T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

İLKOKUL ÖĞRENCİLERİNİN VE ANNELERİNİN YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ÇOCUKLARDA KİLO PROBLEMİ ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Emine AKAR ÖZTÜRK

Referans no: 10192154

EDİRNE-2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

İLKOKUL ÖĞRENCİLERİNİN VE ANNELERİNİN YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ÇOCUKLARDA KİLO PROBLEMİ ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Emine AKAR ÖZTÜRK

Tez No:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Emine AKAR ÖZTÜRK tarafından tez başlığı "İlkokul Öğrencilerinin ve Annelerinin Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Çocuklarda Kilo Problemi Üzerine Etkisi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 27.05.19 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN
JÜRİ BAŞKANI (Danışman)

İmza
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA
JÜRİ ÜYESİ

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem BOZKIR
JÜRİ ÜYESİ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof.Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezim boyunca beni her konuda yönlendiren ve destek olan tez danışmanım Dr Öğr. Üyesi Sedef DURAN'a, her zaman olduğu gibi sevgisi, desteği, anlayışı ve sonsuz sabrı ile yanımda olan biricik eşim Tayfun ÖZTÜRK'e, emekleriyle hayatımı şekillendiren, bana inanan ve güvenen kıymetli ailem; annem Dilek Akar'a, babam Dursun AKAR'a ve kardeşim Şule AKAR'a, bu süreçteki yardımlarından dolayı sevgili arkadaşlarım Seda KAYA ile Seher PAÇAMAN'a, kıymetli iş arkadaşlarıma ve emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**
GENEL BİLGİLER **3**
OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA OBEZİTE **3**
ÇOCUKLARDA OBEZİTE EPİDEMİYOLOJİSİ **5**
OBEZİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ **7**
ÇOCUKLARDA OBEZİTEYE YOL AÇAN ETMENLER **10**
ANNELERİN YEME DAVRANIŞI VE ÇOCUKLARDA KİLO PROBLEMİ İLİŞKİSİ **21**
GEREÇ VE YÖNTEMLER **23**
BULGULAR **28**
TARTIŞMA **47**
SONUÇLAR **62**
ÖZET **67**
SUMMARY **69**
KAYNAKLAR **71**
ŞEKİLLER LİSTESİ **87**
ÖZGEÇMİŞ **89**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ : Beden Kitle İndeksi

CDC : Center for Disease Control and Prevention

CEBQ : Children's Eating Behavior Questionnaire

COSI-TUR : Chilhood Obesity Surveillance Initiative-Turkey

ÇYDA : Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi

DEBQ : Dutch Eating Behavior Questionnaire)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

IOTF : International Obesity Task Force

TOÇBİ : Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 yaş) Büyümenin İzlenmesi

WHO : World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmış ve yaşam tarzı değişiklikleri ile büyük oranda önlenebilir olan kronik bir hastalıktır. Aşırı kilo ve obezite prevalansı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde endişe verici bir hızla artmaktadır. Günümüzde obezite sadece yetişkinlerde değil çocuklarda da ciddi boyutlara ulaşmış ve her yaş grubunu etkileyen bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (1).

Çocuklarda obezite; fiziksel ve psikolojik etkileri olan küresel bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine dünya çapında kilo problemi olan çocuklar 2010 yılında %6,7 iken, 2020 yılında bu durumun %9,1'e ulaşması ve 60 milyon çocuğu etkilemesi beklenmektedir. Fazla kilolu ve obez çocukların yetişkinlik döneminde de obez olma ihtimalinin yüksek olması yetişkinlik dönemindeki kalp hastalığı, diyabet ve diğer sağlık problemlerinin görülme riskini artırmaktadır (2).

Obezitenin oluşumunda temel nedeninin enerji alımının tüketilenden fazla olmasının yanı sıra; genetik faktörler, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, kültürel durum, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumu da etkili faktörler arasındadır (3). Ayrıca iştah ve yeme davranışları arasındaki bireysel farklılıkların, enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliğine etkisi sebebiyle çocuklardaki obezite gelişim sürecinde rol oynadığı belirtilmektedir (4).Obez çocukların normal çocuklara göre; doyma sinyallerin daha geç cevap verdikleri, yemek yeme hızlarının daha fazla olduğu ve yemek görmek ve koklamak gibi dış

tepkilerin iştahlarını daha fazla artırdığı görülmüştür. Çocuklarda yeme davranış şekillerinden olan içme tutkusunun artması ile kilo alımı ilişkilendirilmektedir (5).

Yetişkinlik dönemindeki beslenme alışkanlıklarının temeli çocukluk döneminde atılır ve bu nedenle çocukluk döneminde sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmak çok önemlidir. Çocukların beslenme alışkanlıkları aile, arkadaşlar, okul, kendi yemek zevkleri ile tercihlerinden etkilenir (6). Ebeveynler çocuklarının yiyecek seçimleri ve porsiyonları konusunda belirleyici oldukları için onların beslenme alışkanlıkları ve davranışlarının oluşması konusunda rol model olmaktadır (7).

Çocuklar sağlıklı olan alışkanlıkları ilk olarak aile ortamında edinmektedirler. Bu durum çocukluk çağında obezitenin nedenlerinin incelenmesinde ve tedavisinde aile ortamının ele alınması gerektiğini göstermektedir (8). Çocuklarda öğrenme yakın çevresindeki bireyleri taklit etme şeklinde olduğundan anne ,baba, kardeşler gibi aile fertlerinin yeme alışkanlıkları ve davranışları çocuğun beslenme alışkanlıklarının temelinin atılmasında önemli bir yere sahiptir. Çocuğun beslenmesinde birincil olarak sorumlu olan anne olduğu için, annenin beslenme bilgisi ve beslenme tutumunun çocuğun sağlıklı beslenmesi üzerinde etkisi oldukça büyüktür. Annenin bir besine karşı seçici olması çocuğun da o besine karşı isteksiz olmasına sebep olmaktadır (9). Yapılan araştırmalarda annelerinde duygusal aşırı yeme olan çocukların, olumsuz bir durumla karşılaştıklarında diğer çocuklara kıyasla daha fazla duygusal aşırı yeme gösterdikleri görülmüştür (10).

Literatürlerde çocuklarda yeme davranışı ve obezite ilişkisi ile ilgili çalışmalar bulunurken (5,11-13), annenin yeme davranışının çocuklarda obezite ile ilşikisini gösteren yeterli düzeyde çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle literatüre ek olarak çalışmamızın amacı; Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Obezite Birimine başvuran ve antropometrik ölçümlerine göre normal, fazla kilolu ve obez olarak üç gruba ayırdığımız ilkokul öğrencilerinin yeme davranışını Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, annelerinin yeme davranışını Hollanda Yeme Davranışı Anketi kullanarak belirlemek ve yeme davranışı alt ölçekleri ile çocuklardaki kilo problemi ilişkisini göstermektir. Çalışmamızda anneler ve çocuklarını beraber değerlendirmek, obezitenin oluşumunu konusunda temel sorunları daha net görmemize ve sağlıklı müdahale yöntemleri geliştirmemize yardımcı olacaktır.

GENEL BİLGİLER

OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA OBEZİTE

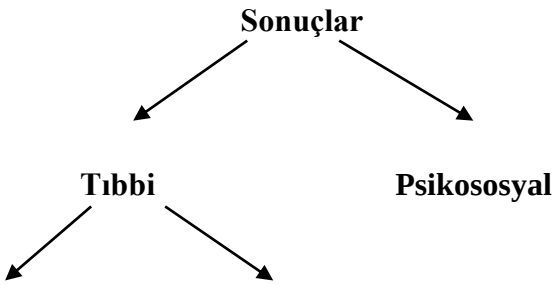
Dünyada hızla artan bir orana sahip olan fazla kiloluluk ve obezite, vücutta yağ oranın artışı ile karakterize olan, sebep olduğu birçok komplikasyon ve sağlık problemi ile yaşam kalitesini olumsuz etkileyen halk sağlığı problemidir. Son zamanlarda, çocukluk döneminde görülen obezite prevelansındaki belirgin artışın çocuk sağlığına olan olumsuz etkileri nedeniyle tedavi edilmesi ve önlem alınması gereken bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır (14).

Çocuklukta görülen kilo problemleri sıklıkla erişkinlik dönemini izlemekte ve bu nedenle çocukluk dönemindeki kilo artışları erişkin obezite salgınının büyümesine neden olmaktadır. Buna paralel olarak pediatrik yaş grubunda önemli sağlık problemlerine yol açan obezite, erişkin dönemde de morbidite ve mortalite için erken risk faktörü oluşturmaktadır (15). Vücuttaki artmış yağlanma obez çocuk ve adölesanlarda lipit, insülin ve kan basıncının bozulması, yetişkinlerde serebrovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarının görülmesine zemin hazırlamaktadır (16).

Obezite çocuklarda tıbbi ve psikososyal sonuçları ile yaşam kalitesini olumuz etkilemekte ve yaşam süresinin kısalmasına neden olmaktadır. İnsülin direnci ve tip 2 diyabet obeziteye eşlik eden en önemli komplikasyonlardandır. Obez çocukların %10-25'inde bozulmuş glukoz toleransı ve %4 'ünde gizli diyabet olduğu tahmin edilmektedir . 5-11 yaş arası obez çocukların yaklaşık %20 ile %30'unda sistolik ve diyastolik kan basınçlarının yüksek seyrettiği görülmüştür (17). Serum kolesterol ve trigliserit değerlerinin obez olan her

dört çocuktan birinde normal değerler üzerinde seyretmesi, yetişkinlik hastalığı aterosklerozun kökenlerinin çocuklukta oluştuğunu göstermektedir (18). Obezitenin solunum yolu fonksiyonlarını da olumsuz etkilediği ve obez çocuklar ile ergenlerde obstrüktif uyku apnesi oranının %60 gibi yüksek oranda görüldüğü düşünülmektedir (19).

Fiziksel sonuçlarının yanında psikososyal sonuçlar obezitenin çocuklarda yaygın olarak görülen olumsuz etkileri arasındadır. Obezite çocuklarda depresyon, davranışsal ve duygusal problemler, sosyalleşmede zorlanma, sınıf arkadaşları tarafından dışlanma, eğlence konusu olma, damgalanma, okulda yarışmalara katılamama ve özgüven eksikliği gibi sorunların görülmesine neden olmaktadır (20,21). Yapılan çalışmalar kilolu ve şişman öğrencilerin normal kilolu öğrencilere göre akademik başarılarının daha az olduğunu göstermiştir. Bunların yanı sıra obezitenin teşhisi, tedavisi ve önleyici tedbirleri için yapılan harcamalar ile kişilerde oluşturduğu verimlilik kaybı, toplumda sosyal ve ekonomik yönden de olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (22). Çocuklarda obezitenin yol açtığı sorunlar özetlenerek Şekil 1'de gösterilmiştir.



Metabolik

-Glukoz İntoleransı
-Dislipidemi
-Hipertansiyon
-Nonalkolik Karaciğer Yağlanması
-Polikistik over sendromu
-Safra Kesesi Taşı

Mekanik

-Obstrüktif Uyku Apnesi
-Ortopedik Bozukluk
-Psödotümör Serebri

Şekil 1. Çocukluk çağı obezitesinin tıbbi ve psikososyal sonuçlarının sınıflandırılması (17).

Dünyada ve ülkemizde gün geçtikçe artan çocukluk çağı obezitesi, hem bireysel hem toplumsal açıdan iyi bilinen sağlık ve ekonomik etkileri ile yetişkin obezitesinin öncüsü olmaktadır (20). Bu nedenle çocuklarda görülen kilo problemlerinin fark edilmesi, nedenlerinin incelenmesi, çözüm yollarının araştırılması ve koruyucu tedbirlerin oluşturulması ülkelerin geleceği için oldukça önem arz etmektedir (23).

ÇOCUKLARDA OBEZİTE EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada Obezite Epidemiyolojisi

Tüm dünyada çığ gibi büyüyen obezite hastalığı, her yaş grubunu etkisi altına almıştır (1). Çoğunlukta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere, çocuklarda görülen obezite sıklığının hızla artması yakın gelecekte bu durumun büyük bir halk sağlığı sorunu ve sosyoekonomik yük oluşturabilecek potansiyele sahip olduğunun göstergesidir (24).

Obezite prevelansı ülkeler arasında ve yıllar arasında değişiklik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2016 verilerine göre, 5 yaş altı 41 milyon çocuğun ve 5-19 yaş arası 34 milyon çocuk ve adölesanın fazla kilolu veya obez olduğu tahmin edilmektedir. Kilo sorunu yüksek gelirli ülkelerin yanı sıra orta ve düşük gelirli ülkelerde de büyük bir sorun teşkil etmektedir (25). Afrika'da 1990'dan bu yana fazla kilolu ve obez çocuk sayısı 5,4 milyondan 10,3'a milyona çıkarak yaklaşık iki kat artmıştır. 2014 yılında yapılan değerlendirmede 5 yaş altı kilolu çocukların %48'i Asya'da ve %25'i Afrika'da yaşadığı tespit edilmiştir (20).

Birçok ülkede her yıl kilo problemi artarak devam etmektedir. 1990 yılındaki çalışmalar toplam çocuk popülasyonun Brezilya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %0,5; Kanada, Avustralya ve Avrupanın bazı bölgelerinde %1 oranının kilo sorunu olan çocuk popülasyonuna katıldığını göstermiştir (26). 1980-2013 yılları arasındaki aşırı kilo ve obezitenin küresel yaygınlığı üzerine 183 ülkenin içinde bulunduğu 1769 verinin incelenmesi ile yapılan kapsamlı çalışmanın sonuçlarına göre; kilo problemi kızlarda %8,4 'den %13.9 'a, erkeklerde ise %8,1'den %12,9'a yükseldiği bulunmuştur (27).

Hızla artan çocukluk çağı obezitesi epidemiyolojisi için uzunlamasına çalışmalar yapılmaktadır. İngiltere, Japonya, ve Brezilya'da yapılan çalışmalar 5-10 yıllık sürelerde çocuklarda obezite prevelansının 2,5- 3,6 kat arasında artış gösterdiği saptanmıştır (28).

Dünyada okul çağındaki her 10 çocuktan 1'nde vücut ağırlığının normalin üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (26). İlkokul çağındaki çocuklarda her iki cinsiyette de aşırı kilonun en yüksek yaygınlık gösterdiği ülkeler, Portekiz (7-9 yıl,% 32) İspanya (2–9 yaş,% 31) ve İtalya (6-11 yaş,% 27) iken , en düşük ülkeler ise Almanya (5-6 yıl,% 13), Kıbrıs (2–6 yaş,% 14) ve Sırbistan-Karadağ (6-10 yıl,% 15)'dır (29).

Türkiye'de Obezite Epidemiyolojisi

Ülkemizde de çocuklarda kilo problemi olanların prevelansı dünyadaki duruma benzer olarak alarm verici düzeyde artarak seyretmektedir. Okul çağı çocuklarda obezite sıklığını araştıran ülkemizde bölgeler ve iller bazında yapılan çalışmalar sıklığın %9- 27 arasında değiştiğini bildirmiştir (30).

Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 yaş) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) projesinin sonuçlarına göre ; çocukların %6,5'i şişman, %14,3'ü fazla kilolu olarak saptanmış ve sorunun en fazla görüldüğü bölgeler İstanbul ve Batı Marmara olarak bulunmuştur. Edilen verilere göre fazla kiloluluk sorunun büyük bir sorun olduğunu ve fazla kilolu çocuklar için önlem alınmazsa, çocukların şişman gubuna dahil olabileceklerini göstermektedir (31).

Dünya Sağlık Örgütü'nce desteklenen Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması'nın (COSI-TUR) 2012-2013 yılları arasında ilkokul ikinici sınıf öğrencileri ile yürütülmüştür. Sonuçlara göre şişmanlık % 8,3 fazla kiloluluk %14,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışma 2016-2017 yılları arasında tekrar gerçekleştirilmiş olup, sonuçların şişmanlık %9,9, fazla kiloluluk %14,6 olarak arttığı bulunmuştur. Böyle uluslararası çalışmalara katılmakla ülkemiz okul çağı çocukların büyümelerini diğer ülkelerle kıyaslamak amaçlanmaktadır (32,33).

Çocuk ve ergenlerde 1990-2015 yılları arasında Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılan 58 adet obezite prevelans çalışması meta-analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre 1990-1995 periyodundan 2011-2015 periyoduna kadar 11,6 kat artışla obezite oranı %0,6'dan %7,3'e çıkmıştır. Erkeklerdeki artışın kızlardan fazla olması ile birlikte her iki cinsiyette de artış gözlenmiştir (34).

OBEZİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Obezite vücutta normalden fazla yağlanma ile meydana gelmektedir. Obeziteyi tanımlamak için vücuttaki normal yağ yüzdelerinin bilinmesi ve uygun değerlendirmelerin yapılması oldukça önemlidir. Bu nedenle vücuttaki yağın ölçümü için çeşitli yöntemler geliştirilmiş olup bunlar doğrudan ve dolaylı ölçümler olarak iki gruba ayrılmaktadır.

Vücuttaki Yağ Miktarının Doğrudan Ölçümü

Vücuttaki yağ miktarının doğrudan ölçümünü sağlayan yöntemler;

-Toplam vücut potasyumunun ölçülmesi (K40)

-Toplam vücut suyunun izotop dilüsyonu ile saptanması

-Su altı tartımı ile vücut dansitesinin hesaplanması (hidrodansitometri)

-Yağda eriyen gaz yöntemi

-Nötron aktivasyonu

-Radyolojik görüntüleme yöntemleri (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, nükleer magnetik rezonans

-Biyoelektrik impedans analizi: Dokunun elektrik akımına gösterdiği direnç olan ve dokulardaki sıvı kütlesi ile ters orantılı olan impedans, vücuda verilen alternatif akım ile ölçülür. Dokulardaki elektrik akımı geçişine göre yağlı ve yağsız doku tespit edilir. Son zamanlarda klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda kullanımı artmıştır. Hem yetişkin hem de çocuklarda uygulama rahatlığı, sonuçları hızlıca vermesi ve girişimsel olmaması sebebiyle tercih edilmektedir. Fakat bu yöntemin doğruluğunun çevre şartlarından ve bireysel farklılıklardan etkilendiği bilinmektedir.

Bu yöntemler yağ miktarını doğru ölçmelerinin yanı sıra, çoğunun kısıtlı kullanımları, pahalı olmaları, tekrar uygulanabilirliklerin az olması ve çocuklara uygulanamamasından dolayı çocuklarda obezite değerlendirmesinde tercih edilen yöntemlerden değildir (35-38).

Vücuttaki Yağ Miktarının Dolaylı Ölçümü (Antropometrik Ölçümler)

Antropometrik ölçümler kolay, ucuz ve rahat uygulanabilir olması avantajları ile çocuklarda obeziteyi saptamada sıklıkla kullanılan yöntemler olmaktadır (36). Bu yöntemlerden en çok tercih edilenleri beden kitle indeksi (BKİ), boya göre ağırlık (rölatif ağırlık), deri kıvrım kalınlığı ve çevre ölçümleri olarak dört grupta toplanabilir (39)

.

Beden kitle indeksi: BKİ, kişinin vücut ağırlığının (kg) , boyunun (metre cinsinden) karesine bölünmesi ile elde edilen yetişkinler arasında yaygın kullanılan onaylanmış bir obezite belirleme ölçütüdür. Çocuk ve adölesanlarda da kilo durumunu belirlemede güvenli kabul edilmiş ve sıklıkla tercih edilen bir yöntem olarak kullanılmakta olup; Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Obezite Çalışma Kolu (IOTF) gibi obezite konusunda referans olan uluslararası kuruluşlar tarafından önerilmektedir (40,41).

Çocuklar ve ergenler büyüme ve gelişme döneminde oldukları için vücutları hızla değişim geçirir. Bu nedenle BKİ değerlendirmesinin yaş ve cinsiyete göre ayrı olarak düzenlenmiş tablolarla yapılması gerekmektedir. Çocuk ve adölesanlarda yetişkinlerde olduğu gibi net bir sınıflama bulunmamakta olup, fazla kilo ve obeziteyi belirlemede çeşitli yaklaşımlar sunulmuştur.. Bu yaklaşımlardan bireysel veya toplumsal çalışmalarda en çok tercih edileni, yaşa göre beden kitle indeksi durumunu yüzdelik (persentil) ve/veya z-skor üzerinden analiz etmektir (33,37).

Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) yaşa göre BKİ değerlendirmesinde 85-95 persentil arası olanları fazla kilolu, 95 persentil üzeri olanları da obez olarak kabul etmektedir (42). Uluslararası Obezite Çalışma Kolu (IOTF) 2-18 yaş arası yaşa ve cinsiyete göre hazırladığı tabloda yetişkinlerde olduğu gibi BKİ 25 üzeri olanlar fazla kilolu, 30 üzeri olanlar obez olarak tanımlanmıştır (43). Neyzi ve ark. 2008 yılında yaptığı çalışmada Türk çocuklarında referans olarak kullanılabilecek büyüme eğrilerini oluşturmuşlardır (44).

Dünya Sağlık Örgütü 1983 yılı referans değerlerinin sınırlıkları nedeniyle yeniden çalışma yapmış, 2006 yılında 0-5 yaş çocuklar için büyüme standartlarını, 2007 yılında ise 5-19 yaş grubu için referans değerlerini yayınlamıştır. Çocuk ve ergenlerde aşırı zayıflık-zayıflık, fazla kilololuk- şişmanlık tanımı için yaşa ve cinsiyete göre BKİ z-skoru ile vücut

ağırlığı z-skoru; ciddi bodurluk- bodurluk ve normal üzeri uzun olma sınıflandırmasında boy uzunluğu z- skorunun uluslararası olarak kullanılması önerilmektedir (33,45). WHO-2007 yaşa göre BKİ z skor sınıflamaları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. WHO-2007 yaşa göre BKİ z-kor sınıflamaları (46,47)

Z-skor	Sınıflama
<-2 SD	**Çok zayıf**
-2≤ - <-1 SD	**Zayıf**
-1≤ - <+1 SD	**Normal**
+1 ≤- <+2 SD	**Fazla kilolu**
≥+2 SD	**Şişman**

Boya göre ağırlık (rölatif ağırlık): Çocukluk döneminde şişmanlık değerlendirmesi yaparken boya göre ağırlığın değerlendirilmesinin daha sağlıklı sonuçlar verdiği ifade edilmektedir. Yaş ve cinsiyete göre hazırlanmış tablolardan bakılarak çocuğun 50. persentile denk gelen boyun yaşı ve o yaşın 50. persentile denk gelen ağırlığı ideal ağırlık olarak bulunur. Çocuğun şu andaki ağırlığının ideal ağırlığa oranının yüzde olarak hesaplanması ile rölatif ağırlık bulunur. Sonuçların %90-110 arası normal kilo, %110-120 fazla kilolu ve %120 üzeri olması obeziteyi ifade eder. Bu yöntemin kısa boylu olan çocuklarda kullanılmasının uygun olmadığı bildirilmektedir (35,36,48).

Deri kıvrım kalınlığı: İndirekt yağ ölçüm yöntemlerinden biri olan deri kıvrım kalınlığı, kaliper adı verilen özel bir alet yardımı ile vücudun farklı bölgerinden ölçülebilir. En çok tercih edileni triseps ve subscapular bölgeden yapılan ölçümlerdir. Temel prensibi deri altı yağ dokusunu belirleyip, bunu kullanarak toplam yağ yüzdesini hesaplamaktır. Çalışmalarda beden kitle indeksinin deri kıvrım kalınlığı ve vücut yağlarının laboratuvar ortamındaki direk ölçüm sonuçları ile güçlü korelasyon gösterdiğini söylemektedir. Yaşa, cinsiyete ve ırka göre ayrı olarak hazırlanmış deri kıvrım kalınlığı persentil tablolarına göre

yapılan değerlendirmelerde 85 persentil üzeri olanlar aşırı kilolu, 95 persentil üzeri olanlar obez olarak kabul edilmektedir.

Deri kıvrım kalınlığını ölçüm kolay bir yöntem olmakla beraber eğitimli ve deneyimli kişiler tarafından uygulanmadığında sonuçlar hatalı olabilmekte ayrıca çocuklar ölçüm yapılırken rahatsız olmaktadırlar. (26,35,37,49,50).

Çevre ölçümleri: Yağ dokusu vücudun farklı bölgelerinde birikmekte ve bu bölgelerden yapılan antropometrik ölçümlerle vücuttaki yağın dağılımı hakkında bilgi sahibi olunmaktadır (51). Yağın daha çok karın ve bel bölgesinde toplanması olarak bilinen santral obezite ile kronik hastalıkların risk faktörleri ilişkilendirilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde santral obeziteyi değerlendirmek için bel çevresi, bel/boy oranı ve boyun çevresi gibi yeni göstergeler önerilmekle beraber bu yöntemlerle ilgili çocuk ve ergenlerde kullanılabilecek referans değerleri bulunmamaktadır. Santral obeziteyi değerlendirmek için en sık kullanılan yöntem bel çevresi ölçümüdür ve çeşitli çalışmalar çocuklarda bu ölçümün total vücut yağı ve beden kitle indeksi ile pozitif korelasyona sahip olduğunu göstermiştir (52). Aynı zamanda bel çevresi kalınlaştıkça çocuklarda kötü lipid profili ve hiperinsülinemiye sebep olduğu söylenmektedir (53). Boyun çevresi ölçümünü çocuklarda yağlanma göstergesi olarak kullanan çok az çalışma bulunmakla beraber, yapılan çalışmalar bu parametrenin çocuk ve ergenler fazla kiloluluk ve obezitenin belirlenmesinde iyi bir performans gösterdiğini söylemektedir (52). Bel/boy oranı da bazı toplumlarda çocuk ve yetişkinlerde abdominal yağlanmayı değerlendirmek için kullanılmakta, oranın 0,5 üstüne çıkması Ashwell sınıflandırmasına göre riskli olarak tanımlanmaktadır (52,54).

ÇOCUKLARDA OBEZİTEYE YOL AÇAN ETMENLER

Çocuklarda daha anne karnından itibaren başlayarak birçok faktörün obezite oluşumunda etkisi olduğu bildirilmekte ve bu faktörler tek başına değil, birbirleri ile etkileşimde olarak obezitenin etyolojisinde yer almaktadır (55). Vücut ağırlığındaki artıştan esas sorumlu tutulan yanlış beslenme alışkanlıkları ve yetersiz fiziksel aktivite durumu olmakla beraber, genetik faktörler, ailesel ve toplumsal etmenler, sosyal yaşam ve psikosyal durum gibi etmenlerin de etkisi olduğu bilinmektedir (56,57).

Obezite nedenlerinin araştırılması üzerine yapılan çalışmalarda, çocuğunun fiziksel ve sosyal çevresi ile alışkanlıklarını doğrudan etkileyen ebeveynlerinin beslenme davranışları ile çocuklardaki yeme davranış şekillerinin obezite gelişim sürecinde rol oynadığına dikkat çekilmektedir (11,58,59).

Genetik Etmenler

Ebeveynlerinde obezite varlığının çocuğun obez olma riskini artırdığı bilinmektedir. Anne ve baba obez ise çocuğun obez olma ihtimali %80, anne veya baba obez ise %50 ve ikisi de normal kilolu ise oran % 9 olmaktadır. Ancak bu durumun oluşmasında kalıtımın yanında ailesel davranış faktörlerinin etkisi olduğunu göz ardı etmemek gerekir (60,61). İkiz kardeşler ile evlatlık çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda; tek yumurta ikizlerinden biri obez ise diğerinin obez olma ihtimalinin çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek oranda bulunması ve evlatlık alınan çocukların beden kitle indeksinin adapte aileleri ile ilişkili bulunmazken, biyolojik aileleri ile güçlü bir ilişkinin var olduğunun görülmesi obezitede genetik yatkınlık fikrini destekler niteliktedir (62,63).

Aile çalışmalarının sonuçlarına göre obezite fenotiplerinin maksimum kalıtılabilirliğinin %30-50 arasında olduğu; obezitenin major faktörlerinden olan vücut yağ içeriği ile enerji alımı ve harcanmasının genetik faktörlerlerden etkilendiği gösterilmektedir (64). Ayrıca genetik yatkınlığı olan çocuklarda çevresel faktörlerin etkisi ile obezite oluşumunun kolaylaştığı bildirilmektedir (36). Buna örnek olarak ailevi obezite geçmişi olan çocukların, besin tüketimindeki hafif bir artıştan, olmayan çocuklara kıyasla daha fazla etkilenmesi ve kilosunda daha fazla artış görülmesi verilebilir (65).

Sosyodemografik Etmenler

Yaş: Dünya Sağlık Örgütü obezite gelişim süresinde prenetal, çocukluk ve adölesan dönemleri kritik dönemler olarak açıklamaktadır. Fetal dönem boyunca olan beslenme vücut kompozisyonun etkilediği için yaşamın ileriki yıllarında abdominal yağlanma, obezite ve bunlarla ilişkili hastalıkların riskini artırmaktadır.

Doğumdan sonraki ilk aylarda hızlı yağlanma sebebiyle beden kitle indeksi artmakta, ilk yıldan sonra düşmekte ve okul dönemine gelen çocukta tekrar artmaya başlamaktadır. Bu

durum yağlanmanın tekrar gelişi dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu durum çocukluk çağı obezitesi için gösterge olarak değerlendirilmektedir.

Adölesan dönemde beslenme alışkanlıklarının bozulması, düzensiz yeme, boş zamanlardaki hareketsiz kalınması gibi durumlar özellikle kızlarda artan yağ oranı şeklindeki fizyolojik değişikliklere yol açtığı için obezite gelişiminde kritik dönem sayılmaktadır. Yaşamın ilk yılında ortaya çıkan obezite müdahalesiz düzelebilmekte iken çocukluk ve adölesan dönemdeki obezite yetişkin dönemde de devam edebilmektedir (1,26,66).

Cinsiyet: Toplumdaki her kesimi olumsuz olarak etkileyen obezite her iki cinsiyette de görülmekle beraber kadınları daha fazla etkisi altına aldığı söylenmektedir. Bu durumun nedenini öströjen hormonun etkisi ile yağ dokusunun kas dokusuna oranla daha fazla artmasının yanında, gebelik, doğum ve menapoz gibi kadınların hayatındaki önemli noktaların etkisinin olması düşünülmektedir (67). Kız adölesanlarda da erkek adölesanlara göre obezite görülme ve devam etme riskinin daha yüksek oranda olduğu bildirilmektedir. Kızlarda obezite erken menarş ile beraber görülmekte ve erken menarş ağırlık artışı ve yağlanma ile tetiklenmektedir (68). 1999-2007 yılları arasında pediatrik izlem için başvuran 2-18 yaş arasındaki 60711 çocuk üzerinde geçmişe yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre kız çocukların daha yüksek oranda fazla kilolu ve şişman tanısı aldığı bulunmuştur (69). Mardin ilinde 6-15 yaş arası 715 çocuk ile yapılan çalışma sonucunda ise fazla kiloluk ve obezite kızlarda sırasıyla %16,9 - %4,4 iken erkeklerde %12,7 - %4,3 oranlarına ulaşılmıştır (70).

Erkek çocuklarda kız çocuklara kıyasla daha fazla obezite oranın görüldüğü çalışmalar da literatürlerde mevcuttur. Kardiyovasküler sağlığın incelenmesi için çocuk ve adölesanlarda yapılan bir çalışmada kızlarda obezite %8,6 iken erkeklerde %9,1 olarak saptanmıştır. Buna benzer olarak Çinde 2-10 yaş arasındaki çocuklarda obezitenin cinsiyete göre farklılıklarını araştıran bir çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde obezite oranı daha yüksek bulunmuştur. İki çalışma da bunun nedeninin erkek çocuklara daha fazla televizyon izleme ve sağlıksız gıda tüketimine daha fazla izin verilmesi, yetiştirme tarzınıın farklı olması ve obez erkeklerin obez kadınlara göre toplumda daha kolay kabul görmesi olabileceğini söylemektedir (71,72). Bu çalışmalara paralel olarak ülkemizde de 6-10 yaş arası çocuklarda büyümenin izlenmesi için yapılan araştırmada obezite yüzdesi erkeklerde %7,5 iken, kızlarda %5,4 olarak saptanmıştır (31).

Sosyokültürel Etmenler

Ailenin ekonomik durumu: Ailenin ekonomik durumunun düşük yada yüksek olması çocuklarda obezitenin görülmesinde etkilediği olduğu bilinmektedir (73). Ulusal bir anket ile geriye dönük yapılan bir çalışmada 20-43 yaş arasındaki bireylerde beden kitle indeksinin doğum ağırlığı, çocukluk kilosu ve çocukken ailesinin ekonomik durumuna göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur (74). Düşük ve orta gelirli ülkelerde kentsel alanlarda yaşayan yüksek geliri olan gruplar daha fazla obezite prevelansına sahip olma eğiliminde iken ülkenin gayri safi milli hasılası arttıkça yani ülke zenginleştikçe bu durum kırsal alana ve düşük sosyoekonomik statüye sahip olan gruplara doğru kaymakta olduğu söylenmektedir (75).

Literatürlerde düşük ve yüksek sosoyekonomik durumlar ile obezite sıklığı ilişkisine dair değişken sonuçlar mevcuttur (18, 26,35,68,76). Ekonomik durumu iyi olan ailelere sahip olan çocuklarda obezite nedeninin aşırı beslenme olduğu, kötü ekonomik durumdaki çocuklarda ise yanlış ve dengesiz beslenme olduğu kanısına varılmaktadır (77). Sosoyoekonomik durum ile diyet kalitesini arasında doğrudan bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yüksek kaliteli, dengeli, çeşitli yiyeceklerden oluşan diyetler refah seviyesi yüksek gruplarda daha fazla tüketilirken, besin açısından fakir ve enerji yoğunluğu yüksek ve sınırlı yiyecekten oluşan besinler refah seviyesi düşük gruplarda daha çok tercih edilmektedir (78). Ülkemizde obezite prevelansı daha çok yüksek ve orta ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında görülmekte olup sebep olarak enerji alımının fazla olmasının yanısıra yiyecekle ödüllendirilme ve sedanter yaşam gösterilmektedir (47, 79).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde enerji açısından zengin, besin değeri zayıf bir diyete erişim en çok kilo alımı ile ilintilidir ve bu tür diyetlere ulaşımı kolay olan grupların çocukları da obezite açısından daha fazla risk altındadır. Obezojenik besinlere erişim ailenin geliri, ikamet edilen konum gereği dağıtım ve üretici firmaların pazarlama uygulamaları ile sağlıklı alternatiflere ulaşım imkanın değişmesi gibi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik arz etmektedir (80).

Ailenin kültürel durumu: Kuşaklar arası sosyal, kültürel ve ekonomik ilişkilerin dinamik ve etkileşim halinde olduğu toplumlarda ailenin içinde bulunduğu yapının çocuklarda obezite gelişimi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'deki yapı da bu kavrama

uyduğu için ailenin kültürel durumu obezite etyolojisi içinde yer almaktadır (73,81). Ailenin kültürel durumu ve çocuklarda obezite ilişkisi net bir yargı olmayıp, farklı görüşler literatürlerde mevcuttur (82-86).

Ailenin öğrenim durumu yükseldikçe çocuğun kilosu ve boyu hakkında daha ilgili olması ve şişman çocuk sağlıklıdır düşüncesinde olmaması beklenmektedir. Ancak eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarına daha iyi imkanlar sağladığından daha fazla besleyip kalori alımını artırmasının yanında daha fazla elektronik cihaz alarak çocukların dijital oyunlarla zaman geçirerek hareketsiz bir yaşama maruz kalmalarına sebep olabilecekleri söylenmektedir (87). Bunun yanı sıra, annenin eğitim durumunun artması ile paralel olarak çalışma hayatına girmesi de artmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak ev hanımı annelere göre daha fazla dışarda zaman harcamaktadır. Ev hanımı anneler ise ev dışında daha az bulunmakta, dolayısıyla mutfağa daha çok zaman ayırıp ev ve okul için çocuklarına sevdiği ve sağlıklı yiyecekleri yapmak için daha fazla zamanı ve fırsatı bulunduğu dile getirilmektedir (73,84). Bu bilgilerin aksine, özellikle annenin eğitim seviyesinin yükselmesi beslenme bilincinin ve alışkanlıklarının daha iyi oluşması, sağlıklı pişirme yöntemleri ve besin seçimine daha çok hakim olma, çocuğun yeme davranışlarının annenin ilgi, bilgi ve tutumuna göre daha olumlu şekillenmesini sağlamanın yanında gelişmiş çocuk sağlığı bilgisi ve sağlık hizmetleri kullanımının olduğu çalışmalarda açıklanmaktadır (85,86).

Yeme Davranışı

Kişinin kilolu olmasının altta yatan nedenleri arasında genetik, metabolik , fizyolojik ve psikolojik faktörlerin yanında davranışsal faktörlerin de incelenmesi ve anlaşılması gerektiği söylenmektedir (88). Yemek yemenin de öğrenilerek geliştirilen bir davranış şekli olduğu bilinmektedir. Açlık ve enerji ihtiyacından bağımsız olarak ruhsal durumla ilgili faktörler insanın yeme davranışını etkilemektedir. Öfke, neşe, üzüntü yada anksiyete gibi duyguların yeme davranışını etkilediği kabul görmektedir. Çoğu kişi aç olmasa dahi yemek yiyebilmekte, doyduğu halde yemeye devam edebilmektedir (89,90). Duygusal durumların yanında, fizyolojik, sosyal, çevresel, kültürel fakörler de yeme davranışını şekillendiren unsurlar arasında yer almaktadır (91).

Yeme davranışı ne zaman ve nerede yeneceğine, yiyeceklerin türüne ve miktarına, yemeğin başlatılması ve bitirilmesine dair seçimler yoluyla enerji alımını etkilemekte ve

obeziteye sebep olabilmektedir (92). Aşırı kilololuk ve obezite gibi çok faktörlü problemlerin etyolojisinin belirlenmesi ve bu problemlerle mücadele edilmesinde yeri olan bireysel farklılıkların daha derin bir şekilde anlaşılması için, yeme davranışlarının varlığı ve tanımlanması oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir (93).

Çocuklarda yeme davranışı:

Çocuklarda obezitenin en önemli nedenleri arasında aşırı yeme ve hareketsiz yaşam davranışlarının etkisi gösterilmektedir. Bu bağlamda tüketilen gıda miktarını bilmek kadar, aşırı yemeye iten davranış şekillerini de bilmek önemli duruma gelmektedir. Biyolojik ve sosyal yönleri içeren yeme davranışı, çocuklarda yaşamın ilk yıllarında şekillenmeye başlayıp, okul öncesi dönemin sonlarına doğru geliştirilmekte ve bu dönemden sonra sabitlenmektedir. Çocukluk döneminde yeme problemleri yaygın olarak görülebilmektedir. Tüm çocukların %25-45 'inde var olduğu söylenen yeme problemleri çocuğun yaşı ilerledikçe %80'lere ulaşabilmektedir (11,94,95).

Bireysel farklılıklardan kaynaklanan yeme tarzlarının yetişkinlerde ve çocuklarda kilo problemi ile ilişkili olduğu düşünülmekte ve hem obeziteye hem de zayıflığa sebep olabileceği söylenmektedir (96). Birçok çalışma obez olan ve olmayan çocuklar arasında yeme davranışlarının çeşitli alt grupları arasında farklılık olduğunu tespit etmiştir (11,95-98). Çocuklarda yeme davranışını ölçmek için geliştirilen en kapsamlı ve etkin, çok sayıda ,farklı yeme şekillerini içeren, geçerlik ve güvenirliği alınmış (99) olan çocuklarda yeme davranışı anketi; 8 alt boyutta çocukların yeme davranışını değerlendirmiştir. Bu alt boyutlar; gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme, duygusal az yeme, içme tutkusu, tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve yemek seçiciliğidir (11,96).

1-Duygusal yeme: Duygusal az yeme ve duygusal aşırı yeme öfke, sevinç, üzüntü, endişe, mutluluk gibi olumlu yada olumsuz duygulara karşı artan yada azalan yeme ile karakterize yeme davranış şeklidir (100). Çocuklarda beden kitle indeksi ile duygusal yeme arasında anlamlı ilişki olduğunu söylenmekte ve bu ilişkinin duygusal fazla yeme ile pozitif , duygusal az yeme ile negatif olduğu bildirilmektedir (101).

Duygusal yeme erken çocukluk döneminde gelişen ve kilo durumun etkileyecek bir davranış biçimi olduğu ileri sürülmektedir (102). Yapılan bir çalışmada çocukların yaklaşık yarısı, aç olmasalar bile yediklerini, yemeye başladıklarında durmalarının zor olduğunu ve iyi

bir şeyler yapmak için yemek yemeyi seçtiklerini ifade etmişlerdir. Çocukların %63 gibi büyük bir çoğunluğunun iştahının olumsuz duygulardan etkilendiği görülmüştür (103). Duygusal yiyici olan çocuk ve adölesanların olumsuz durumla karşılaştıklarında adipozis riskini artıran şekerli, yağlı ve enerji yoğunluğu yüksek olan yiyecek ve içecekleri tüketerek duygularını düzenlemeyi seçtikleri söylenmektedir (101). Sıkıntı sırasında yiyecek alımının azaltılması doğal biyolojik bir süreç olarak değerlendirilir. Bunun nedeni; korku, endişe, gerilim gibi durumlar mide aktivitesini engeller ve şekerin kan dolaşımına salınması ile beraber yeme duygusunun bastırılması olarak gösterilmektedir (104). 7-12 yaş arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada ebeveyn raporlarına göre çocuklarda duygusal az yeme çok yemeye oranla daha yüksek boyutlarda olduğu bildirilmiştir (105).

2-Gıda hevesliliği: Gıda hevesliliği yada gıdaya duyarlılık yeme davranış şekli dışarıdan gelen yeme ipuçlarına karşılık yeme miktarının değişip değişmediğini ifade etmektedir (106). Tat, görüntü, koku gibi dış uyaranlar gıda heveslisi olan kişileri oldukça etkilediği söylenmekte ve bu kişiler tok olsalar bile çok sevdikleri gıdaları gördüklerinde satın alma ve tüketme eğiliminde oldukları görülmektedir (107). Obez kişiler iç doygunluk ipuçlarından daha az etkilenirken, tat koku gibi dış uyaranlardan oldukça fazla etkilenmekte; duygusal bir uyarılmaya yanıt olarak aşırı beslendikleri ve doyma sinyalinin kaçıracak kadar hızlı yedikleri varsayılmaktadır (96).

Obez ve fazla kilolu çocukların dış uyaranlara karşı normal kilolu çocuklara göre daha hassas oldukları ve daha çabuk etkilendikleri bildirilmiştir (11). Dışsal yeme ipuçlarının fizyolojik reaktiviteyi artırma kabiliyeti bulunduğundan, daha fazla besin alımına yol açabilmektedir. Dışsallık öğrenme ve deneyimin oldukça etkilediği, gıda hevesli yeme davranışının göze çarpan bir özelliği olarak belirtilmektedir (108). Çocuklara dışsal uyaranlardan çok, içsel uyaranlara karşı odaklanmaları öğretilir ve tecrübe ettirilirse; çocukların enerji alımlarını kendi kendilerine yönetme yeteneklerinin olumlu yönde ilerleyeceği söylenmektedir (109).

3-Gıdadan keyif alma: Açlık, yemek yeme arzusu ve gıdaya karşı genel bir ilgi kavramlarını içeren yeme davranış şeklidir. Bu yeme davranışında "Sıklıkla kendimi aç hissediyorum, birşeyler yemem lazım" ifadeleri sıklıkla kullanılan cümleler olmaktadır (96). Gıda hevesliliği gibi gıdadan keyif alma da tüketim miktarının fazla olmasına sebep olmaktadır (92).

4-Tokluk Hevesliliği: Tokluk bir yiyecek yada içeceğin yutulmasının takiben alımı engelleyen psikobiyolojik bir mekanizma olarak tanımlanmakta ve enerji alımını ile vücut ağırlığını etkileyen bir sinyal olduğu ifade edilmektedir (110). Tokluk hevesliliği yeme davranışı ise gıdaya az ilgi göstermenin boyutlarından biri olarak değerlendirilmekte ve bir çocuğun birşeyler yedikten sonra enerji alımını düzenlemek için gıda alımını azaltma yeteneği temsil etmektedir (12).

Gıda alımı üzerindeki kontrol uygulaması olan kısıtlı yeme girişimi davranışı besin alımının düzenlenmesinde zorlukla beraber tokluk belirtilerine daha düşük tepki verilmesine sebep olarak aşırı yeme riskini artırabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kısıtlı yemenin tokluk drumuna etkisi, yeme davranışının insan psikolojisi ile ilişkisi araştırmalarında yer aldığı söylenmektedir (96). Ayrıca bir araştrmada obez ve normal kilodaki bireyler arasındaki tokluk duyarlılığındaki bireysel değişkenlikte genetik faktörlerin de etkili olduğu kanıtlanmış ve zayıf doygunluk fenotipi olarak tanımlanmıştır. Çocuklarda da iştah ve tokluk hassasiyeti üzerinde genetiğin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu yönüyle de tokluğu etkileyen yeme davranışları biyolojik araştırmalarda da konu olarak ele alınmıştır (111,112).

Bebeklik döneminde iç açlık ve tokluk ipuçlarına daha fazla duyarlı olma eğiliminde iken, yaşla birlikte bu duyarlılığın azaldığı söylenmektedir. Bu nedenle çocukluk dönemindekiler kendi enerji alımlarını etkin bir şekilde kontrol etme yeteneklerini yavaş yavaş kaybetmekte ve bunun sonucunda enerji alınımını fazlalaşıp, obezite sorununun görülmesine neden olabilmektedir (12). Yapılan çalışmalarda aşırı kilolu ve obez çocukların normal kilolu çocuklara göre daha zayıf tokluk sinyallerine sahip olduğu, daha güçlü iştahlarının olduğu ve sofrada aşırı yemek yiyen fazla kilolu çocukların normal yemek yiyen fazla kilolu çocuklara göre tokluk sürelerinin daha kısa sürdüğü sonuçlarda bildirilmektedir (113, 114).

5-Yavaş yeme: Bir yemek yeme sırasında yeme hızını ölçmekte ve yemeğe karşı olan ilginin giderek azalmasını yansıtmaktadır. Ebeveynlerden alınan raporlara göre yavaş yeme davranışı gösteren çocuklar, sofrada yemekle kendini oyalamakta ve bir öğün süresi 30 dakikayı aşkın bir sürede olabilmektedir. Yavaş yeme davranışın yaşla birlikte azaldığı bildirilmekte ve bu durum da daha büyük çocukların küçük çocuklardan daha hızlı yemek yediğini göstermektedir (96,106).

Yemek hızının fazla olması tüketilen yiyecek miktarını artırararak toplam enerji alımının fazla olmasına ve daha düşük doygunluk oranının görülmesine neden olmaktadır. Yavaş yemenin besinlerin termik etkisini ve postprandiyal enerji harcamasını artırabileceği düşünülmekedir. Ayrıca yemek hızının iştahı ve besin tüketimini kontrol eden gastrointestinal hormonlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu söylenmektedir. Bu nedenle yeme hızını ayarlamak obeziteden korunma ve kilo kontrolü için oldukça önemli hale gelmektedir (115).

6-Yemek seçiciliği: Gıdaya olan ilgisizliği, yeni gıdaları tatmaktaki isteksizliği, tüketibilecek gıda yelpazesi hakkında oldukça seçici olmayı ve yetersiz yiyecek çeşitliliği olmasına sebep olan yeme davranışıdır. Çocuklarda yeme sorunları ile ilgili literatürlerde oldukça fazla konu olmakta ve sıklıkla kabul edilen-reddedilen gıdalar listesi hazırlanarak değerlendirilmektedir. Bu davranış genel olarak okul öncesi dönemden sonra yaşla beraber azalmaya başlamaktadır (96,106).

Ebeveynler seçici çocukların çok az yediklerini ve sağlıklı bir yemek yedirmek için çocukları ikna etmenin zor olduğunu bildirmektedirler. Klinik gözlemlere göre seçici çocuklar yavaş yemeyi, daha küçük öğün tüketmeyi tercih etmekte, yiyeceklere ilgisi az olmaktadır. Bu nedenle obezite riskini azalttığı ileri sürülmektedir (96).

7-İçme tutkusu: Özellikle şekerle tatlandırılmış olan içeceklere karşı oluşan içme arzusunu ve ne sıklıkta bişeyler içmek istediklerini belirleyen yeme davranış şeklidir (106). Fazlaca tüketilen meşrubatın toplam alınan enerjiyi artırması, böylece içme tutkusu olan çocuklarda obezite gelişimini artırabileceği yönünde görüşleri ortaya çıkarmaktadır (96).

Şekerle tatlandırılmış içeceklerin besin değeri az olduğu yada hiç olmadığı için boş enerji kaynağı olarak değerlendirilmekte ve yüksek enerji alımına sebep olmaktadır. Bu tür içeceklerin çocuklar için oldukça önemli bir besin olan süt tüketimini olumsuz etkilediği ve diğer yüksek kalorili gıdaları tüketim isteğini artırdığı bildirilmektedir (116). İçeceklerle alınan yüksek şeker miktarı diğer besin öğelerinin yerine geçebilmekte ve sağlıksız beslenmeye neden olmaktadır. Okul öncesi çocuklarla yapılan bir çalışmada şekerden gelen enerji toplam enerjinin %25'ini geçenlerde besin öğeleri alımının azaldığı tespit edilmiştir (117,118). Yine bir çalışmada şekerden gelen enerji %10'u geçenlerde düşük posa, protein alımı ve yüksek yağ alımı gözlenmiştir. Bu nedenlerle şekerli içecek tüketim arzusunu azaltmak kilo yönetiminde ve sağlıklı beslenmenin sağlanmasında önem arz etmektedir (117).

Annelerde yeme davranışı:

Yemek yeme otomatik olarak aynı şekilde işlemeyen, sosyal, kültürel ve psikolojik durumlardan oldukça etkilenen bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Son 30 yılda yeterli gıda alımını ve vücut ağırlığını bozabilecek yeme davranış şekillerini değerlendirmek için teoriler geliştirilmiştir. Besin alımının davranışsal ve psikolojik düzeylerinde aşırı yeme etyolojisine dair duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme teorileri Hollanda Yeme Davranışı Anketinde sunulmuştur (119). Bu anket geçerlilik ve güvenilirliği alınmış bir ölçek olup, ülkemizdeki çalışmalarda kullanılmaktadır (89).

Beslenme davranışı duygulardan ve kişinin karakteristik özelliklerinden çok fazla etkilenmekte olup, yiyecek seçimi, miktarı, sıklığı fizyolojik ihtiyaçlarla ilgili olmayan sebepler dışında da şekillenebilmektedir. Duygusal yeme öfke, korku, endişe, üzüntü gibi duygusal uyarılma durumlarına cevap olarak verilen yemek yemenin nasıl değiştiği üzerine odaklananan yeme davranışıdır. Olumsuz duygularla karşılaşıldığında oluşan fizyolojik reaksiyonlar yeme sonrasındaki tokluk hissine benzediği için normal tepkinin iştahsızlık olması beklenirken, bazı kişilerde aşırı yeme olarak tam tersi şekilde görülmektedir. Bu kişiler olumsuz durumlarla baş etmek için yemek yemeyi tercih etmektedirler. Bunun nedeninin, kişilerin açlık ve anksiyete duygularının ayrımını yapamadıkları için açlıkta olduğu gibi anksiyete durumunda da yemek yemeyi öğrenmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (88,120,121). Bir başka düşünceye göre ise; bu kişilerde kusurlu açlık farkındalığı olduğundan aşırı yemenin ortaya çıkmasıdır. Bu düşünceye göre açlık doğuştan olmayan, öğrenilen bir deneyimdir. Bu öğrenme sürecinde hatalı ve kafa karıştırıcı tecrübeler açlık ve tokluk olgusunun ayrımını engellemiştir. Bundan dolayı bireyler ne zaman aç olduklarının yada doyduklarının farkına varamamakta ve rahatsız edici duygusal durumlarından dolayı gıdaya olan ihtiyaçlarını ayırt edememektedirler. Böylece bu kişiler fizyolojik ihtiyaçlarına göre değil, emosyenel durumlarına göre besin tüketmektedirler (121).

Kısıtlayıcı yeme belirli bir ağırlığı kaybetmek veya mevcut kiloyu korumak amacıyla bilinçli olarak yapılan gıda kısıtlamasının derecesini yansıtan yeme davranış şeklidir (119). Kısıtlama gıdalara olan istekle mücadele etme çabasının göstergesi olarak ifade edilmektedir. Bu yeme davranışına sahip olanlar sürekli fazla yediklerinden şikayet etmekte ve kilo kontrollerini sağlayabilmek için kendilerini arzu ettikleri yeme miktarına karşı kısıtlamaktadırlar (122). Çoğunlukla geçmiş dönemde gıda alımını kontrol etmekte zorluk

çeken kişilerde, vücut ağırlığını azaltmak için kısıtlayıcı yemenin daha yaygın olduğu söylenmektedir (123).

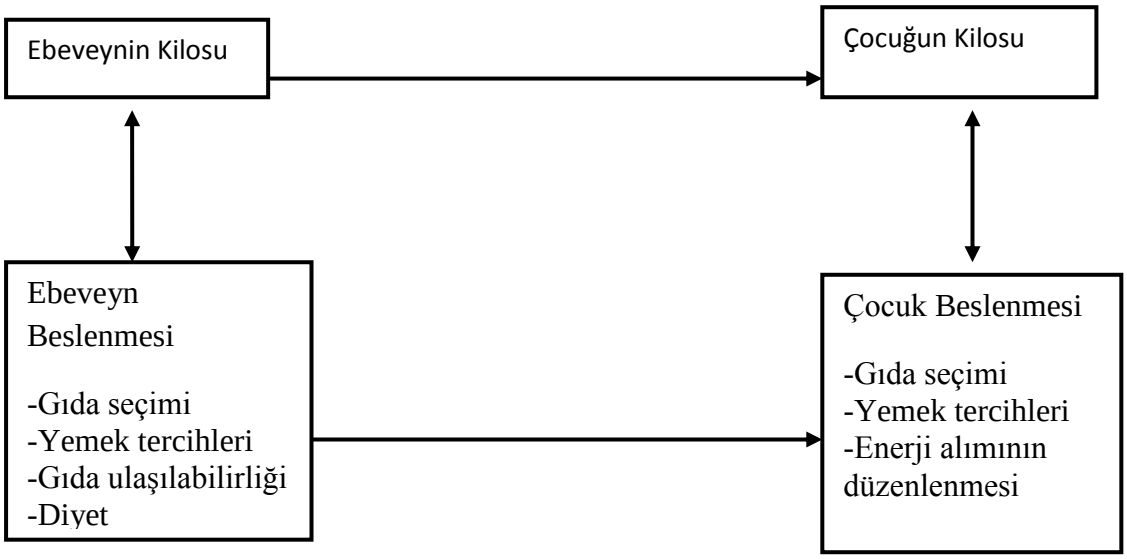
Kısıtlı yiyenler özellikle düşük yağ ve karbonhidrat içerikli beslenerek, günlük hayatta daha az enerji almaktadırlar ve kilo kaybı sağlanmaktadır (124). Ancak kilo vermek için besin alımının kısıtlanması davranışı, inatçı açlığın oluşması ve metabolizma hızının azaltılması gibi fizyolojik savunma mekanizmalarının başlamasına neden olmaktadır (88). Bunun yanında diyet kısıtlaması ile yemek özlemi arasında bir bağ olduğuna, kısıtlı yiyicilerin diyet sırasında yada diyet bittikten sonra lezzetli bir yemek yada sevdikleri bir yiyecek ile karşılaştıklarında oto kontrollerini kaybederek tıkınırcasına yeme ataklarının olabildiği ve aşırı enerji aldıkları belirtilmektedir. Kronik aşırı yeme eğilimi olan bireyler de besin alımını kısıtladığı halde sonuç başarısız olmakta ve kilo artışı görülebilmektedir. Çünkü bireyler istediklerinden az yedikleri halde ihtiyaçlarından fazla yemektedirler. Bu nedenle kilo kaybının besin alımındaki aşırı kısıtlanma ile değil, yeterli ve dengeli beslenme programları ile uygulanması önerilmektedir (89,108,123,125).

Son olarak dışsal yeme davranışı ise fiziksel gereksinime bakılmaksızın yiyeceklerin görülmesi, koklanması gibi yiyecekle ilgili harici ipuçlarına karşı yanıt olarak yemek yenmesi olarak ifade edilmektedir (124). Çocuklardaki gıda hevesliliği yeme davranışı ile aynı şekilde tanımlanmaktadır (106). Dışsal yeme, aşırı beslenme ile ilişkilendirilmekte ve sağlıksız yiyecek tüketimini ve vücut ağırlığını artırması sebebiyle obezite riskini ortaya çıkaran, problemli bir yeme davranışı olarak kabul edilmektedir (126).

Duygusal yemeye benzer şekilde dışsal yeme de aşırı kilolu bireylerin yeme davranışının iç açlık ve tokluk sinyallerine nispeten tepkisiz olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte duygusal yemede odak noktası içsel duygulara karşı verilen yanıt olurken dışsal yemede dışarıdan gelen uyarılar yeme davranışının belirleyicisi olmaktadır. Dışsal yiyiciler besinleri görünüşü ve kokusu gibi çevresel besin ipuçlarına tepki olarak yedikleri için uyarıcıya bağlı olarak karakterize edilmekte oldukları söylenmektedir (88). Özellikle aşırı kilolu ve obezi kişilerde dış yeme davranışının artmış dürtüsellik ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Dürtüsel olan kişilerin yemek yerken kontrollerini sağlamada zorlandığı ve lezzetli ve yağ, şeker içeriği yüksek besinlere karşı ilgilerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (127). Dışsal yeme ipuçlarının obez kişileri obez olmayanlara göre daha fazla etkilediği öne sürülmekte olsa da tüm ağırlık gruplarındaki bireylerin de çevresel ipuçlarından etkilendiği görüşü de bulunmaktadır (128).

ANNELERİN YEME DAVRANIŞI VE ÇOCUKLARDA KİLO PROBLEMİ İLİŞKİSİ

Çocuklarda obezite gelişiminin tetikleyicileri arasında, çocuğun ilk deneyimlerini kazandığı ve öğrenmenin oluştuğu aile yapısının ve ailenin alışkanlıklarının rol aldığı bilinmektedir (22). Ailenin genetik yapısının yanında, beslenme alışkanlıkları, gıda tercihleri, besin tüketim miktarları ve fiziksel akvtite durumları gibi faktörlerin çocukluk çağı obezitesini etkilediği bildirilmektedir. Çocuklar için yemek yemek sosyal bir ortam sağlar ve ebeveynler, diğer yetişkinler, kardeşler, akranlarına ilişkin gözlemleri kendi yeme davranışlarının ve besin tercihlerinin şekillenmesinde etkili olabilmektedir (129). Çocuklarda kilo durumu üzerine ebeveyn etkisi ile ilgili faktörler Şekil 2'de gösterilmiştir (130).



Şekil 2. Çocuklarda kilo durumu ve ebeveyn etkisi (30).

Ebeveynler çocukların beslenme biçimini etkileyen davranışlarının şekillenmesinde ve besin seçimlerinin kontrolünde yer alan ve çocuklara beslenme konusunda rol model olan kişilerdir. Evde beslenme konusunda en büyük sorumluluğu üstlenen kişilerin büyük çoğunlukla annelerin olduğu bilinmektedir (22). Annelerin beslenme konusunda bilgileri, yemek seçimleri ve alışkanlıkları, pişirme yöntemleri gibi özellikleri mutfağa yansımakta ve bu nedenle çocuğun beslenme durumunu etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada doymuş yağ oranı yüksek olan yiyeceklerle beslenen ebeveynlerin çocuklarının da doymuş yağdan fazla beslendiklerini, ebeveynlerin beslenme alışkanlıklarının özellikle küçük çocukların besin

alımları üzerinde etkisi olduğunu ve bunun nedeninin de çocukların tanıdık oldukları, çevrede gördükleri, deneyimledikleri yyiecekleri yemeye eğilimli olmaları olarak bildirilmektedir (131). Çocuğun beslenmesinde birincil derecede etkili olan ve ilgilenen kişilerin anneleri olması sebebiyle; annelerin yeme davranışlarının çocukların yeme davranışlarıyla ilişkili ve çocuklarda kilo problemleri oluşumunda etkili olabileceği fikri ile çalışmamız gerçekleştirilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamamız için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20.04.2018 tarihli TÜTF-BAEK 2017/152 protokol numarası ile onay ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden izin alınarak gerçekleştirilmiştir. (Ek-1 ve Ek-2). Çalışmaya alınacak öğrenciler ve annelerine çalışmaya katılmaya kabul formu(Ek-3) ile çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmış, gönüllü olanlar araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Çalışmamızın amacı annelerin yeme davranışı ile çocukların yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayıp, çocukluk çağı kilo problemleri üzerine etkisini değerlendirmektir.

Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer, Zamanı ve Örneklemi

Araştırmanın tipi kesitsel ve tanımlayıcıdır. Araştırma 21.06.2018- 12.11.2018 tarihleri arasında Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi Obezite Polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, ilkokul 1,2,3 ve 4. Sınıf öğrencileri ve anneleri ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için gerekli örneklem hesaplaması minitab istatistik programı kullanılarak ,Özer ve arkadaşlarının (11) çalışmasından yararlanarak hesaplanmıştır. Literatüre göre gıda heveslisi ortalama değeri obez olan bireyler 14,55 ± 5,8 iken normal bireylerde 10,04 ± 4,37

olarak elde edilmiştir. Duygusal aşırı yeme ortalama değerleri ise obez olanlarda 9,76 ± 4,3 iken normal bireylerde 6,53 ± 2,90 olarak elde edilmiştir. Bu değerler dikkate alındığında %95 güven düzeyinde, %99,9 test gücü ile 210 (70*3) vakanın alınmasına karar verilmiştir. Vakalar yapılan antropometrik ölçümlere göre normal, fazla kilolu ve obez olarak 3 gruba ayrılmış ,normal kilolu öğrenciler kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınacaklar polikliniğe başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerleri:

Silifke ilçesindeki okullarda öğrenim gören ilkokul öğrencileri ve anneleri

Tanı almış herhangi bir hastalığı olmayan öğrenciler ve anneleri

Çalışmaya dahil edilmeme kriterlerleri:

Silifke ilçesindeki okullarda öğrenim görmeyen ilkokul öğrencileri ve anneleri

Tanı almış herhangi bir hastalığı olan öğrenciler ve anneleri

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler "Sosyodemografik Bilgiler", "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi" ve "Hollanda Yeme Davranışı Anketi " olarak üç bölümden oluşan anket yardımıyla toplandı. 21.06.2018- 12.11.2018 tarihleri arasında Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi Obezite Polikliniğine başvuran ilkokul 1,2,3 ve 4. Sınıf öğrencilerinin anneleri ile anket yüz yüze görüşülerek doldurudu daha sonra öğrencilerin ve annelerinin boy kilo ölçümleri yapılarak ankete not edildi.

Sosyodemografik bilgiler formu: Bu form çocuk ve anneye ait sosydodemografik özellikleri belirlemek amacıyla hazırlandı. Formda annenin ve çocuğun yaşı, çocuğun okuduğu sınıf, annenin eğitim durumu, annenin çalışıp-çalışmama durumu, ailenin aylık toplam geliri, annenin kendi kilosunu nasıl bulduğu, diyet yapma durumu, diyetini kimin önerdiği, anneni çocuğunun yeterli ve dengeli beslenmesi hakkındaki fikri, çocuk beslenmesine ilişkin bilgi takip edilen yer, çocuğun vitamin-mineral desteği alma durumu ve kullanıyorsa hangi desteği aldığı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Çocuklarda yeme davranışı anketi – ÇYDA (Children's eating behavior questionnaire – CEBQ): İlk olarak 2001 yılında Jane Wardle ve arkadaşları tarafından obezite ve yeme bozukluklarının erken tanımlanmasında aracı olması amacıyla çocukların yemek yeme davranışlarını sınıflandırmak için geliştirilmiş bir ankettir. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, 35 maddeden oluşan, her bir maddenin 5 puan üzerinden değerlendirildiği (1= asla, 2= nadiren, 3= arada bir, 4= sıklıkla, 5=her zaman) likert tipi bir ankettir. Ölçeğin geliştirildiği özgün çalışmada, anketin geliştirilmesi sırasında sekiz alt ölçekli faktör yapısı oluşturulmuştur. Bu alt ölçekler; gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliğidir (96). Bu sekiz alt ölçeğin toplam varyansı açıklama oranlarının %50-%80 arasında olduğu ve Cronbach alfa katsayılarının ise 0.74 ile 0.91 arasında değiştiği bulunmuştur.

2011 yılında Resul Yılmaz ve arkadaşları tarafından "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi" Tükçe'ye çevrilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Özgün çalışmada olduğu gibi anket 35 madde ve gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Anketteki 35 maddedin orjinal anket ile benzerliğini göstermek için açıklayıcı faktör analizi yapılmış, Ölçek özdeğeri 1'in üzerinde sekiz faktöre ayrılmıştır. Bu sekiz faktör toplam varyansın %58,2 'sini açıklamıştır. Ölçekteki tüm maddeler faktörlerde temsil edilmiş ve tüm maddelerin pozitif yüklü olduğu görülmüştür. ÇYDA çalışmasında elde edilen Cronbach alfa katsayıları gıda hevesliliği alt ölçeği için 0.69, duygusal aşırı yeme davranışı alt ölçeği için 0.61, gıdadan keyif alma alt ölçeği için 0.84, içme tutkusu alt ölçeği için 0.79, tokluk hevesliliği alt ölçeği için 0.76, yavaş yeme davranış alt ölçeği için 0.75, duygusal az yeme davranış alt ölçeği için 0.67, yemek seçiciliği davranışı alt ölçeği için ise 0.74 bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizine göre RMSEA uygunluk indeksi 0.049 olarak hesaplanmış ve buna göre ölçeğin Türk toplumuna uygunluğu gösterilmiştir. Alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapı geçerliliği, iç tutarlığı ve alt grup ilişkileri açısından özgün anket ile çok yakın sonuçlar elde edilmiştir (99).

Hollanda yeme davranışı anketi – DEBQ (Dutch eating behavior questionnaire): 1986 yılında Van Strein ve ark. tarafından geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan anket; duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal

yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler, 5'li Likert skalası ile değerlendirmektedir (120). DEBQ'nun orijinal çalışmasında elde edilen Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları duygusal yeme davranışı alt ölçeği için; 0.95, dışsal yeme davranışı alt ölçeği için; 0.81 ve kısıtlanmış yeme davranışı alt ölçeği için; 0.95 bulunmuştur.

Anketin geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Diyetisyen Nuray Bozan tarafından yapılmıştır. Hollanda Yeme Ölçeğinin Türkçe versiyonunda ilk 10 soru kısıtlayıcı yeme, 11-23 arası duygusal yeme, 24-33 arası ise dışsal yeme tutumunu değerlendiren sorulardır. Dışsal yeme skalasında bulunan 31. Soru ise ters sorudur. Ölçeğin orijinal formundaki alt ölçeklerdeki madde ayırt edicilik indekslerine bakılmış, yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmış, faktör analizi sonrası ölçek maddelerinin seçiciliği için de yeniden maddelerin birbirleri, ilgili alt ölçekle ve toplam puan ile korelasyonlarına bakılmış, iç tutarlılığın belirlenmesi için Cronbach alpha ve bir uygulamadan başka bir uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün bir ölçüsü olarak test-tekrar test güvenirliği incelenmiştir. Çalışmada kadınlar ve erkekler için yapılan faktör analizi sonuçlarının orjinal ankette yer alan üç faktör yapısını destekler nitelikte olduğu bulunmuş ve duygusal, kısıtlayıcı, dışsal yeme için Cronbach alfa katsayıları sırası ile; 0.97, 0.91, 0.90 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizler incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ve ülkemizde kullanılmasının uygun olduğu bulunmuştur (89).

Antropometrik Ölçümlerin Alınması

Çocukların ve annelerin vücut ağırlığı ölçümü ayakta, ayakkabısız, hafif kıyafetlerle ,kalibrasyonu yapılmış, 0,1 kg'a duyarlı ve taşınabilen SECA-813 dijital yer baskülü ile yapıldı. Ölçümler kg cinsinden kaydedildi. Boy ölçümleri ise saçlarında bulunan aksesuarlar ve ayakkabıları çıkarılarak baş boy ölçere dayalı ve dik, ayaklar bitişik şekilde tam karşıya bakmaları istenerek, SECA-213 taşınabilir boy ölçer yardımıyla yapıldı. Çocukların antropometrik ölçüm sonuçları WHO ANTHRO Plus Programına girilerek yaşa göre beden kitle indeksi z-skor değerleri hesaplandı. Bu programa Dünya Sağlık Örgütü'nün sitesinden ulaşıldı. Programa giriş yaparken, ölçüm yapılan tarih (gün/ay/yıl) , cinsiyet, doğum tarihi (gün/ay/yıl), boy (cm), kilo (kg) bilgileri yazılmış ve yaşa göre BKİ z-kor değerleri elde

edilmiştir (132) Çalışmamızda z-skor değerleri sınıflaması WHO-2007 yaşa göre BKİ z skor sınıflamalarına göre yapıldı. Buna göre z-skor değeri -1≤ - <+1 SD normal, +1 ≤- <+2 SD fazla kilolu, ≥+2 SD obez olarak sınıflandırıldı (46,47). Normal, fazla kilolu ve obez olmak üzere çocuklar üç gruba ayrıldı ve normal kiloda olanlar kontrol grubu olarak alındı. Annelerin antropometrik ölçümleri değerlendirilirken vücut ağırlıkları boylarının karesine bölünerek (kg / m2) beden kitle indeks değerleri hesaplandı ve DSÖ sınıflaması temel alınarak BKİ'si <18,5 olanlar zayıf, 18,5-24,9 arasında olanlar normal ağırlıklı, 25,0-29,9 arasında olanlar fazla ağırlıklı, 30,0 üzeri olanlar obez kabul edildi (133).

Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS 23 ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için Shapiro Wilk testi kullanıldı. Normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Walllis testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin incelenmesinde ise kikare testi kullanıldı. Analiz sonuçları normal dağılım gösteren nicel veriler için ortalama ± s.sapma, normal dağılmayan veriler için ise ortanca (min-mak) şeklinde sunuldu. Nitel verilerin sunumu ise frekans (yüzde) olarak ifade edildi. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

BULGULAR

Bu bölümde Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi Obezite Polikliniğinde çalışmaya katılmayı kabul eden 70 normal, 70 fazla kilolu ve 70 obez öğrenci olmak üzere 210 ilkokul 1,2,3 ve 4. Sınıf öğrencisi ile annelerine ait olan bulgular ve istatiksel sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 2. Öğrencilere ilişkin özellikler

Özellik	**N**	**%**
Çocuğunuzun cinsiyeti		
Kız	109	51,9
Erkek	101	48,1
Yaş		
6	21	10,0
7	64	30,5
8	49	23,3
9	43	20,5
10	33	15,7

Tablo 2 (devamı). Öğrencilere ilişkin özellikler

Özellik	**N**	**%**
Kaçıncı sınıfta okuduğu		
1.Sınıf	66	31,4
2.Sınıf	54	25,7
3.Sınıf	46	21,9
4.Sınıf	44	21
Annenin çocuğun kilosunu nasıl bulduğu		
Zayıf	24	11,4
Normal	94	44,8
Kilolu	78	37,1
Aşırı kilolu	14	6,7
Anneye göre çocuğunuz yeterli ve dengeli beslenme durumu		
Evet	108	51,4
Hayır	86	41,0
Fikrim yok	16	7,6
Çocuğunuz vitamin ve/veya mineral desteği kullanıyor mu?		
Evet	15	7,1
Hayır	195	92,9
Yanıtınız evet ise destek amacı ile neler veriyorsunuz? *		
D vitamini	5	33,3
Kalsiyum, demir desteği	2	13,3
Multivitamin ve mineral desteği	6	40,0
Balık yağı	5	33,3
Diğer	1	6,7

*Birden fazla cevap verilebilen soru

Tablo 2'de araştırmaya katılan öğrencilere ait özelliklerin dağılımı verilmiştir. Çalışmada yer alan öğrencilerin %51,9'u kız, %48,1'i erkektir .Öğrencilerin %30,5'i 7 yaşında, %23,3'ü 8, %20,5'i 9 yaşındadır. Öğrencilerin %31,4'ü 1. Sınıf, %25,7'si ise 2.sınıfta okumaktadır. Annelerin %44,8'i çocuğunu normal kilolu, %37,1'i kilolu olarak değerlendirmektedir. Annelerin %51,4'ü çocuğunun yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Annelerin %92,9'u çocuğunun vitamin ve/veya mineral desteği kullanmadığını söylemiştir. Çocuğu için vitamin ve mineral desteği kullananların ise %40'ı multivitamin ve mineral desteği, %33,3'ü D vitamini, %33,3'ü balık yağı vermektedir.

Tablo 3. Annelere ilişkin özellikler

Özellik	**N**	**%**
Yaş		
20-30	36	17,1
30-40	144	68,6
40 yaş ve üzeri	30	14,3
Eğitim durumu		
Okuma-yazma bilmiyor	1	0,5
İlkokul	64	30,5
Ortaokul	17	8,1
Lise	66	31,4
Üniversite	59	28,1
Yüksek lisans-Doktora	3	1,4
Çalışma durumu		
Ev hanımıyım	110	52,4
Çalışıyorum	100	47,6
Ailenizin aylık toplam geliri		
1000 TL altı	10	4,8

Tablo 3 (devamı). Annelere ilişkin özellikler

Özellik	**N**	**%**
Ailenizin aylık toplam geliri		
1000-2000 TL	47	22,4
2000-3000 TL	58	27,6
3000-4000 TL	37	17,6
4000-5000 TL	15	7,1
5000 TL üzeri	43	20,5
Kendi kilonuzu nasıl buluyorsunuz?		
Zayıf	2	1,0
Normal	77	36,7
Kilolu	99	47,1
Aşırı kilolu	32	15,2
Şu anda uyguladığınız bir diyet programı var mı?		
Evet	49	23,3
Hayır	161	76,7
Cevabınız evet ise diyetinizi kim önerdi?		
Öneri almadım. Kendim uyguluyorum	13	26
Diyetisyen	33	66
Televizyon, internet	2	4
Aile, arkadaş, komşu	2	4
Çocuk beslenmesine ilişkin bilgileri nereden takip edersiniz?*		
Diyetisyen	16	7,7
Doktor	38	18,4
Aile, arkadaş, komşu	14	6,8
Kitap, dergi, gazete	7	3,4

Tablo 3 (devamı). Annelere ilişkin özellikler

Çocuk beslenmesine ilişkin bilgileri nereden takip edersiniz?*		
Özellik	**N**	**%**
Televizyon, internet	41	19,8
Diğer	1	0,5
Hiçbir yerden takip etmiyorum	98	47,3

*Birden fazla cevap verilebilen soru

Tablo 3'de çalışmaya katılan annelere ait özelliklerin dağılımı verilmiştir. Annelerin %68,6'sı 30-40 yaş aralığında, %17,1'i 20-30 yaş aralığında, %14,3'ü ise 40 yaş ve üzerindedir. Annelerde yaş ortanca değeri 35 olarak elde edilmiştir. Katılımcı annelerde en düşük yaş 24 iken en yüksek yaş 51 olarak bulunmuştur. Annelerin %31,4'ü lise, %30,5'i ilkokul mezunudur. Annelerin %52,4'ü ev hanımı iken %47,6'sı çalışmaktadır. Çalışmaya katılan annelere ailelerinin ekonomik durumu sorulduğunda; %27,6'sı aile aylık gelirlerinin 2000-3000 TL arasında olduğunu, %22,4'ü 1000-2000 TL arasında olduğunu söylemiştir. Annelerin %47,1'i kendini kilolu bulduğunu bildirmiştir. Annelerin %76,7'sinin şu anda kullandığı bir diyet programı yok iken %23,3'ünün şu anda uyguladığı bir diyet programı vardır. Diyet programı kullanan kişilerin %66'sının diyetini diyetisyen önermiştir. Annelerin %47,3'ü çocuk beslenmesine ilişkin bilgileri hiçbir yerden takip etmemekte iken, %19,8'i televizyon, internetten takip etmektedir.

Tablo 4. Annelerin BKİ durumu

BKİ durumu	**N**	**%**
Normal kilolu	66	31,4
Fazla kilolu	66	31,4
I.Derece Obez	58	27,6
II.Derece Obez	18	8,6
III.Derece Morbit Obez	2	1,0

Tablo 4'de çalışmaya katılan annelerin beden kitle indeksi durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Annelerin %31,4'ü normal kilolu, %31,4'ü fazla kilolu ve %37,2'si obez sınıflandırmasına girmektedir.

Tablo 5. Annelerin BKİ durumu ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik özellik	**Ortalama±S.sapma**	**P**
Yaş		0,106
20-30	26,7 ± 3,7	
30-40	28,5 ± 5	
40 yaş üzeri	28,7 ± 4,7	
Eğitim durumu		
İlkokul	29,5 ± 4,5ab	0,004
Ortaokul	30,3 ± 3,6 b	
Lise	27,6 ± 4,5ab	
Lisans ve Lisans Üstü	27 ± 5,2 a	
Çalışma durumu		
Ev hanımı	28,9 ± 4,4	0,027
Çalışıyor	27,5 ± 5,1	
Ailenin ekonomik durumu		
1000 TL altı	26,5 ± 3,3	0,050
1000-2000 TL	30,4 ± 5,1	
2000-3000 TL	27,6 ± 3,8	
3000-4000 TL	28,8 ± 4,6	
4000-5000 TL	26,5 ± 5,4	
5000 TL üzeri	27,4 ± 5,3	

a, b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 5'de yer alan bilgilere göre annelerin BKİ değerlerinin annelerin yaş gruplarına göre istatiksel olarak farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0,106). Annelerin BKİ değerleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir (p=0,004). Farklılık ortaokul ortanca değerinin, lisans ve lisans üstüne göre yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. İlkokul eğitim durumuna göre ortanca değer 29,5, ortaokula göre 30,3, liseye göre 27,6 ve Lise ve lisans üstüne göre 27 olarak elde edilmiştir. Anne BKİ değeri çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir (p=0,027). Ev hanımı olan annelerin BKİ ortalaması çalışan annelerin BKİ ortalamasından yüksek bulunmuştur. Ailenin ekonomik durumu ile annenin BKİ değeri arasında istatiksel olarak farklılık bulunmamıştır (p=0,050).

Tablo 6. Fazla kilolu ve obez annelerin diyet uygulama durumlarının karşılaştırılması

	Diyet uygulama durumu		
	Evet	Hayır	P
Fazla kilolu	19 (28,8)	47 (71,2)	0,919
I.Derece Obez	18 (31)	40 (69)	
II.Derece Obez	5 (27,8)	13 (72,2)	
III.Derece Morbit Obez	1 (50)	1 (50)	

Tablo 6'daki bilgilere göre annelerin diyet uygulama durumları kilo durumuna göre istatiksel olarak farklılık göstermemektedir (p=0,897). Fazla kilolu kişilerin %72,3'ü, I.derece obez kişilerin %69'u, II.derece Obez kişilerin %72,2'si ve III.derece obez kişilerin %50'si nin diyet uygulamadığı bulunmuştur.

Tablo 7. Fazla kilolu ve obez annelerin kendi kilosunu nasıl bulduğunun karşılaştırılması

	Normal	**Kilolu**	**Aşırı kilolu**	**P**
Fazla kilolu	19 (28,8)	45 (68,2)	2 (3,0)	<0,001
I.Derece Obez	2 (3,4)	39 (67,2)	17 (29,3)	
II.Derece Obez	1 (5,6)	6 (33,3)	11 (61,1)	

Tablo 7 (devamı). Fazla kilolu ve obez annelerin kendi kilosunu nasıl bulduğunun karşılaştırılması

	Normal	Kilolu	Aşırı kilolu	P
III.Derece Morbit Obez	0 (0)	1 (50)	1 (50)	

Tablo 7'deki bilgilere göre fazla kilolu ve obez annelerin kendi kilosunu nasıl bulduğu durumu istatiksel olarak farklılık göstermektedir (p<0,001). Fazla kilolu kişilerin %68,2'si, I.Derece Obezlerin %67,2'si kendini kilolu buluyorken, II.Derece Obez kişilerin %61,1'i ve III.Derece Morbit Obez %50'si kendini aşırı kilolu bulmaktadır.

Tablo 8. Anne BKİ değerleri ile çocuk BKİ değerleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Çocuk BKİ
Anne BKİ	r=0,271 p<0,001

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 8'deki bilgilere göre anne BKİ değeri ile çocuk BKİ değeri arasında pozitif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 9. Çocukların kilo durumu ve annesinin çocuğu nasıl bulduğunun karşılaştırılması

		Annelerin çocuğunun kilosunu nasıl bulduğu				
		Zayıf	Normal	Kilolu	Aşırı kilolu	P
Çocukların kilo durumu	Normal	24 (34,3)	46 (65,7)	0 (0)	0 (0)	<0,001
	Fazla kilolu	0 (0)	39 (55,7)	29 (41,4)	2 (2,9)	
	Obez	0 (0)	9 (12,9)	49 (70)	12 (17,1)	

Tablo 9'daki bilgilere göre çocukların kilo durumu annelerin çocuklarının kilosunu nasıl bulduğuna bağlıdır (p<0,001). Çocuğu normal kiloda olan annelerin %65,7'si çocuklarını normal kiloda buluyorken, %34,3'ü zayıf bulmaktadır. Çocuğu fazla kiloda olan

annelerin %55,7'si çocuklarını normal kiloda buluyorken, %41,4'ü kilolu bulmaktadır. Çocuğu obez olan annelerin %70'i çocuklarını kilolu bulmaktadır.

Tablo 10. Annenin eğitim durumu ve çocuk beslenmesine ilişkin bilgiyi nereden takip ettiğinin karşılaştırılması

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Lisans ve Lisans Üstü
Diyetisyen	3 (4,8)	1 (5,9)	6 (9,4)	6 (9,7)
Doktor	4 (6,3)	1 (5,9)	11 (17,2)	22 (35,5)
Aile,arkadaş,komşu	3 (4,8)	2 (11,8)	7 (10,9)	2 (3,2)
Kitap-dergi,gazete	1 (1,6)	0 (0)	0 (0)	6 (9,7)
Televizyon,İnternet	4 (6,3)	3 (17,6)	16 (25)	18 (29)
Diğer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)
Hiçbiri	48 (76,2)	10 (58,8)	25 (39,1)	14 (22,6)

Tablo 10'daki bilgilere göre ilkokul mezunu annelerin %76,2'si, ortaokul mezunu annelerin %58,8'i, Lise mezunu annelerin %39,1'i beslenmeye ilişkin bilgiyi hiçbir yerden takip etmiyorken, Lisans ve Lisans üstü mezunu annelerin %35,5'i beslenmeye ilişkin bilgiyi doktordan takip etmektedir.

Tablo 11. Çocukların kilo durumuna göre karşılaştırmalar

	Normal	Fazla Kilolu	Obez	P
Çocukların cinsiyeti				
Kız	38 (34,9)	36 (33)	35 (32,1)	0,875
Erkek	32 (31,7)	34 (33,7)	35 (34,7)	
Sınıf				
1.sınıf	32 (48,5)	17 (25,8)	17 (25,8)	0,071
2. sınıf	14 (25,9)	20 (37)	20 (37)	

Tablo 11 (devamı). Çocukların kilo durumuna göre karşılaştırmalar

	Normal	Fazla Kilolu	Obez	P
Sınıf				0,071
3. sınıf	14 (30,4)	14 (30,4)	18 (39,1)	
4.sınıf	10 (22,7)	19 (43,2)	15 (34,1)	
Anne eğitim durumu				
İlkokul	19 (29,7)	22 (34,4)	23 (35,9)	0,062
Ortaokul	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)	
Lise	20 (30,3)	24 (36,4)	22 (33,3)	
Lisans ve Lisans Üstü	29 (46,8)	17 (27,4)	16 (25,8)	
Anne çalışma durumu				
Ev hanımı	32 (29,1)	33 (30)	45 (40,9)	0,050
Çalışıyor	38 (38)	37 (37)	25 (25)	
Aile aylık toplam gelir				
1000 TL altı	6 (60)	1 (10)	3 (30)	0,294
1000-2000 TL	13 (27,7)	13 (27,7)	21 (44,7)	
2000-3000 TL	17 (29,3)	19 (32,8)	22 (37,9)	
3000-4000 TL	12 (32,4)	14 (37,8)	11 (29,7)	
4000-5000 TL	4 (26,7)	7 (46,7)	4 (26,7)	
5000 TL üzeri	18 (41,9)	16 (37,2)	9 (20,9)	
Çocukların yeterli ve dengeli beslenme durumu				
Evet	38 (35,2)	40 (37)	30 (27,8)	0,467
Hayır	28 (32,6)	25 (29,1)	33 (38,4)	
Fikrim yok	4 (25)	5 (31,3)	7 (43,8)	

Tablo 11'deki bilgilere göre çocuğun kilo durumu cinsiyet, sınıf, anne eğitimi, anne çalışma durumu ve aile gelirine bağlı olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 12. Annenin çocuk beslenmesine ilişkin bilgi takip etme durumu ve çocukların kilo durumunun karşılaştırılması

Annenin çocuk beslenmesine ilişkin bilgiyi takip etme durumu	**Normal**	**Fazla kilolu**	**Obez**
Diyetisyen	1 (6,3)	6 (37,5)	9 (56,3)
Doktor	17 (44,7)	16 (42,1)	5 (13,2)
Aile, arkadaş, komşu	7 (50)	3 (21,4)	4 (28,6)
Kitap, dergi, gazete	4 (57,1)	2 (28,6)	1 (14,3)
Televizyon, internet	18 (43,9)	7 (17,1)	16 (39)
Diğer	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Hiçbir yerden takip etmiyorum	25 (25,5)	38 (38,8)	35 (35,7)

Tablo 12'deki bilgilere göre çocuğu normal kiloda olan annelerin %25,5'i, fazla kilolu annelerin %38,8'i ve obez olan annelerin %35,7'si çocuk beslenmesine ilişkin bilgiyi hiçbir yerden takip etmemektedir. Diyetisyen seçeneğini tercih eden annelerin %56,3'ünün çocuğu obez iken, doktor seçeneği seçen annelerin %44,7'sinin çocuğu normal kilodadır.

Tablo 13. Annelerin BKİ durumu ve annelerin yeme davranışının karşılaştırılması

	Duygusal yeme	**Kısıtlayıcı yeme**	**Dışsal yeme**
Normal kilolu	21 (13 – 56)a	31 (11 – 46)a	26 (15 – 46)a
Fazla kilolu	28,5 (13 – 53)ab	27 (13 – 40)ab	31 (15 – 43)ab
I.Derece Obez	29,5 (13 – 65)b	25,5 (17 – 40)ab	32 (14 – 48)b
II.Derece Obez	38 (13 – 62)b	22,5 (13 – 37)b	35 (15 – 44)b
III.Derece Obez	43 (39 – 47)ab	29,5 (28 – 31)ab	27 (27 – 27)ab
p	0,001	0,010	<0,001

a, b; Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 13'deki bilgilere göre duygusal yeme ortanca değerleri anne kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Normal kiloda olanların ortanca değeri hem I. Derece hem de II.derecede obez olanlardan daha düşük elde edilmiştir. Aynı durum dışsal yemede de gözlemlenmektedir (p=0,010). Kısıtlayıcı yeme ortanca değerleri de anne kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanların ortanca değeri II.derece obez olanlardan daha yüksek elde edilmiştir.

Tablo 14. Annelerin kendi kilolarını nasıl bulduğuna göre yeme davranışının karşılaştırılması

	Duygusal yeme	**Kısıtlayıcı yeme**	**Dışsal yeme**
Zayıf	22 (13 – 31)ab	17,5 (13 – 22)	30 (21 – 39)abc
Normal	21 (13 – 56)a	29 (11 – 46)	26 (15 – 46)a
Kilolu	29 (13 – 61)b	27 (13 – 40)	31 (14 – 46)b
Aşırı kilolu	42,5 (13 – 65)b	27 (13 – 36)	35 (16 – 48)c
p	<0,001	0,177	<0,001

a, b,c; Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 14'deki bulgular incelediğinde annelerdeki duygusal yeme davranışı annelerin kendi kilolarını nasıl bulduğuna göre farklılık göstermekte olduğu görülmektedir (p<0,001). Kendi kilosunu normal bulan annelerin duygusal yeme ortanca değeri hem kilolu hem de aşırı kilolu bulanlardan daha düşük elde edilmiştir. Benzer şekilde dışsal yeme ile annenin kendi kilosunu nasıl bulduğu arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Dışsal yeme ortanca değerleri normal, kilolu ve aşırı kilolu annelere göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Kısıtlayıcı yeme ortanca değerleri ise farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0,177).

Tablo 15. Annelerin diyet yapma durumu ile yeme davranışlarının karşılaştırılması

	Diyet yapma durumu		**p**
Yeme davranış şekli	Evet	Hayır	
Duygusal yeme	35,1 ± 13,2	28,3 ± 12,4	**0,001**
Kısıtlayıcı yeme	31,2 ± 5,7	26,1 ± 6,5	**0,000**
Dışsal yeme	28,5 ± 7,1	29,9 ± 7,4	0,242

Tablo 15'deki bilgilere göre duygusal yeme ortalama değerleri diyet yapma durumuna göre istatiksel olarak farklılık göstermektedir (p=0,001). Diyet yapanlarda ortalama değer 35,1 iken yapmayanlarda 28,3 olarak elde edilmiştir. Kısıtlayıcı yeme ortalama değerleri diyet yapma durumuna göre farklılık göstermektedir (p=0). Diyet yapanlarda ortalama değer 31,2 iken yapmayanlarda 26,1 olarak elde edilmiştir. Dışsal yeme ortalama değerleri diyet yapma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p=0,242). Diyet yapanlarda ortalama değer 28,5 iken yapmayanlarda 29,9 olarak elde edilmiştir.

Tablo 16. Çocukların BKİ durumu ile çocukların yeme davranışlarının karşılaştırılması

	Normal	**Fazla Kilolu**	**Obez**	**p**
Gıda heveslisi	9 (5- 17)a	13 (6- 23) b	18,5 (7- 25)c	<0,001
Duygusal aşırı yeme	6 (4- 13)a	9 (4- 16) b	10,5 (4- 18)c	<0,001
Gıdadan keyif alma	14 (7- 25)a	18,5 (10- 25) b	22 (14- 25)c	<0,001
İçme tutkusu	8 (3- 15)a	9 (3- 15) ab	10 (4- 15) b	<0,001
Tokluluk heveslisi	24 (13- 33)a	21 (12- 31) b	17 (10- 27)c	<0,001
Yavaş yeme	11 (4- 19)a	7 (4- 15) b	6 (4- 13)c	<0,001
Duygusal az yeme	14 (4- 19)	13 (6- 20)	13 (4- 19)	0,128
Yemek seçiciliği	7 (3- 15)a	8 (3- 15)b	9 (3- 15)c	<0,001

a, b, c; Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 16'da çocukların kilo durumu ve yeme davranış şekillerinin ilişkisi incelenmiştir. Gıda heveslisi ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 9 iken fazla kilolularda 13 ve obezlerde 18,5 olarak elde edilmiştir. Her 3 kilo durumuna ait ortanca değerler birbirinden farklıdır ve en yüksek değer obezlerde elde edilmiştir. Duygusal aşırı yeme ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 6 iken fazla kilolularda 9 ve obezlerde 10,5 olarak elde edilmiştir. Her 3 kilo durumuna ait ortanca değerler birbirinden farklıdır ve en yüksek değer obezlerde elde edilmiştir. Gıdadan keyif alma ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık

göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 14 iken fazla kilolularda 18,5 ve obezlerde 22 olarak elde edilmiştir. Her 3 kilo durumuna ait ortanca değerler birbirinden farklıdır ve en yüksek değer obezlerde elde edilmiştir. İçme tutkusu ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 8 iken fazla kilolularda 9 ve obezlerde 10 olarak elde edilmiştir. Normal kilolular ile obezler arasında fark vardır. Obezlerde ortanca değer daha yüksektir. Tokluk heveslisi ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 24 iken fazla kilolularda 21 ve obezlerde 17 olarak elde edilmiştir. Her 3 kilo durumuna ait ortanca değerler birbirinden farklıdır ve en yüksek değer obezlerde elde edilmiştir. Yavaş yeme ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 11 iken fazla kilolularda 7 ve obezlerde 6 olarak elde edilmiştir. Her 3 kilo durumuna ait ortanca değerler birbirinden farklıdır ve en yüksek değer obezlerde elde edilmiştir. Duygusal az yeme ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermemektedir (0,128). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 14 iken fazla kilolularda 13 ve obezlerde 13 olarak elde edilmiştir. Yemek seçiciliği ortanca değerleri çocuk kilo durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Normal kiloda olanlarda ortanca değer 7 iken fazla kilolularda 8 ve obezlerde 9 olarak elde edilmiştir. Her 3 kilo durumuna ait ortanca değerler birbirinden farklıdır ve en yüksek değer obezlerde elde edilmiştir.

Tablo 17. Çocuklarda cinsiyete göre yeme davranışlarının karşılaştırılması

	Kız	**Erkek**	**p**
Gıda heveslisi	13 (5- 25)	12 (5- 25)	0,728
Duygusal aşırı yeme	9 (4- 18)	8 (4- 18)	0,648
Gıdadan keyif alma	18 (9- 25)	19 (7- 25)	0,955
İçme tutkusu	9 (3- 15)	10 (3- 15)	0,144
Tokluluk heveslisi	20 (10- 33)	20 (10- 32)	0,754
Yavaş yeme	8 (4- 19)	7 (4- 19)	0,923
Duygusal az yeme	13 (4- 20)	13 (4- 18)	0,471

Tablo 17 (devamı). Çocuklarda cinsiyete göre yeme davranışlarının karşılaştırılması

	Kız	Erkek	p
Yemek seçiciliği	9 (3- 15)	8 (3- 15)	0,473

Tablo 17'ye göre gıda heveslisi ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,728). Kızlarda ortanca değer 13 iken erkeklerde 12 olarak elde edilmiştir. Duygusal aşırı yeme ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,648). Kızlarda ortanca değer 9 iken erkeklerde 8 olarak elde edilmiştir. Gıdadan keyif alma ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,955). Kızlarda ortanca değer 18 iken erkeklerde 19 olarak elde edilmiştir. İçme tutkusu ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,144). Kızlarda ortanca değer 9 iken erkeklerde 10 olarak elde edilmiştir. Tokluluk heveslisi ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,754). Kızlarda ortanca değer 20 iken erkeklerde 20 olarak elde edilmiştir. Yavaş yeme ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,923). Kızlarda ortanca değer 8 iken erkeklerde 7 olarak elde edilmiştir. Duygusal az yeme ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,471). Kızlarda ortanca değer 13 iken erkeklerde 13 olarak elde edilmiştir. Yemek seçiciliği ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,473). Kızlarda ortanca değer 9 iken erkeklerde 8 olarak elde edilmiştir.

Tablo 18. Çocuklarda yaşa göre yeme davranışlarının karşılaştırılması

	6 yaş	7 yaş	8 yaş	9 yaş	10 yaş	p
Gıda heveslisi	13 (7 – 23)	12 (5 – 24)	12 (5 – 25)	14 (5 – 25)	14 (8 – 24)	0,214
Duygusal aşırı yeme	6 (4 – 16)	8,5 (4 – 18)	9 (4 – 17)	10 (4 – 18)	8 (4 – 16)	0,082
Gıdadan keyif alma	17 (12 – 25)	18 (7 – 25)	18 (9 – 25)	20 (10 – 25)	20 (12 – 25)	0,088

Tablo 18 (devamı). Çocuklarda yaşa göre yeme davranışlarının karşılaştırılması

	6 yaş	7 yaş	8 yaş	9 yaş	10 yaş	p
İçme tutkusu	9 (4 – 15)	9 (3 – 15)	10 (3 – 15)	9 (3 – 15)	10 (3 – 15)	0,456
Tokluk heveslisi	22 (14 – 33)	22 (12 – 31)	21 (10 – 32)	19 (10 – 32)	19 (12 – 30)	0,338
Yavaş yeme	8 (5 – 16)	8 (4 – 19)	8 (4 – 19)	7 (4 – 18)	6 (4 – 14)	0,072
Duygusal az yeme	14 (8 – 18)	13 (4 – 19)	13 (4 – 17)	12 (4 – 16)	13 (8 – 20)	0,443
Yemek seçiciliği	9 (4 – 11)	8 (3 – 13)	8 (3 – 14)	8 (3 – 15)	9 (5 – 14)	0,311

Tablo 18'deki bilgilere göre gıda heveslisi ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,214). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 13 iken, 7 yaşında olanlarda 12, 8 yaşında olanlarda 12, 9 yaşında olanlarda 14 ve 10 yaşında olanlarda 14 olarak elde edilmiştir. Duygusal aşırı yeme ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,082). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 6 iken, 7 yaşında olanlarda 8,5, 8 yaşında olanlarda 9, 9 yaşında olanlarda 10 ve 10 yaşında olanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Gıdadan keyif alma ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,088). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 17 iken, 7 yaşında olanlarda 18, 8 yaşında olanlarda 18, 9 yaşında olanlarda 20 ve 10 yaşında olanlarda 20 olarak elde edilmiştir. İçme tutkusu ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,456). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 9 iken, 7 yaşında olanlarda 9, 8 yaşında olanlarda 10, 9 yaşında olanlarda 9 ve 10 yaşında olanlarda 10 olarak elde edilmiştir. Tokluluk heveslisi ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,338). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 22 iken, 7 yaşında olanlarda 22, 8 yaşında olanlarda 21, 9 yaşında olanlarda 19 ve 10 yaşında olanlarda 19 olarak elde edilmiştir. Yavaş yeme ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,072). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 8 iken, 7 yaşında olanlarda 8, 8 yaşında olanlarda 8, 9 yaşında olanlarda 7 ve 10 yaşında olanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Duygusal az yeme ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,443). 6 yaşında olanlarda ortanca değer

14 iken, 7 yaşında olanlarda 13, 8 yaşında olanlarda 13, 9 yaşında olanlarda 12 ve 10 yaşında olanlarda 13 olarak elde edilmiştir. Yemek seçiciliği ortanca değerleri yaşlara göre farklılık göstermemektedir (p=0,311). 6 yaşında olanlarda ortanca değer 9 iken, 7 yaşında olanlarda 8, 8 yaşında olanlarda 8, 9 yaşında olanlarda 8 ve 10 yaşında olanlarda 9 olarak elde edilmiştir.

Tablo 19. Annelerin yeme davranışları ile çocuklarının yeme davranışlarının karşılaştırılması

	Duygusal yeme	**Kısıtlayıcı yeme**	**Dışsal yeme**
Gıda heveslisi	0,219**	-0,150*	0,125*
Duygusal aşırı yeme	0,253**	0,030*	0,079*
Gıdadan keyif alma	0,153**	-0,680*	0,075*
İçme tutkusu	0,221**	0,016*	0,118*
Tokluluk heveslisi	0,047*	0,114*	0,043*
Yavaş yeme	-0,026*	-0,014*	0,023*
Duygusal az yeme	0,173**	-0,056*	0,167*
Yemek seçiciliği	0,080*	-0,360*	0,057*

**%1 önem düzeyinde anlamlı korelasyon (Spearman Korelasyon analizi) , *Anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 19'da anelerin yeme davranışı ile çocukların yeme davranışı karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre annelerdeki duygusal yeme davranışı ile çocuklardaki gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, duygusal az yeme davranışları arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var iken, duygusal yeme davranışı ile tokluk hevesliliği,yavaş yeme ve yemek seçiciliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur.Kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme ile çocukların yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 20. Anne yeme davranışı ve çocukların yeme davranışlarının çocukların BKİ durumuna göre incelenmesi

		Çocuk BKİ								
		Normal			**Fazla Kilolu**			**Obez**		
		Anne yeme davranışı			**Anne yeme davranışı**			**Anne yeme davranışı**		
Çocuk yeme davranışı		Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme	Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme	Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme
Gıda heveslisi	r	0,191	-0,030	**0,310**	0,150	0,229	-0,120	0,162	0,153	0,034
	p	0,114	0,805	**0,009**	0,214	0,057	0,321	0,180	0,206	0,779
Duygusal aşırı yeme	r	0,214	-0,003	**0,338**	**0,279**	0,057	-0,054	0,164	0,234	-0,168
	p	0,075	0,982	**0,004**	**0,020**	0,640	0,655	0,174	0,051	0,164
Gıdadan keyif alma	r	0,031	-0,141	0,163	0,053	0,124	-0,275	0,067	0,172	0,049
	p	0,797	0,245	0,178	0,663	0,306	0,021	0,580	0,153	0,685
İçme tutkusu	r	0,012	-0,010	0,095	**0,317**	0,104	0,099	0,099	0,087	0,075
	p	0,923	0,937	0,432	**0,007**	0,390	0,414	0,414	0,472	0,536
Tokluk heveslisi	r	0,019	**0,242**	-0,004	0,133	-0,028	**0,392**	0,189	-0,168	0,051
	p	0,875	**0,043**	0,976	0,273	0,820	**0,001**	0,118	0,164	0,676
Yavaş yeme	r	0,079	0,111	0,000	0,171	-0,228	**0,303**	-0,056	-0,164	0,025
	p	0,514	0,360	0,998	0,158	0,057	**0,011**	0,648	0,175	0,837
Duygusal az yeme	r	0,207	-0,102	**0,294**	**0,304**	0,024	**0,246**	-0,092	-0,052	0,015
	p	0,086	0,400	**0,014**	**0,011**	0,846	**0,040**	0,446	0,667	0,901
Yemek seçiciliği	r	0,149	-0,056	0,221	-0,001	0,168	**-0,363**	-0,023	-0,002	0,043
	p	0,218	0,644	0,066	0,996	0,166	**0,002**	0,847	0,985	0,725

r:Korelasyon katsayısı

Tablo 20'de annelerin yeme davranışı ile çocukların yeme davranışlarının çocukların BKİ durumuna göre etkisinin olup olmadığı incelenmiştir.Tablodaki bilgilere göre normal kilolu olan çocuklarda gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme ve duygusal az yeme davranışları ile annelerdeki dışsal yeme davranışı arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Aynı şekilde annelerdeki kısıtlayıcı yeme davranışı ile çocuklardaki ile tokluluk heveslisi yeme davranışı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Diğer boyutlar arasında ise anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Fazla kilolu olan çocuklarda ise duygusal aşırı yeme, içme tutkusu ve duygusal az yeme davranışı ile annelerdeki duygusal yeme davranışı arasında zayıf pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Annelerdeki kısıtlayıcı yeme davranışı ile diğer alt boyutlar arasında ilişki tespit edilememiştir. Çocuklarda tokluluk heveslisi, yavaş yeme ve duygusal az yeme ile annelerdeki dışsal yeme davranışı arasında pozitif yönlü zayıf düzey , yemek seçiciliği ile negatif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

Son olarak obez çocuklarda ise çocukların yeme davranışları ile annelerinin yeme davranışları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 20).

TARTIŞMA

Çocuklarda obezite; fiziksel ve psikolojik etkileri olan küresel bir sağlık problemidir (2). İştah ve yeme davranışları arasındaki bireysel farklılıkların, enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliğine etkisi sebebiyle çocuklardaki obezite gelişim sürecinde rol oynadığı belirtilmektedir (4). Çocuklar sağlıklı olan alışkanlıkları ilk olarak aile ortamında edinmektedirler. Bu durum çocukluk çağında obezitenin nedenlerinin incelenmesinde ve tedavisinde aile ortamının ele alınması gerektiğini göstermektedir. Çocuğun beslenmesinde birincil olarak sorumlu olan anne olduğu için, annenin beslenme bilgisi ve beslenme tutumunun da çocuğun sağlıklı beslenmesinde ve sağlıklı kiloda olmasında etkisi oldukça büyüktür (4). Çalışmamız Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar ile Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi Obezite Polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden ilkokul 1,2,3 ve 4. Sınıf öğrencileri ve annelerinde yeme davranış şekillerinin belirlenmesi ve bunun çocuklarda kilo problemleri ile olası ilişkisinin saptanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmamıza 70 normal kilolu, 70 fazla kilolu ve 70 obez olmak üzere 210 ilkokul öğrencisi ve anneleri katılmıştır

Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılındaki verilere göre dünyada 18 yaş üstü kadınlarda fazla kiloluluk oranı %40 iken obez kadınların oranı %15 olarak bildirilmiştir (134). 2016 Türkiye verilerinde ise kadınlarda obezite oranını %40 olarak açıklamıştır (135). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (136), verilerine göre kadınların %41'i fazla kilolu, %29,7'si obez olduğu; Ural ve arkadaşları tarafından Türkiye'deki obezite durumunun yıllar içindeki değişimini incelemek amacıyla yapılan metaanaliz çalışmasında ise kadınlarda obezite oranı %33,2 olduğu saptanmıştır (137). Bizim çalışmamızdaki oranlar diğer çalışmalardaki oranlara yaklaşık bir değerde olup; çalışmamıza katılan 24-51 yaş arası olan

kadınların %31,4'ü fazla kilolu ve %37,2 'si obez olarak bulunmuştur. Dünya genelinde ve Türkiye'de aynı zamanda çalışmamızdaki obezite oranları kadınlardaki kilo probleminin oldukça ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir.

Ebeveynlerde obezite varlığının çocukluk çağı obezitesi için güçlü bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çocuk ev ortamında aile bireyleri ile yaşadığından ne yiyeceğini, ne kadar yiyeceği ve ne zaman yenileceği gibi beslenme düzeninin oluşmasında ve beslenmenin öğrenilmesinde aile bireylerinden etkilendiği ileri sürülmektedir. Bunların yanısıra annenin aile beslenmesinde önemli ve baskın bir rol üstlenmesinden dolayı annenin ağırlığı ile çocuğun ağırlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu söylenmektedir (8,138). İngiltere'de sağlık araştırmalarından toplanan verilerle 2-15 yaş arası çocuklarla yapılan çalışmaya göre anne bki ile çocuk bki arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (138). Okul öncesi çocuklarla Japonya'da yapılan çalışmada ise anne yada babasından biri obez olanlarda anlamlı biri ilşiki yokken; hem anne hem babası obez olan çocuklarda obezite oranın daha fazla görüldüğü bulunmuştur (139). Ülkemizdeki çalışmalarda aynı şekilde ebeveyn beden kitle indeksi arttıkça çocuklarda obezite görülme oranının arttığı bildirilmektedir (30,47,140). Bizim çalışmamızda ebeveyn olarak sadece annenin kilosuna bakılmış ve diğer çalışma sonuçları ile paralel şekilde anne bki ile çocuk bki arasında anlamlı bir ilişki olduğu, annenin bki'si arttıkça çocuğun bki'sinin arttığı saptanmıştır.

Çocukların beslenme davranışlarının şekillenmesinde, doğru besin seçimlerinde, tüketilecek besin miktarında ve yapılacak fiziksel aktivite konusunda ebeveynlerin çocuklarının kilosunu nasıl buldukları oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir. Çocuktaki var olan kilo probleminin ebeveyn tarafından fark edilmemesi çocuğu sağlıklı beslenme ile fiziksel aktiviteye teşvik etmelerine ve erken önlem alınmasına engel olmaktadır (141). Ebeveynler çocukluk çağı obezitesini önlemede merkezi bir rolde yer almalarına rağmen, çocuklardaki kilo problemlerini görmede çoğunlukla başarısız oldukları ve bundan dolayı çocukları için bir sağlık kuruluşuna başvurup profesyonel yardım almalarının mümkün olmadığı söylenmektedir (142). Bizim çalışmamızda çocuğun kilo durumu ve annenin çocuğun kilo durumunu nasıl bulduğu istatiksel olarak anlamlı olup; çocuğu normal kiloda olan annelerin %65,7'si çocuklarını normal kiloda buluyorken, %34,3'ü zayıf, çocuğu fazla kiloda olan annelerin %55,7'si çocuklarını normal kiloda buluyorken, %41,4'ü kilolu ve çocuğu obez olan annelerin %70'i çocuklarını kilolu bulduğu saptanmıştır. Maynard ve arkadaşları tarafından 2-11 yaşa arası 5500 çocuk ile yapılan bir çalışmada annelerin yaklaşık

üçte birinin çocuklarını olduğundan daha hafif kiloda buldukları tespit edilmiştir (143). Carnell ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da okul öncesi dönemdeki fazla kilolu çocuklardaki kilo fazlalığının hafife alındığı bunun nedeninin ise bebeklikten itibaren kilo artışının büyümeden kaynaklandığının düşünülmesi olabileceği bildirilmiştir (144). Ülkemizde Aslan ve Şahin tarafından ilkokula giden 237 öğrenci ile yapılan çalışmanın sonucunda ebeveynler fazla kilolu çocukların %88 'ini ve obez olan çocukların %48,1'inin kilo problemi olmadığını düşündükleri ve bu durum için okul ile işbirliği halinde farkındalık eğitimleri yapılması gerektiği bildirilmiştir (145). Peker ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise ebeveynlerin görsel üzerinden yaptığı değerlendirmede %58,7'si çocuğunun kilo durumunu doğru bildiği, %4,7 'sinin olduğundan fazla, %36,7'si olduğundan zayıf bulduğu sonuçları elde edilmiştir (146).

Annenin eğitim durumu ve çocuk beslenmesine ilşkin bilgiyi nereden takip ettiğinin bilgisine bakıldığında ilkokul mezunu annelerin %76,2'si, ortaokul mezunu annelerin %58,8'i, lisem mezunu annelerin %39,1'i ve lisans ve lisans üstü annelerin ise %22,6'sı bilgiyi hiçbir yerden takip etmemekte olduğu saptanmıştır. Televizyon ve internetten takip etme oranı ilkokul mezunu anneler %6,3 ortaokul %17,6, lise %25, lisans ve lisans üstü %29 olarak belirlenmiştir. Her iki durumda da eğitim seviyesi arttıkça takip etme oranının arttığı görülmektedir. Diyetisyen ve doktordan takip etme oranının birlikte ele aldığımızda ilkokul , ortaokul, lise ile lisans ve lisansüstü mezunları sırasıyla %11,1, %11,8, %26,6 ve %45,2 olduğu, eğitim seviyesi arttıkça oranın arttığı bulunmuştur. 3-7 yaş çocuğa sahip anneler ile yapılan bir çalışmada okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu annelerin %66,7'si, lise mezunu annelerin %70'i ve üniversite mezunu olan annelerin % 58,9'u gibi yüksek oranda medyadan beslenme bilgisi takip ettiğini söylemiştir (147). Kanioğulları tarafından Kıbrıs'ta yapılan bir çalışmada ise annelerin çocuk beslenmesi hakkındaki bilgiyi %51'i sanal ortmadan, %46,8 'i doktordan ve %13,9'u diyetisyenden takip ettiğini bildirmiştir (148).

Çalışmamızda kız öğrencilerin %34,9'u normal, %33'ü fazla kilolu ve %32,1'i obez ; erkek öğrencilerin ise %31,7'si normal, %33,7'si fazla kilolu ve %34,7'si obez olarak saptanmıştır. Fazla kilolu ve obez oranı erkek öğrencilerde fazla olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kastamonu'da 10-12 yaş arası öğrencilerle yapılan çalışmada ve Ateş tarafından ilkokul öğrencileri ile yapılan tez çalışmasında da erkeklerde obezite oranının daha fazla olduğu ancak istatiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını bulunmuştur (140,149). Portekizde 7-10 yaş arası 2377 öğrenci ile yapılan araştırmada fazla kilololuk oranı

kızlarda, obezite oranı erkeklerde daha fazla görülmekte olup, aralarında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (41). Bu çalışmalar bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Çinde 2-10 yaş arasındaki çocuklarda obezitenin cinsiyete göre farklılıklarını araştıran bir çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde obezite oranı bizim çalışmamızdaki gibi daha yüksek ancak istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeninin erkek çocuklara daha fazla televizyon izleme ve sağlıksız gıda tüketimine daha fazla izin verilmesi, yetiştirme tarzınıın farklı olması ve obez erkeklerin obez kadınlara göre toplumda daha kolay kabul görmesi olabileceğini söylenmiştir (72). Aksine kızlarda obezite ve fazla kiloluk oranın erkeklerden daha fazla görüldüğü çalışmalar da mevcuttur (69,70).

Araştırmamızda fazla kilolu oranı en yüksek 4. sınıf öğrencilerinde ve obezite oranı en fazla ise 3. sınıf öğrencilerinde tespit edilmiş ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Demir'in ilkokul öğrencileri ile yaptığı tez çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak fazla kilolu oranı en fazla 4.sınıf, obezite oranı en fazla 3. sınıflarda görülmüş olup; çalışmamızda farklı olarak ise istatiksel olarak anlamlı sonuç edilmiştir (150). İzmir'de ilköğretim birinci kademedeki öğrencilerle yapılan çalışmada fazla kilolu olanlar en fazla 3. sınıfta, obez olanlar 4. sınıfta oldukları ve istatiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (151). Çalışmamızda fazla kilolu ve obezite oranlarını 3 ve 4. sınıflarda yüksek oranda görmemizin sebebi, öğrencilerin yaş ve sınıf ilerledikçe ne yiyeceğine karar verme konusunda daha bağımsız olmaya başlamalarından dolayı sağlıksız besin tüketimine eğilimin artması olabilir.

Annenin eğitim durumunun çocuklarda beden kitle indeksine etkisi ile ilgili literatürlerde farklı görüşler mevcuttur. Annenin eğitim durumunun artması ile çocuğuna daha fazla yiyecek imkanı sunması ile kalori alımının artması ve çocukların elektronik cihazlara daha fazla sahip olması ile beraber fiziksel aktivitenin azalmasının obeziteyi artırdığı düşünülmektedir. Bunun aksine annenin eğitim durumunun artması sağlıklı beslenme, doğru pişirme yöntemi, doğru besin seçiminin nasıl olması gerektiği gibi konularda bilgisini artıracağı ve çocuklarda obezite ile mücadelede daha etkin olunacağı görüşü mevcuttur (85-87). Bizim çalışmamızda ise annenin eğitim durumu ile çocuğun Bki'si arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Fakat belirtmek gerekir ki normal kilolu çocuklarda en yüksek, fazla kilolu ve obez çocuklarda en düşük oran anneleri lisans ve lisanüstü mezunu olanlarda görülmüştür. Demir'in yaptığı çalışmada da bizimki benzer olarak annenin eğitim durumu ile çocuğun Bki'si arasında ilişki olmadığı ancak babanın eğitimi azaldıkça çocuklarda obezitenin arttığı

saptanmıştır (150). Afrika'daki çalışmada annenin eğitim seviyesi arttıkça çocuklarda obezite oranının azaldığı ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna neden olarak annenin çocuk sağlığı ve çocuk beslenmesi bilgisi ile sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun fazla olması olarak gösterilmiştir (85). Farklı olarak İzmir'de 549 ilkokul öğrencisiyle ve Martorell ve ark. tarafından Amerika'da 150,482 çocuk ile yapılan çalışmalarda da annenin eğitim durumunun artması ile çocuğunda obezite riskinin arttığı bildirilmiştir (152,153).

Annenin çalışma durumu ve çocuğun Bki'si arasında çalışmamız sonuçlarına göre anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Fazla kilolu çocukların oranı çalışan annelerde daha fazla iken obez çocukların oranı ev hanımı annelerde fazla çıkmıştır. Edirne ilinde 6-18 yaş arası öğrencilerin obezite prevelansını araştırıldığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (154). Garipağaoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada çocuklarda obezite görülme oranının annesi ev hanımı olanlarda daha fazla olduğunu ve bunun istatiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna neden olarak ev hanımı annenin mutfakta daha fazla zaman geçirdiği için daha fazla yemek pişirmeye ve çocuklarını daha fazla yedirmeye meyilli olmalarının gösterilebileceğini söylemişlerdir (73). Çıtırık tarafından yapılan tez çalışmasında ise meslek sahibi annelerin çocuklarında obezite oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş; bu duruma annenin zamanının kısıtlı olmasından ötürü hazır gıdaya yönelişin fazla olması ve düzensiz beslenmenin neden olabileceği bildirilmiştir (155).

Ailenin ekononomik durumunun çocuklarda obezite görülmesi etkileyebilecek faktörlerden biri olduğu söylenmektedir (73). Obezitenin; ekonomik geliri yüksek ailelerdeki çocuklarda gıda yelpazesi geniş olduğu için aşırı besleme, düşük olan ailelerde gıda çeşitliliğin az olmasına bağlı yanlış ve dengesiz beslemeden olabileceği düşünülmektedir (77). Yapılan çalışmalarda bu konu ile ilgili değişik sonuçlar elde edilmiştir. Erdem ve arkadaşlarının 6-10 yaş arası öğrencilerle yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzey ile çocukların bki'si arasında anlamlı bir fark olmadığı, obezite oranının en fazla orta sosyoekonomik düzeyde olan öğrencilerde olduğu bildirilmiştir (47). Ankara'da 6-11 yaş arası çocuklarda obezite risk faktörlerini araştıran çalışma sonuçlarında gelir durumu gider durumuna göre yüksek olanlarda fazla kilolu ve obezite oranının da yüksek olduğu saptanmıştır (30). Murasko tarafından Amerika'da çocuk ve ergenlerle ile yapılan 1971-80 ve 1999-2008 yılları arasında ekonomik gelirin Bki'ye etkisinin araştırıldığı çalışmada ekonomik geliri düşük olan kesimde Bki'nin ve obezitenin daha fazla artmış olduğu tespit edilmiştir (76). Bizim çalışmamızda ailenin sosyoekonomik durumu ile çocuklarda bki arasında anlamlı

bir ilişki görülmemiş olup, fazla kilolu ve obez çocukların en fazla orta ekonomik düzeydeki (2000-3000 TL ve 3000-4000 TL) ailelerde olduğu görülmüştür. Bunun nedeni çalışmaya alınan çocukların ailelerinin yüksek oranda orta sosyoekonomik düzeyde olmalarından kaynaklanabilir.

Annelerin çocuğunuz yeterli ve dengeli besleniyor mu sorusuna verdikleri cevap ile çocuğun bki'si arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Soruya evet diyen annelerin çocuklarının obezite oranı hayır diyenlere göre daha az iken, fazla kilolu olanların oranı daha fazladır. Erkan tarafından yapılan çalışmada ise annelere çocuğun beslenmesi ile ilgili görüş sorulmuş ve annelerin fazla yediğini düşündüğü çocuklar yetersiz ve normal yer dedikleri çocuklara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (156). Demir'in yaptığı çalışmada da anneler yüksek oranda çocuklarının yeterli ve dengeli beslendiğini düşündüklerini ifade etmişler ancak bu durum ile çocukların Bki'si arasında ilişki olup olmadığı incelenmemiştir (150).

Çalışmamızda annenin çocuk beslenmesine ilişkin bilgi takip ettiği kaynak ve çocukların kilo durumu karşılaştırıldığında hiçbir yerden takip etmeyen annelerden çocuğu normal kiloda olanlar %25,5, fazla kilolu olanlar %38,8 ve obez olanlar %35,7 şeklinde saptanmıştır. Normal kiloda olan çocukların annelerinin bilgi takip etmeme durumunun kilo problemi olanlara göre daha az oranda olduğu görülmektedir. Diyetisyen seçen annelerden çocuğu normal kiloda olanlar %6,3, fazla kiloda olanlar %37,5 ve obez olanlar da %56,3'dür.Diyetisyen seçeneğini seçen annelerin yüksek oranda kilo problemi olan çocukları olmasının nedeni , çocukların hekim tarafından yada ailenin farkındalığı ile yardım almak için diyetisyene başvurmuş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yeme davranışı ne zaman ve nerede yeneceğine, yiyeceklerin türüne ve miktarına, yemeğin başlatılması ve bitirilmesine dair seçimler yoluyla enerji alımını etkilemektedir. Bireysel farklılıklardan kaynaklanan yeme tarzlarının yetişkinlerde ve çocuklarda kilo problemi ile ilişkili olduğu düşünülmekte ve hem obeziteye hem de zayıflığa sebep olabileceği söylenmektedir (96). Çalışmamızda annelerin Bki'si ve yeme davranışları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Annelerde duygusal yeme puanları normal kilolu annelerde en düşüktür, Bki arttıkça artmaktadır ve istatiksel farklılık ise normal kilodaki annelerin I. Ve II. Derece obez annelerin ortanca değerinden daha düşük olmasından kaynaklanmıştır. Duygusal yeme puanının bki ile doğru orantılı olmasına neden olarak, annelerin olumsuz duygu durumlarıyla mücadele için yemek yemeyi seçmeleri, böylece kendilerini yemekle mutlu etmeye çalışmaları söylenebilir. Kısıtlayıcı yeme davranışı ortanca

değeri en yüksek normal kilolu annelerde olup, Bki arttıkça azalmış ancak III. Derece obez olanlarda tekrar artmıştır. İstatiksel farklılık ise normal kiloda olanların ortanca değeri II.derece obez olanlardan daha düşük olmasındandır. Bu duruma neden olarak annelerin kilolarını korumak için kendilerini yemeye karşı kısıtlamış olmaları olabilir. Dışsal yeme ortanca değerleri de en düşük normal kilolu annelerde olup, Bki arttıkça artmış ancak III. Derece obez olanlarda tekrar azalmıştır. İstatiksel farklılık ise normal kilodaki annelerin I. Ve II. Derece obez annelerin ortanca değerinden daha düşük olmasından kaynaklanmıştır. Dışsal yeme davranışına sahip kişilerin tok olsalar dahi uyaranlara karşı hassastırlar. Bu nedenle daha fazla enerji almalarıyla kilo probleminin görülmesi bu sonucumuza sebep olarak gösterilebilir. III. Derecede obez olanlarda ortanca değer farklılaşmaları araştırmaya katılan III. Derece obez annelerin sayısının oldukça az olmasından kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer olarak fazla kilolu ve obez yetişkinlerle İstanbul'da yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan kişilerin Bki değerleri duygusal ve dışşsal yeme davranışları ile pozitif yönde, kısıtlayıcı yeme davranışları ile negatif yönde ilişkili olarak saptanmıştır (157). Cebolla ve ark. ile Wardle ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda normal kilolu ve obez annelerin duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışları arasında anlamlı fark olduğu ve obez olanlarda duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (88, 158). İtalya'daki erkek ve kadınlarla çalışmada da obez bireylerde normal kiloda olanlara göre duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışlarının anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmiştir (93). Duygusal ve dışsal yeme davranışı bizim çalışmamızda olduğu literatürde yaygın olarak kilo problemi olanlarda daha fazla iken, çalışmamız aksine kısıtlayıcı yemenin de kilo problemi olanlarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Ancak mevcut kilolarını korumak isteyenler ve kilo alma endişesi olanlarda bu dengeyi sağlamak için besin miktarını azaltmaya yönelmeleri kısıtlayıcı yeme davranışı görülmesine sebep olabilir. Çalışmamız sonucundaki bki ve kısıtlayıcı yeme arasındaki negatif ilişkiyi bu şekilde açıklamamız mümkündür.

Çalışmamızda annelerin kendi kilolarını nasıl bulduğuna göre yeme davranışlarını karşılaştırdığımızda, duygusal yeme ve dışsal yeme değerleri kendi kilolarını nasıl bulduklarına före farklılık gösterirken, kısıtlayıcı yeme değeri farklılık göstermemiştir. Kilosunu normal bulanların duygusal ve dışsal yeme puanları fazla kilolu ve şişman bulanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu duruma neden olarak Tablo 7'deki bilgilere göre annelerin kilonuzu nasıl buluyorsunuz sorusuna oldukları bki durumuna göre yüksek oranda doğru şekilde yanıt vermiş olmaları ve annelerin bki'si arttıkça duygusal ve dışsal yeme

puanlarının artması (Tablo 13) sonuçları gösterilebilir. İstanbul'da 18-68 yaş arası yetişkinlerle yapılan çalışmada, bizim çalışmamıza paralel olarak kişilerin kendi kilosunu nasıl değerlendirdikleri ve duygusal yeme puanları arasında ilişki olup, kendini kilolu görenlerin puanı çok zayıf, zayıf ve normal görenlere göre yüksek olmuştur (159). Uskun ve Şabaplı tarafından lise öğrencilerinin beden algıları ve yeme tutumları ile ilgili çalışmada kendi kilosunu normal bulan öğrencilerin zayıf ve şişman bulanlara göre yeme tutum puanının daha yüksek yani daha olumlu olduğu bulunmuştur (160).

Duyguların kişilerde yeme davranışlarını değiştiren durumlar olduğu bilinmektedir. Duyguların yeme davranışına olan etkisinin kilo problemi olan kişilerde olmayanlara ve diyet yapan kişilerde yapmayanlara göre daha güçlü olduğu söylenmektedir (121). Annelerin diyet yapma durumuna göre yeme davranışlarının nasıl olduğunu incelediğimizde; literatür bilgisine uygun olarak diyet yapan annelerin kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışlarının yapmayanlara göre istatiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir. Duygusal ve dışsal yeme davranışı puanları diyet yapan annelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kısıtlayıcı yeme davranışına sahip olanlar kendilerini arzu ettikleri yeme isteğine karşı kısıtlamakta, yağ ve enerji alımını azaltarak kilo kaybı sağlamaya çalışmaktadır. Kilo problemi yaşayanların vücut şeklinden ve kilodan memnuniyetsizliklerri yüzünden sık sık diyet yapmaya yönelmesi ile beraber yiyeceklere karşı kısıtlanmanın stres, gerginlik gibi olumsuz duyguları ortaya çıkarması kişilerde diyet yaparken duygusal yemenin oluşmasına neden olabilmektedir (122,124). Bu faktörler çalışmamızın sonuçlarını açıklar niteliktedir. Seven tarafından duygusal yemenin beslenme durumuna etkisini araştırdığı çalışmada sık diyet yapan bireylerde hiç diyet yapmamış olanlara göre duygusal yeme ve bilişsel kısıtlama puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (161). Baş ve Dönmez'in çalışmasında katılımcılar 20 haftalık bir kilo verme programın dahil edilmiş ve program sonrasında erkek ve kadınlarda kısıtlayıcı yeme puanları anlamlı şekilde artmıştır (162). Aynı şekilde Christaki ve ark. tarafından Yunanistan'da yapılan çalışmada 8 haftalık bir diyet programı sonrasında kadınlarda kısıtlayıcı yeme puanları anlamlı derecede yükseldiği görülmüştür (163). Güzey'in çalışmasında da diyet yapma sayısı arttıkça duygusal ve dışsal yeme skorları anlamlı şekilde artmış, kısıtlayıcı yeme de aynı şekilde diyet yapanlarda yüksek olmasına rağmen anlamlı ilişki bulunmamıştır (164).

Çocuklarda obezitenin en önemli nedenleri arasında aşırı yeme ve hareketsiz yaşam davranışlarının etkisi gösterilmektedir. Bu bağlamda tüketilen gıda miktarını bilmek kadar,

aşırı yemeye iten davranış şekillerini de bilmek önemli duruma gelmektedir. Bireysel farklılıklardan kaynaklanan yeme davranışı şekillerinin çocuklarda obezitenin oluşmasına neden olan faktörler arasında görülmektedir (11,94). Çalışmamızda çocukların yeme davranışları ile bki durumlarını karşılaştırarak incelediğimizde 8 alt boyutu olan yeme davranış şekillerinin 7 alt boyutunda bki durumları ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu, tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve yemek seçiciliği yeme davranışları bki durumuna göre istatiksel olarak farklılık göstermektedir. Gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu ve yemek seçiliği davranışı puanları bki arttıkça artarken, tokluk hevesliği ve yavaş yeme puanları bki arttıkça azalmaktadır.

Gıda hevesliliği yada gıdaya duyarlılık yeme davranış şekli dışarıdan gelen yeme ipuçlarına karşılık yeme miktarının değişip değişmediğini ifade etmektedir (106). Obez ve fazla kilolu çocukların dış uyaranlara karşı normal kilolu çocuklara göre daha hassas oldukları ve daha çabuk etkilendikleri bildirilmiştir (11). Çalışmamızda gıda hevesliliği yeme davranışı puanı en çok obez çocuklarda en az normal kilolu çocuklarda görülmüş ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızın böyle sonuçlanmasında, bu yeme davranışı sahip olan çocukların dış uyaranlara karşı hassas olması sebebiyle tok oldukları halde olması uyarıcı etki yapan gıdayı tükettikleri için enerji alımın artmasının ve böylece kilo artışının görülmesinin etkisi olabilir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da bki ile gıda hevesliliği arasında pozitif ilişkinin olduğu, gıda heveslisi olmanın obezite riskini artıracağı söylenmiştir. (11,12,94,150)

Gıdadan keyif alma, açlık, yemek yeme arzusu ve gıdaya karşı genel bir ilgi kavramlarını içeren yeme davranış şeklidir (96). Çalışmamızda çocukların bki'si arttıkça gıdadan keyif alma puanlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu yeme davranışı sahip çocuklar gıdalara karşı oldukça ilgili oldukları için yemek yemeyi çok sevmeleri ve iştahlı olmalarından dolayı obez çocuklarda daha çok görülmekte olabilir. Yapılan çalışmalarda da gıdadan keyif alma yeme davranışının obezite görülmesinde ekili olduğu, aralarında pozitif bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (5,95,165,166).

Duygusal az yeme ve duygusal aşırı yeme, öfke, sevinç, üzüntü, endişe, mutluluk gibi olumlu yada olumsuz duygulara karşı artan yada azalan yeme ile karakterize yeme davranış şeklidir (100). Çalışmamızda duygusal aşırı yeme ve bki arasında pozitif ilişki saptanırken, duygusal az yeme ile bki arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Özer ve ark.,

Demir ve Weber ve ark. tarfından yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızsa benzer olarak sonuçlanmıştır (5,11,150). Portekiz'de yapılan bir çalışmada bki'si yüksek olan çocuklarda duygusal az yeme puanının en düşük ve bki ile duygusal aşırı yemenin pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durumun duygusal stresin obez bireyler için iştah açıcı etkisi olurken obez olmayanlarda iştahın önlenmesine sebep olabileceğini iddia eden Breat ve Van Strien (167) teorilerini desteklemekte olduğu şeklinde yorumlanmıştır (103). Malezya'da ergenlerle yapılan çalışmada duyguların ergenlerin beslenme davranışını önemli derecede etkilediği görülmüştür. Duygusal yiyicilerin genellikle aşırı yağlı, çoğunlukla tatlı ve yüksek kalorili yiyecekleri çok fazla tüketerek olumsuz duygularla mücadele etmeye çalıştığı, bunun yanında yoğun duygusal uyarılmanın iştahta ve bağırsak aktivitesinde azalmaya da neden olabileceği söylenmiştir (101). Duygusal az yemenin çalışmamız aksine bki ile negatif ilişkili olduğunu söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmalarda küçük çocuklar yer aldığı için duygusal strese iştahsızlık şeklinde yanıt verdiklerini, duygusal aşırı yeme yanıtının henüz bilinmediğini çünkü yaş ilerledikçe ve yiyeceklere erişim kolaylaştıkça ortaya çıktığını bundan dolayı böyle bir sonuç elde edilmiş olabileceğini açıklamıştır (12,168).

İçme tutkusu, şekerle tatlandırılmış olan içeceklere karşı oluşan içme arzusunu ve ne sıklıkta bişeyler içmek istediklerini belirleyen yeme davranış şeklidir (106). Bizim çalışmamızda içme tutkusu ile obezite arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Okul öncesi çocuklarda içme arzusunun araştırıldığı çalışmada içme arzusu puanı yüksek olan çocukların içecek olarak en fazla şekerli içecekleri tercih ettiği görülmüştür. Bu durumun susuzluk yada açlıkla ilgili olmadığını daha çok ağızda şekerli bir tat olması isteği ile beraber içecek tüketimi olabileceğini, bu şekilde devam eden içme tutkusunun ilerleyen zamanlarda kalori alımının artışı ile beraber kilo problemleri ortaya çıkarma ihtimalinin yüksek olduğunu söylemişlerdir (113). ABD'de 548 okul çağındaki çocuklarda şekerli içecek tüketimi ve obezite arasındaki ilişkiyi incelemek için 19 ay boyunca takip yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre tüketilen şekerli içeceğin her ilave porsiyonu için hem bki ve hem obezite sıklığının arttığı tespit edilmiştir (169). Yine başka bir çalışmada meyve suyu ve şekerli içecek tüketim sıklığı arttıkça bki indeksi ortalama değerinin arttığı bildirilmiştir (170). Bunların aksine içme tutkusu ile bki ve obezite arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (150,168).

Tokluk hevesliliği, Tokluk bir yiyecek yada içeceğin yutulmasının takiben alımı engelleyen psikobiyolojik bir mekanizma olarak tanımlanmakta ve enerji alımını ile vücut

ağırlığını etkileyen bir sinyal olduğu ifade edilmektedir (110) Tokluk hevesliliği yeme davranışı ise gıdaya az ilgi göstermenin boyutlarından biri olarak değerlendirilmekte ve bir çocuğun birşeyler yedikten sonra enerji alımını düzenlemek için gıda alımını azaltma yeteneği temsil etmektedir (12). Çalışmamızda tokluk heveslisi yeme davranışı ile çocuklarda kilo durumu arasında anlamlı ilişki olduğu normal kilodaki çocukların fazla kilolu ve obez çocuklara göre daha fazla tokluk heveslisi davranışı puanına sahip olduğu görülmüştür. Kilo problemi olan çocuklarda gıdaya ilgi daha fazla olduğu için, artmış tokluk hissinden dolayı gıdaya az ilgi gösterme ile ilişkili olan bu yeme davranışının normal kiloda olan çocuklarda daha fazla görülmesini açıklar niteliktedir. Literatürde çalışmamızı destekleyen, yani bki ile tokluk hevesliliği arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (5,12,94,98).

Yavaş yeme, bir yemek yeme sırasında yeme hızını ölçmekte ve yemeğe karşı olan ilginin giderek azalmasını yansıtmaktadır (96). Yemek hızının fazla olması tüketilen yiyecek miktarını artırararak toplam enerji alımının fazla olmasına ve daha düşük doygunluk oranının görülmesine neden olmaktadır (115). Çalışmamızda yavaş yeme davranşının bki'yi etkilediği ve aralarında negatif bir ilişkinin saptanmıştır. Yavaş yeme tokluk hissinin oluştuğunun farkına varılmasına ve daha az besin tüketilmesine sebep oladuğundan çalışmamız bu şekilde sonuçlanmış olabilir. Çinde 7-17 yaşları arasında 50,037 çocuk ile yapılan kapsamlı çalışmada yeme hızı yavaş, orta ve hızlı diye kategorile ayrılmış ve yavaştan hızlıya doğru genel obezite, abdominal obezite ve bel/boy oranının risk sınırının arttığı tespit edilmiştir (115). Kayseri'de ilkokul öğrencileri ile yapılan çalışmada fazla kilolu ve obez öğrencilerin normal kilodakilere göre daha hızlı yediğini tespit etmişler ve bu davranışın obeziteyi kolaylaştırıcı bir faktör olabileceğini bildirmişlerdir (171). Japonya'da adölesanlarda obezite ve yeme davranışı ilişkisi üzerine yapılan çalışmada obez olan erkekler ve kızların hızlı ve ağzı tamamen doldurarak yemenin yüksek oranda görüldüğü ve istatiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bunun altında yatan olası mekanizmanın hızlı yiyicilerde günlük enerji alımının hızlı yeme ile artış göstermesi ve bunun da kilo alımına sebep olması şeklinde yorumlanmıştır (172).

Yemek seçiciliği, Gıdaya olan ilgisizliği, yeni gıdaları tatmaktaki isteksizliği, tüketibilecek gıda yelpazesi hakkında oldukça seçici olmayı ve yetersiz yiyecek çeşitliliği olmasına sebep olan yeme davranışıdır (96). Yemek seçiciliği yeni ve bilinmeyen lezzetlerin reddedilmesiyle ilgili olduğu için tüketilen gıda çeşitliliğini daraltmakta olduğu

söylenmektedir. Çocuklarda kullandığımız yeme davranışını ölçme anketinin yemek seçiciliği kısmında yer alan sorular ters madde olduğu için yemek seçiciliği puanı yüksek olanlar daha az yemek seçenler olarak yorumlanmaktadır (166). Çalışmamızda yemek seçiciliği puanları normal kilolu çocuktan obez çocuğa doğru artmakta olması yemek seçiciliğinin en az obez çocuklarda en fazla normal kilolu çocuklarda görüldüğünü göstermektedir. Böylece yemek seçiciliği ile bki arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çocuğun çok çeşitli gıdalardan hoşlanması, yeni gıdalara meraklı olması ve tatmak istemesi obezite riskini artırmaktadır. Benzer olarak yapılan çalışmalar da yemek seçiciliği ile bki arasında negatif ilişki olduğu şeklinde sonuçlanmıştır (11,12,94,150). Farklı olarak Şanlier ve ark. ,Santos ve ark, ile Passos ve ark, yaptığı araştırmalarda seçici yeme davranışının bki arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (95,98,166).

Çalışmamızda çocukların cinsiyet faktörünün yeme davranışlarının alt boyutları üzerine etkisine bakıldığında, aralarında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Svensson ve ark. 1-6 yaş arası çocuklarla yaptığı çalışmada da yeme davranışı ve cinsiyet arasında iişki olmadığını tespit etmiş ve yeme davranışındaki cinsiyet farklılıklarının ergenlikte daha çok ortaya çıktığını söylemiştir (106). Kurt (173) yaptığı tez çalışmasında ve Passos ve ark. (98) yaptığı çalışmada yeme davranışlarının genellikle kız ve erkeklerde benzer olduğunu, sadece içme tutkusunun erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada da obez erkeklerin obez kızlara göre gıdadan keyif alma puanları yüksek, duygusal az yeme puanları düşük olarak bulunmuştur. Bunun erkek çocukların arkadaşları ile beraberken daha fazla gıda tüketmesi ve daha kolay gıdaya ulaşması ile kızların dış uyaranlara karşı daha hassas olmalarından kaynaklanmış olabileceği fikri öne sürülmüştür (11).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşlarının yeme davranışları üzerine etkisi incelendiğinde, yaş faktörünün yeme davranışları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızın aksine yapılan çalışmalar yaşa göre anlamlı farklılık gösteren yeme davranışları olduğunu bildirmişlerdir. Brezilya'da yapılan çalışmada yavaş yeme davranışı dışında diğer yeme davranışlarının yaşla farklılık göstermediğini, yaş arttıkça yavaş yeme davranışının azaldığını öne sürmüş ve bu farkı anlamak için uzunlamasına çalışmalar yapılmasını gerektiğini bildirmiştir (98).Bizim çalışmamızda anlamlı farklılık olmasa da en yavaş 8 yaştan sonra yavaş yeme davranışı azalarak devam etmiştir. Ashcroft ve ark. yeme davranış özelliklerin devamlılık gösterip göstermediğini anlamak için uzunlamasına

bir çalışma yapmışlar ve çocukların 4 yaşındaki davranışları ile 11 yaşındaki davranışlarını incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda tokluk hevesliliği, yavaş yeme, yemek seçiciliği ve duygsal az yeme yaşla azalırken, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma ve duygusal aşırı yeme yaşla arttığı ortaya çıkmıştır. Araştırmacılara göre iştahın artması ile karakterize olan bu yeme davranışlarının artması, çocukların yıllar içinde artan bki'sini açıklar niteliktedir (174). Bizim çalışmamızda da yine anlamlı farklılık olmasa da gıda heveslilği ve gıdadan keyif alma en çok 9 ve 10 yaşlarda görülmüştür. Svensson ve ark. 1-6 yaş arasındaki çocuklarla yaptığı çalışmalarında ise farklı olarak duygusal aşırı yeme/gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma ve duygusal az yeme yaşla azalırken, yemek seçiciliği yaşla arttığı görülmüş ve diğer yeme davranışları arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir (106).

Çocukların yiyecek ve yemekle ilgili erken deneyimleri, evde oluşturulan yemek ortamında gerçekleşmektedir. Çocuklarda obezite gelişiminin tetikleyicileri arasında, çocuğun ilk deneyimlerini kazandığı ve öğrenmenin oluştuğu aile yapısının ve ailenin alışkanlıklarının rol aldığı bilinmektedir. Ebeveynler çocukları için sadece yeme ortamı oluşturmakla kalmaz aynı zamanda besin tercihleri ve yeme davranışları ile çocukların beslenmeleri durumlarının şekillenmesinde etkili olmaktadır (22,175). Çalışmamızda annelerin yeme davranışları ile çocukların yeme davranışları arasında ilişki olup olmadığı incelendiğinde; annelerdeki duygusal yeme davranışının çocuklardaki duygusal az ve aşırı yeme, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma ve içme tutkusu davranışı üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmüştür. Annenin duygusal yeme davranışının artması ile çocuklarda iştahın fazla olduğunu gösteren ve fazla gıda alımına sebep olan bu davranışların artması çocuklarda kilo problemlerine neden ortaya çıkarıp, obezite riskini artmasına sebep olabilir. Ancak annelerin kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının çocuklardaki yeme davranışları ile aralarında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Blisset ve ark çocuklarda beden kitle indeksini artıran duygusal yemenin erken gelişimi hakkında bigi edinmek için 3-5 yaşlar arasındaki çocuğa sahip annelerle laboratuvar ortamaında deneysel bir çalışma yapmıştır. Çocuklar olumsuz bir haline getirildikten sonra, yapılan gözlemde anneleri duygularının düzenlemek için yiyecek kullanan çocukların diğer çocuklara göre daha fazla kurabiye yediğini bildirmişlerdir (176). Lee and Birch'in yaptığı çalışmada kız çocuklar ile annelerinin besin tüketim kalıpları ve yağ alımlarının benzer ve ilişkili olduğunu, daha yüksek yağlı diyet tüketen kzların annelerinin kızları beslemek için daha fazla kısıtlama ve baskı uyguladıklarını ve bundan dolayı annelerin besin seçimlerinin ve kendi tüketimlerinin çocuğu kontrol etme girişimlerinden çok daha önemli olduğu vurgulanmıştır (177). Ergenler ve ebeveynleri arasında yeme davranışlarını

incelemek için yapılan çalışmada erkek çocukların kontrolsüz yemesinin babaların bilişsel kısıtlama davranışı ile pozitif yönde ilişkili ancak babaların kontrolsüz yeme ve annelerin yeme davranışlarıyla ilişkili olmadığı, kız çocukların bilişsel kısıtlama davranışlarının annelerinin kontrolsüz yemesi ile pozitif yönde ilişkili ve son olarak çalışmamız ile benzer olarak kız çocukların duygusal ve kontrolsüz yemeleri annelerde aynı yeme davranışları ile pozitif olarak ilişkili olduğu açıklanmıştır.Yazarlar tarafından ebeveynlerin yeme davranışlarının çocukların yeme davranışlarına etkisi olabileceği ve bu etkinin kız-anne ile erkek-baba arasında daha yüksek korelasyon gösterdiği açıklanmıştır (178). Çocuklar için daha sağlıklı beslenme stratejilerini nasıl olacağını belirlemek için yapılan bir araştırmada meyve-sebze ile atıştırmalık-tatlandırılmış içecek tüketimi incelenmiştir. Meyve ve sebze tüketiminin annenin tüketimine, çocukların bu gıdaları sevmesine ve annenin takip etmesine, atıştırmalık ve içecek tüketiminin ise yine annenin tüketimine, televizyon izleme durumuna ve evde bulunabilirliği ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (179). Çocuklarda obezite riskini artıran bir durum olan alkolsüz şekerli içecek tüketimini etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada, ebeveynlerinde içecek tüketimi fazla olan çocukların olmayanlara göre haftada 5 veya daha fazla içecek tüketme olasılığının daha yüksek olacağı bildirilmiştir (180). Farklı olarak ebeveynlerin çocukların yeme davranışlarının üzerindeki etkisini görmek isteyen bir metaanaliz çalışmasında araştırmacılar tarafından ebeveyn-çocuk diyet alımı arasındaki ilişkinin zayıf olduğu ve bunun daha çok yağ ve enerji alımı ile ilişkili olduğu sonuçları verilmiştir (181).

Çocukluk çağı obezitesini etkileyen faktörler arasında ailenin genetik yapısının yanında, beslenme alışkanlıkları, gıda tercihleri, besin tüketim miktarları ve fiziksel akvtite durumlarının da yer aldığı bildirilmektedir (129). Evde beslenme konusunda en büyük sorumluluğu üstlenen kişilerin büyük çoğunlukla annelerin olduğu ve annelerin beslenme konusunda bilgileri, yemek seçimleri ve alışkanlıkları, pişirme yöntemleri gibi özellikleri çocuğun beslenmesini ve sağlıklı kiloda olma durumunu etkilemektedir (22,131). Çalışmamızda annelerin yeme davranışı ve çocukların yeme davranışınıın çocukların bki'sine göre incelenmesi sonucunda; annelerde dışsal yeme davranışı ile normal kilolu çocuklarda gıda hevesliliği, duygusal az ve aşırı yeme davranışları arasında, annelerde kısıtlayıcı yeme davranışı ile normal kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği yeme davranışı arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Annelerde duygusal yeme davranışı ile fazla kilolu çocuklarda içme tutkusu ve duygusal az ve aşırı yeme davranışı arasında pozitif yönde, annelerde dışsal yeme davranışı ile fazla kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve duygusal az yeme

arasında pozitif yönde, yemek seçiciliği ile negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Obez olan çocukların ve annelerinin yeme davranışı arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Normal kilolu çocuklarda annenin dışsal yeme davranışının artması ile çocuklarda gıda hevesliliği ve duygusal aşırı yemenin artması çocuğun kilosunun zamanla artış göstermesi ve fazla kilolu olmasına, ters bir şekilde annenin kısıtlayıcı yeme davranışı ile çocuğun tokluk hevesliliğinin artması ve annenin duygusal yemesi ile çocuğun duygusal az yeme davranışının artması çocuğun kilosunun azalarak zayıf gruba girmesine neden olabilir. Fazla kilolu çocuklarda da annenin duygusal yemesi ile çocuğun duygusal aşırı yeme ve içme tutkusunun pozitif ilişkili olması ve annenin dışsal yemesi ile çocuğun yemek seçiciliğinin negatif ilişkili olması çocuğun zamanla bki'sinin obezite durumuna gelmesi ile sonuçlanabilir. Farklı olarak annelerde duygusal yeme davranışının artması ile fazla kilolu çocuklarda duygusal az yeme; annelerde dışsal yeme davranışının artmasının ise fazla kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve duygusal az yeme davranışlarını artırdığı görülmüş, bu durum da çocuklarda kilo kaybına sebep olarak olumlu sonuç verebilir. Yapılan literatür taramasında çocuk ve ebeveyn beslenme davranışı arasında ilişkinin obeziteye etkisini inceleyen benzer bir çalışma bulunamadığı için tartışılamamaktadır.

Araştırmamıza göre ilkokul öğrencileri ve annelerinin yeme davranışlarının beden kitle indeksini etkilediği ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin çocuklarda kilo problemi üzerine etkisinin olduğu görülmüş olup bu etkiyi daha net görebilmek ve değerlendirebilmek için daha kapsamlı ve uzunlamasına çalışmalar yapılması gerekmektedir.

SONUÇLAR

Çalışmamız 210 ilkokul 1,2,3 ve 4. sınıf öğrencilerinin yeme davranışları ve annelerinin yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayıp, çocukluk çağı kilo problemleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

1- Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortanca değeri 35 olup, 24-51 yaş arası olan kadınların %31,4'ü fazla kilolu ve %37,2 'si obez olarak bulunmuştur.
2- Annelerin BKİ değerlerinin annelerin yaş gruplarına göre istatiksel olarak farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0,106). Annelerin BKİ değerleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir(p=0,004). Farklılık ortaokul ortanca değerinin, lisans ve lisans üstüne göre yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. İlkokul eğitim durumuna göre ortanca değer 29,5, ortaokula göre 30,3, liseye göre 27,6 ve Lise ve lisans üstüne göre 27 olarak elde edilmiştir. Anne BKİ değeri çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir (p=0,027). Ev hanımı olan annelerin BKİ ortalaması çalışan annelerin BKİ ortalamasından yüksek bulunmuştur. Ailenin ekonomik durumu ile annenin BKİ değeri arasında istatiksel olarak farklılık bulunmamıştır (p=0,050).
3- Annelerin diyet uygulama durumları kilo durumuna göre istatiksel olarak farklılık göstermemektedir (p=0,897). Fazla kilolu kişilerin %72,3'ü, I.derece obez kişilerin %69'u, II.derece Obez kişilerin %72,2'si ve III.derece obez kişilerin %50'si nin diyet uygulamadığı bulunmuştur.
4- Fazla kilolu ve obez annelerin kendi kilosunu nasıl bulduğu durumu istatiksel olarak farklılık göstermektedir (p<0,001). Fazla kilolu kişilerin %68,2'si, I.Derece Obezlerin

%67,2'si kendini kilolu buluyorken, II.Derece Obez kişilerin %61,1'i ve III.Derece Morbit Obez %50'si kendini aşırı kilolu bulmaktadır.

5- Çalışmamızda ebeveyn olarak sadece annenin kilosuna bakılmış anne bki ile çocuk bki arasında anlamlı bir ilişki olduğu ,annenin bki'si arttıkça çocuğun bki'sinin arttığı saptanmıştır ($r=0,271$ $p<0,001$).

6- Çocuğun kilo durumu ve annenin çocuğun kilo durumunu nasıl bulduğu istatiksel olarak anlamlı olup; çocuğu normal kiloda olan annelerin %65,7'si çocuklarını normal kiloda buluyorken, %34,3'ü zayıf, çocuğu fazla kiloda olan annelerin %55,7'si çocuklarını normal kiloda buluyorken, %41,4'ü kilolu ve çocuğu obez olan annelerin %70'i çocuklarını kilolu bulduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

7- Annenin eğitim durumu ve çocuk beslenmesine ilşkin bilgiyi nereden takip ettiğinin bilgisine bakıldığında ilkokul mezunu annelerin %76,2'si, ortaokul mezunu annelerin %58,8'i, lisem mezunu annelerin %39,1'i ve lisans ve lisans üstü annelerin ise %22,6'sı bilgiyi hiçbir yerden takip etmemekte olduğu saptanmıştır. Televizyon ve internetten takip etme oranı ilkokul mezunu anneler %6,3 ortaokul %17,6, lise %25, lisans ve lisans üstü %29 olarak belirlenmiştir.Her iki durumda da eğitim seviyesi arttıkça takip etme oranının arttığı görülmektedir. Diyetisyen ve doktordan takip etme oranının birlikte ele aldığımızda ilkokul , ortaokul, lise ile lisans ve lisansüstü mezunları sırasıyla %11,1, %11,8, %26,6 ve %45,2 olduğu, eğitim seviyesi arttıkça oranın arttığı bulunmuştur.

8- Çalışmamıza katılan öğrencilerin %51,9'u kız, %48,1'i erkektir. Kızların %34,9'u normal, %33'ü fazla kilolu, %32,1'i obez, erkek öğrencilerin ise %31,7'si normal, %33,7'si fazla kilolu ve %34,7'si obezdir. Fazla kilolu ve obez oranı erkek öğrencilerde fazla olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

9- 1. sınıfta okuyan öğrencilerin %48,5'i normal, %25,8'i fazla kilolu ve %25,8'i obezdir. 2. Sınıfta okuyan öğrencilerin %25,9'u normal kilolu, %37'si normal kilolu ve %37'si obezdir. 3. Sınıfta okuyan öğrencilerin %30,4'ü normal, %30,4'ü fazla kilolu ve %39,1'i obezdir. 4. Sınıfta okuyan öğrencilerin %22,7'si normal, %43,2'si fazla kilolu ve %34,1'i obezdir. Araştırmamızda fazla kilolu oranı en yüksek 4. Sınıf öğrencilerinde ve obezite oranı en fazla ise 3. Sınıf öğrencilerinde tespit edilmiş ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

10- Annenin eğitim durumu ile çocuğun Bki'si arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak normal kilolu çocuğu olan annnelerin en çok, fazla kilolu ve obez olan çocuğu olan annelerin de en az oranı lisans ve lisans üstü mezunu olan annelerin oluşturduğu görülmüştür.

11- Annenin çalışma durumu ve çocuğun Bki'si arasında çalışmamız sonuçlarına göre anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Fazla kilolu çocukların oranı çalışan annelerde daha fazla iken obez çocukların oranı ev hanımı annelerde fazla çıkmıştır.

12- Çalışmamızda ailenin sosyoekonomik durumu ile çocuklarda bki arasında anlamlı bir ilişki görülmemiş olup ($p>0,05$), fazla kilolu ve obez çocukların en fazla orta ekonomik düzeydeki (2000-3000 TL ve 3000-4000 TL) ailelerde olduğu görülmüştür.

13- Annelerin çocuğunuz yeterli ve dengeli besleniyor mu sorusuna verdikleri cevap ile çocuğun bki'si arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Soruya evet diyen annelerin çocuklarının obezite oranı hayır diyenlere göre daha az iken ,fazla kilolu olanların oranı daha fazla olduğu görülmüştür.

14- Çalışmamızda annenin çocuk beslenmesine ilişkin bilgi takip ettiği kaynak ve çocukların kilo durumu karşılaştırıldığında hiçbir yerden takip etmeyen annelerden çocuğu normal kiloda olanlar %25,5, fazla kilolu olanlar %38,8 ve obez olanlar %35,7 şeklinde saptanmıştır. Normal kiloda olan çocukların annelerinin bilgi takip etmeme durumunun kilo problemi olanlara göre daha az oranda olduğu görülmektedir. Diyetisyen seçen annelerden çocuğu normal kiloda olanlar %6,3, fazla kiloda olanlar %37,5 ve obez olanlar da %56,3'dür.

15- Çalışmamızda annelerin Bki'si ve yeme davranışları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,001$).Annelerde duygusal yeme puanları normal kilolu annelerde en düşüktür, Bki arttıkça artmaktadır ve istatiksel farklılık ise normal kilodaki annelerin I. Ve II. Derece obez annelerin ortanca değerinden daha düşük olmasından kaynaklanmıştır. Kısıtlayıcı yeme davranışı ortanca değeri en yüksek normal kilolu annelerde olup, Bki arttıkça azalmış ancak III. Derece obez olanlarda tekrar artmıştır. İstatiksel farklılık ise normal kiloda olanların ortanca değeri II.derece obez olanlardan daha düşük olmasındandır. Dışsal yeme ortanca değerleri de en düşük normal kilolu annelerde olup, Bki arttıkça artmış ancak III. Derece obez olanlarda tekrar azalmıştır. İstatiksel farklılık ise normal kilodaki annelerin I. Ve II. Derece obez annelerin ortanca değerinden daha düşük olmasından kaynaklanmıştır.

16- Çalışmamızda annelerin kendi kilolarını nasıl bulduğuna göre yeme davranışlarını karşılaştırdığımızda, duygusal yeme ve dışsal yeme değerleri kendi kilolarını nasıl bulduklarına före farklılık gösterirken ($p<0,001$) , kısıtlayıcı yeme değeri farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Kilosunu normal bulanların duygusal ve dışsal yeme puanları fazla kilolu ve şişman bulanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

17- Annelerin diyet yapma durumuna göre yeme davranışlarının nasıl olduğunu incelediğimizde; literatür bilgisine uygun olarak diyet yapan annelerin kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışlarının yapmayanlara göre istatiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışı puanları diyet yapan annelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Dışsal yeme puanı ise diyet yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

18- Çalışmamızda çocukların yeme davranışları ile bki durumlarını karşılaştırarak incelediğimizde 8 alt boyutu olan yeme davranış şekillerinin 7 alt boyutunda bki durumları ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu, tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve yemek seçiciliği yeme davranışları bki durumuna göre istatiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,001$).Sadece Duygusal az yeme davranışı istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu ve yemek seçiliği davranışı puanları bki arttıkça artarken, tokluk hevesliği ve yavaş yeme puanları bki arttıkça azalmaktadır.

19- Çalışmamızda çocukların cinsiyet faktörünün yeme davranışlarının alt boyutları üzerine etkisine bakıldığında, aralarında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

20- Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşlarının yeme davranışları üzerine etkisi incelendiğinde, yaş faktörünün yeme davranışları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

21- Çalışmamızda annelerin yeme davranışları ile çocukların yeme davranışları arasında ilişki olup olmadığı incelendiğinde; annelerdeki duygusal yeme davranışının çocuklardaki duygusal az ve aşırı yeme, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma ve içme tutkusu davranışı üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmüştür. Ancak annelerin kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının çocuklardaki yeme davranışları ile aralarında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir.

22- Çalışmamızda annelerin yeme davranışı ve çocukların yeme davranışınıın çocukların bki'sine göre incelenmesi sonucunda; annelerde dışsal yeme davranışı ile normal kilolu çocuklarda gıda hevesliliği, duygusal az ve aşırı yeme davranışları arasında, annelerde kısıtlayıcı yeme davranışı ile normal kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği yeme davranışı arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Annelerde duygusal yeme davranışı ile fazla kilolu çocuklarda içme tutkusu ve duygusal az ve aşırı yeme davranışı arasında pozitif yönde, annelerde dışsal yeme davranışı ile fazla kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve duygusal az yeme arasında pozitif yönde, yemek seçiciliği ile negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Obez olan çocukların ve annelerinin yeme davranışı arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

ÖZET

Bu çalışma annelerin yeme davranışı ile çocukların yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayıp, çocukluk çağı kilo problemleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte, Haziran 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Obezite Polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, ilkokul 1,2,3 ve 4. sınıftaki 210 öğrenci ve anneleriyle gerçekleştirilmiştir. Sosyodemografik bilgiler, Çocuklarda Yeme Davranışı ve Hollanda Yeme Davranışı ölçeklerinden oluşan anket annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuş ve öğrencilerle annelerinin boy-kilo ölçümleri alınmıştır. Öğrencilerin ölçüm sonuçları WHO Anthroplus programına girilerek normal, fazla kilolu ve obez olarak üç gruba ayrılmıştır. Çalışmamıza katılan öğrencilerin %51,9'u kız, %48,1'i erkektir. Annelerle çocuklarının beden kitle indeksi arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Çocukların kilo durumu annelerin çocuklarının kilosunu nasıl bulduğuna bağlıdır ($p<0,05$). Çocuklarda gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu ve yemek seçiliği puanları beden kitle indeksi arttıkça artarken, tokluk hevesliği, yavaş yeme puanları beden kitle indeksi arttıkça azalmaktadır ($p<0,05$). Annelerdeki duygusal yemenin çocuklardaki duygusal az- aşırı yeme, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma ve içme tutkusu davranışı üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğu görülmüştür. Annelerde dışsal yemenin normal kilolu çocuklarda gıda hevesliliği, duygusal az-aşırı yeme davranışları; annelerde kısıtlayıcı yemenin normal kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği davranışıyla pozitif yönlü ilişki görülmüştür. Annelerde duygusal yeme davranışıyla fazla kilolu çocuklarda içme tutkusu ve duygusal az-aşırı yeme arasında pozitif, annelerde dışsal yeme davranışıyla fazla kilolu çocuklarda tokluk hevesliliği, yavaş yeme ve duygusal az yeme arasında pozitif, yemek seçiciliğiyle negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmamıza göre ilkokul

öğrencileriyle annelerinin yeme davranışlarının beden kitle indeksini etkilediği ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin çocuklarda kilo problemi üzerine etkisinin olduğu görülmüş olup bu etkiyi daha net görebilmek ve değerlendirebilmek için daha kapsamlı ve uzunlamasına çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı obezitesi, anne yeme davranışı, çocuk yeme davranışı

THE EFFECT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE EATING ATTITUDES OF THE PRIMARY SCHOOL STUDENTS AND THEIR MOTHERS ON THE WEIGHT PROBLEMS OF THE CHILDREN

SUMMARY

This study explains the relationship between eating attitudes of mothers and their children, and it was conducted with a descriptive and cross-sectional method in order to evaluate the impact of this relationship on weight problems in childhood. It was done with 210 1 st , 2 nd , 3 rd and 4 th grade primary school students and their mothers who came to Silifke Health Center Obesity Polyclinic between June and November in 2018 and were willing to take part in the study. The questionnaire that contains sociodemographic information and the scales of Eating Attitude of Children and Eating Attitude of the Netherlands was completed by interviewing face to face with the mothers, and the height and the weight of both the mothers and the students were also measured. The measurement of the students were categorized into three as normal-weight, overweight and obese by entering the data in WHO Anthroplus program. 51.9 % of the students who participated in the study were female, and 48.1% of them were male. A positive correlation between the body mass index of the mothers and their children was seen. The weight of the children was dependent on what their mothers thought about their weight ($p<0,05$). While the points of children responsiveness to food, enjoyment of food, emotional overeating and desire drinking, and food fussiness were increasing as the body mass index was increasing, the points of satiety responsiveness and eating slowly were decreasing as the body mass index was increasing ($p<0,05$). In addition, it was seen that emotional eating of the mothers had a positive effect on the children's attitudes of emotional under – over eating, responsiveness to food, enjoyment of food and desire for drinking. There was also a positive correlation between the mothers' extrinsic eating and their normal-weight

children’s responsiveness to food and emotional under-over eating. At the same time, a positive correlation between the mothers’ restrictive eating and their normal-weight children’s postprandial responsiveness was seen. Moreover, there was a positive correlation between the mothers’ attitude of emotional eating and their overweight children’s desire for drinking and emotional under-over eating. Similarly, there was a positive correlation between the mothers’ attitude of extrinsic eating and their overweight children’s satiety responsiveness, eating slowly, and emotional undereating. However, there was a negative correlation between the mothers’ attitude of extrinsic eating and their overweight children’s being choosy in eating. This research revealed that the eating attitudes of the primary school students and their mothers influenced their body mass index, and the relationship between their eating attitudes had an effect on the weight problems of the children. However, in order to be able to see and evaluate that relationship more clearly, more comprehensive and longitudinal studies have to be done.

Key words: Obesity in childhood, eating attitude of the mother, eating attitude of the child

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:1-253.

2. Nahhas MA, Asamoah F, Mullen S, Nwaru BI, Nurmatov U. Epidemiology of overweight and obesity in early childhood in the Gulf Cooperation Council countries :a systematic review and meta-analysis protocol. BMJ Open, 2018;8(6):1-4

3. Berberoğlu M, Adolesanlarda obezite. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi. 2008;63:78-9.

4. Carnell S, Wardle J. Appetitive traits and child obesity: measurement, origins and implications for intervention: Symposium on 'Behavioural nutrition and energy balance in the young'. Proceedings of the Nutrition Society, 2008;67(4):343-55.

5. Webber L, Hill C, Saxton J, Van Jaarsveld CH, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. Int J Obes (Lond) 2009;33:21-8.

6. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. Journal of public health, 2007;29(2):132-41.

7. Alm S, Olsen SO, Honkanen P.. The role of family communication and parents' feeding practices in children's food preferences. Appetite, 2015;89:112-21.

8. Golan M, Weızman A. Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual model. Journal of nutrition education, 2001;33(2):102-7.

9. Göbel Abay P, Çocuk beslenmesinde ilk adım:çocuk ebeveyn etkileşimi. Tayfur M, Ayhan Yabancı N (Editörler). Beslenme ve diyetetik günecel konular-2. Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2015. S. 339-52.

10. Larsen JK, Hermans RC, Sleddens EF, Engels RC, Fisher JO, Kremers SP. How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence?. Appetite, 2015;89:246-57.

11. Özer S, Bozkurt H, Sönmezgöz E, Bilge S, Yılmaz R, Demir O. Obezite tanılı çocuklarda yeme davranışının değerlendirilmesi. Çocuk Dergisi, 2014;14(2):66-71.

12. Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2008;5(1):49.

13. Jansen A, Theunissen N, Slechten K, Nederkoorn C, Boon B, Mulkens S, et al. Overweight children overeat after exposure to food cues. Eating behaviors, 2003;4(2):197-209.

14. Sözen, MA. Obezite ve obezitenin genetiği. Kocatepe Tıp Dergisi, 2006;7(3).

15. Cali Anna MG, Caprıo S. Obesity in children and adolescents. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2008;93(11):31-6.

16. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics, 1999;103(6):1175-82.

17. Lee YS. Consequences of childhood obesity. Ann Acad Med Singapore, 2009;38(1):75-7.

18. Klish WJ. Childhood obesity: pathophysiology and treatment. Pediatrics International, 1995;37(1):1-6.

19. Narang I, Mathew JL. Childhood obesity and obstructive sleep apnea. Journal of nutrition and metabolism, 2012.

20. World Health Organization. (2016). Report of the commission on ending childhood obesity. World Health Organization.

21. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi. Ankara; 2017.s.62-87.

22. Ergül Ş, Kaklım A. Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011;10(2):223-30.

23. Dışcıgıl G. Günümüzün çocukluk ve adolesan çağı epidemisi: Obezite. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2007;11(2):92-6.

24. Godoy Matos AFD, Guedes EP, Souza LLD, Martins MF. Management of obesity in adolescents: state of art. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 2009;53(2):252-61.

25. WHO. (2017). Obesity and overweight, http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight Erişim tarihi:(09.07.2018).

26. Lobsteın T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity reviews, 2004;5:4-85.

27. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The lancet, 2014;384(9945):766-81.

28. Ebbelıng Cara B, Pawlak Dorota B, Ludwıg DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. The lancet, 2002;360(9331):473-82.

29. World Health Organization (WHO). The Challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response summary, Denmark: 2007.

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

31. Türkiye'de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi araştırma raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2011.

32. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2014.

33. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), 2016 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2017.

34. Alper Z, Ercan İ, Uncu Y. A meta-analysis and an evaluation of trends in obesity prevalence among children and adolescents in turkey: 1990 through 2015. Journal of clinical research in pediatric endocrinology, 2018;10(1):59.

35. Gürel FS, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. ADÜ Tıp Fak Derg, 2001;2(3) :39-46.

36. Okul öncesi dönemde obezite. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2012.

37. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı. Diyetisyenler için hasta izlem rehberi ağırlık yönetimi el kitabı. Ankara: 2017.

38. Çetin İ, Muhtaroğlu S, Yılmaz B, Kurtoğlu S. Biyoelektrik impedans analiz metodu ile obez çocuklarda cinsiyete göre vücut bileşimlerinin segmental olarak değerlendirilmesi. Dicle Medical Journal/Dicle Tip Dergisi, 2015;42(4).

39. Öztora S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi Ve Risk Faktörlerinin Araştırılması (tez). İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

40. Pietrobelli A, Faith MS, Allison DB, Gallagher D, Chiumello G, Heymsfield SB. Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescents: a validation study. The Journal of pediatrics, 1998;132(2):204-10.

41. Lopes HMS. Diagnostic accuracy of CDC, IOTF and WHO criteria for obesity classification, in a Portuguese school-aged children population: 2012.

42. CDC.(2015).About child & teen bmi, https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html Erişim tarihi: (17.07.2018).

43. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. Bmj,2000;320(7244): 1240.

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

45. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2008.s.14-15.

46. Onis MD, Onyango AW, Borghi E, Siyam, A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World health Organization, 2007;85:660-667.

47. Erdem S, Özel HG, Çınar Z, Işıkhan SY. Farklı sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda ailenin beslenme tutum ve davranışlarının çocuğun beslenme durumuna etkisi. Journal of Nutrition and Dietetics, 2017;45(1):3-11.

48. Kılıç MÇ, Gürbüz T, Çayır A. Çocuk diş hekimliğinde obezite. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2015;26(15):109-14.

49. Must A, Dallal GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht2) and triceps skinfold thickness. The American journal of clinical nutrition, 1991;53(4):839-46.

50. Michielutte R, Diseker RA, Corbett WT, Schey HM, Ureda JR. The relationship between weight-height indices and the triceps skinfold measure among children age 5 to 12. American journal of public health, 1984;74(6):604-6.

51. Ricardo GD, Gabriel CG, Corso ACT. Anthropometric profile and abdominal adiposity of school children aged between 6 and 10 years in southern Brazil. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, 2012;14(6):636-46.

52. Magalhães EIDS, Sant'Ana LFDR, Priore SE, Franceschini SDCC. Waist circumference, waist/height ratio, and neck circumference as parameters of central obesity assessment in children. Revista Paulista de Pediatria, 2014;32(3):273-81.

53. Freedman DS, Serdula MK, Srinivasan SR, Berenson GS. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study–. The American journal of clinical nutrition, 1999;69(2):308-17.

54. Ashwell M, Hsieh SD. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. International journal of food sciences and nutrition, 2005;56(5):303-7.

55. Karaoğlu N, Samur Eroğlu G. Anne ve çocuk beslenmesi. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2015: s.100-1.

56. Sherburne Hawkıns S, Law C. A review of risk factors for overweight in preschool children: a policy perspective. International Journal of Pediatric Obesity, 2006;1(4):195-209.

57. Veugelers PJ, Fıtzgerald AL. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. Canadian Medical Association Journal, 2005;173(6):607-13.

58. Langmeıer TA. Child and Parent Nutrition Knowledge, Behavior, and Attitude (Dissersation). University of Wisconsin-Stout; 2009.

59. El-Behadli AF, Sharp C, Hughes SO, Obasi EM, Nicklas TA. Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. British Journal of Nutrition, 2015;113(1):55-71.

60. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk çağında obezite. Sted, 2002;11(1):8-10.

61. Cutting TM, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Birch LL. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition–. The American journal of clinical nutrition, 1999;69(4):608-13.

62. Kaya R. Edirne İl Merkezinde İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerde Beslenme-Obezite-Fizksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2008.

63. Stunkard AJ, Sørensen TI, Hanis C, Teasdale TW, Chakraborty R, Schull WJ, Schulsinger Fan adoption study of human obesity. New England Journal of Medicine, 1986;314(4):193-98.

64. Pérusse L, Bouchard C. Role of genetic factors in childhood obesity and in susceptibility to dietary variations. Annals of medicine, ,1999;31(1):19-25.

65. Demattıa L, Lee Denney. Childhood obesity prevention: successful community-based efforts. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 2008;615(1):83-99.

66. Çalışkan A, Atak N. Çocukluk çağı obezitesine genel bir bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(5):571-82.

67. Ergin AB. Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2014;1(1):41-54.

68. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbelt CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. International journal of obesity, 1999;23(8):1-107

69. Benson L, Baer Heather J, Kaelber DC. Trends in the diagnosis of overweight and obesity in children and adolescents: 1999–2007. Pediatrics, 2009; 123(1):153-58.

70. Gözü A. Mardin ili ilköğretim okullarında 6-15 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2007;5(1):31-5.

71. Çınar S. Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi (tez). Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı; 2013.

72. Xie X, Wu H, Lee T, Wang CM, Zhou X, Lu, Y, et al. Gender differences in home environments related to childhood obesity in Nanchang, China. Childhood Obesity, 2014;10(5):416-23.

73. Garipagaoglu, M, Budak N, Süt N, Akdikmen Ö, Oner N, Bundak, R. Obesity risk factors in Turkish children. Journal of pediatric nursing, 2009;24(4):332-37.

74. Hardy R, Wadsworth M, Kuh D. The influence of childhood weight and socioeconomic status on change in adult body mass index in a British national birth cohort. International journal of obesity, 2000;24(6):725.

75. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. The Lancet, 2011;378(9793):804-14.

76. Murasko JE. Trends in the associations between family income, height and body mass index in US children and adolescents: 1971–1980 and 1999–2008. Annals of human biology, 2011;38(3):290-306.

77. Yüksel C. Annelerin Farklı Ebeveyn Tutumlarının Çocuklarda Obeziteye Etkisi (tez). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2017.

78. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality?- The American journal of clinical nutrition, 200;87(5):1107-17.

79. Kendirli H. Sosyoekonomik Seviyesi Birbirinden Farklı Okul Çocuklarında Obezite Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler (tez). Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2007.

80. Popkin BM, Horton S, Kim S. The nutritional transition and diet-related chronic diseases in Asia: implications for prevention. Washington, DC: International Food Policy Research Institute FCND Discussion Paper, 2011;105.

81. Green J, Waters E, Haikerwal A, O'neill C, Raman S, Booth ML, Gibbons K. Social, cultural and environmental influences on child activity and eating in Australian migrant communities. Child: Care, health and development, 2003;29(6):441-48.

82. Pirinççi E, Durmuş B, Gündoğdu C, Açik Y. Prevalence and risk factors of overweight and obesity among urban school children in Elazig city, Eastern Turkey, 2007. Annals of human biology, 2010;37(1):44-56.

83. Lazzeri G, Giacchi MV, Spinelli A, Pammolli A, Dalmasso P, Nardone P, et al. Overweight among students aged 11–15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. Nutrition journal, 2014;13(1):69.

84. Arluk SL, Branch JD, Swain DP, Dowling EA. Childhood obesity's relationship to time spent in sedentary behavior. Military Medicine, 2013;168(7):583-86.

85. Mohammed H, Vuvor F. Prevalence of childhood overweight/obesity in basic school in Accra. Ghana medical journal, 2012;46(3):124.

86. Huerta M, Bibi H, Haviv J, Scharf S, Gdalevich M. Peer revıewed: parental smoking and education as determinants of overweight in ısraeli children. Preventing chronic disease, 2006;3(2).

87. Uğuz MA, Bodur S. Konya il merkezindeki ergenlik öncesi ve ergen çocuklarda aşırı ağırlık ve şişmanlık durumunun demografik özelliklerle ilişkisi. Genel Tıp Dergisi, 2007;17(1):1-7.

88. Cebolla A, Barrada JR, Van Strien T, Oliver E, Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. Appetite, 2014;73:58-64.

89. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı (Debq) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik Ve Güvenirliğinin Sınanması (tez). Ankara Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı; 2009.

90. Fay SH, Finlayson G. Negative affect-induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained–disinhibited eating subtype. Appetite, 2011;56(3):682-88.

91. Bozoklu G. Edirne Kent Nüfusunda Yeme Davranışı Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2014.

92. French SA, Epstein LH, Jeffery RW, Blundell JE, Wardle J. Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. Appetite, 2012;59(2):541-49.

93. Dakanalis A, Zanetti MA, Clerici M, Madeddu F, Riva G, Caccialanza R. Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. Appetite, 2013;71:187-195.

94. Sánchez U, Weisstaub G, Santos JL, Corvalán C, Uauy R. GOCS cohort: children's eating behavior scores and BMI. European journal of clinical nutrition, 2016;70(8):925.

95. Sanlier N, Arslan S, Buyukgenc N, Toka O. Are eating behaviors related with by body mass index, gender and age?. Ecology of food and nutrition, 2018;57(4):372-87.

96. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2011;42(7):963-70.

97. Berkowitz RI, Moore RH, Faith MS, Stallings VA, Kral TV, Stunkard AJ. Identification of an obese eating style in 4- year- old children born at high and low risk for obesity. Obesity, 2010;18(3):505-12.

98. Passos DRD, Gigante DP, Maciel FV, Matijasevich A. Children's eating behavior: comparison between normal and overweight children from a school in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Revista Paulista de Pediatria, 2015;33(1):42-9.

99. Yilmaz R, Erkorkmaz HEÜ. Çocuklarda Yeme Davranisi Anketinin Türkçe uyarlama çalismasi/Adaptation study of the Turkish Children's Eating Behavior Questionnaire. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011;12(4):287.

100. Jiang X, Yang X, Zhang Y, Wang B, Sun L, Shang L. Development and preliminary validation of Chinese preschoolers' eating behavior questionnaire. PloS one,2014; 9(2):e88255.

101. Loh DA, Moy FM, Zaharan NL, Mohamed Z. Eating behaviour among multi-ethnic adolescents in a middle-income country as measured by the self-reported Children's Eating Behaviour Questionnaire. PloS one, 2013;8(12):e82885.

102. Herle M, Fildes A, Llewellyn CH. Emotional eating is learned not inherited in children, regardless of obesity risk. Pediatric obesity, 2018;13:628-31.

103. Shapiro JR, Woolson SL, Hamer RM, Kalarchian MA, Marcus MD, Bulik CM. Evaluating binge eating disorder in children: Development of the children's binge eating disorder scale (CBEDS). International Journal of Eating Disorders, 2077;40(1):82-9.

104. Van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. Eating Behaviors, 2007;8(2):251-57.

105. Van Strıen T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12- year- old children. International journal of eating disorders, 2008;41(1):72-81.

106. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 2011;8(1):134.

107. Schachter S. Obesity and eating. Science,1968;161(3843):751-56

108. Burton P, Smit HJ, Lightowler HJ. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. Appetite, 2007;49(1):191-97.

109. Yığıt R. Çocukluk dönemi obezitesinin yönetiminde hemşirenin rolü. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 2011;13(1):71-80.

110. Tremblay A, Bellisle F. Nutrients, satiety, and control of energy intake. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 2015;40(10):971-79.

111. Dalton M, Hollingworth S, Blundell J, Finlayson G. Weak satiety responsiveness is a reliable trait associated with hedonic risk factors for overeating among women. Nutrients, 2015;7(9):7421-36.

112. Carnell S, Haworth CM, Plomin R, Wardle J. Genetic influence on appetite in children. International journal of obesity, 2008;32(10):1468.

113. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. British Journal of Nutrition, 2008;100(2):445-50.

114. Boutelle KN, Knatz S, Carlson J, Bergmann K, Peterson CB. An open trial targeting food cue reactivity and satiety sensitivity in overweight and obese binge eaters. Cognitive and behavioral practice, 2017;24(3):363-73.

115. Zeng X, Cai L, Ma J, Ma Y, Jing J, Chen Y. Eating fast is positively associated with general and abdominal obesity among Chinese children: A national survey. Scientific reports, 2018;8(1):14362.

116. Sweetman C, Wardle J, Cooke L. Soft drinks and'desire to drink'in preschoolers. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2008;5(1):60.

117. Köksal E, Karaçil ŞM. Okul çağı çocuklarında şeker tüketiminin beden kütle indeksine etkisinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Derg, 2014;19:151-55.

118. Kranz S, Smiciklas-Wright H, Siega-Riz AM, Mitchell D. Adverse effect of high added sugar consumption on dietary intake in American preschoolers. The Journal of pediatrics, 2005;146(1):105-11.

119. Bailly N, Maitre I, Amanda M, Hervé C, Alaphilippe D. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. Appetite, 2012;59(3):853-58.

120. Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International journal of eating disorders, 1986;5(2):295-315.

121. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. Behavioural processes, 2002;60(2):157-64.

122. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. Journal of Mood Disorders, 2013;3(4): 171-8.

123. Houben K, Nederkoorn C, Jansen A. Too tempting to resist? Past success at weight control rather than dietary restraint determines exposure-induced disinhibited eating. Appetite, 2012;59(2):550-55.

124. Anschutz DJ, Van Strien T, Van De Ven MO, Engels RC. Eating styles and energy intake in young women. Appetite, 2009;53(1):119-22.

125. Larsen JK, Van Strien T, Eisinga R, Herman CP, Engels RC. Dietary restraint: intention versus behavior to restrict food intake. Appetite, 2007;49(1):100-8.

126. Evers C, Stok FM, Danner UN, Salmon SJ, de Ridder DT, Adriaanse MA. The shaping role of hunger on self-reported external eating status. Appetite, 2011;57(2): 318-20.

127. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010;2(4):572-82

128. Anderson DA, Schaumberg K, Anderson LM, Reilly EE. Is level of intuitive eating associated with plate size effects?. Eating behaviors, 2015;18:125-30.

129. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics, 1998;101(2):539-49.

130. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. Pediatric Clinics, 2001;48(4):893-907.

131. Oliveria SA, Ellison RC, Moore LL, Gillman MW, Garrahie EJ, Singer MR. Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham Children's Study. The American journal of clinical nutrition, 1992;56(3):593-98.

132. WHO. WHO AnthroPlus software http://www.who.int/growthref/tools/en/. Erişim tarihi: 06.11.2018

133. Pekcan G. Beslenme Durumunun saptanması. A. Baysal (editör), Diyet el kitabı. Ankara Hatiboğlu Yayınları; 2008. S.67- 138.

134. WHO. Obesity and owerweight https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. Erişim tarihi: (21.12.2018).

135. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data http://www.who.int/nmh/countries/ tur_en.pdf?ua=1 .Erişim tarihi: (21.12.2018).

136. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara:2014.

137. Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan SDD, Kayıkçıoğlu M, Özer N, ve ark. Türkiye'de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Turk Kardiyol Dern Ars, 2018;46(7):577-90.

138. Whitaker KL, Jarvis MJ, Beeken RJ, Boniface D, Wardle J. Comparing maternal and paternal intergenerational transmission of obesity risk in a large population-based sample–. The American journal of clinical nutrition, 2010;91(6):1560-67.

139. Sekine M, Yamagami T, Hamanishi S, Handa K, Saito T, Nanri S, et al. Parental obesity, lifestyle factors and obesity in preschool children: results of the Toyama Birth Cohort study. Journal of epidemiology, 2002;12(1):33-9.

140. 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.

141. Crawford D, Timperio A, Telford A, Salmon J. Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent unhealthy weight gain in children. Public health nutrition, 2006;9(7):889-95.

142. Baur LA. Childhood obesity: practically invisible. Int J Obes, 2005;29(4):351-2

143. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. Pediatrics, 2003;111(1):1226-31.

144. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3–5 y olds. International journal of obesity, 2005;29(4):353.

145. Aslan F, Şahin NE. Ebeveynlerin çocuklarının beslenme ve kilo durumlarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;6(1):20-8.

146. Uludağ A, Peker E, Şahin EM, Eşsizoğlu E, Ağaoğlu H, Topaloğlu N, ve ark. Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi?. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014;18(3):142-48.

147. Aydın G, Akay D, İbiş E. 3-7 yaş çocuğa sahip annelerin beslenmeyle ilgili davranışlarının incelenmesi. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2017;7(2):683-700.

148. Kanioğulları OA. Lefkoşa'da Kreş ve Anaokuluna Devam Eden Çocukların Beslenme Davranışlarına ve Vücut Ağırlığına Annenin Çocuk Besleme Tutum ve Davranışlarının Etkisi (tez). Kuzey Kıbrıs Doğu Akdeniz Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2015.

149. Ateş S. Sivas'ta İlkokul Çağındaki Çocuklarda Ve Ailelerinde Obezite Prevalansı (tez). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2015.

150. Demir D. İlkokul Öğrencilerinin Yeme Davranışlarının Ve Ebeveynlerin Besleme Tarzlarının Çocukluk Çağında Görülen Obeziteye Etkisi (tez). İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği; 2016.

151. Özilbey P. İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinden Obezite Prevalansının Belirlenmesi Ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi (tez). İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2013.

152. Özilbey P, Ergör G. İzmir İli Güzelbahçe İlçesi'nde ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2015;13(1):30-9.

153. Martorell R, Khan LK, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. Overweight and obesity in preschool children from developing countries. International journal of obesity, 2000;24(8):959.

154. Gezgin T. Edirne İli İlköğretim Okul ve Liseleri 6-18 Yaş Grubu Öğrencilerinde Şişmanlık Sıklığının Araştırılması (tez). Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2012.

155. Çıtırık D. Kahramanmaraş İl Merkezinde İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı (tez). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2008.

156. Erkan M. 2-5 Yaş Arası Çocuk Annelerinin Çocuklarının Ağırlıkları İle İlgili Görüşleri Ve Kendi Beden Algıları İle İlişkisi (tez). Antalya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2014.

157. Yapabaş İS. Fazla Kilolu ve Obez Yetişkin Bireylerde Yeme Davranışlarının Öfke ve İlişki Bağımlılığı ile Olan İlişkisi (tez). İstanbul Işık Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı; 2018.

158. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. Obesity research, (2002);10(6):453-62.

159. Özdemir G.S. Duygusal Yemenin Depresyon, Anksiyete Ve Stres Belirtileri İle Olan İlişkisi (tez). Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2008.

160. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(5):519-528.

161. Seven H. Yetişkinlerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi (tez). İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2013.

162. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. Appetite, 2009;52(1):209-16.

163. Christaki E, Kokkinos A, Costarelli V, Alexopoulos EC, Chrousos GP, Darviri, C. Stress management can facilitate weight loss in G reek overweight and obese women: a pilot study. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2013;26:132-39.

164. Güzey M. Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü; 2014.

165. Quah PL, Cheung YB, Pang WW, Toh JY, Saw SM, Godfrey KM, et al. Validation of the Children's Eating Behavior Questionnaire in 3 year old children of a multi-ethnic Asian population: The GUSTO cohort study. Appetite, 2017;113:100-5.

166. Santos JL, Ho-Urriola JA, González A, Smalley SV, Domínguez-Vásquez P, Cataldo R, et al. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. Nutrition journal, 2011;10(1):108.

167. Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. Behaviour research and therapy,1997;35(9):863-73.

168. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2012;9(1):130.

169. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. The Lancet,2011;357(9255):505-8.

170. Utter J, Scragg R, Schaa D, Fitzgerald E, Wilson N. Correlates of body mass index among a nationally representative sample of New Zealand children. International Journal of Pediatric Obesity,2007;2(2):104-13.

171. Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. Preventive Medicine Bulletin, 2011;10(1):53-60.

172. Ochiai H, Shirasawa T, Ohtsu T, Nishimura R, Morimoto A, Hoshino H, et al. Eating behaviors and overweight among adolescents: a population-based survey in Japan. Journal of obesity, 2013.

173. Kurt E. Okul Öncesi Ve Okul Dönemi Çocuklarda Yemek Yeme Davranışının Değerlendirilmesi (tez). Manisa Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2014.

174. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, Van Jaarsveld CHM, Wardle J. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. European journal of clinical nutrition, 2008;62(8):985.

175. Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. Physiology & behavior, 2010;100(5):567-73.

176. Blissett J, Haycraft E, Farrow C.Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices–. The American journal of clinical nutrition, 2010;92(2):359-65.

177. Lee Y, Birch LL. Diet quality, nutrient intake, weight status, and feeding environments of girls meeting or exceeding the American Academy of Pediatrics recommendations for total dietary fat. Minerva pediatrica, 2002;54(3):179.

178. De Lauzon Guillain B, Romon M, Musher Eizenman D, Heude B, Basdevant A, Charles, MA, Fleurbaix Laventie Ville Santé Study Group. Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating: correlations between parent and adolescent. Maternal & child nutrition, 2009;5(2):171-78.

179. McGowan L, Croker H, Wardle J, Cooke LJ. Environmental and individual determinants of core and non-core food and drink intake in preschool-aged children in the United Kingdom. European Journal of Clinical Nutrition, 2012;66(3):322.

180. Grimm GC, Harnack L, Story M. Factors associated with soft drink consumption in school-aged children. Journal of the American Dietetic Association, 2004;104(8): 1244-49.

181. Wang Y, Beydoun MA, Li J, Liu Y, Moreno LA. Do children and their parents eat a similar diet? Resemblance in child and parental dietary intake: systematic review and meta-analysis. Journal of Epidemiology & Community Health, 2011;65(2):177-89.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Çocukluk çağı obezitesinin tıbbi ve psikososyal sonuçlarının sınıflandırılması….....4

Şekil 2. Çocuklarda kilo durumu ve ebeveyn etkisi ……....21

TABLOLAR

Tablo 1. WHO-2007 yaşa göre BKİ z-kor sınıflamaları……..9

Tablo 2. Öğrencilere ilişkin özellikler…….28

Tablo 3. Annelere ilişkin özellikler…….30

Tablo 4. Annelerin BKİ durumu…….32

Tablo 5. Annelerin BKİ durumu ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması……33

Tablo 6. Fazla kilolu ve obez annelerin diyet uygulama durumlarının karşılaştırılması……34

Tablo 7. Fazla kilolu ve obez annelerin kendi kilosunu nasıl bulduğunun karşılaştırılması…34

Tablo 8. Anne BKİ değerleri ile çocuk BKİ değerleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.....35

Tablo 9. Çocukların kilo durumu ve annesinin çocuğu nasıl bulduğunun karşılaştırılması....35

Tablo 10. Annenin eğitim durumu ve çocuk beslenmesine ilişkin bilgiyi nereden takip ettiğinin karşılaştırılması.....36

Tablo 11. Çocukların kilo durumuna göre karşılaştırmalar.....36

Tablo 12. Annenin çocuk beslenmesine ilişkin bilgi takip etme durumu ve çocukların kilo durumunun karşılaştırılması.....38

Tablo 13. Annelerin BKİ durumu ve annelerin yeme davranışının karşılaştırılması.....38

Tablo 14. Annelerin kendi kilolarını nasıl bulduğuna göre yeme davranışının karşılaştırılması.....39

Tablo 15. Annelerin diyet yapma durumu ile yeme davranışlarının karşılaştırılması.....39

Tablo 16. Çocukların BKİ durumu ile çocukların yeme davranışlarının karşılaştırılması.....40

Tablo 17. Çocuklarda cinsiyete göre yeme davranışlarının karşılaştırılması.....41

Tablo 18. Çocuklarda yaşa göre yeme davranışlarının karşılaştırılması.....42

Tablo 19. Annelerin yeme davranışları ile çocuklarının yeme davranışlarının karşılaştırılması.....44

Tablo 20. Anne yeme davranışı ve çocukların yeme davranışlarının çocukların BKİ durumuna göre incelenmesi.....45

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Emine
Soyad:	AKAR ÖZTÜRK
Doğum Yeri:	Nazilli
Doğum Tarihi:	24.06.1991
Görev Yeri:	Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	akar1991@hotmail.com

Tarih	**Eğitim**
1997-2005	Cengiz Topel İlkokulu
2005-2009	Ortaklar Anadolu Öğretmen Lisesi
2010-2014	Afyon Kocatepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
İş Tecrübesi	
05.01.2015-21.11.2016 tarihleri Darıca Toplum Sağlığı Merkezi Diyetisyen 22.11.2016-Hâlen Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü Diyetisyen	

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/152	
	1PROTOKOL ADI	İlkokul Öğrencilerinin ve Annelerinin Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Çocuklarda Kilo Problemi Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr.Üyesi Sedef DURAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 07/14**	**Tarih:20.04.2018**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Emine Akar ÖZTÜRK'ün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
21/06/2018 12:26 - 49654233 - 604.02 - E.918
00071393122

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN)

MERSİN VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 28/05/2018 tarihli ve 65355327-619-377 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Trakya Üniversitesi Dr. Öğretim Üyesi Sedef DURAN sorumluluğunda, Yüksek Lisans Öğrencisi Dyt. Emine Akar ÖZTÜRK tarafından yapılmak istenen "İlkokul Öğrencilerinin ve Annelerinin Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Çocuklarda Kilo Problemi Üzerine Etkisi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Ayrıca, araştırma için, aile sağlığı merkezinde yer verilmeyeceği, personel desteğinin sağlanamayacağı, araştırma için kullanılacak antropometrik ölçüm araç ve gereçlerini araştırmacının temin etmesi ve kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
Unvan:TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 4d3cb80b-89ec-4a13-b096-2856581a071b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2 (devamı)

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

.dnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
aks No:
·Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
Unvan:TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 4d3cb80b-89ec-4a13-b096-2856581a071b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıstır.

Ek-3

ÇALIŞMAYA KATILMAYA KABUL FORMU

ÇALIŞMA ADI:İLKOKUL ÖĞRENCİLERİNİN VE ANNELERİNİN YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLŞKİNİN ÇOCUKLARDA KİLO PROBLEMİ ÜZERİNE ETKİSİ

SEVGİLİ ANNELER;

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı öğrencisi Emine AKAR ÖZTÜRK'ün yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir.Çalışmanın amacı annelerin yeme davranışı ile çocukların yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayıp,çocukluk çağı kilo problemleri üzerine etkisini değerlendirmektedir. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Ankete katılmayı kabul etmeniz halinde soruların cevaplanması için 15-20 dakikalık bir zaman ayırmanız gerekmektedir. Bize vereceğiniz bilgiler bilimsel çalışmalarda ışık tutacaktır.Ankete ek olarak sizin ve çocuğunuzun boy ve kiloları ölçülerek obezite durumu belirlenecektir.

Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dileriz.

TARİH:..../...../.....

TEZ DANIŞMANI
Doktor Öğretim Üyesi Sedef DURAN
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

ARAŞTIRMACI
Diyetisyen Emine AKAR ÖZTÜRK
Silifke İlçe Sağlık Müdürlüğü
akar1991@hotmail.com
05548655282

Ek-4

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER ANKET NO:

1) Sizin yaşınız .....

2) Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

a)Kız b)Erkek

3)Çocuğunuzun doğum tarihi:.....

4) Çocuğunuz kaçıncı sınıfta okuyor?

a)1. sınıf b)2. sınıf c)3. sınıf d)4. sınıf

5) Eğitim durumunuz nedir ?

a)Okuma-yazma bilmiyor
b)İlkokul
c)Ortaokul
d)Lise
e)Üniversite
f)Yüksek lisans-Doktora

6)Lütfen sizin için uygun şıkkı işaretleyiniz.

a)Ev Hanımıyım b)Çalışıyorum

7) Ailenizin aylık toplam geliri nedir?

a)1000 TL altı b)1000-2000 TL c)2000-3000 TL d)3000-4000 TL e)4000-5000 TL f)5000 TL üzeri

8) Kendi kilonuzu nasıl buluyorsunuz?

a)Zayıf b)Normal c)Kilolu d)Aşırı kilolu

9) Şu anda uyguladığınız bir diyet programı var mı?

a)Evet b)Hayır

10) Cevabınız evet ise diyetinizi kim önerdi ?

a)Öneri almadım.Kendim uyguluyorum.
b)Diyetisyen
c)Doktor
d)Spor eğitmeni
e)Gazete,dergi,kitap
f)Televizyon,internet
g)Aile,arkadaş,komşu
h)Diğer (belirtiniz) .....

11) Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?

a)Zayıf

b)Normal

c)Kilolu

d)Aşırı kilolu

12) Size göre çocuğunuz yeterli ve dengeli besleniyor mu?

a)Evet b) Hayır c)Fikrim yok

13) Çocuk beslenmesine ilişkin bilgileri nereden takip edersiniz?

a)Diyetisyen

b)Doktor

c)Aile,arkadaş,komşu

d)Kitap,dergi,gazete

e)Televizyon, internet

f)Diğer (belirtiniz) .....

g)Hiçbir yerden takip etmiyorum.

14)Çocuğunuz vitamin ve/veya mineral desteği kullanıyor mu?

a)Evet b)Hayır

15) Yanıtınız evet ise destek amacı ile neler veriyorsunuz? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

a)D vitamini b)Kalsiyum, demir desteği c)Multivitamin ve mineral desteği

d)Balık yağı e)Probiyotikler f) Diğer(belirtiniz).....

ÖLÇÜMLER(Araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

Annenin Kg..... Boy..... Bki Durumu.....

Çocuğun Kg..... Boy..... Bki Durumu.....

Ek-5

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Aşağıdaki ifadeleri lütfen okuyunuz ve sizin çocuğunuzun beslenme davranışına en uyguolan kutuları işaretleyiniz.

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
1.Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever	☐	☐	☐	☐	☐
2.Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çocuğum çok iştahlıdır	☐	☐	☐	☐	☐
4.Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir	☐	☐	☐	☐	☐
5.Çocuğum yemeğe önem verir,yiyeceklerle ilgilidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Çocuğum yavaş yer	☐	☐	☐	☐	☐
9.Çocuğum kızgınken, sinirliyken daha az yer	☐	☐	☐	☐	☐
10.Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır	☐	☐	☐	☐	☐
11.Çocuğum yorgunken daha az yer	☐	☐	☐	☐	☐
12.Çocuğum sürekli yemek ister	☐	☐	☐	☐	☐
13.Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
14.İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir	☐	☐	☐	☐	☐
15.Çocuğum huzursuzken,endişeliyken çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
16.Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır	☐	☐	☐	☐	☐
17.Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır	☐	☐	☐	☐	☐
18.Çocuğumun yemeği bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor	☐	☐	☐	☐	☐

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
19.Şans verilirse,çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir.	☐	☐	☐	☐	☐
20.Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker	☐	☐	☐	☐	☐
21.Çocuğum yemeği bitmeden doyar.	☐	☐	☐	☐	☐
22.Çocuğum yemek yemekten hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐
23.Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
24.Çocuğumu yemekle mutlu etmek zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
25.Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer	☐	☐	☐	☐	☐
26.Çocuğum çabuk doyar.	☐	☐	☐	☐	☐
27.Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
28.Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur	☐	☐	☐	☐	☐
29.Çocuğum şans verilirse, gün boyu içecek (meşrubat, su vb) içecektir	☐	☐	☐	☐	☐
30.Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez	☐	☐	☐	☐	☐
31.Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir	☐	☐	☐	☐	☐
32.Çocuğum daha önceden bilmediği,tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir	☐	☐	☐	☐	☐
33.Çocuğum tadına bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.	☐	☐	☐	☐	☐
34.Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar	☐	☐	☐	☐	☐
35.Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş,daha yavaş yer	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-6

Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Lütfen seçeneklerden size uygun olanı işaretleyerek tüm soruları cevaplandırınız.

	Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık**	**Çok Sık**
1.Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3.Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4.Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5.Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?					
6.Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7.Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8.Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9.Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11.Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13.Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15.Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16.Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17.İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18.Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					

	Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık**	**Çok Sık**
19.Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20.Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21.Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22.Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23.Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24.Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25.Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26.Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27.Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28.Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29.Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30.Başkalarını yerken görürseniz, siz de yemek yemek ister misiniz?					
***31.Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?**					
32.Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

*31 numaralı madde ters sorudur.