular Disease Risk Among US Adolescents. Circulation. 2011; 123: 249-257.
- World Health Organization (WHO). Adolescent Health. 2015b, Erişim Tarihi: 28.05.2015, http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- World Health Organization (WHO). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health- What are the Causes?. 2015d, Erişim Tarihi: 17.07.2015, http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/en/
- World Health Organization (WHO). Growth Reference 5-19 Years- BMI-for-Age (5-19 Years). 2015e, Erişim Tarihi: 18.08.2015, http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- World Health Organization (WHO). Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health-Adolescent Development. 2015a, Erişim Tarihi: 15.05.2015, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
- World Health Organization (WHO). Media Centre-Adolescents: Health Risks and Solutions. 2014a, Erişim Tarihi: 18.05.2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>

- World Health Organization (WHO). Media Centre-Obesity and Overweight. 2015c, Erişim Tarihi: 20.06.2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization (WHO). Media Centre-Obesity and Overweight. 2015, Erişim Tarihi: 20.06.2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization (WHO). Media Centre-WHO Calls for Stronger Focus on Adolescent Health. 2014b, Erişim Tarihi: 28.05.2015, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>
- World Health Organization (WHO). Reducing Consumption of Sugar-Sweetened Beverages to Reduce the Risk of Childhood Overweight and Obesity. 2015f, Erişim Tarihi: 31.10.2015, http://www.who.int/elena/titles/ssbs_childhood_obesity/en/
- Yavuz R, Tontuş HÖ. Erişkin, Adolesan ve Çocukluk Yaş Grubunda Obeziteye Klinik Yaklaşım. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2013; 30: 69-74.
- Yıldırım Aksakal B, Oğuzöncül AF. Elazığ kent merkezinde bulunan ortaöğretimde okuyan öğrencilerde obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2017; 44(1): 13-23.
- Yıldırım B. Elazığ Kent Merkezinde Bulunan Ortaöğretimde Okuyan Öğrencilerde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2010 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane Oğuzöncül).
- Yıldırım Sarı H, Ardahan E, Egelioglu Çetişli N. Adolesan Sağlığına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan Sistemik Derlemeler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 2014; 1(1): 55-73.
- Yiğit R, Esenay FI, Binay Ş. Okul Hemşirelerinin Çocukluk Çağı Obezitesi Üzerine Görüşleri ve Deneyimleri. *International Refereed Journal of Nursing Researches*. 2015; 4: 26-40.
- Yorulmaz H, Perçin Paçal F. 16-18 Yaş Grubundaki Gençlerin Beslenme Alışkanlıklarının ve Obezite Durumlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012; 32(2): 364-70.
- Yurt S, Bulduk S, Gür K, Özel İ, Ardiç E. Adolesanların Beslenme ve Egzersiz Davranışlarının Belirlenmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2012: 750-2, Bursa, Türkiye.
- Zabeen B, Tayyeb S, Naz F, Ahmed F, Rahman M, Nahar J, Nahar N, Azad K. Prevalence of obesity and central obesity among adolescent girls in a district school in Bangladesh. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015; 19(5): 649-52.

8. EKLER

EK-A: ANKET FORMU

ADÖLESANLARDA ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevgili Öğrenciler,

Bu araştırma, Konya’da bulunan bir devlet lisesi (Meram Naciye Mumcuoğlu Lisesi) ve bir özel lisede (Selçuklu Özel Türmak Lisesi) öğrenim gören adölesanlarda (ergenlerde) şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC 2010) tarafından şekerli içecekler kalorili tatlandırıcıları içeren; alkolsüz içecekler, gazlı içecekler, meyveli içecekler, sporcu içecekleri, tatlandırılmış çay ve kahve, enerji içecekleri ve şekerli süt veya süt alternatifleri olarak tanımlanmaktadır. Şekerli içeceklerle ilgili olan kısımları bu tanıma göre cevaplandırınız. Anket formlarında isimleriniz yer almayacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Verileriniz sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Doç. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacı Ayşe Nur GÜREL

1. Anket numaranız:

2. Okulunuzun özelliği: O Devlet okulu O Özel okul

3. Sınıfınız:

O 9. sınıf O 10. sınıf O 11. sınıf O 12. sınıf

4. Cinsiyetiniz: O Kız O Erkek

5. Doğum tarihiniz (Ay/Yıl): /

6. Annenizin eğitim düzeyi:

7. Babanızın eğitim düzeyi:

8. Ailenizin gelirini nasıl tanımlarsınız?

O İyi O Orta O Kötü

9. Haftalık ne kadar harçlık alıyorsunuz? TL
10. Ailenizde yaşayan birey sayısı:
11. Kaç kardeşiniz (kendiniz dâhil)?
12. Siz ailede kaçınıcı çocuksunuz?
13. Herhangi bir hastalığınız var mı?
O Var (Belirtiniz) O Yok
14. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
O Var (Belirtiniz) O Yok
15. Günlük uyku süreniz: saat
16. Düzenli spor yapıyor musunuz?
O Evet O Hayır
17. Okula nasıl gidip geliyorsunuz?
O Yürüyerek O Servisle O Otobüsle/Minibüsle O Diğer
18. Ailenizde şişman birey var mı?
O Var O Yok
19. Varsa yakınlık dereceniz? (Cevabınız “Yok” ise 20. soruya geçiniz.)
O Anne O Baba O Kardeş O Diğer
20. Bir günde kaç öğün yemek yiyorsunuz? öğün
21. Ana öğünleri atlar mısınız?
O Evet O Hayır
22. Cevabınız evet ise hangi öğünü atlıyorsunuz?
O Sabah O Öğle O Akşam
23. Haftalık meyve tüketiminiz ne kadardır? adet
24. Okulda yiyecek-içecek ihtiyacınızı nereden karşılırsınız?
O Kantin O Yemekhane O Diğer (Belirtiniz)
25. Ekran başında günde ne kadar vakit geçiriyorsunuz? (TV, bilgisayar vb.)
..... saat

26. Ekran başındayken bir şeyler yer içer misiniz? (Cevabınız “Nadiren” ve “Hiç” ise 28. soruya geçiniz.)

Sıklıkla Nadiren Hiç

27. Cevabınız “Sıklıkla” ise sık olarak tükettiğiniz yiyecek ve içecekleri belirtiniz.

.....
.....

28. Reklamlardan etkilenerek yiyecek ve içecek alır mısınız? (Cevabınız “Nadiren” ve “Hiç” ise 30. soruya geçiniz)

Sıklıkla Nadiren Hiç

29. En çok hangi yiyecek ve içecek reklamlarından etkilenirsiniz?

.....
.....

30. Evde buzdolabınızda her zaman şekerli içecek bulunur mu?

Evet Hayır

31. Öğün aralarında şekerli içecek tüketim alışkanlığınız var mı?

Evet Hayır

32. Öğün aralarında sıklıkla hangi şekerli içecekleri tüketirsiniz?

.....

33. İçeceklere şeker ya da tatlandırıcı ekler misiniz?

Evet Hayır Bazen

34. İçecek satın alırken etiket bilgisini okur musunuz?

Evet Hayır Bazen

35. Aynı tür içecekler arasında seçim yaparken ilk dikkat ettiğiniz özellik nedir?

.....

36. İçeceklerin light (diyet) olmasını tercih eder misiniz?

Evet Hayır Bazen

EK-B: İÇECEK TÜKETİMİ BİLGİ FORMU

İçecek tüketiminizi tabloya “X” şeklinde gösteriniz (Lütfen miktarları su bardağı, çay bardağı, fincan, karton kutu, teneke kutu ya da şişe olarak belirtiniz).

İÇECEKLER	Her gün	Gün aşırı	Haftada 1-2 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez	3 ayda 1 kez	Miktar
Su							
Süt							
Aromalı Süt							
Diyet Süt							
Ayran							
Taze Sıkılmış Meyve Suyu							
Hazır Meyve Suyu							
Diyet Meyve Suyu							
Kola							
Diyet Kola							
Gazoz							
Diyet Gazoz							
Meyveli Gazoz							
Soda							
Meyveli Soda							
Enerji İçeceği							
Çay							
Buzlu Çay (Ice Tea vb.)							
Diyet Buzlu Çay							
Türk Kahvesi							
Kahve (Nescafe vb.)							
Bitki Çayı							
Domates Suyu							
Diğer (Belirtiniz)							

*Diyet=Light

EK-C: ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM FORMU

ADÖLESANLARDA ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

	Anket No	Sınıf	Cinsiyet	Boy (cm)	Kilo (kg)	BKİ (kg/m ²)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

EK-D: VELİLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Veli,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı kapsamında "Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite İle İlişkisinin Değerlendirilmesi" adlı bir araştırma yapılacaktır. Araştırmanın, Konya ilinde bir devlet lisesi (Meram Naciye Mumcuoğlu Lisesi) ve bir özel lisede (Selçuklu Özel Türmak Lisesi) Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın amacı bu iki lisede öğrenim gören öğrencilerde şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini değerlendirmektir. Sizin öğrencinizin okulu ve sınıfı da bu çalışmaya katılmak üzere seçilmiştir. Velisi bulunduğunuz öğrencinin bu araştırmaya katılmasına izin vermeden önce lütfen bu araştırma hakkındaki bilgileri dikkatlice okuyun. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayıp araştırmacıya gönderiniz.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite "sağlığı bozabilecek derecede vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Obezite tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artmaktadır. DSÖ, dünyada obezite yaygınlığının 1980 ve 2014 yılları arasında iki katından daha fazlasına yükseldiğini bildirmiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki çocuk ve adölesanların %20'den fazlası fazla kilolu iken bunların üçte birinin obez olduğu saptanmıştır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre; Türkiye genelinde 6-18 yaş grubu çocukların %8,2'si şişman (obez), %14,3'ü ise fazla kiloludur.

Çocuk ve adölesanlarda görülen obezitenin temel nedeni gereksinim duyulandan daha fazla kalori alınmasıdır. Günümüzde, fazla kalori alımının en büyük sorumlusu olarak şekerli içecekler gösterilmektedir. Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC 2010) tarafından şekerli içecekler kalorili tatlandırıcıları içeren; alkolsüz içecekler, gazlı içecekler, meyveli içecekler, sporcu içecekleri, tatlandırılmış çay ve kahve, enerji içecekleri ve şekerli süt veya süt alternatifleri olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde 11, 13 ve 15 yaşlarındaki 5552 (2847 erkek, 2705 kız) öğrenci üzerinde yapılan Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na göre; öğrencilerin %19,7'si (n=1059) günde en az bir kere şeker içeren kola ya da diğer gazlı içecekleri içtiğini bildirmiştir.

Dünya genelinde son zamanlarda şekerli içecek tüketimi ve obeziteyi inceleyen çalışmalar artmıştır. Düzenli şekerli içecek tüketiminin obeziteyle ilişkili olduğunu belirten çalışmalar vardır. Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için, alınan enerji ile harcanan enerjinin dengede tutulması gerekmektedir. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır. Şeker ve şekerli besinlerin fazla miktarda tüketimi de aşırı enerji alımına, vücut ağırlığının artmasına (şişmanlığa) ve besleyici değeri yüksek olan besinlerin tüketiminin de azalmasına

neden olur. Bu nedenle bu tür besinlerin tüketiminin azaltılması obezite için büyük önem taşımaktadır.

Öğrencinizin araştırmaya katılmasını kabul ederseniz boy ve kilo ölçümü yapılacak, sosyodemografik özellikler ve obezite konusunda sorulardan oluşan bir anket uygulanacak ve içecek tüketim formunu doldurmaları istenecektir. Anket formlarında isimleriniz yer almayacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Verileriniz sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri okul idaresi tarafından belirlenecek olan boş bir sınıf ya da rehberlik odasında yapılacaktır. Bu işlemler yapılırken öğrencilerin ağırlık durumuna etki edebilecek olan kıyafetleri ve ayakkabıları çıkarılacaktır. Kilo ölçümü 100 grama hassas elektronik tartı aleti ile boy ölçümü ise mezura ile yapılacaktır. Boy ve kilo ölçümü yapıldıktan sonra kg cinsinden ağırlığın cm cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplanacaktır. Ölçüm değerleri DSÖ'nün 2007 yılında 5-19 yaş grubu için yayınladığı referans değerlerle karşılaştırılacaktır. Öğrencinizin boy, kilo ölçümleri ve ankete vereceği cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma için size herhangi bir ödeme yapılmayacak, sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmayla ilgili bilgi almak için araştırmacıya iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz. Araştırmaya vereceğiniz ilgi ve destekten dolayı çok teşekkürler.

Bu formun bir kopyası tarafıma verilecektir.

Velinin Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

Velinin İmzası:

Araştırmacılar

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Ayşe Nur GÜREL, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Danışman:

Doç. Dr. Filiz HİSAR, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim Adresi

Yüksek Lisans Öğrencisi: Ayşe Nur GÜREL

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Meram/Konya

Tel: 0 332 223 79 55

E-mail: ayse-nur-gurel@hotmail.com

EK-E: VELİ İZİN BELGESİ

ADÖLESANLARDA ŞEKERLİ İÇECEK TÜKETİMİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın Veli,

Bu araştırma, Konya’da bulunan bir devlet lisesi (Meram Naciye Mumcuoğlu Lisesi) ve bir özel lisede (Selçuklu Özel Türmak Lisesi) öğrenim gören adölesanlarda (ergenlerde) şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizin öğrencinizin okulu ve sınıfı da bu çalışmaya katılmak üzere seçilmiştir. Araştırmada öğrencinizin boy ve kilo ölçümü yapılacak, sosyodemografik özellikler ve obezite konusunda sorulardan oluşan bir anket uygulanacak ve içecek tüketim formunu doldurmaları istenecektir. Öğrencinizin boy, kilo ölçümleri ve ankete vereceği cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Öğrencinizin ismi ve kişisel bilgileri gizli tutulacak, genel değerlendirme yapılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz ilgi ve destek için teşekkürler.

Doç. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacı Ayşe Nur GÜREL

Araştırma hakkında bilgilendirildim ve tarafıma gönderilen ilgili bilgilendirme yazısını (Veliler İçin Aydınlatılmış Onam Formu) okudum ve anladım. Velisi bulunduğum sınıfında okuyan numaralı öğrencinizin bu araştırma çerçevesinde boy, kilo ölçümlerinin yapılmasına ve anket uygulamasına,

O İzin veriyorum.

O İzin vermiyorum.

Velinin Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

EK-F: ÖĞRENCİLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Öğrenci,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı kapsamında "Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite İle İlişkisinin Değerlendirilmesi" adlı bir araştırma yapılacaktır. Araştırmanın, Konya ilinde bir devlet lisesi (Meram Naciye Mumcuoğlu Lisesi) ve bir özel lisede (Selçuklu Özel Türmak Lisesi) Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın amacı bu iki lisede öğrenim gören öğrencilerde şekerli içecek tüketiminin obezite ile ilişkisini değerlendirmektir. Sizin okulunuz ve sınıfınız da bu çalışmaya katılmak üzere seçilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılmadan önce lütfen bu araştırma hakkındaki bilgileri dikkatlice okuyun.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite "sağlığı bozabilecek derecede vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Obezite tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artmaktadır. DSÖ, dünyada obezite yaygınlığının 1980 ve 2014 yılları arasında iki katından daha fazlasına yükseldiğini bildirmiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki çocuk ve adölesanların (ergenlerin) %20'den fazlası fazla kilolu iken bunların üçte birinin obez olduğu saptanmıştır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre; Türkiye genelinde 6-18 yaş grubu çocukların %8,2'si şişman (obez), %14,3'ü ise fazla kiloludur.

Çocuk ve adölesanlarda görülen obezitenin temel nedeni gereksinim duyulandan daha fazla kalori alınmasıdır. Günümüzde, fazla kalori alımının en büyük sorumlusu olarak şekerli içecekler gösterilmektedir. Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC 2010) tarafından şekerli içecekler kalorili tatlandırıcıları içeren; alkolsüz içecekler, gazlı içecekler, meyveli içecekler, sporcu içecekleri, tatlandırılmış çay ve kahve, enerji içecekleri ve şekerli süt veya süt alternatifleri olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde 11, 13 ve 15 yaşlarındaki 5552 (2847 erkek, 2705 kız) öğrenci üzerinde yapılan Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu'na göre; öğrencilerin %19,7'si (n=1059) günde en az bir kere şeker içeren kola ya da diğer gazlı içecekleri içtiğini bildirmiştir.

Dünya genelinde son zamanlarda şekerli içecek tüketimi ve obeziteyi inceleyen çalışmalar artmıştır. Düzenli şekerli içecek tüketiminin obeziteyle ilişkili olduğunu belirten çalışmalar vardır. Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için, alınan enerji ile harcanan enerjinin dengede tutulması gerekmektedir. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır. Şeker ve şekerli besinlerin fazla miktarda tüketimi de aşırı enerji alımına, vücut ağırlığının artmasına (şişmanlığa) ve besleyici değeri yüksek olan besinlerin tüketiminin de azalmasına

neden olur. Bu nedenle bu tür besinlerin tüketiminin azaltılması obezite için büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz boy ve kilo ölçümünüz yapılacak, sosyodemografik özellikler ve obezite konusunda sorulardan oluşan bir anket uygulanacak ve içecek tüketim formunu doldurmanız istenecektir. Anket formlarında isimleriniz yer almayacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Verileriniz sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Boy ve kilo ölçümleriniz okul idaresi tarafından belirlenecek olan boş bir sınıf ya da rehberlik odasında yapılacaktır. Bu işlemler yapılırken ağırlık durumuna etki edebilecek olan kıyafetlerinizi ve ayakkabılarınızın çıkarılması gerekmektedir. Kilo ölçümünüz 100 grama hassas elektronik tartı aleti ile boy ölçümünüz ise mezura ile yapılacaktır. Boy ve kilo ölçümü yapıldıktan sonra kg cinsinden ağırlığın cm cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen Beden Kütle İndeksini (BKİ) hesaplanacaktır. Ölçüm değerleriniz Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılında 5-19 yaş grubu için yayınladığı referans değerlerle karşılaştırılacaktır. Boy, kilo ölçümleriniz ve ankete vereceğiniz cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma için size herhangi bir ödeme yapılmayacak, sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmayla ilgili bilgi almak için araştırmacıya iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz. Araştırmaya vereceğiniz ilgi ve destekten dolayı çok teşekkürler.

Bu araştırmaya katılmak ister misin? O Evet O Hayır

Öğrencinin Adı Soyadı:

Sınıfı:

Tarih:

Öğrencinin İmzası:

Araştırmacılar

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Ayşe Nur GÜREL, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Danışman:

Doç. Dr. Filiz HİSAR, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim Adresi

Yüksek Lisans Öğrencisi: Ayşe Nur GÜREL

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Meram/Konya

Tel: 0 332 223 79 55

E-mail: ayse-nur-gurel@hotmail.com

EK-G: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 5-19 YAŞ GRUBU İÇİN PERSENTİL TABLOLARI

Erkeklerin Yaşa Göre BKİ Değerleri

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
13: 4	160	-1.6888	18.4860	0.12005	14.7	15.3	15.6	16.5	17.1	18.5	20.2	21.3	23.5	24.6	27.0
13: 5	161	-1.6811	18.5502	0.12030	14.7	15.3	15.6	16.6	17.2	18.6	20.2	21.3	23.6	24.7	27.1
13: 6	162	-1.6732	18.6148	0.12055	14.8	15.4	15.7	16.6	17.2	18.6	20.3	21.4	23.7	24.8	27.2
13: 7	163	-1.6651	18.6795	0.12079	14.8	15.4	15.7	16.7	17.3	18.7	20.4	21.5	23.8	24.9	27.3
13: 8	164	-1.6568	18.7445	0.12102	14.9	15.5	15.8	16.7	17.4	18.7	20.5	21.6	23.9	24.9	27.4
13: 9	165	-1.6482	18.8095	0.12125	14.9	15.5	15.8	16.8	17.4	18.8	20.5	21.7	24.0	25.0	27.5
13:10	166	-1.6394	18.8746	0.12148	15.0	15.5	15.9	16.8	17.5	18.9	20.6	21.7	24.0	25.1	27.6
13:11	167	-1.6304	18.9398	0.12170	15.0	15.6	15.9	16.9	17.5	18.9	20.7	21.8	24.1	25.2	27.7
14: 0	168	-1.6211	19.0050	0.12191	15.1	15.6	16.0	16.9	17.6	19.0	20.8	21.9	24.2	25.3	27.8
14: 1	169	-1.6116	19.0701	0.12212	15.1	15.7	16.0	17.0	17.7	19.1	20.8	22.0	24.3	25.4	27.9
14: 2	170	-1.6020	19.1351	0.12233	15.1	15.7	16.1	17.0	17.7	19.1	20.9	22.0	24.4	25.5	28.0
14: 3	171	-1.5921	19.2000	0.12253	15.2	15.8	16.1	17.1	17.8	19.2	21.0	22.1	24.5	25.6	28.1
14: 4	172	-1.5821	19.2648	0.12272	15.2	15.8	16.2	17.2	17.8	19.3	21.1	22.2	24.6	25.7	28.2
14: 5	173	-1.5719	19.3294	0.12291	15.3	15.9	16.2	17.2	17.9	19.3	21.1	22.3	24.7	25.8	28.3
14: 6	174	-1.5615	19.3937	0.12310	15.3	15.9	16.3	17.3	17.9	19.4	21.2	22.4	24.7	25.8	28.3
14: 7	175	-1.5510	19.4578	0.12328	15.3	16.0	16.3	17.3	18.0	19.5	21.3	22.4	24.8	25.9	28.4
14: 8	176	-1.5403	19.5217	0.12346	15.4	16.0	16.4	17.4	18.1	19.5	21.3	22.5	24.9	26.0	28.5
14: 9	177	-1.5294	19.5853	0.12363	15.4	16.1	16.4	17.4	18.1	19.6	21.4	22.6	25.0	26.1	28.6
14:10	178	-1.5185	19.6486	0.12380	15.5	16.1	16.5	17.5	18.2	19.6	21.5	22.7	25.1	26.2	28.7
14:11	179	-1.5074	19.7117	0.12396	15.5	16.1	16.5	17.5	18.2	19.7	21.6	22.7	25.1	26.3	28.8
15: 0	180	-1.4961	19.7744	0.12412	15.6	16.2	16.5	17.6	18.3	19.8	21.6	22.8	25.2	26.4	28.9
15: 1	181	-1.4848	19.8367	0.12428	15.6	16.2	16.6	17.6	18.3	19.8	21.7	22.9	25.3	26.4	28.9
15: 2	182	-1.4733	19.8987	0.12443	15.6	16.3	16.6	17.7	18.4	19.9	21.8	23.0	25.4	26.5	29.0
15: 3	183	-1.4617	19.9603	0.12458	15.7	16.3	16.7	17.7	18.4	20.0	21.8	23.0	25.5	26.6	29.1

2007 WHO Reference

ERKEKLERİN YAŞA GÖRE BKİ DEĞERLERİ (DEVAMI)

Erkeklerin Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
15: 4	184	-1.4500	20.0215	0.12473	15.7	16.4	16.7	17.8	18.5	20.0	21.9	23.1	25.5	26.7	29.2
15: 5	185	-1.4382	20.0823	0.12487	15.8	16.4	16.8	17.8	18.5	20.1	22.0	23.2	25.6	26.7	29.3
15: 6	186	-1.4263	20.1427	0.12501	15.8	16.4	16.8	17.9	18.6	20.1	22.0	23.2	25.7	26.8	29.3
15: 7	187	-1.4143	20.2026	0.12514	15.8	16.5	16.9	17.9	18.7	20.2	22.1	23.3	25.8	26.9	29.4
15: 8	188	-1.4022	20.2621	0.12528	15.9	16.5	16.9	18.0	18.7	20.3	22.2	23.4	25.8	27.0	29.5
15: 9	189	-1.3900	20.3211	0.12541	15.9	16.6	17.0	18.0	18.8	20.3	22.2	23.5	25.9	27.0	29.5
15:10	190	-1.3777	20.3796	0.12554	15.9	16.6	17.0	18.1	18.8	20.4	22.3	23.5	26.0	27.1	29.6
15:11	191	-1.3653	20.4376	0.12567	16.0	16.7	17.0	18.1	18.9	20.4	22.4	23.6	26.1	27.2	29.7
16: 0	192	-1.3529	20.4951	0.12579	16.0	16.7	17.1	18.2	18.9	20.5	22.4	23.7	26.1	27.3	29.7
16: 1	193	-1.3403	20.5521	0.12591	16.1	16.7	17.1	18.2	19.0	20.6	22.5	23.7	26.2	27.3	29.8
16: 2	194	-1.3277	20.6085	0.12603	16.1	16.8	17.2	18.3	19.0	20.6	22.6	23.8	26.3	27.4	29.9
16: 3	195	-1.3149	20.6644	0.12615	16.1	16.8	17.2	18.3	19.1	20.7	22.6	23.9	26.3	27.5	29.9
16: 4	196	-1.3021	20.7197	0.12627	16.2	16.8	17.2	18.4	19.1	20.7	22.7	23.9	26.4	27.5	30.0
16: 5	197	-1.2892	20.7745	0.12638	16.2	16.9	17.3	18.4	19.2	20.8	22.7	24.0	26.5	27.6	30.1
16: 6	198	-1.2762	20.8287	0.12650	16.2	16.9	17.3	18.5	19.2	20.8	22.8	24.0	26.5	27.7	30.1
16: 7	199	-1.2631	20.8824	0.12661	16.3	17.0	17.4	18.5	19.3	20.9	22.9	24.1	26.6	27.7	30.2
16: 8	200	-1.2499	20.9355	0.12672	16.3	17.0	17.4	18.5	19.3	20.9	22.9	24.2	26.7	27.8	30.2
16: 9	201	-1.2366	20.9881	0.12683	16.3	17.0	17.4	18.6	19.3	21.0	23.0	24.2	26.7	27.8	30.3
16:10	202	-1.2233	21.0400	0.12694	16.4	17.1	17.5	18.6	19.4	21.0	23.0	24.3	26.8	27.9	30.4
16:11	203	-1.2098	21.0914	0.12704	16.4	17.1	17.5	18.7	19.4	21.1	23.1	24.3	26.8	28.0	30.4
17: 0	204	-1.1962	21.1423	0.12715	16.4	17.1	17.5	18.7	19.5	21.1	23.1	24.4	26.9	28.0	30.5
17: 1	205	-1.1826	21.1925	0.12726	16.4	17.2	17.6	18.7	19.5	21.2	23.2	24.5	27.0	28.1	30.5
17: 2	206	-1.1688	21.2423	0.12736	16.5	17.2	17.6	18.8	19.6	21.2	23.3	24.5	27.0	28.1	30.6
17: 3	207	-1.1550	21.2914	0.12746	16.5	17.2	17.6	18.8	19.6	21.3	23.3	24.6	27.1	28.2	30.6

2007 WHO Reference

ERKEKLERİN YAŞA GÖRE BKİ DEĞERLERİ (DEVAMI)

Erkeklerin Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
17: 4	208	-1.1410	21.3400	0.12756	16.5	17.3	17.7	18.9	19.7	21.3	23.4	24.6	27.1	28.2	30.7
17: 5	209	-1.1270	21.3880	0.12767	16.6	17.3	17.7	18.9	19.7	21.4	23.4	24.7	27.2	28.3	30.7
17: 6	210	-1.1129	21.4354	0.12777	16.6	17.3	17.7	18.9	19.7	21.4	23.5	24.7	27.2	28.4	30.8
17: 7	211	-1.0986	21.4822	0.12787	16.6	17.4	17.8	19.0	19.8	21.5	23.5	24.8	27.3	28.4	30.8
17: 8	212	-1.0843	21.5285	0.12797	16.6	17.4	17.8	19.0	19.8	21.5	23.6	24.8	27.3	28.5	30.8
17: 9	213	-1.0699	21.5742	0.12807	16.7	17.4	17.8	19.1	19.9	21.6	23.6	24.9	27.4	28.5	30.9
17:10	214	-1.0553	21.6193	0.12816	16.7	17.4	17.9	19.1	19.9	21.6	23.7	24.9	27.4	28.6	30.9
17:11	215	-1.0407	21.6638	0.12826	16.7	17.5	17.9	19.1	19.9	21.7	23.7	25.0	27.5	28.6	31.0
18: 0	216	-1.0260	21.7077	0.12836	16.7	17.5	17.9	19.2	20.0	21.7	23.8	25.0	27.5	28.6	31.0
18: 1	217	-1.0112	21.7510	0.12845	16.8	17.5	18.0	19.2	20.0	21.8	23.8	25.1	27.6	28.7	31.0
18: 2	218	-0.9962	21.7937	0.12855	16.8	17.5	18.0	19.2	20.1	21.8	23.9	25.1	27.6	28.7	31.1
18: 3	219	-0.9812	21.8358	0.12864	16.8	17.6	18.0	19.3	20.1	21.8	23.9	25.2	27.7	28.8	31.1
18: 4	220	-0.9661	21.8773	0.12874	16.8	17.6	18.0	19.3	20.1	21.9	24.0	25.2	27.7	28.8	31.2
18: 5	221	-0.9509	21.9182	0.12883	16.8	17.6	18.1	19.3	20.2	21.9	24.0	25.3	27.8	28.9	31.2
18: 6	222	-0.9356	21.9585	0.12893	16.9	17.6	18.1	19.4	20.2	22.0	24.0	25.3	27.8	28.9	31.2
18: 7	223	-0.9202	21.9982	0.12902	16.9	17.7	18.1	19.4	20.2	22.0	24.1	25.4	27.9	29.0	31.3
18: 8	224	-0.9048	22.0374	0.12911	16.9	17.7	18.1	19.4	20.3	22.0	24.1	25.4	27.9	29.0	31.3
18: 9	225	-0.8892	22.0760	0.12920	16.9	17.7	18.2	19.5	20.3	22.1	24.2	25.5	27.9	29.0	31.3
18:10	226	-0.8735	22.1140	0.12930	16.9	17.7	18.2	19.5	20.3	22.1	24.2	25.5	28.0	29.1	31.3
18:11	227	-0.8578	22.1514	0.12939	16.9	17.8	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.5	28.0	29.1	31.4
19: 0	228	-0.8419	22.1883	0.12948	17.0	17.8	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.6	28.1	29.1	31.4

2007 WHO Reference

EK-G: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 5-19 YAŞ GRUBU İÇİN PERSENTİL TABLOLARI

Kızların Yaşa Göre BKİ Değerleri

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
13: 4	160	-1.2894	19.0642	0.13537	14.6	15.3	15.7	16.8	17.5	19.1	21.0	22.3	24.8	26.0	28.6
13: 5	161	-1.2816	19.1289	0.13559	14.7	15.3	15.7	16.8	17.5	19.1	21.1	22.3	24.9	26.1	28.7
13: 6	162	-1.2739	19.1931	0.13580	14.7	15.4	15.8	16.9	17.6	19.2	21.2	22.4	25.0	26.1	28.8
13: 7	163	-1.2661	19.2567	0.13601	14.8	15.4	15.8	16.9	17.7	19.3	21.2	22.5	25.1	26.2	28.9
13: 8	164	-1.2583	19.3197	0.13622	14.8	15.5	15.9	17.0	17.7	19.3	21.3	22.6	25.1	26.3	28.9
13: 9	165	-1.2504	19.3820	0.13642	14.8	15.5	15.9	17.0	17.8	19.4	21.4	22.6	25.2	26.4	29.0
13:10	166	-1.2425	19.4437	0.13662	14.9	15.6	15.9	17.1	17.8	19.4	21.4	22.7	25.3	26.5	29.1
13:11	167	-1.2345	19.5045	0.13681	14.9	15.6	16.0	17.1	17.9	19.5	21.5	22.8	25.4	26.6	29.2
14: 0	168	-1.2266	19.5647	0.13700	15.0	15.6	16.0	17.2	17.9	19.6	21.6	22.9	25.5	26.7	29.3
14: 1	169	-1.2186	19.6240	0.13719	15.0	15.7	16.1	17.2	18.0	19.6	21.6	22.9	25.6	26.8	29.4
14: 2	170	-1.2107	19.6824	0.13738	15.0	15.7	16.1	17.3	18.0	19.7	21.7	23.0	25.6	26.8	29.5
14: 3	171	-1.2027	19.7400	0.13756	15.1	15.8	16.2	17.3	18.1	19.7	21.8	23.1	25.7	26.9	29.6
14: 4	172	-1.1947	19.7966	0.13774	15.1	15.8	16.2	17.4	18.1	19.8	21.8	23.2	25.8	27.0	29.7
14: 5	173	-1.1867	19.8523	0.13791	15.1	15.8	16.2	17.4	18.2	19.9	21.9	23.2	25.9	27.1	29.7
14: 6	174	-1.1788	19.9070	0.13808	15.2	15.9	16.3	17.4	18.2	19.9	22.0	23.3	25.9	27.1	29.8
14: 7	175	-1.1708	19.9607	0.13825	15.2	15.9	16.3	17.5	18.3	20.0	22.0	23.4	26.0	27.2	29.9
14: 8	176	-1.1629	20.0133	0.13841	15.2	15.9	16.4	17.5	18.3	20.0	22.1	23.4	26.1	27.3	30.0
14: 9	177	-1.1549	20.0648	0.13858	15.3	16.0	16.4	17.6	18.4	20.1	22.2	23.5	26.1	27.4	30.0
14:10	178	-1.1470	20.1152	0.13873	15.3	16.0	16.4	17.6	18.4	20.1	22.2	23.5	26.2	27.4	30.1
14:11	179	-1.1390	20.1644	0.13889	15.3	16.0	16.5	17.6	18.4	20.2	22.3	23.6	26.3	27.5	30.2
15: 0	180	-1.1311	20.2125	0.13904	15.3	16.1	16.5	17.7	18.5	20.2	22.3	23.7	26.3	27.6	30.2
15: 1	181	-1.1232	20.2595	0.13920	15.4	16.1	16.5	17.7	18.5	20.3	22.4	23.7	26.4	27.6	30.3
15: 2	182	-1.1153	20.3053	0.13934	15.4	16.1	16.6	17.8	18.6	20.3	22.4	23.8	26.5	27.7	30.4
15: 3	183	-1.1074	20.3499	0.13949	15.4	16.2	16.6	17.8	18.6	20.4	22.5	23.8	26.5	27.7	30.4

2007 WHO Reference

EK-G: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 5-19 YAŞ GRUBU İÇİN PERSENTİL TABLOLARI

Kızların Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
15: 4	184	-1.0996	20.3934	0.13963	15.4	16.2	16.6	17.8	18.6	20.4	22.5	23.9	26.6	27.8	30.5
15: 5	185	-1.0917	20.4357	0.13977	15.5	16.2	16.6	17.9	18.7	20.4	22.6	23.9	26.6	27.9	30.5
15: 6	186	-1.0838	20.4769	0.13991	15.5	16.2	16.7	17.9	18.7	20.5	22.6	24.0	26.7	27.9	30.6
15: 7	187	-1.0760	20.5170	0.14005	15.5	16.3	16.7	17.9	18.8	20.5	22.7	24.0	26.7	28.0	30.6
15: 8	188	-1.0681	20.5560	0.14018	15.5	16.3	16.7	18.0	18.8	20.6	22.7	24.1	26.8	28.0	30.7
15: 9	189	-1.0603	20.5938	0.14031	15.6	16.3	16.8	18.0	18.8	20.6	22.8	24.1	26.8	28.1	30.7
15:10	190	-1.0525	20.6306	0.14044	15.6	16.3	16.8	18.0	18.8	20.6	22.8	24.2	26.9	28.1	30.8
15:11	191	-1.0447	20.6663	0.14057	15.6	16.4	16.8	18.0	18.9	20.7	22.8	24.2	26.9	28.2	30.8
16: 0	192	-1.0368	20.7008	0.14070	15.6	16.4	16.8	18.1	18.9	20.7	22.9	24.2	27.0	28.2	30.9
16: 1	193	-1.0290	20.7344	0.14082	15.6	16.4	16.8	18.1	18.9	20.7	22.9	24.3	27.0	28.2	30.9
16: 2	194	-1.0212	20.7668	0.14094	15.7	16.4	16.9	18.1	19.0	20.8	23.0	24.3	27.1	28.3	31.0
16: 3	195	-1.0134	20.7982	0.14106	15.7	16.4	16.9	18.1	19.0	20.8	23.0	24.4	27.1	28.3	31.0
16: 4	196	-1.0055	20.8286	0.14118	15.7	16.5	16.9	18.2	19.0	20.8	23.0	24.4	27.1	28.4	31.0
16: 5	197	-0.9977	20.8580	0.14130	15.7	16.5	16.9	18.2	19.0	20.9	23.1	24.4	27.2	28.4	31.1
16: 6	198	-0.9898	20.8863	0.14142	15.7	16.5	16.9	18.2	19.1	20.9	23.1	24.5	27.2	28.4	31.1
16: 7	199	-0.9819	20.9137	0.14153	15.7	16.5	17.0	18.2	19.1	20.9	23.1	24.5	27.2	28.5	31.1
16: 8	200	-0.9740	20.9401	0.14164	15.7	16.5	17.0	18.3	19.1	20.9	23.1	24.5	27.3	28.5	31.2
16: 9	201	-0.9661	20.9656	0.14176	15.7	16.5	17.0	18.3	19.1	21.0	23.2	24.6	27.3	28.5	31.2
16:10	202	-0.9582	20.9901	0.14187	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.0	23.2	24.6	27.3	28.6	31.2
16:11	203	-0.9503	21.0138	0.14198	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.0	23.2	24.6	27.4	28.6	31.2
17: 0	204	-0.9423	21.0367	0.14208	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.0	23.3	24.7	27.4	28.6	31.3
17: 1	205	-0.9344	21.0587	0.14219	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.1	23.3	24.7	27.4	28.6	31.3
17: 2	206	-0.9264	21.0801	0.14230	15.8	16.6	17.1	18.4	19.2	21.1	23.3	24.7	27.4	28.7	31.3
17: 3	207	-0.9184	21.1007	0.14240	15.8	16.6	17.1	18.4	19.2	21.1	23.3	24.7	27.5	28.7	31.3

2007 WHO Reference

EK-G: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 5-19 YAŞ GRUBU İÇİN PERSENTİL TABLOLARI

Kızların Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
17: 4	208	-0.9104	21.1206	0.14250	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.1	23.4	24.8	27.5	28.7	31.3
17: 5	209	-0.9024	21.1399	0.14261	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.1	23.4	24.8	27.5	28.7	31.4
17: 6	210	-0.8944	21.1586	0.14271	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.5	28.8	31.4
17: 7	211	-0.8863	21.1768	0.14281	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.6	28.8	31.4
17: 8	212	-0.8783	21.1944	0.14291	15.8	16.7	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.6	28.8	31.4
17: 9	213	-0.8703	21.2116	0.14301	15.8	16.7	17.1	18.5	19.3	21.2	23.5	24.9	27.6	28.8	31.4
17:10	214	-0.8623	21.2282	0.14311	15.8	16.7	17.1	18.5	19.3	21.2	23.5	24.9	27.6	28.8	31.4
17:11	215	-0.8542	21.2444	0.14320	15.8	16.7	17.1	18.5	19.4	21.2	23.5	24.9	27.6	28.9	31.4
18: 0	216	-0.8462	21.2603	0.14330	15.9	16.7	17.1	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7	28.9	31.5
18: 1	217	-0.8382	21.2757	0.14340	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7	28.9	31.5
18: 2	218	-0.8301	21.2908	0.14349	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 3	219	-0.8221	21.3055	0.14359	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 4	220	-0.8140	21.3200	0.14368	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 5	221	-0.8060	21.3341	0.14377	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 6	222	-0.7980	21.3480	0.14386	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	29.0	31.5
18: 7	223	-0.7899	21.3617	0.14396	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.6	25.0	27.8	29.0	31.5
18: 8	224	-0.7819	21.3752	0.14405	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.6	25.1	27.8	29.0	31.5
18: 9	225	-0.7738	21.3884	0.14414	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.5
18:10	226	-0.7658	21.4014	0.14423	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.5
18:11	227	-0.7577	21.4143	0.14432	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.5
19: 0	228	-0.7496	21.4269	0.14441	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.6

2007 WHO Reference

**EK-H: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:27

Toplantı Tarihi: 19.02.2016

Karar Sayısı:2016/458:N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın "Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite ile İlişkisi " başlıklı yüksek lisans projesi çalışması ile ilgili 12.02.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Ayşe Nur GÜREL' in yüksek lisans tez çalışmasının N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR
Yardımcı Araştırmacı: Ayşe Nur GÜREL

ASLI GİBİDİR
19.02.2016

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZÖĞLÜ
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-I: İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü



Sayı : 83688308-605.99-E.2958595
Konu : Araştırma İznî

14.03.2016

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 03/03/2016 tarihli ve 12866609-82 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı  ğrencisi Ayşe Nur GÜREL'in "Adölesanlarda şekerli İçecek Tüketiminin Obezite ile İlişkisi" konulu araştirmasını uygulama talebi incelenmiştir.

Araştırmanın, Meram Naciye Mumcuoğlu Anadolu Lisesi ve Selçuklu  zel T rmak Anadolu Lisesinde  ğrenim gören  ğrencilere; Beden Kütle İndeksinin (BKİ) belirlenmesi için yapılacağı söylenen boy ve kilo ölçümünü ihtiva eden antropometrik ölçümlerin okul yönetimi veya sınıf rehber öğretmeninin nezaretinde yapılması kaydıyla uygulanmasında sakınca görülmemektedir. Araştırmada Müdürlüğümüz tarafından onaylanarak gönderilen veri toplama araçları kullanılacak olup, sonucun CD ortamında iki nüsha olarak gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçene tebliğini arz ederim.

Mukadder GÜRSOY
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek: Anket Formu (10 Sayfa)


Güvenli Elektronik İmza
Aslı İle Aymdır.
...../...../20.....
15 Mart 2016

Konya İl Millî Eğitim Müdürlüğü
Akeşme Mah. Garaj Caddesi No: 4 Karatay/KONYA
Elektronik Aę: www.konya.meb.gov.tr
e-posta: istatistik42@meb.gov.tr

Strateji Geliştirme şube Müdürlüğü
Ayrıntılı bilgi için: F.G RES (V.H.K.İ.)
Tel: (0 332) 353 30 50 - 1250
Faks: (0 332) 351 59 40

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden fdd8-0a53-34ac-be76-00f3 kodu ile teyit edilebilir.

EK-İ: İÇECEK TÜKETİMİ BİLGİ FORMU İZİN BELGESİ

RE: İÇECEK FORMU İZİNİ



Muazzez GARİPAĞAOĞLU
11.2.2016 (Per), 11:08
Siz ↕



Yanıtla | v

Ayşe Nur merhaba,

Tabii ki kullanabilirsiniz. Tamamen kendi uzmanlık alanıma ve gereksinimlere dayalı olarak hazırladığım bir formdur. Geçerlilik, güvenilirlik vb olan bir form değildir.

Başarılar dilerim.

Muazzez Garipağaoğlu

From: AYŞE NUR GÜREL [mailto:ayse-nur-gurel@hotmail.com]

Sent: Wednesday, February 10, 2016 4:47 PM

To: mgaripagaoglu@medipol.edu.tr

Subject: İÇECEK FORMU İZİNİ

Sayın Muazzez Garipağaoğlu:
Konya ili Necmettin Erbakan Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Filiz Hisar'ın danışmanlığında tezli yüksek lisans yapıyorum. Yüksek lisans tezimin konusunu "Adölesanlarda Şekerli İçecek Tüketiminin Obezite ile İlişkisi" olarak planlıyoruz. Sizin geliştirmiş olduğunuz içecek formundan yüksek lisans tezimde yararlanabilir miyim? Saygılar.
Ayşe Nur Gürel

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Ayşe Nur GÜREL

Doğum Tarihi: 09.06.1991

Doğum Yeri: Selçuklu/Konya

Medeni Hali: Bekâr

Uyruğu: T.C.

Adres: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Morfoloji Binası, 42080, Meram/Konya

Tel: 0 332 223 79 55

E-mail: ayse-nur-gurel@hotmail.com

EĞİTİM

Lise: Selçuklu Cumhuriyet Lisesi (2009)

Ön Lisans: Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği (2015)

Lisans: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014)

Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-2017)

YABANCI DİL BİLGİSİ: İngilizce-Orta derecede (YÖKDİL 70, Mart 2017)