T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIKLI OKUL ÖNCESİ ÇOCUKTA AİLENİN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI İLE ÇOCUK YEME ALIŞKANLIKLARI VE VKI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Nilüfer KIDIŞ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIKLI OKUL ÖNCESİ ÇOCUKTA AİLENİN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI İLE ÇOCUK YEME ALIŞKANLIKLARI VE VKI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Nilüfer KIDIŞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

İZMİR-2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **x**

KISALTMALAR ..... **xi**

TEŞEKKÜR ..... **xii**

ÖZET **1**

ABSTRACT **3**

GİRİŞ ve AMAÇ **5**

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARDA BÜYÜME VE GELİŞMESİ 10

1.1.1.Fiziksel, Psiko-sosyal ve Bilişsel Gelişim 10

1.1.1.1. Fiziksel Gelişim 10

1.1.1.2. Psikosoyal Gelişim 11

1.1.1.3. Bilişsel Gelişim 12

1.2. BÜYÜME VE GELİŞMENİN ÖNEMİ 12

1.2.1.Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesi 13

1.2.1.1. Vücut kitle indeksi (VKİ), “Body Mass Index” (BMI), “Quetelet İndeks” ..13

1.2.1.2 Obezitenin değerlendirilmesi 14

1.2.1.2.1. Vücut Yağının Direkt Ölçümü 14

1.2.1.2.2. Vücut Yağının İndirekt Ölçümü 15

1.2.1.2.2.1.Boya göre ağırlık (Rölatif Ağırlık-RA) 15

1.2.1.2.2.2. Çevre ölçümleri.. 16

1.2.1.2.2.3. Cilt kıvrım kalınlıkları 16

1.3. OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARDA BESLENME 16
1.3.1. Beslenmenin Önemi 16
1.3.1.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme 17
1.3.1.2 .Yetersiz ve Dengesiz Beslenme 18
1.3.1.2.1.Besin Öğelerinde Yetersizlik 18
1.3.1.2.1.1.Demir (Fe) 18
1.3.1.2.1.2.D Vitamini 19
1.3.1.2.1.3.Diğer Mineral Eksiklikleri 20
1.3.1.2.1.3.1.Kalsiyum (Ca) 20
1.3.1.2.1.3.2.Çinko (Zn) 20
1.3.1.3. Besin Alerjileri 20
1.3.2.Obezite 21
1.3.3.Malnütrisyon 23
1.3.4.Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Beslenme Problemleri 25
1.3.4.1. Beslenme Bozuklukları 25
1.3.4.2. Beslenme Probleminin Belirlenmesi 28
1.3.4.3. Organik kırmızı bayraklar 28
1.3.4.4. Davranışsal kırmızı bayraklar 29
1.3.4.5. Beslenme Probleminin Sınıflandırılması ve Yönetimi 29
1.3.4.5.1. İştahsız Çocuk 30
1.3.4.5.1.1. Yanlış Algılanan İştahsızlık 30
1.3.4.5.1.2. İştahı Az Olan Hareketli, EnerjikÇocuk 31
1.3.4.5.1.3. İlgisiz, İçe dönük Çocuk 32
1.3.4.5.1.4 Organik Hastalık 32
1.3.4.5.2. Yemek Seçen Çocuk 33
1.3.4.5.2.1. Yanlış Algılanan Seçicilik 33
1.3.4.5.2.2. Hafif Seçiciler 34
1.3.4.5.2.3. Çok Seçiciler 34
1.3.4.5.2.4. Organik Nedenli Seçiciler 35
1.3.4.5.3. Beslenme Korkusu Olan Çocuklar 36

1.3.4.5.3.1. Yanlış Algılanan Beslenme Korkusu.....36
1.3.4.5.3.2. Infantlarda Beslenme Korkusu 37
1.3.4.5.3.3. Daha Büyük Çocuklarda Beslenme Korkusu 37
1.3.4.5.3.4. Organik Nedenlere Bağlı Beslenme Korkusu.....38
1.3.5. Okul Öncesi Çocukların Besin Seçimini Etkileyen Etmenler.....39
1.3.5.1. Yaş 39
1.3.5.2. Genetik.....40
1.3.5.3. Cinsiyet.....40
1.3.5.4. Sosyoekeonomik durum 41
1.3.5.5. Anne ve Baba Eğitim Düzeyi 41
1.3.5.6. Anne Sütü 41
1.3.5.7. Atıştırmalıklar.....43
1.3.5.8. Sosyal Çevre 43
1.3.5.8.1. Basın-Yayın Araçlarının Etkisi.....44
1.3.5.8.2. Hastalık Varlığı 45
1.3.5.8.3. Sosyal Eğilimler.....46
1.3.5.8.4. Akranlar ile Etkileşim 46
1.3.5.9. Aile ve Çevresi 46
1.3.5.9.1. Çocuk Besleme Tutum ve Davranışlarının Çocuk Vücut Ağırlığına Etkisi.....49
1.3.5.9.1.1.Kısıtlayıcı Besleme.....50
1.3.5.9.1.2.Baskıcı Besleme.....51
1.3.5.9.1.3.İzlemci Besleme.....53
1.3.5.9.1.4.İlgi, Algılanan Çocuk /Ebeveyn Ağırlığı ve Algılanan Sorumluluk ve Çocuk VKI.....54

İKİNCİ BÖLÜM

2.1. GEREÇ VE YÖNTEM
2.1.1. Araştırma Yeri Zamanı ve Örneklem Seçimi.....56
2.1.2. Araştırmanın Modeli 56
2.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 56

2.1.4. Araştırmanın Dahil ve Hariç Edilme Kriterleri 57
2.1.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları 58
2.1.5.1.VKI hesaplanması ve değerlendirmesi.....58
2.1.5.2.Çocuk Besleme Anketi-ÇBA (Child Feeding Questionnarie-CFQ)'nın Değerlendirilmesi 59
2.1.5.3.Çocuk Yeme Davranışı Anketi-ÇYDA(Children's Eating Behaviour Questionary-CEBQ)'nin Değerlendirilmesi.....61
2.1.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi 62

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. ÇOCUKLARIN, ANNE VE BABALARIN VE ÇBA VE ÇYDA ANKETLERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR 64
3.1.1. Çocuğun Beslenmesine Ait Özelliklerle İlgili Bulgular.....66
3.1.2. Çocuk Besleme Anketine Ait Bulgular 69
3.1.3. Çocuk Yeme Davramışı Anketine Ait Bulgular.....72
3.2. ÇOCUK VKI'NE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULAR 75
3.2.1. Anne ve Baba Eğitim, Çalışma Durumu ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki 75
3.2.2. Çocuk Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki 77
3.2.3. Ebeveyn Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki.....77
3.2.4. Ailenin Gelir Durumu, Anne-Baba Eğitim Durumu ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....79
3.2.5. Çocuk Beslenme Alışkanlıkları ile Çocuk VKI Arasındakı İlişki.....80
3.2.6. Çocuk Ev Ortamı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki 81
3.2.7. Yemek Seçme, Yeme Problemi, Atıştırma, Baskı, Çocuğun Yemek Sırasındaki Davranışları ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....81
3.2.8. Şişmanlık ve Zayıflık Konusundaki Algı ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki 84
3.2.9. Çocuk Beslenme Davranışı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki ...84
3.2.10. Ebeveynin Çocuk Besleme Davranışları ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki 87

3.2.11. Ebeveynın Çocuk Besleme Davranışları ve Çocuk Beslenme Davranışları ve VKI Arasındaki İlişkinin Korelasyonla İncelenmesi 89

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE ÇOCUK VKI'NI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN TARTIŞMASI.....92
4.2. EBEVEYNIN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI VE VKI ARASINDAKI ILIŞKI.....101
4.2.1. Kısıtlama ve VKI.....102
4.2.2. Baskı ve VKI 103
4.2.3. İzlem ve VKI 105
4.2.4. İlgi, Algılanan Çocuk /Ebeveyn Ağırlığı ve Algılanan Sorumluluk ve Çocuk VKI.....106
4.3.ÇOCUK BESLENME DAVRANIŞLARI VE VKI ARASINDAKI İLİŞKİ 108
4.3.1. Duygusal Fazla ve Az Yeme ve VKI 109
4.3.2. Yavaş Yeme ve VKI.....109
4.3.3. Gıdadan Keyif Alma Ve Gıda Heveslisi ve VKI 110
4.3.4. Tokluk Heveslisi ve VKI.....110
4.3.5. İçme Tutkusu ve VKI 111
4.3.6. Yemek Seçiciliği ve VKI.....111
4.4.EBEVEYNIN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK BESLENME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ 112
4.4.1. ÇYDA Gıda Erişimi Faktörü ve ÇBA Alt Faktörleri Arasındaki. İlişkiler.....113
4.4.2. ÇYDA Gıdadan Kaçınma Faktörü ve ÇBA Alt Faktörleri Arasındaki İlişkiler 115

SONUÇLAR.....117
1.SONUÇLAR.....117
2.ÖNERİLER.....121
3. KISITLILIKLAR.....123
4.AVANTAJLAR.....124
KAYNAKÇA.....125
EKLER.....163
Ek 1. Etik Kurul İzni.....163
Ek 2. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Onayı.....166
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönül Olur Formu.....168
Ek 4. Sosyodemografik Özellik Anketi.....169
Ek 5. Çocuk Yeme Davranışı Anketi-ÇYDA (Child Eating Behaviour Questionnaire-CEBQ).....170
Ek 6. Çocuk Besleme Anketi-ÇBA (Child Feeding Questionnaire-CFQ).....171

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye ‘de çocukluk çağı obezite prevelansları.....22
Tablo 2: Yetişkinler, Çocuklar ve Adölosanlarda VKI’ye göre Andropometrik Değerlendirme.....59
Tablo 3: Çocukların, Anne ve Babaların Sosyodemografik Özellikleri.....64
Tablo 4: Çocuğun Beslenmesine Ait Özellikler.....67
Tablo 5: Çocuk Besleme Durumuna Ait Özellikler.....70
Tablo 6: Çocuk Besleme Anketi’ne Ait Puan Ortalamaları.....72
Tablo 7: Çocuk Yeme Davranışı Özellikleri.....73
Tablo 8: Anne Eğitim, Çalışma Durumu ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki.....76
Tablo 9: Baba Eğitim, Çalışma Durumu ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki.....76
Tablo 10: Çocuk Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki.....77
Tablo 11: Ebeveyn Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki.....78
Tablo 12: Ailenin Gelir Durumu, Anne-Baba Eğitim Durumu ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....79
Tablo 13: Çocuk Beslenme Alışkanlıkları ile Çocuk VKI Arasındakı İlişki.....80
Tablo 14: Çocuk Ev Ortamı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....81
Tablo 15: Yemek Seçme, Yeme Problemi, Atıştırma, Baskı, Çocuğun Yemek Sırasındaki Davranışları ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....83
Tablo 16: Şişmanlık ve Zayıflık Konusundaki Algı ve Çocuk VKI arasındaki İlişki.....84
Tablo 17: Çocuk Beslenme Davranışı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....85
Tablo 18: Ebeveynin Çocuk Besleme Davranışı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki.....88
Tablo 19: Ebeveynin Çocuk Besleme Davranişlari ve Çocuk VKI Arasındaki Ilişki(ÇBA ve VKI SD).....90
Tablo 20: Çocuk Beslenme Davranışları ve çocuk VKI Arasındaki Ilişki (ÇYDA ve VKI SD).....90
Tablo 21: Ebeveynin Çocuk Besleme Davranışları ve Çocuk Beslenme Davranışları Arasındaki Ilişki(ÇBA ve ÇYDA).....91

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Malnütrisyonun nedenleri 24
Şekil 2: Besleme Probleminin Belirlenmesi ve Yönetimi 27
Şekil 3: Beslenme problemleri oranları 29
Şekil 4: Çocuk vücut ağırlığını etkileyen çevrsel nedenleri 39
Şekil 5: Ebeveynlerin çocuk besleme yöntemlerinin çocuk vücut ağırlığına ve çocuk beslenme durumuna etkisi 50
Şekil 6: Anne VKI ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki 78
Şekil 7: Baba VKI ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki 78

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

BMH: Bazal Metabolik Hız

BMI: Body Mass Index

CDC: Centers For Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)

COSI-TUR: Turkiye Cocukluk Çağı Obezite Araştırma sonuçimi Calışması

ÇBA: Çocuk Besleme Anketi (Child Feeding Questionnaire)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ÇYDA: Çocuk Yeme Davranışı Anketi (Child Eating Behaviour Questionnaire)

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DXA: Dual X-Işını absorbsiyometri

EDNOS: Tanımlanmamış Yeme Bozuklukları (Eating disorder not otherwise specified)

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey (ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması)

PEM: Protein Enerji Malnütrisyonu

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TEE: Toplam Enerji Harcaması

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VKI: Vücut kitle indeksi

WOF: Dünya Obezite Federasyonu (World Obesity Federation)

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenerek süreci doğru ve etkin yönetmemde her türlü katkıyı sağlayan, uzmanlık eğitimimin başından beri bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, desteğini hiç esirgemeyen, en zor zamanlarımda motivasyonumu arttıran, farklı bakış açılarıyla her konuda vizyonumu genişleten değerli ve sevgili hocam Prof. Dr.Nilgün Özçakar'a, aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca eğitim sürecime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek GÜLDAL'a, Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e, Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a, tez konusu belirleme aşamasından başlayarak, tez süresince karşılaştığım tüm zorluklarda desteklerini esirgemeyen, fikirleriyle engelleri aşmamda basamak olan, süreci detaylarıyla paylaşarak yolumu aydınlatan Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan uzmanlığını alan ve hala uzmanlık eğitimlerine devam eden tüm meslektaşlarıma, son olarak yaşamımın her aşamasında olduğu gibi tüm tez sürecinde yanımda olan, uzmanlık süresince karşılaştığım zorluklarla başa çıkmam için azim ve kuvvet aşılayan canım oğlum Kıvanç KIDIŞ, eşim Sedat KIDIŞ, annem Nurten YILMAZ ve babam Temel YILMAZ'a teşekkür ederim.

Dr. Nilüfer KIDIŞ

ÖZET

SAĞLIKLI OKUL ÖNCESİ ÇOCUKTA EBEVEYNİN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI İLE ÇOCUK YEME DAVRANIŞLARI VE VKI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Nilüfer Kıdış

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün Özçakar

Amaç: Okul öncesi çocukta ebeveyn çocuk besleme davranışları ile çocuk yeme davranışı arasındaki ilişkiyi ve VKI'ne etki eden faktörleri araştırmak, ebeveynin davranışları ile çocuk yeme davranışının çocuk VKI'ne etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik olarak planlanan çalışmamız, İzmir ili merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 2-5 yaş arası 800 sağlıklı çocuğun demografik özelliklerini sorgulayan anket formu ile 'Çocuk Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)' ve 'Çocuk Besleme Anketi (ÇBA) yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Veri analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak Ki-Kare, Fisher's Exact test, Spearman Korelasyon Analizi yapılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çocukların %8,8'i zayıf ve %11,5'u obezdir. Çocukların %94,3'ünün anne sütü aldığı, %47,4'ünün mamayla beslendiği, %68,9'unun 4-6 ay arasında ek besine geçtiği belirlenmiştir. Çocukların çoğunluğunun (%80,1)

atıştırdığı, %51,8'inde yeme problemi olduğu ve yeme problemi olanlarda %62,2 ile en sık "iştahı az" olma probleminin olduğu bulunmuştur.

Çocuk zayıftan obeze doğru gittikçe anne ve baba VKI'nin arttığı, babanın eğitim durumu arttıkça zayıf, fazla kilolu, obez çocuk oranlarının azaldığı (p=0,031), mamayla beslenmenin fazla kilolu ve obezite oranlarını artırdığı belirlenmiştir. Çocukta yeme problemi olduğu belirtilen çocukların daha zayıf, yeme problemi olmadığı belirtilenlerin ise daha fazla kilolu ve obez olduğu bulunmuştur. Yapılan korelasyon incelemesinde ÇBA alt faktörlerinden algılanan çocuk (β=0.137; $p<0.01$) ve ebeveyn vücut ağırlığı (β=0.237; $p<0.05$) ile VKI arasında düşük derecede; ÇYDA alt faktörlerinden gıda heveslisi (β=0.191; $p<0.01$), gıdadan keyif alma (β=0.175; $p<0.01$) ile VKI arasında düşük derecede ve ÇYDA ile ÇBA arasında orta ve düşük derecede olmak üzere anlamlı ilişki görülmüştür.

Sonuç: Obezitenin genetik rolü yadsınamamakla birlikte çocukların sağlıklı olabilmeleri ve ileriki yaşamlarında sağlıklı yetişkinler olabilmelerinin temel koşulunun sağlıklı beslenme ortamında büyümelerine bağlı olduğu söylenebilir. Bu temel çocukluk yıllarında atılmaktadır ve okul öncesi dönem yetişkinlik için temel oluşturan pek çok alışkanlığın geliştirildiği, çocuk beslenmesine özellikle dikkat edilmesi gereken bir dönemdir.

Anahtar Kelimeler: :Çocuk beslenmesi, Ebeveyn besleme ve çocuk beslenme ilişkisi, Çocuk VKI'ni etkileyen nedenler

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL FEEDING BEHAVIORS AND CHILD EATING BEHAVIORS AND BMI IN HEALTHY PRE-SCHOOL CHILDREN

Nilüfer KIDIŞ, M.D.

Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Objective: It was aimed to investigate the relationship between parent child feeding behaviors and child eating behavior in preschool children and the factors affecting VKI, and to determine the effect of parent's behavior and child eating behavior on child VKI.

Methods: Our study, which was planned as a cross-sectional analytical study, was carried out by applying the 'Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ)' and 'Child Feeding Questionnaire (CFQ) face-to-face interviews with a questionnaire questioning the demographic characteristics of 800 healthy children aged 2-5 who are registered to Family Health Centers in the central districts of Izmir. Data analysis were performed using the SPSS 22.0 program, Chi-Square, Fisher's Exact test, Spearman Correlation Analysis and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: 8.8% of the children participating in the study are thin and 11.5% are obese. It was determined that 94.3% of the children received breast milk, 47.4% were fed with formula, 68.9% of them switched to supplementary food between 4-6 months. It was found that most of the children (80.1%) had a snack, 51.8% had eating problems, and those with eating problems had the most frequent "low appetite" problem with 62.2%. It has been determined that as the child progresses from thin to obese, the BMI of mothers and fathers increases; as the educational status of the father increases, the ratio of underweight, overweight and obese children decreases ($p = 0.031$); formula feeding increases the rates of overweight and obesity. It was found that children who were reported to have eating problems were thinner, and those who were reported to have no eating problems were more overweight and obese. In the correlation analysis; for CFQ the perceived child (= 0.137; $p < 0.01$) and parent weight (= 0.237; $p < 0.05$) and BMI were in low degree of significant associations and for CEBQ food responsiveness ($\beta = 0.191$; $p < 0.01$), enjoyment of food (= 0.175; $p < 0.01$) and BMI were in low degree of significant associations and also CEBQ-CFQ factors were in moderate and low degree of significant associations.

Conclusion: Although the genetic role of obesity cannot be denied, it can be said that children's health and being healthy adults depend on growing up in a healthy eating environment. This foundation is laid in childhood, and the preschool period is a period when many habits that form the basis for adulthood are developed and special attention should be paid to child nutrition

Keywords: Child nutrition, Parental feeding and child nutrition relationship, Reasons affecting child BMI

GİRİŞ

Çocuk sağlığının ve yetişkinlik döneminde çocuğun sağlıklı olmasının ana kaynağı sağlıklı bir ortamda büyümesine bağlıdır ve çocukluk yıllarında sağlığın temeli atılmaktadır. Bir toplumda sağlıklı yetişkinlerin bulunması çocukların zihinsel ve bedensel sağlığı ile birlikte çocukluk çağından itibaren çocukla ilgilenmek, mutlu ve de sağlıklı toplumun sürekliliği adına gerekli olmakla birlikte gelecek için akılcı bir yatırımdır [1], [2]. Çocukluk çağında beslenme, yaşamsal önemi olan büyüme ve gelişmeyi etkileyen en önemli etmendir. Bu kapsamda, çocukların büyümesinin izlenmesi çocuğun sağlık durumunun önemli bir göstergesidir ve beslenmeyle ilişkili sağlık sorunlarının önlenmesi ve tedavisi önemlidir [3].

Ebeveynler çocuğun beslenmesini sağlamakla birlikte rol model olmakta ve de erken çocukluk döneminde çocuklarına beslenme alışkanlıklarının oluşmasnda önemli belirleyicilerdir. Ebeveynler çocuk besin seçiminden sorumlu olmakta ve bilhassa okul öncesi dönemde çeşitli çocuk besleme metodları ile çocuk beslenme davranışında etkili olmaya çalışmaktadırlar[4]. Ebeveyn tarafından sıkı kontrol, yeme baskısı gibi besleme uygulamaları çocukta sınırlandırılan besine karşı isteği artabilir ya da sağlıklı besine yönelik ilgisi azalabilir[5].

Çocuk beslenmesi açısından ipin bir ucunda obezite problemi bulunmakta iken diğer ucunda beslenme sorunu/yemek seçiciliği olan çocuklar bulunmaktadır. Çocukluk çağı obezitesindeki yıllık artış giderek büyümektedir. Bugün gelinen noktada çocukluk çağı obezitesi prevalansının 1970'lerdeki değerlerden 10 kat fazla olduðu bildirilmektedir [6]. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün 2013 verilerine göre 5 yaş altı 42 milyon çocuğun hafif şişman ya da şişman çocuk kategorisinde bulunmaktadır[7]. ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) raporuna göre 2-19 yaş arası çocuk ve ergenler için 1999-2004 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde şişmanlık sıklığı % 17,1 ve hafif şişmanlık sıklığı ise % 33,6 olarak, 2-5 yaş arası çocuklar için ise; çocukların % 13,9'u şişman ve % 26,2'si hafif şişman olarak raporlanmıştır [8]. Diğer taraftan Amerika Birleşik Devletleri Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) 2-19 yaş arası

çocuk ve ergenlerde şişmanlık sıklığını 2003-2006 yılları için % 16,3 olarak tespit etmiştir. [9]. Avrupa'da yedi ülkeden (Türkiye, Bulgaristan, Romanya, Litvanya, Almanya, İtalya ve Hollanda) ortalama yaşı 8,6±1,2, %50,2 erkek olan 5206 okul çocuğunda, Türk çocukları için obezite prevalansı %7,7 ile Avrupa'da Romanya'nın ardından ikinci sırad olduğu tespit edilmiştir[10] . 0-5 yaş çocuklar için Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 Türkiye'de şişmanlık görülme sıklığını % 8,5 olarak tespit edilmiştir[11] TBSA 2013'te ise; 5 yaş altı çocukların % 11'inin şişman olduğu belirlenmiştir[11].

Turkiye Cocukluk Çağı Obezite Araştırma Girişimi Calışması-2016(COSI-TUR)sonuçlarına göre Turkiye'de 7-8 yaş grubu ilkokul 2. sınıfa giden cocukların %14,6'sı fazla kilolu ve ayrıca %9,9'u obez olduğu tespt edilmiştir(sıra ile kızlarda %15,7 ve %8,5; erkeklerde %13,6 ve %11,3). Bu sonuçlara istinaden Turkiye'de 7-8 yaşındaki her 4 cocuktan biri fazla kilolu veya obez olduğu söylenebilir. COSI-TUR 2013 calışması ile karşılaştırıldığında, cocuklarda obezite probleminin üç yılda %19,3 arttığı (kızlarda %28,8, erkeklerde %13) ve kız cocuklarındaki artış oranının alarm boyutlarında olduğu gorulmektedir[10].

Obezite, çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklardan biri olarak kabul edilmekle birlikte genetik, davranışsal, çevresel ve kültürel etkenlere bağlı multifaktöryel bir rahatsızlıktır[12]. Çocukluk çağı obezitesi; yetişkinlik obezitesine yol açmakta ve koroner kalp hastalığı, hipertansiyon erişkin diyabeti gibi pek çok kronik hastalık için zemin oluşturmakta[13] ve anormal psikolojik gelişime ve yeme bozukluklarına neden olabilecek etiketlenme riskini bulundurmaktadır[14], [15]. Çocukluk obezitesi ile ilgili ilk ortam aile ortamıdır; ailenin obez olma durumu, sosyo-ekonomik durumu, ailenin eğitim seviyesi ve aile tipi, televizyon önünde geçen zaman ve o an da yenen yemek[16] ve ailenin yeme tercihleri, evdeki yemek çeşitleri, yeme şekli[17] çocukluk obezitesi ile ilişkilidir.

Yemek seçiciliği ile ebeveynler hekime başvurduklarında çocukların kendilerini aç bırakmayacakları şeklinde yanıt almaktadır[18]. Bazı araştırmacılar seçici yemeyi(picky/fussy/faddy/choosy) yeme bozukluğu içinde değerlendirirken[19] bazı araştırmacılar tamamen yeme bozukluğundan ayrı bir durum olarak

değerlendirmişlerdir[20]. Beslenme sorunu sadece kilo alımı olmayan çocuklarda değil, obez çocuklarda da olabilir. Beslenme sorunları, iştahsızlıktan otizme kadar geniş bir spektrumu kapsamaktadır[20]. Seçici çocuk tanımı ile ilgili ortak bir tanım yoktur ve aşağıdaki şekillerde tanımlanabilmektedir;

- Tanıdık ya da tanıdık olmayan çok sayıdaki yemek çeşidinin reddedilmesi sonucunda yetersiz çeşitlilikte besin tüketilmesi; bu neofobiden spesifik yemek reddine kadar giden bir spektrumda olabilir[21]
- Ebeveynin ayrı bir yemek hazırlamasına neden olacak kadar özellikle sebze olmak üzere çeşitli besinlerin alımında kısıtlılık[22]
- Yemek seçimi sonucunda yetersiz miktar ve çeşitlilikte besin tüketimi[23]
- Öğünde sınırlı sayıda yemek çeşidi bulunması, yeni yemekleri tüketme konusunda direnç, sebze veya diğer besinlerin tüketiminde bir sınırın bulunması, beğenme ya da beğenmeme şeklinde yemek tercihlerinin fazla olması ve özel öğün hazırlama ihtiyacının olması [24], [25]
- Tharner ve ark. Çocuk Yeme Davranışı Anketi(ÇYDA) ölçeğinden faydalanarak; seçiciliği yemek seçme, yavaş yeme lezzete karşı bir hevesin olmaması olarak tanımlamıştır[26]

Yemek seçiciliği prevelansı Hollanda'da 4 yaş çocuklarda %5,6[26] ve Amerika'da 2 yaş çocuklarda %50[27] bulunmuştur. Erkek ve kızlarda eşit oranda tespit edilmiştir. Yemek seçiciliğinin nedenleri; kişisel özellikler, ebeveyn davranışları/besleme tipleri, yeme baskısı[28], [29], anne sütü ile beslenmenin olmaması, ek gıdaların 6 aydan önce başlanması[30], çiğnenerek yenen besinlerle geç karşılaşma[31] olarak özetlenebilir ve kardeşin olması ve ileri anne yaşı[23], annenin sağlıklı yeme alışkanlığının olması[32] koruyucu faktörlerdendir. Yemek seçiciliğinin sonuçları; yüksek enerji[33], enerji yoğun yiyecek[26] alımı, çeşitliliğin az olmasından dolayı besin tüketiminde ve enerji alımında azalma[27], [35], [36] sebze ve meyve alımında azalma[26], [36]–[39], vitamin ve mineral alımında azalma[27], [35], [38], tahıl ve lifli gıda alımında azalma[38], kilo alımında azalma[37], [40]–[45] ya da aşırı kilolu olma [33] yeme bozukluğu gelişimi[46]dir.

Okul öncesi dönem yetişkinlik için temel oluşturan pek çok alışkanlığın geliştirildiği bir dönemdir. Sağlığı etkileyebilecek alışkanlıklar ve somut algı bu dönem de kazanılmakta, anne ve babanın davranış ve tutumu, ailenin kültürel, geleneksel yapısı, beslenme ortamı ve kamu politikaları da dâhil olmak üzere birçok etmenden etkilenmektedir[2,4]. Okul öncesi dönemdeki ebeveyn besleme davranışlarını ve çocuk beslenme alışkanlıklarını incelemek önemlidir çünkü;

- Hızlı büyümenin motor ve kognitif gelişimin olduğu önemli bir dönemdir; beyin gelişimi büyük oranda yaşamın ilk yıllarında, özellikle anne karnında ve doğumdan sonraki ilk beş yılda gerçekleşmektedir[31]
- Çocuklar hala ebeveynlerine yemek konusunda bağımlıdır; ebeveynlerin gözetimi altında diğer çocuklarla sosyal etkileşimler kurmakta ve otonomi geliştirmektedir.
- Daha önceki yıllara göre çocuk-ebeveyn davranışları daha gelişmiş durumdadır[47]–[49]
- Obezite önleme çalışmaları okul öncesi dönemde daha etkili olarak bulunmuştur[50]
- Yeme davranışlarının oluştuğu bir dönemdir.
- Daha önceki çalışmalara göre iştah özellikleri yaş bağımlı[43], [51], [52] ve birçoğu yaklaşık 3 yaşında stabil hale gelmektedir[51], [53].
- Ayrıca yemek reddetme veya çok az yemek olarak tanımlanan seçici yemek alışkanlıkları 3-5 yaş arasında daha yaygın olarak belirlenmiştir[54], [55].
- Bir yaşından önce bebekler ilk defa besin lezzeti ve yapısı ile karşılaşmakta ve bu yaşta neofobi tanımı için çok erken ve seçici olarak tanımı için uygun değildir[56]

Sonuç olarak, Türkiye'de dünya çapında sık kullanılan ve geniş bir literatürün oluşmasına katkıda bulunan Çocuk Yeme Davranışı Anketi(ÇYDA) ve Çocuk Besleme Anketi(ÇBA) anketlerinin kullanıldığı populasyon bazlı bir çalışma ileİzmir'deki okul öncesi dönem çocukların beslenme davranışları ve vücut ağırlığının saptanması sağlanarak bunlara etki eden etmenlerin incelenmesi sonucu önemli veriler elde edileceği düşünülmüştür.

Amaç:

Sağlıklı 2-5 yaş çocukta;

- Ebeveynin baskıcı, kısıtlayıcı, izlemci davranışları ve algılanan çocuk ve algılanan ebeveyn kilosu, çocuk besleme için algılanan sorumluluk, çocuk ağırlığı hakkında ilgi gibi ebeveyn çocuk besleme davranışları ile çocuk yeme davranışı arasındaki ilişkinin yönünü belirlemek
- Ebeveynin davranışları/ilgisi ve çocuğun yeme davranışının çocuk VKI'ne etkisini belirlemek

Varsayım:

- Sağlıklı 2-5 yaş çocuklarda ebeveynin besleme davranışları ve çocuk yeme davranışları çocuk kilosu ile ilişkilidir.

Alt Araştırma Soruları:

- Sağlıklı 2-5 yaş çocukta ebeveynlerin beslenme ile ilgili davranışları nasıldır?
- Sağlıklı 2-5 yaş çocukta yemek seçiciliği ve obezite prevelansları nedir?

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1.OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARDA BÜYÜME VE GELİŞME

Büyüme, vücudun geneli veya belli bir bölümünün hacminin veya miktarının artması; diğer taraftan gelişme ise biyolojik, sosyal ve duygusal yönlerden işlevsel değişikliklerin oluşmasıdır[57]. Büyüme ve gelişme; insanın anne karnında hücresel düzeyde oluşumundan başlar, ergenliğin sonuna kadar devam eder[58]. Büyüme, genetik ve çevresel etmenlerin denetimi altında olup prenatal, bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bireysel farklılıklar içermektedir[3].

1.1.1. Fiziksel, Psiko-sosyal ve Bilişsel Gelişim

Çocuk gelişiminde, psiko-sosyal, biyolojik ve kaltıtsal faktörler etkili olmaktadır[59]. 8 yaşa kadar devam eden çocukluk dönemi ve de özellikle 3-6 yaş arası okul öncesi dönem; çocuğun fiziksel, sosyal, bilişsel, duygusal ve gelişimin şekillenip yaşamın geri kalan süreci için temel oluşturan önemli bir süreçtir. Bu süreçler birbirinden bağımsız olmayıp sağlık, beslenme, duyusal uyarı verilip verilmemesi ve bakım gibi birçok etkenle ilişkilidir [60].

1.1.1.1.Fiziksel Gelişim

Çocukların fiziksel gelişimi yavaş ilerlerken, bilişsel ve psiko-sosyal gelişim ise hızlı ilerlemektedir [57]. Fiziksel gelişimin en fazla ve en hızlı olduğu dönem 0-1 yaş arasındaki bebeklik dönemidir ve bu gelişimin en iyi göstergesi vücut ölçülerindeki değişikliklerdir[61]. Erken çocukluk sürecinde baş çevresi az miktarda artar, gövdenin uzama hızında yavaşlama, omuzlarda genişleme, karın bölgesinde düzleşme olur; kol ve bacaklarda ise yüksek oranda uzama olur ve bu değişiklilkler daha olgun vücut oranlarının

oluşmasına yardımcı olur. Artan fiziksel aktivitelerin ve yürüyüşün sonucu olarak bacak, karın ve sırt kaslarının güçlenir ve orantılı bir vücut duruşu oluşur [62]. Bu süreçte, kalp hızı zamanla yavaşlayarak erişkinlere benzer, gastrointestinal sistem bütün yiyecekleri sindirebilir hale gelir ve sinir sistemi gelişimi büyük oranda tamamlanır. Tüm sistemlerin ve duyu organlarının, kemiklerin, kasların, beynin gelişmesi ve boyun uzaması, kilo artışını bulunduran fiziksel gelişim dönemi; psikomotor, duygusal ve zihinsel gelişimi de etkiler. [63]

Büyüme hızı bir yaştan sonra yavaşlar ve ergenliğinbaşlangıcı ile yeniden hızlanır. Okul öncesi dönemde fiziksel gelişim bazı yönler açısından durağan kalır [60]. Bir yaşın sonunda % 50 artış gösteren boy uzamasına rağmen, çocuk dört yaşına geldiğnde bu oran iki katına çıkar. Kilo 2-10 yaş arasında senede ortalama 2-3 kg artar, boy uzunluğu ise en az 2,5 cm olmakla birlikte ortalama 6-8 cm artar. Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda vücut oranları nispeten sabit kalır ve diğer taraftan cinsiyetler arası farklılıklar gösterir. Bunun yanı sıra vücut yağ oranı, hareket ile artan kas kütlesinin sonucu olarak erken çocukluk dönemi olan 4-6 yaş arasında giderek azalır[63], [64].

Okul öncesi ve okul çağı dönemi çocuklarındaki büyüme hızının yavaş artışı çocuklarda bazı bireysel farklılıklardan dolayı değişkenlik gösterebilmektedir. Ayrıca çocuklarda iştah ve besin tüketiminde farklılıklar oluşabilmektedir. Ebeveynler çocuğun büyüme hızında yavaşlama ve çocuğun iştahsızlığı nedeniyle kaygı duymakta ve öğünler bir mücadeleye dönüşebilmektedir[62].

1.1.1.2. Psikososyal Gelişim

Bu dönemde çocuk, bulunduğu toplumun içinde gelenek-görenek, ahlak gibi değerlerin bulunduğu toplumsal değerleri ve davranış biçimlerini özümser, toplumun bir parçası haline gelir ve çocuk kendine dönük (ego-santrik) bir durumdan topluma dönük (sosyosantrik) bir sürece doğru hızla ilerler[65]. Kalıtsal özellikler sosyalleşme ile bütünleşir ve bireyi diğer bireylerden ayırt eden kişilik özellikleri ortaya çıkmaya başlar [66]. Çatışma, itiraz ve kaygıların gerilemeye başladığı bu süreçte disiplin kavramı

öğrenilir ve çevreye karşı uyum sağlanmakta ve sonuç olarak ebeveyne karşı olan duygusal bağ zamanla çocuğun sosyal çevre ve topluma dâhil olmasıyla azalır[57].

Çocuklarda davranış sorunlarının gelişmesinde en önemli faktör ebevynlerdir ve ebeveynlerin olumsuz tutumu ve ruhsal yapısı, ailenin formatı, boşanma, ebeveynlerin çocuk ilişkisinin kapsamı, olması gerekenden az duygusal destek, düşük sosyoekonomik düzey, bebeklik döneminde güvenli ilişkinin gelişmemiş olması gibi nedenler çocukta sosyal beceri gelişiminde önemli etkenlerdir[66].

1.1.1.3. Bilişsel Gelişim

Bebeklik döneminin başlamasıyla birlikte çevreyi, dünyayı algılamasını ve tanımasını sağlayan aktif zihinsel aktivitelerin gelişmesi başlar ve bu süreçte düşünce yolakları daha karmaşık ve etkili hale gelir [63]. Bilişsel gelişim için merak temel itici güçtür ve duyusal girdileri, algıyı anlamlandırma fırsatı sağlar [60]. Okul öncesi dönem, doğum sonrasındaki beyin ve bilişsel gelişimin hızlı olduğu bir süreçtir [67]. Bu süreç fiziksel koordinasyon, mantıksal düşünme, algı, dikkat, bellek, dil ve hayal gücü gibi geniş yelpazedeki becerilerin geliştirildiği bir dönemdir ve çocuk zengin hayal dünyası sayesinde gerçek dünyayı tanımaya başlar [57].

1.2.BÜYÜME VE GELİŞMENİN ÖNEMİ

Çocukları erişkinlerden ayıran en temel özellik sürekli büyüme, gelişme ve değişme sürecinde olmalarıdır [68]. Normal çocuk büyüme ve gelişiminin bilinmesi ve ayrıca normal durumlardan sapmaların tanımlanması, hastalıkların tanınması ve önlenmesi açısından önemlidir. Dolayısıyla büyüme ve gelişmenin yavaşlaması, durması ya da normalden farklılıkların olması, çocuğun sağlığında bozulma olduğunun en belirgin göstergesidir [69].

Büyüme ve gelişme; cinsiyet, diyet, çevresel uyarılar, gelenek, sosyoekonomik durum, kültür gibi birçok etmenden etkilenmektedir[70]. Genetik faktörler ve cinsiyeti

değiştirmek mümkün değilken; sosyoekonomik durumu, kültür ve gelenekleri değiştirmekte zorluk yaşanabilir.

Diğer taraftan çocuğa doğru beslenme alışkanlıklarını kazandırmak mümkündür ve bu sayede çocuk sağlıklı, verimli ve uzun bir yaşam sürdürülebilir [71]. Bilhassa yoksul toplumlarda sağlık ve beslenme ile ilgili problemlerin sonucu olarak yetersiz besin alımı ve/veya ağır ve sık tekrarlanan enfeksiyon hastalıkları ile sonuçlanabilmektedir [72]

Büyümede etkili olan çevresel etmenlerin başında beslenme bulunmaktadır [73]. Çocuğun beslenme durumunu anlamak, şişmanlık ve malnütrisyonu belirlemek amacıyla vücut ağırlığı ve boy uzunluğunun belirli aralıklarla ölçülerek takip edilmesi ve standart büyüme eğrileri ile karşılaştırılması önemlidir[74].

DSÖ tarafından bilhassa yaşamın ilk üç yılında olmak üzere ve beş yaşından küçük her çocuğun büyümesinin izlenmesinin gerektiği belirtilmekte ve doğumdan itibaren ilk aydan itibaren 6.aya kadar ayda bir, 6. aydan 2 yaşına kadar üç ayda bir ve 2 yaşından 6 yaşına kadar altı ayda bir olmak üzere büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi önerilmektedir[69], [75], [76].

1.2.1.Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesi

1.2.1.1.Vücut kitle indeksi (VKİ), “Body Mass Index” (BMI), “Quetelet İndeks”

Obezite ve malnütrisyonun belirlenmesinde Vücut kitle indeksi (VKİ), “Body Mass Index” (BMI), 1960’lardan bu yana kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem daha sonraları çocuklardaki vücut yağının ölçülmesinde de kullanılmaya başlanmıştır [77]. VKI’nin yanı sıra triseps deri kıvrımı kalınlığı, biyoelektrik impedans ve DXA gibi yöntemler de vücut yağlılığının belirlenmesinde kullanılan diğer yöntemler arasında gösterilmektedir. Yukarıda bahsedilen bu yöntemler daha kesin sonuçlar veriyor olsa da uygulanması ve maliyeti açısından VKI, araştırmacılar tarafından daha fazla tercih edilmektedir[78]. Temel prensibi kg olarak ağırlığın, metre cinsinden boy uzunluğunun

karesine bölünmesidir. Yaşa ve cinse göre VKI persentilleri belirlenmiştir. Bu tabloya göre 95. persentil üzerinde kalan vakalar obez olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu tanım persentillerin elde edildiği topluma özgü olup genel uygulamaya pek elverişli değildir. Örneğin şişmanlık oranının %25'lere vardığı ABD çocuklarının 82. persentil değeri, Brezilya çocuklarının yaklaşık 95. persentil değerine ve İngiliz çocuklarının yaklaşık 90 persentil değerine uymaktadır. Bu yüzden dört kıta (Asya, Avrupa, Kuzey-Güney Amerika) çocuklarından elde edilen veriler birleştirilerek 2-18 yaş arası uluslararası VKI değerleri elde edilmiş ve şişmanlık tanımı için bu ölçütlerin kullanılması önerilmiştir Ülkemizde de Neyzi ve ark. tarafından oluşturulan büyüme eğrileri ve referans değerleri, büyüme ve gelişme çalışan araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılmaktadır [79].

VKI özellikle z skorları hesaplanarak değerlendirildiğinde çok daha iyi sonuçlar vermektedir [80]. Obezite ve malnütrisyonun belirlenmesinde, ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ve Dünya Obezite Federasyonu'nun (World Obesity Federation) yaş ve cinsiyete göre yüzdeliklere dayalı VKI z skoru kesim değerleri sıklıkla araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır [81].

1.2.1.2.Obezitenin değerlendirilmesi

Obezite değerlendirilirken vücut yağ dokusu ile yağsız doku oranlarının belirlenmesi önemlidir. Vücut yağı ölçümü için kullanılan direkt ve indirekt yöntemler mevcuttur.

1.2.1.2.1.Vücut Yağının Direkt Ölçümü

a. Su altı tartımı ile vücut dansitesinin hesaplanması: "Altın standart"

b. Toplam vücut suyunun izotop dilüsyonu ile saptanması:

c. Toplam vücut potasyumunun ölçülmesi: yağsız doku kitlesi hakkında fikir verir.

d. Nötron aktivasyonu

e. Vücudun biyoelektriksel iletkenliğinin saptanması

f. Bilgisayarlı tomografi

g. Manyetik rezonans görüntüleme

h. Dual enerji x-ray absorpsiyonunun değerlendirilmesi

1.2.1.2.2. Vücut Yağının İndirekt Ölçümü

Obezite tanısında antropometrik ölçümler kolay, hızlı, pratik ve ucuz olmaları nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadır. En sık kullanılanlar; boya göre ağırlık (rölatif ağırlık), çevre ölçümleri, cilt kıvrım kalınlıkları ve vücut kitle indeksidir (Quetelet indeks).

1.2.1.2.2.1.Boya göre ağırlık (Rölatif Ağırlık-RA)

Obezite için çocuklar değerlendirilirken bilhassa boyları göz önünde bulundurulur çocuğun ağırlığı ideal ağırlık ile mukayese edilir. İdeal ağırlığın belirlenmesinde her ülke kendi standartlarının kullanmalıdır yani yaş ve cinsiyete göre düzenlenmiş boy ve kilo içeren tablolardan faydalanarak çocuğun boy yaşına uygun ağırlığı tespit edilir. Boyunun 50 persentilde olduğu yaşın 50 persentildeki kilosu o çocuğun ideal kilosudur. Çocuğun ölçülen ağırlığının ideal ağırlığına oranlanması ile rölatif ağırlık tespit edilir.

(Rölatif ağırlık= hastanın ölçülen ağırlığı/ aynı boydaki normal çocuğun ağırlığı x 100)

Rölatif ağırlığın %120 üzerinde olması obezite olarak kabul edilmektedir.

1.2.1.2.2.2.Çevre ölçümleri

Çevre ölçümleri vücut dansitesi, yağsız vücut dokusu, adipoz doku kitlesi, total vücut protein kitlesi ve enerji depolarının göstergesidir. Çevre ölçümlerini belirlemek için genellikle üst orta kol, bel, kalça, uyluk ve baldır çevreleri kullanılır.

1.2.1.2.2.3.Cilt kıvrım kalınlıkları

Obezitede yağın bir kısmı cilt altında birikir. Cilt altı yağ dokusunu belirlemek için cilt kıvrım kalınlığı ölçülür. Ölçüm kaliper denen özel aletlerle yapılır ve en sık kullanılanlar "Harpenden" ve "Lange" kaliperleridir. Cilt kıvrımları aletin uçları arasında tutulur ve göstergeden kalınlık tespit edilir. Triseps, biseps, subskapular ve suprailiak bölgelerde ölçüm yapılabilir ve genellikle kullanılan triseps cilt kıvrım kalınlığı ölçümüdür. Yaşa göre belirtilen persentillere göre 85 persentil üzerindeki ölçümler obezite olarak değerlendirilir ama bu yöntem tecrübeye ihtiyaç vardır ve uygulamak kolay değildir.

1.3.OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARDA BESLENME

1.3.1.Beslenmenin Önemi

Beslenme; büyüme, yaşamın devamlılığı ve sağlığın korunması için besinlerin vücuda alınarak kullanılmasının yanı sıra insan gereksinmelerinin başında gelmektedir. Anne karnında başlamakla birlikte yaşamın sonuna kadar bilinçli olarak yapılmalıdır[58], [82]. Bilhassa okul öncesi dönemde, çocukların kazandığı yanlış beslenme alışkanlıkları daha sonraki yıllarda beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir[83]. Büyüme, diş, kemik, kas gelişimi ve kan yapımı gibi vücut işlevlerinin sağlıklı olması için çocukların beslenme özellikleri ve besin öğeleri gereksinimleri farklıdır. Çocuklar yaş, cinsiyet ve fiziksel aktiviteleri uygun yeterli ve dengeli beslenmelidir [62], [83].

1.3.1.1.Yeterli ve Dengeli Beslenme

"yeterli ve dengeli beslenme" vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli bütün besin öğelerinin her birinin, yeterli miktarda karşılanması ve bunun yanı sıra vücutta uygun şekilde kullanılması olarak tanımlanabilir[84]. Yetersiz beslenme ise besin öğelerinin vücudun gereksiniminin altında alınması sonucunda yeterli enerji oluşmaması ve vücut dokularının yapılmaması durumu olarak tanımlanabilir. "dengesiz beslenme" ise yanlış besin seçimi, besinlerin gereken miktardan az tüketilmesi veya fazla tüketilmesi sonucu vücutta yağ dokusunun artması olarak adlandırılır[85]. Erken çocukluk döneminde gerekli olan tüm enerji ve besin öğelerini içeren bir beslenme; sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi, fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişim için gereklidir [86], [87].

Büyüme, gelişme sağlıklı yaşam sürdürebilmesi için 50 farklı çeşit besin öğesine ihtiyaç vardır. Her çeşit besinin içerisinde değişik miktarlarda besin öğeleri bulunmaktadır ve yaşamın devamlılığı için gereksinim duyulan bu besin öğeleri; karbonhidrat, protein, yağ, vitaminler, mineraller ve su olmak üzere altı grupta toplanabilir. Ayrı özelliklere sahip besinlerin her birinin vücutun işlevselliği üzerinde ayrı işlevleri bulunmaktadır[1], [88]. Yeterli enerji alımı sayesinde vücudun düzenli çalışması, hareketlerin düzenlenmesi, vücut sıcaklığının korunması ve ayrıca yeterli büyümenin sağlanması ve proteinlerin de büyüme için faaliyet göstermesi sağlanır. Sağlıklı çocuğun enerji ihtiyacı; bazal metabolik hız (BMH), enerji harcaması (TEE) ve bunların yanısıra büyüme hızı ve fiziksel aktivite miktarına göre tespit edilmektedir[89]. Çocukların sürekli büyüme ve gelişme sürecinde bulunması bazal metabolizma için harcanan enerjinin yüksek ve fiziksel aktivite düzeyinin artmış olmasından dolayı enerji gereksinimi yetişkinlere kıyasla daha fazladır. Çocuk enerji ihtiyacı; kg olarak vücut ağırlığı ya da cm olarak boy uzunluğu başına belirlenir. Okul öncesi dönem çocukların günlük enerji ihtiyacı 80-90 kkal/kg vücut ağırlığı olarak önerilmek iken okul öncesi dönem çocuklar günlük enerjinin; % 45-65'ini karbonhidrat, % 25-35'ini yağ ve % 10-30'unu ise proteinden sağlaması gerekmektedir[90].

1.3.1.2.Yetersiz ve Dengesiz Beslenme

Yetersiz ve dengesiz beslenme bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişimlerinin yanı sıra, toplumun ekonomik ve sosyal gelişimini de olumsuz etkileyebilmektedir ve bu olumsuzluklardan en çok bebek ve çocuklar etkilenmektedir [69].

DSÖ tarafından çocuk ölümlerinin % 7'sinin birincil ve % 46'sının ikincil nedeni yetersiz ve dengesiz beslenme olarak bildirilmiştir [89]. Diğer taraftan çocuk ölüm hızının yetersiz beslenen toplumlarda, yeterli beslenen toplumlara göre daha yüksek olduğu ve yetersiz beslenen toplumlardaki çocukların büyüme hızlarının yeterli beslenen toplumlara göre daha yavaş olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra yetersiz beslenme çocuklarda zihin gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir [91], [92].

Yetersiz ve dengesiz beslenme; marasmus, beriberi, skorbüt, pellegra, xeropthalmia, anemi, raşitizm gibi bazı hastalıkların oluşumuna doğrudan ve kalp damar hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık gibi hastalıkların ise gelişimine dolaylı olarak sebep olmaktadır. Bunlara ilave olarak; kızamık, boğmaca, difteri, kronik ishal, solunum yolları hastalıkları gibi çocuk hastalıkları da yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu sık görülmektedir ve dengesiz beslenme bu hastalıkların daha ağır seyretmelerine neden olabilmekte ve hatta hastaların bir kısmıda ölümle sonuçlanabilmektedir[85], [93].

1.3.1.2.1.Besin Öğelerinde Yetersizlik

1.3.1.2.1.1.Demir (Fe)

Demir eksikliği anemisinin nedenleri, bebeklik döneminde tamamlayıcı besinlere geç başlanması, inek sütü ile beslenme, daha sonraki yıllarda demirden fakir diyet ya da diyare, enterit, çay-kahve gibi yiyecekler ve ilaçlarla etkileşim gibi nedenlere bağlı azalmış demir emilimidir. Süt çocukluğu dönmeinde ve mensturasyon gören ergenlerde

demir eksikliği anemisi daha fazla görülür; ancak büyümesi hızlı olan ve gereksinimleri yeterince karşılanmayan tüm çocuklar risk altında bulunmaktadır [94], [95].

Demir eksikliği anemisi sonucunda çocukta; zihinsel, motor ve psikolojik gelişim geriliği, iştahsızlık, huzursuz, hırçın, uyumsuz, ağlayan, gece uyumayan çocuk gibi davranış bozuklukları, enfeksiyonlara karşı direncin düşmesi, daha ileri vakalarda; taşikardi, kalp büyümesi gibi fizyolojik sorunlar ortaya çıkar [96], [97]. Demir eksikliğini önlenmek için; 6 aydan sonra tamamlayıcı besinlere geçilmeli, besinler demir yönünden zenginleştirilmeli, anne sütünün yetersiz olduğu dönemlerde demirden zenginleştirilmiş formul besinler verilmeli, ilk bir yıl kesinlikle inek sütünün verilmemeli, 9-12. ayda bebekler demir eksikliği açısından taranmalı ve bebeklere demir profilaksisi uygulanmalıdır [94], [97].

1.3.1.2.1.2.D Vitamini

D vitamini eksikliği sonucunda süt ve süt ürünlerini tüketmeyenlerde, katı vejateryan diyet uygulayanlarda, kısa barsak sendromu, çölyak hastalığı, kistik fibroz gibi malabsorbsiyon sendromu olan çocuklarda nutrisyonel rikets/raşitizm görülür [93], [95], [98]. D vitamini eksikliği ile birlikte çocuklarda; osteopeni, büyüme-gelişmede duraksama, kafatasında kalınlaşma, bacaklarda içe ya da dışa kıvrılma, el bileklerinde genişleme, kostokondral tespih gibi iskelet anomalileri, kırıklar, kas krampları ve güçsüzlük görülebilmektedir[94], [97]. Çocuklara, hayatın ilk haftasından itibaren beslenme tarzı ne olursa olsun tüm bebeklere en az bir yaşına kadar 400 ünite/gün D vitamini (günde 3 damla) başlanmalı; 1-18 yaş aralığındaki çocuklarda ise, 600 ünite/gün D vitamini mutlaka verilmelidir [94], [95].

1.3.1.2.1.3.Diğer Mineral Eksiklikleri

Vücutta gereksinim duyulan miktarlara göre mineraller; kalsiyum, fosfor, potasyum, magnezyum, sülfür, sodyum olmak üzere majör ve demir, çinko, selenyum, iyot olmak üzere eser mineraller olarak iki gruba ayrılır[99], [100]. Mineraller; büyüme-gelişme, vücut sıvıları ve elektrolit, asit-baz dengesinin sağlanmada, kasların kasılmasında ve sinir iletiminde görevleri bulunmaktadır [99]. Çocuklarda en önemli olan ve eksiklikleri görülen mineraller demir, çinko ve kalsiyum olarak değerlendirilebilir [99], [100].

1.3.1.2.1.3.1.Kalsiyum (Ca)

Kalsiyumun en önemli kaynağı olan süt ve ürünleridir ve çocuklarda kemik mineralizasyonu ve büyümesi için gerekmektedir. Yeterli miktarda tüketmeyen çocuklar büyüme geriliği ve kemik bozuklukları riski altındadır [101].

1.3.1.2.1.3.2.Çinko (Zn)

Zn eksikliğinde büyüme geriliği, iştahsızlık, koku ve tat duyularında bozukluk ve yara iyileşmesinde gecikme görülen büyüme için önemli bir mineraldir. Özellilkle orta ve düşük gelir grubundaki ailelerin okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarında Zn yetersizliği görülmektedir ve çinkonun en iyi kaynakları et ve balığı yeterli tüketmemesinden kaynaklandığı belirtilmektedir [101].

1.3.1.3.Besin Alerjileri

Besinlere veya besinlerde bulunan katkı maddelerine karşı gelişen bağışıklık yanıtı besin alerjisi olarak tanımlanır ve bu yanıtın % 90'ına yumurta, inek sütü, fıstık, yer fıstığı, balık, kabuklu deniz ürünleri buğday ve soya gibi besinler neden olmaktadı. Bunların yanı

sıra bazı etler, mantar, salatalık gibi bazı sebzeler, portakal, mandalina gibi bazı meyveler, çikolata ve çay da alerjiye neden olan besinler arasında yer bulmaktadır. Alerjik reaksiyonlar dudak ve ağız çevresinde kaşıntıdan ölüme kadar giden çeşitli geniş bir yelpaze içinde görülebilmektedir [90]. Çocukların yaklaşık olarak % 8'i besin alerjisinden etkilenmekte ve besin alerjisi sıklığı özellikle gelişmiş batı ülkelerinde giderek yükselme eğilimindedir[102]. Bu yükselme eğiliminin nedeni; besin içeriklerinin değişmesi ve hazırlanma yöntemleri, emzirmenin geç başlanması, çocuk ve annenin beslenme alışkanlıkları ve antiasit kullanımı gibi nedenler olarak açıklanmaktadır [103], [104].

1.3.2.Obezite

DSÖ tarafından obezite yağ dokularında sağlığı etkileyecek oranda anormal veya aşırı miktarda yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır[105].

Alınan ve tüketilen enerji düzeyindeki dengesizlik nedeniyle oluşan obezite; sosyal, psikolojik ve diğer bazı ciddi tıbbi problemler yaratabilen önemli bir sağlık sorunudur [106]. Bugün gelinen noktada çocukluk çağı obezitesi prevalansının 1970'lerdeki değerlerden 10 kat fazla olduğu bildirilmektedir [6]. DSÖ'nün 2013 verilerine göre 5 yaş altı 42 milyon hafif şişman ya da şişman çocuk bulunmaktadır [7]. NHANES raporuna göre 2-19 yaş arası çocuk ve ergenler için 1999-2004 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde şişmanlık sıklığı % 17,1 ve hafif şişmanlık sıklığı ise % 33,6 olarak, 2-5 yaş arası çocuklar için ise; çocukların % 13,9'u şişman ve % 26.2'si hafif şişman olarak raporlanmıştır [8]. Diğer taraftan CDC 2-19 yaş arası çocuk ve ergenlerde şişmanlık sıklığını 2003-2006 yılları için % 16,3 olarak tespit etmiştir [9]. Avrupa'da yedi ülkeden (Türkiye, Bulgaristan, Romanya, Litvanya, Almanya, İtalya ve Hollanda) ortalama yaşı 8,6±1,2, %50,2 erkek olan 5206 okul çocuğunda, Türk çocukları için obezite prevalansı %7,7 ile Avrupa'da Romanya'nın ardından ikinci sırada olduğu tespit edilmiştir[10]. 0-5 yaş çocuklar için TBSA 2010 Türkiye'de şişmanlık görülme sıklığını % 8,5 olarak tespit edilmiştir [11]. TBSA 2013'te ise; 5 yaş altı çocukların % 11'inin şişman olduğu belirlenmiştir [11] .

COSI-TUR 2016 sonuçlarına göre Turkiye'de 7-8 yaş grubu ilkokul 2. sınıfa giden cocukların %14,6'sı fazla kilolu ve ayrıca %9,9'u obez olduğu tespt edilmiştir (sıra ile kızlarda %15,7 ve %8,5; erkeklerde %13,6 ve %11,3). Bu sonuçlara istinaden Turkiye'de 7-8 yaşındaki her 4 cocuktan biri fazla kilolu veya obez olduğu söylenebilir. COSI-TUR 2013 calışması ile karşılaştırıldığında, cocuklarda obezite probleminin üç yılda %19,3 arttığı (kızlarda %28,8, erkeklerde %13) ve kız cocuklarındaki artış oranının alarm boyutlarında olduğu gorulmektedir[10]. Tablo1'de Türkiye'de yapılan yerel çalışmaları özeti bulunmaktadır.

Tablo 1: Türkiye 'de çocukluk çağı obezite prevelansları

Çalışma/ Yazar	Yapıldığı Yer/Yıl	Katılımcı Sayısı/Yaş Grubu	Obezite Prevalansı (%)
Kanbur ve ark. [107]	Ankara/1999-2000	6462/9-16 yaş	Genel: 2,3
Soylu ve ark. [108]	İzmir/2000	1024 (K: 511, E: 513)/ort. 10,1	Genel: 1,3
Atamtürk ve ark. [71], [109]	Ankara/2009	891 (K: 446, E: 445)/7-14 yaş	(K: 2,3 / E: 1,5)
Süzek ve ark. [110]	Muğla/2010	1170 (K: 564, E: 606)/6-15 yaş	Genel: 7,1 (K: 6,6 / E: 7,6)
Kara ve ark. [111]	Güneydoğu A./2010	1912 (K: 872, E: 1040)/7-16y	(K: 3,3 / E: 3,3)
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)[112]	81 il, /2010	2567/0-5 yaş, 1138/6-18 yaş	Genel: 8,5 (K: 6,8 / E: 10,1) Genel: 8,2 (K: 7,3 / E: 9,1)
Aksoydan ve ark.[113]	Kocaeli/2011	319/ilkokul çağı	Genel: 4,1
Metinoğlu ve ark.[114]	Kastamonu/2012	480/10-12 yaş	Genel: 1,3
Muslu ve ark.[4]	Aydın/2012	2331 (K: 1101, E: 1230)/7-15yaş	(K: 13,7 / E: 21,5)
Altunkan ve ark.[115]	Karaman/2013	26025/6-19 yaş	Genel: 7,9 (K: 6,1 / E: 9,3)
Önsüz ve ark. [116]	Sakarya/2015	2166/6-15 yaş	Genel: 18,0
Gökler ve ark. [117]	Eskişehir/2015	3918/lise	Kırsal: 7,9 / Kentsel: 11,3

Obezite; çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklardan biri olarak kabul edilmekle birlikte genetik, davranışsal, çevresel ve kültürel etkenlere bağlı multifaktöryel bir rahatsızlıktır[12]. Çocukluk çağı obezitesi; yetişkinlik obezitesine yol açmakta ve koroner kalp hastalığı, hipertansiyon erişkin diyabeti gibi pek çok kronik hastalık için zemin oluşturmakta [13]ve anormal psikolojik gelişime ve yeme bozukluklarına neden olabilecek etiketlenme riskini bulundurmaktadır [14], [15]. Obezite, hormonal ve

metabolik nedenlere bağlı kalıtsal nedenler ile davranış, kültür, yaşam tarzı ve sosyal-ekonomik durum gibi çevresel nedenlere bağlı olan bir olgudur. Şişmanlık kısmen genetik etmenlerle ilişkilidir ancak, fenotipik ekspresyonun oluşması için "obesogenik" bir çevrenin de olması gerekmektedir [118].

Obezite;

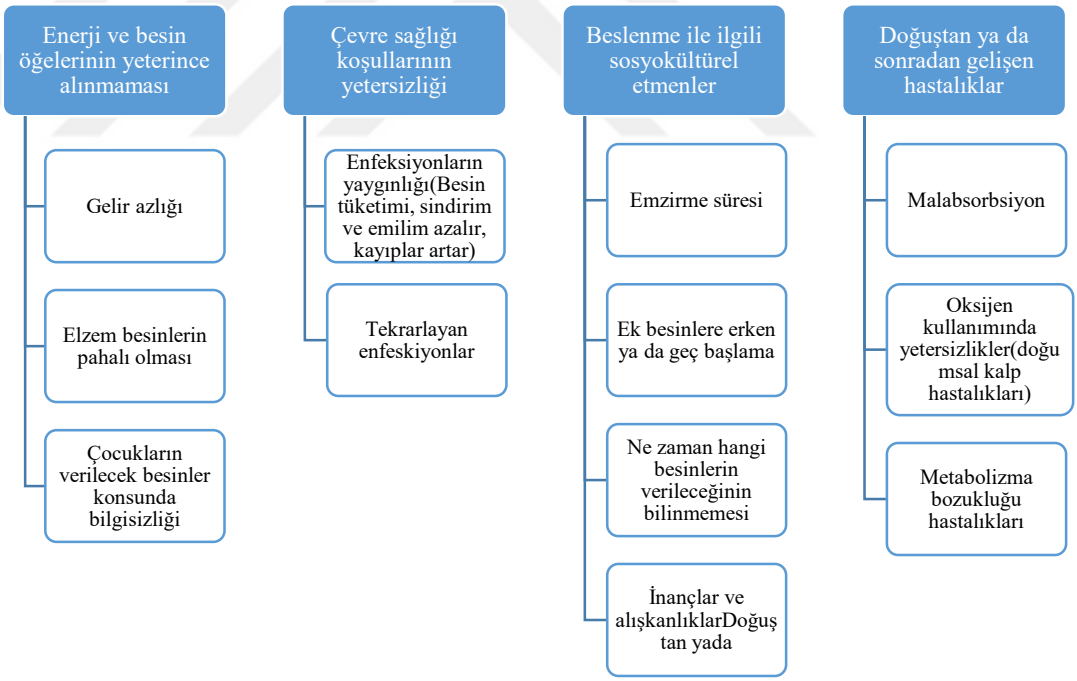
- Irk,
- Intrauterin ortam (hiperglisemi, açlık),
- Beslenme şekli(damak tadı oluşumu, yemek seçme, şekerli içeceklerin tüketimi, hazır besin tüketimi ve reklamlar),
- Fiziksel aktivite azlığı(okul servisleri, teknolojik araçlar, asansör, şehirler yeterli miktarda aktivite alanı bulunmaması, spor dersinie yetersiz katılım, televizyon veya bilgisayar başında aşırı vakit harcama),
- Ailesel nedenler (genetik, beslenme alışkanlıkları, çalışan anne, ekonomik sebepler),
- Sosyal nedenler (şehir hayatındaki olumsuz çevre koşulları)
- Psikososyal etmenler (büyük/parçalanmış aile, yaşlı anne, tek çocuk, aile içi huzursuzluk) gibi çevresel etmenlerden dolayı oluşmaktadır [119].

1.3.3 Malnütrisyon

Malnütrisyon, yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve vücudun işlevleri için gereksinimi olan enerji ve besin ögeleri arasında hücresel bir dengesizlik durumu olarak tanımlanabilir[3]. Dengesiz beslenme sonucu gelişen malnütrisyon; fetal büyüme geriliği, düşük VKI, yaşa göre boy uzunluğunda kısalıkla tanımlanan bodurluk, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının düşük olması olarak tanımlanan zayıflık, yaşa göre vücut ağırlığında azalma olarak tanımlanan düşük kiloluluk ve ağır protein enerji malnütrisyonu(PEM) olan marasmus ve kuvashiorkor, vitamin ve mineral yetersizlikleri ile şişmanlık gibi sorunların tümünü kapsayan bir kavramdır. Bilhassa beş yaşın altı çocuk ölümlerinin % 49'unun nedeni malnütrisyondur.

Malnütrisyonun nedenleri arasında besin öğelerinin yetersiz alımı, sosyal-ekonomik durum doğumda ve sonradan gelişen hastalıklar, coğrafi konum, kültürel ve psiko-sosyal etkenler bulunmaktadır[90], [120] (Şekil 1). Enerji ve protein eksikliği esas neden olarak görünürken çevresel etmenlerin de etkili olduğu bir hastalıktır. Malnütrisyonun oluşumunda en önemli risk faktörleri anne sütünün yeterli süre alınmaması ve ek besinlere erken ya da geç başlanılmasıdır ve ayrıca düşük doğum ağırlıklı çocuklar da yüksek rik grubundadır [121], [122]. 0-5yaş grubu çocuklarda Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 bodurluk, zayıflık ve düşük kiloluluk oranları sırasıyla % 10, % 2 ve % 3 olarak belirlenmiştir[11].

Şekil 1: Malnütrisyonun nedenleri[90]



1.3.4.Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Beslenme Problemleri

1.3.4.1. Beslenme Bozuklukları

Dünya çapında küçük çocukların ebeveynleri beslenme zorlukları konusunda endişe duymaktadır. Annelerin %50'sinden fazlası en az 1 çocuğunun az yediğini olduğunu iddia etmektedir ve bu rakam çocukların ~20% ila %30 'una karşılık gelmektedir [27], [36], [123], [124]. Bu beliritilen beslenme sorunları seçici olarak tanımlanan hafif beslenme sorunundan otizmde görülen şiddetli beslenme sorununa kadar değişen geniş bir yelpazede bulunmaktadır[20].

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA: American Psychiatric Association) 2013 yılında yayınladığı kriterlerde (DSM 5) yeme bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır:

1. Anoreksiya Nervoza
2. Bulimiya Nervoza
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (İlk defa tanımlanan)
4. Tanımlanmamış Yeme Bozuklukları (EDNOS: Eating disorder not otherwise specified) [125], [126]

1980'lerden günümüze kadar ortak bir terminoloji oluşturulamamıştır [127]–[130]. Pediatristler genel olarak organik durumlara odaklanıp davranışsal durumlara odaklanmamıştır [128], [129]. Diğer taraftan psikiyatristler beslenme sorununu; [131] davranışsal problemlere odaklanıp klinik gözlemlerle tanımlanıp içeriğinde çok fazla farklılıklar bulunduran ve uygun terapi ihtiyacı bulunmayan'yapı' olarak tanımlanan bir tanım içinde incelemişlerdir. Bryant-Waugh ve ark.[126], Kreipe ve Palomaki ve ark.[132] erken çocukluk beslenme problemlerini DSM V'e göre Kaçıngan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu olarak tanımlanması gerektiğini belirtmişlerdir; çünkü bu çocukların tanı kriterlerinden çocuğun az yemesi, sınırlı sayıda yemek yeme ve yeme korkusu gösterme kriterlerini karşıladığını belirtmişlerdir. Son yıllarda yapılan sınıflandırmalarda [133] ebeveyn algısını klinik bir çözüme kavuşturulmasını gerektiren

ayrı bir kategori olarak değerlendirmemiştir. Davies ve ark. [134]'nın da belirttiği gibi beslenme bozuklukları besleyen ve çocuk arsındaki ilişki problemi ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir problem olarak değerlendirilmeli ve bakımverenin besleme biçimi bu problemin çözümü konusunda değerlendirlmesi gereken önemli bir yere sahiptir.

Bu çocuklarla karşılaşan sağlık çalışanlarının 1)basit, kullanımı kolay 2)organik ve davranışsal bakış açılarını bulunduran 3) çocuk ve besleyen kişi açısından belirti şiddeti olarak geniş bir aralık içeren 4) ebeveynlik ve beslenme stilleri etkisini içeren bir bakış açısına ihtiyaç duymaktadır. Bu sayede sağlık çalışanı sistematik bir tarama yapabilecek, her beslenme bozukluğu problemi tipini tanıyıp uygun şekilde yönetmek konusunda problem yaşamayacaktır. Unutulmamalıdır ki beslenme problemleri iyi beslenen, obez çocuklarda da görülebilmekle birlikte genelde memeden fincan ya da biberon gibi yöntemlere geçiş, memeden ek besinlerle beslenmeye geçiş gibi geçiş durumlarında daha sık olarak görülmektedir [30], [135] .

Beslenme ile ilgili problemler için literatürde farklı terimler kullanılmaktadır ve genel olarak bu terimleri açıklamak gerekirse;

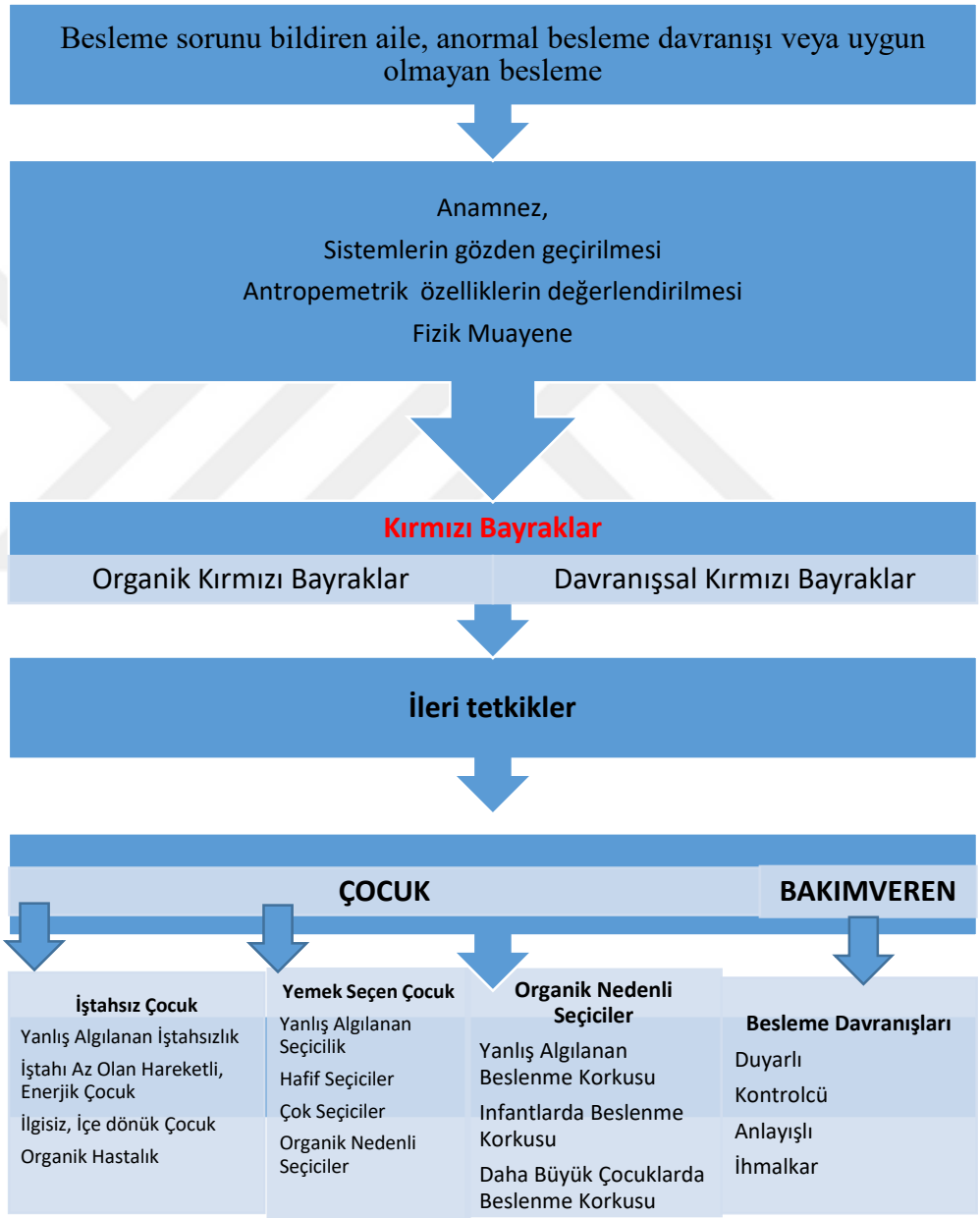
Neofobi: Yeni ya da bilinmeyen yemeklerin reddedilmesi olarak tanımlanabilir. Genelde tüm omnivor canlılar yani bitkisel ve hayvansal besinleri birlikte tüketen canlılarda görülmektedir ve tekrar eden sunumlarla bu problem çözülebilmektedir [21].

Seçici beslenme: Farklı ülkelerde değişik tanımları ve anlamları bulunmaktadır[21], [127]. Seçici beslenme için farklı kriterler oluşturulmuştur yazarlar tarafından ve bazı kültürlerde iştahı az olan"fussy" çocuklar olarak adlandırılmıştır [36], [52]. Bazıları ise daha aşikar duyusal problemlerin hafif bir şekli olarak tanımlamaktadır [131]. Genellikle hafif ya da geçici bir probleme bağlanır. 'tıbbi bir sorun' olarak düşünülmese de birincil bakım verenler tarafından dikkate alınması gereken bir problemdir.

Beslenme bozukluğu[127]**:** Önemli organik, beslenme veya duygusal sonuçları olan şiddetli bir problem olarak tanımlanabilir. DSM V'teki Kaçıngan/kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu olarak nitelendirilebilir.

Beslenme sorunu [124]**:** Bir beslenme problemi olduğunu ifade eden geniş bir terimdir. Genel olarak anne bir problem var diyorsa problem vardır denebilir.

Şekil 2: Besleme Probleminin Belirlenmesi ve Yönetimi[20]



1.3.4.2.Beslenme Probleminin Belirlenmesi

Ailenin çocuğun beslenmesi ile ilgili bir problem olduğunu söylemesi araştırma yapılması için yeterlidir (Şekil 2). Hasta ilk geldiğinde öncelikle başka bir hekime danışmayı grerektirecek öneme sahip tıbbi ve davranışsal semptom ve işaretlerden oluşan kırmızı bayrak bulgularına dikkat ederek antopometrik ölçümleri ve kısa bir diyet değerlendirmesini de içeren hasta hikayesi ve fiziki muayene değerlendirilmesi yapılmalıdır[20] .

1.3.4.3. Organik kırmızı bayraklar

Disfaji ve aspirasyonla ilgili olanlar en kritik bulgular olarak değerlendirilebilir. Henüz konuşmaya başlamamış bir çocukta disfaji ve odinofaji kendini yemek reddi olarak gösterebilir. Yutma ile ilgili koordinasyon bozukluğu bulguları öksürme gibi bulgularla kendini net bir şekilde gösterebilir ya da aspirasyon bulguları wheezing gibi bulgularla kendini gösterip gizli,sinsi bir şekilde karşımıza çıkabilir. Disfaji ile ilgili ilk yapılması gereken değerlendirme yutmanın oral, faringeal ya da özofageal fazlarının hangisinde problem olduğunu belirlemek [136] ve ilgili uzmana yönlendirmektir. Daha az acil olsa da büyüme gelişme bozukluğu, diyare, kusmanın da etyolojik nedenlere yönelik incelenmesi ve gerekiyorsa gastroenteroloğa yönlendirlmesi gerekmektedir. Büyüme gelişme bozukluğu, birçok toplumda organik nedenlerden daha ziyade davranışsal nedenlere bağlıdır. Organik hastalık düşünülen her çocuğun tam kan sayımı, CRP, sedim, biyokimya gibi temel labaratuvar sonuçalrının değerlendirlmesi de faydalı olacaktır ve enfeksiyon, çölyak taramasının yapılmasının da bölgesel olarak zorluklarının olduğu unutulmamalıdır [137].

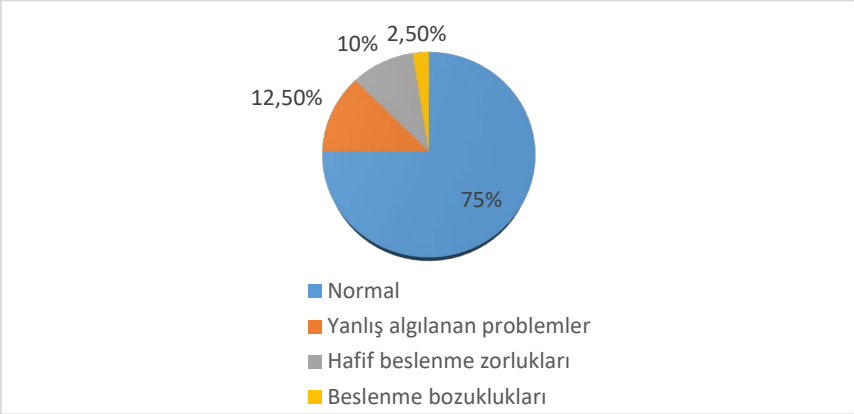
1.3.4.4. Davranışsal kırmızı bayraklar

Organik problemler saptanmasından bağımsız olarak davranışsal problemlerin de değerlendirilmesi gerekmektedir çünkü her ikisinin birliktelikleri sıktır. Kırmızı bayrak bulguları yoğun ve de hızlı destek verilmesi gereken çocukları belirlemeyi sağlayacak ve bu sayede bu hastaların uzman desteğinden faydalanması sağlanabilecektir[138]. Bu bulgular arasında ailenin besleme şekli de bulunmaktadır; aile beslemeyi güç kullanarak mekanik bir şekilde yapıyorsa besleme problemlerinin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Kompleks davranışsal ve organik problemleri birarada bulunduran hastalar multidispliner besleme uzman/hekimlerinden daha çok fayda görecektir[20].

1.3.4.5. Beslenme Probleminin Sınıflandırılması ve Yönetimi

Beslenme problemi prevalansı Şekil 3'de gösterilmiştir. Çocukların yaklaşık %25'inde aileleri tarafından beslenme problemi olduğu belirtilmiştir ve beslenme bozukluğu oranı sadece %1 ila % 5 arasındadır[139], [140] ve diğerlerinin oranı ise yaklaşık %20 civarındadır[141].

Şekil 3: Beslenme problemleri oranları[90]



Çocuğun beslenme problemi üç ayrı kategoriye ayrılabilir ve böylece problemin ciddiyeti netleştirilip uygun yaklaşımla tedavi edilmesi sağlanabilir. Ayrıca çocukta birden fazla tanının olabileceği ve uygun mudühalenin önceliğine duruma göre karar verileceği unutulmamalıdır[20].

1.3.4.5.1. İştahsız Çocuk

Bu çocuklar; aileleri tarafından az beslendikleri söylenen ancak gelişimine uygun beslenen çocuklardan organik bozukluğu olan çocuklara kadar giden geniş bir yelpaze içinde bulunmaktadır.

1.3.4.5.1.1. Yanlış Algılanan İştahsızlık

Yanlış algılanan iştahsızlığı olan çocukların en önemli karakteristik özelliği çocuğun normal büyümesine rağmen ebeveynlerin çocuğun beslenmesi ile ilgili aşırı kaygısı olmasıdır. Ebeveynler, genetik olarak küçük çocukları iştahı az çocuklar olarak algılayabilmektedir. Saarilehto ve ark. [133]'nın yaptığı bir çalışmada; 400 çocuğun iştahının az olduğu belirtilmiş ancak yapılan inceleme sonucunda bu çocukların kontrol grubuna oranla biraz daha küçük yapılı çocuklar olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra vücut ölçülerine göre aldıkları besin miktarının normal miktarda yiyen çocuklarla eşdeğer olduğu ve ihtiyaçlarını karşılamak için bu miktarın uygun olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynler, büyüme hızının bir yaşın sonu ve ikinci yaşlarında oluşan iştah azalması sonucu düşmesini doğru yönde değerlendiremeyebilmektedir. Bunun sonucu olarak ebeveynde uygun olmayan besleme alışkanlıkları olduğu takdirde çocukta gerçekten beslenme sorunu oluşabilmektedir[20]. Tedavi genelde açlık ve tokluk algısı üzerine odaklanmaktadır.

Yanlış algılanan iştahsızlık problemi olan çocukların kendi açlık ve tokluk duygularını algılama ve ifade etmeleri yönündeki davranışlarını ebeveynlerin kabullenmeleri konusunda aileler desteklenmeli ve eğitilmelidir. Çocuğun büyüme

eğrileri ve ailesel büyüme özellikleri[142] ve güncel kılavuzlar kullanarak çocuğun büyümesinin normal olduğu anlatılarak ebeveyn ikna edilmeye çalışılabilir.

1.3.4.5.1.2. İştahı Az Olan Hareketli, Enerjik Çocuk

Bu çocuklar sürekli olarak organik olmayan gelişme geriliği[143] ve de beslenme yetersizliği sonucu oluşan gelişme geriliği [144] olarak tanı almaktadırlar. Chatoor ve ark.[131], [145] bu çocukları "infantil anoreksia" tanısı altında incelemiştir. Bu problemler çocuğun kendi kendine beslenme aşamasına geçişi sırasında oluşabilir ve bu çocukların belirgin olan özellikleri hareketli, enerjik, meraklı, oynamaya ve konuşmaya yemek yemekten fazla odaklanan çocuklar olmalarıdır. Bu çocuklar genelde sofraya oturmayı istemez, küçük miktarda yemek yerler ve aldıkları kilo olması gerekenden azdır. Ancak altta yatan herhangi bir organik sorun tespit edilememiştir. Ebeveyn ve çocuk arasındaki çatışma çözülemediği takdirde çocuğun optimal bilişsel fonksiyonlarına sahip olması sağlanamayabilir. Bu ise düşük miktardaki besin alımından ziyade evdeki çatışma ortamından kaynaklanmaktadır[146]. İştahı az olan hareketli, enerjik çocukların ise açlık ve duygularını tanımak ve gerekli yanıtı vermek konusunda yardıma ihtiyacı bulunmaktadır. Açlığa neden olan bir beslenme çizelgesi oluşturulmalı; bu çizelgede ara öğünler dahil maksimum beş öğün olmalı ve aralarda su haricinde başka birsey içilmemelidir. Ebeveynler sağlıklı beslenme için bir model oluşturmalıdır. Bunun için beslenme programına uymalı, öğünlerde uygun bir disiplin oluşturarak öğünlerde sınırlar koymalıdır. Öğün sırasında "vakit doldu" komutu sıklıkla etkilidir; aile kabul edilen yeme davranışına çocuğun dikkatini çekip kabul edilmeyem davranış için ise çocuğun dikkatini başka yöne çekebilirler[147]. Büyüme geriliği iştahın az olması ile ilişkilidir ve ilave kalorisi yüksek besin destekleri genelde gerekmektedir.

1.3.4.5.1.3. İlgisiz, İçe dönük Çocuk

Bu çocuklar; ilgisiz, inaktif, cevreye ve yemeğe ilgisiz, anne veya bakımverenleri ile iletişim sorunu yaşayan çocuklardır [148]. Sıradan görünürler[149] ve göz teması kurmak, konuşmaktan çekinirler. Kendileri de ebeveynleri de depresif görünümdedir ve iletişimleri zayıftır. Malnütrsiyon bu çocuklarda belirgindir. Malnütrisyon da depresyon nedeni olabilir ve anoreksi, kötü beslenme ile alevlenerek bir kısır döngü oluşabilir[20]. İlgisiz, içe dönük çocuk için deneyimli bir beslenme uzmanı ile yeterli beslenmeyi sağlamak ve iletişimi desteklemek gerekmektedir. Bunu sağlamak için çocuk koruma hizmetleri ve erken çocuk müdahale programları gerekmektedir ve bazen de hastane yatışı gerekebilmektedir.

Organik hastalığı olan çocuklarda iştahsızlığa neden olan sorun belirlenmeli ve mümkünse çözülmelidir. Tedavi genelde komplekstir(enteral tüp, intravenöz beslenme gibi) [150], [151].

1.3.4.5.1.4. Organik Hastalık

Rudolph and Link's[128] yapılan organik hastalık sınıflandırması ve daha sonra bu sınıflandırmada Burklow ve ark. tarafından [152] yapılan değilikliklere göre en sık gözlenen hastalıklar; yapısal, gastrointestinal, kardiyopulmonder, nörolojik, metabolik nedenler olarak sıralanabilir. Ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene yapıldığı takdirde bu çocukların büyük bir kısmı tanı alabilir ve bu konuda bazı hastalıklar için oluşan şüphe önemlidir(besin alerjisi, çölyak hastalığı.. gibi). Beslenme ilişkili olarak ağrı oluşturan gastrit, özefajit, motilite bozuklukları, konstipasyon gibi durumlar da sık gözlemlenmektedir. Gastroözefageal reflü sık akla gelmekte ancak seyrek olarak sorun kaynağı olarak tespit edilirken [153] eizonofilik özefajit daha belirgin bir problem [154]olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.3.4.5.2 Yemek Seçen Çocuk

Seçici olarak düşünülen çocuklar kendi yaşına göre uygun miktarda yiyen(yanlış algılanan seçicilik) çocuktan organik bozukluğa kadar giden geniş bir yelpaze içinde bulunmaktadır. Yemek seçiciliğinin nedenleri; kişisel özellikler, ebeveyn davranışları/besleme tipleri, yeme baskısı[28], [29], anne sütü ile beslenmenin olmaması, ek gıdaların 6 aydan önce başlanması[30], çiğnenerek yenen besinlerle geç karşılaşma[31] olarak özetlenebilir ve kardeşin olması ve ileri anne yaşı[23], annenin sağlıklı yeme alışkanlığının olması[32] koruyucu faktörlerdendir. Yemek seçiciliğinin sonuçları; yüksek enerji[33], enerji yoğun yiyecek[26] alımı, çeşitliliğin az olmasından dolayı besin tüketiminde ve enerji alımında azalma[27], [35], [36] sebze ve meyve alımında azalma[26], [36]–[39], vitamin ve mineral alımında azalma[27], [35], [38], tahıl ve lifli gıda alımında azalma[38], kilo alımında azalma[37], [40]–[45] ya da aşırı kilolu olma [33] yeme bozukluğu gelişimi[46] iken bazı çalışmalara göre ise az ve seçici yemek yediği belirtilen çocukların durumdan büyüme ve sağlık durumlarının etkilenmediği gösterilmiştir[155].

1.3.4.5.2.1. Yanlış Algılanan Seçicilik

Neofobi genellikle ebeveynler tarafından yanlış anlaşılmaktadır. Ancak bu normal bir davranıştır ve bir yaşın sonuna doğru başlayıp 18-24 ay arasında pik yapmaktadır ve kendiliğinden kaybolmaktadır. Birçok çocuk yeni yemekleri özellikle sebzeleri tekrarlayan sunumlardan sonra benimsemektedir[21]. Yanlış algılanan seçiciliği olan çocukların ebeveynlerini mantıklı beklentileri konusunda eğitmek ve yeni besinleri sürekli ve tekrar tekrar vermeleri konusunda yönlendirmek gerekmektedir. Çocuğun yeni besini kabul etmesi için çocuk üzerinde baskı oluşturmadan 8-15 kez besinin sunulması gerekmektedir [27].

1.3.4.5.2.2. Hafif Seçiciler

Hafif seçicilik, ‘yemek seçici’ olarak adlandırılan çocukların büyük bir kısmında bulunmaktadır. Bu çocuklar ortalamadan daha az yemek yerler. Dovey ve ark. [21’]nın yaptığı bir çalışmaya göre bu çocuklar neofobiden farklı olarak tekrarlayan sunumlar hafif seçici çocuklarda yemeğin kabul edilmesi ile sonuçlanmamaktadır. Bu çocuklarda normal büyüme ve gelişme bulunmaktadır ve yeterli enerji ve besin alabilmektedir[27], [36] .

Bu çocuklarda asıl problem beslenmeleri değildir[27], [38], [123]; ebeveynin zorlayıcı beslemesi ve neden olduğu davranışsal sonuçları nedeniyle anlaşmazlık bulunmaktadır. Chatoor ve ark’[156]nın yaptığı araştırmaya göre yemek konsundaki anlaşmazlık sonucunda çocuğun beslenmesinden bağımsız olarak Bayley Mental Developmental Index puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Jacobi ve ark.’nın[36] yaptığı bir çalışmaya göre ise aileleri tarafından ‘yemek seçici’ olarak adlandırılan çocuklarda depresyon, anksiyete, agresyon ve suçluluk duygusu gibi davranış problemleri bulunduğu ortaya çıkarılmıştır. Problem iki yönlü olabilir; baskıcı besleme kadar hoşgörülü besleme davranışı da seçici davranışı artırabilir ve uzun süreli problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Hafif seçiciliği olan çocuklar için daha değişik yöntemler denenebilir; püre haline getirilmiş sebzeleri soslarda kullanarak lezzet arttırılabilir, çocuğa yemek yemek için model oluşturulabilir, yemeklere çekici isimler verilebilir, çocuklar yemek hazırlık aşamasına dahil edilebilir ve yemekler daha çekici dizaynlar halinde sunulabilir[157]–[159].

1.3.4.5.2.3. Çok Seçiciler

Burda sorun beslenme bozukluğu(feeding disorder) olduğunu düşündürecek kadar büyüktür. Bu çocuklar yedikleri besin çeşidini 10-15 çeşit yemeğe kadar sınırlandırmışlardır[160]. Chatoor [131] bu çocuklarda tadı, yapısı, kokusu, sıcaklığı ve /veya görünümü ile ilgili olarak ‘duyusal besin isteksizliği’ bulunduran çocuklar olarak

tanımlamıştır. Bu problem normal oral becerilerin gelişimini engelleyebilir. Bu çocukların bazılarında yüksek sese, parlak ışıklara ve deri üzerindeki dokunma hissine karşı beklenmeyen tepkilerin gelmesi gibi ilave duyusal tepki farklılıkları da gözlemlenebilir. Otizm bunun uç bir örneğidir. Otistik çocukların yaklaşık %90'ında beslenme prpblemi bulunmaktadır ve bunların büyük bir kısmı seçici çocuklardır[161]. Otistik çocuklar bazen kendilerini beslenme problemleri ile hekimin karşısına çıkabilmektedir ve ayrıca sosyal iletişim bozuklukları da varsa otizm mutlaka akla gelmelidir[20]. Çok seçici olan çocuklar için daha sık olarak çeşitliliği arttırmak için daha yoğun sistematik yaklaşımlar gerekmektedir. Davranış terapistleri tarafından etkinliklerini raporladığı arzu edilen besinin reddedilen besinle birlikte sunulması sonucu zamanla reddedilen besinin kabul gördüğünü gösterdiği gibi birçok birçok method bulunmaktadır. Ayrıca "yemek zinciri" methodu yani bir yemeğin başka benzer bir yemekle değiştirilmesi de etkili olarak bulunmuştur[160]. Daha şiddetli vakalarda "soldurma" ve "şekillendirme" (tat, koku, yapıyı yavaş yavaş değiştirme) yöntemi ile birlikte olumlu uyaranla yemeğin verilmesi de uygulanabilecek yöntemler arasında bulunmaktadır[162], [163]. Gecikmiş oral motor gelişimi olan çocuklar için oral motor terapisti kritik bir öneme sahiptir.

1.3.4.5.2.4. Organik Nedenli Seçiciler

Seçici yemek alışkanlıkları tıbbi kaynaklı olabilir ve genelde hipoksik doğum, mitokondriyal, kromozal ya da nedeni bilinmeyen nörolojik hasarlara bağlı gelişme geriliği olan çocuklarda görülmektedir [164], [165]. Seçiciliğin nedeni besinin yapısına hipersensitif ya da hiposensitif tepki verme ve/veya oral motor gelişmedeki gecikme ile ilgili olabilir [166]. Motor bozukluklara bağlı organik seçiciliği olan çocuklar ağızlarına konan nesneleri kabul ederler ancak yapısı ile ilgili sorun yaşarlar. Besinin dokusunu algılayıp belirli dokular özellikle de katı olan besinleri öğürme ve kusma yoluyla reddederler [164]. Organik nedenli seçiciliği olan çocuklar ve otizmi olan çocuklar genel olarak tedaviye dirençlidir. Bu çocukların daha şiddetli beslenme davranışları olabilir[161], [165], [167], [168]. Bu nedenle tedavinin ilgili uzman hekimler tarafından yürütülmesi ve açlık duyusunun ortaya çıkarılması için besin desteği ile duysal

entegrasyon yaklaşımlarının birlikte uygulanması en iyi tedavi yaklaşımlarındandır[147]. Hiposensivite durumunda aroma katılmış yemek ve içecekler denemek daha iyi olabilir. Baharatlı besinler kullanarak oral mukoza duyarlılığı artırmak bazen yutma hareketi için koordinasyonun artmasını sağlayabilir [169].

1.3.4.5.3. Beslenme Korkusu Olan Çocuklar

Beslenme ile ilişkili herhangi bir deneyim beslenme korkusu oluşturabilir. Bu deneyimler devam ediyor olabilir veya Chatoor's [131] kullandığı "post travmatik" terimindeki gibi eski travmalara koşullu olabilir. Beslenme korkusu üç farklı şekilde gelişmektedir: tek bir olaydan sonra gelişen beslenme korkusu, beslenme ile boğulacağı korkusu oluşması; ağrılı, hoş olmayan oral işlemlere maruz kalmış genç çocuklarda oluşan beslenme korkusu; tüple beslenme veya normal beslenme basamaklarına eksiklik, deneyim yetersizliği ve/veya oral olarak besin verildiğinde tehdit altında hissetme sonucu oluşan beslenme korkusu gibi [20].

1.3.4.5.3.1. Yanlış Algılanan Beslenme Korkusu

Aşırı ağlama davranışı bulanan bazı infantlar aç ya da beslenme korkusu var şeklinde yanlış algılanabilirler; çünkü bu çocuklar memeye ya da biberona direnç gösterme eğilimindedir. Birçoğu başka nedenlere bağlı olarak ağlamaktadır ve kendini sakinleştirmede yetersizlik ya da kolik olma ihtimali vardır. Birçok vakada, bu çocuklar yeterince beslenmektedirler [170]. Bu çocuklarda tedavideki ana amaç beslenme/yeme ile oluşan anksiyeteyi azaltmaktır. Yanlış algılanan beslenme korkusundaki temel tedavi; güven vermek, sistematik yaklaşarak bebeğin konforunu bozan nedenleri ortaya çıkarıp çözüm bulmak ve ailenin anksiyetesini azaltmaktır. Gerçek besleme korkusu bulunması durumunda ise ağrı nedeni ortadan kaldırılmalı ve sakinleştirici yaklaşılmalıdır. Çocuk uykuya dalmak üzereyken çocuk beslenebilir ve böylece uyku-besleme programı oluşturarak çocuğun yeterli derecede beslenmesi sağlanabilir[131]. Besinin kabul

edilmesini sağlamak amacıyla besleme ortamı ve gereçlerinde değişiklik yapmak gerekebilir. Bazı çocuklarda fincanla besleme ya da katı gıdalara erken geçiş faydalı olabilir.

1.3.4.5.3.2. Infantlarda Beslenme Korkusu

Bu infantlarda; aç olduğu net olarak görünürken hevesle beslenmeye başlar ve birkaç yudumdan sonra acı çektiği düşünülen bir nedenle memeyi bırakır ancak bu bebek uykuluyken memeyi bırakmadan beslenmeye devam etmektedir. Zaman geçtikçe beslenmeye karşı oluşan net bir korku ortaya çıkar; sadece meme ya da biberonun sunulması besleneceği ortama yaklaşılması veya mama sandelyesi yemeğe karşı direnci ve ağlama nöbetleri oluşmasına neden olur[20].

1.3.4.5.3.3. Daha Büyük Çocuklarda Beslenme Korkusu

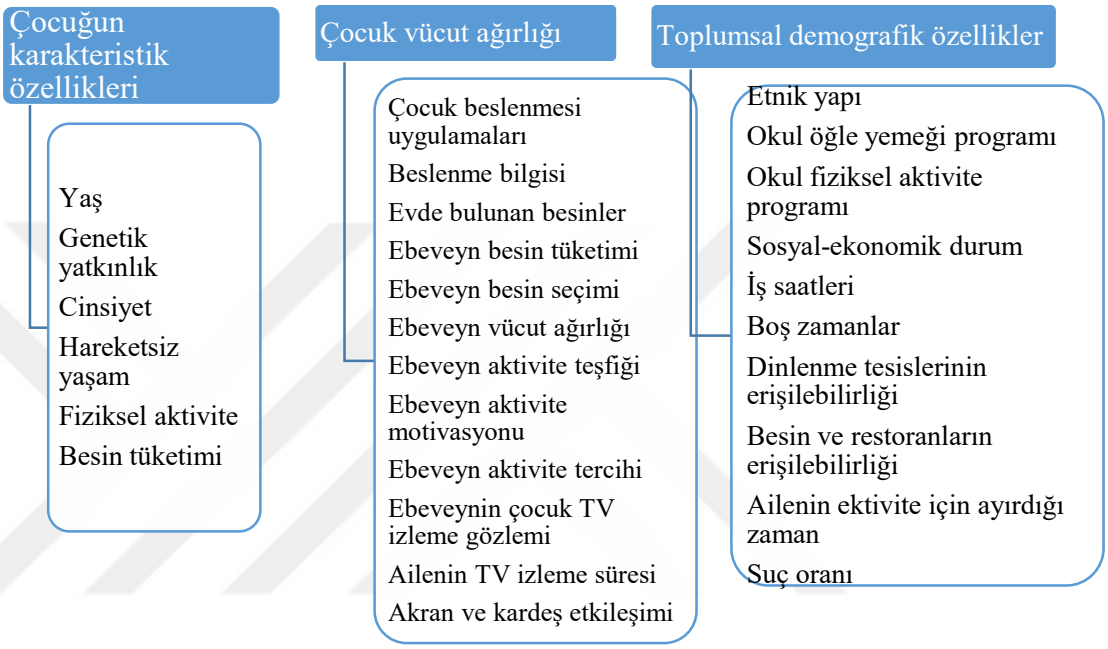
Bu korku, genelde katı gıdaları yerken boğulan, öğüren veya kusan ve yemeyi bırakan çocuklarda görülen bir beslenme korkusudur. Bu durum daha önceki literatürde fonksiyonel disfaji, boğulma fobisi veya fagofobi olarak adlandırılmıştır[131], [171]. Bazen bu durumun nedeni güç kullanarak çocuğunu beslemeye çalışan bir ebeveynden kaynaklanmaktadır[131] ve genelde kilo kaybına neden olacak derecede şiddetli olabilmektedir. Daha büyük çocuklarda beslenme korkusu için güven ortamı oluşturmak korkuyu yenmek için en önemli noktadır. Başarısız olunması durumunda; anksiyolitik ilaç vermek[172], pozitif pekiştirici sağlamak için ödül vermek, bilişsel davranışçı terapi veya psikiyatriste yönlendirmek [171], [173] kullanılabilecek yöntemler arasında sayılabilir. Bunun yanı sıra, yüksek kalorili sıvı besin destekleri vererek çocuğun beslenmesi desteklenebilir. Bazı beslenme korkusu olan vakalarda ise endoskopi veya diğer yöntemler kullanarak bu vakalarda altta yatan patolojiye yönelik incelemeler yapmak gerekebilir.

1.3.4.5.3.4. Organik Nedenlere Bağlı Beslenme Korkusu

Beslenme ile ağrı oluşturan herhangi bir organik neden beslenme korkusuna neden olabilir. Tüple beslenen çocuklar buna güzel bir örnektir; çünkü ortaya çıkan odinofajinin asıl nedeni özefajittir. Diğer örnekleri arasında gastroparezi, ince bağırsak motilite bozuklukları[174], [175] bulunmaktadır. Organik nedenlere bağlı beslenme korkusu olan çocuklarda organik neden belirlenmeli ve mümkünse tedavi edilmelidir. Patoloji ortadan kaldırılsa da sıklıkla viseral hiperaljezi ve/veya durum anksiyetesi devam edebilmektedir. Enteral beslenen çocuklarda iştahın ciddi derecede baskılanması tedaviyi zorlaştırabilmektedir [151]. Açlık duygusunun teşvik edilmesi [147], oral motor desentizasyonu ve besinin güç kullanmadan kademeli olarak sunulması (58), daha kompleks tedavi yöntemleri kullanmak ve ilgili uzmanana yönlendirmek gerekebilmektedir. Davranış terapistleri tarafından uygulanan etkili yöntemler; çocuğun öğürmesini engellemek için oyalamak[164], yanakta besinin tutulmasını önlemek için bir alet kullanmak [176], çocuğun ağzını kaşıkla takip etmek ve çocuğun besini fiziksel olarak kabul etmesi için rehberlik etmektir[177]. Son zamanlarda tüple beslenen çocuklarda viseral hiperaljeziyi azaltmak için bazı ilaçlar da geliştirilmiştir[178].

1.3.5. Okul Öncesi Çocukların Besin Seçimini Etkileyen Etmenler

Şekil. 4: Çocuk vücut ağırlığını etkileyen çevrsel nedenler[179]



1.3.5.1.Yaş

Her yaş grubunda şişmanlık olsa da fizyolojik olarak hızlı yağ depolanmasının meydana geldiği yaşlarda şişmanlık daha sık karşımıza çıkmaktadır. Çocuklara bakacak olursak yaşamın ilk bir yıl özellikle de ikinci altı aylık dönem, 4-6 yaş arasında ve ergenlik dönemi şişmanlık açısından riskli olarak kabul edilebilir[119]. Yağ dokusundaki artışın oluştuğu süre şişmanlığın gelişimi için kritik bir dönemdir ve bu durum ergenlik ve erken yetişkinlikte yüksek VKI ile ilişkilidir. Diğer taraftan üç yaş ve üzerinde hafif şişman çocukların yetişkinlikte de şişman olma olasılığının özellikle kızlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [64], [180].

1.3.5.2.Genetik

Genetik ve çevresel faktörlerin çocuklarda obezite ve kilo fazlalığı üzerine olan etkisi literatürde kanıtlanmıştır ve ebeveyn obezitesinin çocuklarda obezite gelişimine etkisini destekleyen bulgular mevcuttur. Literaturde ebeveynlerden birinin ya da ikisinin obez olmasının cocukluk çağı obezitesini arttırdığı bildirilmektedir [181], [182]. Benzer şekilde Kayseri'de 10-12 yaş grubundaki 480 ilkokul öğrencisinde yapılan çalışmada; ilkokulda fazla kilolu ve obez olan öğrencilerin ebeveynlerinin de VKİ değerinin yüksek olduğu [183] ailesinde obez birey olanlarda, çikolata ve cips tüketenlerde, fiziksel aktivitesi az olanlarda, annesi tarafından yemek yemesi için baskı görenlerde obezite sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir [114]. 2015 yılında Ankara'da 6-11 yaş arasında 3963 çocuk ve ebeveynlerinin alındığı bir çalışmada anne ve babaların VKİ değerleri arttıkça çocuklardaki obezite sıklığının da arttığı tespit edilmiştir [184]. Erdem ve ark.'nın 6-10 yaş arasındaki çocuklarda yaptığı bir diğer çalışmada ve diğer birkaç çalışmada ebeveynlerin VKI değeri arttıkça, çocuklarının (erkek ve kız) da VKI değerinin arttığı tespit edilmiştir[114], [185], [186].

1.3.5.3. Cinsiyet

COSI-TUR-2013 ve 2016 [10] çalışmalarında kızlar erkeklerden daha fazla kilolu, erkekler kızlardan daha obez bulunmuştur. Bunun haricinde Türkiye'de yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda (Tablo 1) erkeklerde tespit edilen obezite oranları kızlardan daha yüksek tespit edilmiştir. İlerleyen çocuk yaşıyla birlikte bu durumun değişebileceği söylenebilir. Kızların zayıf olması gerektiğine dair toplumsal baskı, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzı ve toplumda erkeklerin şişman ya da kilolu olmasının kızlara göre daha kabul edilebilir oluşu cinsiyetler arasında fark yaratan etmenler olarak düşünülmektedir[187] .

1.3.5.4. Sosyoekeonomik durum

Sosyoekonomik durumu yüksek bireyler sağlıklı yiyecek tüketimine daha fazla meyilli olduğu ve yağlı yiyecek tüketiminin az, meyve ve sebze tüketiminin fazla olduğu belirlenmiştir[188]. Bunun yanı sıra kilo vermek için yemeklerini veya enerji alımlarını kısıtlayan sosyoekonomik seviyesi yüksek durumundakilerin oranının, sosyoekonomik seviyesi düşük durumdakilerine göre daha fazla olduğu belirtilmektedir [189].

Ankara'da yapılan çalışmada ailelerin gelir durumu arttıkça ve annenin çalışma hayatında olmasıyla çocuklarda kilolu ve obez olma sıklığı artmakta olduğu ve başka bir çalışmada sosyokültürel düzeyleri daha yüksek toplumlarda çocuklarda obezitenin daha fazla görüldüğü, bunun yanı sıra annenin çalışıyor olmasının da bu konuda etkili olduğu belirtilmiştir[190]. Erdem ve ark.'nın farklı sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda ailenin beslenme tutum ve davranışlarının çocuğun beslenme durumuna etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada sosyoekonomik durum ile ebeveynlerin VKI değerleri arasında fark bulunmamıştır[186].

1.3.5.5. Anne ve Baba Eğitim Düzeyi

Gözü'nün 2007'de yapmış olduğu çalışmada anne baba eğitim durumu ile obezite arasında ilişki bulunurken[191], farklı araştırmalarda [114], [184] bulunamamıştır. Koçoğlu ve ark.nın 11-14 yaş çocuklarla yaptığı çalışmada baba eğitim düzeyi yüksek olanlarda obezite prevelansı anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur[192].

1.3.5.6. Anne Sütü

Dünya sağlık örgütü, bebeklerin ilk 6 ay sadece emzirilmesini, 2 yaş ve üstü olana kadar devam edilmesini ve 6 aydan itibaren anne sütü ile birlikte yeterli miktarda, güvenli ve besin değeri yüksek olan yiyeceklerin de beslenmeye dâhil edilmesini ve bu ek besinlere tuz ve şekerler eklenmemesini önermektedir [193].

Epidemiyolojik çalışmalar sonucu, anne sütü alımının bebek mortalite ve morbidite riskini ayrıca akut ve kronik hastalıkların görülme sıklığını azalttığı yönünde ikna edici sonuçlar ortaya konmuştur [194], [195]. Literatürdeki birkaç büyük prospektif kohort ve meta-analiz, emzirme veya emzirme süresinin çocukluk döneminde aşırı kilo veya obezite için düşük derecede de olsa bir riskle ilişkili olduğunu bildirmekte ve[196]–[199] birçok kaynakta da cocuğun anne sütü alma süresi [106], [200], [201] ile obezite arasında güçlü ilişkinin olduğu ve çocukların anne sütü alma süreleri arttıkça obezite prevalansının azaldığı[202], [203] bildirilmektedir. 113 çalışmanın meta-analizi, hiç emzirilmemiş olan çocuklara kıyasla olabildiğince emzirilmiş çocuklar için aşırı kilo veya obezite riskinde yüzde 26'lık bir azalma olduğunu bildirmiştir[198]. Bunun yanı sıra bazı kaynaklarda da bu ilişki net olarak konamamıştır[196]. Örnek vermek gerekirse Amerika Birleşik Devletleri'ndeki düşük gelirli ailelerden gelen yaklaşık 200.000 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada, İspanyol olmayan beyaz çocuklar arasında 6 ila 12 ay boyunca emzirmenin emzirmemeye oranla çocukların aşırı düşük kilolu olma riski ile ilişkili olduğu tespit edilirken İspanyol veya siyah çocuklar için böyle bir etki tespit edilememiştir[196]. Bununla birlikte, Belarus'ta yapılan büyük bir randomize çalışma, emzirmenin çocukluk çağı obezitesi üzerine hiçbir etkisi olmadığını tespit etmiştir[204]. Bunun yanı sıra yalnızca anne sütü ile beslenen çocuklarda, ek besin ya da anne sütüyle birlikte besin ile beslenen çocuklara göre daha az obezite görülmesi beklenilen bir bulgu olsa da bizim çalışmamızda da olduğu gibi bazı çalışmalarda [114], [205] çocukların anne sütü alma süreleri ile obezite görülme sıklığı arasında bir ilişki saptanamamış ancak Ankara'da yapılan çalışmada tek başına anne sütü alma süresi ile VKİ arasında orta derecede bir korelasyon tespit edilmiştir.

Yukarda da belirtildiği üzere bazı çalışmalar, emzirmenin çocukluk obezitesine karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, yaşamın ilk iki yılında yüksek protein alımlarının mutlaka yağlanma olmamasına rağmen kilo alımını artırdığı tespit edilmiştir ve bunun da protein alımıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir [206], [207]. Randomize bir çalışmada, standart protein konsantrasyonlarına sahip formüller ile anne sütüne benzer protein oranlarına sahip formüller karşılaştırıldığında

standart protein oranlarına sahip olanların okul çağında yüksek VKİ'ne neden olduğu tespit edilmiştir [207].

1.3.5.7. Atıştırmalıklar

Atıştırmalıklar aşırı enerji alımına potansiyel katkıda bulunmaktadır ve çocuklar daha sık atıştırmalık tüketmekte ve atıştırmalıklardan geçmişe göre daha fazla enerji almakta olduğu belirtilmektedir[208]. Atıştırmalıkların günlük enerji alımına katkısı yadsınamaz; ABD'deki okul öncesi çocuklar yaklaşık olarak günlük enerjilerinin% 27'si atıştırmalıklardan[208] karşılamaktadır ve benzer durum Çin[209], Brezilya[210] ve İngiliz[211] çocuklarında da tespit edilmiştir. Atıştırmalıklar ayrıca az miktarda besin sunan boş kalori kaynağını temsil etmekte ve diyetteki dengesizliklerin temel nedeni olarak görülmektedir[212]. Tatlılar, tuzlu atıştırmalıklar ve şekerli içecekler çocuklar tarafından tüketilen en iyi atıştırmalıklardır ve katı yağlar ve ilave şekerlerden zengin gıdaları temsil etmektedir[213]. Küçük çocuklar günlük enerji alımının çoğunu ev ortamında karşılamaktadır[214]. Küçük yaştaki çocukların yeterli ve dengeli beslenme konusunda doğuştan gelen bilgi ve farkındalığı sahip olmadığı için tek yapabilecekleri şey sunulan besinler bakımverenlerin çocuğa besleyici, güvenilir, çocuğun gelişimine uygun olan, besinler ve atıştırmalıkları sunarak çocuklara istedikleri besinleri seçmek konusunda yardımcı olması gerekmektedir[62].

1.3.5.8. Sosyal Çevre

Fiziksel ve sosyal çevre özelliklerinin çocukların beslenme alışkanlıklarının oluşması yönünde güçlü bir etkisi bulunmaktadır. Çocukların besin tüketimi ve tercihleri üzerinde etkili olan nedenler; aile ortamı, sosyal eğilimler, basın-yayın araçları, akran etkisi ve hastalıklar olarak sıralanabilir. Çocukların yaşı ilerledikçe çevrelerinde bulunan besinlere daha kolay erişebilir hale gelmekte ve daha yüksek miktarlarda besin tüketme eğiliminde bulunmaktadırlar. Ebeveynlerin mezuniyet derecesi, etnik kökeni ve de zaman

yetersizliği gibi sosyal nedenler çocukların besin tüketimininde etkili faktörler arasında bulunmaktadır [215]. Okul öncesi dönem, çocukların besinlere karşı belirli ve net davranışlar oluşturduğu, besinlere karşı duyduğu ilginin azaldığı ve daha çok etraf ile ilgilendikleri bir dönemdir. Çocuğun besin seçme alışkanlıklarının arttığı ve de aile için zor ve geçici olan bir süreçtir. Okul öncesi dönemde çocuklar tanımlayabildikleri besinleri şekilde tüketmekten hoşlanmakta bu nedenden dolayı sunumu karışık olan besinleri tüketmek istememektedirler[216].

Çocuklarda görülebilen davranışsal beslenme sorunları; besin seçme, yeni besinleri denemek istememe, sadece belirli besinleri tüketmeye yönelim ve yeni besinleri tüketmeyi reddetmedir. Kişisel besin tercihleri ve bazı besinleri tüketmekten kaçınma çocukluk dönemindeki kişisel deneyimlere ve sosyal etkilere bağlı olarak gelişmektedir. Yeni besinleri reddetmek ve beğenmemek yeni olan besinlerin bilinen besinlere göre daha az lezzetli olduğu düşüncesinden kaynaklanmaktadır[74], [217].

1.3.5.8.1. Basın-Yayın Araçlarının Etkisi

Çocuklara besinleri pazarlamak için çeşitli yöntemler ile kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında reklamlar, okul içi pazarlama yöntemleri, ürün yerleştirme, sanal ortam pazarlaması bulunmaktadır[62]. Bilhassa televizyonlardaki gıda reklamları çocukları sağlıksız beslenmeye yönlendirdiğinden dolayı eleştirilmektedir. Okul öncesi çocukların aklında dikkat çekici ticari reklamlar kalmakta ve ilgisini çekmektedir [218], [219]. Araştırmalarda TV'de gösterilen reklamların küçük çocuklar üzerinde daha etkili olduğu ve gıda reklamlarının sadece 10-30 saniye bile izlenmesinin 2-6 yaş arasındaki çocukların besin tercihlerini etkileyebildiği gösterilmiştir[220]. Televizyonda genellikle yüksek enerjili, şekerli ve yağlı besinlerin reklamlarına yer verilmekte ve dolayısıyla çocuklar reklamda gördükleri gıdaları ailelerinden istemektedir [221]. Obezitenin önlenmesine yönelik olarak belirtilen konular[114] ve Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerisi doğrultusunda çocukların televizyon ve bilgisayar başında geçirecekleri sürenin günde 2 saatten fazla olmaması gerekliliği önemlidir. Çiftçili ve ark.'nın çalışmasında, günde iki saatten fazla televizyon izleyen 7-9 yaş arası çocuklarda VKI ve triseps cilt

kıvrım kalınlığı ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır[190]. Cihangir ve Demir [222] tarafından 3-6 yaş çocukta yapılan çalışmada % 52,4' ünün televizyon izlerken bir şeyler yediği saptanmıştır. Marquis ve ark. [223] çocukların öğünleri televizyon izlerken tüketmeleriyle birlikte patates kızartması, tuzlu çerez, hamur işi, şekerli tahıl gibi besinlerin tüketiminin arttığını, dolayısıyla bunun sonucu olarak ise televizyonun besin seçimi ve enerji alımı üzerine etkisi bulunmaktadır. Yine 2006 yılında yayınlanan bir derlemede çocuğun fiziksel aktivitesi ve televizyon/medya kullanımı ile obezitenin ilişkili olduğu bildirilmektedir[200]. Televizyon izlerken ebevynlerin bir şeyler yemeleri çocuklarına kötü rol model olmalarına neden olmaktadır [63] ve televizyon izlemek çocukların tutum ve davranışlarını etkilemektedir[224]. Bunun sonucu olarak çocukların enerji harcaması azalmakta ve enerji alımını artmakta ve bu da kilo alımına katkıda bulunmaktadır [225]. Diğer taraftan çocukların besin seçimlerinin, yiyecek-içecek reklamlarından etkilendiği yapılan çeşitli araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır [226]. Öztora ve ark. [205]'nın çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Süzek ve arkadaşlarının çalışmasında ise, günlük TV izleme süresinin obezite prevalansında istatistiksel olarak önemli olmadığı ancak televizyon izlerken bir şeyler yemenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır[227].

1.3.5.8.2. Hastalık Varlığı

Hasta çocuklar genelde iştahsızdır ve sınırlı besin tüketirler. Akut enfeksiyon hastalıklarını genelde kısa sürede atlatırken bu dönemde sıvı, protein veya diğer besin ihtiyacında artış olmaktadır. Akut durumların dışında astım, kistik fibrozis ya da böbrek hastalığı gibi kronik hastalıklar ise normal büyüme için yeterli besinin alımını güçleştirmektedir. Bu hastalıkların sonucunda çocuklarda besinlerle ilgili sorunlu davranışlar gelişebilmektedir[62].

1.3.5.8.3. Sosyal Eğilimler

Besinlerin tüketilmesi ve sevilmesi konusunda sosyal etki oldukça büyüktür. Bilhassa çocuklar çevresindekilerden etkilenirler ve benzer besinleri beğenip tüketirler. Yeni besin sunulan bireyin bu besinleri denemeyi kabul etmiş birini örnek alarak, o besini kabul etme ihtimalinin arttığı tespit edilmiştir. Annesini yeni bir besini tüketirken gören çocukların da o besini kabul ettiği tespit edilmiştir [74]. Yaklaşık olarak her 4 kadından 3'ünün çocuğu bir ya da birden daha fazla öğününü çocuk bakım merkezlerinde ya da okullarda tüketmektedir. Dolayısıyla bu merkezlerde, çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimi için besleyici gıdalara kolayca ulaşabilecekleri güvenilir ve hijyenik bir ortam oluşturulmalıdır. İşsizlik, çocuk bakımı, konut ve sağlık sigortası gibi ihtiyaçların sağlanamaması sonucu aile sağlık ve beslenme durumu etkilenebilmektedir [228], [229].

1.3.5.8.4. Akranlar ile Etkileşim

Çocukların yaşı ilerledikçe sosyal ilişkileri daha da önem kazanmakta, akran etkileşimi artmakta ve bu da çocuğun besin seçimi, davranış ve tutumunu etkilemektedir. Sonuç olarak çocuklar da bilhassa çevrenin kabul ettiği besinlere karşı istekli ya da red edici olabilmektedir. Çocuklar doğal olarak okul yemekleri sırasında arkadaşlarının seçimlerinden etkilenebilmektedir. Yeni besinleri deneyimleme ile akran etkilşimini değerlendirmek için okul öncesi dönemdeki çocuklarda yapılan bir araştırmada kızların örnek modellerden etkilendiği gösterilmiştir. Çocukların yeni gıdaları denemeleri desteklenmeli ve ebeveynler istenmeyen etkileşimleri sınırlandırmaya çalışmalı ancak unutulmamalıdır ki besinlerle mücade etmek yorucu bir durumdur [62], [230].

1.3.5.9. Aile ve Çevresi

Dünya çapında küçük çocukların ebeveynleri beslenme sorunları konusunda endişe duymaktadır. Annelerin% 50'sinden fazlası en az 1 çocuğunun az yediğini iddia

etmektedir ve bu rakam çocukların ~20% ila %30 'una tekabül etmektedir[27], [36], [123], [124]. Bu belirtilen beslenme sorunları seçici olarak tanımlanan hafif beslenme sorunundan otizmde görülen şiddetli beslenme sorununa kadar değişen geniş bir yelpazede bulunmaktadır. Literatürde farklı terimler kullanılmaktadır; neofobi, seçici, beslenme bozukluğu, beslenme sorunu gibi. Diğer bir sınıflandırmada ise (Şekil 2) beslenme problemi için "yanlış algılanan iştahsızlık", "yanlış algılanan seçicilik", "hafif seçiciler" gibi tanımlar bulunmaktadır. Dereli 'nin yaptığı çalışmada 1-2 yaş çocuklarda anneler çocuklarının iştah durumunu %59,5 çok/genellikle iyi olduğunu belirtirken, %54,1 beslenme sorunu olmadığını, %32,4 iştahının az olduğunu belirtmiştir [358]. Başka bir çalışmada ise çocuklarda beslenme sorunları %48,8 iştahı az ve %39,5 çok az olarak tespit edilmiştir[231].

Literatürdeki çalışmalara göre aileler çocukların kilolarını yanlış olarak algılayabilmektedir ve diğer taraftan aileler şişmanlık ve zayıflık konusunda ki algıları farklılaşabilmektedir. Aslan ve ark.'nın çalışmalarında [232] ebeveynlerin toplamda %64'ü (ideal, fazla kilolu ve obez sınıfında yer alan) çocuklarının kilolarını az olarak değerlendirdikleri yani ebeveynlerin çocuklarının kilo durumunu doğru olarak ifade etme oranın çok düşük olduğu tespit edilmiştir ve yine, De La ve arkadaşlarının[233] 576 ebeveyn ile gereçekleştirdikleri çalışmalarında ebeveynlerin % 86'sının aşırı kilolu sınıfında yer alan çocuklarını obez ve normal kiloda değerlendirdikleri, Eckstein ve ark.'nın çalışmasında da obez ve kilolu sınıfında yer alan çocukların ebeveynlerinin sadece %36'sı çocuklarının kilosunu doğru değerlendirebildikleri görülmektedir [234]. Ankara'daki çalışmada kilosu normal olan çocukların %70,1'inin, kilolu olanların %75,1'inin, obez çocukların ise %64,9'unun ebeveynleri, çocuklarının kilosundan memnun olduklarını ve çocuklarını kilolu olarak görmediklerini belirtmişler[184]. Çalışmalar göstermiştir ki, ebeveynlerin şişman bebeklerin daha sağlıklı olduğu, bebeklerinin az yemesi nedeni ile tavsiye edilenden daha erken yaşta katı gıdalara geçmenin daha iyi olduğuna ve yiyecek ile ödüllendirmenin iyi bir pekiştireç olduğuna dair inançları çocuklar için obezite riskini yükseltmektedir[235]. Toplumumuzda "gürbüz ve kilolu" çocukların sağlıklı olduğu inanışı azalmış olmasa da hala yadsınamayacak

seviyede bu şekilde düşünen aileler mevcuttur. Bu konudaki düşünce tarzının değiştirilmesi konusunda hekimlere büyük görevler düşmektedir.

Ebeveynler çocuklara sadece besinleri tükettikleri ortamı hazırlamakla birlikte çocukların beslenme davranışlarını, lezzet seçimlerini ve besin tercihlerini de modellemektedirler ve bu sayede beslenme davranışlarını da biçimlendirmektedirler[236]. Bebeklik döneminde beslenme, annenin beslenme konusundaki bilgisi ve tecrübeleri doğrultusunda şekillenir ve çocuğa verilen besinin çocuk tarafından kabul edilip tüketilmesiyle oluşur. Yaşamın ilk yılında bebek, süt temelli bir beslenmeden zamanla değişik lezzet ve şekillerdeki besinlere sahip beslenme şekline geçmektedir ve bu geçiş süresince tekrarlanan davranışlarla çocuk, ailesi ve çevresindeki besinleri seçmeye başlar[237]. Bu sebeplere bağlı olarak bebekler ve okul öncesi dönemdeki çocukların beslenme alışkanlıklarının oluşmasında en önemli yer aile ortamıdır. Ebeveynlerin herhangi bir besin çeşidine karşı tutumu ile çocukların bazı besin çeşitlerine karşı olan ilgisi veya sevgisi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır[238]. Çalışmalar, aile çevresi ile çocuğun besin seçimleri arasında uyum olduğunu da göstermektedir ve ayrıca sağlıklı besin tüketimi ile ev ortamındaki ulaşılabilir besinler arasında doğrudan bir ilişki olduğu göstermiştir. Bunların haricinde, ebeveynlerin beslenme hakkındaki bilgileri ve hastalıkların önlenmesi hakkındaki endişeleri çocuk beslenmesini şekillendirmek konusunda etkili olmaktadır. İlave olarak ebeveynin besin tercihi ve tüketimi, besin ile ilgili davranışlarını çocuklar taklit etmekte ve bu da çocuğun besin seçimini etkilemektedir [239]. Bilhassa, yeme davranışı konusunda anne ile çocuk arasındaki etkileşim babaya oranla daha fazladır ve bunun nedeni annenin çocukla daha yakından ilgilenmekte ve ona zaman ayırmakta olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir[240]. Okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmada büyük çocuklar tarafında sevmediği sebzelerin yediğini görmenin yönlendirici olduğu tespit edilmiş fakat çocuklar üzerinde en etkili olanın anneler olduğu saptanmıştır[241]. Diğer taraftan annenin beslenme bilgi düzeyinin iyi olması çocukların yağ ve yüksek meyve ve posa tüketiminin daha az olması ile ilişkilidir[242].

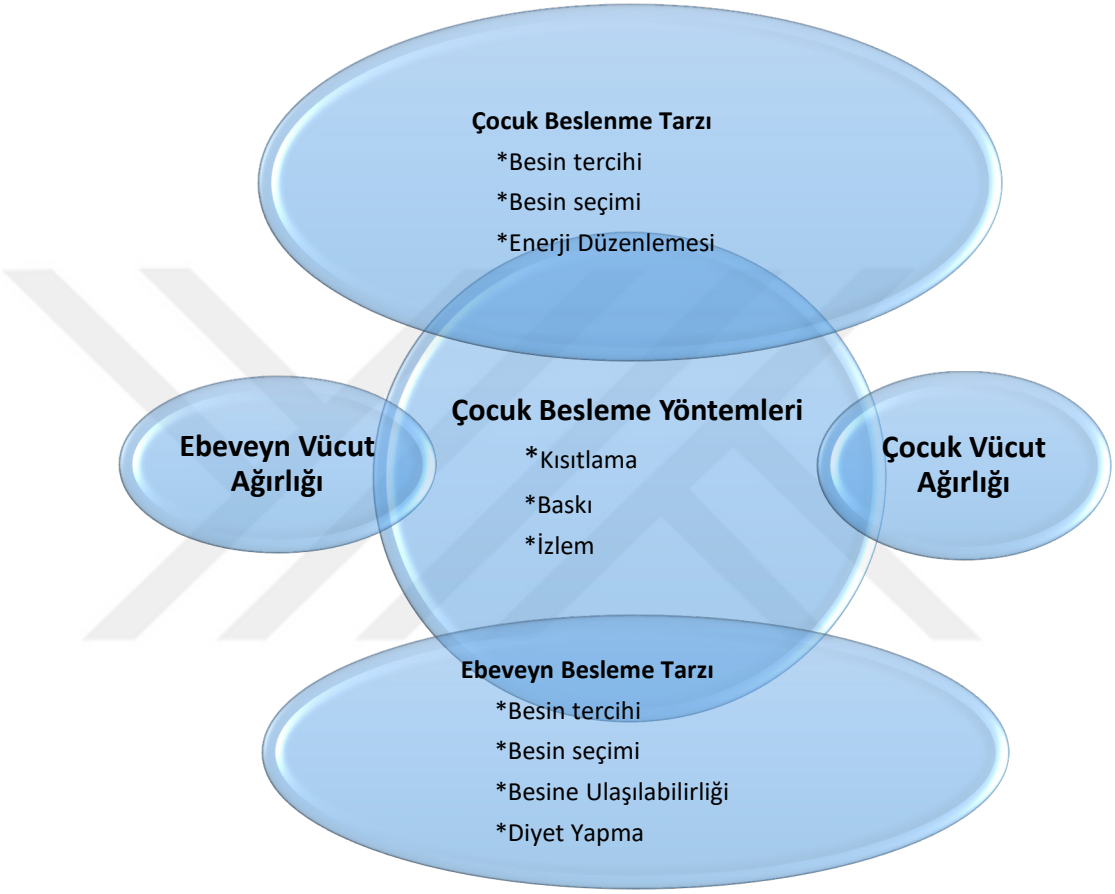
Çocukların yeterli ve dengeli beslenme konusunda doğuştan gelen bilgi ve farkındalığı yoktur ve ancak kendilerine sunulan besinleri seçebileceklerdir. Bu nedenden

dolayı ebeveynler, çocuğa besleyici, gelişimine uygun ve güvenilir besin ve atıştırmalıkları sunmalı ve onlar arasından seçme şansı vermelidir. Öğün saatleri, besinlerin tüketildiği ortam, beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkilemektedir ve çocuk öğünlerini, beklentileri karşılamayan alışkanlıklardan ve duygusal stresten uzakta olan bir ortamda geçirilmelidir. Aile sofrasında tartışılması, çocuğa öğün sırasında uyarılarda bulunulması, cezalandırılması ve başka çocuklarla karşılaştırılma yapılması gibi eylemler çocukta besin reddine neden olabilmektedir. Bunların sonucunda çocukta iştahsızlık oluşabilir ve besin alımındaki dengesizlikler davranışlarını da etkileyebilmektedir. Öğünler, uygun ve olumlu davranışların sergilendiği, dökülen besinlere karşı çocuğa hoş görülü olunan ve tüm bireyleri uygun bir iletişim içinde olduğu bir ortam olmalıdır[62].

1.3.5.9.1. Çocuk Besleme Tutum ve Davranışlarının Çocuk Vücut Ağırlığına Etksi

Ebeveynin besleme davranışları; çocuğun besin tercihini, enerji alımını ve vücut ağırlığını etkilemektedir[243], [244]. Bu konudaki veriler çoğunlukla ailenin verdiği ifadelerden elde edilmekte ve yapılan çalışmalar ebeveynlerin çocuk beslemesi ile ilgili verdikleri ifadelerin oldukça güvenilir, doğru bilgi kaynakları olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin çocuklarının beslenmesiyle ilgili kontrolcü davranışları, tutumları ve inanışlarını inceleyen en yaygın metotlardan biri olan ÇBA bu konu hakkında önemli veri kaynağıdır [245]. Johnson ve Birch'in[246], araştırmasına göre ise çocukların beslenmesi üzerinde ebeveyn kontrolünün yetersiz beslenme ve de çocuğun vücut ağırlığında artış ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Fisher ve Birch [247] ise çocukta vücut yağ dokusu artışı ile ailenin besinleri kısıtlayıcı davranışlarının arttığı ve kısıtlayıcı davranış arttıkça da çocukta abur cubur tüketiminin arttığı bildirilmiştir. Birch[248] ve ark. ebeveynlerin beslenme ve vücut ağırlığı ile çocuk besleme yöntemleri ve de çocuk beslenmesi üzerine etkilerini açıklamaya çalışan bir model geliştirmiştir (Şekil 5).

Şekil 5: Ebeveynlerin çocuk besleme yöntemlerinin çocuk vücut ağırlığına ve çocuk beslenme durumuna etkisi[248]



1.3.5.9.1.1.Kısıtlayıcı Besleme

Kısıtlama, sağlıklı beslenme pratiğinin oluşması için zararlı olabilecek bir faktör olabilirken, hem genel ebeveynlik hem de beslenme literatürü, "ebeveynlerin çocukların sınırsız kalmasına izin veremeyeceğini" belirtmektedir[249].

Özellikle longitudinal çalışmalarda, kısıtlama ile çocukların yeme alışkanlıkları arasındaki ilişkileri inceleyen literatürün çoğu, kısıtlamanın çocukların yeme alışkanlıkları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir. Ebeveynler,

çocuklarının sağlıksız yiyecek alımını sınırlamak için kısıtlamayı basit bir yöntem olarak görse de, bazı çalışmalar ebeveyn kısıtlamasının;

1. çocukların sınırlı yiyecekleri tüketme arzusu[250]–[252],
2. gıda heveslisi olma [253],
3. fazla yeme eğilimi içinde olma[254],
4. atıştırmalık yeme ile [251], [252], [255] ve
5. yağlanma[41], [256]–[258] ile pozitif ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Bununla birlikte, ebeveynin kısıtlayıcı tavırları ile çocuğun aşırı kilo alması ile ilgili tutarlı bilgi bulunmamakta olup [259]–[261];

- Pozitif ilişki olduğuna[32], [248], [253], [259], [262]–[264] ve
- İlgili olmadığına [32], [260]–[262], [265]–[269] gösteren çalışmalar mevcuttur.

1.3.5.9.1.2.Baskıcı Besleme

"Yemek yeme baskısı", çocukların tabaklarını temizlemelerinde ısrar ederek ya da çocuk aç olmasa dahi tekrarlayan komutlar vererek ya da fiziksel olarak mücadele etmek gibi stratejiler kullanarak ebeveynlerin çocuklarının daha fazla yemek yemesini talep etmesi ya da bu konuda ısrar etmesi olarak tanımlanabilir[270].

Ebeveynin yemek konusundaki baskısı ile;

- Öğündeki enerji alımında[255], [271], yeme hızında ve yeme süresinde artış[262], [263] olduğu tespit edilmiş.
- Seçici yeme ve neofobi arasında bağlantı olduğu tespit edilmiş[272], [273]
- Yemekten kaçınma ve çocuk kilo alımında azalma olduğu tespit edilmiş [41], [274].
- Meyve sebze alımında azalma[273], [275], fast-food, atıştırmalık gibi yiyeceklerin tüketiminde artmaya neden olarak [276] ile obezite riskinde de artış olduğu belirlenmiştir.

Kısıtlamanın tanımında olduğu gibi, ÇBA'nin "Yemek Baskısı"[277] alt ölçeğinin yaygın kullanımı, bu uygulamanın tanımlanmasında çok etkili olmuştur. Son zamanlarda, bir çocuğu daha fazla yemek yemeye zorlayan uygulamalar ile bir çocuğu daha sağlıklı yiyecekler yemeye zorlayan uygulamalar (örneğin, meyve ve sebzeler) arasında ayrım yapma çabaları olmuştur[278]. Yemek yeme baskısının kavramsallaşması konusunda önemli bir ayrım yapmak gerekmektedir. Ebeveynlerin çocuğun duygularına cevap vermeyen talepleri veya çocuğun yemek tercihleri konusunda daha bağımsız ve gönüllü olmalarını engelleyen davranışlar uygulaması olarak yorumlanabilir. Bu yaklaşım sayesinde, yemek baskısının, ses tonu, çocuğa duruma göre tepki ya da cevap verme gibi uygulamada farklılıklar gösteren cesaretlendirmeler ve öneriler gibi pozitif beslenme uygulamalarından ayırt edilmesi gerekmektedir[279]. Tarihsel olarak, araştırmalar arasında yeme baskısı ile çocuğun kilosu arasında negatif bir ilişki olduğu öne sürülmüştür[280]. Bununla birlikte, bu bulgular yeme baskısının fazla kiloya karşı koruduğu anlamına gelmemelidir. Bu olumsuz ilişki için bir açıklama getirmek gerekirse, ebeveynlerin, çocuklarının fazla kilolu olduğu veya yeterince yiyecek tüketmediğinden endişe ettikleri zaman baskı kullanması ve çocuklarının fazla kilolu olması nedeniyle baskı kullanması ihtimalinin daha düşük olması olabilir. Yakın zamanda yapılan bir boylamsal analiz, bu ilişkiyi çocuklar 7-9 yaşlarında toplanan temel verileri ve 3 yıl sonra toplanan takip verilerini kullanarak araştırmıştır. Analizin sonuçları, başlangıçta yemek için ebeveyn baskısının, takipte çocuk adipozitesi ile ilişkili olmadığını göstermiştir (bazal adipoziteyi kontrol etmek için)[259], ancak başlangıç seviyesindeki yüksek çocuk adipozitesi ile ebeveynin yemek konusundaki baskısının azalması ile önemli bir azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [259]. Bu 3 yıllık süre boyunca gözlenen ters ilişkinin olası bir açıklaması, fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin, daha ağır bir çocuğa sahip olmalarına tepki olarak yemek için daha az baskı kullanmaları olarak açıklanabilir. Bir başka açıklama da, bu tür uygulamaların kısa vadede (örneğin, çocuğa başlangıçta bir yemek denemesini sağlamaya çalıştığı zaman) istenen etkileri olabildiği, ancak zamanla çocukların, kendilerini yemek zorunda hissettiği sağlıklı yiyeceklere yönelik isteksizlik geliştirmelerine yol açabileceği olabilir[32], [281], [282]. Diğer bir açıklama ise, uygulanan baskının türüne bağlı da olabilir; örneğin sağlıklı yiyecekler için yapılan baskı

genel olarak uygulanan baskı gibi farklılıklar da olabilir. Yiyeceklere isteksizlik ve sağlıklı yiyecekler meyve ve sebze alımı isteksizlik sağlıklı gıda alımı için baskı kullanımıyla ilişkili olabilir; çocuk kilosu ve zayıf kilolukla ilgili ebeveyn kaygıları daha fazla yiyecek yeme baskısı ile daha güçlü bir şekilde ilişkili olabilir[270].

Daha önceki çalışmalar göstermiştir ki aşırı yeme baskısı ve kısıtlayıcı besleme pratikleri ters etkiler oluşturabilmektedir; şöyle ki çocuklar baskı gösterildiğinde daha az yemekte ve ve kısıtlandığında daha fazla (açlık yokluğunda dahi) yiyebilmektedir[264], [283]. Baskı ile birlikte çocuk VKI'nde azalma olduğu tespit edilmiştir[41], [235], [266]–[269], [277], [280], [284] ve kısıtlayıcı besleme davranışının daha çok seçici cocukları olan ebeveynlerin kullandığı bir yöntem olarak tespit edilmiştir[272], [277].

1.3.5.9.1.3.İzlemci Besleme

"İzlem"; ebeveynlerin, çocukların faaliyetleri ve nerede oldukları hakkında bilgi edinmek için tasarlanan davranışlara ne ölçüde katıldığı anlamına gelmektedir[285] ve ebeveynlik uygulamalarında izlem, genellikle ebeveynlerin "takip etme sıklığı" olarak adlandırılabilir. Çocukların özellikle tatlılar, atıştırmalıklar ve yüksek yağlı yiyecekler gibi zararlı gıdaları tüketimi izlem kapsamında değerlendirilmekteyken[277] ebeveynlerin çocukların beslenmesi, beslenme alışkanlıkları ve kilo arasındaki ilişkilerin incelenmesi biribiriyle uyumsuz bulguların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bazı araştırmalar ebeveyn izleminin daha sağlıklı diyet alımıyla (örneğin, daha fazla meyve, sebze ve lif ve daha az atıştırmalık, tatlı ve şekerli içecek)[286]–[288] ve daha az düzensiz yeme davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır[289]. Ancak, birçok çalışma izlem ile çocukların diyeti veya kilo arasında önemli bir ilişki göstermek konusunda başarısız olurken normallerin fazla kilolulardan daha düşük puan almasının anlamlı olduğu tespit edilmiştir[41], [239], [260], [277], [285], [290].

Bu konuda yapılacak açıklama; ebeveyn izlemi ile çocukların beslenme davranışı arasında eğrisel bir ilişki olduğu düşünülebilir. Yani, izlem sağlıklı bir diyeti belirli bir noktaya kadar destekleyebilir, ancak çok fazla izlem diğer taraftan verimsiz olabilir ve diyet davranışını olumsuz yönde etkileyebilir[291]. Çocuklar, kendi yaşlarına

uygun derecedeki bağımsızlık ve kapasiteden faydalanabilirler ve optimum izleme seviyesi çocuğun mizacına, yeme tarzına ve yaşına bağlı olarak değişebilir. Daha fazla yeme alışkanlığı olan çocuklar daha yüksek düzeyde ebeveyn izlemesine tabi tutulabilir[292]. Örneğin, Gubbels ve ark.[287] izlem ile istenen çocuk diyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişler, ancak nispeten aç çocuklar veya seçici çocuklar için böyle bir ilişki tespit edilememiştir.

1.3.5.9.1.4. İlgi, Algılanan Çocuk /Ebeveyn Ağırlığı ve Algılanan Sorumluluk ve Çocuk VKI

Çocuğun beslenmesine ilişkin uygulamalar ile vücut ağırlığı arasındaki teorik ilişki, ebeveynlerin, çocuğun aşırı kilo alma riski bulunduğuna inanmaları halinde, çocuğun beslenmesini kontrol altına alma olasılıkları olduğu öngörüsünü temel almaktadır. Diğer taraftan, beslenmenin kontrol altında tutulmasında aşırılığın, çocuğun, açlık ve tokluk işaretlerini görmezden gelmesine ve çocukta obezite eğilimini artırmasına yol açtığı ileri sürülmektedir[293]. Okul öncesi dönemde ebeveyn çocuğun kilosunu algılamada sorun yaşamakta [294], [295] ve diğer taraftan çocugun ağırlığı hakkında ilgi arttıkça kısıtlayıcı/baskıcı yeme davranışları artmakta [274], [290], [296] olduğu tespit edilmiştir. Bu durum özellikle obezite önleme çalışmalarının değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir[297]. Ayrıca, çocukların kilosuna ilişkin ebeveyn ilgisi ile ebeveynlerin çocukların beslenmesine yönelik uygun kararlarını verebilme yeteneği arasındaki ilişki nettir. Ebeveyn kısıtlayıcı ve aşırı ilgili besleme davranışları ters etki yaratabilir bununla birlikte, yaşanan büyük endişe verimsiz beslenme uygulamalarına yol açabilir. Müdahale çalışmaları göstermiştir ki ilgi ve kısıtlayıcı besleme davranışları zaman içinde kaybolmaktadır[298]–[300]. Bunun yanında ebeveyn ilgisi; kültürel yapı, çocuk ve ebeveyn cinsiyeti, yaş, sosyoekonomik yapı bu durum ile ilişkili bulunmuştur ve bu da kısıtlayıcı/baskılayıcı/izlemci aile davranışlarını şekillendirmektedir [268], [292], [301]–[305]. İsveç'te yapılan bir araştırmada, okul öncesi çocuklarda Avustralya, ABD, Japonya 'ya göre ebeveynler daha az kısıtlayıcı besleme tarzı uygulamakta olduğu tespit edilmiş [304], başka bir çalışmada ise kız çocukları için ebeveynin kilo konusunda ilgisinin ve

kısıtlayıcı besleme davranışlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir[268], [271]. Yukarıdaki bulguları özetlemek gerekirse; çocukların beslenme davranışlarını değiştirmesi için bir miktar ebeveyn ilgisi gereklidir; bununla birlikte, çok fazla ilgi çouklarda verimsiz beslenme davranışlarına yol açabildiği söylenebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

2.1. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.1. Araştırma Yeri Zamanı ve Örneklem Seçimi

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.04.2018 tarih ve 3943-GOA protokol numaralı 2018/10-20 karar numarası(Ek 1)ile onaylanmıştır. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü ‘nden 31.08.2018 tarihli 77597247-604.02 evrak no(Ek 2) ile çalışmanın yapılması için onay alınmıştır.

2.1.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma kesitsel analitik çalışma modelinde planlanmış olup, İzmir ili 11 merkez ilçesinde ASM’lere kayıtlı 2-5 yaş arası çocuklara ulaşılması planlanmıştır.

2.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir ili 11 merkez ilçesinde ASM’lere kayıtlı 2-5 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır ve evreni bilinmeyen örneklem formülü ile İzmir ili 11 merkez ilçesinde ASM’lere kayıtlı 2-5 yaş arası çocuklarda (n = t2pq / d2) göre %80 güç, % 5 hata payı, d:3.5 ve hedef kitledeki görülme sıklığı bilinmediğinden % 50 alınarak 25-60 ay aralığında 784 çocuğa ulaşılması hesaplanlandı. Çalışma kapsamında 800 adet ebeveyne ulaşılabilmiştir. İzmir il merkezindeki 11 ilçeden rastgele seçilen mevcut örneklem büyüklüğü ve olası gönüllü olmayacak ASM’ler de göz önüne alınarak aile sağlığı merkezleri belirlenmiştir;

Balçova ASM no:1,2,3,4,5,6

Bayraklı ASM no: 1,2,3,9,10,12,16,20

Bornova ASM no: 2,6,8,9,14,17,21,26

Buca ASM no: 1,2,7,8,10,22,25,27,28,30

Gaziemir ASM no: 3,6,7,8,9,10,11

Güzelbahçe ASM no: 1,2,3

Karabağlar ASM no: 1,4,8,9,12,17,26,27

Karşıyaka ASM no: 4,7,11,12,14,16,25

Konak ASM no: 4,12,18,22,23,26,28,31

Narlıdere ASM no: 1,2,3

Çiğli ASM no: 2,5,7,9,10,11

Kendisi ve çocuğu araştırmaya katılmayı kabul eden anneler araştırmacı tarafından hazırlanan "Bilgilendirilmiş Gönül Olur Formu"nu (Ek 3) okutulup imzalatıldıktan ve onay verildikten sonra anketler(Ek 4, Ek 5 ve Ek 6) uygulanmıştır ve araştırma İzmir ili 11 merkez ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde ve belirtilen tarihler arasında dahil edilme şartlarına uygun ve hariç bırakma şartlarını taşımayan 800 adet katılımcı ile tamamlanmıştır.

2.1.4. Araştırmanın Dahil ve Hariç Edilme Kriterleri

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- Çocuğun 2-5 Yaş arasında olması
- Çocuğun sağlıklı olması

Hariç bırakma kriterleri;

- Çocukta organik hastalık (yutma bozukluğu, vb) olması
- Çcocukta kronik hastalık olması(kalp, böbrek hastalığı vb.)
- Çocukta besin alerjisi olması
- Özel beslenme tedavisi uygulaması gereken çocuklar
- Kalıtsal metabolizma hastalıkları
- Genetik hastalıklar
- Çölyak veya tip 1 diyabet gibi otoimmün hastalıklara sahip olan çocuklar
- Hareket sınırlılığına neden olan hastalığa sahip çocuklar (kas hastalıkları gibi)

2.1.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

2.1.5.1.VKI Hesaplanması ve Değerlendirmesi

2-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynlere araştırmacı tarafından mevcut literatürlerden yararlanılarak hazırlanan sosyodemografik özellikleri ve beslenme özelliklerini sorgulayan bir anket(Ek 4) ve iştahsız ve iştahı fazla olan çocukların nesnel olarak belirlenmesi için Çocuk Yeme Davranışı Anketi-ÇYDA (Child Eating Behaviour Questionnaire-CEBQ) (Ek 5) ve ebeveynlerin, çocuk besleme tutum ve davranışlarını ayrıca çocukluk çağı obezitesine ilişkin algı ve ilgilerini değerlendirmek amacıyla Çocuk Besleme Anketi-ÇBA (Child Feeding Questionnaire-CFQ) (Ek 6) uygulanmıştır. Araştırmanın anket formları aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ebeveyn ve çocukların vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunluğu (cm) ölçülmüş ve VKI(kg/m2) hesaplanmıştır. Çocukların ağırlık ölçümleri elektronik tartı ile ayakkabı ve ceketleri çıkarılarak

yapılmıştır. Boyları ise dik ve ağırlık iki ayağa eşit dağıtılmış pozisyonda, baş arkaya dik yaslanmış şekilde ve ayakkabısız ölçülmüştür[306].

Anne ve çocukların VKI'i, vücut ağırlığı (kg)/boy uzunluğu (m2) formülü kullanılarak hesaplanmış ve ebeveynlerin VKI'i; 18.5 kg/m2 ve altı zayıf, 18.5-24.9kg/m2 arası normal, 25-29.9 kg/m2 hafif şişman, 30.0 kg/m2 ve üzeri şişman olarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde de Neyzi ve arkadaşları tarafından oluşturulan büyüme eğrileri ve referans değerleri, büyüme ve gelişme çalışan araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılmaktadır[307] .

Obezite için her çocuğun yaşa ve cinsiyete göre VKI persentilleri, Neyzi standartlarına göre referans değerler esas alınarak belirlendi ve WHO 2007 referans değerleri esas alınarak sınıflandırıldı. VKI 85-95 persentil arasında olanlar kilolu, 95 persentil üzerinde kalanlar ise obez olarak gruplandırıldı[307].

Tablo 2: Yetişkinler, Çocuklar ve Adölosanlarda VKI'ye göre Andropometrik Değerlendirme

Gruplar	**Yetişkinler(VKI, kg/m²**	**Çocuk ve Adöloısanlar VKI-Z skoru(SD)**	**Çocuk ve Adöloısanlar VKI-persantil**
Zayıf	≤18,5	≤-2,00 SD	≤ %5
Normal	18,5-24,99	-2,00 – 1,00 SD	%5- %85
Fazla kilolu	25-29,99	1,01-2,00 SD	%85 - %95
Obez	≥30	≥2,00 SD	≥95
Hafif obez	30-34-99	-	95. persantile karşılık gelen VKI'nin %100-120'si
Orta derecede obez	35-39,99	-	95. persantile karşılık gelen VKI'nin %120-140'ı
Morbid obez	40-49,99	-	95. persantile karşılık gelen VKI'nin ≥%140
Süper obez	≥50	-	-

2.1.5.2.Çocuk Besleme Anketi-ÇBA (Child Feeding Questionnarie-CFQ)'nın Değerlendirilmesi

Ebeveynlerin çocuk besleme davranışlarını değerlendirilmek amacıyla kullanılan kısıtlama, yeme baskısı ve izlemeye yönelik faktörleri içeren, Çocuk Besleme Anketi-ÇBA (Child Feeding Questionnarie-CFQ); geçerlik, güvenirlik ve iç tutarlılık açısından 2-11 yaş arası çocuklar için uygun olduğu kanıtlanmış bir ölçektir[254].

24 sorudan oluşan ilk versiyonu 1994 yılında Johnson ve Birch tarafından geliştirilmiştir. İlk versiyon Costanzo ve Woody (1985) tarafından geliştirilen Model of Obesity Proneness (şişmanlık eğilimi modeli) aracılığıyla oluşturulmuştur. Ebeveyn açısından, çocukları besleme davranışlarının uygun şekilde ve laboratuar dışında değerlendirmek için bir kıstasa ihtiyaç duyulmuş ve bu ihtiyacı karşılamak için ÇBA tasarlanmıştır. ÇBA, ebeveynlerin çocuğun şişmanlığa yatkınlık ile ilgili inançlarını değerlendiren dört alt faktör (Çocuk Besleme İçin Algılanan Sorumluluk, Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkındaki İlgi, Algılanan ÇocukAğırlığı, Algılanan Aile Vücut Ağırlığı) ve ebeveynlerin çocuk beslenmesi üzerindeki kontrolcü uygulamalarını değerlendiren üç alt faktörden (Kısıtlama, İzlem, Yeme Baskısı) oluşmaktadır. ÇBA 5'li likert tipi bir ankettir ve her alt faktörde her bir soru 5 puan üzerinden değerlendirilmektedir. ÇBA alt faktörlerinden alınan puanlar arttıkça, alt faktörü yansıtan inanç veya tutumların arttığı düşünülmektedir[258], [277]. ÇBA, Camcı [237] tarafından Türk ebeveynleri için kullanımının geçerli ve güvenilir olup olmadığını değerlendiren çalışma ile Türkçeye uyarlanmış ve 7 alt faktörün Cronbach alfa katsayıları 0.80- 1.00 arasında olduğu tespit edilmiştir. ÇBA'da yer alan alt faktörlerden 'Algılanan Aile Vücut Ağırlığı'; ebeveynlerin kendi vücut ağırlıklarını değişik yaş gruplarında nasıl algıladıklarını, 'Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı'; ebeveynin çocuğu farklı yaş gruplarında çok şişman olarak kabul etme durumunu değerlendirmektedir. 'Algılanılan Sorumluluk' alt faktörü ise; çocuğu besleme, porsiyon miktarlarını belirleme ve sağlıklı bir öğün hazırlama konusunda kendisini ne kadar sorumlu hissettiğini belirlemeyi amaçlamaktadır. 'Çocuk Ağırlığı Hakkındaki İlgi' alt faktörü; çocuğun şu anki vücut ağırlığı ve kilolu olma olasılığı hakkında ne kadar endişeli ve ilgili olduğunu ölçmeyi amaçlamaktadır. 'Kısıtlama' alt faktörü; çocuğun

tükettiği enerjisi yüksek besinlerin tür veya miktar olarak ne düzeyde kısıtlandığı, 'Yeme Baskısı' alt faktörü ise çocuğun beslenmesini ne kadar teşvik ettiğini saptamayı amaçlamaktadır. ÇBA'da yer alan 'İzlem' alt faktörü ise; çocuğun ne kadar tatlı, abur-cubur ve yağlı besinler tükettiğini ne düzeyde takip edildiğini belirlemek amaçlamaktadır[302].

2.1.5.3.Çocuk Yeme Davranışı Anketi-ÇYDA(Children's Eating Behaviour Questionary-CEBQ)'nın Değerlendirilmesi

Çocukların yeme davranışı ile ebevynlerin çocuklarını besleme yöntemi arasındaki ilişkinin değerlendirlmesinde; Wardle ve ark.[308].'nın 2001 yılında İngiltere'de geliştirdiği ve 3-8 yaş arası çocuklarda iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu tespit edilmiş olan Çocuk Yeme Davranışı Anketi-ÇYDA(Children's Eating Behaviour Questionary-CEBQ) kullanılmıştır[309]. Anket ebeveynler tarafından cevaplanması gereken; yiyecek heveslisi, duygusal aşırı yeme, besinden keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme, yemek seçiciliği olmak üzere sekiz alt faktörü içermektedir. Anket çocukların yeme davranışını 35 ayrı soruda 5 puan üzerinden değerlendiren (1=asla – 5=her zaman)5'li likert tipi bir ankettir [52], [310]. Türk çocuklarında ÇYDA'nın geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz ve arkadaşları[311] tarafından yapılmış olup ÇYDA'nın sekiz alt faktürünün Cronbach alfa katsayıları 0.74- 0.91 arasında bulunmuştur ve bu uyarlamada yedi maddenin yerinin değiştirilmesi gerekmiştir**.** Birleşik Krallık'ta, ortalama yaşları 5 olan bir örneklem grubunda, gözlemsel yeme davranışı değerlendirmeleri kullanılarak onaylanmıştır [53] ve o zamandan beri diğer ülkelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır[312]–[314]. Bununla birlikte sonradan diğer Batı ülkelerinde ve Asya ülkelerinde yapılan geçerlilik çalışmaları farklı sonuçlar elde etmiştir ve bazıları orijinal ölçekle benzeşirken [315], [316], diğerleri ise farklı alt ölçekler oluşturmak suretiyle geçerlilik çalışmaları yapılmıştır [43], [51], [317]–[319]. ÇYDA'nun batı dışı popülasyonlardaki karışık etnik gruplarda (yerli Avustralya, göçmen Çinliler ve Hintliler) olan Çin'de [318], Avustralya'da[315] ve Malezya'daki Çin, Malezya ve Hintliler'de de uyarlamaları yapılmıştır[320]. Bu anketin maddelerinin

yorumlanmasını etkileyen nedenler arasında kültürel faktörlerin bulunmasının yanı sıra, çalışmalarda farklı alt faktörlerin ortaya çıkmasının sebebi yeme davranışlarının yaşa bağlı olarak değişmekte olması olarak yorumlanabilir [43], [51], [308], [321]. Yemek yeme davranışlarının 1-6 yaş arasında daha ileriye dönük bir gelişimde olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur[21], [51].

ÇYDA, obezitedeki yeme davranışını tanımlamanın yanı sıra, iştahsız çocukları saptamada da iyi sonuçlar veren bir ölçek olarak değerlendirilebilir[322] ve ÇYDA en yaygın kullanılan çocuk yeme davranışı değerlendirme ölçüm aracıdır. Ölçekte yer alan "Gıda Heveslisi" alt faktörü; çocuğun iştahı ve etrafta sunulan çekici besinlere karşı olan yönelimini, "Gıdadan Keyif Alma" alt faktörü; çocuğun yiyeceklere karşı ilgisini ve iştahını, "Duygusal Aşırı Yeme" ve "Duygusal Az Yeme" alt faktörleri; çocuğun olumsuz duygulara tepkisel olarak az ya da çok yeme davranışını, "İçme Tutkusu" alt faktörü; içecek tüketimine sıklıkla ihtiyaç duyup duymadığını, "Tokluk Heveslisi" alt faktörü; çocuğun yeme eylemini tokluk hissi sonucu durdurmasını, "Yavaş Yeme" alt faktörü; çocuğun yiyecekleri uzun sürede tüketmesini, "Yemek Seçiciliği" alt faktörü; çocuğun tüketilen besinlere karşı seçici olup olmadığını değerlendirmektedir. Ankette yer alan alt faktörlerden alınan puanların yüksek olması, o alt faktöre ait olan yeme davranışının daha yaygın olduğunu göstermektedir.[273], [316].

2.1.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesi 'Scientific Package for Social Sciences' (SPSS 22) programı yardımıyla yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Ölçek için faktör analizi uygulanarak yapı geçerliliği ortaya çıkarılmış, genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha

katsayısı hesaplanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısının 0-0,25 arasında olması zayıf, 0,26-0,50 arasında olması orta, 0,51-0,75 arasında olması güçlü ve 0,76-1,00 arasında olması çok güçlü korelasyon olarak kabul edildi. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. ÇOCUKLARIN, ANNE VE BABALARIN VE ÇBA VE ÇYDA ANKETLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Tablo 3'te de görüleceği üzere çalışmamıza katılan 800 çocuğun kız ve erkek oranlarının%49,9(n:399) ve %50,1(n:401) ve ayrıca yaş kategorilerindeki çocuk oranlarının sırasıyla %32,5(n:260), % 34,8(n:278), % 32,8(n:262) ve birbirine yakın olduğu, %70,1(n:561)'in normal kiloda iken %8,5(n:68)'inin zayıf ve %11,9(n:95)'unun ise obez olduğu belirlenmiştir. Çocukların %57,3(n:458)'ünün ailede ilk çocuk olduğu ve ailede bir çocuk bulunma oranı %39,8(n:318), iki çocuk bulunma oranı %41,8(n:335) olarak belirlenmiştir.

Ebeveynlerin %76(n:608)'ı ise orta gelir düzeyinde olduğunu iletirken, %83,9(n:671)'u çekirdek aile olduğunu ve %64,1(n:513)'i çocuklarının kreşe gitmediğini iletmiştir Annelerin %54,4(n:435)'ünün 31-40 yaş arasında olduğu, %9,1(n:73)'inin obez olduğu belirlenmiştir. Annelerin %35,4(n:283)'ünün üniversite mezunu olduğu ve çalışan annelerin oranının %40,6(n:325) olduğu bulunmuştur. Babaların %66,6(n:533)'sının 31-40 yaş arasında olduğu, %12,6(n:101)'inin obez olduğu %40,4(n:323)'ünün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3: Çocukların, Anne ve Babaların Sosyodemografik Özellikleri

		Sıklık (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	401	50.1
	Kız	399	49.9
Yaş	24-36 ay	260	32.5
	37-48 ay	278	34.8
	49-60 ay	262	32.8
Çocuk VKI	Zayıf (5p'den az)	68	8,5

	Normal (5p-85p)	561	70.1
	Fazla kilolu (85p-95p)	76	9,5
	Obez (95p'den büyük)	95	11,9
Kaçıncı cocuk	1	458	57,30
	2	240	30,00
	3 ve daha fazlası	102	12,8
Ailedeki çocuk sayısı	1	318	39.8
	2	335	41.8
	3 ve daha fazla	147	18,4
Anne yaş kategorisi	15-20 yaş	2	.3
	21-30 yaş	344	43.0
	31-40 yaş	435	54.4
	41-50	19	2,40
Anne VKI kategorisi	Zayıf(18.5p'dan az)	24	3.0
	Normal(18.5p-24.99p)	472	59.0
	Fazla kilolu(25p-29.9p)	231	28,90
	Obez(30p..)	73	9,10
Anne eğitim düzeyi	Okur yazar değil	35	4,40
	İlköğretim	117	14,60
	Ortaeğitim	146	18,30
	Lise	219	27,40
	Üniversite	283	35.4
Anne çalışıyor mu?	Evet	325	40.6
	Hayır	475	59.4
Baba yaş	21-30 yaş	126	15,80
	31-40 yaş	533	66.6
	41-50 yaş	131	16,40
	51-60 yaş	10	1,30
Baba eğitim düzeyi	Okur yazar değil	19	2,40
	İlköğretim	145	18,10
	Ortaeğitim	85	10,60
	Lise	228	28,50
	Üniversite	323	40.4

Gelir düzeyi	Düşük	111	13,90
	Orta	608	76,00
	Yüksek	81	10,10
Evdeki yetişkinler	Çekirdek aile	671	83,90
	Kalabalık aile	129	16,10
Çocuk kreşe gidiyor mu?	Evet	287	35,90
	Hayır	513	64,10

3.1.1. Çocuğun Beslenmesine Ait Özelliklerle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan çocukların %94,3(n:754)'ünün anne sütü aldığı, %47,4(n:379)'ünün mama ile beslendiği, %71,6(n:573)'sının6 ay öncesinde ek besine geçtiği, %96,1(n:769)'inin annesi ve diğerleri tarafından beslendiği, %80,1(n:641)'inin atıştırdığı belirlenmiştir. Çocukların %51,8(n:414)'inde yeme problemi olduğu ve yeme problemi olanlarda %62,2 (n:327) ile en sık "iştahı az" olma probleminin olduğu, %63,3(n:506)'ünün yemek sırasında TV/tablet/telefon seyretttiği görülmüştür. Çoğunlukla %52(n:417)'sinin yemek sırasında oyun oynamadığı, %63,4(n:507)'ünün yemek sırasında dolaşmadığı belirlenmiş olup %58,1(n:465)'ine yemek sırasında döküp saçmasına müsaade edilmediği bulunmuştur. Beslenme sırasında %53,9(n:431)'una yemeği reddettiği takdirde kızıldığı,%58(n:464)'inin ailesinde yemek seçen birinin olduğu ve seçenlerin içinde annesi yemek seçenlerin oranının %22,2(n:103), babası yemek seçenlerin oranının %53,7(n:249) ve kardeşi yemek seçenlerin oranının %36,6(n:170) olduğu ve bunun yanı sıra yemek seçen çocukların oranının %61,3 (n:490) olduğu, Masa+-Yer+-Mama sandalyesi'nde yemek yiyenlerin oranının %83,9(n:671) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, şişmanlığı sağlık sorunu olarak gören ebeveynlerin oranının %94,9 (n:759) iken zayıflığı sağlık sorunu olarak gören ebeveynlerin oranının %71,3 (n:570) olduğu tespit edilmiştir(Tablo 4).

Tablo 4: Çocuğun Beslenmesine Ait Özellikler

		Sıklık (n)	Yüzde(%)
Anne sütü aldı mı?	Evet	754	94,3
	Hayır	46	5,8
	Toplam	800	100
Mama ile beslendi mi?	Evet	379	47,4
	Hayır	421	52,6
	Toplam	800	100
Ek besine ne zaman geçti?	6 ay ve öncesi	573	71,6
	6 ay ve sonrası	227	28,4
	Toplam	800	100
Genelde kim besler?	Anne±Diğerleri	769	96,1
	Diğerleri	31	3,9
	Toplam	800	100
Ailede yemek seçen var mı?	Evet	464	58
	Hayır	336	42
	Toplam	800	100
Anne yemek seçiyor mu?	Evet	103	22,2
	Hayır	361	77,8
	Toplam	464	100
Baba yemek seçiyor mu?	Evet	249	53,7
	Hayır	215	46,3
	Toplam	403	100
Kardeş yemek seçiyor mu?	Evet	170	36,6
	Hayır	294	63,4
	Toplam	464	100
Çocuk yemek seçer mi?	Evet	490	61,3
	Hayır	310	38,8
	Toplam	800	100
Atıştırır mı?	Evet	641	80,1
	Hayır	159	19,9
	Toplam	800	100

Reddettiğinde kızar mısınız?	Evet	369	46,1
	Hayır	431	53,9
	Toplam	800	100
Yeme problemi var mı?	Evet	414	51,8
	Hayır	386	48,3
	Toplam	800	100
Yeme problemi ne?	İştahı az	327	62,2
	Diğerleri(Yavaş yer, tabağında yemek bırakır, yumuşak gıdaları yer....)	199	37,8
	Total	526	100
Yemegi nerde yer?	Masa+-Yer+-Mama sandalyesi	671	83,9
	Kucak ve diğer	129	16,1
	Toplam	800	100
Yemek sırasında TV/tablet/telefon?	Evet	506	63,3
	Hayır	294	36,8
	Toplam	800	100
Yemek sırasında oyun oynar mı?	Evet	383	47,9
	Hayır	417	52,1
	Toplam	800	100
Yemek sırasında dolaşır mı?	Evet	293	36,6
	Hayır	507	63,4
	Toplam	800	100
Yemek sırasında döküp saçmasına müsaade eder misiniz?	Evet	335	41,9
	Hayır	465	58,1
	Toplam	800	100
Sizce şişmanlık sağlık sorunu mu?	Evet	759	94,9
	Hayır	41	5,1
	Toplam	800	100
Sizce zayıflık sağlık sorunu mu?	Evet	570	71,3
	Hayır	230	28,8
	Toplam	800	100

3.1.2. Çocuk Besleme Anketine Ait Bulgular

Tablo 5'de ebeveynlerin çocuk besleme anketine verdiği yanıtlar bulunmaktadır. Annelerin büyük çoğunluğu (% 48,5) (n:388) çocuğu evde olduğunda, onu beslemek için her zaman kendini sorumlu hissetmekte, yine annelerin büyük çoğunluğu (% 44) (n:352) çocuğun yediği porsiyonların miktarına karar verirken her zaman kendini sorumlu hissetmekte ve annelerin büyük çoğunluğu (% 53,4) (n:427) çocuğun doğru besinler tüketip tüketmediğine karar verirken her zaman kendini sorumlu hissetmektedir. Annelerin büyük çoğunluğu; çocukken %52,3(n:418), ergenken%50,5(n:404) ve şu an ise % 52,4(n:419)'ü normal kiloda olduğunu ve büyük çoğunluğu 60,9(n:487)'u çocuğu 0-1 yaş arasındayken, %68,9(n:551)'u yürümeye başladığında ,%73,3(n:586)'ü okul öncesi dönemde normal kiloda olduğunu belirtmiştir.

Annelerin % 94(n:752)'ü çocuğunun yanında olmadığında onun çok fazla yemesi ile %97,5(n:780)'u ideal ağırlığını koruyabilmesi için, beslenme biçimiyle, %73,9(n:590)'si şişmanlaması ile ilgilenmekte olduğunu belirtmiştir.

Annelerin büyük çoğunluğu (% 76,4) (n:611) çocuğunun aşırı yağlı yiyecekleri, (74,9) (n:599) şekerlemeyi fazla yemediğinden ve ayrıca %47,5(n:380)'u çok sevdiği yiyecekleri yemediğinden emin olmak zorunda olduğunu ifade etmiştir. Annelerin büyük çoğunluğu (% 66,0) (n:528) çocuğunun tükettiği atıştırmalık yiyecekleri her zaman takip etmektedir. Annelerin büyük bir çoğunluğu (% 70,5) (n:564) bazı yiyecekleri çocuğunun ulaşabileceği yerlerden bilerek uzak tutmaktadır ve düşük bir oranda(şekerlemeler; %26,5(n:212) ve çok sevdiği yiyecekler %38,5(n:308)) anne ödül olarak yiyecekleri teklif ettiğini belirtmiştir. Annelerin içerisinde, çocuğumun beslenmesini düzenlemediği veya ona yol göstermediği takdirde, çocuğunun çok fazla abur cubur yiyeceğini düşünenler %69,4(n:555) ve çok sevdiği yiyecekleri yiyeceğini düşünenler %62,8(n:502) olarak tespit edilmiştir. Çocuğun her zaman tabağındaki yiyeceklerin hepsini yemeli diyenlerin oranı %28,5(n:228), yeterince yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmak zorunda olduğunu belirtenlerin oranı %61,9(n:495) tespit edilmiştir ve diğer taraftan aç olmadığını söylese de, yemek yemesi için ısrar edenlerin oranı ise daha düşük(%24,9)

(n:199) olarak tespit edilmiştir. Çocuğun tükettiği şekerli yiyecekleri (şeker, dondurma, pasta) takip edenlerin oranı %66(n:528), atıştırmalıkları takip edenlerin oranı %70,9(n:5687), aşırı yağlı yiyecekleri takip edenlerin oranı %65,8(n:526) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5: Çocuk Besleme Durumuna Ait Özellikler

		Hiç	Nadiren	Genellikle	Çoğunlukla	Her zaman	Toplam
Çocuğunuz evde olduğunda, onu beslemek için ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	Sıklık (n)	7	17	148	240	388	800
	Yüzde(%)	0,9	2,1	18,5	30	**48,5**	100
Çocuğunuzun yediklerinin porsiyon büyüklüğüne karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	Sıklık (n)	10	52	145	241	352	800
	Yüzde(%)	1,3	6,5	18,1	30,1	**44**	100
Çocuğunuzundoğru besinler tüketip tüketmediğine karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	Sıklık (n)	4	24	107	238	427	800
	Yüzde(%)	0,5	3	13,4	29,8	**53,4**	100
		Çok zayıftım	Zayıftım	Normaldim	Hafif şişmandım	Çok şişmandım	Total
Siz çocukluk çağınızda	Sıklık (n)	69	194	418	96	23	800
	Yüzde(%)	8,6	24,3	52,3	12	**2,9**	100
Siz ergenlik çağınızda	Sıklık (n)	51	215	404	121	9	800
	Yüzde(%)	6,4	26,9	50,5	15,1	**1,1**	100
Siz 20'li yaşlarınızda	Sıklık (n)	36	201	452	105	6	800
	Yüzde(%)	4,5	25,1	56,5	13,1	**0,8**	100
Siz şu anda	Sıklık (n)	5	61	419	266	49	800
	Yüzde(%)	0,6	7,6	52,4	33,3	**6,1**	100
Çocuğunuzun 0-1yaşındaki ağırlığı	Sıklık (n)	29	140	487	124	20	800
	Yüzde(%)	3,6	17,5	60,9	15,5	**2,5**	100
Çocuğunuzun yürümeye başladığındaki ağırlığı	Sıklık (n)	14	147	551	79	9	
	Yüzde(%)	1,8	18,4	68,9	9,9	**1,1**	
Çocuğunuzun okul öncesi dönemdeki ağırlığı	Sıklık (n)	14	133	586	56	11	800
	Yüzde(%)	1,8	16,6	73,3	7	**1,4**	100
		İlgisizim	Biraz İlgisizim	İlgiliyim	Oldukça ilgiliyim	Çok İlgiliyim	Toplam
Çocuğunuz yanınızda olmadığında, onun çok fazla yemesi ile ne kadar ilgilisiniz?	Sıklık (n)	13	35	281	281	190	800
	Yüzde(%)	1,6	4,4	35,1	35,1	**23,8**	100
Çocuğunuzun ideal ağırlığını koruyabilmesi için, beslenme biçimiyle ne kadar ilgiliniz?	Sıklık (n)	5	15	202	309	269	800
	Yüzde(%)	0,6	1,9	25,3	38,6	**33,6**	100
Çocuğunuzun şişmanlaması ile ne kadar ilgilisiniz?	Sıklık (n)	154	56	202	190	198	800
	Yüzde(%)	19,3	7	25,3	23,8	**24,8**	100
		Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Toplam
	Sıklık (n)	19	21	30	119	611	800

Çocuğumun çok fazla şekerleme(şeker, dondurma, pastavb.) yemediğinden emin olmak zorundayım.	Yüzde(%)	2,4	2,6	3,8	14,9	**76,4**	100
Çocuğumun aşırı yağlı yiyecekler yemediğinden emin olmak zorundayım.	Sıklık (n)	32	29	25	115	599	800
	Yüzde(%)	4	3,6	3,1	14,4	**74,9**	100
Çocuğumun çok sevdiği yiyecekleri yemediğinden emin olmak zorundayım.	Sıklık (n)	115	81	98	126	380	800
	Yüzde(%)	14,4	10,1	12,3	15,8	**47,5**	100
Bazı yiyecekleri çocuğumun ulaşacağı yerlerden bilerek uzak tutarım.	Sıklık (n)	69	46	11	110	564	800
	Yüzde(%)	8,6	5,8	1,4	13,8	**70,5**	100
İyi bir davranış karşılığında şekerlemeleri(şeker,dondurma,past avb.) çocuğuma ödül olarak sunarım.	Sıklık (n)	284	68	30	206	212	800
	Yüzde(%)	35,5	8,5	3,8	25,8	**26,5**	100
İyi bir davranış karşılığında çocuğuma sevdiği yiyecekleri teklif ederim.	Sıklık (n)	184	60	28	220	308	800
	Yüzde(%)	23	7,5	3,5	27,5	**38,5**	100
Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum çok fazla abur cubur yer.	Sıklık (n)	80	36	20	109	555	800
	Yüzde(%)	10	4,5	2,5	13,6	**69,4**	100
Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum en sevdiği yiyecekleri çok fazla yer.	Sıklık (n)	101	48	20	129	502	800
	Yüzde(%)	12,6	6	2,5	16,1	**62,8**	100
Çocuğum her zaman tabağındaki yiyeceklerin hepsini yemelidir.	Sıklık (n)	251	80	29	212	228	800
	Yüzde(%)	31,4	10	3,6	26,5	**28,5**	100
Çocuğumun yeterince yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmak zorundayım.	Sıklık (n)	49	74	30	152	495	800
	Yüzde(%)	6,1	9,3	3,8	19	**61,9**	100
Çocuğum aç olmadığını söylese de, yemek yemesi için ısrar ederim.	Sıklık (n)	351	89	47	114	199	800
	Yüzde(%)	43,9	11,1	5,9	14,3	**24,9**	100
Çocuğumun yiyeceklerini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum gerekenden daha az yer.	Sıklık (n)	125	50	38	143	444	800
	Yüzde(%)	15,6	6,3	4,8	17,9	**55,5**	100
		Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman	Toplam
Çocuğunuzun tükettiği şekerli yiyecekleri(şeker, dondurma, pastavb.) ne kadar takip edersiniz?	Sıklık (n)	5	21	40	206	528	800
	Yüzde(%)	0,6	2,6	5	25,8	**66**	100
Çocuğunuzun tükettiği atıştırmalık yiyecekleri(cipsler, Doritos vb.) ne kadar takip edersiniz?	Sıklık (n)	6	26	25	176	567	800
	Yüzde(%)	0,8	3,3	3,1	22	**70,9**	100
Çocuğunuzun tükettiği aşırı yağlı yiyecekleri ne kadar takip edersiniz?	Sıklık (n)	5	22	45	202	526	800
	Yüzde(%)	0,6	2,8	5,6	25,3	**65,8**	100

Tablo 6'da annelerin Çocuk Besleme Anketi ölçeğinin her soru ve ayrıca alt boyutlarının ortalama puanları verilmiştir. Ebeveynler "algılanan sorumluluk" alt boyutundan ortalama12,64±0,08 puan alırken ifadelere genel olarak "her zaman" ve "sık sık" yanıtlarını vermişlerdir. Diğer yandan "algılanan aile vücut ağırlığı" alt boyutundan ortalama puan11,71±0,77 olup ve ifadelere genel olarak "normal" yanıtını verilmştir. Ebeveynlerin "algılanan çocuk vücut ağırlığı" alt boyutu puan ortalaması8,75±0,58 olup ifadelere genel olarak "normal" yanıtını vermişlerdir. Diğer alt boyutlardan"çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi" ortalama puanı11,05±0,08dir, ifadelere genel olarak "ilgiliyim", ve"çok ilgiliyim" yanıtlarını vermişlerdir. Ebeveynler "kısıtlama" alt boyutundan ortalama32,04±0,19 puan alıp bu boyutta yer alan ifadelere genel olarak"katılıyorum" yanıtını vermiştir. Anneler ölçekte yer alan "yeme baskısı" alt boyutundan ortalama 13,88±0,15 puan alıp ifadelere genel olarak "katılıyorum"yanıtını vermiştir ve son olarak"izlem" alt boyutundan 13,65±0,07 alıp ve ifadelere genel olarak "katılıyorum" yanıtını vermiştir.

Tablo 6: Çocuk Besleme Anketi'ne Ait Puan Ortalamaları

	Minimum Puan	Maximum Puan	Ortalama Puan	Standart Hata
Algılanan Sorumluluk	5	15	12,64	0,08
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	5	19	11,71	0,07
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	3	15	8,75	0,05
Çocuk Vücut Ağırlığına İlgi	3	15	11,05	0,08
Kısıtlama	12	40	32,04	0,19
Yeme Baskısı	4	20	13,88	0,15
İzlem	3	15	13,65	0,07

3.1.3. Çocuk Yeme Davramışı Anketine Ait Bulgular

Tablo 7'de ebeveynlerin Çocuk Yeme Davranışı Anketi puanlarının dağılımı bulunmaktadır. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (% 37) çocuklarının yiyecekleri yemeği sevmesi durumuna "genellikle" % 70,5'si çocuğum endişeliyken ve üzgün olduğunda çok

yer ifadesine “hiçbir zaman”, çocuğunun çok iştahlı olması ifadesine % 42’si “nadiren”, % 28,5’i çocuğum yeni bir besini başlangıçta reddeder ifadesine nadiren, % 27,6’si çocuğum yorgunken daha az yer ifadesine “çoğunlukla”, %51,5’i çocuğum sürekli yemek ister ifadesine “hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu çocuğum sıkıntılı ve rahatsız olduğunda çok yer, izin verilse çocuğum çok fazla yemek ister ve çocuğum huzursuz ve endişeliyken çok yer ifadelerine “çoğunlukla”yanıtını vermiştir. Ebeveynlerin % 38,5’i çocuğum tabağında yemek bırakır ifadesine“nadiren” yanıtını, % 80’si şans verilse çocuğum tüm zamanını yemek yiyerekgeçirir ifadesine “hiçbir zaman” yanıtını, % 33,6’i çocuğum yemeği bitmeden doyar ifadesine“genellikle” yanıtını vermiştir. Ebeveynlerin % 28,5’si çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer ifadesine çoğunlukla ve diğer taraftan %57,8’si çocuğum yapacak uğraşı olmadığında daha çok yerifadesine, % 32,5’i çocuğum şans verilse gün boyu içecek içecektir ifadesine” ve %43,5’si şans verilse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar ifadesine “asla” yanıtını verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 7: Çocuk Yeme Davranışı Özellikleri

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Genellikle	Çoğunlukla	Her zaman	Toplam
Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever	Sıklık (n)	23	212	296	166	103	800
	Yüzde(%)	2,9	26,5	37	20,8	12,9	100
Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer	Sıklık (n)	564	202	14	10	10	800
	Yüzde(%)	70,5	25,3	1,8	1,3	1,3	100
Çocuğum çok iştahlıdır	Sıklık (n)	174	336	203	56	31	800
	Yüzde(%)	21,8	42	25,4	7	3,9	100
Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir	Sıklık (n)	244	348	143	50	15	800
	Yüzde(%)	30,5	43,5	17,9	6,3	1,9	100
Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir	Sıklık (n)	132	280	212	148	28	800
	Yüzde(%)	16,5	35	26,5	18,5	3,5	100
Çocuğum sürekli içecek bir şey ister	Sıklık (n)	122	326	176	115	61	800
	Yüzde(%)	15,3	40,8	22	14,4	7,6	100
Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder	Sıklık (n)	92	226	225	157	100	800
	Yüzde(%)	11,5	28,3	28,1	19,6	12,5	100

Çocuğum yavaş yer	Sıklık (n)	62	187	274	175	102	800
	Yüzde(%)	7,8	23,4	34,3	21,9	12,8	100
Çocuğum kızgınken, sinirliyken daha az yer	Sıklık (n)	153	148	151	250	98	800
	Yüzde(%)	19,1	18,5	18,9	31,3	12,3	100
Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır	Sıklık (n)	171	293	182	112	42	800
	Yüzde(%)	21,4	36,6	22,8	14	5,3	100
Çocuğum yorgunken daha az yer	Sıklık (n)	106	179	213	221	81	800
	Yüzde(%)	13,3	22,4	26,6	27,6	10,1	100
Çocuğum sürekli yemek ister	Sıklık (n)	412	273	64	34	17	800
	Yüzde(%)	51,5	34,1	8	4,3	2,1	100
Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer	Sıklık (n)	613	152	15	11	9	800
	Yüzde(%)	76,6	19	1,9	1,4	1,1	100
İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir	Sıklık (n)	528	193	46	20	13	800
	Yüzde(%)	66	24,1	5,8	2,5	1,6	100
Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer	Sıklık (n)	639	126	17	13	5	800
	Yüzde(%)	79,9	15,8	2,1	1,6	0,6	100
Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır	Sıklık (n)	224	277	184	85	30	800
	Yüzde(%)	28	34,6	23	10,6	3,8	100
Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır	Sıklık (n)	58	308	236	139	59	800
	Yüzde(%)	7,3	38,5	29,5	17,4	7,4	100
Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor	Sıklık (n)	141	313	165	120	61	800
	Yüzde(%)	17,6	39,1	20,6	15	7,6	100
Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir,	Sıklık (n)	641	106	20	18	15	800
	Yüzde(%)	80,1	13,3	2,5	2,3	1,9	100
Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker	Sıklık (n)	337	278	114	56	15	800
	Yüzde(%)	42,1	34,8	14,3	7	1,9	100
Çocuğum yemeği bitmeden doyar	Sıklık (n)	85	253	269	140	53	800
	Yüzde(%)	10,6	31,6	33,6	17,5	6,6	100
Çocuğum yemek yemekten hoşlanır	Sıklık (n)	90	261	282	135	32	800
	Yüzde(%)	11,3	32,6	35,3	16,9	4	100
Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer	Sıklık (n)	188	241	207	131	33	800
	Yüzde(%)	23,5	30,1	25,9	16,4	4,1	100
Çocuğumu yemekle mutlu etmek zordur	Sıklık (n)	135	268	215	142	40	800
	Yüzde(%)	16,9	33,5	26,9	17,8	5	100
Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer	Sıklık (n)	158	177	155	228	82	800
	Yüzde(%)	19,8	22,1	19,4	28,5	10,3	100

Çocuğum çabuk doyar	Sıklık (n)	57	212	334	134	63	800
	Yüzde(%)	7,1	26,5	41,8	16,8	7,9	100
Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer	Sıklık (n)	462	199	73	50	16	800
	Yüzde(%)	57,8	24,9	9,1	6,3	2	100
Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur	Sıklık (n)	265	236	160	101	38	800
	Yüzde(%)	33,1	29,5	20	12,6	4,8	100
Çocuğum şans verilirse, gün boyu içecek (meşrubat, su vs.) içecektir	Sıklık (n)	260	228	153	103	56	800
	Yüzde(%)	32,5	28,5	19,1	12,9	7	100
Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez	Sıklık (n)	60	115	188	228	209	800
	Yüzde(%)	7,5	14,4	23,5	28,5	26,1	100
Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir	Sıklık (n)	226	266	144	111	53	800
	Yüzde(%)	28,3	33,3	18	13,9	6,6	100
Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir	Sıklık (n)	219	310	143	102	26	800
	Yüzde(%)	27,4	38,8	17,9	12,8	3,3	100
Çocuğum tadını bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir	Sıklık (n)	146	235	188	146	85	800
	Yüzde(%)	18,3	29,4	23,5	18,3	10,6	100
Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar	Sıklık (n)	348	195	111	104	42	800
	Yüzde(%)	43,5	24,4	13,9	13	5,3	100
Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer	Sıklık (n)	108	270	217	145	60	800
	Yüzde(%)	13,5	33,8	27,1	18,1	7,5	100

3.2. ÇOCUK VKI'NE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULAR

3.2.1. Anne ve Baba Eğitim, Çalışma Durumu ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

Anne eğitim düzeyi($p<0.01$), çalışma durumu($p<0.01$) ve gelir düzeyi($p<0.01$) ile annenin VKI kategorileri arasında yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Lise ve üniversite mezunu annelerde obezite oranı %4,6 ve %4,6 iken okuryazar olmayanlarda %20 olarak tespit edilmiştirAyrıca çalışan annelerde obezite oranı %4,9 iken, çalışmayan annelerde %12 olarak belirlenmiştir(Tablo 8). Üniversite mezunu babalarda obezite oranı %10,5 ve iken okuryazar olmayanlarda %15,8 olarak tespit edilmiştir Tablo. Gelir durumu yüksek olarak bildirenlerde obezite oranı %1,2 ve

düşük olarak bildirenlerde %26 olarak tespit edilmiştir (Tablo 9). Baba eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile baba VKI kategorileri arasında yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 8: Anne Eğitim, Çalışma Durumu ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

		Zayıf(18.5'dan az)	Normal(18.5-24.99) n(%)	Fazla kilolu(25-29.9) n(%)	Obez(30..) n(%)	p değeri
Anne eğitim	Okuryazar değil	0(0.0%)	17(48.6%)	11(31.4%)	7(20.0%)	0,000
	İlköğretim	2(1.7%)	50(42.7%)	43(36.8%)	22(18.8%)	
	Ortaeğitim	5(3.4%)	82(56.2%)	38(26.0%)	21(14.4%)	
	Lise	10(4.6%)	125(57.1%)	74(33.8%)	10(4.6%)	
	Üniversite	7(2.5%)	198(70.0%)	65(23.0%)	13(4.6%)	
Anne çalışıyor mu?	Evet	12(3.7%)	217(66.8%)	80(24.6%)	16(4.9%)	0,000
	Hayır	12(2.5%)	255(53.7%)	151(31.8%)	57(12.0%)	
Gelir düzeyi	Düşük	2(1,8%)	43(38,7%)	37(33.3%)	29(26.1%)	0,000
	Orta	20(3.3%)	372(61.2%)	173(28.5%)	43(7.1%)	
	Yüksek	2(2.5%)	57(70.4%)	21(25.9%)	1(1.2%)	

Tablo 9: Baba Eğitim, Çalışma Durumu ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

		Zayıf(18.5'dan az)	Normal(18.5-24.99) n(%)	Fazla kilolu(25-29.9) n(%)	Obez(30..) n(%)	p değeri
Baba eğitim	Okur yazar değil ve ilköğretim	2(1.2%)	59(36,7%)	80(48,8%)	23(14%)	0,152
	Ortaeğitim	0(0%)	31(36,5%)	46(54,1%)	8(9,4%)	
	Lise	3(1,3%)	89(39%)	100(43,9%)	36(15,8%)	
	Üniversite	5(0,6%)	322(40,3%)	372(46,5%)	101(12,6%)	
Gelir düzeyi	Düşük	2(1,8%)	43(38,7%)	53(47,7%)	13(11,7%)	
	Orta	3(0,5%)	239(39,3%)	287(47,2%)	79(13%)	
	Yüksek	0(0%)	40(49,4%)	32(39,5%)	9(11,1%)	0,39

3.2.2. Çocuk Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan çocukların cinsiyetleri ile çocuk VKI katergorileri arasında yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.01). Kız ve erkekler arasındak, farklılık lara bakacak olursak kızların %3,3 erkeklerin ise %20,2'sinin obez, kızların %7,3, erkeklerin ise %11,7'sinin fazla kilolu ve kızların %13,8'inin ve erkeklerin %3,2'sinin zayıf olduğu tespit edilmiştir(Tablo 10).

Tablo 10: Çocuk Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

		CocukVKIkategorisi				
		Zayıf(5'den az)n(%)	Normal(5-85) n(%)	Fazla kilolu(85-95) n(%)	Obez(95'den büyük) n(%)	P değeri
Çocuk Cinsiyet	Erkek	13(**3.2%**)	259(64.6%)	47(**11.7%**)	82(**20.4%**)	0,000
	Kız	55(**13,8.0%**)	302(75.7%)	29(**7.3%**)	13(**3.3%**)	

3.2.3. Ebeveyn Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

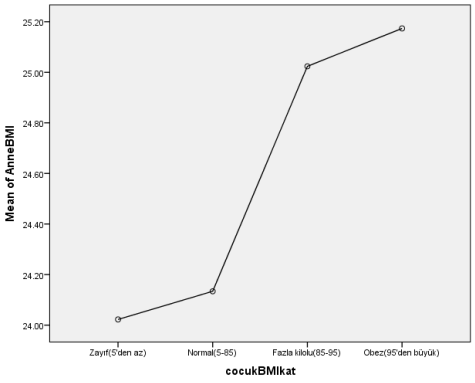
Çalışmada çocuk VKI kategorileri ve annenin VKI percent'leri arasında yapılan Anova'da anlamlı bir farklılık (p =0.044)olduğu ve çocuk zayıf iken anne VKI ortalamasının 24.02±3,73 ve çocuk obez iken 24,3±4,04 olduğu(Tablo 11) ve zayıftan obeze doğru artış olduğu görülmüştür(Şekil 6).

Ayrıca çocuk VKI kategorileri ve baba VKI percent'leri arasında yapılan Anova'da anlamlı bir farklılık (p =0.001)olduğu ve çocuk zayıf iken baba VKI ortalamasının 25.90±3,18 ve çocuk obez iken 27,41+- 3,72 olduğu(Tablo 11) ve zayıftan obeze doğru artış olduğu görülmüştür (Şekil 7). Bu farklılğın ise asıl kaynağının yapılan post hoc analizlerde zayıf-obez ve normal-obez kilolu çocukların babaların VKI'indeki farklılıklardan kaynaklandığı görülmüştür.

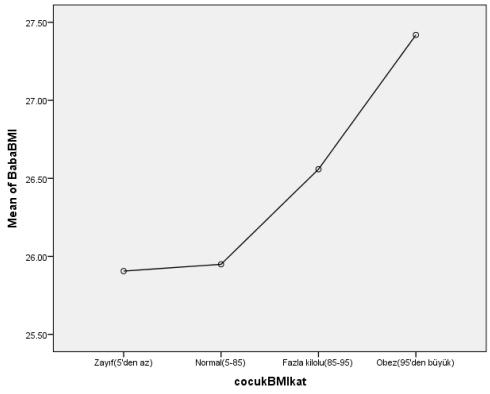
Tablo 11: Ebeveyn Cinsiyeti ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

		Sayı (n)	Ortalama Anne VKI	Standart Sapma-Anne	Standart Hata-Anne	P değeri-Anne	Ortalama Baba VKI	Standart Sapma_Baba	Standart Hata-Baba	P değerri-Baba
Çocuk VKI kategorileri	Zayıf(5'den az)	68	24,02	3,73	0,45	0,04	**25,91**	3,18	0,39	0,01
	Normal(5-85)	561	24,13	3,93	0,17		25,95	3,36	0,14	
	Fazla kilolu(85-95)	76	25,02	4,58	0,53		26,56	3,55	0,41	
	Obez(95'den büyük)	95	25,17	4,33	0,44		**27,42**	3,73	0,38	

Şekil 6: Anne VKI ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki



Şekil 7: Baba VKI ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki



3.2.4. Ailenin Gelir Durumu, Anne-Baba Eğitim Durumu ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen ailelerin gelir durumu, annenin ve babanın eğitim durumuve anne iş durumu ile çocukların VKI kategorisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde ailelerin gelir durumu, annenin eğitimi ile farklılık tespit edilemezken babanın eğitim durumu ile çocukların VKI kategorisi arasında farklılık tepsit edilmiştir(p=0,031)(Tablo12). Baba üniversite mezunu(%9,3) ve lise mezunu(%14,5) olduğunda okuryazar olamayan(%21,1) ve ilköğretim mezunlarına (%11) göre obezite oranlarının daha düşük olduğu ve aynı şekilde üniversite mezunu(%7,4) ve lise mezunu olduğunda(%8,8) okuryazar olamayan(%21,1) ve ilköğretim mezunlarına(%11) göre zayıf ocukların oranını daha düşük bulunmuştur.

Tablo 12: Ailenin Gelir Durumu, Anne-Baba Eğitim Durumu ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

		Zayıf(5'den az)	Normal(5-85)	Fazla kilolu(85-95)	Obez(95'den büyük)	p değeri
Gelir düzeyi	Düşük	12(10.8%)	70(63.1%)	11(9.9%)	18(16.2%)	0,329
	Orta	52(8.6%)	428(70.4%)	58(9.5%)	70(11.5%)	
	Yüksek	6(7.4%)	64(79.0%)	6(7.4%)	5(6.2%)	
Anne eğitim	Okuryazar değil	7(20.0%)	19(54.3%)	4(11.4%)	5(14.3%)	0,403
	İlköğretim	9(7.7%)	79(67.5%)	14(12.0%)	15(12.8%)	
	Ortaeğitim	12(8.2%)	102(69.9%)	10(6.8%)	22(15.1%)	
	Lise	21(9.6%)	155(70.8%)	21(9.6%)	22(10.0%)	
	Üniversite	21(7.4%)	207(73.1%)	26(9.2%)	29(10.2%)	
Baba eğitim	Okuryazar değil ve ilköğretim	20(12,2%)	104(63,4%)	20(12,2%)	20(12,2%)	0,031
	Ortaeğitim	4(4,7%)	56(65,9%)	13(15,3%)	12(14,1%)	
	Lise	20(8,8%)	162(71,1%)	13(5,7%)	33(14,5%)	
	Üniversite	24(7,4%)	239(74%)	30(9,3%)	30(9,3%)	
Anne çalışıyor mu?	Evet	27(8.3%)	244(75.1%)	23(7.1%)	31(9.5%)	0,07
	Hayır	43(9.1%)	318(66.9%)	52(10.9%)	62(13.1%)	

3.2.5. Çocuk Beslenme Alışkanlıkları ile Çocuk VKI Arasındakı İlişki

Çocuğun anne sütü alıp almadığı ve ek besine geçiş süresi(6 ay öncesi ve sonrrası) ile çocuk VKI kategorileri arasında bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklıllık tespit edilememiştir (p>0.05).

Diğer taraftan çocuğun mama ile beslenip beslenmediği ile çocuk VKI arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık vardır (p=0,016). Mama ile beslenen çocuklarda fazla kilolu ve obez olanların %12,7 ila %12,4 olduğu, mama ile beslenmeyenlerde ise fazla kilolu ve obez olanların %6,4 ve %10,9 olduğu yani; mama ile beslenmenin fazla kilolu ve obez olma oranlarını artırdığı söylenebilir(Tablo 13).

Tablo 13: Çocuk Beslenme Alışkanlıkları ile Çocuk VKI Arasındakı İlişki

		Zayıf(5'den az)	Normal(5-85)	Fazla kilolu(85-95)	Obez(95'den büyük)	p değeri
Anne sütü aldı mı?	Evet	65(8,6%)	534(70,8%)	68(9%)	87(11,5%)	0,134
	Hayır	3(6,5%)	27(58,7%)	8(17,4%)	8(17,4%)	
Mama ile beslendi mi?	Evet	33(8.7%)	251(66.2%)	48(12.7%)	47(12.4%)	0,016
	Hayır	37(8.8%)	311(73.9%)	27(6.4%)	46(10.9%)	
Ek besine ne zaman geçti?	6 ay öncesi	50(8.7%)	401(70.0%)	56(9.8%)	66(11.5%)	0,944
	6 ay ve sonrası	20(8.8%)	161(70.9%)	19(8.4%)	27(11.9%)	

3.2.6. Çocuk Ev Ortamı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

Çalışmamıza katılan çocukların ev ortamı ile çocuğun VKI kategorisi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0.05$); ev ortamını değerlendirmek amacıyla değerlendirilen kriterler ailenin çekirdek/kalabalık aile olması, yemeği kimin yedirdiği (Başkası/Kendi±Başkası), ve çocuğun kreşe gidip gitmediğidir(Tablo 14).

Tablo 14: Çocuk Ev Ortamı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

		Zayıf(5'den az)	Normal(5-85)	Fazla kilolu(85-95)	Obez(95'den büyük)	p değeri
Evdeki yetişkinler	Çekirdek aile	60(8,9%)	462(68,9%)	68(10,1%)	81(12,1%)	0,282
	Kalabalık aile	8(6,2%)	99(76,7%)	8(6,2%)	14(10,9%)	
Yemeği nasıl yer?	Başkası	16(7,8%)	153(75%)	12(5,9%)	23(11,3%)	0,178
	Kendi±Başkası	52(8,7%)	408(68,5%)	64(10,7%)	72(12,1%)	
Kreşe gidiyor mu?	Evet	29(10.1%)	207(72.1%)	21(7.3%)	30(10.5%)	0,294
	Hayır	41(8.0%)	355(69.2%)	54(10.5%)	63(12.3%)	

3.2.7. Yemek Seçme, Yeme Problemi, Atıştırma, Baskı, Çocuğun Yemek Sırasındaki Davranışları ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

Çalışmamıza katılan çocukları ebeveynin seçici olarak nitelendirilip nitelendirmediği ile çocuğun VKI kategorisi arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde bir farklılık tespit edilememiştir. Yine ailede yemek seçenin olup olmaması ile ailede yemek seçenin kim olduğu ile VKI kategorisi arasında bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0.05$). Ancak annenin yemek seçmesi ile çocuk VKI kategorileri arasında anlamlı bir farklılık ($p<0,05$) tespit edilirken babanın ya da kardeşin yemek seçmesi ile çocuk VKI kategorileri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Öğün aralarında atıştırma alışkanlığı olan çocuklarda obezitenin daha yüksek olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ancak Tablo15'de de görüldüğü gibi atıştıran çocukların %8,1'i zayıfken, %10'u fazla kilolu ve %12,8'i obez ve atıştırmayanların ise %11'inin zayıf ve %6,9'unun fazla kilolu-obez olduğu tespit edilmiştir; yani atıştıranlarda fazla kilolu ve obez oranlarının atıştırmayanlara göre fazla olduğu ve atıştırmayanlarda ise zayıf olanların atıştıranlara göre fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çocuğa yemek konunda baskı yapıldığı takdirde ("Reddettiğinde kızar mısınız" sorusu)çocuk VKI kategorileri arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) ancak Tablo 15'de de görüldüğü üzere çocuğa yemek konusunda baskı yapıldığı takdirde hem obez olanların(%12,5) hem de zayıf olanların(%11,4) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çocuğun öğün sırasındaki TV/tablet/telefon izleme ve kullanma, etrafta dolaşma, oyun oynama gibi davranışların çocığun VKI'i üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Çocukta yeme problemi olup olmadığı ile çocuğun VKI kategorisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir($p=0,01$). Çocuğunda yeme problem olduğunu belirtenlerin çocuklarının %11,5 zayıf olduğu ve diğer taraftan %7,7 fazla kilolu olduğu ve %8,5 obez olduğu tespit edilirken, çcocuğunda yeme problem olmadığını belirtenlerin %6 zayıf olduğu ve diğer taraftan %11 fazla kilolu olduğu ve %15 obez olduğu tespit edilmiştir. Sonuçta yeme problemi olduğu belirtilen çocukların daha zayıf, yeme problemi olmadığı belirtilenlerin ise daha fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 15: Yemek Seçme, Yeme Problemi, Atıştırma, Baskı, Çocuğun Yemek Sırasındaki Davranışları ve Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

		Zayıf(5'den az)	Normal(5-85)	Fazla kilolu(85-95)	Obez(95'den büyük)	p değeri
Ailede yemek seçen var mı?	Evet	44(9.5%)	325(70.0%)	40(8.6%	55(11.9%)	0,704
	Hayır	26(7.7%)	237(70.5%)	35(10.4%)	38(11.3%)	
Anne yemek seçiyor mu?	Evet	15(%14,6)	75(%72,8)	6(%5,8)	7(%6,8)	0,042
	Hayır	29(%8)	248(%68,7)	36(%10)	48(%13,3)	
Baba yemek seçiyor mu?	Evet	22(8,8)	177(%71,1)	20(%8)	30(%12)	0,792
	Hayır	22(%10,2)	146(%67,9)	22(%10,2)	25(%11,6)	
Kardeş yemek seçiyor mu?	Evet	17(%10)	110(%64,7)	19(%11,2)	24(%14,1)	0,32
	Hayır	27(%9,2)	213(%72,4)	23(%7,8)	31(%10,5)	
Çocuk yemek seçiyor mu?	Evet	48(%9,8)	345(%70,4)	48(%9,8)	49(%10)	0,195
	Hayır	22(%7,1)	217 (%70)	27(%8,7)	44(%14,2)	
Atıştırır mı?	Evet	52(8.1%)	443(69.1%)	64(10.0%)	82(12.8%)	0,067
	Hayır	18(11.3%)	119(74.8%)	11(6.9%)	11(6.9%)	
Reddettiğinde kızar mısınız?	Evet	42(11.4%)	247(66.9%)	34(9.2%)	46(12.5%)	0,074
	Hayır	28(6.5%)	315(73.1%)	41(9.5%)	47(10.9%)	
Yeme problemi var mı?	Evet	47(11.4%)	300(72.5%)	32(7.7%)	35(8.5%)	0,01
	Hayır	23(6.0%)	262(67.9%)	43(11.1%)	58(15.0%)	
Yemek sırasında TV/tablet/telefon?	Evet	48(9.5%)	348(68.8%)	48(9.5%)	62(12.3%)	0,623
	Hayır	22(7.5%)	214(72.8%)	27(9.2%)	31(10.5%)	
Yemek sırasında oyun oynar mı?	Evet	37(9.7%)	279(72.8%)	30(7.8%)	37(9.7%)	0,127
	Hayır	33(7.9%)	283(67.9%)	45(10.8%)	56(13.4%)	
Yemek sırasında dolaşır mı?	Evet	20(6.8%)	214(73.0%)	25(8.5%)	34(11.6%)	0,421
	Hayır	50(9.9%)	348(68.6%)	50(9.9%)	59(11.6%)	
Yemek sırasında döküp saçmasına müsaade eder misiniz?	Evet	30(9.0%)	234(69.9%)	33(9.9%)	38(11.3%)	0,974
	Hayır	40(8.6%)	328(70.5%)	42(9.0%)	55(11.8%)	

3.2.8. Şişmanlık ve Zayıflık Konusundaki Algı ve Çocuk VKI Arasındaki İlişki

Ailenin şişmanlık ve zayıflık konusundaki algılarını değerlendirmek amacıyla ebeveyne sorulan ”Sizce şişmanlık sağlık sorunu mu?” ve “Sizce zayıflık sağlık sorunu mu?” sorularına verilen yanıtlar ile çocuğun VKI durumu ki kare ile değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık elde edilmiştir($p<0.01$). Fazla kilolu ve obez olanlarda şişmanlığı sağlık sorunu olarak görenlerin oranı (%98,2) zayıf olanlarda sağlık sorunu olarak görenlerden (%85,7) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuk zayıf olduğu takdirde ise şişmanlığı sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin oranı(%14,3) artmaktadır(Tablo 16). Aynı değerlendirme zayıflığı sağlık sorunu olarak görenlerde yapıldığında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir(Tablo 16).

Tablo 16: Şişmanlık ve Zayıflık Konusundaki Algı ve Çocuk VKI arasındaki İlişki

		Sizce şişmanlık sağ□ık sorunu mu?			Sizce zayıflık sağlık sorunu mu?		
		Evet	Hayır	P değeri	Evet	Hayır	P değeri
Çocuk VKI □ategorileri	Zayıf	60(%85,7)	10(%14,3)	0,000	43(%61,4)	27(%38,6)	□,143
	□or□al	534(%95)	28(%5)		403(%71,7)	159(%28,3)	
	Fazla ki□olu ve Obez	1□5(%98□2)	3□□,8)		124(%73,8)	44%26,2	

3.2.9. Çocuk Beslenme Davranışı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

Çocuk beslenme davranışları, çocukların vücut kitle indekslerine göre önemli farklılıklar gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tokluk heveslisi(p= ,895), içme tutkusu(p= ,120), duygusal fazla

yeme(p=0,096), yavaş yeme(p=0,828), duygusal az yeme(p=0,597),yemek seçiciliği(p=0,172), içme tutkusu(p=0,120), gıdadan kaçınma(p=0,595) için önemli farklılıkların olmadığı belirlenirken; gıdadan keyif alma (*p*= ,01), gıda heveslisi (*p*= ,000), gıda erişimi (*p*= 0,03) önemli farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Varyansın homojenlik testi sonucunda gıdadan keyif alma (Levene *p*= ,719) ve gıda heveslisi(*p*= ,552) ve gıda erişimi(Levene *p*= ,386) homojenliğin sağlandığı ve bunun için kullanılan post hoc analizi Scheffe sonucunda "gıdadan keyif alma" için farklılığın ana nedeninin zayıfların ve fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan almasından ve "gıda heveslisi" için zayıfların obezlerden ve normallerin obezlerden daha düşük puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 17: Çocuk Beslenme Davranışı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

		Sıklık (n)	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	P değeri
Gıdadan keyif alma	Zayıf(5'den az)	68	11,60	3,45	,41	**,001**
	Normal(5-85)	561	12,63	3,72	,15	
	Fazla kilolu(85-95)	76	13,94	3,85	,44	
	Obez(95'den büyük)	95	13,37	4,01	,41	
	Total	800	12,76	3,78	,13	
Tokluk heveslisi	Zayıf(5'den az)	68	19,85	4,88	,59	,895
	Normal(5-85)	561	20,34	5,10	,21	
	Fazla kilolu(85-95)	76	20,17	5,03	,57	
	Obez(95'den büyük)	95	20,25	5,30	,54	
	Total	800	20,27	5,09	,18	
Duygusal fazla yeme	Zayıf(5'den az)	68	5,88	2,32	,28	,096
	Normal(5-85)	561	5,55	2,04	,08	
	Fazla kilolu(85-95)	76	5,69	1,84	,21	
	Obez(95'den büyük)	95	6,09	2,24	,22	
	Total	800	5,66	2,08	,07	
Yavaş yeme	Zayıf(5'den az)	68	10,38	3,31	,40	,828
	Normal(5-85)	561	10,53	3,50	,14	
	Fazla kilolu(85-95)	76	10,60	3,60	,41	
	Obez(95'den büyük)	95	10,20	3,51	,36	

	Total	800	10,48	3,49	,12	
Duygusal az yeme	Zayıf(5'den az)	68	11,10	3,02	,36	,597
	Normal(5-85)	561	11,39	3,57	,15	
	Fazla kilolu(85-95)	76	11,56	3,84	,44	
	Obez(95'den büyük)	95	10,93	3,92	,40	
	Total	800	11,32	3,59	,12	
Yemek seçiciliği	Zayıf(5'den az)	68	6,35	2,44	,29	,172
	Normal(5-85)	561	6,98	2,74	,11	
	Fazla kilolu(85-95)	76	7,22	2,46	,28	
	Obez(95'den büyük)	95	7,21	2,70	,27	
	Total	800	6,98	2,69	,09	
Gıda hevesli	Zayıf(5'den az)	68	7,70	2,44	,29	**,000**
	Normal(5-85)	561	8,62	3,16	,13	
	Fazla kilolu(85-95)	76	8,98	2,98	,34	
	Obez(95'den büyük)	95	9,77	3,17	,32	
	Total	800	8,71	3,12	,11	
İçme Tutkusu	Zayıf(5'den az)	68	6,76	3,17	,38	,120
	Normal(5-85)	561	7,23	2,91	,12	
	Fazla kilolu(85-95)	76	7,82	3,01	,34	
	Obez(95'den büyük)	95	7,58	2,99	,30	
	Total	800	7,29	2,96	,10	
Gıda Erişimi	Zayıf(5'den az)	68	30,41	6,63	,80	**,003**
	Normal(5-85)	561	32,65	7,50	,31	
	Fazla kilolu(85-95)	76	34,50	7,55	,86	
	Obez(95'den büyük)	95	34,09	8,03	,82	
	Total	800	32,80	7,55	,26	
Gıdadan kaçınma	Zayıf(5'den az)	68	47,69	9,90	1,20	,595
	Normal(5-85)	561	49,26	9,93	,41	
	Fazla kilolu(85-95)	76	49,56	10,94	1,25	
	Obez(95'den büyük)	95	48,60	9,62	,98	
	Total	800	49,07	9,99	,35	

3.2.10. Ebeveynin Çocuk Besleme Davranışları ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

Ebeveynlerin çocuğun beslenmesindeki tutum ve davranışlarının, çocukların vücut kitleindekslerine göre önemli farklılıklar gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Algılanan sorumluluk (F4-343= ,833, *p*= ,476), çocuk ağırlığı hakkında ilgi konusunda(F4-344= 2,518, *p*= ,057) önemli farklılıkların olmadığı belirlenirken, algılanan aile vücut ağırlığı (F4-346= 4,698, *p*= ,03), algılanan cocuk vücut ağırlığı (F4-346= 12,981, *p*= ,000) kısıtlama (F4-344= 4,88, *p*= 0,02), yeme baskısında (F4-345= 4,66, *p*= ,03) ve izlemde (F4-343= 3,17, *p*= ,023) önemli farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Varyansın homojenlik testi sonucunda algılanan aile vücut ağırlığı (Levene *p*= ,918) ve kısıtlama(*p*= ,077) homojenliğin sağlandığı ve bunun için Tukey; algılanan cocuk vücut ağırlığı (*p*=,005) yeme baskısında (*p*= ,018) ve izlemde (*p*= ,032) ise Dunnett C testleri kullanılmıştır. Schefffe uygulanan "algılanan aile vücut ağırlığı" için farklılığın ana nedeninin zayıfların ve fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan almasından ve "kısıtlama" için obezlerin normallerden daha fazla puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Dunnett C uygulanan "algılanan çocuk vücut ağırlığı" için farklılığın ana kaynağının zayıfların normal, fazla kilolu, obezlerden daha düşük puan almasından ve ayrıca normallerin fazla kilolu, obezden daha düşük puan almaısndan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Dunnett C uygulanan "yeme baskısı" için ise normallerin ve obezlerden daha düşük puan aldığı, "izlem" için ise normallerin fazla kilolulardan daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 18: Ebeveynin Çocuk Besleme Davranışı ile Çocuk VKI Kategorileri Arasındaki İlişki

		Sıklık (n)	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	P değeri
Algılanan Sorumluluk	Zayıf(5'den az)	68	12,76	2,26	,27	0,476
	Normal(5-85)	561	12,61	2,30	,09	
	Fazla kilolu(85-95)	76	12,98	2,15	,24	
	Obez(95'den büyük)	95	12,48	2,11	,21	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Zayıf(5'den az)	68	11,04	2,30	,27	,003
	Normal(5-85)	561	11,65	2,15	,09	
	Fazla kilolu(85-95)	76	12,26	2,16	,24	
	Obez(95'den büyük)	95	12,07	2,31	,23	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Zayıf(5'den az)	68	7,98	1,62	,19	,000
	Normal(5-85)	561	8,67	1,54	,06	
	Fazla kilolu(85-95)	76	9,34	1,49	,17	
	Obez(95'den büyük)	95	9,32	2,04	,20	
Çocuk Vücut Ağırlığına İlgi	Zayıf(5'den az)	68	11,58	2,19	,26	,057
	Normal(5-85)	561	11,02	2,38	,10	
	Fazla kilolu(85-95)	76	11,30	2,47	,28	
	Obez(95'den büyük)	95	10,63	2,03	,20	
Kısıtlama	Zayıf(5'den az)	68	32,75	5,51	,66	,002
	Normal(5-85)	561	31,56	5,77	,24	
	Fazla kilolu(85-95)	76	33,42	5,25	,60	

	Obez(95'den büyük)	95	33,30	4,73	,48	
Yeme baskısı	Zayıf(5'den az)	68	14,79	3,90	,47	,003
	Normal(5-85)	561	13,61	4,33	,18	
	Fazla kilolu(85-95)	76	13,55	4,53	,52	
	Obez(95'den büyük)	95	15,11	3,53	,36	
İzlem	Zayıf(5'den az)	68	13,82	1,53	,18	,023
	Normal(5-85)	561	13,51	2,14	,09	
	Fazla kilolu(85-95)	76	14,15	1,78	,20	
	Obez(95'den büyük)	95	13,94	1,90	,19	

3.2.11. Ebeveynın Çocuk Besleme Davranışları ve Çocuk Beslenme Davranışları ve VKI Arasındaki İlişkinin Korelasyonla İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan çocukların VKI SD değerleri ile ÇYDA ve ÇBA alt boyut puanları arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan ve korelasyon katsayısının 0-0,25 arasında olması zayıf, 0,26-0,50 arasında olması orta, 0,51-0,75 arasında olması güçlü ve 0,76-1,00 arasında olması çok güçlü korelasyon olarak kabul edilerek korelasyon inclemesine göre(Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21);

- Gıdadan kaçınma faktörü içindeki yavaş yeme alt faktörü ile baskı arasında (β =0.305; $p < 0.01$) orta derecede pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ve yine diğer CFQ alt faktörleri ile yavaş yeme alt faktörü arasında düşük korelasyonda olmak üzere anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Yavaş yeme ile algılanan sorumluluk arasında(β=0,103; $p<0.01$), yavaş yeme ile algılanan çocuk ağrırlığı arasında(β=-0,208; $p<0.01$), yavaş yeme ile çocuk vücut ağırlığına ilgi arasında(β=-0,113; $p<0.01$), yavaş yeme ile kısıtlama

arasında(β=0,127; p<0.01), yavaş yeme ile izlem arasında(β=0,146; p<0.01) anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

- Bunun haricinde ÇYDA gıdadan kaçınma alt faktörleri tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği ile ÇBA faktörleri arasında düşük korelasyonda olmak üzere anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Tablo 19: Ebeveynin Çocuk Besleme Davranişlari ve Çocuk VKI Arasındaki Ilişki (ÇBA ve VKI SD)

	VKI SD
Algılanan Sorumluluk	,001
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	,137**
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	**,237****
Çocuk Vücut Ağırlığına İlgi	-,083*
Kısıtlama	,042
Yeme baskısı	,005
İzlem	,030

**Korelasyon 0.01 derecesinde önemli (2-uçlu).

* Korelasyon 0.05 derecesinde önemli (2-uçlu).

Tablo 20: Çocuk Beslenme Davranışları ve çocuk VKI Arasındaki Ilişki(ÇYDA ve VKI SD)

	VKI SD
Gıdadan keyif alma	**,175****
Tokluk heveslisi	,002
Duygusal fazla yeme	,049
Yavaş yeme	-,038
Duygusal az yeme	-,023
Yemek seçiciliği	**,081***
Gıda hevesli	**,191****
İçme Tutkusu	**,081***
Gıda Erişimi	**,156****
Gıdadan kaçınma	,001

**Korelasyon 0.01 derecesinde önemli (2-uçlu).

* Korelasyon 0.05 derecesinde önemli (2-uçlu).

Tablo 21: Ebeveynin Çocuk Besleme Davranışları ve Çocuk Beslenme Davranışları Arasındaki İlişki(ÇBA ve ÇYDA)

	Gıdadan keyif alma	Tokluk heveslisi	Duygusal fazla yeme	Yavaş yeme	Duygusal Az yeme	Yemek seçiciliği	Gıda heveslisi	İçme Tutkusu	Gıda Erişimi	Gıdadan ka çınma
Algılanan Sorumluluk	**,112****	**,071***	,020	**,103****	**,123****	**,106****	,044	**,145****	**,133****	**,145****
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	**,094****	-,004	,039	□028	,066	,027	,065	-,001	**,106****	,039
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	**,348****	**-,221****	,004	**-,208****	□,066	**,110****	**,159****	,021	**,209****	**-,180****
Çocuk Vücut Ağırlığına İlgi	-,008	,041	-,083*	**,113****	**,122****	,042	-,029	,023	,042	**,116****
Kısıtlama	,039	**,143****	**,144****	**,127****	**,193****	,041	**,141****	**,277****	**,170****	**,198****
Yeme baskısı	**-,090***	**,235****	**,164****	,305****	**,165****	,□57	**,075***	**,287****	,065	,302****
İzlem	,056	**,076***	,023	**,146****	**,145****	**,090***	,044	**,144****	**,116****	**,167****

**Korelasyon 0.01 derecesinde önemli (2-uçlu).

* Korelasyon 0.05 derecesinde önemli (2-uçlu).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1.SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE ÇOCUK VKI'NI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN TARTIŞMASI

Çocukların sağlığı ve sağlıklı yetişkinler olabilmesi sağlıklı bir ortamda büyümelerine dayanmakta ve sağlığın temeli çocukluk yıllarında atılmaktadır. Bir toplumun sağlıklı yetişkinler barındırabilmesi için çocukların zihinsel ve bedensel sağlığı ile çocukluk çağından itibaren ilgilenmek, mutlu ve sağlıklı bir toplumun sürekliliği adına gerekli ve akılcı bir yatırımdır[1], [2].

Okul öncesi dönem yetişkinlik için temel oluşturan pek çok alışkanlığın geliştirildiği bir dönemdir. Sağlığı etkileyebilecek alışkanlıklar ve somut algı bu dönem de kazanılmakta, anne ve babanın davranış ve tutumu, ailenin kültürel geleneksel yapısı, beslenme ortamı ve kamu politikaları da dahil olmak üzere birçok etmenden etkilenmektedir[4]. Okulöncesi dönemdeki ebeveyn besleme davranışlarını ve çocuk beslenme alışkanlıklarını incelemek önemlidir çünkü:

- Hızlı büyümenin motor ve kognitif gelişimin olduğu önemli bir dönemdir; beyin gelişimi büyük oranda yaşamın ilk yıllarında, özellikle anne karnında ve doğumdan sonraki ilk beş yılda gerçekleşmektedir[31].
- Çocuklar hala ebeveynlerine yemek konusunda bağımlıdır; ebeveynlerin gözetimi altında diğer çocuklarla sosyal etkileşimler kurmakta ve otonomi geliştirmektedir.
- Daha önceki yıllara göre çocuk-ebeveyn davranışları daha gelişmiş durumdadır[47],[49].
- Obezite önleme çalışmaları okul öncesi dönemde daha etkili olarak bulunmuştur[50].
- Yeme davranışlarının oluştuğu bir dönemdir.

- Daha önceki çalışmalara göre iştah özellikleri yaş bağımlı[43], [51], [52] ve birçoğu yaklaşık 3 yaşında stabil hale gelmektedir[51], [53].
- Ayrıca yemek reddetme veya çok az yemek olarak tanımlanan seçici yemek alışkanlıkları 3-5 yaş arasında daha yaygın olarak belirlenmiştir[54], [55].
- Bir yaşından önce bebekler ilk defa besin lezzeti ve yapısı ile karşılaşmakta ve bu yaşta neofobi tanımı için çok erken ve seçici olarak tanımı için uygun değildir[56].

Türkiye'de dünya çapında sık kullanılan ve geniş bir literatürün oluşmasına katkıda bulunan anketlerinin kullanıldığı bu populasyon bazlı bir çalışma ile okul öncesi dönem çocukların beslenme davranışları ve vücut ağırlığının saptanması sağlanarak bunlara etki eden etmenlerin incelenmesi planlanmıştır.

Bugün gelinen noktada çocukluk çağı obezitesi prevalansının 1970'lerdeki değerlerden 10 kat fazla olduğu bildirilmektedir [6]. NHANES raporuna göre 2-19 yaş arası çocuk ve ergenler için 1999-2004 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde şişmanlık sıklığı % 17,1 ve hafif şişmanlık sıklığı ise % 33.6 olarak, 2-5 yaş arası çocuklar için ise; çocukların % 13.9'u şişman ve % 26.2'si hafif şişman olarak raporlanmıştır [8]. CDC 2-19 yaş arası çocuk ve ergenlerde şişmanlık sıklığını 2003-2006 yılları için % 16,3 olarak tespit etmiştir.[9]. Avrupa'da yedi ülke içerisinde (Türkiye, Bulgaristan, Romanya, Litvanya, Almanya, İtalya ve Hollanda) ortalama yaşı 8,6±1,2, %50,2 erkek olan 5206 okul çocuğunda, Türk çocukları için obezite prevalansı %7,7 ile Avrupa'da Romanya'nın ardından ikinci sırada olduğu tespit edilmiştir[10].

COSI-TUR 2016 verilerine göre Türkiye'de ilkokul 2. sınıfa giden 7-8 yaş grubundaki çocukların %14,6'sı fazla kiloludur ve %9,9'u obezdir (sırası ile kızlarda %15,7 ve %8,5; erkeklerde %13,6 ve %11,3). Türkiye'de çeşitli bölgelerde, farklı yaş gruplarını kapsayan çok sayıda çalışma yayınlanmış olup obezite prevelansı %1,3 ila %20,5 arasında değişmektedir[10].(Tablo 1). Okul öncesi çocuklarda yapılan çalışmalarda bulunan obezite prevelanslarına değinmek gerekirse; gelişmekte olan ülkelerde okul öncesi çocuklar üzerinde 50 ülkenin incelendiği geniş çaplı bir çalışmada Turkiye'deki obezite prevalansı %2,2 olarak belirlenmiştir[323]. Muğla'da 2003 yılında ilkoğretime devam eden anaokulu cocuklarında fazla tartılı cocuk prevalansının %10,4, obezite prevalansının ise %11,1 olduğu bildirilmektedir [324]. Türkiye Nüfus Sağlığı

Araştırması 2013'te Türkiye genelinde okul öncesi çocuklarda boya göre fazla kilolu/obez oranı %8,6 ve yaşa göre fazla kilolu/obez oranı %6,6 olarak tespit edilmiştir[11]. Çalışmamızda çocukların %11,5'u obez, %9,5 fazla kilolu ve%8,5'i zayıf olarak tespit edilmiştir ve bu sonuçların literatürle benzer olduğu görülmüştür.

Kız ve erkekler arasında farklılık araştırıldığında kızların %3, erkeklerin ise %20,2'sinin obez, kızların %7,3, erkeklerin ise %11,5'unun fazla kilolu ve kızların %14'ünün ve erkeklerin 3,5'unun zayıf olduğu tespit edilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı yani erkekler daha fazla kilolu ve obezken, kızlar daha zayıf olarak tespit edilmiştir ($p<0.01$). COSI-TUR 2013 ve 2016[10] çalışmalarında ise kızlar erkeklerden daha fazla kilolu, erkekler kızlardan daha obez bulunmuştur. Bunun haricinde Türkiye'de yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda erkeklerde tespit edilen obezite oranları kızlardan daha yüksek tespit edilmiştir. İlerleyen çocuk yaşıyla birlikte bu durumun değişebileceği söylenebilir şöyle ki; kızların zayıf olması gerektiğine dair toplumsal baskı, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzı ve toplumda erkeklerin şişman ya da kilolu olmasının kızlara göre daha kabul edilebilir oluşu cinsiyetler arasında fark yaratan etmenler olarak düşünülmektedir[187] .

Çocukluk çağı obezitesinin artışında genel olarak; çocukların düşük fiziksel aktivite düzeyi, aile gelirinin ve sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olması, ebeveyn eğitimi düzeyi, ebevynlerin kilolu olması, fazla doğum ağırlığına sahip olma, TV izlerken atıştırma, kahvaltıyı atlama, şekerle tatlandırılmış içecek tüketimi ve TV ile bilgisayar önünde günde 2-3 saatten fazla vakit geçirmek gibi etmenler sorumlu tutulmaktadır[325]. Bizim çalışmamızda ise çocuk VKI kategorileri ve annenin ve babanın VKI'leri arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve çocuk zayıftan obeze doğru gittikçe anne ve baba VKI ortalamasının arttığı tespit edilmiştir.

Genetik ve çevresel faktörlerin çocuklarda obezite ve kilo fazlalığı üzerine olan etkisi literatürde kanıtlanmıştır ve ebeveyn obezitesinin çocuklarda obezite gelişimine etkisini destekleyen bulgular mevcuttur. Literaturde ebeveynlerden birinin ya da ikisinin obez olmasının cocukluk cağı obezitesini arttırdığı bildirilmektedir[181], [182]. Benzer şekilde Kayseri'de ilkokul öğrencilerinde fazla kilolu ve obez olan öğrencilerin ebeveynlerinin de VKI değerinin yüksek olduğu[183] ve 10-12 yaş grubundaki 480

öğrencide yapılan bir çalışmada; ailesinde obez birey olanlarda, çikolata ve cips tüketenlerde, fiziksel aktivitesi az olanlarda, annesi tarafından yemek yemesi için baskı görenlerde obezite sıklığının daha fazla olduğu[114] tespit edilmiştir. 2015 yılında Ankara'da 6-11 yaş arasında 3963 çocuk ve ebeveynlerinin alındığı bir çalışmada anne ve babaların VKI değerleri arttıkça çocuklardaki obezite sıklığının da arttığı[184] görülmüştür. Erdem ve ark.'nın 6-10 yaş arasındaki çocuklarda yaptığı bir diğer çalışmada ve diğer birkaç çalışmada ebeveynlerin VKI değeri arttıkça, çocuklarının (erkek ve kız) da VKI değerinin arttığı tespit edilmiştir[114], [185], [186].

Sosyoekonomik durum ile ebeveynlerin VKI grupları arasında fark olduğu ve sosyoekonomik seviye düştükçe VKI değerinin arttığı görülmektedir. Çünkü sosyoekonomik seviyesi yüksek bireyler sağlıklı yiyecek tüketimine daha fazla meyilli olduğu ve yağlı yiyecek tüketiminin az, meyve ve sebze tüketiminin fazla olduğu belirlenmiştir[188]. Bunun yanı sıra kilo vermek için yemeklerini veya enerji alımlarını kısıtlayan yüksek sosyoekonomik seviyedekilerinin oranın, düşük sosyoekonomik seviyede bulunanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir [189].

Ankara'da yapılan çalışmada ailelerin gelir seviyesi arttıkça ve annenin çalışma hayatında olmasıyla çocuklarda kilolu ve obez olma sıklığı artmakta olduğu ve başka bir çalışmada sosyokültürel düzeyleri daha yüksek toplumlarda çocuklarda obezitenin daha fazla görüldüğü, bunun yanı sıra annenin çalışıyor olmasının da bu konuda etkili olduğu belirtilmiştir[190]. Erdem ve ark.'nın farklı sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda ailenin beslenme tutum ve davranışlarının çocuğun beslenme durumuna etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada sosyoekonomik durum ile ebeveynlerin VKİ değerleri arasında fark bulunmamıştır[186]. Bizim çalışmamızda da böyle bir ilişki tespit edilemedi ($p>0.05$). Ailenin gelir düzeyleri için daha standart bir ölçüt kullanıldığı takdirde obezite-gelir durumu ilişkisinin daha net bir şekilde ortaya konulması sağlanabileceği düşünülmektedir[190]. Gözü'nün 2007'de yapmış olduğu çalışmada anne baba eğitim durumu ile obezite arasında ilişki bulunurken[191], farklı araştırmalarda [114], [184] çalışmaya dâhil edilen, annenin eğitim durumu ile çocukların VKİ arasında ilişki tespit edilememiştir; ancak babanın eğitim durumu ile çocukların VKİ arasında ilişki tepsit edilmiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Koçoğlu ve ark.'.nın 11-14 yaş

çocuklarla yaptığı çalışmada baba eğitim düzeyi yüksek olanlarda obezite prevelansı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur [192][192].

Obezitenin önlenmesine yönelik olarak belirtilen konular[114] ve Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerisi doğrultusunda çocukların televizyon ve bilgisayar başında geçirecekleri sürenin günde 2 saatten fazla olmaması gerekliliği önemlidir. Çiftçili ve ark.'nın çalışmasında, günde iki saatten fazla televizyon izleyen 7-9 yaş arası çocuklarda VKI ve triseps cilt kıvrım kalınlığı ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır[190]. Cihangir ve Demir[222] tarafından 3-6 yaş çocukta yapılan çalışmada % 52,4' ünün televizyon izlerken bir şeyler yediği saptanmıştır. Marquis ve ark. [223] çocukların öğünleri televizyon izlerken tüketmeleriyle birlikte patates kızartması, tuzlu çerez, hamur işi, şekerli tahıl gibi besinlerin tüketiminin arttığını, dolayısıyla bunun sonucu olarak ise televizyonun besin seçimi ve enerji alımı üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. Yine 2006 yılında yayınlanan bir derlemede çocuğun fiziksel aktivitesi ve televizyon/medya kullanımı ile obezitenin ilişkili olduğu bildirilmektedir[200]. Televizyon izlerken ebevynlerin bir şeyler yemeleri çocuklarına kötü rol model olmalarına neden olmaktadır [63] ve televizyon izlemek çocukların tutum ve davranışlarını etkilemektedir[224]. Bunu enerji harcamasını azalması ve enerji alımını arttırması yoluyla kilo alımına katkıda bulunması yoluyla yapmakta[225] ve diğer taraftan çocukların besin seçimlerinin, yiyecek-içecek reklamlarından etkilendiği yapılan çeşitli araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır[226]. Öztora ve arkadaşlarının[205] çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Süzek ve arkadaşlarının çalışmasında ise, günlük TV izleme süresinin obezite prevalansında istatistiksel olarak önemli olmadığı ancak televizyon izlerken bir şeyler yemenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır[227]. Çocuğun öğün sırasındaki TV/tablet/telefon izleme ve kullanma gibi davranışların çocuğun VKI'i üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bizim çalışmamızda TV/tablet/telefon kullanıp kullanmadığı sorusunun süre sorarak ve de bu sırada atıştırıp atıştırmadığı sorgulansaydı istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmaya yardımcı olacağı düşünülebilir.

DSÖ, bebekler için ilk 6 ay sadece emzirilmesini, 2 yaş ve üstü olana kadar sürekli emzirilmesini ve 6 aydan itibaren anne sütü ile birlikte yeterli miktarda, güvenli ve besin

yoğunluğu olan yiyecekler de beslenmeye dâhil edilmesini ve bu ek besinlere tuz ve şekerler eklenmemesini önermektedir[193].

Epidemiyolojik çalışmalar sonucu, anne sütü alımının bebek mortalite ve morbidite riskini ve ayrıca akut ve kronik hastalıkların görülme sıklığını azalttığı yönünde ikna edici sonuçlar ortaya konmuştur[194], [195]. Literatürdeki birkaç büyük prospektif kohort ve meta-analiz, emzirme veya emzirme süresinin çocukluk döneminde aşırı kilo veya obezite için düşük derecede de olsa bir riskle ilişkili olduğunu bildirmekte ve[196]–[199] birçok kaynakta da cocuğun anne sütü alma süresi[106], [200], [201] ile obezite arasında güçlü ilişkinin olduğu ve çocukların anne sütü alma süreleri arttıkça obezite prevalansının azaldığı[202], [203] bildirilmektedir. 113 çalışmanın meta-analizi, hiç emzirilmemiş olan çocuklara kıyasla olabildiğince emzirilmiş çocuklar için aşırı kilo veya obezite riskinde yüzde 26'lık bir azalma olduğunu bildirmiştir ve 11 çalışmanın sonucu yüksek derecede tatmin edici olarak bulunmuştur[198]. Bunun yanı sıra bazı kaynaklarda da bu ilişki net olarak konamamıştır[196]. Örnek vermek gerekirse; Amerika Birleşik Devletleri'ndeki düşük gelirli ailelerden gelen yaklaşık 200.000 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada İspanyol olmayan beyaz çocuklar arasında 6 ila 12 ay boyunca emzirmenin emzirmemeye oranla daha düşük aşırı kilolu olma riski ile ilişkili olduğu tespit edilirken İspanyol veya siyah çocuklar için böyle bir ilişki tespit edilememiştir[196]. Bununla birlikte, Belarus'ta yapılan büyük bir randomize çalışma, emzirmenin çocukluk çağı obezitesi üzerine hiçbir etkisi olmadığını tespit etmiştir[204]. Bunun yanı sıra yalnızca anne sütü ile beslenen çocuklarda, ek besin ya da anne sütüyle birlikte besin ile beslenen çocuklara göre daha az obezite görülmesi beklenilen bir bulgu olsa da bizim çalışmamızda da olduğu gibi bazı çalışmalarda[114], [205] çocukların anne sütü alma süreleri ile obezite görülme sıklığı arasında bir ilişki saptanamamış ve yine Ankara'da yapılan bir çalışmada tek başına anne sütü alma süresi ile VKİ arasında orta derecede bir korelasyon belirtilmektedir. Yukarda da belirtildiği üzere bazı çalışmalar, emzirmenin çocukluk obezitesine karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, yaşamın ilk iki yılında yüksek protein alımlarının mutlaka yağlanma olmamasına rağmen kilo alımını artırdığı tespit edilmiştir ve bunun da protein alımıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir[206], [207]. Randomize bir çalışmada, standart protein

konsantrasyonlarına sahip formüller ile anne sütüne benzer protein oranlarına sahip formüller karşılaştırıldığında standart protein oranlarına sahip olanların okul çağında yüksek VKİ'ne neden olduğu tespit edilmiştir[207]. Bu çalışmada ise mama ile beslenmenin fazla kilolu ve obezite oranlarını artırdığı tespit edilmiştir ve her ne kadar ailelerin kullandığı formüllerin içeriği bilinmese de bu ilişkinin nedenin yukardaki çalışmalarda da tespit edildiği gibi formül mamının içeriğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Seçici yeme ile ilgili yaygın ve de kabul gören tek bir tanım yoktur[56]. Dovey ve ark. (2008) [21] nın seçici yeme ile ilgili tanımı; alışılmış ve yeni birden çok besin maddesinin reddedilmesi sonucu oluşan yetersiz çeşitlilikte besin tüketimi şeklindedir. Bu tanımlama içinde besin neofobisi bir öğesi bulunabilmekte ve spesifik besin yapısının reddini ihtiva edecek şekilde genişletilebilmektedir. Yani neofobi terimi yeni besin tüketmeyi reddeden çocukları tanımlarken, seçici yeme ise alışılmış ve de alışılmamış yeni sunulan besinleri tüketmeyi reddeden çocuklar için kullanılmaktadır[21]. Seçici yemenin, diğer ve geniş bir tanımı ise; ebeveyn, çocuk veya ebeveyn-çocuk ilişkisinde bir sorun bulunan ortamlarda, günlük alışkanlıklarda değişiklik yaratacak kadar şiddetli, alışılan besinleri yemek veya yeni besinleri deneme konusunda isteksizliktir [56], [326]. Yemek seçiciliği prevelansı Hollanda'da 4 yaş çocuklarda %5,6[26] ve Amerika'da 2 yaş çocuklarda %50[27] bulunmuştur. Erkek ve kızlarda eşit oranda tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise dünyadaki oranlardan daha yüksek olarak tespit edilmiştir (%63).Yemek seçiciliğinin nedenleri; kişisel özellikler, ebeveyn davranışları/besleme tipleri, yeme baskısı[28], [29], anne sütü ile beslenmenin olmaması, ek gıdaların 6 aydan önce başlanması[30], çiğnenerek yenen besinlerle geç karşılaşma[31] olarak özetlenebilir ve kardeşin olması ve ileri anne yaşı[23], annenin sağlıklı yeme alışkanlığının olması[32] koruyucu faktörlerdendir. Yemek seçiciliğinin sonuçları; yüksek enerji[33], enerji yoğun yiyecek[26] alımı, çeşitliliğin az olmasından dolayı besin tüketiminde ve enerji alımında azalma[27], [35], [36] sebze ve meyve alımında azalma[26], [36]–[39], vitamin ve mineral alımında azalma[27], [35], [38], tahıl ve lifli gıda alımında azalma[38], kilo alımında azalma[37], [40]–[45] ya da aşırı kilolu olma [33] yeme bozukluğu gelişimi[46] iken bazı çalışmalara göre ise az ve seçici yemek yediği belirtilen çocukların durumdan büyüme ve

sağlık durumlarının etkilenmediği gösterilmiştir[155]. Bizim çalışmamızda da literatürdeki bazı çalışmalara benzer şekilde yemek seçen çocuklar ile VKI kategorisi arasında bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Atıştırmalıklar aşırı enerji alımına potansiyel katkıda bulunmaktadır ve çocuklar daha sık atıştırmalık tüketmekte ve atıştırmalıklardan geçmişe göre daha fazla enerji almakta olduğu belirtilmektedir[208]. Atıştırmalıkların günlük enerji alımına katkısı yadsınamaz; ABD'deki okul öncesi çocuklar yaklaşık olarak günlük enerjilerinin % 27'si atıştırmalıklardan[208] karşılamaktadır ve benzer desenler Çin[209], Brezilya[210] ve İngiliz[211] çocuklarında da tespit edilmiştir. Atıştırmalıklar ayrıca az miktarda besin sunan boş" kalori kaynağını temsil etmekte ve diyetteki dengesizliklerin temel nedeni olarak görülmektedir[212]. Tatlılar, tuzlu atıştırmalıklar ve şekerli içecekler çocuklar tarafından tüketilen en iyi atıştırmalıklardır ve katı yağlar ve ilave şekerlerden zengin gıdaları temsil etmektedir(SoFAS)[213]. Küçük çocuklar günlük enerji alımının çoğunu ev ortamında karşılamaktadır[214] . Küçük yaştaki çocukların yeterli ve dengeli beslenme konusunda doğuştan gelen bilgi ve farkındalığı sahip olmadığı için tek yapabilecekleri şey sunulan besinler içinden seçim yapabilmektir. Bundan dolayı bakımverenlerin; çocuğa besleyici, güvenilir, çocuğun gelişimine uygun besinler ve atıştırmalıkları sunarak çocuklara istedikleri besinleri seçmek konusunda yardımcı olması gerekmektedir[62]. Bizim araştırmamızda öğün aralarında atıştırma alışkanlığı olan çocuklarda obezitenin daha yüksek olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p>0.05$). Ancak atıştıran çocukların %8,1'i zayıfken, %10'u fazla kilolu ve %12,8'i obez ve atıştırmayanların ise %11'ünün zayıf ve %6,9'unun fazla kilolu-obez olduğu yani atıştırmanın fazla kiloluk ve obezite oranlarını artırdığı belirlenmiştir.

Dünya çapında küçük çocukların ebeveynleri beslenme sorunları konusunda endişe duymaktadır. Annelerin% 50'sinden fazlası en az 1 çocuğunun az yediğini iddia etmektedir ve bu rakam çocukların ~20% ila %30 'una tekabül etmektedir[27], [36], [123], [124]. Bu belirtilen beslenme sorunları seçici olarak tanımlanan hafif beslenme sorunundan otizmde görülen şiddetli beslenme sorununa kadar değişen geniş bir yelpazede bulunmaktadır. Literatürde farklı terimler kullanılmaktadır; neofobi, seçici,

beslenme bozukluğu, beslenme sorunu gibi. Diğer bir sınıflandırmada ise (Şekil 2) beslenme problemi için "yanlış algılanan iştahsızlık", "yanlış algılanan seçicilik", "hafif seçiciler" gibi tanımlar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da **"**beslenme sorunu" genel tanımı içinde çocukları değerlendirmek amacıyla "Çocuğunuzda yeme problem var mı?" sorusu sorulmuş ve %51,8'inde yeme problemi olduğu ve yeme problemi olanlarda %62,2 ile en sık "iştahı az" olma probleminin olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan dünya literatürüne bakacak olursak süt çocukluğu ve oyun çocukluğu dönemindeki çocukların %25-40'ının iştahsızlık yakınmasıyla doktora götürüldüğü görülmektedir[327]. Dereli'nin, 2006'da yaptığı çalışmada beslenme sorunları %48,8'i iştahı az ve %39,5'i çok az olarak tespit edilmiştir[358]. Araştırmamızda, çocukta yeme problemi olup olmadığı ile çocuğun VKİ kategorisi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) ve yeme problemi olduğu belirtilen çocukların daha zayıf olduğu, yeme problemi olmadığı belirtilenlerin ise daha fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra çalışmaya katılan çocukların sadece %8,8'i zayıf olarak tespit edilmiş olması bu konuda ebeveynlerin çocukların kilosu ile ilgili yanlış algısı olduğunu göstermektedir. Bu konudaki güncel yaklaşım ve kavramlara bakacak olursak "yanlış algılanan iştahsızlık", "yanlış algılanan seçicilik", "hafif seçiciler" kavramlarının bu oranlardaki farklılığı açıklamakta yardımcı olacağı söylenebilir.

Ailenin şişmanlık ve zayıflık konusundaki algılarını değerlendirmek amacıyla ebeveyne sorulan "Sizce şişmanlık sağlık sorunu mu?" ve "Sizce zayıflık sağlık sorunu mu?" sorulara verilen yanıtlar da göstermiştir ki çocuğu fazla kilolu ve obez olanlarda şişmanlığı sağlık sorunu olarak görenlerin oranı zayıf olanlardan daha yüksektirtir. Çocuk zayıf olduğu takdirde ise şişmanlığı sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin oranı artmaktadır. Bu da gösteriyor ki çocukları fazla/kilolu obez olsa da bazı ebeveynler şişmanlığı sağlık sorunu olarak görmemektedir ve çocukları zayıf olan ailelerde şişmanlığı sağlık problem olarak görmeme eğilimi artmaktadır. Ayrıca, literatürdeki çalışmalara göre ailelerin çocukların kilolarını yanlış olarak algılayabilmektedir ve diğer taraftan aileler şişmanlık ve zayıflık konusundaki algıları farklılaşabilmektedir. Aslan ve ark.'nın çalışmalarında[232] ebeveynlerin toplamda %64'ü (ideal, fazla kilolu ve obez sınıfında yer alan) çocuklarının kilolarını az olarak değerlendirdikleri yani ebeveynlerin

çocuklarının kilo durumunu doğru olarak ifade etme oranın çok düşük olduğu tespit edilmiştir. De La ve arkadaşlarının[233] 576 ebeveyn ile gereçekleştirdikleri çalışmalarında ebeveynlerin % 86'sının aşırı kilolu sınıfında yer alan çocuklarını obez ve normal kiloda değerlendirdikleri, Eckstein ve ark.'nın çalışmasında da obez ve kilolu sınıfında yer alan çocukların ebeveynlerinin sadece %36'sı çocuklarının kilosunu doğru değerlendirebildikleri görülmektedir[234]. Ankara'daki çalışmada kilosu normal olan çocukların %70,1'inin, kilolu olanların %75,1'inin, obez çocukların ise %64,9'unun ebeveynleri, çocuklarının kilosundan memnun olduklarını ve çocuklarını kilolu olarak görmediklerini belirtmişlerdir[184]. Çalışmalar göstermiştir ki, ebeveynlerin şişman bebeklerin daha sağlıklı olduğu, bebeklerinin az yemesi nedeni ile tavsiye edilenden daha erken yaşta katı gıdalara geçmenin daha iyi olduğuna ve yiyecek ile ödüllendirmenin iyi bir pekiştireç olduğuna dair inançları çocuklar için obezite riskini yükseltmektedir[235]. Toplumumuzda "gürbüz ve kilolu" çocukların sağlıklı olduğu inanışı azalmış olmasa da hala yadsınamayacak seviyede bu şekilde düşünen aileler mevcuttur. Bu konudaki düşünce tarzının değiştirilmesi konusunda hekimlere büyük görevler düşmektedir.

4.2. EBEVEYNIN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI VE VKI ARASINDAKİ İLİŞKİ:

Ebeveynin çocuğu besleme davranışları çocuğun besin tercihi, enerji alımı ve vücut ağırlığını etkilemektedir[243], [244]. Bu konudaki veriler çoğunlukla ailenin verdiği ifadelerden elde edilmekte ve yapılan çalışmalar ebeveynlerin çocuk besleme ile ilgili verdikleri ifadelerin oldukça güvenilir, doğru bilgi kaynakları olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin çocuklarının beslenmesiyle ilgili kontrolcü davranışları, tutumları ve inanışlarını inceleyen en yaygın metotlardan biri olan ÇBA bu konu hakkında önemli veri kaynağıdır[245]. 2010 yılında Camcı[237] tarafından yapılan çalışmada ebeveynler en yüksek puanı "izlem" alt boyutundan, en düşük puanı "algılanılan aile vücut ağırlığı" alt boyutundan almıştır. Bizim çalışmamızda ise ebeveynler en düşük puanı "algılanan çocuk vücut ağırlığı" alt boyutundan (8,75±0,58), en yüksek puanı ise kısıtlama" alt boyutundan (32,04±0,19) almıştır. Çocuğun enerji yoğun yüksek besinleri

kısıtlama davranışını gösteren “kısıtlama” alt boyutu puanının yüksekliği çocukları kontrol etme çaba sının sonucu olduğunu ve çocuğu şişman olarak değerlendirme miktarını gösteren ”algılanan çocuk vücut ağırlığı” puanının düşüklüğü ebeveynlerin çocukları çok kilolu olarak görmediklerini düşündürebilir.

4.2.1. Kısıtlama ve VKI

Kısıtlama, sağlıklı beslenme pratiğinin oluşması için zararlı olabilecek bir faktör olabilirken, hem genel ebeveynlik hem de beslenme literatürü, “ebeveynlerin çocukların sınırsız kalmasına izin veremeyeceğini” belirtmektedir[249].

Özellikle longitudinal çalışmalarda, kısıtlama ile çocukların yeme alışkanlıkları arasındaki ilişkileri inceleyen literatürün çoğu, kısıtlamanın çocukların yeme alışkanlıkları üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir. Ebeveynler, çocuklarının sağlıksız yiyecek alımını sınırlamak için kısıtlamayı basit bir yöntem olarak görse de, bazı çalışmalar ebeveyn kısıtlamasının;

6. çocukların sınırlı yiyecekleri tüketme arzusu[250]–[252],
7. gıda heveslisi olma [253],
8. fazla yeme eğilimi içinde olma[254],
9. atıştırmalık yeme ile [251], [252], [255] ve
10. yağlanma[41], [256]–[258] ile pozitif ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Bununla birlikte, ebeveynin kısıtlayıcı tavırları ile çocuğun aşırı kilo alması ile ilgili tutarlı bilgi bulunmamakta olup [259]–[261];

- Pozitif ilişki olduğuna[32], [248], [253], [259], [262]–[264] ve
- İlgili olmadığına [32], [260]–[262], [265]–[269] gösteren çalışmalar mevcuttur.

Bizim çalışmamızda da çocuk VKI SD skoru ile ÇBA kısıtlama faktörü arasında bir korelasyon tespit edilemezken obezlerin normallerden daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. Çalışmalar arasındaki bu tutarsızlıkların nedeni ebeveynlik uygulamalarını değerlendirmek konusunda yetersizlik ya da örneğin enerji yoğun yemeklerin

ulaşılabilirliği gibi kısıtlayıcı beslenme pratiklerinin içeriğinin değerlendirilmemesi olarak açıklanabilir.

4.2.2. Baskı ve VKI

"Yemek yeme baskısı", çocukların tabaklarını temizlemelerinde ısrar ederek ya da çocuk aç olmasa dahi tekrarlayan komutlar vererek ya da fiziksel olarak mücadele etmek gibi stratejiler kullanarak ebeveynlerin çocuklarının daha fazla yemek yemesini talep etmesi ya da bu konuda ısrar etmesi olarak tanımlanabilir[270].

Ebeveynin yemek konusundaki baskısı ile;

- Öğündeki enerji alımında[255], [271], yeme hızında ve yeme süresinde artış[262], [263] olduğu tespit edilmiş.
- Seçici yeme ve neofobi arasında bağlantı olduğu tespit edilmiş[272], [273]
- Yemekten kaçınma ve çocuk kilo alımında azalma olduğu tespit edilmiş [41], [274].
- Meyve sebze alımında azalma[273], [275], fast-food, atıştırmalık gibi yiyeceklerin tüketiminde artmaya neden olarak [276] ile obezite riskinde de artış olduğu belirlenmiştir.

Kısıtlamanın tanımında olduğu gibi, ÇBA'nin "Yemek Baskısı"[277] alt ölçeğinin yaygın kullanımı, bu uygulamanın tanımlanmasında çok etkili olmuştur. Son zamanlarda, bir çocuğu daha fazla yemek yemeye zorlayan uygulamalar ile bir çocuğu daha sağlıklı yiyecekler yemeye zorlayan uygulamalar (örneğin, meyve ve sebzeler) arasında ayrım yapma çabaları olmuştur[278]. Yemek yeme baskısının kavramsallaşması konusunda önemli bir ayrım yapmak gerekmektedir. Ebeveynlerin çocuğun duygularına cevap vermeyen talepleri veya çocuğun yemek tercihleri konusunda daha bağımsız ve gönüllü olmalarını engelleyen davranışlar uygulaması olarak yorumlanabilir. Bu yaklaşım sayesinde, yemek baskısının, ses tonu, çocuğa duruma göre tepki ya da cevap verme gibi uygulamada farklılıklar gösteren cesaretlendirmeler ve öneriler gibi pozitif beslenme uygulamalarından ayırt edilmesi gerekmektedir[279]. Tarihsel olarak, araştırmalar

arasında yeme baskısı ile çocuğun kilosu arasında negatif bir ilişki olduğu öne sürülmüştür[280]. Bununla birlikte, bu bulgular yeme baskısının fazla kiloya karşı koruduğu anlamına gelmemelidir. Bu olumsuz ilişki için bir açıklama getirmek gerekirse, ebeveynlerin, çocuklarının fazla kilolu olduğu veya yeterince yiyecek tüketmediğinden endişe ettikleri zaman baskı kullanması ve çocuklarının fazla kilolu olması nedeniyle baskı kullanması ihtimalinin daha düşük olması olabilir.

Yakın zamanda yapılan bir boylamsal analiz, bu ilişkiyi çocuklar 7-9 yaşlarında toplanan temel verileri ve 3 yıl sonra toplanan takip verilerini kullanarak araştırmıştır. Analizin sonuçları, başlangıçta yemek için ebeveyn baskısının, takipte çocuk adipozitesi ile ilişkili olmadığını göstermiştir (bazal adipoziteyi kontrol etmek için)[259], ancak başlangıç seviyesindeki yüksek çocuk adipozitesi ile ebeveynin yemek konusundaki baskısının azalması ile önemli bir azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [259]. Bu 3 yıllık süre boyunca gözlenen ters ilişkinin olası bir açıklaması, fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin, daha ağır bir çocuğa sahip olmalarına tepki olarak yemek için daha az baskı kullanmaları olarak açıklanabilir. Bir başka açıklama da, bu tür uygulamaların kısa vadede (örneğin, çocuğa başlangıçta bir yemek denemesini sağlamaya çalıştığı zaman) istenen etkileri olabildiği, ancak zamanla çocukların, kendilerini yemek zorunda hissettiği sağlıklı yiyeceklere yönelik isteksizlik geliştirmelerine yol açabileceği olabilir[32], [281], [282]. Diğer bir açıklama ise, uygulanan baskının türüne bağlı da olabilir; örneğin sağlıklı yiyecekler için yapılan baskı genel olarak uygulanan baskı gibi farklılıklar da olabilir. Yiyeceklere isteksizlik ve sağlıklı yiyecekler meyve ve sebze alımı isteksizlik sağlıklı gıda alımı için baskı kullanımıyla ilişkili olabilir; çocuk kilosu ve zayıf kilolukla ilgili ebeveyn kaygıları daha fazla yiyecek yeme baskısı ile daha güçlü bir şekilde ilişkili olabilir[270].

Daha önceki çalışmalar göstermiştir ki aşırı yeme baskısı ve kısıtlayıcı besleme pratikleri ters etkiler oluşturabilmektedir; şöyle ki çocuklar baskı gösterildiğinde daha az yemekte ve ve kısıtlandığında daha fazla (açlık yokluğunda dahi) yiyebilmektedir[264], [283]. Baskı ile birlikte çocuk BMİ'nde azalma olduğu tespit edilmiştir[41], [235], [266]–[269], [277], [280], [284] ve daha çok seçici cocukları olan ebeveynlerin kullandığı bir yöntem olarak tespit edilmiştir[272], [277]. Bizim çalışmamızda ise çocuk VKI ile ÇBA baskı faktörü arasında bir korelasyon tespit edilemezken normallerin ve obezlerden daha

düşük puan aldığı bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki bu tutarsızlıkların nedeni besleme pratiklerinin değerlendirildiği anketlerin kendi kendini değerlendirmesi üzerine kurulu olmasından dolayı güvenilirliğinin düşük olma ihtimalinin olması, cevaplayanın bias karıştırma ihtimalinin olması olarak açıklanabilir. Bunun dışında, ebeveynin kendi kendini değerlendirdiği ölçeklerin çoğunda yemek sırasındaki pratikler değerlendirilirken, öğünler dışındaki besleme pratikleri değerlendirilememekte ve gözlemsel çalışmalarda ebeveyn besleme davranışlarının her durumda ve öğünler dışında da benzeşip benzeşmediğini değerlendirmek için ebeveyn-çocuk etkileşimini belirlemede gözlemsel yöntemlerin kullanılması önerilebilir.

4.2.3. İzlem ve VKI

"İzlem"; ebeveynlerin, çocukların faaliyetleri ve nerede oldukları hakkında bilgi edinmek için tasarlanan davranışlara ne ölçüde katıldığı anlamına gelmektedir[285] ve ebeveynlik uygulamalarında izlem, genellikle ebeveynlerin "takip etme sıklığı" olarak adlandırılabilir. Çocukların özellikle tatlılar, atıştırmalıklar ve yüksek yağlı yiyecekler gibi zararlı gıdaları tüketimi izlem kapsamında değerlendirilmekteyken[277] ebeveynlerin çocukların beslenmesi, beslenme alışkanlıkları ve kilo arasındaki ilişkilerin incelenmesi biribiriyle uyumsuz bulguların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bazı araştırmalar ebeveyn izleminin daha sağlıklı diyet alımıyla (örneğin, daha fazla meyve, sebze ve lif ve daha az atıştırmalık, tatlı ve şekerli içecek)[286]–[288] ve daha az düzensiz yeme davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır[289]. Ancak, birçok çalışma izlem ile çocukların diyeti veya kilo arasında önemli bir ilişki göstermek konusunda başarısız olurken normallerin fazla kilolulardan daha düşük puan almasının anlamlı olduğu tespit edilmiştir[41], [239], [260], [277], [285], [290].

Bu konuda yapılacak açıklama; ebeveyn izlemi ile çocukların beslenme davranışı arasında eğrisel bir ilişki olduğu düşünülebilir. Yani, izlem sağlıklı bir diyeti belirli bir noktaya kadar destekleyebilir, ancak çok fazla izlem diğer taraftan verimsiz olabilir ve diyet davranışını olumsuz yönde etkileyebilir[291]. Çocuklar, kendi yaşlarına uygun derecedeki bağımsızlık ve kapasiteden faydalanabilirler ve optimum izleme

seviyesi çocuğun mizacına, yeme tarzına ve yaşına bağlı olarak değişebilir. Daha fazla yeme alışkanlığı olan çocuklar daha yüksek düzeyde ebeveyn izlemesine tabi tutulabilir[292]. Örneğin, Gubbels ve ark.[287] izlem ile istenen çocuk diyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişler, ancak nispeten aç çocuklar veya seçici çocuklar için böyle bir ilişki tespit edilememiştir. Ayrıca, bizim çalışmamızda da olduğu gibi çocuğun aşırı kilolu olması ebeveynin daha fazla izlem kullanımına yol açabileceği öne sürülebilir[259], [263], [328]. İzlem ve BMİ arasında ilişki kurulamamasının bir diğer nedeni çocukların tükettiği tatlı, atıştırmalık ve yüksek yağlı yiyecek miktarını takip etmek, ebeveynlerin çocukların VKI ile ilgili olması gerekmeyen çok yaygın bir davranış olarak düşünülebilir ya da ebeveynler izlem sorularına sosyal olarak arzu edilen cevapları vermiş olabilir diye yorumlanabilir.

4.2.4. İlgi, Algılanan Çocuk /Ebeveyn Ağırlığı ve Algılanan Sorumluluk ve Çocuk VKI

Çocuğun beslenmesine ilişkin uygulamalar ile vücut ağırlığı arasındaki teorik ilişki, ebeveynlerin, çocuğun aşırı kilo alma riski bulunduğuna inanmaları halinde, çocuğun beslenmesini kontrol altına alma olasılıkları olduğu öngörüsünü temel almaktadır. Diğer taraftan, beslenmenin kontrol altında tutulmasında aşırılığın, çocuğun, açlık ve tokluk işaretlerini görmezden gelmesine ve çocukta obezite eğilimini artırmasına yol açtığı ileri sürülmektedir[293]. Okul öncesi dönemde ebeveyn çocuğun kilosunu algılamada sorun yaşamakta [294], [295] ve diğer taraftan çocugun ağırlığı hakkında ilgi arttıkça kısıtlayıcı/baskıcı yeme davranışları artmakta [274], [290], [296] olduğu tespit edilmiştir. Bu durum özellikle obezite önleme çalışmalarının değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir[297]. Ayrıca, çocukların kilosuna ilişkin ebeveyn ilgisi ile ebeveynlerin çocukların beslenmesine yönelik uygun kararlarını verebilme yeteneği arasındaki ilişki nettir. Ebeveyn kısıtlayıcı ve aşırı ilgili besleme davranışları ters etki yaratabilir bununla birlikte, yaşanan büyük endişe verimsiz beslenme uygulamalarına yol açabilir. Müdahale çalışmaları göstermiştir ki ilgi ve kısıtlayıcı besleme davranışları zaman içinde kaybolmaktadır[298]–[300]. Bunun yanında ebeveyn ilgisi; kültürel yapı,

çocuk ve ebeveyn cinsiyeti, yaş, sosyoekonomik yapı bu durum ile ilişkili bulunmuştur ve bu da kısıtlayıcı/baskılayıcı/izlemci aile davranışlarını şekillendirmektedir [268], [292], [301]–[305]. İsveç'te yapılan bir araştırmada, okul öncesi çocuklarda Avustralya, ABD, Japonya 'ya göre ebeveynler daha az kısıtlayıcı besleme tarzı uygulamakta olduğu tespit edilmiş [304], başka bir çalışmada ise kız çocukları için ebeveynin kilo konusunda ilgisinin ve kısıtlayıcı besleme davranışlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir[268], [271].

Yukarıdaki bulguları özetlemek gerekirse; çocukların beslenme davranışlarını değiştirmesi için bir miktar ebeveyn ilgisi gereklidir; bununla birlikte, çok fazla ilgi çouklarda verimsiz beslenme davranışlarına yol açabildiği söylenebilir. Camcı araştırmasında, VKI grupları arasında ÇBA alt faktörlerine ait değerler arasında 'algılanan çocuk vücut ağırlığı', 'yeme baskısı' alt faktörlerine ait ortalamalar arasında anlamlı farklılıklar belirlemiştir. Erkek çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarının VKI'leri artıkça 'algılanan çocuk ağırlığı' ve 'kısıtlama' davranışlarının arttığını, 'yeme baskısı''nın azaldığını, kız çocuklarda ise VKI'leri artıkça 'algılanan aile ağırlığı', 'çocuk ağırlığı hakkındaki ilgi', 'kısıtlama' davranışları artmakta, 'izlem' ise azalmakta olduğunu bildirmiştir[237]. Erdem ve ark.'nın ilkokul öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada ise bizim çalışmamıza kısmi olarak benzer şekilde; çocukların VKI değeri arttıkça algılanan ebeveyn ağırlığının, algılanan çocuk ağılığının da arttığı bulunmuştur[186]. Daha önceki çalışmalarda çocugun ağırlığı hakkında ilgi arttıkça kısıtlayıcı/baskıcı yeme davranışları artmakta[274], [329], [330] olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda algılanan aile vücut ağırlığı, algılanan cocuk vücut ağırlığı için çocuk VKI kategorileri arasındaönemli farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Algılanan aile vücut ağırlığı için farklılığın ana nedeninin zayıfların ve fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan almasından, algılanan cocuk vücut ağırlığı için farklılığın ana kaynağının zayıf ve normal, fazla kilolu, obezler arasındaki puan farklılıklarından ve ayrıca normal ile fazla kilolu, obez arasındaki puan farklılıklarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon incelemesinde algılanan sorumluluk ve ilgi ile VKI arasında bir ilişki tespit edilemezken algılanan aile ve çocuk vücut ağırlığı ile VKI arasında düşük derecede pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer faktörlerde de değinildiği gibi çalışmalar arasındaki tutarsızlıkların

nedeni besleme pratiklerinin değerlendirildiği anketlerin kendi kendini değerlendirmesi üzerine kurulu olmasından dolayı güvenilirliğinin düşük olma ihtimalinin olması, cevaplayanın bias karıştırma ihtimalinin olması olarak açıklanabilir.

4.3. ÇOCUK BESLENME DAVRANIŞLARI VE VKI ARASINDAKI İLİŞKİ

İştah özelliklerindeki bireysel farklılıklar, çocukların gıda alımını nasıl düzenlediklerini ve sonuç olarak sonraki yaşamlarında kilo alımlarını belirlemektedir [331]–[333]. Okul öncesi yıllar, farklı yeme davranışı özelliklerinin oluştuğu ve obezite önleme çalışmalarının daha etkili olduğu kritik bir dönemdir[334], [335] bu da sağlıklı yeme davaranışlarının şekillendiği önemli bir zaman dilimi olmasına neden olur[51], [321]. Araştırma kapsamında, çocukların yeme davranışı ile annelerin çocuklarını besleme yöntemi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla Wardle ve ark.'nın[308] geliştirdiği ve 3-8 yaş arası çocuklarda iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu gösterilmiş olan ÇYDA kullanılmış olup[309] ebeveynler tarafından yanıtlanan; sekiz alt boyutu (yiyecek heveslisi, duygusal aşırı yeme, besinden keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme, yemek seçiciliği) içermektedir.

Ebeveynlerin ÇYDA sorularının ölçek alt boyut puanlarına bakacak olursak; en yüksek ortalama "tokluk heveslisi" alt boyutunda (ortalama 20,27±0,18 puan), ikinci en yüksek ortalama"gıdadan keyif alma" alt boyutunda (ortalama 12,76±0,13 puan) ve en düşük ortalama ise "duygusal aşırı yeme" alt boyutunda (ortalama 5,66±0,07 puan) olarak tespit edilmiştir. Wardle ve ark.'nın çalışmasında ise benzer olarak ebeveynler en düşük puanı "duygusal aşırı yeme" alt boyutunda ve en yüksek puanı bizim çalışmamızdan farklı olarak "gıdadan keyif alma" alt boyutundan almıştır[308].

Birçok çalışmada çocuk yeme davranışın ile çocuk ağırlığı ile ilişkili olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir[316]. Genel bir değerlendirme yapmak gerekirse;

- Yüksek kilo ile aynı yönde ilişkili olan çocuk yeme davranışları; gıda heveslisi, gıdadan keyif alma ve duygusal aşırı yeme,

- Yüksek kilo ile ters yönde ilişkili olan veya ilişki kurulamayan çocuk yeme davranışları; içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği olarak belirlenmiştir[316], [336].

4.3.1 Duygusal Fazla ve Az Yeme ve VKI

Duygusal fazla ve az yeme çocuğun olumsuz duygulara tepki olarak az ya da çok yemesini ifade eden iki ayrı alt faktördür. Duygusal fazla yeme için; çocuk ortalama yaşı 8 [337], 9.5 [45] ve 9–10 [317] ve ortalama 4,5 ve 11,5 yaş [338] olan daha büyük çocuklarda uygulandığında ÇYDA ile duygusal fazla yeme ve VKI arasında anlamlı pozitif ilişkiler bildirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda ve ortalama yaşı düşük olan birkaç çalışmada; ortalama yaş 6.5 [43], 5-6 yaş [55] , 4[41] anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p<0.05$). Duygusal az yeme için ise; ebeveynler tarafından; çocuk olumsuz duygular yaşarken "aç olmayan" veya "tok" olan çocuğu tanımlayan bu alt ölçek için başka bir çalışmada[43] da olduğu gibi VKI ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ve literatürde daha büyük çocuklarda bu alt ölçek ile VKI ile arasında anlamlı ters ilişkiler belirlenmiş olduğu görülmektedir[45], [337]. Bu durum; duygusal stresle tetiklenen yemek yemenin, daha küçük yaştaki çocuklarda ebeveynler tarafından doğru bir şekilde algılanamayabileceğini ve kiloyla olan ilişkilerin ancak daha sonraki zamanlarda tespit edilebileceği şeklinde yorumlanabilir. Duygusal stres iştahın azalmasına yol açabilir, ancak küçük çocuklarda yemeğe ilgiyle sonuçlanmayabilir, bu durum duygusal yemenin kesin bir kural olarak görülemeyeceğini düşündürtebilir. Alternatif olarak, bu çalışmada yer alan çocuklar, muhtemelen henüz yiyeceklere serbest erişimleri olmadığı için aşırı yeme ve atıştırmalığa erişim sağlayamayacak kadar küçük olabilirler.

4.3.2. Yavaş Yeme ve VKI

Bu alt faktör, çocuğun yiyecekleri uzun sürede tüketmesi veya bitirmesini temsil etmektedir ve yemeğe azalmış olan ilgiyi temsil etmektedir. Bu davranışın yaşla birlikte azaldığı; yani daha büyük çocukların daha kısa sürede yedikleri tespit edilmiştir[52],

[321]. Literatürdeki bazı çalışmalarda[43], [45], [55], [337] yavaş yeme ve VKI skorları ile negatif yönde anlamlı ilişkiler belirlenmişken bizim çalışmamızda ve Boswell ve ark.'nın 2017 yılında 977 çocukta yaptığı çalışmada çocuk VKI arasında ilişki tespit edilememiştir ($p<0.05$). Quah ve ark.[55] tarafından yapılan Gusto cohort'u paralel ÇYDA kullanılarak yapılan 5 ve 6 yaşlarındaki başka bir çalışmada yine yeme skorlarındaki yavaşlamanın, benzer zaman noktalarında ölçülen yeme oranları (gram / dakika) ile anlamlı negatif korelasyonları olduğunu da gösterilmiştir[339]. Bu, çocuğun ebeveynlikteki yavaş yeme algısının, en azından daha yavaş yiyenlerin belirlenmesi açısından, laboratuvarda ölçülen gerçek yeme oranlarıyla uyumlu olduğunu da göstermektedir[55].

4.3.3. Gıdadan Keyif Alma Ve Gıda Heveslisi ve VKI

Daha önce de gösterildiği gibi[41], [43], [55], [317], [319], [337], [338] bizim çalışmamızda da çocukların yemek yaklaşımı davranışları "Gıda heveslisi" ve "Gıdadan keyif alma", çocukların VKI ile pozitif yönde ilişkilidir. Bu alt ölçeklerden "Gıda heveslisi"çocukların genel iştahını ele alırken, "Gıdadan keyif alma" fırsat verilirse yemeye devam etme eğilimi gibi daha işlevsiz iştah seviyelerini tespit etmek için tasarlanmıştır. Gıdadan keyif alma" için zayıfların fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan aldığı ve "gıda heveslisi" için zayıfların obezlerden ve normallerin obezlerden daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Bu gıda yaklaşımı davranışlarının, çocuklar büyüdükçe ve gıda hakkında daha bağımsız seçimler yapabildikçe daha belirgin hale geldiği öne sürülmektedir[308]. Bu faktörler, çocuk kilo sonuçlarını araştırmak için kullanılacak en önemli yeme davranışı alt ölçekleri olarak nitelendirilebilir.

4.3.4.Tokluk Heveslisi ve VKI

"Tokluk heveslisi" yenen yiyecek miktarını içten gelen tokluk ipuçlarına göre ayarlayabilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır ve bu yeteneğin bebeklerde yüksek olduğu görülmüştür[43], [308], [321], [337]. Literatürde okul öncesi çocuklarda tokluk

heveslisi olma ve VKI arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir[41], [316], [340] . Çalışmamızda ise tokluk heveslisi olmakla çocuk kilosu arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Annelerin okul öncesi çocuklarda atıştırmalıkları nasıl algıladıkları ile ilgili yapılan yakın zamanlı bir çalışmada, bazı annelerin her beslenme durumunu atıştırmalık olarak tanımladığını bir kısmının ise "gerçek yemek" ten ayrı birşey olarak tanımladıkları[341] tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin atıştırmalıkları doğru tanımlayıp tanımlamadığı net olmayabilir; atıştırma olarak algılanan bir elma ya da dondurmadan küçük bir öğüne kadar farklı içerikte olabilir. Diğer bir konu ise; çoğu küçük çocuğun gün içinde kreşte olmasından dolayı ebeveynlerin çocuğun gün içinde ne yediğinden emin olamamasıdır. Bu nedenle, "tokluk heveslisi"ni tanımlamak için kullanılan atıştırmalık sorusu net bir bilgiye ulaşmak konusunda sorun yaşanmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

4.3.5. İçme Tutkusu ve VKI

Bizim çalışmamızda"içme tutkusu" ile çocuk VKI arasında bir ilişki bulunamadı. Alkolsüz içecek veya şekerle tatlandırılmış diğer içeceklerin daha fazla tüketilmesi yüksek çocuk VKI ile ilişkili olduğu bilinen bir gerçektir[342] ve "içme tutkusu" alt ölçeğindeki ortalama puanlar ile çocuk VKI arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur[45]. Mevcut çalışmada bir ilişki tespit edilememesinin nedeninin ailelerin içmek istenilen şeyin (su/meşrubat?) muhteviyatını sorulan sorudan net olarak algılayamaması ya da çocukların büyüdükçe ve gıda hakkında daha bağımsız seçimler yapabilmesinin daha belirgin hale gelmesi olarak düşünülmüştür.

4.3.6. Yemek Seçiciliği ve VKI

"Yemek seçiciliği" yemeklere ilgi azlığı ve yeni yemekleri deneme konusunda isteksizlik olması (neofobi) ve sonuç olarak yetersiz çeşitlilikte yiyecek tüketilmesi anlamına gelmektedir ve genel olarak bu davranışın okul öncesi dönemden sonra yaşla azalmakta olduğu tespit edilmiştir[21], [321].

Literatürdeki çalışmaların büyük kısmında yeme seçiliği ile VKI arasında ters yönde bir ilişki olduğu tespit edilirken[37], [43], [45], [337], [343] bizim çalışmamız da olduğu gibi birkaç çalışmada ise bu ilişki ile ilgili net bir bulgu mevcut değildir[32], [51], [344]. Ebeveynlerin baskıcı ve kontrolcu davranışları sonucu olarak çocukların zayıflığı ile seçiciliğin ilişkili olması beklenen bir bulgu olabilir. Bu ilişkinin oluşmasına neden olabilecek neden seçicilik sonucu yeterli miktarda besin tüketilmemesi sonucu yeterli kilo alımının olmamasıdır. ÇYDA, genel olarak besin seçiciliğini bu alt ölçekte tanımlamaktadır ve de aileler sorulara cevap verirken miktardan bağımsız olarak yeterli çeşitlilikte besin tüketmediklerini düşünerek seçicilik yönünde cevap vermiş olabileceği düşünülmektedir.

4.4. EBEVEYNIN ÇOCUK BESLEME DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK BESLENME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

2-5 yaş arasındaki bu büyük popülasyon temelli çalışmada da görüleceği üzere, küçük çocukların beslenme davranışları ve ebeveynlerin beslenme davranışları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır ve de bunun haricinde ebeveyn besleme davranışları zayıf ve de fazla kilolu, obezler arasında farklılaşmaktadır. Örnek vermek gerekirse "algılanan aile vücut ağırlığı"; zayıfların ve fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puanlı olduğu, "kısıtlama" için obezlerin normallerden daha fazla puan aldığı tespit edilmiştir. "Algılanan cocuk vücut ağırlığı"; zayıfların ve normal, fazla kilolu, obezlerden daha düşük puan aldığı, ayrıca normallerin fazla kilolu, obezden daha düşük puan aldığı görülmüştür. "Yeme baskısı" için ise normallerin obezlerden daha düşük puan aldığı, "izlem" için normallerin ve fazla kilolulardan daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Bunun haricinde; çocuk beslenme davranışları için ise "gıdadan keyif alma" için zayıfların fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan aldığı ve "gıda heveslisi" için zayıfların obezlerden ve normallerin obezlerden daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir.

Çocuk beslenme davranışlarını inceleyen ÇYDA gıdaya erişim ile ebeveynin çocuk besleme davranışlarını değerlendiren ÇBA faktörleri arasında orta ya da yüksek derecede bir korelasyon tespit edilemeyip zayıf derecede ilişkiler tespit edilmiştir

(Algılanan sorumluluk β =0,133; Algılanan ebeveyn ağırlığı β =0.136; Algılanan çocuk ağırlığı β =0.209; Kısıtlama β =0.170; İzlem β =0.116). Bunun haricinda ÇYDA gıda erişimi alt faktörleri gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu ile ÇBA faktörleri arasında zayıf derecede olmak üzere anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir. Gıdaya erişim ile ÇYDA arasında sadece düşük derecede ilişkiler geçmişteki çalışmalarda da tespit edilmiştir[274], [345].

Bunun haricinde ÇYDA yemekten kaçınma alt faktörleri tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği ile ÇBA faktörleri arasında düşük korelasyonda olmak üzere anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu durum, okul öncesi yaş grubunda, ebeveynler çocukların az yemesine uyum sağlamış olabileceği ve bu durum ebeveynler çocukların kiloları ile ilgili endişe duyup besleme davranışlarını değiştirene kadar devam edebiliyor olabilir şeklinde yorumlanmaktadır[345]. Diğer taraftan, ebeveynlerin okul öncesi yaştaki çocuklarının ağırlığını doğru bir şekilde algılamak konusunda zorlanmaktadır[346]. Bu nedenle, klinisyenlerin ebeveynlere çocuk kilo durumlarını doğru olarak algılamalarını[297] sağlamak konusunda ebeveynleri desteklemesi ve böylece gereksiz uygulamaları ortadan kaldırarak ebeveynlerin etkili besleme davranışları oluşturması sağlanabileceği düşünülebilir[345].

4.4.1. ÇYDA Gıda Erişimi Faktörü ve ÇBA Alt Faktörleri Arasındaki İlişkiler

Bu çalışmada "gıdaya erişim" ve "kısıtlama" arasındaki zayıf ilişki, çocuk yaşının yanı sıra kısıtlama faktörünü temsil eden maddelerle açıklanabilir;

"Çocuğumun çok fazla şekerleme (şeker, dondurma, pastavb.) yemediğinden emin olmak zorundayım.",

"Çocuğumun aşırı yağlı yiyecekler yemediğinden emin olmak zorundayım.",

"Çocuğumun çok sevdiği yiyecekleri yemediğinden emin olmak zorundayım.",

"Bazı yiyecekleri çocuğumun ulaşacağı yerlerden bilerek uzak tutarım.",

"İyi bir davranış karşılığında şekerlemeleri(şeker, dondurma, pastavb.) çocuğuma ödül olarak sunarım.",

"İyi bir davranış karşılığında çocuğuma sevdiği yiyecekleri teklif ederim.",

“Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum çok fazla abur cubur yer.”

“Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum en sevdiği yiyecekleri çok fazla yer.”

Ebeveynleri iştahtan bağımsız olarak tatlılar, yağlı yiyecekler ve abur cuburları sınırlamak isteyen çocuklar için geçerli olabilir. Bu yaş grubunda, çocukların yediği yiyeceklerin çoğu ebeveynleri tarafından sağlanır; ebeveynler belirli yiyecekler (örneğin şeker) sağlamıyorsa, bu yiyecekleri kısıtlamak zorunda kalmazlar[347]. Bu çalışmada gıda heveslisi ve kısıtlama faktörleri arasında düşük ve pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir ve bu sonuçlar daha önceki çalışmalarla örtüşmektedir[32], [41], [255], [329], [338]. Bizim çalışmamızda ve 2014 tarihinde Carnell ve arkadaşları tarafından İngiltere’de yapılan bir çalışmada[348], ebeveyn Kısıtlaması ile Gıda heveslisi ve Tokluk heveslisi ile Baskı arasında pozitif yönde ilişkiler tespit edilmiştir. Kısıtlama ile çocuğun daha az sağlıklı ve kalori yoğun gıdalara ilgisi artabilir ya da tam tersi olarak çocuğun aşırı iştahlı olması kısıtlamanın artmasına neden olabildiği söylenebilir. Kısıtlanan yiyeceklerin bulunmaması onlar serbest olduğunda daha çekici olmalarına ve yüksek miktarda tüketilmelerine neden olacaktır[255], [271]. Ancak gıda heveslisi olan çocukların anneleri kendilerini sağlıksız gıdalarının alımı konusunda çocuklarını kısıtlamak zorunda hissediyor olabilir. Aslında kısıtlama davranışının gıda heveslisi olmakla ilişkili olması beklenen bir durum ama belki de ebeveynler çocuklarının gıdalara heves duymamasını beğeniyorlardır ve gıda alımını kısıtlamamayı tercih ediyorlardır. Tam tersi olarak gıda heveslisi olmayanların ebeveynlerin beslenme hedeflerine ulaşması için daha çok baskıya maruz kalması beklenebilir. Aşırı tepkili olmak ya da ısrarlı tekliflerin yapılması çocukların beslenmesinde sınırlamalara yol açabilme ihtimali bulunmaktadır[349] .

“Gıdaya erişim”içindeki gıdadan keyif alma ve baskı arasında düşük derecede anlamlı ilişki belirlenmiş olup bu bulgu daha önce yapılan çalışmalarla da uyumlu bir bulgudur[253], [274], [329], [350].

Elde edilen bulgular arasında ayrıca, ÇYDA'da çocuğun duygusal aşırı yemesi ile ebeveynlerin kısıtlayıcı beslemesi arasında[41], [338] pozitif yönde anlamlı bir ilişki

bulunmaktadır. Bu, kısıtlamanın çocuğun kısıtlanmış gıdaları daha fazla tercih etmesine neden olabileceği yönündeki literatürle uyumludur[262], [271]. Son çalışmalar göstermiştir ki ilişkiler çift yönlüdür; çocuk yeme davranışlarının ebeveyn besleme davranışlarını etkilemektedir ve bu uygulamalardan etkilenmektedir[329]. Örneğin, bir çocuk duygusal olarak üzgün olduğunda aşırı yemeye eğilimindeyse, çocuğun annesi çocuğun yeme davranışını kısıtlama ihtiyacını hissedebilir ve karşılığında anne istenen yiyecekleri kısıtladığında, çocuk üzgün olacaktır. Geçmişteki literatürde besleme davranışları ile çocuk yeme davranışları arasındaki böyle iki yönlü ilişkilere dair kanıtların bulunmasına rağmen[41], [329], bu çalışmada, bu iki yönlü ilişkiler araştırmanın yapısından dolayı net olarak ortaya konamamıştır.

4.4.2. ÇYDA Gıdadan Kaçınma Faktörü ve ÇBA Alt Faktörleri Arasındaki İlişkiler

Çocuk beslenme davranışlarını inceleyen ÇYDA ölçeği içindeki gıdadan kaçınma faktörü ile baskı arasında orta derecede pozitif bir ilişki ve algılanan sorumluluk, çocuk vücut ağırlığına ilgi, kısıtlama ve izlem arasında yine zayıf oranda olmak üzere pozitif yönde, algılanan çocuk ağrılığı ile zayıf oranda olmak üzere negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir.

Ebeveyn besleme davranışları içindeki baskı faktörü seçicilik hariç çocuğun beslenme davranışlarındaki gıdadan kaçınma içindeki üç faktör (tokluk heveslisi; β=0,235, yavaş yeme; β=0,305, duygusal az yeme β=0,165) ile pozitif yönde ilişkilere sahipken yemek seçiciliği ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Gıdadan kaçınma ve baskı arasında pozitif ilişkiler geçmişte yapılan çalışmalarla[41], [274] birlikte bizim çalışmamızda da tespit edilmiştir. Daha önceki çalışmalarla da[351]–[353] uyumlu olarak birçok ebeveyn yemek sırasında çocuklarını cesaretlendirmek ihtiyacı duymaktadır bunun sonucu olarak çocukta gıdadan kaçınma artmaktadır. Bu çalışmanın kesitsel olmasından dolayı neden sonuç ilişkisini net bir şekilde ifade etmek imkansızdır ve diğer taraftan bu ilişkinin karşılıklı olduğunu söylemek mümkündür. Ebeveynler çocukları

gıdadan kaçındığı[309] ve çocukları yeterince yemediğini düşündükleri için ya da dengeli beslenmediğini düşündükleri[38] için baskı uygulamakta veya bunun tam tersi olarak baskı uygulandığı için bu tarz problemler ortaya çıkmaktadır[354].

Araştırmaların sonuçlarına göre; ebeveynlerinin çocukların daha fazla yemesi konusundaki uğraşıları, beslenme problemlerini şiddetlendirebilir ve öğünleri hem ebeveyn hem de çocuk için daha olumsuz yapabilir[351], [355]. Genel olarak, ebeveynler ve çocukları arasında döngüsel, aditif ilişki bulunmaktadır ve de çocuğun seçici ve gıdadan kaçınan yeme davranışı, ebeveynin daha ısrarcı olmasına neden olmakta ve çocuğun daha sonraki beslenme davranışları etkilemektedir[356]. Çocuklarının iştahını az olarak algılyan ebevynlerin daha fazla baskı uyguladığı düşünülebilir. Çocuğun iştahının az olarak algılanması her zaman az yediği anlamına gelmemektedir. Az iştah algısı; ebeveynin uygun posiyon büyüklüğü, miktarını ayarlaması ile ilgili zorluk yaşadığını ya da çocuğun kendi gıda alımını ayarlama kabiliyetinin olmadığı ile ilgili düşüncelerini gösterebilir[357]. Bu nedenle, klinik bir problem oluşmadan önce okul öncesi çocuklarda ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşimleri incelemek önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının ebeveynlere böyle bir durumda neofobi ile başedilebilmesi veya daha sonraki dönemlerde yemek seçicilik ve beslenme sorunları gelişmemesi için çeşitli tavsiyelerde bulunması, porsiyon büyüklerinin ne olması gerektiği ve çocuğun açlık ve iştahla ilgili göstergelerini, ipuçlarını tanıyabilmesi için yardımcı olması gerekecektir.

SONUÇLAR

1.SONUÇLAR

Yaşları 2-5 yıl aralığında değişen 800 çocuğun ebeveynin besleme davranışlarının ve çocuklarının beslenme durumuna ve vücut ağırlığına olan etkisi ve bunun yanı sıra çocuk VKI'ni etkileyen faktörler değerlendirilmiştir ve sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- Çocukların %70,1(n:561)'i normal kiloda iken %8,5(n:68)'inin zayıf ve %11,9(n:95)'unun ise obez olduğu görülmüştür. Obez çocukların %57,3(n:458)'ünün ailede ilk çocuk olduğu ve ailede bir çocuk bulunma oranının %39,8(n:318), iki çocuk bulunma oranının %41,8(n:335) ve çocukların %64,1(n:513)'inin kreşe gitmediği belirlenmiştir.
- Ebeveynlerin %76(n:608)'sının ise orta gelir düzeyine sahip olduğu, %83,9(n:671)'unun çekirdek aile olduğu tespit edilmiştir.
- Annelerin %54,4(n:435)'ünün 31-40 yaş arasında olduğu, %9,1(n:73)'inin obez olduğu, %35,4(n:283)'ünün üniversite mezunu olduğu ve çalışan annelerin oranının %40,6(n:325) olduğu tespit edilmiştir.
- Babaların %66,6(n:533)'sının 31-40 yaş arasında olduğu, %12,6(n:101)'inin obez olduğu %40,4(n:323)'ünün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan çocukların %94,3(n:754)'ünün anne sütü aldığı, %47,4(n:379)'ünün mama ile beslendiği, %71,6(n:573)'sının 6 ay öncesinde ek besine geçtiği, %96,1(n:769)'inin annesi ve diğerleri tarafından beslendiği, %80,1(n:641)'inin atıştırdığı belirlenmiştir. Çocukların %51,8(n:414)'inde yeme problemi olduğu ve yeme problemi olanlarda %62,2 (n:327) ile en sık "iştahı az" olma probleminin olduğu, %63,3(n:506)'ünün yemek sırasında TV/tablet/telefon seyrettiği görülmüştür. Çoğunlukla %52(n:417)'sinin yemek sırasında oyun oynamadığı, %63,4(n:507)'ünün yemek sırasında dolaşmadığı belirtilmiş olup %58,1(n:465)'ine yemek sırasında döküp saçmasına müsaade edilmediği bulunmuştur. Beslenme sırasında çocukların %53,9(n:431)'una yemeği reddettiği takdirde kızıldığı, %58(n:464)'inin ailesinde yemek seçen birinin

olduğu görülmüştür. Yemek seçenlerin içinde annesi yemek seçenlerin oranının %22,2(n:103), babası yemek seçenlerin oranının %53,7(n:249) ve kardeşi yemek seçenlerin oranının %36,6 (n:170) olduğu ve bunun yanı sıra yemek seçen çocukların oranının %61,3 (n:490) olduğu, tespit edilmiştir. Ayrıca, şişmanlığı sağlık sorunu olarak gören ebeveynlerin oranının %94,9 (n:759) iken zayıflığı sağlık sorunu olarak gören ebeveynlerin oranının %71,3 (n:570) olduğu tespit edilmiştir.

- ÇBA'ne ait bulgular içinde ebeveynler en yüksek puanı kısıtlama" alt boyutundan (ortalama 32,04±0,19 puan) almıştır.
- ÇYDA'ne ait bulgular içinde ebeveynler toplamda ortalama 89.17±0,16 puan almıştır.
- Çocuk VKI 'ne etki eden faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak; lise ve üniversite mezunu annelerde obezite oranı %4,6 ve %4,6 iken, çalışmayan annelerde %12 olarak belirlenmiştir. Üniversite mezunu babalarda obezite oranı %10,5 iken okuryazar olmayanlarda %15,8 olarak tespit edilmiştir Gelir durumu yüksek olarak bildirenlerde obezite oranı %1,2 ve düşük olarak bildirenlerde %26 olarak tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan çocukların cinsiyetleri ile çocuk VKI katergorileri arasında yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.01$). Kız ve erkekler arasındak, farklılık lara bakacak olursak kızların %3,3 erkeklerin ise %20,2'sinin obez, kızların %7,3, erkeklerin ise %11,7'sinin fazla kilolu ve kızların %13,8'inin ve erkeklerin %3,2'sinin zayıf olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmada çocuk VKI kategorileri ve annenin VKI percent'leri arasında yapılan Anova'da anlamlı bir farklılık ($p =0.044$) olduğu ve çocuk zayıf iken anne VKI ortalamasının 24.02+-3,73 ve çocuk obez iken 24.3+- 4,04 olduğu ve zayıftan obeze doğru artış olduğu görülmüştür. Ayrıca çocuk VKI kategorileri ve baba VKI percent'leri arasında yapılan Anova'da anlamlı bir farklılık ($p=0.001$) olduğu ve çocuk zayıf iken baba VKI ortalamasının 25.90+-3,18 ve çocuk obez iken 27,41+- 3,72 olduğu ve zayıftan obeze doğru artış olduğu görülmüştür.
- Çalışmaya dahil edilen ailelerin gelir durumu, annenin ve babanın eğitim durumu ve anne iş durumu ile çocukların VKI kategorisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde ailelerin gelir durumu, annenin eğitimi ile ilişki

tespit edilemezken babanın eğitim durumu ile çocukların VKI kategorisi arasında ilişki tepsit edilmiştir (p=0,031).

- Çocuğun anne sütü alıp almadığı, mama ile beslenip beslenmediği ve ek besine geçiş süresi (6 ay öncesi ve sonrası) ile çocuk VKI arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0.05). Çocuğun mama ile beslenip beslenmediği ile çocuk VKI arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p=0,016). Mama ile beslenen çocuklarda fazla kilolu ve obez olanların %12,7 ila %12,4 olduğu, mama ile beslenmeyenlerde ise fazla kilolu ve obez olanların %6,4 ve %10,9 olduğu yani; mama ile beslenmenin fazla kilolu ve obez olma oranlarını artırdığı tespit edilmiştir.
- Çalışmamıza katılan çocukların ev ortamı ile çocuğun VKI kategorisi arasında anlamlı bir bir ilişki tespit edilememiştir (p<0.05).
- Çalışmamıza katılan çocukları ebeveynin seçici olarak nitelendirilip nitelendirmediği ile çocuğun VKI kategorisi arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde bir farklılık tespit edilememiştir. Aynı şekilde ailede yemek seçenin olup olmaması ile ailede yemek seçenin kim olduğu ile VKI kategorisi arasında bir farklılık tespit edilememiştir (p>0.05). Ancak annenin yemek seçmesi ile çocuk VKI kategorileri arasında anlamlı bir farklılık (p<0,05) tespit edilirken babanın ya da kardeşin yemek seçmesi ile çocuk VKI kategorileri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.
- Öğün aralarında atıştırma alışkanlığı olan çocuklarda obezitenin daha yüksek olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık yoktur (p>0.05).
- Çocuğa yemek konunda baskı yapıldığı takdirde çocuk VKI kategorileri arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir farklılık bulunamadı (p>0.05) ancak çocuğa yemek konusunda baskı yapıldığı takdirde hem obez olanların (%12,5) hem de zayıf olanların (%11,4) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Çocukta yeme problemi olup olmadığı ile çocuğun VKI kategorisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p=0,01). Çocuğunda yeme problemi olduğu belirtilen çocukların daha zayıf, yeme problemi olmadığı belirtilenlerin ise daha fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiştir.
- Çocuğun öğün sırasındaki TV/tablet/telefon izleme ve kullanma, etrafta dolaşma, oyun oynama gibi davranışların çocuğun VKI'i üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ki kare incelemesinde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).
- Ailenin şişmanlık ve zayıflık konusundaki algılarını ile çocuğun VKI durumu ki kare ile değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p<0.01$). Fazla kilolu ve obez olanlarda şişmanlığı sağlık sorunu olarak görenlerin oranı (%98,2) zayıf olanlarda sağlık sorunu olarak görenlerden (%85,7) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir; çocuk zayıf olduğu takdirde ise şişmanlığı sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin oranı (%14,3) artmaktadır. Aynı değerlendirme zayıflığı sağlık sorunu olarak görenlerde yapıldığında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).
- Ebeveynlerin çocuğun beslenmesindeki tutum ve davranışlarının, çocukların VKI'ne göre önemli farklılıklar gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla ÇBA ile çocuk VKI kategorileri arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu; algılanan aile vücut ağırlığı, algılanan çocuk vücut ağırlığı, kısıtlama, yeme baskısı ve önemli farklılıkların olduğu belirlenmiştir. "Algılanan aile vücut ağırlığı" için farklılığın ana nedeninin zayıfların ve fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan almasından ve "kısıtlama" için obezlerin normallerden daha fazla puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. "Algılanan cocuk vücut ağırlığı" için farklılığın ana kaynağının zayıfların ve normal, fazla kilolu, obezlerden daha düşük puan almasından ve ayrıca normallerin fazla kilolu, obezden daha düşük puan almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. "Yeme baskısı" için ise normallerin ve obezlerden daha düşük puan aldığı, "izlem" için ise normallerin ve fazla kilolulardan daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir.
- Çocuk beslenme davranışları, çocukların beden kitle indekslerine göre önemli farklılıklar gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla ÇYDA ve çocuk VKI kategorileri arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla yapılan tek yönlü varyans

analizi incelemesinde gıdadan keyif alma, gıda heveslisi, gıda erişimi için önemli farklılıkların olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). "Gıdadan keyif alma" için farklılığın ana nedeninin zayıfların ve fazla kilolu, obez çocuklardan daha düşük puan almasından ve "gıda heveslisi" için zayıfların obezlerden ve normallerin obezlerden daha düşük puan almasından kaynaklandığı görülmektedir.

- Ebeveynin çocuk besleme davranışları ve çocuk beslenme davranışları ve VKI arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan koreasyon incelemesinde "gıdadan kaçınma" faktörü içindeki yavaş yeme alt faktörü ile baskı faktörü arasında ($\beta=0.305$; $p<0.01$) orta derecede pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Yine diğer ÇBA alt faktörleri ile yavaş yeme alt faktörü arasında düşük korelasyonda olmak üzere anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir; yavaş yeme ile algılanan sorumluluk arasında ($\beta=0,103$; $p<0.01$), yavaş yeme ile algılanan çocuk ağırlığı arasında ($\beta=-0,208$; $p<0.01$), yavaş yeme ile çocuk vücut ağırlığına ilgi arasında ($\beta=-0,113$; $p<0.01$), yavaş yeme ile kısıtlama arasında ($\beta=0,127$; $p<0.01$), yavaş yeme ile izlem arasında ($\beta=0,146$; $p<0.01$) ilişkiler tespit edilmiştir. Bunun haricinde ÇYDA yemekten kaçınma alt faktörleri tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği ile ÇBA faktörleri arasında düşük korelasyonda olmak üzere anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

2. ÖNERİLER

- Çalışmamızda da elde edilen sonuçlarda da görüldüğü üzere obezitenin genetik rolü yadsınamaz ancak bunun yanı sıra çocukların sağlığı ve sağlıklı yetişkinler olabilmesi; sağlıklı bir ortamda büyümelerine dayanmakta ve sağlığın temeli çocukluk yıllarında atılmaktadır. Okul öncesi dönem yetişkinlik için temel oluşturan pek çok alışkanlığın geliştirildiği bir dönem olmakla birlikte sağlığı etkileyebilecek alışkanlıklar bu dönemde kazanılmakta, anne ve babanın davranış ve tutumu çocuğun beslenme davranışlarını etkilemekte ve dolaylı olarak çocuk kilosu etkilenmektedir.
- Çocuk VKI kategorileri ve annenin ve babanın VKI arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve çocuk zayıftan obeze doğru gittikçe anne ve baba VKI ortalamasının arttığı tespit edilmiştir. Çocuk VKI'ne etki eden ebeveyn eğitim durumu, çocuğun mama ile

beslenmesi ve şişmanlık algısı gibi değiştirilebilir faktörler açısından çocuk beslenmesine dikkat etmek ve ebeveyni yönlendirmek sağlık çalışanının temel görevleri arasında bulunmalıdır.

- Yeme problemi olduğu belirtilen çocukların daha zayıf, yeme problemi olmadığı belirtilenlerin ise daha fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiş olup en sık "iştahı az" çocukların tespit edilmesi nedeniyle bu çocuklara yaş grupları itibariyle ebeveyn davranışlarının ve "neofobi" "yanlış algılanan seçicilik", "yanlış algılanan iştahsızlık" gibi tanıları akılda tutmak ve bu yaş grubundaki çocuk beslenmesine ait dünya literatüründeki genel prensipler açısından aileyi bilgilendirmek gerekmektedir.
- Çocuklarda obezite ve gelişme geriliğini önlemek ve doğru yeme davranışını geliştirmelerini sağlamak amacıyla ebeveynlerin kendilerini yönlendirecek, güncel, doğru kanıtlara gereksinim vardır. Bunun yanı sıra ebeveynlere yol gösterecek sağlık personelinin bu konularda eğitimli olması, güncel bilgileri takip ediyor olması gerekmektedir. Sağlık personeli tarafından bu ölçeklerin ve içeriklerinin bilinmesi, uygulanabilirlikleri konusunda istekli olması ebeveynlerin sorularına uygun ve yönlendirici yanıtların verilmesini kolaylaştırabilecektir.
- Dünya literatüründe kabul gören ve sık kullanılan bu ölçeklerin yaygın kullanılması ve uygun şekilde değerlendirilmesi ile bizim toplumumuzdaki kültürel farklılıkları tanımak ve ebeveynlerin besleme davranışlarını ve çocukların yeme davranışlarını saptamak ve dolayısıyla sağlıklı yeme davranışını geliştirmek konusunda doğru verileri elde etmek fırsatı oluşacaktır.
- Ebeveynin kendi kendini değerlendirdiği ölçeklerin çoğunda yemek sırasındaki pratikler değerlendirilirken, öğünler dışındaki besleme pratikleri değerlendirilememektedir. Gözlemsel çalışmalarda ebeveyn besleme davranışlarının her durumda ve öğünler dışında da benzeşip benzeşmediğini değerlendirmek için ebeveyn-çocuk etkileşimini değerlendirmek için gözlemsel ve prospektif çalışmaların kullanılması ilişkileri daha net ortaya koymak açısından önemlidir.
- Dünya ve Türkiye istatistiklerinde belirtildiği üzere sıklığı giderek artmakta olan ve önemli bir sağlık problemi haline gelen obezitenin önlenmesi açısından tüm kronik hastalıkların tedavisinde ilk basamak yaklaşımı olan yaşam tarzı değişikliklerinin, birincil

korumanın esası olarak hastalıklar oluşmadan ve çocuk yaştan itibaren benimsetilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. bu açıdan birinci basamakta yapılacaklar arasında "obezitenin, çocuk sağlığını olumsuz etkilediği konusunda ebeveynleri bilinçlendirmek" en başta gelmektedir. Doktorlarla birlikte diğer sağlık çalışanlarının da işbirliği içinde sağlıklı beslenme davranışlarının kazanılması açısından ebeveynlere yönelik daha fazla konferanslar, eğitim seminerleri düzenlenmesi sağlanabilir.

3. KISITLILIKLAR

- Yeme davranışı gelişimi bir süreç olduğundan, kesitsel çalışmalar ile bu sürecin net bir şekilde saptanmasında zorluklar yaşanmaktadır. Bu nedenden dolayı bu çalışmanın bulguları, kesitsel doğası nedeniyle sınırlıdır.
- Çocukların yeme davranışları ve ebeveyn besleme davranışları arasında ile VKI arasında karmaşık ilişkiler olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada bu ilişkiler çalışmanın yapısından dolayı neden-sonuç ilişkisi ya da iki yönlü ilişkiler açısından incelenememiştir. Şöyle ki çalışmamızda da tespit edildiği üzere ebeveyn "kısıtlama" faktörü ile çocukların "Gıda heveslisi" zayıf bir ilişki tespit edilmiş olup her ne kadar bizim çalışmamızda tespit edilmemiş olsa da ve geçmiş çalışmalarda da tespit edildiği gibi çocuk VKI ile kısıtlama arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bu da kısıtlayıcı ebeveyen yaklaşımının gıdaya erişimin kısıtlanmadığı zamanlarda aşırı yeme, sonuçta kilo alımı ile sonuçlanabilir. Diğer taraftan yine bizim çalışmamızda da görüleceği üzere ebeveyn baskısı ile gıdadan keyif alma arasında negatif bir ilişki olduğu, sonuç olarak çocukta daha az yeme ve kilo kaybı oluşacağı düşünülebilir. Ayrıca baskı çocuğun hemen doymasına karşılık oluşan bir yanıt olarak yorumlanabilir. Bu baskı ile tokluk heveslisi arasındaki pozitif yöndeki ilişkiyi açıklayabilir. Longitudinal çalışmalar ve tekrarlı ölçümlerle bu ilişkilerin net şekilde ortaya konulması gerektiği düşünülmektedir.Geçmişteki literatürde besleme davranışları ile çocuk yeme davranışları arasındaki böyle iki yönlü ilişkilere dair kanıtlar mevcuttur.
- Besleme pratiklerinin değerlendirildiği anketlerin kendi kendini değerlendirmesi üzerine kurulu olmasından dolayı güvenilirliğinin düşük olma ihtimali ve cevaplayanın

bias karıştırma ihtimali bulunmaktadır. Diğer taraftan ebeveynin kendi kendini değerlendirdiği ölçeklerin çoğunda yemek sırasındaki pratikler değerlendirilirken, öğünler dışındaki besleme pratikleri değerlendirilememektedir.

- Çocukluk çağı obezitesinde etkili olabilecek; öğün sayısı, yemek miktarı ve çeşidi, kahvaltı yapılıp yapılmadığı, sedanter/aktif yaşam, TV izlerken yemek yeme gibi davranışlar, TV izleme süresi, çocukların düşük fiziksel aktivite düzeyi, fazla doğum ağırlığına sahip olma, kahvaltı atlama, atıştırmalık olarak tüketilen gıdanın içeriği (şekerle tatlandırılmış içecek tüketimi gibi) gibi faktörler bu çalışma kapsamında değerlendirilmemiştir.

4.AVANTAJLAR

- Dünya literatüründe kabul görmüş ve sık kullanılan ölçekler kullanılarak çok çeşitli çocuk beslenme davranışları ve ebeveyn besleme davranışları incelenmiş olup bulgular çocukların ve ebeveynlerinin davranışlarının çocukların VKI ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
- Türkiye'de birinci basamakta sağlıklı çocukta yüksek örneklem büyüklüğü ile yapılmış ilk çalışmadır.

KAYNAKÇA:

[1] S. Sarıtekin and İ. Dindar, "Edirne merkez kreş ve anaokullarına kayıtlı 2-6 yas grubu çocukların büyüme gelişme durumları ve etkileyen etmenler," *Ankara Sağlık Hizmetleri Derg.*, vol. 12, no. 1, pp. 011–024, 2013, doi: 10.1501/ashd_0000000084.

[2] K. Merdol, "Okul öncesi dönem çocuklarinin beslenmesi Şubat 2008 Ankara," p. ss.1-18, 2008.

[3] T.C. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye'de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi araştırma raporu," pp. 1–121, 2011.

[4] Z. Muslu, G. K., Beytut, D., Kahraman A., Yardımcı, F., Başbakkal, "Ebeveyn besleme tarzı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi," *Türk Pediatr. Arşivi*, vol. 49, pp. 224–230, 2014, doi: 10.5152/tpa.2014.1742.

[5] Ü. Erkorkmaz, R. Yilmaz, O. Demir, S. Y. Sanisoglu, I. Etikan, and M. Özçetin, "Analysis of the correlation between children's eating behavior and parent's feeding style using canonical correlation analysis," *Turkiye Klin. J. Med. Sci.*, vol. 33, no. 1, pp. 138–148, 2013, doi: 10.5336/medsci.2012-29490.

[6] K. Esin and N. Şanlıer, "Çocukluk Çağı Obezitesinin Psikososyal Etkileri.," *Psychosoc. Eff. Child. Obes.*, vol. 40, no. 2, pp. 149–154, 2012.

[7] I. Huybrechts, C. Matthys, C. Vereecken, L. Maes, and E. Hm, "Food Intakes by Preschool Children in Flanders Compared with Dietary Guidelines," pp. 243–257, 2008, doi: 10.3390/ijerph5040243.

[8] K. M. Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., & Flegal, "Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004," *JAMA*, vol. 295, no. 13, pp. 1549–1555, 2006.

[9] U. S. Children, C. L. Ogden, M. D. Carroll, and K. M. Flegal, "High Body Mass Index for Age Among," vol. 299, no. 20, pp. 2003–2006, 2008.

[10] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Bayt Matbaası, Ankara

Mayıs 2018, 15-35. (http:// temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180814161019 2018tbl_kilavuz6c373c6010.pdf, Erişim Tarihi:15.03.2019)

[11] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

[12] M. Garipagaoglu, N. Budak, N. Süt, Ö. Akdikmen, N. Oner, and R. Bundak, "Obesity Risk Factors in Turkish Children," *J. Pediatr. Nurs.*, vol. 24, no. 4, pp. 332–337, 2009, doi: 10.1016/j.pedn.2008.04.003.

[13] T. A. Nicklas, T. Baranowski, K. W. Cullen, and G. Berenson, "Eating patterns, dietary quality and obesity," *J. Am. Coll. Nutr.*, vol. 20, no. 6, pp. 599–608, 2001, doi: 10.1080/07315724.2001.10719064.

[14] K. K. Davison and L. L. Birch, "Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls," *Pediatrics*, vol. 107, no. 1, pp. 46–53, 2001, doi: 10.1542/peds.107.1.46.

[15] R. P. Troiano and K. M. Flegal, "Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics," *Pediatrics*, vol. 101, no. 3 II SUPPL., pp. 497–504, 1998.

[16] W. H. Dietz and T. N. Robinson, "Assessment and treatment of childhood obesity.," *Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics*, vol. 14, no. 9. American Academy of Pediatrics, pp. 337–343, Sep. 01, 1993, doi: 10.1542/pir.14-9-337.

[17] M. Golan, A. Weizman, A. Apter, and M. Fainaru, "Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 67, no. 6, pp. 1130–1135, 1998, doi: 10.1093/ajcn/67.6.1130.

[18] A. M. Rydell, M. Dahl, and C. Sundelin, "Characteristics of school children who are choosy eaters," *J. Genet. Psychol.*, vol. 156, no. 2, pp. 217–229, 1995, doi: 10.1080/00221325.1995.9914818.

[19] G. Mccormick, Valerie & Markowitz, "Picky eater or feeding disorder? Strategies

for determining the difference," *Adv. NPs PAs.*, vol. 4, no. quiz 23, pp. 18–22, 2013.

[20] B. Kerzner, K. Milano, W. C. MacLean, G. Berall, S. Stuart, and I. Chatoor, "A practical approach to classifying and managing feeding difficulties," *Pediatrics*, vol. 135, no. 2, pp. 344–353, 2015, doi: 10.1542/peds.2014-1630.

[21] T. M. Dovey, P. A. Staples, E. L. Gibson, and J. C. G. Halford, "Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review," *Appetite*, vol. 50, no. 2–3, pp. 181–193, 2008, doi: 10.1016/j.appet.2007.09.009.

[22] A. J. Mascola, S. W. Bryson, and W. S. Agras, "Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11years," *Eat. Behav.*, vol. 11, no. 4, pp. 253–257, 2010, doi: 10.1016/j.eatbeh.2010.05.006.

[23] G. S. Hafstad, D. S. Abebe, L. Torgersen, and T. von Soest, "Picky eating in preschool children: The predictive role of the child's temperament and mother's negative affectivity," *Eat. Behav.*, vol. 14, no. 3, pp. 274–277, 2013, doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.04.001.

[24] K. van der Horst, "Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors," *Appetite*, vol. 58, no. 2, pp. 567–574, 2012, doi: 10.1016/j.appet.2011.12.019.

[25] K. van der Horst, A. Eldridge, D. Deming, and K. Reidy, "Caregivers' perceptions about picky eating: associations with texture acceptance and food intake (379.3)," *The FASEB Journal*, vol. 28, no. 1_supplement. p. 379.3, 2014, doi: 10.1096/fasebj.28.1_supplement.379.3.

[26] A. Tharner *et al.*, "Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: A latent profile approach in a population-based cohort," *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–11, 2014, doi: 10.1186/1479-5868-11-14.

[27] B. R. Carruth, P. J. Ziegler, A. Gordon, and S. I. Barr, "Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food," *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 104, no. SUPPL. 1, pp. 57–64, 2004, doi: 10.1016/j.jada.2003.10.024.

[28] I. Moroshko and L. Brennan, "Maternal controlling feeding behaviours and child

eating in preschool-aged children," *Nutr. Diet.*, vol. 70, no. 1, pp. 49–53, 2013, doi: 10.1111/j.1747-0080.2012.01631.x.

[29] R. Jani Mehta, K. M. Mallan, S. Mihrshahi, S. Mandalika, and L. A. Daniels, "An exploratory study of associations between Australian-Indian mothers' use of controlling feeding practices, concerns and perceptions of children's weight and children's picky eating," *Nutr. Diet.*, vol. 71, no. 1, pp. 28–34, 2014, doi: 10.1111/1747-0080.12046.

[30] J. E. Shim, J. Kim, R. A. Mathai, and STRONG Kids Research Team, "Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children.," *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 111, no. 9, pp. 1363–1368, 2011, doi: 10.1016/j.jada.2011.06.410.

[31] K. Northstone, P. Emmett, and F. Nethersole, "The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months," *J. Hum. Nutr. Diet.*, vol. 14, no. 1, pp. 43–54, 2001, doi: 10.1046/j.1365-277X.2001.00264.x.

[32] J. E. Gregory, S. J. Paxton, and A. M. Brozovic, "Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: A prospective analysis," *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 7, pp. 1–10, 2010, doi: 10.1186/1479-5868-7-55.

[33] V. Finistrella, M. Manco, A. Ferrara, C. Rustico, F. Presaghi, and G. Morino, "Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads," *J. Am. Coll. Nutr.*, vol. 31, no. 3, pp. 152–159, 2012, doi: 10.1080/07315724.2012.10720022.

[34] A. Tharner *et al.*, "Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: A latent profile approach in a population-based cohort," *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–11, 2014, doi: 10.1186/1479-5868-11-14.

[35] S. Cardona Cano *et al.*, "Trajectories of picky eating during childhood: A general population study," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 48, no. 6, pp. 570–579, 2015, doi: 10.1002/eat.22384.

[36] C. Jacobi, W. S. Agras, S. Bryson, and L. D. Hammer, “Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 42, no. 1, pp. 76–84, 2003, doi: 10.1097/00004583-200301000-00013.

[37] L. Dubois, A. P. Farmer, M. Girard, and K. Peterson, “Preschool children’s eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight,” *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 61, no. 7, pp. 846–855, 2007, doi: 10.1038/sj.ejcn.1602586.

[38] A. T. Galloway, L. Fiorito, Y. Lee, and L. L. Birch, “Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are ‘picky eaters,’” *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 105, no. 4, pp. 541–548, 2005, doi: 10.1016/j.jada.2005.01.029.

[39] J. J. Haszard, P. M. L. Skidmore, S. M. Williams, and R. W. Taylor, “Associations between parental feeding practices, problem food behaviours and dietary intake in New Zealand overweight children aged 4-8 years,” *Public Health Nutr.*, vol. 18, no. 6, pp. 1036–1043, 2015, doi: 10.1017/S1368980014001256.

[40] S. Ekstein, D. Laniado, and B. Glick, “Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children?,” *Clin. Pediatr. (Phila).*, vol. 49, no. 3, pp. 217–220, 2010, doi: 10.1177/0009922809337331.

[41] P. W. Jansen *et al.*, “Children’s eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study,” *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 9, pp. 1–11, 2012, doi: 10.1186/1479-5868-9-130.

[42] F. Y. Y. Kwok, Y. Y. F. Ho, C. M. Chow, C. Y. N. So, and T. F. Leung, “Assessment of nutrient intakes of picky-eating Chinese preschoolers using a modified food frequency questionnaire,” *World J. Pediatr.*, vol. 9, no. 1, pp. 58–63, 2013, doi: 10.1007/s12519-012-0386-9.

[43] E. F. C. Sleddens, S. P. J. Kremers, and C. Thijs, “The Children’s Eating Behaviour Questionnaire: Factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7,” *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 5, pp. 1–9, 2008, doi: 10.1186/1479-5868-5-49.

[44] V. Viana, S. Sinde, and J. C. Saxton, “Children’s Eating Behaviour Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese children,” *Br. J. Nutr.*, vol. 100, no. 2, pp. 445–450, 2008, doi: 10.1017/S0007114508894391.

[45] L. Webber, C. Hill, J. Saxton, C. H. M. Van Jaarsveld, and J. Wardle, “Eating behaviour and weight in children,” *Int. J. Obes.*, vol. 33, no. 1, pp. 21–28, 2009, doi: 10.1038/ijo.2008.219.

[46] M. MARCHI and P. COHEN, “Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 29, no. 1, pp. 112–117, 1990, doi: 10.1097/00004583-199001000-00017.

[47] R. C. Pianta, S. L. Nimetz, and E. Bennett, “Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten,” *Early Child. Res. Q.*, vol. 12, no. 3, pp. 263–280, 1997, doi: 10.1016/S0885-2006(97)90003-X.

[48] S. E. Rimm-Kaufman and R. C. Pianta, “An Ecological Perspective on the Transition to Kindergarten: A Theoretical Framework to Guide Empirical Research,” *J. Appl. Dev. Psychol.*, vol. 21, no. 5, pp. 491–511, 2000, doi: 10.1016/S0193-3973(00)00051-4.

[49] R. Salari, M. B. Wells, and A. Sarkadi, “Child behaviour problems, parenting behaviours and parental adjustment in mothers and fathers in Sweden,” *Scand. J. Public Health*, vol. 42, no. 7, pp. 547–553, 2014, doi: 10.1177/1403494814541595.

[50] L. N. and K. M., “BMI patterns over 5 years of obese children motivated to participate in a one-year lifestyle intervention: Age as predictor of long-term success,” *Horm. Res. Paediatr.*, vol. 74, no. SUPPL. 3, pp. 74–75, 2010, doi: http://dx.doi.org/10.1159/000321348.

[51] V. Svensson, L. Lundborg, Y. Cao, P. Nowicka, C. Marcus, and T. Sobko, “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,” *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 8, no. 1, p. 134, 2011, doi: 10.1186/1479-5868-8-134.

[52] J. Wardle, C. A. Guthrie, S. Sanderson, and L. Rapoport, “Development of the children’s eating behaviour questionnaire,” *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 42, no. 7, pp. 963–970, 2001, doi: 10.1111/1469-7610.00792.

[53] S. Carnell and J. Wardle, “Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire,” *Appetite*, vol. 48, no. 1, pp. 104–113, 2007, doi: 10.1016/j.appet.2006.07.075.

[54] D. Y. T. Goh and A. Jacob, “Perception of picky eating among children in Singapore and its impact on caregivers: A questionnaire survey,” *Asia Pac. Fam. Med.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–8, 2012, doi: 10.1186/1447-056X-11-5.

[55] P. L. Quah *et al.*, “Validation of the Children’s Eating Behavior Questionnaire in 5 and 6 year-old children: The GUSTO Cohort Study,” *Front. Psychol.*, vol. 10, no. APR, pp. 1–9, 2019, doi: 10.3389/fpsyg.2019.00824.

[56] C. M. Taylor, S. M. Wernimont, K. Northstone, and P. M. Emmett, “Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes,” *Appetite*, vol. 95, pp. 349–359, 2015, doi: 10.1016/j.appet.2015.07.026.

[57] Ş. Çetinkaya, “The growth and development in healthy child.” 2012.

[58] Baysal A., *Beslenme*, 12th ed. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2012.

[59] S. Grantham-McGregor, “Early child development in developing countries,” *Lancet*, vol. 369, no. 9564, p. 824, 2007, doi: 10.1016/S0140-6736(07)60404-8.

[60] I. Lasi, S., Nadeem, S., Fatima, “Quality in early childhood education : Assessing early child development - a holistic approach for ages 3-6 years Quality in Early Childhood Education : Assessing Early,” *eCommons*, no. February, pp. 295–305, 2007.

[61] Berk, L., 2013. *Child Development*. 9th ed. Boston: Pearson.

[62] S. S. E. Mahan L.K., *Krause’s food & nutrition therapy*, 12th ed. 2008.

[63] Z. Altınkılıç and H. Özkan, “Televizyon izlemenin 1-6 yaş çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik annelerin tutum ve davranışlarının belirlenmesi,” *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Derg.*, vol. 4, no. 3, pp. 186–194, 2014, doi: 10.5222/buchd.2014.186.

[64] R. C. Whitaker, M. S. Pepe, J. A. Wright, K. D. Seidel, and W. H. Dietz, "Early adiposity rebound and the risk of adult obesity.," *Pediatrics*, vol. 101, no. 3, 1998, doi: 10.1542/peds.101.3.e5.

[65] S. Özdemir, O., Özdemir, P.A., Kadak, M.T., Nasıroğlu, *Kişilik gelişimi*, 4(4). 2012.

[66] S. Özbey, "Okul öncesi eğitim kurumuna devam eden 60–72 aylik çocuklarin sosyal beceri ve problem davranişlarinin okul ve ev ortamina göre incelenmesi," *Toplum ve Sos. Hizmet*, vol. 23, no. 2, pp. 21–32, 2012.

[67] F. J. Rosales, J. S. Reznick, and S. H. Zeisel, "Understanding the role of nutrition in the brain and behavioral development of toddlers and preschool children: Identifying and addressing methodological barriers," *Nutr. Neurosci.*, vol. 12, no. 5, pp. 190–202, 2009, doi: 10.1179/147683009X423454.

[68] F. Laloğlu, Çocukların beslenme büyüme gelişme ve asi takibini etkileyen sosyodemografik faktörlerin arastirilmasi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2009.

[69] M. Öncü, Ü., Nalbantoğlu, B., Güzel, E., Nalbantoğlu, A., Demirsoy, U., & Çakan, "Bir-Beş Yaş Arası Çocukların Persantillerine Ailenin Sosyoekonomik Düzeyinin ve Annenin Beslenme Konusundaki Bilgisinin Etkisi," *Çocuk Dergisi, cilt.11*, pp. 64–72, 2011.

[70] B. Koletzko, *Basic concepts in nutrition: Nutritional needs of children and adolescents*, 3(4). 2008.

[71] N. Karaağaoğlu, *T.C. Sağlık Bakanlığı. İlköğretim çocuklari için sağlikli beslenme*. Ankara: Klasmat Matbaacılık., 2008.

[72] M. De Onis, C. Monteiro, J. Akre, and G. Clugston, "The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: An overview from the WHO global database on child growth," *Bull. World Health Organ.*, vol. 71, no. 6, pp. 703–712, 1993.

[73] K. J. Ellis, "Evaluation of body composition in neonates and infants," *Semin. Fetal Neonatal Med.*, vol. 12, no. 1, pp. 87–91, 2007, doi: 10.1016/j.siny.2006.10.011.

[74] Kabaran S., Ailelerin besin seçiminin çocukların besin seçimi ve yeni besin deneme

fobisi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2011.," Hacettepe Üniversitesi, 2011.

[75] N. Evliyaoğlu, "Well baby follow-up," *Turk Pediatr. Ars.*, vol. 42, no. SUPPL., pp. 6–10, 2007.

[76] C. Garza and M. de Onis, "Rationale for developing a new international growth reference," *Food Nutr. Bull.*, vol. 25, no. 1 SUPPL. 1, 2004, doi: 10.1177/15648265040251s102.

[77] T. J. Cole, K. M. Flegal, D. Nicholls, and A. A. Jackson, "Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey," *Br. Med. J.*, vol. 335, no. 7612, pp. 194–197, 2007, doi: 10.1136/bmj.39238.399444.55.

[78] "https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/BMI/adult_BMI/index.html." .

[79] O. Neyzi *et al.*, "Weight, height, head circumference and body mass index references for Turkish children," *Cocuk Sagligi ve Hast. Derg.*, vol. 51, no. 1, pp. 1–14, 2008.

[80] H. Özen, "Malnutrisyon ve Beslenme," *Güncel Pediatri*, 2005. .

[81] T. Lobstein, L. Baur, and R. Uauy, "Obesity in children and young people : a crisis in," *Obes. Rev.*, vol. 5, pp. 4–85, 2004.

[82] R. Kutlu and S. Çđvđ, "Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının Ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi," *Fırat Tıp Derg.*, vol. 14, no. 1, pp. 18–24, 2009.

[83] Ş. Oğuz and Ö. Derin, "Okul Öncesi Eğitim Kurumlarina Devam Etmekte Olan 60-72 Aylik Çocuklarin Beslenme Alişkanliklari : ÖğretmeGörüşlerinin Nutrition Habits of 60-72 Month Old Children Going To Pre-School Education Institutes : Evaluation of Teachers ' Opinions," *TÜBAV BİLİM DERGİSİ cilt:6 sayı:1 ss:1-10*, pp. 1–10, 2013.

[84] H. T. Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Merdol, T. K., Pekcan, G., Besler, *Diyet El Kitabı*, 5th ed. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2008.

[85] A. Baysal, *Genel Beslenme*, 12th ed. Hatiboğlu Yayınevi., 2010.

[86] A. R. El-ghannam, “The Global Problems of Child Malnutrition and Mortality in Different World Regions The Global Problems of Child Malnutrition and Mortality in Different World Regions,” vol. 7186, no. October, 2015, doi: 10.1300/J045v16n04.

[87] F. El-nmer, A. A. Salama, and D. Elhawary, “Nutritional knowledge , attitude , and practice of parents and its impact on growth of their children,” pp. 612–616, 2014, doi: 10.4103/1110-2098.145529.

[88] Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi,” Ankara, 2004.

[89] N. F. Butte, C. Garza, and M. De Onis, “Evaluation of the feasibility of international growth standards for school-aged children and adolescents,” *J. Nutr.*, vol. 137, no. 1, pp. 153–157, 2007, doi: 10.1093/jn/137.1.153.

[90] G. H. Köksal G., *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2000.

[91] H. Perry *et al.*, “Long-Term Reductions in Mortality Among Children Under Age 5 in Rural Haiti : Effects of a Comprehensive Health System in an Impoverished Setting,” vol. 97, no. 2, pp. 240–246, 2007, doi: 10.2105/AJPH.2006.088732.

[92] K. Olness, “Effects on Brain Development Leading to Cognitive Impairment : A Worldwide Epidemic,” vol. 24, no. 2, pp. 120–130, 2003.

[93] T. Baysal, “Denizli İl Merkezinde 6-36 Aylık Çocuk Beslenme Uygulamaları ve Çocukların Büyümesine Etkisi,” Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli 2015.

[94] R. Kliegman, R., Marcdante, K., Jenson, H. ve Behrman, *Nelson Textbook Of Pediatrics*. London: Elsevier Mosby, 2010.

[95] T. Neyzi, O. Ertuğrul, *Pediatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.

[96] M. Kısmet, E., Okumuş, N., Anık, A., Kılıç, G., Öztarhan, K., Palabıyık, *Pediatri*. İstanbul, 2014.

[97] A. A. Rudolph, M.A., Lister, R.L., First, R.L., Gershon, *Rudolph Pediatri*. 2013.

[98] S. Gülha, *Vitaminler Mineraller ve Sağlığımız*, Yayın No: Ankara: Klasmat

Matbaacılık., 2008.

[99] K. T. Merdol, *Beslenme Eğitim Rehberi*. Ankara, 2012.

[100] A. Aytekin, *Çocuk Beslenmesi*. 2015.

[101] B. Fauth and M. Thompson, "Young children's well-being: Domains and contexts of development from birth to age 8," no. 258825, pp. 1–107, 2009.

[102] H. A. Sampson, "Update on food allergy," *J. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 113, no. 5, pp. 805–819, 2004, doi: 10.1016/j.jaci.2004.03.014.

[103] E. Untersmayr and E. Jensen-Jarolim, "The role of protein digestibility and antacids on food allergy outcomes," *J. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 121, no. 6, pp. 1301–1308, 2008, doi: 10.1016/j.jaci.2008.04.025.

[104] D. Mcbride *et al.*, "The EuroPrevall birth cohort study on food allergy: Baseline characteristics of 12,000 newborns and their families from nine European countries," *Pediatr. Allergy Immunol.*, vol. 23, no. 3, pp. 230–239, 2012, doi: 10.1111/j.1399-3038.2011.01254.x.

[105] Https://www.who.int/westernpacific/health-topics/obesity, "Obesity and overweight in the Western Pacific," *World Health Organization*, 2020. https://www.who.int/westernpacific/health-topics/obesity (accessed Sep. 21, 2020).

[106] A. Cinaz, P., Bideci, *Pediatrik endokrinoloji*, 1st ed. Kalkan Matbaacılık, 2003.

[107] N. Ö. Kanbur, O. Derman, and E. Kinik, "Prevalence of obesity in adolescents and the impact of sexual maturation stage on body mass index in obese adolescents," *Int. J. Adolesc. Med. Health*, vol. 14, no. 1, pp. 61–65, 2002, doi: 10.1515/IJAMH.2002.14.1.61.

[108] A. Soylu, S. Kavukçu, M. Türkmen, N. Çabuk, and M. Duman, "Effect of socioeconomic status on the blood pressure in children living in a developing country," *Pediatr. Int.*, vol. 42, no. 1, pp. 37–42, 2000, doi: 10.1046/j.1442-200X.2000.01168.x.

[109] D. Atamtürk, "Alt sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda aşırı kiloluğun ve obezitenin yaygınlığı," *Gaziantep Tıp Derg.*, no. 13, pp. 10–14, 2009.

[110] H. Süzek, Z. Arı, and B. S. Uyanık, “Research Article: Prevalence of Overweight and Obesity in 6-15 Year-old Children in Muğla,” *Turkish J. Biochem.*, vol. 30, no. 4, pp. 290–295, 2005.

[111] I. H. Kara, B. Dikici, S. Yel, and Ö. Özdemir, “The prevalence of malnutrition and obesity in schoolchildren in the Southeast Anatolia Region of Turkey,” *Duzce Med. J.*, vol. 12, no. 1, pp. 54–62, 2010.

[112] Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf, 10.10.2020.

[113] E. Aksoydan and N. Çakır, “Adölesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi,” *Gülhane Tıp Derg.*, vol. 53, no. 4, pp. 264–270, 2011.

[114] İ. Metinoğlu, S. Pekol, and Y. Metinoğlu, “Kastamonu’da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler,” *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.*, vol. 3, no. 2, pp. 117–123, 2012.

[115] A. H., “Karaman ilinde 6-19 Yaş Grubu çocuklarda Obezite Prevalansı,” *Tıp araştırmaları Derg.*, vol. 11, pp. 6–11, 2013.

[116] M. F. Onsuz *et al.*, “Evaluation of obesity and hypertension in students of a primary school in Sakarya,” *Sak. Med. J.*, vol. 1, no. 3, pp. 86–92, 2011, doi: 10.5505/sakaryamj.2011.69885.

[117] M. E. Gökler, N. Buğrul, S. Metintaş, and C. Kalyoncu, “Adolescent obesity and associated cardiovascular risk factors of rural and urban life (Eskisehir, TURKEY),” *Cent. Eur. J. Public Health*, vol. 23, no. 1, pp. 20–25, 2015, doi: 10.21101/cejph.a3958.

[118] E. Tunçbilek, “Obesite genetik bir hastalık mıdır?,” vol. 48, pp. 101–108, 2005.

[119] D. H. G. Köksal, G. ve Özel, *Okul Öncesi Dönemde Obezite*. Klasmat matbaacılık., 2008.

[120] Y. (2010). Gün, İ., Yılmaz, M., Şahin, H., Aykut, M., İnanç, N., Günay, O., ... &

Öztürk, “Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde 0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon durumu.,” *Cocuk Sagligi ve Hast. Derg.*, vol. 53, no. 2, pp. 107–113.

[121] H. O. Kim, G. N. Kim, and E. Park, “Perception of childhood obesity in mothers of preschool children,” *Osong Public Heal. Res. Perspect.*, vol. 6, no. 2, pp. 121–125, 2015, doi: 10.1016/j.phrp.2015.01.007.

[122] Altaş B, Kuloğlu Z. Approach to children with malnutrition. Turkish J Pediatr Dis 2011; 5: 54−64.

[123] C. M. Wright, K. N. Parkinson, D. Shipton, and R. F. Drewett, “How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth?” *Pediatrics*, vol. 120, no. 4, 2007, doi: 10.1542/peds.2006-2961.

[124] S. Saarilehto, H. Lapinleimu, S. Keskinen, H. Helenius, S. Talvia, and O. Smell, “Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters,” *J. Pediatr.*, vol. 144, no. 3, pp. 363–367, 2004, doi: 10.1016/j.jpeds.2003.12.028.

[125] American Psychiatric Association, Ed., *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, te. Washington, DC, 2013.

[126] R. Bryant-Waugh, L. Markham, R. E. Kreipe, and B. T. Walsh, “Feeding and eating disorders in childhood,” *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 43, no. 2, pp. 98–111, 2010, doi: 10.1002/eat.20795.

[127] B. K. S. Kedesky J.H., *Childhood Feeding Disorders: Biobehavioral Assessment and Intervention*. Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing Company, 1998.

[128] C. D. Rudolph and D. T. Link, “Feeding disorders in infants and children,” *Pediatr. Clin. North Am.*, vol. 49, no. 1, pp. 97–112, 2002, doi: 10.1016/S0031-3955(03)00110-X.

[129] J. L. WOOLSTON, “Eating Disorders in Infancy and Early Childhood,” *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, vol. 22, no. 2, pp. 114–121, 1983, doi: 10.1016/S0002-7138(09)62322-0.

[130] E. R. O'Brien, S., Repp, A.C., Williams, G.E., Christophersen, *Pediatric feeding disorders. Behav Modif.*, 15(3). 1991.

[131] C. I., *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children*, Zero to Th. Washington, DC, 2009.

[132] R. E. Kreipe and A. Palomaki, "Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 14, no. 4, pp. 421–431, 2012, doi: 10.1007/s11920-012-0293-8.

[133] B. Kerzner, "Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach," *Clin. Pediatr. (Phila).*, vol. 49, no. 9, pp. 960–965, 2009.

[134] W. H. Davies *et al.*, "Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder," *J. Fam. Psychol.*, vol. 20, no. 3, pp. 409–417, 2006, doi: 10.1037/0893-3200.20.3.409.

[135] H. Coulthard, G. Harris, and P. Emmett, "Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age," *Matern. Child Nutr.*, vol. 5, no. 1, pp. 75–85, 2009, doi: 10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x.

[136] J. C. Arvedson, "Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches," *Dev. Disabil. Res. Rev.*, vol. 14, no. 2, pp. 118–127, 2008, doi: 10.1002/ddrr.17.

[137] D. A. Liacouras, C.A., Piccoli, *Pediatric Gastroenterology and Nutrition: The Requisites*. Philadelphia, PA: Saunders/ Churchill/Mosby, 2008.

[138] A. Levine *et al.*, "Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal," *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, vol. 52, no. 5, pp. 563–568, 2011, doi: 10.1097/MPG.0b013e3181ff72d2.

[139] G. Esparó, J. Canals, C. Jané, S. Ballespí, F. Viñas, and E. Domènech, "Feeding problems in nursery children: Prevalence and psychosocial factors," *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.*, vol. 93, no. 5, pp. 663–668, 2004, doi: 10.1080/08035250410029308.

[140] M. Dahl, "Early feeding problems in an affluent society. III Follow-up at two years:

Natural Course, health, behaviour and development," *Acta Paediatr. Scand.*, vol. 76, no. 6, pp. 872–880, 1987, doi: 10.1111/j.1651-2227.1987.tb17257.x.

[141] B. Benjasuwantep, S. Chaithirayanon, and M. Eiamudomkan, "Feeding problems in healthy young children: Prevalence, related factors and feeding practices," *Pediatr. Rep.*, vol. 5, no. 2, pp. 38–42, 2013, doi: 10.4081/pr.2013.e10.

[142] C. M. Wright and T. D. Cheetham, "The strengths and limitations of parental heights as a predictor of attained height," *Arch. Dis. Child.*, vol. 81, no. 3, pp. 257–260, 1999, doi: 10.1136/adc.81.3.257.

[143] D. Drotar and D. Eckerle, "The family environment in nonorganic failure to thrive: A controlled study," *Fam. Issues Pediatr. Psychol.*, vol. 14, no. 2, pp. 81–93, 2013, doi: 10.4324/9780203763063.

[144] S. A. Wudy *et al.*, "Children with idiopathic short stature are poor eaters and have decreased body mass index," *Pediatrics*, vol. 116, no. 1, 2005, doi: 10.1542/peds.2004-1684.

[145] I. Chatoor, R. Hirsch, J. Ganiban, M. Persinger, and E. Hamburger, "Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 37, no. 9, pp. 959–967, 1998, doi: 10.1097/00004583-199809000-00016.

[146] D. Drotar, "Sampling issues in research with nonorganic failure-to-thrive children," *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 15, no. 2, pp. 255–272, 1990, doi: 10.1093/jpepsy/15.2.255.

[147] T. R. Linscheid, "Behavior Modification Behavioral Treatments for," pp. 5–23, 2006, doi: 10.1177/0145445505282165.

[148] H. Baker-Henningham, J. D. Hamadani, S. N. Huda, and S. M. Grantham-McGregor, "Undernourished children have different temperaments than better-nourished children in rural Bangladesh," *J. Nutr.*, vol. 139, no. 9, pp. 1765–1771, 2009, doi: 10.3945/jn.109.106294.

[149] C. Wright and E. Birks, "Risk factors for failure to thrive: A population-based survey," *Child. Care. Health Dev.*, vol. 26, no. 1, pp. 5–16, 2000, doi:

10.1046/j.1365-2214.2000.00135.x.

[150] DeSomery CH, Hansen BW. Regulation of appetite during total parenteral nutrition. Nurs Res. 1978;27(1):19–24.

[151] R. J. Stratton and M. Ella, “The effects of enteral tube feeding and parenteral nutrition on appetite sensations and food intake in health and disease,” vol. 18, pp. 63–70, 1999.

[152] C. Burklow, Kathleen A; Phelps, Anne N.; Schultz, Janet R.; McConnell, Keith; Rudolph, “Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders,” *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, vol. 27(2), pp. 143–147, 1998.

[153] I. L. Chen *et al.*, “Proton pump inhibitor use in infants: FDA reviewer experience,” *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, vol. 54, no. 1, pp. 8–14, 2012, doi: 10.1097/MPG.0b013e31823890b4.

[154] V. A. Mukkada *et al.*, “Feeding dysfunction in children with eosinophilic gastrointestinal diseases,” *Pediatrics*, vol. 126, no. 3, 2010, doi: 10.1542/peds.2009-2227.

[155] B. M. McDermott, A. A. Mamun, J. M. Najman, G. M. Williams, M. J. O’Callaghan, and W. Bor, “Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: Physical and psychosocial predictors from a birth cohort study,” *J. Dev. Behav. Pediatr.*, vol. 29, no. 3, pp. 197–205, 2008, doi: 10.1097/DBP.0b013e318163c388.

[156] I. Chatoor, J. Surles, J. Ganiban, L. Beker, L. M. Paez, and B. Kerzner, “Failure to Thrive and Cognitive Development in Toddlers With Infantile Anorexia,” vol. 113, no. 5, 2004.

[157] P. Pliner and C. Stallberg-white, “`` Pass the ketchup , please ’ ’: familiar flavors increase children ’ s willingness to taste novel foods,” pp. 95–103, 2000, doi: 10.1006/appe.1999.0290.

[158] F. Zampollo, K. M. Kniffin, B. Wansink, and M. Shimizu, “Food plating preferences of children : the importance of presentation on desire for diversity,” pp. 61–66, 2012, doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02409.x.

[159] K. E. Leahy, L. L. Birch, J. O. Fisher, and B. J. Rolls, “Reductions in Entrée Energy Density Increase Children ’ s Vegetable Intake and Reduce Energy Intake,” vol. 16, no. 7, pp. 1559–1565, 2008, doi: 10.1038/oby.2008.257.

[160] W. L. Fraker C, Fishbein M, Cox S, *Food Chaining: The Proven 6-Step Plan to Stop Picky Eating, Solve Feeding Problems and Expand Your Child’s Diet*. New York, NY, 2007.

[161] V. P. C. M. Volkert V.M., “Recent studies on feeding problems in children with autism,” *J. Appl. Behav. Anal.*, vol. 43, no. 1, pp. 155–159, 2010, doi: 10.1901/jaba.2010.43-155.

[162] H. Services, “An evaluation of simultaneous and sequential presentation of preferred and nonpreferred food to treat food selectivity,” vol. 3, no. 3, pp. 259–270, 2002.

[163] M. E. Kerwin, “Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology : Severe Feeding Problems,” vol. 24, no. 3, pp. 193–214, 1999.

[164] H. M. B. Palmer M.M., “Assessment and treatment of sensory- versus motor-based feeding problems in very young children,” *Infants Young Child*, vol. ;6(2, pp. 67–73, 1993.

[165] P. Hyman, “Role of Development in Infant and Toddler Food Refusal,” pp. 64–67, 2017.

[166] S. A. Cermak, C. Curtin, and L. G. Bandini, “Food Selectivity and Sensory Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorders,” *YJADA*, vol. 110, no. 2, pp. 238–246, 2010, doi: 10.1016/j.jada.2009.10.032.

[167] A. S. L. Hyman and P. A. Stewart, “Nutrient Intake From Food in Children With Autism,” vol. 130, no. November, 2012, doi: 10.1542/peds.2012-0900L.

[168] A. A. Emond and P. Emmett, “Feeding Symptoms , Dietary Patterns , and Growth in Young Children With Autism Spectrum Disorders ABBREVIATIONS,” vol. 126, no. 2, 2010, doi: 10.1542/peds.2009-2391.

[169] L. P. Leow, M. Huckabee, S. Sharma, and T. P. Tooley, “The Influence of Taste on Swallowing Apnea , Oral Preparation Time , and Duration and Amplitude of

Submental Muscle Contraction," pp. 119–128, 2007, doi: 10.1093/chemse/bjl037.

[170] L. D. Barr R.G., Kramer M.S., Pless I.B., Boisjoly C., "Feeding and temperament as determinants of early infant crying/ fussing behavior," *Pediatrics*, vol. 84, no. 3, pp. 514–521, 1989.

[171] A. Okada, "Acta Medica Okayama O CTOBER 2007 A Study of Psycho-pathology and Treatment of Children with Phagophobia A Study of Psycho-pathology and Treatment of Children with Phagophobia ∗," vol. 61, no. 5, 2007.

[172] R. D. R. Banerjee S.P., Bhandari R.P., "Case Report Use of Low-Dose Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Severe , Refractory Choking Phobia in Childhood," *Dev. Behav. Pediatr.*, vol. 26, no. 2, pp. 123–127, 2005.

[173] R. J. Mcnally, "Choking Phobia: A Review of the Literature," pp. 83–89, 1994.

[174] C. Adolescent *et al.*, "Childhood Functional Gastrointestinal Disorders :," pp. 1527–1537, 2006, doi: 10.1053/j.gastro.2005.08.063.

[175] Ã. A. M. Davis, S. Bruce, C. Mangiaracina, T. Schulz, P. Hyman, and D. E. T. Al, "Moving From Tube to Oral Feeding in Medically Fragile Nonverbal Toddlers," no. 11, pp. 233–236, 2009.

[176] P. M. R. Vaz P.C., Piazza C.C., Stewart V., Volkert V.M., Groff R.A., "Using a chaser to decrease packing in children with feeding disorders," *J. Appl. Behav. Anal.*, vol. 45, no. 1, pp. 97–105, 2012, doi: 10.1901/jaba.2012.45-97.

[177] S. W. Ahearn W.H., Kerwin M.L., Eicher P.S., Shantz J., "An alternating treatments comparison of two intensive interventions for food refusal," vol. 3, no. 3, pp. 321–332, 1996.

[178] T. Zangen *et al.*, "Gastrointestinal Motility and Sensory Abnormalities May Contribute to Food Refusal in Medically Fragile Toddlers," no. September, pp. 287–293, 2003.

[179] K. K. Davison and L. L. Birch, "Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research," *Obes. Rev.*, vol. 2, no. 3, pp. 159–171, 2001, doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x.

[180] P. O. A. Monteiro and C. G. Victora, "Rapid growth in infancy and childhood and

obesity in later life - A systematic review," *Obes. Rev.*, vol. 6, no. 2, pp. 143–154, 2005, doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00183.x.

[181] Ey. Takahashi K, H. Sugimori, M. Miyakawa, T. Izuno, T. Yamagami, and S. Kagamimori, "Influence factors on the development of obesity in 3-year-old children based on the Toyama study," *Prev. Med. (Baltim).*, vol. 28, pp. 293–296, 1999.

[182] L. L. Hui, E. A. S. Nelson, L. M. Yu, A. M. Li, and T. F. Fok, "Risk factors for childhood overweight in 6- To 7-y-old Hong Kong children," *Int. J. Obes.*, vol. 27, no. 11, pp. 1411–1418, 2003, doi: 10.1038/sj.ijo.0802423.

[183] A. Öztürk and S. Aktürk, "İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı Ve Ilişkili Risk Faktörleri.Pdf," *TAF Prev. Med. Bull.*, vol. 10, no. 1, pp. 53–60, 2011.

[184] Ç. Şavaşhan, O. Sarı, Ü. Aydoğan, and M. Erdal, "İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri," vol. 19, no. 1, pp. 2–9, 2015, doi: 10.15511/tahd.15.01002.

[185] S. Öztürk, A. ve Aktürk, "İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevelansı ve İlişkili Risk Faktörleri," *TAF Prev. Med. Bull.*, vol. 10, no. 1, pp. 53–60, 2011.

[186] S. Erdem, H. G. Özel, Z. Çinar, and S. Y. Işikhan, "Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip Çocuklarda Ailenin Beslenme Tutum ve Davranışlarının Çocuğun Beslenme Durumuna Etkisi," vol. 45, no. 1, pp. 3–11, 2017.

[187] H. C. Geiß, K. G. Parhofer, and P. Schwandt, "Parameters of childhood obesity and their relationship to cardiovascular risk factors in healthy prepubescent children," *Int. J. Obes.*, vol. 25, no. 6, pp. 830–837, 2001, doi: 10.1038/sj.ijo.0801594.

[188] A. H., "Yetişkinlerde Sosyoekonomik Durum, Ekonomik Çevre ve Şişmanlık Arasındaki İlişki," Başkent Üniversitesi, 2010.

[189] J. Siu, K. Giskes, and G. Turrell, "Socio-economic differences in weight-control behaviours and barriers to weight control," *Public Health Nutr.*, vol. 14, no. 10, pp. 1768–1778, 2011, doi: 10.1017/S1368980011000644.

[190] U. A. Çifçili S., Ünalan P., Kalaça Ç., Apaydın Ç., "Çocukluk, Obezite ve Televizyon," *Türkiye Klin. Pediatr. Derg.*, vol. 12, pp. 67–71, 2003.

[191] A. Gözü, “Mardin İli İlköğretim Okullarında 6-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevelansı,” *Tıp Araştırmaları Derg.*, vol. 5, no. 1, pp. 31–35, 2007.

[192] P. H. H. Koçoğlu g., Özdemir L., Sümer H., Demir D. A., Çetinkaya S., “Prevalence of Obesity among 11-14 Years Old Students in Sivas-Turkey,” *Pakistan J. Nutr.*, vol. 2, no. 5, pp. 292–295, 2003, doi: 10.3923/pjn.2003.292.295.

[193] “https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet,” 2019. .

[194] B. Horta, R. Bahl, J. Martines, and C. Victora, “Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses,” *World Heal. Organ.*, pp. 1–52, 2007.

[195] A. I. Eidelman and R. J. Schanler, “Breastfeeding and the use of human milk,” *Pediatrics*, vol. 129, no. 3, 2012, doi: 10.1542/peds.2011-3552.

[196] L. M. Grummer-Strawn and Z. Mei, “Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System.,” *Pediatrics*, vol. 113, no. 2, 2004, doi: 10.1542/peds.113.2.e81.

[197] S. F. Weng, S. A. Redsell, J. A. Swift, M. Yang, and C. P. Glazebrook, “Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy,” *Arch. Dis. Child.*, vol. 97, no. 12, pp. 1019–1026, 2012, doi: 10.1136/archdischild-2012-302263.

[198] B. L. Horta, C. Loret De Mola, and C. G. Victora, “Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis,” *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.*, vol. 104, pp. 30–37, 2015, doi: 10.1111/apa.13133.

[199] A. I. Rito *et al.*, “Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: The WHO European childhood obesity surveillance initiative - COSI 2015/2017,” *Obes. Facts*, vol. 12, no. 2, pp. 226–243, 2019, doi: 10.1159/000500425.

[200] S. Sherburne Hawkins and C. Law, “A review of risk factors for overweight in

preschool children: A policy perspective," *Int. J. Pediatr. Obes.*, vol. 1, no. 4, pp. 195–209, 2006, doi: 10.1080/17477160600943351.

[201] R. Sancak, C. Dündar, M. Totan, M. Çakır, T. Sunter, and Ş. Küçüködük, "Obesity prevalence and predisposing factors in middle school and high school students," *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, vol. 16, no. 1. pp. 19–24, 2010, doi: 10.5835/jecm.v16i1.778.

[202] M. S. Kramer and B. Moroz, "Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent atopic eczema?," *J. Pediatr.*, vol. 98, no. 4, pp. 546–550, 1981, doi: 10.1016/S0022-3476(81)80757-3.

[203] S. Arenz, R. Rückerl, B. Koletzko, and R. Von Kries, "Breast-feeding and childhood obesity - A systematic review," *Int. J. Obes.*, vol. 28, no. 10, pp. 1247–1256, 2004, doi: 10.1038/sj.ijo.0802758.

[204] S. O. *et al.*, "Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on childhood eating attitudes: A cluster-randomized trial," *Int. J. Epidemiol.*, vol. 43, no. 4, pp. 1263–1271, 2014, [Online]. Available: http://ije.oxfordjournals.org/%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014531526.

[205] Ş. E. Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil MB, Salihoğlu B, Yıldırım R, "İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması," *Bakırköy Tıp Derg.*, vol. 2, pp. 11–4, 2006.

[206] L. Pimpin, S. Jebb, L. Johnson, J. Wardle, and G. L. Ambrosini, "Dietary protein intake is associated with body mass index and weight up to 5 y of age in a prospective cohort of twins," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 103, no. 2, pp. 389–397, 2016, doi: 10.3945/ajcn.115.118612.

[207] et al Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, "Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 99, pp. 1041–51, 2014, doi: 10.3945/ajcn.113.064071.1.

[208] C. Piernas and B. M. Popkin, "Trends in snacking among U.S. children," *Health*

Aff., vol. 29, no. 3, pp. 398–404, 2010, doi: 10.1377/hlthaff.2009.0666.

[209] Z. Wang, F. Zhai, B. Zhang, and B. M. Popkin, "Trends in Chinese snacking behaviors and patterns and the social-demographic role between 1991and 2009," *Asia Pac. J. Clin. Nutr.*, vol. 21, no. 2, pp. 253–262, 2012, doi: 10.6133/apjcn.2012.21.2.13.

[210] K. J. Duffey, R. A. Pereira, and B. M. Popkin, "Prevalence and energy intake from snacking in Brazil: Analysis of the first nationwide individual survey," *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 67, no. 8, pp. 868–874, 2013, doi: 10.1038/ejcn.2013.60.

[211] M. A. Kerr, K. L. Rennie, T. A. Mccaffrey, J. M. W. Wallace, M. P. Hannon-Fletcher, and M. B. E. Livingstone, "Snacking patterns among adolescents: A comparison of type, frequency and portion size between Britain in 1997 and Northern Ireland in 2005," *Br. J. Nutr.*, vol. 101, no. 1, pp. 122–131, 2009, doi: 10.1017/S0007114508994769.

[212] M. Maillot and A. Drewnowski, "Energy allowances for solid fats and added sugars in nutritionally adequate U.S. diets estimated at 17-33% by a linear programming model," *J. Nutr.*, vol. 141, no. 2, pp. 333–340, 2011, doi: 10.3945/jn.110.131920.

[213] S. M. Reedy, J., Krebs-Smith, "Dietary Sources of Energy, Solid Fats, and Added Sugars Among Children and Adolescents in the United States," *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 110, no. 10, pp. 1477–1484, 2010, doi: 10.1016/j.jada.2010.07.010.Dietary.

[214] P. B. Poti JM, "Trends in energy intake among US children by eating location and food source, 1977–2006," *Am. Diet. Assoc.*, vol. 111, no. 8, pp. 1156–1164, 2011, doi: 10.1038/jid.2014.371.

[215] H. Patrick, T. A. Nicklas, H. Patrick, and T. A. Nicklas, "A Review of Family and Social Determinants of Children ' s Eating Patterns and Diet Quality A Review of Family and Social Determinants of Children ' s Eating Patterns and Diet Quality," vol. 5724, 2013, doi: 10.1080/07315724.2005.10719448.

[216] H. Kobak, C., Pek, "Okul Öncesi Dönemde (3-6 Yaş) Ana Çocuk Sağlığı ve Anaokulundaki Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması," vol. 30, no. November 2010, pp. 42–55, 2015.

[217] N. Guidetti, M., & Cavazza, “Structure of the relationship between parents ’ and children ’ s food preferences and avoidances : An explorative study,” vol. 50, pp. 83–90, 2008, doi: 10.1016/j.appet.2007.06.001.

[218] H. G. Dixon, M. L. Scully, M. A. Wakefield, V. M. White, and D. A. Crawford, “The effects of television advertisements for junk food versus nutritious food on children ’ s food attitudes and preferences,” vol. 65, pp. 1311–1323, 2007, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.011.

[219] T. N. Borzekowski, D. L., & Robinson, “The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers,” *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 101, no. 1, pp. 42–46, 2001.

[220] M. Caroli, L. Argentieri, M. Cardone, and A. Masi, “Role of television in childhood obesity prevention,” pp. 104–108, 2004, doi: 10.1038/sj.ijo.0802802.

[221] M. Asena, “Gıda Reklamlarının Okul öncesi Çocuklar Üzerindeki Etkilerinin Anneler Tarafından Değerlendirilmesi,” Bahçeşehir Üniversitesi, 2009.

[222] D. Y. Cihangir S, “OMEP Dünya Konsey Toplantısı ve Konferansı Bildiriler Kitabı.” Yapa Yayın, pp. 318–333, 2008.

[223] M. Marquis, Y. P. Filion, and F. Dagenais, “Does eating while watching television influence children’s food-related behaviours?,” *Can. J. Diet. Pract. Res.*, vol. 66, no. 1, pp. 12–18, 2005, doi: 10.3148/66.1.2005.12.

[224] E. J. Boyland and J. C. G. Halford, “Television advertising and branding. Effects on eating behaviour and food preferences in children,” *Appetite*, vol. 62, pp. 236–241, 2013, doi: 10.1016/j.appet.2012.01.032.

[225] J. M. Goris, S. Petersen, E. Stamatakis, and J. L. Veerman, “Television food advertising and the prevalence of childhood overweight and obesity: A multicountry comparison,” *Public Health Nutr.*, vol. 13, no. 7, pp. 1003–1012, 2010, doi: 10.1017/S1368980009992850.

[226] M. Crowe *et al.*, “A thematic content analysis of children ’ s food advertising A thematic content analysis of children ’ s food advertising,” vol. 0887, no. 2014, pp. 1–7, 2015, doi: 10.1177/0004867415582053.

[227] B. M. Weker H, “Models of safe nutrition of children and adolescents as a basis for prevention of obesity,” *Med Wieku Rozw.*, vol. 15, no. 3, pp. 288–97, 2011.

[228] “Position of the American Dietetic Association: benchmarks for nutrition programs in child care settings,” *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 105, no. 6, pp. 979–986, 2005, doi: 10.1016/j.jada.2005.04.015.

[229] C. T. Stang, J., & Bayerl, “Position of the American Dietetic Association: Child and adolescent food and nutrition programs,” *J. Acad. Nutr. Diet.*, vol. 103, no. 7, pp. 887–893, 2003, doi: 10.1053/jada.2003.50188.

[230] A. E. Baughcum, L. A. Chamberlin, C. M. Deeks, S. W. Powers, and R. C. Whitaker, “Maternal perceptions of overweight preschool children,” *Pediatrics*, vol. 106, no. 6, pp. 1380–1386, 2000, doi: 10.1542/peds.106.6.1380.

[231] Adak, N. (2015). 1-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi, Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

[232] Ş. N. E. Aslan F., “Ebeveynlerin Çocuklarının Beslenme ve Kilo Durumlarına İlişkin Görüşlerinin Belrilenmesi,” *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim. Dergis*, vol. 6, no. 1, pp. 21–28, 2017.

[233] A. De La O *et al.*, “Do Parents Accurately Perceive Their Child’s Weight Status?,” *J. Pediatr. Heal. Care*, vol. 23, no. 4, pp. 216–221, 2009, doi: 10.1016/j.pedhc.2007.12.014.

[234] K. C. Eckstein, L. M. Mikhail, A. J. Ariza, J. S. Thomson, S. C. Millard, and H. J. Binns, “Parents’ perceptions of their child’s weight and health,” *Pediatrics*, vol. 117, no. 3, pp. 681–690, 2006, doi: 10.1542/peds.2005-0910.

[235] A. E. Baughcum, K. A. Burklow, C. M. Deeks, S. W. Powers, and R. C. Whitaker, “Maternal Feeding Practices and Childhood Obesity,” *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol. 152, no. 10, pp. 1010–1014, 1998, doi: 10.1001/archpedi.152.10.1010.

[236] E. M. Kral, T. V., & Rauh, “Eating behaviors of children in the context of their family environment,” vol. 100, no. 5, pp. 567–573, 2010, doi: 10.1016/j.physbeh.2010.04.031.Eating.

[237] N. Camcı, "Çocuk besleme anketi'nin (Child Feeding Questionnaire- CFQ) geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması ve Türk ebeveynlerine uygulaması," Başkent Üniversitesi, 2010.

[238] R. Nicklas, T., & Johnson, "Position of the American Dietetic Association : Dietary," vol. 104, no. 4, pp. 660–677, 2004, doi: 10.1016/j.jada.2004.01.030.

[239] K. Campbell, K. J., Crawford, D. A., & Ball, "Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children," *Int. J. Obes.*, vol. 30, no. 8, pp. 1272–1280, 2008.

[240] S. Scaglioni, M. Salvioni, and C. Galimberti, "Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour British Journal of Nutrition," no. 2008, pp. 22–25, 2018, doi: 10.1017/S0007114508892471.

[241] L. Lipps and L. L. Birch, "Effects of Peer Models ' Food Choices and Eating Behaviors on Preschoolers ' Food Preferences," vol. 51, no. 2, pp. 489–496, 2014.

[242] L. Blank and J. Peters, "How do parents ' child-feeding behaviours influence child weight ? Implications for childhood obesity policy," vol. 29, no. 2, pp. 132–141, 2007, doi: 10.1093/pubmed/fdm012.

[243] A. Kong *et al.*, "Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the Child Feeding Questionnaire in low-income Hispanic and African-American mothers with preschool-age children," *Appetite*, vol. 90, pp. 16–22, 2016, doi: 10.1016/j.appet.2015.02.027.Confirmatory.

[244] W. C. Heird, "Parental feeding behavior and children's fat mass," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 75, no. 3, pp. 451–452, 2002, doi: 10.1093/ajcn/75.3.451.

[245] P. J. Cooper, E. Whelan, M. Woolgar, J. Morrell, and L. Murray, "Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: Role of the family environment," *Br. J. Psychiatry*, vol. 184, no. MAR., pp. 210–215, 2004, doi: 10.1192/bjp.184.3.210.

[246] S. L. Johnson and L. L. Birch, "Parents' and children's adiposity and eating style," *Pediatrics*, vol. 94, no. 5. pp. 653–661, 1994.

[247] J. O. Fisher and L. L. Birch, "Fat Preferences and Fat Consumption of 3- to 5-year-

old Children are Related to Parental Adiposity," *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 95, no. 7. pp. 759–764, 1995, doi: 10.1016/S0002-8223(95)00212-X.

[248] L. L. Birch and K. K. Davison, "Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight," *Pediatr. Clin. North Am.*, vol. 48;4, no. 4, pp. 893–905, 2001, [Online]. Available: https://ac-els-cdn-com.ezp3.lib.umn.edu/S0031395505703473/1-s2.0-S0031395505703473-main.pdf?_tid=aa355a99-11b4-4760-9520-de6208c581fa&acdnat=1523132800_60859e22668ad90ee210da705bba1095.

[249] W. S. Grolnick and E. M. Pomerantz, "Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization," *Child Dev. Perspect.*, vol. 3, no. 3, pp. 165–170, 2009, doi: 10.1111/j.1750-8606.2009.00099.x.

[250] J. Ogden, P. Cordey, L. Cutler, and H. Thomas, "Parental restriction and children's diets. The chocolate coin and Easter egg experiments," *Appetite*, vol. 61, pp. 36–44, 2013, doi: 10.1016/j.appet.2012.10.021.

[251] E. Jansen, S. Mulkens, Y. Emond, and A. Jansen, "From the Garden of Eden to the land of plenty. Restriction of fruit and sweets intake leads to increased fruit and sweets consumption in children," *Appetite*, vol. 51, no. 3, pp. 570–575, 2008, doi: 10.1016/j.appet.2008.04.012.

[252] E. Jansen, S. Mulkens, and A. Jansen, "Do not eat the red food!: Prohibition of snacks leads to their relatively higher consumption in children," *Appetite*, vol. 49, no. 3, pp. 572–577, 2007, doi: 10.1016/j.appet.2007.03.229.

[253] P. W. Jansen *et al.*, "Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study," *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 9, no. 1, p. 1, 2012, doi: 10.1186/1479-5868-9-130.

[254] R. F. Rodgers *et al.*, "Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children : a prospective study," *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 10, no. 1, p. 1, 2013, doi: 10.1186/1479-5868-10-24.

[255] J. O. Fisher and L. L. Birch, “Restricting access to palatable foods affects children ’ s behavioral,” pp. 1264–1272, 1999.

[256] M. Cardel, A. L. Willig, A. Dulin-Keita, K. Casazza, T. Mark Beasley, and J. R. Fernández, “Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children,” *Appetite*, vol. 58, no. 1, pp. 347–353, 2012, doi: 10.1016/j.appet.2011.11.005.

[257] H. S. C. Musher-Eizenman D.R., de Lauzon-Guillain B., “Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France Dara,” *Appetite*, vol. 52, no. 1, pp. 1–7, 2008, doi: 10.1038/jid.2014.371.

[258] N. Corsini, V. Danthiir, L. Kettler, and C. Wilson, “Factor structure and psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire in Australian preschool children,” *Appetite*, vol. 51, no. 3, pp. 474–481, 2008, doi: 10.1016/j.appet.2008.02.013.

[259] L. Webber, L. Cooke, C. Hill, and J. Wardle, “Child adiposity and maternal feeding practices : a longitudinal analysis 1 – 3,” 2010, doi: 10.3945/ajcn.2010.30112.1.

[260] C. B. Anderson *et al.*, “Cross-cultural equivalence of feeding beliefs and practices : The psychometric properties of the child feeding questionnaire among Blacks and Hispanics,” vol. 41, pp. 521–531, 2005, doi: 10.1016/j.ypmed.2005.01.003.

[261] K. A. Brown, J. Ogden, C. Vögele, and E. L. Gibson, “The role of parental control practices in explaining children’s diet and BMI,” *Appetite*, vol. 50, no. 2–3, pp. 252–259, 2008, doi: 10.1016/j.appet.2007.07.010.

[262] L. A. Francis, S. M. Hofer, and L. L. Birch, “Predictors of maternal child-feeding style : maternal and child characteristics,” pp. 231–243, 2001, doi: 10.1006/appe.2001.0427.

[263] E. Moens, C. Braet, and B. Soetens, “Observation of family functioning at mealtime: A comparison between families of children with and without overweight,” *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 32, no. 1, pp. 52–63, 2007, doi: 10.1093/jpepsy/jsl011.

[264] M. S. Faith and J. Kerns, “Infant and child feeding practices and childhood overweight: The role of restriction,” *Matern. Child Nutr.*, vol. 1, no. 3, pp. 164–168, 2005, doi: 10.1111/j.1740-8709.2005.00024.x.

[265] C. Mulder, J. Kain, R. Uauy, and J. C. Seidell, “Maternal attitudes and child-feeding practices: Relationship with the BMI of Chilean children,” *Nutr. J.*, vol. 8, no. 1, pp. 1–9, 2009, doi: 10.1186/1475-2891-8-37.

[266] K. L. Keller, A. Pietrobelli, S. L. Johnson, and M. S. Faith, “Maternal restriction of children’s eating and encouragements to eat as the ‘non-shared environment’: A pilot study using the child feeding questionnaire,” *Int. J. Obes.*, vol. 30, no. 11, pp. 1670–1675, 2006, doi: 10.1038/sj.ijo.0803318.

[267] S. W. Powers, L. A. Chamberlin, K. B. Van Schaick, S. N. Sherman, and R. C. Whitaker, “Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers,” *Obesity*, vol. 14, no. 11, pp. 2026–2033, 2006, doi: 10.1038/oby.2006.237.

[268] P. Crouch, J. A. O’dea, and R. Battisti, “Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children,” *Nutr. Diet.*, vol. 64, no. 3, pp. 151–158, 2007, doi: 10.1111/j.1747-0080.2007.00180.x.

[269] C. Montgomery, D. M. Jackson, L. A. Kelly, and J. J. Reilly, “Parental feeding style, energy intake and weight status in young Scottish children,” *Br. J. Nutr.*, vol. 96, no. 6, pp. 1149–1153, 2006, doi: 10.1017/BJN20061968.

[270] A. E. Vaughn *et al.*, “Fundamental constructs in food parenting practices : a content map to guide future research,” vol. 74, no. 2, pp. 98–117, 2016, doi: 10.1093/nutrit/nuv061.

[271] L. L. Birch, J. O. Fisher, and K. K. Davison, “Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls’ eating in the absence of hunger,” *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 78, no. 2, pp. 215–220, 2003, doi: 10.1093/ajcn/78.2.215.

[272] B. R. Carruth, J. Skinner, K. Houck, J. Moran, F. Coletta, and D. Ott, “The phenomenon of ‘picky eater’: A behavioral marker in eating patterns of toddlers,”

J. Am. Coll. Nutr., vol. 17, no. 2, pp. 180–186, 1998, doi: 10.1080/07315724.1998.10718744.

[273] J. Wardle, S. Carnell, and L. Cooke, "Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: How are they related?," *J. Am. Diet. Assoc.*, vol. 105, no. 2, pp. 227–232, 2005, doi: 10.1016/j.jada.2004.11.006.

[274] J. E. Gregory, S. J. Paxton, and A. M. Brozovic, "Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviours and maternal concern about child weight, but not child body mass index, in 2- to 4-year-old children," *Appetite*, vol. 54, no. 3, pp. 550–556, 2010, doi: 10.1016/j.appet.2010.02.013.

[275] J. O. Fisher, D. C. Mitchell, H. Smiciklas-Wright, and L. L. Birch, "Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes," *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 102, no. 1. pp. 58–64, 2002, doi: 10.1016/S0002-8223(02)90017-9.

[276] K. Kröller and P. Warschburger, "Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight," *Appetite*, vol. 51, no. 1, pp. 166–172, 2008, doi: 10.1016/j.appet.2008.01.012.

[277] L. L. Birch, J. O. Fisher, K. Grimm-Thomas, C. N. Markey, R. Sawyer, and S. L. Johnson, "Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness," *Appetite*, vol. 36, no. 3, pp. 201–210, 2001, doi: 10.1006/appe.2001.0398.

[278] P. van Assema, K. Glanz, M. Martens, and J. Brug, "Differences Between Parents' and Adolescents' Perceptions of Family Food Rules and Availability," *J. Nutr. Educ. Behav.*, vol. 39, no. 2, pp. 84–89, 2007, doi: 10.1016/j.jneb.2006.08.031.

[279] J. C. Lumeng, T. N. Ozbeki, D. P. Appugliese, N. Kaciroti, R. F. Corwyn, and R. H. Bradley, "Observed assertive and intrusive maternal feeding behaviors," pp. 16–21, 2012, doi: 10.3945/ajcn.111.024851.INTRODUCTION.

[280] S. Scaglioni, C. Arrizza, F. Vecchi, and S. Tedeschi, "Determinants of children's eating behavior," *Am J Clin Nutr*, vol. 94, pp. 2006–2011, 2011, doi:

10.3945/ajcn.110.001685.1.

[281] A. T. Galloway, L. M. Fiorito, L. A. Francis, and L. L. Birch, "' Finish your soup ': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect," vol. 46, pp. 318–323, 2006, doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019.

[282] W. Robert Batsell, A. S. Brown, M. E. Ansfield, and G. Y. Paschall, "'You will eat all of that!': A retrospective analysis of forced consumption episodes," *Appetite*, vol. 38, no. 3, pp. 211–219, 2002, doi: 10.1006/appe.2001.0482.

[283] A. K. Ventura and L. L. Birch, "Does parenting affect children ' s eating and weight status ?," vol. 12, pp. 2–3, 2008, doi: 10.1186/1479-Received.

[284] S. Carnell, J. Wardle, and J. W. Associations, "Associations between Multiple Measures of Parental Feeding and Children ' s Adiposity in United Kingdom Preschoolers," 2007.

[285] H. Kaur *et al.*, "Confirmatory factor analysis of the child-feeding questionnaire among parents of adolescents," *Appetite*, vol. 47, no. 1, pp. 36–45, 2006, doi: 10.1016/j.appet.2006.01.020.

[286] L. McGowan, H. Croker, J. Wardle, and L. J. Cooke, "Environmental and individual determinants of core and non-core food and drink intake in preschool-aged children in the United Kingdom," *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 66, no. 3, pp. 322–328, 2012, doi: 10.1038/ejcn.2011.224.

[287] J. S. Gubbels *et al.*, "Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: The KOALA Birth Cohort Study," *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 8, pp. 1–13, 2011, doi: 10.1186/1479-5868-8-18.

[288] E. M. Arredondo, J. P. Elder, G. X. Ayala, N. Campbell, B. Baquero, and S. Duerksen, "Is parenting style related to children ' s healthy eating and physical activity in Latino families ?," vol. 21, no. 6, pp. 862–871, 2006, doi: 10.1093/her/cyl110.

[289] R. F. Rodgers *et al.*, "Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: A prospective study," *Int. J. Behav.*

Nutr. Phys. Act., vol. 10, pp. 1–10, 2013, doi: 10.1186/1479-5868-10-24.

[290] L. Webber, C. Hill, L. Cooke, S. Carnell, and J. Wardle, "Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns," *Eur. J. Clin. Nutr.*, pp. 259–265, 2010, doi: 10.1038/ejcn.2009.146.

[291] A. E. Mellin, D. Neumark-Sztainer, M. Story, M. Ireland, and M. D. Resnick, "Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: The potential impact of familial factors," *J. Adolesc. Heal.*, vol. 31, no. 2, pp. 145–153, 2002, doi: 10.1016/S1054-139X(01)00396-2.

[292] E. Haycraft and J. Blissett, "Predictors of Paternal and Maternal Controlling Feeding Practices with 2- to 5-year-old Children," *J. Nutr. Educ. Behav.*, vol. 44, no. 5, pp. 390–397, 2012, doi: 10.1016/j.jneb.2010.03.001.

[293] C. Vereecken, E. Legiest, I. De Bourdeaudhuij, and L. Maes, "Nutrition: Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption," *Am. J. Heal. Promot.*, vol. 23, no. 4, pp. 233–240, 2009, doi: 10.4278/ajhp.07061355.

[294] K. Eli, K. Howell, P. A. Fisher, and P. Nowicka, "'A little on the heavy side': A qualitative analysis of parents' and grandparents' perceptions of preschoolers' body weights," *BMJ Open*, vol. 4, no. 12, pp. 1–10, 2014, doi: 10.1136/bmjopen-2014-006609.

[295] S. Regber *et al.*, "Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries - the IDEFICS study," *Pediatr. Obes.*, vol. 8, no. 2, pp. 118–129, 2013, doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00093.x.

[296] A. L. May *et al.*, "Child-Feeding Strategies Are Associated with Maternal Concern about Children Becoming Overweight, but not Children's Weight Status," pp. 1167–1174, 2007, doi: 10.1016/j.jada.2007.04.009.

[297] S. M. P. L. Gerards, P. C. Dagnelie, M. W. J. Jansen, N. K. De Vries, and S. P. J. Kremers, "Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals.," *BMC Fam. Pract.*, vol. 13, p. 37, 2012, doi: 10.1186/1471-2296-

13-37.

[298] L. A. Daniels, K. M. Mallan, D. Battistutta, J. M. Nicholson, R. Perry, and A. Magarey, “Evaluation of an intervention to promote protective infant feeding practices to prevent childhood obesity: Outcomes of the NOURISH RCT at 14 months of age and 6 months post the first of two intervention modules,” *Int. J. Obes.*, vol. 36, no. 10, pp. 1292–1298, 2012, doi: 10.1038/ijo.2012.96.

[299] M. A. Daniels LA, Mallan KM, Nicholson JM, Battistutta D, “Outcomes of an early feeding practices intervention to prevent childhood obesity,” *J. Chem. Inf. Model.*, vol. 132, no. 1, pp. e109–18, 2013, doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

[300] T. Burrows, J. M. Warren, and C. E. Collins, “The impact of a child obesity treatment intervention on parent child-feeding practices,” *Int. J. Pediatr. Obes.*, vol. 5, no. 1, pp. 43–50, 2010, doi: 10.3109/17477160902957158.

[301] L. O. Payne, A. T. Galloway, and R. M. Webb, “Parental use of differential restrictive feeding practices with siblings,” *Int. J. Pediatr. Obes.*, vol. 6, no. 2–2, pp. 540–546, 2011, doi: 10.3109/17477166.2011.575144.

[302] D. Spruijt-metz, C. H. Lindquist, L. L. Birch, J. O. Fisher, M. I. Goran, and S. E. T. Al, “Relation between mothers ’ child-feeding practices and children ’ s,” 2002.

[303] E. L. Haycraft and J. M. Blissett, “Maternal and paternal controlling feeding practices: Reliability and relationships with BMI,” *Obesity*, vol. 16, no. 7, pp. 1552–1558, 2008, doi: 10.1038/oby.2008.238.

[304] P. Nowicka, K. Sorjonen, A. Pietrobelli, C. Flodmark, and M. S. Faith, “Parental feeding practices and associations with child weight status . Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents,” *Appetite*, vol. 81, pp. 232–241, 2014, doi: 10.1016/j.appet.2014.06.027.

[305] D. Spruijt-Metz, C. Li, E. Cohen, L. Birch, and M. Goran, “Longitudinal influence of mother’s child-feeding practices on adiposity in children,” *J. Pediatr.*, vol. 148, no. 3, pp. 314–320, 2006, doi: 10.1016/j.jpeds.2005.10.035.

[306] WHO Multicentre Growth Reference Study Group, “WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age,” *ActaPaediatr*, vol. 450, pp. 76–

85, 2006, doi: 10.1016/j.jhydrol.2009.03.001.

[307] B. F. Olcay N., Günöz H., Furman A., Bundak R., Gökçay G., Darendeliler F., "Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri," *Çocuk Sağlığı ve Hast. Derg.*, vol. 51, pp. 1–14, 2008.

[308] J. Wardle, C. A. Guthrie, S. Sanderson, and L. Rapoport, "Development of the children's eating behaviour questionnaire," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 42, no. 7, pp. 963–970, 2001, doi: 10.1111/1469-7610.00792.

[309] C. V. Farrow, A. T. Galloway, and K. Fraser, "Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents," *Appetite*, vol. 52, no. 2, pp. 307–312, 2009, doi: 10.1016/j.appet.2008.10.009.

[310] R. Yilmaz, Ü. Erkorkmaz, M. Ozcetin, and E. Karaaslan, "How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style," *Nutr. Hosp.*, vol. 28, no. 3, pp. 741–746, 2013, doi: 10.3305/nh.2013.28.3.6358.

[311] R. Yilmaz, H. Esmeray, and Ü. Erkorkmaz, "Adaptation study of the Turkish children's eating behavior questionnaire | Çocuklarda yeme davrani{dotless}şi{dotless} anketinin türkçe uyarlama çali{dotless}şmasi{dotless}," *Anadolu Psikiyatr. Derg.*, vol. 12, no. 4, pp. 287–294, 2011.

[312] H. Croker, L. Cooke, and J. Wardle, "Appetitive behaviours of children attending obesity treatment," *Appetite*, vol. 57, no. 2, pp. 525–529, 2011, doi: 10.1016/j.appet.2011.05.320.

[313] L. Webber, C. Hill, J. Saxton, C. H. M. Van Jaarsveld, and J. Wardle, "UKPMC Funders Group Eating Behaviour and Weight in Children," vol. 33, no. 1, pp. 1–14, 2010, doi: 10.1038/ijo.2008.219.Eating.

[314] B. F. Fuemmeler, C. A. Lovelady, N. L. Zucker, and T. Østbye, "Parental obesity moderates the relationship between childhood appetitive traits and weight," *Obesity*, vol. 21, no. 4, pp. 815–823, 2013, doi: 10.1002/oby.20144.

[315] K. M. Mallan, W. Liu, R. Jani, L. A. Daniels, A. Magarey, and D. Battistutta, "Maternal report of young children ' s eating styles . Validation of the Children ' s

Eating Behaviour Questionnaire in three ethnically diverse Australian samples q," *Appetite*, vol. 64, pp. 48–55, 2013, doi: 10.1016/j.appet.2013.01.003.

[316] S. E. Domoff, A. L. Miller, N. Kaciroti, and J. C. Lumeng, "Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income preschool-aged sample in the United States," *Appetite*, vol. 95, pp. 415–420, 2015, doi: 10.1016/j.appet.2015.08.002.

[317] J. L. Santos *et al.*, "Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children," *Nutr. J.*, vol. 10, no. 1, pp. 1–8, 2011, doi: 10.1186/1475-2891-10-108.

[318] Y. Cao, V. Svensson, C. Marcus, J. Zhang, J. Zhang, and T. Sobko, "Eating behaviour patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight - factorial validation of the Children ' s Eating Behaviour Questionnaire," pp. 1–7, 2012.

[319] P. L. Quah *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*, vol. 113, pp. 100–105, 2017, doi: 10.1016/j.appet.2017.02.024.

[320] D. A. Loh, F. M. Moy, N. L. Zaharan, and Z. Mohamed, "Eating Behaviour among Multi-Ethnic Adolescents in a Middle-Income Country as Measured by the Self-Reported Children ' s Eating Behaviour Questionnaire," vol. 8, no. 12, pp. 1–12, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0082885.

[321] J. Ashcroft, C. Semmler, S. Carnell, C. H. M. van Jaarsveld, and J. Wardle, "Continuity and stability of eating behaviour traits in children," *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 62, no. 8, pp. 985–990, 2008, doi: 10.1038/sj.ejcn.1602855.

[322] R. Yilmaz, H. Esmeray, and Ü. Erkorkmaz, "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması Adaptation study of the Turkish Children ' s Eating Behavior Questionnaire," *Anadolu Psikiatri Derg.*, vol. 12, pp. 287–294, 2011.

[323] R. Martorell, L. K. Khan, M. L. Hughes, and L. M. Grummer-Strawn, "Overweight and obesity in preschool children from developing countries," *Int. J. Obes.*, vol. 24,

no. 8, pp. 959–967, 2000, doi: 10.1038/sj.ijo.0801264.

[324] B. (2005) Süzek, H., Arı, Z., Uyanık, "Muğla'da Yaşayan 6-15 Yaş Okul Çocuklarında Kilo Fazlalığı Ve Obezite Prevalansı," *Türk Biyokim. Dergisi,* vol. 30, pp. 290–295, 2005.

[325] C. Erem, "Prevalence of Overweight and Obesity in Turkey," *IJC Metab. Endocr.*, vol. 8, pp. 38–41, 2015, doi: 10.1016/j.ijcme.2015.07.002.

[326] L. J., *Developmental and Behavioral Pediatrics: A Handbook for Primary Care*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

[327] C. K. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, "Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction," *J Dev Behav Pediatr*, vol. 17, no. 3, pp. 149–53, 1996.

[328] F. S. Costa, D. L. Del Pino, and R. Friedman, "Caregivers' attitudes and practices: Influence on childhood body weight," *J. Biosoc. Sci.*, vol. 43, no. 3, pp. 369–378, 2011, doi: 10.1017/S0021932011000022.

[329] L. Webber, L. Cooke, C. Hill, and J. Wardle, "Associations between Children's Appetitive Traits and Maternal Feeding Practices," *YJADA*, vol. 110, no. 11, pp. 1718–1722, 2010, doi: 10.1016/j.jada.2010.08.007.

[330] E. Z. Costanzo, P. R. & Woody, "Costanzo1985," *J. Soc. Clin. Psychol.*, vol. 1, pp. 425–445, 1985.

[331] J. O. Fisher and L. L. Birch, "Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 76, no. 1, pp. 226–231, 2002, doi: 10.1093/ajcn/76.1.226.

[332] A. Jansen *et al.*, "Overweight children overeat after exposure to food cues," *Eat. Behav.*, vol. 4, no. 2, pp. 197–209, 2003, doi: 10.1016/S1471-0153(03)00011-4.

[333] E. Denney-Wilson and K. J. Campbell, "Eating behaviour and obesity," *Bmj*, vol. 337, no. 7678, pp. 1064–1065, 2008, doi: 10.1136/bmj.a1926.

[334] T. Reinehr, M. Kleber, N. Lass, and A. M. Toschke, "Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: Age as a predictor of long-term success," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 91, no. 5, pp.

1165–1171, 2010, doi: 10.3945/ajcn.2009.28705.

[335] P. Danielsson, V. Svensson, J. Kowalski, G. Nyberg, Ö. Ekblom, and C. Marcus, “Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity treatment success and dropout rate,” *Obes. Facts*, vol. 5, no. 1, pp. 34–44, 2012, doi: 10.1159/000336060.

[336] H. Syrad, L. Johnson, J. Wardle, and C. H. Llewellyn, “Appetitive traits and food intake patterns in early life,” *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 103, no. 1, pp. 231–235, 2016, doi: 10.3945/ajcn.115.117382.

[337] V. Viana, S. Sinde, and J. C. Saxton, “Children ’ s Eating Behaviour Questionnaire : associations with BMI in Portuguese children,” pp. 445–450, 2008, doi: 10.1017/S0007114508894391.

[338] E. Roach, G. B. Viechnicki, L. B. Retzloff, P. Davis-Kean, J. C. Lumeng, and A. L. Miller, “Family food talk, child eating behavior, and maternal feeding practices,” *Appetite*, vol. 117, no. June, pp. 40–50, 2017, doi: 10.1016/j.appet.2017.06.001.

[339] A. Fogel *et al.*, “Oral processing behaviours that promote children’s energy intake are associated with parent-reported appetitive traits: Results from the GUSTO cohort,” *Appetite*, vol. 126, pp. 8–15, 2018, doi: 10.1016/j.appet.2018.03.011.

[340] S. Carnell and J. Wardle, “Appetite and adiposity in children: Evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity,” *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 88, no. 1, pp. 22–29, 2008, doi: 10.1093/ajcn/88.1.22.

[341] J. O. Fisher *et al.*, “‘Snacks are not food’. Low-income, urban mothers’ perceptions of feeding snacks to their preschool-aged children,” *Appetite*, vol. 84, pp. 61–67, 2015, doi: 10.1016/j.appet.2014.09.007.

[342] E. Haycraft, C. Farrow, C. Meyer, F. Powell, and J. Blissett, “Relationships between temperament and eating behaviours in young children,” *Appetite*, vol. 56, no. 3, pp. 689–692, 2011, doi: 10.1016/j.appet.2011.02.005.

[343] J. C. Spence, V. Carson, L. Casey, and N. Boule, “Examining behavioural susceptibility to obesity among Canadian pre-school children: The role of eating behaviours,” *Int. J. Pediatr. Obes.*, vol. 6, no. 2–2, pp. 501–507, 2011, doi: 10.3109/17477166.2010.512087.

[344] P. M. Lewinsohn *et al.*, “Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children,” *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 38, no. 3, pp. 208–219, 2005, doi: 10.1002/eat.20175.

[345] A. Ek *et al.*, “Associations between parental concerns about preschoolers’ weight and eating and parental feeding practices: Results from analyses of the child eating behavior questionnaire, the child feeding questionnaire, and the lifestyle behavior checklist,” *PLoS One*, vol. 11, no. 1, pp. 1–20, 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0147257.

[346] H. G. M. Oude Luttikhuis, R. P. Stolk, and P. J. J. Sauer, “How do parents of 4- to 5-year-old children perceive the weight of their children?,” *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.*, vol. 99, no. 2, pp. 263–267, 2010, doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01576.x.

[347] C. Farrow, J. Blissett, and E. Haycraft, “Does child weight influence how mothers report their feeding practices?,” *Int. J. Pediatr. Obes.*, vol. 6, no. 3–4, pp. 306–313, 2011, doi: 10.3109/17477166.2011.575160.

[348] S. Carnell, L. Benson, E. Driggin, and L. Kolbe, “Parent feeding behavior and child appetite: Associations depend on feeding style,” *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 47, no. 7, pp. 705–709, 2014, doi: 10.1002/eat.22324.

[349] L. Webber, L. Cooke, C. Hill, and J. Wardle, “Child adiposity and maternal feeding practices: A longitudinal analysis,” *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 92, no. 6, pp. 1423–1428, 2010, doi: 10.3945/ajcn.2010.30112.

[350] H. Bergmeier, H. Skouteris, S. Horwood, M. Hooley, and B. Richardson, “Child temperament and maternal predictors of preschool children’s eating and body mass index. A prospective study,” *Appetite*, vol. 74, pp. 125–132, 2014, doi: 10.1016/j.appet.2013.12.006.

[351] W. Harris, G., & Booth, *The nature and management of eating problems in preschool children*, Harwood Ac. Chur, Switzerland, 1992.

[352] J. K. Orrell-Valente, L. G. Hill, W. A. Brechwald, K. A. Dodge, G. S. Pettit, and J. E. Bates, “‘Just three more bites’: An observational analysis of parents’

socialization of children's eating at mealtime," *Appetite*, vol. 48, no. 1, pp. 37–45, 2007, doi: 10.1016/j.appet.2006.06.006.

[353] M. R. Sanders, R. K. Patel, B. Le Grice, and R. W. Shepherd, "Children With Persistent Feeding Difficulties: An Observational Analysis of the Feeding Interactions of Problem and Non-Problem Eaters," *Heal. Psychol.*, vol. 12, no. 1, pp. 64–73, 1993, doi: 10.1037/0278-6133.12.1.64.

[354] C. V. Farrow and J. Blissett, "Controlling feeding practices: Cause or consequence of early child weight?," *Pediatrics*, vol. 121, no. 1, 2008, doi: 10.1542/peds.2006-3437.

[355] D. Skuse, "Identification and management of problem eaters," *Arch. Dis. Child.*, vol. 69, no. 5, pp. 604–608, 1993, doi: 10.1136/adc.69.5.604.

[356] F. C. Powell, C. V. Farrow, and C. Meyer, "Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours," *Appetite*, vol. 57, no. 3, pp. 683–692, 2011, doi: 10.1016/j.appet.2011.08.011.

[357] L. L. Birch and J. O. Fisher, "Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents," pp. 488–495, 1996.

[358] Dereli, F. (2006). 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.

EKLER

EK 1.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı : 3 7 2

12.04.2018

Sayın Prof.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR,

Kurulumuz tarafından 12.04.2018 tarih ve 3943-GOA protokol numaralı 2018/10-20 karar numarası ile görüşülen **"Sağlıklı Okul Öncesi Çocukta Ailenin Çocuk Beslenme Davranışları ile Çocuk Yeme Alışkanlıkları ve VKİ Arasındaki İlişki"** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

EK 1.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADİ	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3943-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Sağlıklı Okul Öncesi Çocukta Ailenin Çocuk Beslenme Davranışları ile Çocuk Yeme Alışkanlıkları ve VKİ Arasındaki İlişki**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR Aile Hekimliği A.D.	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Yunus KARSLI
D.E.Ü. Tıp Fakültesi
Fakülte Sekreteri

EK 1.

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/10-20	Tarih:12.04.2018
	Prof.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR 'ın sorumluğu olduğu "Sağlıklı Okul Öncesi Çocukta Ailenin Çocuk Beslenme Davranışları ile Çocuk Yeme Alışkanlıkları ve VKİ Arasındaki İlişki" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurula İlişkiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.Ü Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Yunus KARSLI
D.E.Ü. Tıp Fakültesi
Fakülte Sekreteri

EK 2.

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR BİRİMİ SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİMİ
21.09.2018 14:02 - 77597247 - 604.02 - E 386

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 77597247-604.02
Konu : Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın
Araştırma Başvurusu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : 31/08/2018 tarihli ve 77597247-497 sayılı yazı

Dokuz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR sorumluluğunda yapılmak istenen **"Sağlıklı Okul Öncesi Çocukta Ailenin Çocuk Beslenme Davranışları ile Çocuk Yeme Alışkanlıkları ve VKİ Arasındaki İlişki "**konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında yapılmak istenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"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, hükümleri yer almaktadır."

123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar İzmir
Faks No:
e-Posta:arzu.yarasir@saglik.gov.tr İnt.Adresi: bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Bilgi için:Arzu YARAŞIR
Unvan:ÇOCUK GELİŞİMCİSİ
Telefon No:0(232) 248 53 10/ 1280

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 84d285da-d271-423e-b0bd-58aad627b7ce kodu ile erişebilirsiniz
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2.

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
MÜDÜR a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar İzmir
Faks No:
e-Posta:arzu.yarasir@saglik.gov.tr İnt.Adresi: bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Bilgi için:Arzu YARAŞIR
Unvan:ÇOCUK GELİŞİMCİSİ
Telefon No:0(232) 248 33 10/ 1280

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 54d285da-d271-423e-b0bd-58aad627b7ee kodu ile erişebilirsiniz
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu "Sağlıklı okul öncesi çocukta ailenin çocuk besleme davranışları ile çocuk yeme alışkanlıkları ve VKİ arasındaki ilişki"yi belirlemek amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneğin sonundaki seçeneği yuvarlak içine alınız. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Nilüfer
Soyadı: KIDIŞ
Tel: 0232 412 49 51
Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih: İmza:

EK 4.

Değerli anne ve baba,
Aşağıda yer alan soruları okuyunuz ve sizin için en uygun olanı işaretleyiniz. Bazı sorular için ise boş bırakılan yerlere açıklamalarınızı yazınız.
Çalışmamıza katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Çocuğun yaşı:.....ay
2. Çocuğun boyu:.....cm kilosu:.....kg
3. Kaçıncı çocuk:.....
4. Evdeki çocuk sayısı:.....
5. Annenin yaşı:..... Anne boy:.....cm kilo:.....kg
6. Annenin eğitimi:
   ( ) okuryazar değil ( ) ilköğretim ( ) ortaöğretim ( ) lise ( ) üniversite
7. Anne çalışıyor mu?..... ( ) Evet ( ) Hayır
8. Babanın yaşı: ..... Baba boy:.....cm kilo:.....kg
9. Babanın eğitimi:
   ( ) okuryazar değil ( ) ilköğretim ( ) ortaöğretim ( ) lise ( ) üniversite
10. Gelir düzeyi: ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek
11. Çocuğunuz anne sütü aldı mı? ( ) Evet ( ) Hayır
12. Çocuğunuz mama ile beslendi mi? ( ) Evet ( ) Hayır
13. Çocuğunuz ek besinleri ne zaman almaya başladı?
    ( )1-4 ay ( )4-6ay ( )7-8 ay ( )9-13ay
14. Çocuğu genelde kim besler? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
    ( )Anne ( )Baba ( )Anneanne ( ) Babaanne ( )Dede ( ) Diğer.....
15. Evdeki yetişkinleri lütfen işaretleyiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
    ( )Anne ( )Baba ( )Anneanne ( ) Babaanne
    ( )Dede ( ) Bakıcı/Diğer.....
16. Ailenizde yemek seçen var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
17. Yemek seçen varsa kim olduğunu işaretleyiniz.
    ( )Anne ( )Baba ( )Kardeş ( ) Diğer.....
18. Çocuğunuz kreşe gidiyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
19. Çocuğunuz yemek seçer mi? ( ) Evet ( ) Hayır
20. Çocuğunuz atıştırır mı? ( ) Evet ( ) Hayır
21. Çocuğunuz yemeği reddettiğinde kızar mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır
22. Çocuğunuzun yeme problemi var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
23. Çocuğunuzun yeme problemini açıklayınız.(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
    ( ) İştahı az ( ) Çok yavaş yer ( ) Yumuşak gıdaları yer ( ) Yiyecekleri çiğneyemez
    ( ) Çok az çeşitte yemek yer ( ) Tabağındaki besini bitirmez
24. Çocuğunuz yemeği nerde yer? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
    ( )Masada ( )Yerde ( )Kucakta ( )Mama sandalyesinde ( )Diğer(yazınız).....
25. Çocuğunuz yemeği nasıl yer?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
    ( )Anne yedirir ( )Baba yedirir ( )Büyükanne yedirir ( )Kendi yer
    ( ) Diğer (lütfen yazınız).....
26. Çocuğunuz yemek sırasında televizyon/tablet/telefon seyreder mi/kullanır mı?
    ( ) Evet ( ) Hayır
27. Çocuğunuz yemek sırasında oyun oynar mı? ( ) Evet ( ) Hayır
28. Çocuğunuz yemek sırasında etrafta dolaşır mı? ( ) Evet ( ) Hayır
29. Çocuğunuza yemek sırasında yiyecekleri döküp saçmasına müsaade eder misiniz?
    ( ) Evet ( ) Hayır
30. Sizce şişmanlık sağlık sorunu mudur? ( ) Evet ( ) Hayır
31. Sizce zayıflık sağlık sorunu mudur? ( ) Evet ( ) Hayır

EK 5.

Değerli anne ve baba,
Bu bölüm çocuğunuzun beslenme konusundaki davranış ve tutumlarını test etmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu bir sınav değildir ve soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur.
Lütfen her soruyu dikkatlice okuduktan sonra, sizin için uygun olan yeri işaretleyiniz.
Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Genellikle	Çoğunlukla	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 yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun					
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 vs.) 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 tadını 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.

Değerli anne ve baba,

Bu bölüm sizin çocuğunuzu beslemedeki davranış ve tutumlarınızı test etmek amacıyla hazırlanmıştır.
Bu bir sınav değildir ve soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur.
Lütfen her soruyu dikkatlice okuduktan sonra, sizin için uygun olan rakamı daire içine alınız.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Örnek:

Çocuğumun çok fazla şekerleme(şeker,dondurma,pastavb.)yemediğinden emin olmak zorundayım.	1=Katılmıyorum 2=Birazkatılmıyorum 3=Kararsızım (4)=Birazkatılıyorum 5=Katılıyorum

1.	Çocuğunuz evde olduğunda, onu beslemek için ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	1=Hiç 2=Nadiren 3=Genellikle 4=Çoğunlukla 5=Herzaman
2.	Çocuğunuzun yediklerinin porsiyon büyüklüğüne karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	1=Hiç 2=Nadiren 3=Genellikle 4=Çoğunlukla 5=Herzaman
3.	Çocuğunuzundoğru besinler tüketip tüketmediğine karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	1=Hiç 2=Nadiren 3=Genellikle 4=Çoğunlukla 5=Herzaman
4.	Siz çocukluk çağınızda(5-10Yaş)	1=Çok zayıftım 2=Zayıftım 3=Normaldim 4=Hafif şişmandım 5=Çok şişmandım

EK 6.

5.	Siz ergenlik çağınızda	1=Çok zayıftım 2=Zayıftım 3=Normaldim 4=Hafif şişmandım 5=Çok şişmandım
6.	Siz 20'li yaşlarınızda	1=Çok zayıftım 2=Zayıftım 3=Normaldim 4=Hafif şişmandım 5=Çok şişmandım
7.	Siz şu an	1=Çok zayıfım 2=Zayıfım 3=Normalim 4=Hafif şişmanım 5=Çok şişmanım
8.	Çocuğunuzun 0-1yaşındaki ağırlığı	1=Çok zayıftı 2=Zayıftı 3=Normaldi 4=Hafif şişmandı 5=Çok şişmandı
9.	Çocuğunuzun yürümeye başladığındaki ağırlığı	1=Çok zayıftı 2=Zayıftı 3=Normaldi 4=Hafif şişmandı 5=Çok şişmandı
10.	Çocuğunuzun okul öncesi dönemdeki ağırlığı	1=Çok zayıftı 2=Zayıftı 3=Normaldi 4=Hafif şişmandı 5=Çok şişmandı
11.	Çocuğunuz yanınızda olmadığında, onun çok fazla yemesi ile ne kadar ilgilisiniz?	1=İlgisizim 2=Biraz ilgisizim 3=İlgiliyim 4=Oldukça ilgiliyim 5=Çok ilgiliyim
12.	Çocuğunuzun ideal ağırlığını koruyabilmesi için, beslenme biçimiyle ne kadar ilgiliniz?	1=İlgisizim 2=Biraz ilgisizim 3=İlgiliyim 4=Oldukça ilgiliyim 5=Çok ilgiliyim
13.	Çocuğunuzun şişmanlaması ile ne kadar ilgilisiniz?	1=İlgisizim 2=Biraz ilgisizim 3=İlgiliyim 4=Oldukça ilgiliyim 5=Çok ilgiliyim

EK 6.

14.	Çocuğumun çok fazla şekerleme(şeker, dondurma, pastavb.) yemediğinden emin olmak zorundayım.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
15.	Çocuğumun aşırı yağlı yiyecekler yemediğinden emin olmak zorundayım.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
16.	Çocuğumun çok sevdiği yiyecekleri yemediğinden emin olmak zorundayım.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
17.	Bazı yiyecekleri çocuğumun ulaşacağı yerlerden bilerek uzak tutarım.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
18.	İyi bir davranış karşılığında şekerlemeleri(şeker,dondurma,pastavb.) çocuğuma ödül olarak sunarım.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
19.	İyi bir davranış karşılığında çocuğuma sevdiği yiyecekleri teklif ederim.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
20.	Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum çok fazla abur cubur yer.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
21.	Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum en sevdiği yiyecekleri çok fazla yer.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum

EK 6.

22.	Çocuğum her zaman tabağındaki yiyeceklerin hepsini yemelidir.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
23.	Çocuğumun yeterince yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmak zorundayım.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
24.	Çocuğum aç olmadığını söylese de, yemek yemesi için ısrar ederim.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
25.	Çocuğumun yiyeceklerini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum gerekenden daha az yer.	1=Katılmıyorum 2=Biraz katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Biraz katılıyorum 5=Katılıyorum
26.	Çocuğunuzun tükettiği şekerli yiyecekleri(şeker, dondurma, pastavb.) ne kadar takip edersiniz?	1=Hiç 2=Nadiren 3=Bazen 4=Çoğunlukla 5=Herzaman
27.	Çocuğunuzun tükettiği atıştırmalık yiyecekleri(cipsler, Doritos vb.) ne kadar takip edersiniz?	1=Hiç 2=Nadiren 3=Bazen 4=Çoğunlukla 5=Herzaman
28.	Çocuğunuzun tükettiği aşırı yağlı yiyecekleri ne kadar takip edersiniz?	1=Hiç 2=Nadiren 3=Bazen 4=Çoğunlukla 5=Herzaman