

Fazla Kilo / Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Sultan Esra TEDİK

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum

ÖZET

Fazla kilo ve obezite; prevalansı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artan kronik bir problemdir ve ülke ekonomilerine büyük bir mali yük getirmektedir. Sağlık Ölçü ve Değerlendirme Enstitüsü tarafından dünyadaki nüfusun yüzde 30'unda fazla kilo ve obezite sorununun olduğu, fazla kilolu ve obez birey sayısının son 30 yılda 857 milyondan 2,1 milyara yükseldiği açıklanmaktadır. Son yıllarda fazla kilo ve obeziteye yönelik önlemler alınması ve tedavi edilmesi gerektiği kabul edilmiştir. Bu noktada bireye kazandırılacak olan sağlıklı yaşam biçimi kilit rol oynamaktadır. Olumlu davranışların kazandırılabilmesi için toplumun tüm kesimleriyle yakından ilişkide olan hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar Sözcükler: Fazla kilo, Sağlıklı yaşam, Hemşirelik.

Healthy Life and Role of Nursing in the Control of Body Weight

ABSTRACT

The excess weight and obesity is a chronic disease with rapidly growing prevalence in developed and developing countries, and imposes a huge financial burden on the economies countries. According to the Institute for Health Metrics and Evaluation, 30% of the world population suffers from overweight and obesity, and the number of overweight and obese individuals has risen to 2.1 billion from 857 million in the last three decades. In recent years, it has been accepted that measures for overweight and obesity should be taken and treated. At this point, helping individuals to acquire healthy lifestyle behaviors plays a key role. Nurses, who are in a close relationship with all segments of society, have an important role and responsibilities in helping people to acquire positive behaviors.

Key Words: Overweight, Healthy life, Nursing.

GİRİŞ

Fazla kilo , “overweight” fazla ağırlık, tartıda fazla gelen miktar, şişmanlık anlamına gelirken; obezite, Latince “obezus” sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obezus”, iyi beslenmiş anlamına gelir. İngilizce’de ise, “obesity” şişmanlık, “obese” çok şişman anlamındadır (1). Fazla kilo ve obezitenin son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek arttığı ve bu olayın birçok popülasyonu üzen bir sorun haline aldığı görülmektedir. Fazla kilo ve obezite bulaşıcı olmayan hastalık hızlarının artmasına ve yaşam süresinin kısalmasına katkıda bulunmakta, ayrıca yaşam kalitesini

olumsuz yönde etkilemektedir (2). Fazla kilo ve obezitenin dünyanın en önemli halk sağlığı mücadelelerinden birisi olduğu, eğilimin özellikle çocuklar ve gençler için alarm düzeyine ulaştığı ve gelecek nesiller için daha çok sağlık yükü yaratacağı düşünülmektedir (3). Son 10-15 yılda giderek yaygın bir sağlık sorunu haline gelmesi ve tıbbi komplikasyonlarına bağlı erken ölümlerin olması, obeziteyi üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline getirmiştir. Tıbbi komplikasyonları arasında kalp ve damar sistemi hastalıkları, diyabet, metabolik sendrom, kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve psikiyatrik sorunlar gelmektedir. Tüm bunlara rağmen %5-10 oranındaki kilo

DOI: 10.25048/tjdo.2017.9

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Sultan Esra TEDİK

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, Türkiye
Tel: 0(442) 231 57 91 • E-posta: esrated@hotmail.com

Geliş tarihi / Received : 04.05.2017

Revizyon tarihi / Revision : 13.06.2017

Kabul tarihi / Accepted : 06.07.2017

<http://turkjod.beun.edu.tr>

kayıbı hastalık riskini büyük oranda azaltmaktadır (4). Fazla kilo ve obezitenin tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedavi kullanılmaktadır (5). Tedavide öncelikle yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması, başarısız olduğu durumlarda tıbbi tedaviye geçilmesi önerilmektedir (6). Yaşam tarzı değişiklikleri gibi ilaç dışı yöntemlerin, ruhsal sağlığın ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde oldukça başarılı olduğu, risk taşımaması ve ucuz olması bakımından da maliyet etkili olduğu belirtilmektedir. Bu amaca yönelik henüz obez olmayan ancak risk grubunu oluşturan fazla kilolu bireylere yönelik koruyucu önlemlerin alınması halk sağlığı açısından önemli bir uygulamadır. Bu ise ancak bireylerin sağlıklı yaşam davranışı kazanmalarıyla mümkün olacaktır (7). Hemşireler; bireye, aileye, topluma, çeşitli kültürlerde sürekli, koordine ve kapsamlı sağlık hizmeti sunarlar. Bu temel özellikler hemşireleri bireylerle çok sık, yakın ve uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olma özelliği kazandırdığından, hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmede kilit rol oynamasını sağlamaktadır (8). Bu nedenlerle, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri konusundaki donanımları arttırmalıdır.

Fazla Kilo ve Obezitenin Tanımı

Kilo aşamaları beden kitle indeksi BKİ ile tanımlanır. BKİ 25 ila 29.9 arasında olan bir kişi klinik olarak "fazla kilolu" olarak tanımlanmaktadır. 30 veya üzerindeki BKİ "obezite" olarak sınıflandırılır. (9).

"Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır." (2) Yağ dokusunun normal aralıkları erkeklerde vücut ağırlığının ortalama yüzde 15-20'sini, kadınlarda ise yüzde 25-30'unu oluşturmaktadır. Erkeklerde yağ dokusu oranının yüzde 25, kadınlarda ise yüzde 30'un üzerine çıkması durumunda obeziteden söz edilmektedir (10).

Fazla kilo ve obezite toplumun büyük bölümünü etkileyen kronik rahatsızlıklardır. Bireylerin yaşam kalitesini bozan, değişik hastalıklara ve yaşam süresinin azalmasına sebep olan fazla kilo ve obezite; çocuk, genç, yetişkin ve yaşlı tüm bireyleri ilgilendiren önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Günümüzde, fazla kilo ve obezite oranındaki artışın en önde gelen nedenleri; refah seviyesinin artması, beslenme şeklinin değişmesi, hazır gıda tüketiminin artması, gıda endüstrisindeki büyümeye paralel olarak ürün fiyatlarının düşmesi, iş koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değişmesi, elektronik aygıtlar başında geçirilen sürelerin artışına bağlı olarak fiziksel mobilitenin azalması sayılmaktadır. Bu sebeplere ilave olarak cinsiyet, eğitim, medeni durum ve kır-kent yaşantısının obezite oranları üzerinde etkili olduğunu açıklanmaktadır (11,12).

Tüm toplumu tehdit eden bir hale gelen fazla kilo ve obezite oranları; risk faktörlerinin ve toplumun sağlıklı

olmayan davranışlarının saptanması ile düşürülebilir. Bu nedenle fazla kilo ve obezite düzeyini yansıtan ölçümlere ihtiyaç vardır. Beden Kitle İndeksi (BKİ), yetişkinlerde fazla kilolu ve obez sınıflandırması için yaygın olarak kullanılan kilo-boy oranı olarak tanımlanmaktadır. Bu oran, kişinin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle (kg/m²) elde edilir. DSÖ'nün BKİ üzerinden tanımlamasına göre BKİ'si 25'e eşit ya da üzerinde olanlar fazla kilolu, 30'a eşit ya da üzerinde olanlar ise obezdir. BKİ'nin özellikle 30'un üzerinde olduğu durumlarda kalp rahatsızlıklarına bağlı ölümlerin dört kat arttığı görülmektedir (2).

Amerika'da yaklaşık bir milyon kişi üzerinde yapılan, fazla kilo ve obezitenin sebep olduğu ölüm oranlarını gösteren çalışmada BKİ'si 25'den fazla olanlarda BKİ'deki artışla birlikte ölüm oranının da arttığı sonucu çıkmıştır. BKİ'si 30-35 arası olanların ortalama yaşam süresi ideal kilodakilere göre 2-4 yıl arası kısılırken; bu fark BKİ'si 40-45 arası olanlarda 8-10 yıla kadar çıktığı saptanmıştır (13).

Fazla Kilo ve Obezite Sıklığı

Fazla kilo ve obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde fazla kilo ve obezite oranları her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'da yapılan MONICA çalışmasında obezite sıklığında 10 yılda yaklaşık yüzde 30 oranında bir artış olduğu açıklanmaktadır (14).

Avrupa'da yetişkinlerde fazla kilo sıklığı erkeklerde yüzde 32-79, kadınlarda ise yüzde 28-78 arasında; obezite sıklığı ise erkeklerde yüzde 5-23, kadınlarda yüzde 7-36 arasında

Tablo 1: Beden kitle indeksi'ne göre obezite sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
	Temel kesişim noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	< 18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥25.00
Şişmanlık öncesi (preobez)	25.00-29.99
Şişman (Obez)	≥30.00
Şişman I. derece	30.00-34.99
Şişman II. derece	35.00-39.99
Şişman III. derece	≥40.00

değişmektedir. Fazla kilolu bireylerin en çok görüldüğü ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere olarak belirlenmiştir (15).

İşeri ve Arslan'ın çalışmasında fazla kilo görülme sıklığı kadınlarda yüzde 33.6, erkeklerde yüzde 46 iken, obezite görülme sıklığı kadınlarda yüzde 16.6, erkeklerde yüzde 15.6 olarak belirlenmiştir (16). Ergin ve arkadaşlarının 20 yaş ve üzeri yaklaşık sekiz yüz bin kişide yaptıkları çalışmada fazla kilo sıklığı kadınlarda yüzde 48.4 ve erkeklerde yüzde 46.1 olarak saptanmıştır (17).

DSÖ verilerine göre fazla kilo ve obezite, Avrupa'daki yetişkinlerde diyabet vakalarının yüzde 80'ine, kalp hastalıklarının yüzde 35'ine ve hipertansiyonun vakalarının ise yüzde 55 ine neden olduğu düşünülmektedir. Fazla kilo ve obezite her yıl bir milyondan fazla kişinin ölümüne dolaylı ve dolaysız olarak sebebiyet vermektedir (18).

Fazla kilo ve obezite gelişiminde doğum öncesi dönem, 5-7 yaş ve ergenlik dönemleri kritik dönemler olarak kabul edilmektedir (19). Fazla kilo ve obeziteye yatkınlık özellikle çocuklar ve adölesanlarda alarm verici düzeye ulaşmıştır. Günümüzde çocukluk dönemi obezitesi sıklığının 1970 yıllarındaki değerlerden on kat fazla olduğu belirtilmektedir (18,20).

Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde NHANES çalışmasına göre 2003-2006 yıllarında 2-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanların yüzde 16.3'ünün obez olduğu bildirilmiştir. Avrupa'da okul çağı çocuklarında fazla kilo sıklığı en yüksek olan ülkeler İspanya (6-9 yaşta %35) ve Portekiz (7-9 yaşta %32) olarak bulunmuştur (19).

Krassas ve arkadaşlarının çalışmasında 6-17 yaş grubu çocuklar üzerinde yürüttükleri çalışmada çocukların yüzde 10.6'sının fazla kilolu ve yüzde 1.6'sının ise obez olduğu görülmüştür (21). Sur ve arkadaşlarının 12-13 yaş çocukların yüzde 12'sini fazla kilolu, yüzde 2'sini ise obez olduğu saptamıştır.(21) Manios ve arkadaşlarının 12-13 yaş arası çocuklarda yaptıkları çalışmada adölesanların yüzde 10.6'sının fazla kilolu, yüzde 1.6'sının ise obez olduğu saptanmıştır (23). Arslan ve arkadaşlarının 5-20 yaş grubu çocuklarda yaptıkları başka bir çalışmada çocukların yüzde 4.1'inin fazla kilolu, yüzde 8.8'inin ise obez olduğu görülmüştür (24).

Ayrancı ve arkadaşlarının 15-20 yaş arası öğrencilerde yaptıkları çalışmada öğrencilerin yüzde 4.4'ünde fazla kilolu, yüzde 0.6'sında ise obezite saptanmıştır (25). Yuca ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş çocuklar üzerinde yürütülen çalışmada fazla kilo sıklığının yüzde 11.1, obezite görülme sıklığının ise yüzde 2.2 olduğu görülmüştür (26). Dünder ve arkadaşları Samsun ilinde 11-14 yaşları arasındaki çocuklarda, obezite sıklığı yüzde 10.3 olarak saptamıştır (27).

Ülkemizde ve yurtdışında alarm verici seviyelere ulaştığı görülen fazla kilo ve obezite için gerekli önlemlerin alınabilmesi için fazla kilo ve obezitenin etiyojisi konusuna ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Fazla Kilo ve Obeziteye Neden Olan Faktörler

Fazla kilo ve obeziteye sebep olan en önemli sebeplerin aşırı ve yanlış beslenme ile fiziksel hareket kısıtlılığı olduğu belirtilmektedir. Ancak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel ve psikolojik etmenler, gelir durumu, hormonal, genetik ve metabolik etmenler, sigara-alkol kullanımı, kısa aralıklarla oldukça düşük enerjili diyet uygulama, kullanılan bazı ilaçlar, doğum sayısı ve doğumlar arası süre gibi nedenler sıralanmaktadır. Öte yandan yenidoğan dönemindeki beslenme şeklinin ve çocukluk döneminde kazanılan beslenme alışkanlıklarının obezitenin gelişmesindeki etkisi göz ardı edilmemelidir. Anne sütü ile beslenen çocuklarda obezite görülme sıklığının daha düşük olduğu, anne sütü verme süresinin, formal besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir (28).

Çocuk ve gençlerdeki fazla kilo ve obezitenin ise ağırlıklı olarak yanlış beslenme alışkanlıkları, beden gereksiniminden çok yeme, az hareket etme, ailede fazla kilolu ve obez birey bulunması, tıbbi hastalık, ilaçlar, aileden ayrılma ya da anne-babanın boşanması gibi strese neden olan durumlar, aile ve akran sorunları, depresyon ya da diğer ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (29).

Fazla Kilo ve Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Yüzyıllar öncesinde Hipokrat, "Ani ölüm şişmanlarda zayıflara göre daha sık görülür" diyerek obezitenin sebep olduğu sorunları tespit etmiştir. Günümüzde, yetersiz beslenmeye oranla fazla yeme sonucu oluşan ölümlerin daha fazla olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (30).

DSÖ fazla kilo ve obezitenin ölüm riskleri sıralamasında ilk beşte olduğunu belirtmektedir. Her yıl en az 2,8 milyon kişinin, fazla kilo ve obez olma sonucu hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Dünya genelinde fazla kilo ve obezite zayıflığa kıyasla ölümle daha ilişkili olduğu tespit edilmiştir (31).

Obezite, vücuttaki tüm sistemler ve psikolojik durum üzerine olumsuz etkileri mevcuttur ve bu etkiler birçok sağlık problemine neden olmaktadır.(32) Fazla kilolu ve obez kişilerde kalp damar rahatsızlıkları ve yüksek tansiyon görülmesi sıklığı artmaktadır (22).

Fazla kilo ve obezitenin solunum sistemi rahatsızlıklarına sebep olduğu bilinmektedir. Fazla kilo ve obezite sonucu göğüs ve karın duvarında biriken yağlar solunum hareketlerini kısıtlamaktadır. Ayrıca obez bireylerde kandaki karbondioksit oranı artarak kişileri uykuya meyilli

hale getirmektedir. Fazla kilolu ve obezlerde kas-iskelet sistemi daha fazla yük taşıdığından, bu kişilerde diz-kalça ve eklem rahatsızlıkları görülme oranları artmaktadır. Tüm bu etkilerin yanında estetik açıdan da fazla kilolu ve obez bireylerde psikolojik bozukluklar, toplumsal uyumsuzluklar ve intihar girişimleri gibi buhranlara daha sık rastlanmaktadır (15).

Fazla Kilo ve Obeziteden Korunma

Her geçen gün önemli bir sağlık problemi haline gelen fazla kilo ve obezitenin görülme sıklığı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, bütün yaş ve sosyo-ekonomik gruplarda giderek artmaktadır. Çevresel, biyokimyasal, genetik, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak fazla kilo ve obezite oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle yenidoğan döneminden geriatrik yaş grubuna kadar fazla kilo ve obezite ile mücadelede tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Fazla kilo, obezite ve neden oldukları hastalıklar sonucunda sağlık hizmetleri daha çok kullanılmakta, sağlık kuruluşlarına kilo kontrolü için başvuran kişilerin sayısı da giderek artmaktadır. Dolayısıyla sağlık kaynaklarının etkili kullanımında “önlemek iyileştirmekten daha kolaydır” ilkesiyle hemşirelerin danışmanlık görevleri ön plana çıkmaktadır (33).

DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerinden biri toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerini vurgulayarak, sağlık davranışlarının önemli ölçüde arttırmaları gerektiğini açıklamaktadır (34).

Fazla kilo ve obezite diğer birçok hastalıkta olduğu gibi yaşam tarzında yapılan değişikliklerle önlenmektedir. Fazla kilo ve obezitenin gelişmesinde etken olarak görülen hatalı beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite üzerinde durulması gereken iki konudur. Kalorisi yüksek gıda alımı, hazır yiyecekler, ayaküstü beslenme, çok sık veya çok seyrek yeme ve gece uyumadan önce yeme gibi durumlar hatalı beslenmeyi oluşturur. Hatalı beslenmenin önlenmesi, yeme biçiminin ve yemek içeriğinin düzenlenmesi ile sağlanabilmektedir. Fazla kilo ve obezitenin önlenmesinde aktivite düzeyinin artırılması da önemli gereksinimlerdendir. Elektronik aygıtlar karşısında geçirilen zamanın iki saat ile sınırlandırılması ve egzersiz yaşam tarzı haline dönüştürülmesi önerilmektedir. Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi sonucu fazla kilo ve obeziteden korunmada başarıya ulaşabilmektedir (34).

Fazla Kilo ve Obezitenin Tedavisi

Fazla kilo ve obezite neden olduğu çeşitli sağlık sorunları nedeniyle tedavi edilmesi zorunlu bir hastalıktır. Tedavi, bireyin kararlılığı ve etkin olarak katılımını gerektiren, uzun ve süreklilik gerektiren bir süreçtir. Kilo kaybı ile birlikte fazla kilo ve obezite nedeniyle oluşan hastalıkların sorunları ortadan kalkmakta ve mortalite oranı azalmaktadır (37).

Obezitenin tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedavi olmak üzere iki yaklaşım kullanılmaktadır (5). Tıbbi tedavi; ilaç uygulamaları ve cerrahi yöntemlerle yapılırken; davranış tedavisi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ile yapılmaktadır (38). Öncelikle yaşam tarzı değişikliklerinin en az 6 ay süre ile uygulanması, başarısız olduğu durumlarda ilaç tedavisi ya da cerrahi yöntemlere geçilmesi önerilmektedir (6). Ayrıca ilaç dışı yöntemlerin ruhsal sağlığın artırılmasında da oldukça başarılı olduğu ortaya konulmuştur. Öte yandan ilaç dışı yöntemler, hem risk taşıması hem de ucuz olması bakımından maliyet etkilidir (39,40).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için, bireylerin kendi yaşam biçimlerini oluşturmaları gerekmektedir (41). Sağlıklı yaşam biçimi, sağlığı etkileyen tüm davranışlar üzerinde kontrol sahibi olmayı ve sağlık durumunu yükseltmeyi hedefleyen davranışları içermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; bireylerin mevcut iyilik hallerinin korunması ve daha iyi seviyeye yükseltilmesine hizmet eden davranışlar olarak tanımlanmaktadır (42,43). “Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir.” (44)

Kendini Gerçekleştirme

Bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “kendilik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir (45). Kendini gerçekleştirmiş bireyler, belirli bir plan ve program çerçevesinde, ulaşılması gereken bir amaca yönelik yaşam sürer, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, başarılarının farkındadır. Bireyin kendinden memnun olması, kendini takdir etmesi ve değerli olduğuna inanması da kendini gerçekleştirmiş olduğunun göstergesidir (46).

Sağlık Sorumluluğu

Davranışların ya da yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını bireyin üstlenmesi sorumluluk olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sorumluluğu ise bireyin kendi iyiliği için yaşamda aktif rol almasıdır (44,48). Bireylerin sağlık alanında birtakım haklara sahip olduğunun savunulduğu günümüzde, aynı bireylerin bazı sorumluluk ve ödevlerinden söz etmek olasıdır. Bugün dünyada gelişmekte olan bakış açısı, sağlık durumlarının korunması ve sürdürülmesi konusunda kişilerin sorumlu tutulması gerektiği üzerinedir. Kapsamı açıkça tanımlanmasa da hasta olsun olmasın, kişilerin sağlıkları yönünden bir “sorumluluk” davranışı içinde olmaları gerektiği görüşü dünyada yükselen bir grafik oluşturmaktadır (49).

Sağlık sorumluluğu bünyesinde bireyin sağlığına yönelik bazı sorumlulukları yerine getirmesi oldukça önem arz etmektedir. Bireyin kendini ve vücudunu tanıması, sağlık durumunu izlemesi ve herhangi bir değişiklik ya da normalden sapma durumunda bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, belli periyodlarla kontrollerini yaptırması bu sorumluluklardan sadece bir kaçıdır (44).

Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

Genellikle birbirinin yerine kullanılan egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlara gelmektedir. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin oturma, kalkma, dolaşma gibi günlük yaptığımız işlerden, egzersizin ise sürekli ve düzenli kas hareketlerini içeren bir spor aktivite olmasından kaynaklanır (50).

Egzersiz tüm yaş grupları için olumlu etkileri mevcuttur. Düzenli fiziksel aktivite; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, bireylerin sosyalleşmesinde, kötü alışkanlıkların önlenmesinde yani yaşam kalitesinin yükseltilmesinde oldukça önemlidir (51).

Beslenme

Beslenme; “insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak yaşamını sürdürmesi için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır.” (58) Metabolizma için elzem olan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılması ise yeterli ve dengeli beslenme olarak değerlendirilmektedir. Beslenme, büyüme, gelişme, yaşam fonksiyonları için gereklidir (53,54).

Beslenme sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada rol oynayan önemli faktörlerden biridir. Günümüzde oldukça yaygın olarak görülen osteoporoz, kanser gibi hastalıkların ortaya çıkmasında sağlıklı beslenme önemli bir etken olarak bilinmektedir (55).

Yeterli ve dengeli beslenme; sosyo-kültürel ve ekonomik birçok faktörden etkilenmektedir (57,60). Günümüzde çocuklar ve gençlerde çok yaygın olarak görülen “fast food” türü beslenme fazla kilo ve obezite sorunlarının ortaya çıkmasına katkı sağlamaktadır (56,57). Bu nedenle çocuklar için model olan ebeveynlerin de beslenmelerine gereken özeni göstermeleri oldukça önemlidir. Çocukların ve gençlerin üç ana üç ara öğün şeklinde beslenmeleri, tüketilen şekerli, tuzlu ve yağlı yiyecekler ve asitli içecekleri azaltmaları bunun yanı sıra balık, az yağlı et ve tahıl ürünlerinin tüketiminin arttırılması sağlanmalıdır (57,59).

Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin diğer kişilerle etkileşimleri sonucu ortaya çıkan ve sağlık üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülen bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin sürekliliğine, niteliğine ve düzeyine bağlıdır (44,60-62).

Pender’e göre kişilerarası destek; insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, yakın arkadaşları için zaman ayırma, başkalarını övme, kendine yakın hissettiği bireylerle terapotik iletişime geçme, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözmeye, fikir alışverişinde bulunma olarak yorumlanmıştır (44).

Kişilerarası ilişkilerde destekleyici rolü olan kişi veya kişiler, güven verici tutumları ve koşulsuz yaklaşımlarıyla iletişimin nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler bireyin baş etme yeteneğinin artmasına, asıl gereksinimin açığa çıkmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık gösterir. Her kişinin bireysel özellikleri veya çocukluk dönemindeki deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler (60,62).

Stres Yönetimi

Stres insanların fizik ve sosyal çevresinden gelen uyaranlar karşısında denge mekanizmalarının bozulması halinde bedenin verdiği psikolojik, fizyolojik ve biyokimyasal tepkiler olarak ifade edilmektedir. İnsan gereksinimleri dikkate alındığında stresin sağlık üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir (63).

Strese uzun süre maruz kalma sonucunda vücudun genel işlevleri bozulmaktadır. Bu nedenle stres yönetimi, kazanılması gereken sağlık davranışlarından biri olarak gösterilmektedir. Stres yaşayan bireylerin sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda buldukları, kendilerine gerekli özeni göstermedikleri vurgulanmaktadır. Stresin sağlık üzerine olan negatif etkisi olumlu sağlık davranışlarını azaltıp, olumsuz sağlık davranışlarını artırmasından kaynaklanmaktadır. Stresörlerin sıklığı ve yoğunluğu hem fiziksel hem de psikolojik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (64,65).

Stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenme olarak nitelendirilen stres yönetiminin amacı, stresi kontrol etmek ve stresle baş etmeyi öğrenmektir. Yaşam kalitesini yükselten ve hastalıkların önlenmesine katkı sağlayan stres kontrolü sağlığın geliştirilmesine yönelik önemli hedeflerden biridir (65,66).

Fizyolojik ve psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı üniversite yaşamına geçiş dönemi gençler için stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde stresle baş etme konusunda gençlere yardımcı olunması gerekmektedir (65,66).

Sağlığın Sürdürülmesinde ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Günümüzde yaşanan değişimler, sağlık sorunları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi durumlar hemşirelerin eğitimci rolünün öne çıkmasına neden olmuştur. Kendi sağlıklarıyla alakadar olan ve sağlıklı alışkanlıklarını

değiştirmek isteyen insanların sayısı giderek artmaktadır. Toplumun bilinçlenmesi; mevcut sağlık hizmetlerinden beklentileri değiştirmiş ve bu durum hemşirelerin sağlığı geliştirmeye yönelik çok boyutlu görevler üstlenmesine zemin hazırlamıştır. Sonuç olarak hemşireler giderek çeşitlenen hizmet alanlarında sağlık düzeyinin yükseltilmesi konusunda toplumun her kesimine gerekli eğitimi verecek duruma gelmiştir (8).

Hemşireler, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği içinde buldukları topluma model olma ve bireyleri etkileme özelliğine sahiptirler. Bu nedenle, hemşireler, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motive edici davranışlar sergilemelidir (68).

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi kavramları hemşirelik bakımının vazgeçilmez bileşenleri arasındadır. Sağlığın geliştirilmesi bireylere sağlık dinamiklerini üst düzeye çıkaracak bir yaşam biçimi oluşturmalarında yardım edecek tutum ve becerileri kazandırmayı amaçlar. Aile ve toplumun sağlık seviyelerinin yükseltilmesine önemli katkılar sağlayan hemşirelik, bireyi yaşamının tüm yönleriyle ele alan bütüncü bir meslektir. Bu nedenle hemşireler sağlığın sürdürülmesine ve geliştirilmesine yönelik etkinliklerde önemli bir role sahiptir (67).

Sağlığın geliştirilmesinde hemşire belli bir program dahilinde risk faktörlerini belirler, mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümü için plan yapar, uygun girişimlerde bulunur ve değerlendirme yapar (68). Ayrıca hemşire bireyin sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesi için üzerine düşen sorumluluklarının farkına varmasına yardımcı olur. Sağlıkta davranış değişikliği oluşturma sürecinde hemşireler sağlık eğitimi uygulamalarında önemli role sahiptir. Davranış değişikliği için bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişikliğe hazır olması, uygun zamanın seçilmesi ve çevre koşullarının buna yönelik düzenlenerek sürecin aşamalı olarak planlanması gerekmektedir. Hemşirenin davranış değişikliği sürecinde kişinin kendisini yönetebilmesi, değişim sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmesi için bireye bilgi ve destek sunmak amacıyla profesyonel izlem ve değerlendirmenin önemi konularında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Davranış değişikliği eğitimlerinde bireyi anlaması, empati kurabilmesi, kararı uygularken yaşadığı sorunlarda destek sunabilmesi, bireyi başaracağına ikna edebilmesi, başarıma inancının ve güven duygusunun gelişmesinin sağlanmasında hemşire anahtar rol oynamaktadır (69).

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Hemşirelerin her bireyde boy, kilo ve bel ölçümünü yapması ve kaydetmesi,
- Özellikle yatan hasta dosyalarında BKİ için yer bulunması ve hastaların BKİ kaydının yapılması,

- Fazla kilolu ve obez bireylerin düzenli kan basıncı ölçümü ve açlık kan şekeri takibinin yapılması
- Hastalarla her diyalogda obezitenin mortalite ve morbidite risklerinin belirtilmesi,
- Sağlık besleme, fiziksel aktivite konularında önerilerde bulunulması,
- Kilo vermedeki başarıya ya da başarısızlığı değerlendirilip, hastaya gerekli olan motivasyon ve desteğin sağlanması,
- İdeal kilosuna ulaşmış hastalara bu kilosunun sabit kalması konusunda önerilerde bulunup periyodik olarak boy kilo ölçümleri yaptırması gibi önerilerde bulunulabilir.

KAYNAKLAR

1. Koç S. Obez Adolesanlarda Metabolik Sendromun ve Alkolik Olmayan Karaciğer Yağlanması Araştırılması, Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; 2006. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_seher_koc.pdf (Erişim Tarihi: 23.02.2016).
2. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, June, 3-5, 1997). Geneva: WHO. file:///C:/Users/tr/Documents/Downloads/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf (Erişim Tarihi: 13.03.2016).
3. Köksal G, Özel HG. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını. Klasmat Matbaacılık, Ankara. 2008. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t53.pdf> (Erişim Tarihi: 05.02.2016).
4. Blackburn GL, Kandors BS. Medical evaluation and treatment of the obese patients with cardiovascular disease. Am J Cardiol 1987; 60(12): 55-58.
5. Orhan Y. Şişmanlık. İçinde: Sencer E (editör). Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001. s. 716-733.
6. Bertakis KD, Azari R. Obesity and use of health care services. Obesity Research, 2005; 13(2): 372-379.
7. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7): 90-105.
8. Hacıoğlu N. Hemşirelikte Öğretim, Öğrenme ve Eğitim, 2. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, 2013. s. 1-2.
9. Wadden TA, Osei S. Obezite Tedavisi. İçinde: Dursun AN (editör). Obezite Tedavi El Kitabı, 2003.s. 229-248.
10. Özarmağan S, Bozboru A. Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. İçinde: Orhan Y, Bozboru A.(editörler), Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi, 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2008.s. 289-301.

11. Ayyıldız Y, Demirli Y. Obezite Vergisine İlişkin Halkın Düşünceleri: Türkiye’de Bir Alan Araştırması. *Business and Economics Research Journal*, 2015; 6(2): 59-78.
12. Beyaz FB, Koç AA. Obezitenin ekonomisi: Güncel durum, mücadele politikaları ve ekonomik analizler. *Econ Anadolu 2009*, Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi. 17-19 Haziran 2009. <http://doczz.biz.tr/doc/155493/obezitenin-ekonomisi--g%C3%BCncel-durum--m%C3%BCcadele-politikalar%C4%B1-ve> (Erişim Tarihi: 12.12.2016).
13. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R. Body-mass index and cause-specific mortality in 900000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 2009; 373(9669): 1083-1096.
14. Molarius A, Seidel JC, Sans S, Toumlehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1999; 52(12): 1213-1224.
15. Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri. [Uzmanlık Tezi] Aydın: Sağlık Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adnan Menderes Üniversitesi; 2014. http://adumilas.adu.edu.tr/web/catalog/file_download.php?file_id2953 (Erişim Tarihi: 08.10.2016).
16. İşeri A, Arslan N. Obesity in adults in Turkey: age and regional effects. *European Journal of Public Health*, 2008; 19(1): 91-94.
17. Onat A, Keleş İ, Sansoy V. Yetişkinlerimizin 10- yıllık takibinde obezite göstergeleri artışta: beden kitle indeksi erkeklerde koroner olayların bağımsız öngördürücüsü. *Türk Kardiyol Derneği Araştırmaları*, 2001; 29(07): 430-436.
18. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf (Access Date: 23.04.2016).
19. Aktaş N. Konya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki 9-11 Yaş Grubu Öğrencilerin Obezite Prevalansı Ve Bunu Etkileyen Etmenler. [Doktora Tezi] Ankara: Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, 2001. <file:///C:/Users/tr/Documents/Downloads/104384.pdf> (Erişim Tarihi: 02.03.2016).
20. European Charter on Counteracting Obesity, WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report. WHO, 2007. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf (Access Date: 17.05.2016).
21. Krassas GE, Tsamietis C, Baleki V, Constantinidis T, Ünlühizarci K, Kurtoglu S, Keleştimur F, Balkan Group for the Study of Obesity. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri Turkey. *Pediatr Endocrinol Rev*, 2004; 1: 460-464.
22. Sur H, Kolotourou M, Dimitriou M, Kocaoglu B, Keskin Y, Hayran O, Manios Y. Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey. *Preventive Medicine*, 2005; 41(2): 614-621.
23. Manios Y, Kolotourou M, Moschonis G. Macronutrient intake, physical activity, serum lipids and increased body weight in primary schoolchildren in Istanbul. *Pediatrics International*, 2005, 47(2): 159-166.
24. Arslan P, Samur G, Yıldız E, Mercanlıgil SM, Köksal G. 5-20 yaş grubu çocuk ve adolesanların bazı antropometrik ölçümleri ile beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, 3.Ulusal Obezite Kongresi, 18-20 Mayıs 2004, Belek-Antalya.
25. Ayrancı U, Erenoğlu N, Son O. Eating habits, lifestyle factors, and body weight status among Turkish private educational institution students. *Nutrition*, 2010; 26(7): 772-778.
26. Yuca SA, Yılmaz C, Cesur Y, Doğan M, Kaya A, Baflaranoğlu M. Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents in Eastern Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 2010; 2(4):159-163.
27. DüNDAR C, ÖZ H. Obesity-Related Factors in Turkish School Children. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-5.
28. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezitenin Nedenleri. <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=41> (Erişim Tarihi: 23.04.2016).
29. AACAP-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Obesity In Children And Teens, Facts for Families No:79, 2011. <http://www.aacap.org/AACAP/FamiliesandYouth/FactsforFamilies/FactsforFamiliesPages/ObesityInChildrenandTeens79.aspx> (Erişim Tarihi: 09.06.2016).
30. Serter R. Obezite atlası. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, 2003. <http://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv1ltlgdb12nghpv4.pdf> (Erişim Tarihi: 11.07.2016).
31. WHO. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311. 2013, <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html> (Erişim Tarihi: 17.04.2016).
32. James WPT, Jackson-Leach R, Mhurchu CN, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby NJ, Nishida C, Rodgers A. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al.,eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. WHO, Geneva, 2004, 1: 497-596.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite İle Mücadele El Kitabı. Ankara, 2013. http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/obezite_mucadele_el_kitabi.pdf (Erişim Tarihi: 29.06.2016).
34. Hıfzıssıhha, TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. “Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek.” Sağlık Bakanlığı Yayın No: 711. Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara, 2007, Türkiye: 36,47 (21).

35. Öncü İ. Çocukluk Çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizle İlişkisi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2009. <http://library.cu.edu.tr/tezler/7357.pdf> (Erişim Tarihi: 19.09.2016).
36. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2003; 2: 277-280.
37. Alıcı M, Pınar R. Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008; 10(2): 32-47.
38. Tekten T. Hipertansif hastalarda ilaç dışı tedavi yöntemleri. Türk Kardiyoloji Seminerleri, 2002; 2: 123-129.
39. Khaodhiar L, Blackburn GL. Kilo Kaybının Sağlık Yararları ve Riskleri. In: Björntorp P (ed). International Textbook of Obesity, 1. Baskı. İstanbul, And Danışmanlık, 2002. s. 413-439.
40. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 20(1): 77-95.
41. Allender JA, Spradly BW. Community health nursing: concepts and practice. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2001; 5: 600-621.
42. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Çeviri: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006. s. 1132-1188.
43. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 1992; 40(3): 106-112.
44. Ertem F, Sezer Ö. Üniversite 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Kendini Gerçekleştirme Engel Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, Malatya, 2004: 1-15.
45. Aksoy T. & Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2): 53-67.
46. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFA AF6AA84 9816B2EF4376734BED947CDE&Kelime=sorumluluk>. (Erişim Tarihi: 25.10.2016).
47. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1):1-13.
48. Aydın E. Sağlıkta Bireyin Sorumlulukları I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmit, 9-11 Haziran 1999. s.1-3.
49. Kırdı N. Yaşlılık ve fizyoterapist. Dün, bugün ve yarın yaşlılık. Yaşlılık Platformu Yayınları, 1. Baskı, 2009. s.121-143.
50. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1.Basım. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın, 2008:730, s.7-20.
51. Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım. İstanbul, Literatür Yayıncılık, 2003. s. 6-15.
52. Sencer E, Orhan Y. Klinik Beslenme. 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2005. s. 451-554.
53. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioglu S, Mercanligil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. Diyet El Kitabı, 6. Baskı. Ankara, Hatipoğulları Yayınları, 2011. s.39-60.
54. Liang H, Flisher AS, Lombard CJ. Bullying, Violence and rish Behavior in South African School Students. Child Abuse Neglect, 2007; 31(2): 161-171.
55. Berberoğlu M. Adölesanlarda Obezite. Adölesan Sağlığı II. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2008; 63: 79-80.
56. Stewart SD, Menning CL. Family structure, nonresident father involvement, and adolescent eating patterns. Journal of Adolescent Health, 2009, 45(2): 193-201.
57. Giannakopoulos G, Panagiotakos D, Mihos C, Yountas Y. Adolescent smoking and health- related behaviours interrelations in a Greek school- based sample, 2009; 35(2): 164-170.
58. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Joseph Hawkins J, Haris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Brener ND, Wechsler H. Youth risk behavior surveillance- United States, CDC(MMWR Surveillance Summaries. 2008; 57(4):1-131. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5704a1.htm>. (Access Date: 16.05.2016).
59. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. Journal of Aging And Health, 2006; 18(3): 359-384.
60. Ercan, O. Adölesanın Psikolojisi Gelişimi. İçinde: Ercan O, Alikışıoğlu M, Ercan G. (editörler). Adölesan Sağlığı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, 2005. s. 17-21.
61. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek yapısı, sağlık durumu ve yeti yitimi ilişkisi. Turkish Journal of Geriatrics, 2006; 9(3): 170-176.
62. Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İçinde: Özmen M, Önen B. (editörler). Stresle Başa Çıkma Yolları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2005. s.171-180.
63. Karakoç, A. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Cumhuriyet Üniversitesi; 2008. <http://ulusaltezmerkezi.com/sinif-ogretmenlerinin-saglikli-yasam-bicimi-davranislari-ve-bu-davranislari-etkileyen-bazi-faktorlerin-belirlenmesi/36/> (Erişim Tarihi: 22.10.2016).
64. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2007; 15(1): 85-92.
65. Siyez DM. Ergenlik Döneminde İntihar Girişimleri: Bir Gözden Geçirme. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2006; 14(2):413-420.

66. Ocakçı A. Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>. (Erişim Tarihi: 01.11.2016).
67. Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. [Yüksek Lisans Tezi].Sivas: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi; 2005. <http://ulusaltezmerkezi.com/universite-ogrencilerinin-bazi-sosyo-demografik-ozelliklerinin-saglikli-yasam-bicimi-davranislarina-etkisi/118/> (Erişim Tarihi: 12.10.2016).
68. Alıcı S, Sarıkaya Ö. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009; 2(3): 95-101.
69. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 9(2): 26-34.