



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
şİşLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ANNELERİN ÇOCUKLARININ İşTAH VE BEDEN ALGISI HAKKINDAKİ
GÖRÜşLERİNİN DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Saliha Buşra Aksu

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANNELERİN ÇOCUKLARININ İŞTAH VE BEDEN ALGISI HAKKINDAKİ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Saliha Buşra Aksu

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	v
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. BESLENME.....	4
2.1.1. Beslenmenin Önemi	4
2.1.2. Beslenmede Etkili Olan Faktörler	4
2.2. İŞTAH	6
2.2.1. Çocuklarda İştahı Etkileyen Faktörler	6
2.2.2. Çocuklarda Beslenme Sorunları.....	9
2.2.3. Beslenme Problemi Olan Çocuklara Yaklaşım.....	11
2.3. OBEZİTE	11
2.3.1. Obezite epidemiyolojisi	12
2.3.2. Obezite etyolojisi	12
2.4. ÇOCUK GELİŞİMİNDE EBEVEYN	
DEĞERLENDİRMESİ	13
2.5. BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	15
2.5.1. Beden Kitle İndeksi.....	16

2.5.2. Büyüme Eğrileri	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. ÇALIŞMA GRUBU.....	18
3.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	18
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	19
3.2.2. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (Child Eating Behaviour Questionnaire)	19
3.2.3. Cinsiyete ve Yaşa Özgü Çizimler.....	20
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	24
4.2. AİLENİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
4.3. ANNELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
4.4. ÇOCUKLARIN BESLENME ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	28
4.5. ÇOCUKLARIN DOKTORA İŞTAH BOZUKLUĞU NEDENİYLE BAŞVURMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	29
4.6. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE	

BKİ'LERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.	30
4.7. ANNE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE ÇOCUK BKİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	31
4.8. ÇOCUĞUN BESLENME ÖZELLİKLERİ İLE BKİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
4.9. ANNENİN ÇOCUĞUNUN GÖRÜNTÜSÜ İLE İLGİLİ ALGI VE BEKLENTİSİNİN 'CİNSİYETE VE YAŞA ÖZGÜ GELİŞİM ÇİZİMLERİ' İLE DEĞERLENDİRİLMESİ	34
4.9.1. Annenin Algısı BKİ'nin Çocuk ve Annenin Kendi Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi	35
4.9.2. Anne Beklentisinin Çocuk ve Annenin Kendi Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi	37
4.9.3. Anne Beklentisi ve Çocuk BKİ Gruplarının Doktora İştahsızlık Nedeniyle Başvuru ile İlişkisi.....	39
4.10. ANNENİN GÖRÜŞÜ İLE ARAŞTIRMACININ GÖRÜŞÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	40
4.11. ÇOCUK YEME DAVRANIŞI ANKETİ PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	43
4.11.1. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi	43
4.11.2. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Annenin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi.....	45
4.11.3. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının	

Çocuğun Beslenme Davranış Özellikleri İle İlişkisi.....	48
4.11.4. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Annenin Görsel Beklentisi ve Anne Algısına Göre Çocuk BKİ ile İlişkisi	50
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
6.1. SONUÇLAR	73
6.2. ÖNERİLER	75
KAYNAKLAR	76
EKLER.....	91
EK 1: Sosyodemografik Veri Anketi	
EK 2: Çocuk Yeme Davranışı Anketi	
EK 3: Çocuk Yeme Davranışı Anketi'nin Kullanımı İçin Alınmış İzin	
EK 4: Yaşa ve Cinsiyete Özgü Gelişim Çizimlerinin Kullanımı İçin Çizerinden Alınmış İzin	
EK 5: Etik Kurul Belgesi	
EK 6: Tez Konusu Onay Bilgi Formu	

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca hem bilimsel hem de bireysel her türlü sorunumda yanımda olan, bilgi, beceri ve tecrübelerini her ihtiyaç duyduğumda benimle paylaşan, kendimi geliştirmem için her zaman beni destekleyen, asistanı olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, uzmanlık hayatım boyunca da her zaman kendisini örnek alacağım tez danışmanım ve canım hocam Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Aile hekimliğini tanımama ve sevmeme vesile olan, kısa süre aynı çatı altında çalışabilmiş olsam da her zaman yanımda olduğunu hissettiğim ve bildiğim sevgili hocam Prof. Dr. Dilek Toprak'a,

Asistanlık eğitimim boyunca bana hem arkadaşlık hem ablalık yapan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kliniğimiz uzmanları Uzm. Dr. Elif Serap Esen, Uzm. Dr. Beray Gelmez Taş ve Uzm. Dr. İlknur Demir'e,

Rotasyonlarım süresince ilgi ve bilgilerini bizden esirgemeyen tüm klinik şeflerimize ve uzman meslektaşlarıma,

Asistanlığım süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum öncelikle SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği asistanlarına ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Desteklerini hayatımın her anında hissettiğim, sürekli akıllarında ve yüreklerinde olduğumu bildiğim annem Zeynep Aksu, babam Fikrettin Aksu ve abim Selim Aksu'ya,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CEBQ: Child Eating Behaviour Questionnaire

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi

DAY: Duygusal Aşırı Yeme

DAZ: Duygusal Az Yeme

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GKA: Gıdadan Keyif Alma

GH: Gıda Heveslisi

IOFT: The International Obesity Task Force

İT: İçme Tutkusu

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey

TBSA: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması

TH: Tokluk Heveslisi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TV: Televizyon

WHO: World Health Organisation

TBSA: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması

YS: Yemek seçiciliği

YY: Yavaş Yeme

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çocuk Beslenmesinde Kırmızı Bayrak Belirtileri.....	9
Tablo 2: CDC Çocuk BKİ Sınıflaması.....	16
Tablo 3: Çocukların Sosyodemografik Özellikleri.....	24
Tablo 4: Çocukların Sosyodemografik Özellikleri-2.....	24
Tablo 5: CDC Verilerine Göre Çocukların BKİ Gruplarının Dağılımı.....	25
Tablo 6: Ailenin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 7: Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	27
Tablo 8: Annelerin Sosyodemografik Özellikleri-2.....	27
Tablo 9: Annelerin Çalışma Durumlarının ve BKİ'lerinin Karşılaştırması.....	28
Tablo 10: Çocukların Beslenme Alışkanlıklarına Ait Özellikler.....	28
Tablo 11: Çocukların İştah Bozukluğu Nedeniyle Doktora Başvurma ve İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 12: Çocuk Yaş ve Yaş Grupları İle Çocuk BKİ Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 13: Çocuk BKİ Grupları ile Ailenin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 14: Çocuk BKİ değeri ile Anne Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 15: Çocuk BKİ Grupları ve Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişki...33	
Tablo 16: Çocuk BKİ ile Anne Algısına Göre Çocuk BKİ Karşılaştırması.....	35
Tablo 17: Anne Algısına Göre BKİ'nin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	35
Tablo 18: Anne Algısına Göre BKİ'nin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması.....	36
Tablo 19: Anne Beklentisi ve Çocuk Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 20: Anne Beklentisi ve Annenin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 21: Anne Beklentisi ve Çocuk BKİ Gruplarının Doktora İştahsızlık Nedeniyle Başvuru Durumunun Karşılaştırılması.....	39
Tablo 22: Araştırmacı Algısı BKİ İle Gerçek BKİ Karşılaştırmasının İlişkisi...40	

Tablo 23: Anne-Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırması ve Çocuk Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 24: Anne-Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırması ile Annenin Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisi.....	42
Tablo 25: ÇYDA Alt Ölçekleri ile Çocuğun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 26: ÇYDA Alt Ölçekleri ve Çocuk BKİ Grupları Arasında Anlamlı Fark Olan Grupların Post Hoc Testi ile Değerlendirme Sonucu.....	44
Tablo 27: Çocuğun Yaşı ve ÇYDA Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 28: ÇYDA Alt Ölçek Puanları ile Annenin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 29: Annenin Yaşı ve ÇYDA Alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 30: ÇYDA Alt Ölçek Puanları ile Çocuk Beslenme Davranışlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 31: Çocuğun Ek Besine ve Katı Gıdaya Geçme Zamanları ile ÇYDA Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 32: ÇYDA Alt Ölçek Puanlarının Anne Beklentisi ve Anne Algısına Göre Çocuk BKİ ile Karşılaştırması.....	51

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kız Çocuklar İçin Yaşa Özgü Gelişim Çizimleri.....	22
Şekil 2: Erkek Çocuklar İçin Yaşa Özgü Gelişim Çizimleri.....	22
Şekil 3: Çocukların Cinsiyetine Göre BKİ Grupları Dağılımı.....	30
Şekil 4: Anne Bki ve Çocuk BKİ Arasındaki Korelasyon.....	32
Şekil 5: Anne Algısına Göre Çocuk BKİ ile Gerçek BKİ Dağılımı.....	34
Şekil 6: Anne Beklentisi Dağılımı.....	37
Şekil 7: Araştırmacı Algısı BKİ İle Gerçek BKİ Karşılaştırmasının Dağılımı.....	40
Şekil 8: Anne Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırmasının Dağılımı....	41
Şekil 9: ÇYDA Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları.....	43

ÖZET

Amaç: Yaşa Özgü Gelişim Çizimleri ve Çocuk Yeme Davranışı Anketi kullanılarak, 2-14 yaş arası çocuk sahibi annelerin çocuklarının iştahını ve bedensel görünümelerini nasıl algıladıklarını değerlendirmek ve bunları objektif verilerle karşılaştırmak.

Yöntem: Şubat 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 2-14 yaş arası çocuklar ve anneleri, annelerden onam alındıktan sonra çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların kilo ve boy ölçümleri yapıldıktan sonra anneler tarafından ‘Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi’ ve ‘Sosyodemografik Veri Formu’ doldurulmuş ayrıca ‘Yaşa Özgü Gelişim Çizimleri’ ile annelerden seçim yapmaları istenmiştir. Katılımcılar Centers for Disease Control and Prevention (CDC) kriterleri kullanılarak beden kitle indekslerine (BKİ) ayrılmış ve uygun istatistiksel işlemlerle karşılaştırılmışlardır.

Bulgular: Anne beden kitle indeksi ile çocuk beden kitleksi arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon tespit edilmişti. Yaşa ve Cinsiyete Özgü Gelişim Çizimleri ile belirlenen anne algısı BKİ ile çocukların gerçek BKİ değerleri karşılaştırıldığında annelerin zayıf çocukları yüksek, hafif kilolu ve obez olanlarıysa düşük grupta değerlendirdikleri görülmüştü. Aynı karşılaştırma anne beklentisi için yapıldığında da sonuçlar benzerdi ve aralarındaki fark anlamlıydı. Araştırmacı %85,6 oranında çocuğun BKİ’ni doğru tahmin etmişti. Çocuk Yeme Davranışı Anketi’nin verileri karşılaştırıldığında, duygusal az yeme kızlarda erkeklere oranla daha fazla tespit edilmişti. Çocukların BKİ’leriyle karşılaştırıldığında gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme ve gıda hevesliliği zayıf olanlarda düşük, tokluk heveslisi ve yavaş yeme ölçekleri ise yüksekti. Çalışmayan, lise altı eğitime sahip olan ve geliri düşük olan annelerin çocukların içme tutkusu puanları yüksekti. Anneleri tarafından daha zayıf olmaları beklenen çocuklarda içme tutkusu, tokluk heveslisi ve yavaş yeme puanları yüksek, daha kilolu olmaları beklenen çocuklarda ise tokluk heveslisi puanları yüksek tespit edilmişti.

Sonuç: Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara bakıldığında annelerin görsel olarak çocuklarını değerlendirmeleri istendiğinde hem gerçek hem de araştırmacının değerlendirmesine oranla başarısız olduklarını gördük. Ailelerden çocukları hakkında sözel değerlendirme gibi bedensel görünümleri hakkında değerlendirme almak hekimin doğru ynlendirmeler yapması açısından nemlidir.

Anahtar Szckler:

1. Beden Kitle İndeksi
2. Yaşa ve Cinsiyete zg Gelişim izimleri
3. ocuk Yeme Davranışı Anketi

ABSTRACT

Aim: Using Child Eating Behaviour Questionnaire and Gender and Age Range Specific Sketches to evaluate how mothers with children aged 2-14 perceive their children's appetite and physical appearance and compare them with objective data.

Material&Methods: Children and mothers who applied to SBU Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Family Medicine outpatient clinics between January-April 2019 for any reason were included in the study. After taking weight and height measurements, Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) and 'Sociodemographic Data Form' were filled by mothers and they were asked to choose their 'perceived' and 'ideal' appearance of their child. Children were divided into body mass indexes (BMI) using the CDC criteria and compared with appropriate statistical procedures.

Results: There was a positive correlation between mother BMI and child BMI. When the BMI values of mothers perception and mother's expectation according to drawings compared to real BMI of children, it was seen that mothers evaluated the underweight children in higher, overweight and obese ones in lower BMI group. When CEBQ compared to the BMIs of children, food enjoyment, emotional overeating and food responsiveness were low, satiety responsiveness and slow eating scales were high in underweight children. Children's with non working, low educated and low income mothers had high desire for drink scores.

Conclusion: We found that mothers failed to evaluate their children visually when compared to the real and the researchers' evaluation. It is essential to learn families' visual perception of their child's body in order for the physician to make accurate referrals.

Key Words:

1. Body Mass Index
2. Gender and Age Range Specific Sketches

3. Child Eating Behaviour Questionnaire



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Beslenme; yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan besin öğeleri ile biyoaktif bileşenleri sağlayan besinlerin tüketilerek vücutta kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme doğumdan ölüme kadar insan yaşamı boyunca yalnız fizyolojik gereksinimin giderilmesi için değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin giderilmesinde de önemli bir yer tutar (1,2).

Diyetteki olumlu değişiklikler bireylerin sağlık durumunun korunmasını sağlarken, oluşabilecek kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz vb. hastalıkların oluşum riskini de azaltmaktadır (3). Yemek yeme tarzındaki kişisel farklılıkların hem düşük kilo hem de fazla kilo ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (4). Belirli besinlerin tercihi, porsiyonların büyüklüğü, yiyeceklerin hazırlanmasındaki ve seçimindeki kültürel değerler, ailelerin inançları, öğün düzenleri ve besleme alışkanlıkları, çocukların beslenme alışkanlıkları kazanmasına etki eden diğer faktörlerdir ve araştırmalar çocuğun yemeğe ve tokluğa olan karşı tutumunun da ailelerin tutumlarına göre şekillendiğini bildirmektedir (5).

Çocukluk çağında beslenme ve kilo durumuna ait müdahaleler yapılabilmesi için öncelikle ailelerin çocukların kilo durumunu doğru algılamaları gerekir (6). Annelerin kilolu bebeklerin sağlıklı olduğuna ve çocuğun kilosunun başarılı ebeveyn olmanın göstergesi olduğuna inanmaları, yeterince beslenmediklerini düşünüp tavsiye edilen yaştan önce kayı gıdaya geçmeleri ya da besinleri çocuklarının davranışlarını şekillendirmek için kullanmaları, obeziteye zemin hazırlayan faktörlerdendir (7).

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun fonksiyon görmesi için ihtiyacı olan besin öğelerinin çeşit, miktar ve süre bakımından yeterli olarak alınması ve kullanılması durumudur ve çocuklarda büyüme ve gelişmenin en mühim göstergesidir (8,9).

İştahsızlık ve yemek yemeyi reddetme çocuklarda sık karşılaşılan önemli sorunlardır. Ailede ve çoğu zaman çocukla en çok ilgilenen annede ciddi endişe yaratır. İştahsızlık terimi ebeveynler tarafından beklenenden az besin tüketen, zor ve

seçici yemek yiyen çocuklar için kullanılır. Seçici yemek yeme normal gelişim gösteren çocuklarda olabildiği gibi tıbbi veya gelişimsel hastalığı olanlarda da oluşabilir. Burada en önemli sorunlardan biri ailenin çocuğun kilosu ve yeme alışkanlıklarının çocuğun gelişimini ve ilerideki yaşam tarzını etkileyebileceği yönündeki olumsuz algılarıdır (10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) malnütrisiyonu; bir kişinin enerji ve/veya besin alımındaki eksiklikler, fazlalıklar veya dengesizlikler olarak ifade eder, 3 alt grupta incelenir. Yetersiz beslenme, vitamin-mineral eksikliklerine bağlı yetersizlikler ve fazla kilolu olma\obezite bu grupları oluşturur. 5 yaşın altındaki çocuklar arasındaki ölümlerin yaklaşık % 45'i yetersiz beslenme ile bağlantılıdır. Bunlar çoğunlukla düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür. Aynı zamanda, bu ülkelerde çocuklukta fazla kilo ve şişmanlık oranları da artmaktadır (11).

İştahsız ve yetersiz beslendiği söylenen çocuklarda asıl önemli olan nokta; altta yatan organik hastalık varlığı, ailenin bu konudaki algısının gerçeği yansıtmadığı, ailenin beslenme ile ilgili tutum ve davranışları ve bu durumdan çocuğun büyüme ve gelişmesinin ne kadar etkilendiğidir.

Günümüzde endüstriyel gelişime paralel olarak şehir yaşamının artmış olması, çalışan ebeveyn sayısındaki artış; yaşam tarzımızın değişmesine ve besinlerde kullanılan ve obeziteye zemin hazırlayan endüstriyel maddelerin ve tüketime hazır ürünlerin öğünlerimizde daha fazla yer almasına yol açmıştır (12). Erişkinlerin büyük çoğunluğundaki obezite başlangıcının, çocukluk çağlarına uzandığı bilinmektedir (13). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre çocuk ve adölesan popülasyonunun %18'i obezdir (14). Ülkemizde okul çağındaki çocuklarda obezite prevalansını araştıran geniş tabanlı çalışmalar olmasa da bölgesel yapılan çalışmalarda obezite prevalansı %9 ile %27 arasında bildirilmiştir (15).

Bazı uzman ve danışma grupları beden kitle indeksini (BKİ), 2-19 yaşları arasındaki çocuklar ve ergenler arasındaki şişmanlığı değerlendirmek için tercih edilen

yöntem olarak önermiştir (16,17). BKİ, oran olarak boy-kilo ilişkisini ifade eder [ağırlık (kilogram cinsinden)] / [yükseklik (metre cinsinden)].

Normal büyüme çocuğun genel sağlık durumu ve nutrisyonel durumunun bir göstergesidir. Büyümenin saptanması çocuklarda sağlık ve beslenme durumunu tanımlayan tek göstergedir, çünkü sağlık ve beslenmeyi olumsuz etkileyen etmenler çocuğun büyümesini tartışmasız etkilemektedir. Büyümenin izlenmesi için ailelerin çocuklarının gelişimini, kilo durumlarını ve vücut görünümelerini doğru olarak değerlendirmesi çok önemlidir. Çünkü ebeveynlerin çocuklarının kilolarını doğru değerlendirememeleri, onları sağlıklı beslenmeye yönlendirmelerinin önündeki en büyük engellerden biridir. Kilo durumu doğru olarak değerlendirilemeyen çocukların aileleri, mevcut sorunu algılayamayacak ve çözüm arama konusunda istekli olmayacaklardır (18,19).

Bu çalışmanın amacı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulamaları ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 2-14 yaş arası çocukların annelerinin, çocuklarının iştah ve beden algıları hakkında değerlendirmeleri tespit etmek ve bunların nesnel ölçütlerle ilişkilerini karşılaştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.BESLENME

Beslenme, insan yaşamının, tüm yaşam boyunca sağlığın ve gelişmenin temel dayanağıdır. Fetal gelişimin ilk aşamalarından itibaren doğum, bebeklik, çocukluk, ergenlik dönemi, yetişkinlik ve yaşlılıkta, doğru yemek ve iyi beslenme, hayatta kalma, fiziksel büyüme, zihinsel gelişim, performans ve verimlilik, sağlık ve refah için vazgeçilmezdir. İnsani ve ulusal kalkınmanın vazgeçilmez bir temelidir (20).

2.1.1. Beslenmenin Önemi

Toplumun ve bireylerin devamlılığının sağlıklı bir şekilde sürebilmesinin, sosyal ve ekonomik yönden ilerleyebilmesinin en önemli unsurlarından biri dengeli beslenmedir (21). Ülkemizdeki genç nüfusun fazla olması ve gençlerin ilerde topluma yön verecek insanlar oldukları düşünülünce, genç nüfus yeterli ve dengeli beslenme konusunda en çok önem verilmesi gereken gruptur (22).

Beslenme sorunları temelde iki probleme dayanırlar, yeteri kadar beslenememeye bağlı açlık ve aşırı beslenmeye bağlı obezite. Her iki durumda da vücudun dengesi bozulmakta, sağlık sorunları ve bunlara bağlı mortalite oranları artmaktadır. Bu nedenle temeldeki ihtiyaç yeterli ve dengeli olarak beslenebilmektir.

2.1.2. Beslenmede Etkili Olan Faktörler

Aileye ait özellikler, sosyoekonomik düzey, medya, okul ortamı gibi birçok faktör çocukların beslenme alışkanlıklarının kazanılmasında rol oynar. Besin seçimleri erken çocukluk döneminde oluşur ve çocukluk, adölesan dönem ve hatta erişkinlikte de benzer şekilde devam eder (23). İnsanlardaki besin seçiminin hem fetal dönemde amniyotik sıvıya geçen besinlerle hem de emzirilen dönemde anne sütü aracılığıyla alınan besinlerle alakalı olduğu belirtilmiştir (24).

Emzirilme döneminde çocuklar dolaylı yoldan da olsa annenin yediği her besinle tanışmış olurlar, annenin tercihleri ileriki dönemde bebeğin tercihlerinin de

şekillenmesine yardımcı olur. Mama ile beslenen çocuklarla karşılaştırıldığında, anne sütü alan çocukların yeni besinleri deneme konusunda daha hevesli oldukları saptanmıştır (25,26). Çocuğun sağlıklı beslenme davranışı geliştirebilmesinde ailesinin besin seçimlerinin yeri çok büyüktür (27). Ebeveyn ve kardeşlerin yemek seçimlerinin incelendiği bir çalışmada hem anne hem babayla yemek seçimlerinin benzerlik gösterdiği ama en çok kardeşlerin seçimlerinin benzediği bulunmuştur (28).

Kişilerin sosyoekonomik düzeyleri ve yemek seçimleri doğrudan ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarının, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarına oranla daha çok işlenmiş gıda, şeker, yağ ve buna karşı daha az sebze, meyve ve et tükettiklerini göstermiştir. Bunların nedenleri araştırıldığında ise basitçe sağlıklı yiyeceklerin genel anlamda pahalı olması gösterilmiştir (29,30). Bazı çalışmalar eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarının evde beslendikleri ortamın, eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarının ortamından daha az destekleyici olduğunu ve sağlıksız yiyeceklerin evde bulunma sıklığının düşük eğitilmiş anne çocuklarında daha sık olduğunu göstermiştir (31-33). Gıda maliyetleri, özellikle düşük gelirli gruplar tarafından, besleyici özellikleri yoğun diyetlerin benimsenmesinin önündeki bir engeldir (34). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tarım Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmada, sağlıklı yiyecekleri tüketmenin maliyetinin Amerikan düşük gelirli bir ailenin yiyecek bütçesinin % 35-40 oranında artmasına neden olabileceğini bildirmiştir (35). Ülkemizde de özellikle kırsal yörelerde ve kentlerde yaşayan ancak sosyoekonomik durumu yetersiz ailelerde beslenme, gelenekler ve ekonomik nedenlere bağlı olarak dengesiz ve yetersizdir (36).

Araştırmalar, çocukların ve gençlerin kitle iletişim araçlarında günde 4-5 saat zaman geçirdiklerini göstermektedir. Bu süre çocukların uykusu dışında herhangi bir aktiviteye ayırdığı zamandan daha fazladır. Bu nedenle tüm bu araçların çocuklar üzerindeki etkisi çocukların ebeveynlerinden ve öğretmenlerinden daha fazla olabilmektedirler (37). Araştırmalar yemek sırasında televizyon (TV) seyretme ile daha yüksek BKİ ve daha düşük kaliteli beslenme arasında anlamlı ilişki bulmuştur (38,39). Hem TV seyretme hem de yemek yeme sırasında TV seyretme ayrı ayrı fazla kilolu olmakla ilişkilidir, TV seyretme sırasında geçirilen sedanter süre de çocuklarda

fazla kilolu olmaya ve genel anlamıyla daha sağlıksız bir yaşam tarzına katkı sağlar (38,40).

Yemek sırasında TV seyreden ailelerin çocuklarının seyretmeyenlere oranla, daha az meyve, sebze ve daha fazla pizza, aperatif yiyecekler ve gazlı içecekler tüketme eğiliminde oldukları, ayrıca 2 kat fazla kafein tükettikleri gösterilmiştir (41). TV seyredirken yemek yemenin obeziteye katkısı olmasının başka bir sebebi de ‘farkında olmadan’ yeme olabilir ve tüketilen yiyecek miktarı ve dolayısıyla alınan kalori miktarında artışa sebep olabilir (42). TV’de gösterilen yiyecek ve içecek konulu reklamlar genelde sağlıksız ürünlerle alakalıdır, küçük çocukların ve adölesanların isteklerinin reklamlardan etkilendikleri gösterilmiştir. (43-47). Okul çocuklarıyla yapılan bir çalışmada günde 2 veya daha fazla öğün için TV seyreden ailelerden gelen çocukların, daha az TV seyreden cocuklara oranla öğünlerinde besleyici özellikleri daha düşük olan besinler tükettikleri ve daha fazla işlenmiş ürün tükettikleri tespit edilmiştir (48).

2.2. İŞTAH

İştah yiyeceklere karşı duyulan istek olarak tanımlanır. İştah bilinçli bir istek olup daha önce yiyecek ile olan deneyimlerden, besinin görünümünden olumlu veya olumsuz olarak etkilenir (49).

2.2.1. Çocuklarda İştahı Etkileyen Faktörler

Çocuklarda iştahı etkileyen faktörler; gelişimsel ve davranışsal, aile ve bakım veren ile ilgili ve çevresel olmak üzere gruplandırılabilir.

Gelişimsel ve davranışsal evrede bebek önce emmeyi ve yutmayı, çevresindekilere açlık ve tokluk sinyalleri vererek beslenmesinin süresini kontrol etmeyi öğrenir. Eğer bunları sağlıklı şekilde başaramazsa dil ve duyuşsal gelişimi gecikir ve motor becerileri gelişemez. Daha sonra bebek bakım veren kişiyle farklı iletişim yolları geliştirir ve zamanla otonomi kazanmaya başlar (50). Dünya Sağlık Örgütü’nün önerilerine göre ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmenin bebeklerin gelişimi açısından en faydalı yöntem olduğu bulunmuştur ve ek gıdalarla beraber 2

yaşına kadar emzirmeye devam edilmelidir (51). İlk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerin tamamlayıcı gıdalara geçiş sırasında, mama kullanan bebeklere göre daha az sorun yaşandığı gözlenmiştir çünkü anne sütünün tadı ve kokusu annenin yediği besinlerin içeriklerine göre değişir (52). Yeni deneyimleri beraberinde getiren tamamlayıcı besine geçme sürecinde bebekler bu gıdalara isteksizlik gösterebilirler (49). Çocuğun hasta olmadığı, yeni gıdaları almak için istekli olduğu zamanda tamamlayıcı beslenmeye geçilmelidir, besinin tadının bebek tarafından beğenilmesinin bazen 10-15 denemeden sonra olabileceği unutulmamalıdır (53).

Tamamlayıcı besine geçişte bebek ilk problemi sıvı gıdadan katı gıdalara geçtiği için yaşar (54,55). Illingworth ve Lister 6-7. aylar arasında bebeklerin katı gıda almaya hazır olduğu kritik ve hassas bir dönemi tasvir eder ve eğer çiğnemeye ilk hazır olduklarında çiğnenecek gıdalarla tanıştırılmazsa daha sonra beslenme sorunlarıyla karşılaşacaklarını ifade ederler (56). Bebeğin katı gıdalara geçişi 10. aya kadar geciktirilirse, bu dönemde gelişen beslenme ile ilgili davranış bozuklukları, daha sonraki dönemlerde devam etmektedir (57).

12. aydan itibaren çocuk kendi kendine beslenmeye (58), 18-24 ay arası bardaktan içmeye, 24. aydan sonra ise bu ikisini tamamen bağımsız yapmaya başlamalıdır. Çocuğun kendi kendine beslenebilmesi içinse el ve göz koordinasyonunun gelişmiş olması, motor kontrolünü kazanmış olması gereklidir (59). Bu dönemlerde çocuklar seçici yemek davranışı geliştirebilirler, burada karşılaşılan en büyük problem bu durumun aileler tarafından çocuğun gelişimini etkileyebileceği yönündeki olumsuz kaygıdır (10). İngiltere’de ortalama yaşı 30 ay olan 455 çocuğun %20’sinde yeme problemi olduğu ve ailelerin bu çocukların %42’sini seçici, %39’unu ise az yiyen olarak tanımladıkları gösterilmiştir ancak bu çocukların takiplerinde kilosu <5p çocuk oranı %11 olarak belirtilmiştir (60). Seçici yemek yeme davranışına sahip çocukların yemek seçimlerini oluşturan seçenekler azdır, hem yeni hem de eski besinleri zaman içinde reddedebilirler (61,62).

Çocuğun bakımını üstlenen kişiyle olan bağı, iştahını etkileyen önemli faktörlerdendir. Bakım verenin beslenme gelişimdeki rolünü vurgulayan pek çok

Çalışma literatürde mevcuttur, ailelerin yeme davranışları, çocuklara sunulan yemekler ve çocukları beslemede kullanılan stratejilerin çocukların yeme davranışını etkilediği gösterilmiştir (63-65). Ebeveynler ocukların tercihlerinin şekillenmesinde ve kalori alımlarında baş roldedirler (27) ve araştırmalar çocuklarının yiyecek miktarı ve çeşidi üzerinde aşırı kontrolü davranma gibi bazı ocuk besleme davranışlarının, çocukların fazla kilolu olmasına katkıda bulunabileceğini göstermiştir (64). Çocukların kendilerine sunulan yemeklerin %80'inden hoşlandıkları tespit edilmiştir bu nedenle erken çocukluk dönemi çocukları çok sayıda yemek çeşidiyle tanıştırmak için doğru zamandır (66).

Gelir durumu beslenmede önemli bir belirleyicidir. Diğerlerine göre sosyo-ekonomik açıdan düşük seviyede olan grupların her bir bireyinin beslenme şekli, daha çok yağ, şeker, reel, patates ve tahıl alımı ve daha az sebze, meyve ve beyaz ekmek tüketimi yönündedir. Yüksek gelirli ailelerin çocukları, daha fazla yağ, protein, folat, kalsiyum ve demir alırlar ve süt ürünlerinden günlük yeterli miktar evlerinde mevcuttur. Düşük gelirli bireylerin %40'ı, günlük önerilen miktarda meyve ve sebzeyi bulamamaktadır (67).

Çevresel faktörlere bakıldığında; ev ortamının dışında okulda kurallarla geçen zaman ve akranlarıyla ilişki sorunları da çocuğun yeme davranışı üzerinde etkili olmaktadır (68). Okulda tüketilen öğle yemeğinin günlük enerji alımının %35-40'ını karşıladığı belirlenmiştir. Öğrencilere yemekhane dışında öğle yemeği yeme şansı tanınması da sağlıksız besin seçimlerine neden olmaktadır. Kantinlerde hamburger gibi hazır ürünlerin hazırlanması ve satılması fast food tarzı besinlerin tüketimini arttırmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada okullarda bulunan her bir otomat makinesiyle, çocukların ortalama meyve tüketmelerinin %11 oranında azalıdığı tespit edilmiştir (69).

Bir diğer önemli faktör çocuğun aktivitesidir. İştah kontrol sistemi az miktarda besin alındığında kişiye koruyacak şekilde çalışır ve iştahı artırır. Aktivite artınca oluşan enerji açığını kapatmak için de iştah ve dolayısıyla besin alımının arttığı düşünülmektedir. Aktivitenin derecesi, süresi ve düzeni önemlidir. Bir günlük aktivite

uygulamak enerji dengesini ve iştahı etkilemez (70). Uzun süreli ve düzenli aktivite iştahı artırmaktadır (71).

2.2.2. Çocuklarda Beslenme Sorunları

İştahsızlık nedeniyle doktora başvuran sağlıklı çocukların oranı %25-30 arasında değişmektedir. Bu ailelerin normal durumu olduğundan ciddiymiş gibi algılaması olarak değerlendirilir (72). Yoğun tıbbi ve davranışçı tedavi gerektiren ciddi beslenme bozuklukları çocukların %3-10'unda görülmektedir (73).

Yeme bozukluklarının etiyolojisi çoğunlukla multifaktöriyeldir (54). Kişisel, ailevi, ekonomik, çevresel ve sosyo-kültürel faktörler iştahı etkileyebilir (74). Çocuklarda besin kabulünü de birden fazla faktör etkiler bunların içinde; genetik ve çevresel faktörler, ebeveyn-çocuk ilişkisi, besleme yöntemleri, kişilik faktörleri yer alır (62,75).

Eğer bir ebeveyn çocuğunun beslenmesi ile ilgili endişe duyuyorsa, bu hekim tarafından çözüm aranması için yeterli bir sebeptir. Böyle bir durumda, anamnez alınmalı, çocuğun fizik muayenesi yapılmalı, diyeti sorgulanmalı, antropometrik ölçümleri yapılmalı, hızlı müdahale gerektirebilecek davranışsal ve organik semptomlar değerlendirilmelidir (76). Organik problem tespit edilsin ya da edilmesin, davranışsal kırmızı bayrak belirtileri mutlaka değerlendirilmelidir çünkü bu çocukların multidisipliner merkezlere erken yönlendirilmesi faydalı olacaktır (76).

Tablo 1: Çocuk Beslenmesinde Kırmızı Bayrak Belirtileri

Organik kırmızı bayrak belirtileri	Davranışsal kırmızı bayrak belirtileri
Disfaji	Kısıtlı besin seçimi
Aspirasyon	Zorla ya da zarar vererek beslenme
Beslenmeyle birlikte ağrı	Belirli bir olaydan sonra beslenmenin durması
Kusma-ishal	Beslenme öncesi öğürme
Gelişme geriliği	Gelişme geriliği
Kronik kardiyopulmoner semptomlar	

Dünya Sağlık Örgütü, bebek ve çocukta beslenme bozukluğunu, altta yatan organik patolojisi olmayan çocuklar için mantıklı ve yeterli bakım veren birinin varlığında, beslenme güçlüğü veya besini reddetme ya da uygun ve yeterli besin kaynakları varlığında aşırı seçicilik olarak tanımlamıştır (77). Saarilehto ve ark. 400 çocukla yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin %30'unun çocukları iştahsız olarak tarif ettiklerini, bu çocukların diğer çocuklara oranla daha düşük antropometrik ölçümlere sahip oldukları ancak bedensel olarak oranlayınca normal yemek yedikleri söylenen gruplara oranla eşit miktarda besin tükettikleri görülmüştür (78). 3-6 yaş arası çocuklarla yapılan başka bir çalışmada çocukların kendi enerji gereksinimlerini karşılayacak şekilde kontrol edebildikleri gösterilmiştir (79). İştahsız çocuklarda ailelere çocuklarının kendi açlık ve tokluklarını yorumlamalarını kabul etmeleri gerektiği anlatılmalı aynı zamanda çocuğun gelişiminin normal olduğu büyüme eğrileriyle ve potansiyel gelişim beklentisiyle açıklanmalıdır (76,80).

"Seçici yeme" zayıflık ve yeme bozukluklarıyla alakalı üzerinde en çok durulan kavramlardan biridir. Bu kavramda karşılaşılan davranışlar yeni besinlere karşı ilgisizliği, bazı besin gruplarını tüketmemeyi, bazılarını ise yetersiz tüketmeyi kapsar (81). Çeşitli besinleri düzenli tüketme sağlıklı yaşam ve beslenme için gereklidir ancak seçici yemek yeme davranışında bulunan çocukların diyetleri genelde taze sebze, meyve ve proteinden zengin gıdalardan yoksundur (82,83). Çocuklar 2 yaş civarındayken yeni besinlerde uzak durmaya başlayabilirler, bu durum 2-6 yaş arası en yüksek seviyeye ulaşır ve zamanla azalır (62,84,85). Seçici yemek yeme davranışına sahip çocuklar %10 ile %35 arasında değişir (60,86).

Erken çocukluk dönemindeki seçici yemenin, yeme bozuklukları ile ilgili olduğu, ergenlikte ve erişkinlikte beslenme çeşitliliğinde kısıtlılıkla devam ettiği gösterilmiştir (87). Yapılan bir longitudinal çalışmada 2.5, 3.5 ve 4.5 yaşlarındayken 1498 çocuk izlenmiş ve seçici yemek yeme davranışına sahip olanların 4.5 yaşında, normal yeme davranışına sahip olanlara oranla zayıf olma ihtimallerinin 2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (88). Mascola ve ark. 2-11 yaş arası 120 çocukla yaptığı longitudinal çalışmada ise seçici yemek yeme davranışının büyümeyle ilişkisi saptanmamıştır (89). Galloway ve ark. 9 yaşında 173 kızla yaptığı bir çalışmada ise,

seçici yemek davranışına sahip olanların, seçici yemek davranışına sahip olmayanlara oranla kilolu olma ihtimalinin daha düşük olduğu bulmuştur (90). Carruth ve Skinner 34-84 ay arası seçici yemek davranışına sahip 71 çocuğu takip etmiş ve ortalama boy ve kilolarının normal sınırlarda olduğunu bulmuştur (91).

2.2.3. Beslenme Problemi Olan Çocuklara Yaklaşım

Öncelikle durumun organik bir nedene bağlı olup olmadığı araştırılmalı, kırmızı bayrak belirtileri sorgulanmalıdır (76). Birçok hastalık çocukta iştahsızlığa neden olabilir. Bunun için iyi bir anamnez ve beslenme anamnezi alınmalı, tam bir fizik muayene ile bazı temel laboratuvar değerlendirmelerinin yapılması gereklidir. Öykü alınırken annenin eğitim durumu, ailenin psiko-sosyal ve kültürel özellikleri belirlenmeye çalışılmalıdır. Büyümenin değerlendirilmesi problemin derecesi ve ciddiyeti konusunda fikir sahibi olunmasına yardımcıdır (49).

Beslenme problemi olan tüm çocuklarda; yemek sırasında dikkat dağıtıcı unsurlardan kaçınılmalı (televizyon, tablet, cep telefonu vb.), yemek sırasında baskıcı tavırdan kaçınılmalı, yemek süresi 20-30 dakika ile kısıtlanmalı, günde 4-6 öğün oluşturulmalı ve aralarda yalnızca su verilmeli, yaşa uygun besin seçimi yapılmalı, yeni yemekler sunulmalı, kendi kendine beslenmesi konusunda çocuk teşvik edilmeli ve dağınıklığa izin verilmelidir (76). Seçici çocuklarda kabul görmeden önce bir besin 8-15 kez sunulmalı, baskı yapılmamalıdır (53).

2.3. OBEZİTE

Obezite, kişinin sağlığında risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (92). Çocuk ve ergenlerde obezite ve fazla kilolu olmayı tanımlamak için çeşitli ölçümler ve referanslar kullanılmıştır. Bu zaman içinde olduğu kadar popülasyonlar arasındaki ve çalışmalar arasındaki prevalans tahminlerini etkilemiştir. Mevcut fikir birliği, BKİ'ni çocuklarda ve ergenlerde iyi bir adipozite ölçümü olarak tutar (93-95).

Beden kitle indeksi, bir kişinin ağırlığının kilogram cinsinden boyunun metrekaresi cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanır. Çocuklar ve gençler için BKİ

yaşı ve cinsiyete özgüdür ve genellikle yaş için BKİ olarak adlandırılır. Bunun nedeni, çocukların yaş almalarına ve cinsiyetlerine bağlı olarak vücut kompozisyonlarının farklılık gösterebilmesidir (96).

2-18 yaş arası çocuklarda, obezite BKİ'nin ≥ 95 persentil, hafif kilolu olma BKİ'nin 85-95 persentil arası olması olarak tanımlanır (96). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; yaşa göre BKİ z skorlarına göre; +2 z skorunun üzerinde olma fazla kilolu ve +3 z skorunun üzerinde olma ise obezite olarak tanımlamıştır (97).

2.3.1. Obezite epidemiyolojisi

Obezite prevalansı yetişkin popülasyonda olduğu gibi çocuk popülasyonda da artış eğilimindedir (98). 2008 yılında 18 yaşın altındaki 170 milyon çocuğun aşırı kilolu veya obez olduğu ve 2030 yılına kadar tüm çocukların yaklaşık %30'unun bu koşullardan etkileneceği tahmin edilmektedir (99). Avrupa ülkelerindeki okul çocuklarında hafif kilolu ve obez olma oranı %20.5 olarak hesaplanmıştır, bu çocukların % 15.6'sı hafif kilolu % 4.9'u ise obezdir (100). Amerika Birleşik Devletleri'nin ulusal verilerine göre ise çocukluk çağı obezitesinin oranı 18.5% olarak saptanmıştır (101). 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması'na göre (TBSA) Türkiye genelinde obezite oranı 0-5 yaş grubunda %8,5 , 6-18 yaş grubunda % 8,2' dir. Erkeklerde kızlardan daha sık görülmektedir. Fazla kiloluluk 6-18 yaş grubunda tüm bölgelerde %8.8 ile %24.6 arasında bir dağılım göstermektedir (102).

2.3.2. Obezite etyolojisi

Obezite; bireyin genetik ve çevresel faktörlerinin karmaşık ilişkisi sonucu ortaya çıkan, fazla kalori alımı, sedanter yaşam tarzı ya da ikisinin bir araya gelmesiyle ve uzun süreli enerji dengesizliği ile ortaya çıkan kronik bir durumdur (103-105).

Genetik faktörlerin obezite üzerindeki etkileri ne olursa olsun genellikle non-genetik faktörlerin etkisiyle şiddetlenir ya da zayıflarlar (106). Kilo alma eğiliminin aileden geçtiği bilinmektedir ancak aile üyeleri sadece genleri değil kilo almaya sebep olabilecek çevresel faktörleri de paylaşırlar. Bu çevresel faktörleri genetik faktörlerden ayırmak çoğu zaman zordur ancak kalıtsal yatkınlık obezite etyolojisinde önemini korumaya devam etmektedir (107).

Çocuğun obez olma riski anne-babası şişman ise %80, anne ya da babadan biri şişman ise %40, anne-babası şişman olmayanlarda %2 olarak belirtilmiştir (108). Türkiye’de yapılan bir çalışmada tek yumurta ikizlerinde ikizlerden birinin obez olma durumunda diğ erinin de obez olma ihtimali, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler genetik yatkınlığı desteklemektedir (109).

Psikososyal ve duygusal sıkıntıyla yanı ş başa çıkma yöntemleri çocuklarda aşırı kilo alımına neden olabilir, çocuklukta obezite riskinin ebeveyn besleme stilleri, stres ve depresyonla ilişkili oldu ğ u gösterilmiştir (110-112)

Obeziteye yatkınlık yaratan çevrenin bir sonucu olarak kalori alımında; tatlandırıcı içeceklerin, tatlı atıştırmalıkların, doymuş yağ içeren hazır gıdaların, büyük porsiyonların ve yüksek glisemik indeksli yiyeceklerin fazla tüketimi nedeniyle artış olmuştur (113). ABD’de yapılan bir çalışmada çocuklarda şekerle tatlandırılmış içeceklerin günde ortalama 270 kalori alımına neden oldu ğ u, bunun da toplam kalori alımının %10 ila %15’i arasında bir rakama denk geldi ğ i bulunmuştur (114) ayrıca hazır gıda tüketimin artmasının da obezite prevalansına katkıda bulundu ğ u kabul edilmektedir (115). Fazla kalori alımına katkıda bulunan çevresel faktörlerdeki değ iş iklikler, azalmış fiziksel aktivite, televizyon, bilgisayar, telefon ve tabletler gibi sedanter aktivitelerde geçirilen zamanın artması gibi azalan kalori harcamasına yatkınlık yapan faktörler ile birliktelik gösterirler (116).

Çocuklar zamanlarının büyük kısmını okulda geçirdikleri ve günlük kalorilerinin dikkate değ er bir kısmını okulda tükettikleri için, okul çevresinin de çocukluk obezitesinde rolü mevcuttur (117). Yapılan bir çalışmada okulda bulunan her otomat makinesi için çocukların günlük meyve tüketiminin %11 oranında dü ş tüğ ü tespit edilmiştir (69).

2.4. ÇOCUK GELİŞİMİNDE EBEVEYN DEĞERLENDİRMESİ

Ebeveynlerin çoğ unda çocuklarının iştah, görünüm ve büyümesiyle alakalı endişeler mevcuttur, ancak bu yargıların subjektif olması nedeniyle bu şikayetlerle karşıla ş an hekimin değ erlendirmesini objektif yapması gerekir.

Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda yemek yeme (118) ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını ebeveynlerin etkilediği bir gerçektir (119). Bazı araştırmacılar, ailelerin çocukların beden algısı geliştirmesinde, çocuklara beden ve gıda konularında uygun bilgiyi, modeli ve geri bildirimi sağlayarak önemli bir rol oynadıklarını ileri sürmüşlerdir (120). Doğrudan olsun ya da olmasın, hayatın ilk dönemlerinde verilen mesajlar daha kuvvetlidir, çünkü bunlar bireyin duygularının ve tutumlarının temelini oluştururlar. Nitekim, ebeveynlerin çocuklarının kilolarının değerlendirilmesinin, çocukların kendi öz değerlendirmeleriyle ve hatta diğer bireylerin yaptığı değerlendirmelerle anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (121). Ailenin ve daha da önemlisi ebeveynlerin, çocukların kendi bedensel algılarını geliştirmelerindeki etkisi düşünüldüğünde, ailesel değerlendirmelerin yakından takip edilmesi gerektiği aşikardır. Unutulmamalıdır ki, bakım verenlerin çocuklar hakkında bedensel değerlendirmeleri, çocuklarının anoreksiya ve bulimia gibi yemek bozuklukları geliştirmelerine ya da diğer tarafta obeziteye sahip olmalarına zemin hazırlayabilir. Zayıf bir çocuğun kilosunu abartmak nasıl gerçek dışı vücut ölçülerinin oluşmasına, gereksiz ve sağlıklı diyetlerin benimsenmesine, memnuniyetsizliğe, beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilirse, kilolu bir çocuğun kilosunu azımsamak da sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin öneminin azalmasına ve çevresel obeziteye yatkınlık yaratan faktörlerin artmasına neden olabilir. İlişkili sağlık problemleri ve bunların kontrol edilebilirliği göz önünde bulundurulduğunda yeme bozuklukları ve obeziteden etkilenen çocukların fazlalığı endişe uyandırıcıdır (122).

Bakım verenler çocuklarının diyetleri ve sağlıkları üzerinde büyük bir etki sahibidirler, yemek seçimleri ve fiziksel aktivite konusunda çocuklarını desteklemeleri gibi basit günlük konularla çocuklarına model olurlar (123-125).

Ailelerin çocuklarını sağlıklı aktivitelere yönlendirmemesinin sebeplerinden biri çocuklarının kilosunu algılama şekilleri olabilir. Eğer bir ebeveyn çocuğunun fazla kilosunu algılamaz ve yol açabileceği sağlık sorunlarını bilmezse, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye yönlendirme konusunda daha az cesaretlendirici olabilir, oysa ki obezite tedavisinde obeziteyi tanımak ve aile desteğini alabilmek çok önemlidir (126-128). Avustralyada 4 yaşında çocuk sahibi 324 ebeveynle yapılan bir çalışmada,

çocuklarda kilolu olma oranı %19 olarak bulunmuş ancak ebeveynlerin %5'i bu düşünceye katılmıştır. Kilo sorunu olan çocukların ebeveynlerinin %70'i ise çocuklarının yaşlılarıyla uyumlu bir görünümde olduklarını kaydetmişlerdir. Normal gelişim gösteren çocukların okul öncesi dönemde ebeveynleri tarafından zayıf algılandıkları aksine fazla kilolu olanlarınsa sağlıklı olarak değerlendirildikleri gösterilmiştir (129). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise ebeveynlerin çocuklarını görseller üzerinden değerlendirmeleri istenmiş ve %36.7'sinin çocuklarını olduğundan daha zayıf grupta algıladıkları gösterilmiştir (130). Eckstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, genel olarak tüm yaşlarda kilolu olan çocukların olduklarından daha zayıf algılandıkları ve ebeveynlerin çok azının çocuklarının sağlığı konusunda endişelendikleri gözlenmiştir (131).

2.5. BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Büyüme, hücre sayı ve büyüklüğünün artmasına bağlı olarak vücut hacminin ve kütlesinin artması demektir (132). Büyümenin izlenmesi; sağlıklı yaşam için çocuğun büyümesinin belli aralıklarla standart büyüme eğrilerinin değerlendirilmesi, normalden sapmaların erkenden saptanıp önleyici tedbirlerin alınması olarak tanımlanır. Sağlam çocuk izlemi, anne karnında başlar ve ergenliğin sonuna kadar devam eder ve koruyucu sağlık hizmetleri sunulmasında en iyi fırsatları sağlar.(18,133,134). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre her çocuğun bir yaşından önce en az 9 kez, daha sonra 13-36 ay arası 6 ayda bir, 4-9 yaş arası yılda bir izlemi yapılmalıdır. 10-21 yaş arası ergen/genç izlemleri olarak adlandırılır ve erken ergenlik (10-14 yaş), orta ergenlik (15-18 yaş), geç ergenlik (19-21 yaş) dönemlerinde 1'er kez olmak üzere en az 3 kez izlem yapılmalıdır (135).

Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan antropometrik ölçümler; baş çevresi, boy, ağırlık ölçümü, beden kitle indeksi, göğüs çevresi, üst orta kol çevresi, oturma yüksekliği ve oturma yüksekliği/ boy ölçümü, kulaç uzunluğu, üst/alt oranı ölçümü ve deri kıvrım kalınlığıdır.

Çocuklarda vücut ağırlığı ölçümü hassas terazi kullanarak yapılmalıdır, 24 ay öncesinde en fazla 10 grama duyarlı, 24 ay sonrasın en fazla 100 grama duyarlı olanlar kullanılmalı, bebeklerin çıplak ve bezsiz bir şekilde, çocukların ise iç çamaşırları ile

ölçümlerine dikkat edilmelidir, süt çocukları oturarak ya da yatarak, büyük çocuklar ise normal terazilerde ölçülebilir (136,137).

Çocuklarda boy uzunluğu ölçümü iki yaşına kadar yatar pozisyonda, iki yaşından sonra ayakta yapılır ,ayakta ölçüm için düz bir duvara sabitlenmiş cetvel üzerinde hareketli bir baş tahtası sistemi kullanılır (137). Ayakta yapılan ölçümlerde tokaların ve ayakkabının çıkarılmasına dikkat edilmeli, topuk, kalça, omuz ve baş duvara temas edecek şekilde çocuk karşıya bakmalıdır. Ölçümler mümkünse aynı kişi tarafından tekrar edilmelidir (132).

2.5.1. Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksi bireylerde antropometrik boy/kilo özelliklerini tanımlamak ve bunları gruplara ayırmak için kullanılan ölçümdür, yetişkinlerde grupları değerlendirmede kullanılan sınırlar yaşa ve cinsiyete göre değişmezken, çocuklarda yaş ve cinsiyetle değişkenlik gösterir ve yaşa özgü BKİ olarak adlandırılır. Yüksek BKİ, vücuttaki yağ oranının yüksek olmasının bir göstergesidir (138,139). CDC, DSÖ ve The International Obesity Task Force (IOTF) obezite konusunda referans kabul edilen kuruluşlardır ve fazla ağırlıklılık ve obezitenin belirlenmesinde BKİ kullanılmasını önermektedirler (140).

Tablo 2: CDC Çocuk BKİ Sınıflaması

Yaşa göre BKİ değeri	Persentil değeri
Zayıf	5 persentilin altı
Normal kiloda	5 persentil ve üzeri ile 85 persentil arası
Hafif kilolu	85 persentil ve üzeri ile 95 persentil arası
Obez	95 persentil ve üzeri

2.5.2. Büyüme eğrileri

Toplumdaki sağlıklı çocuklarda genetik ve çevresel etmenlerin oluşturduğu sebeplerle büyüme ve gelişmelerinde farklılıklar olur, bu nedenle değerlendirme sırasında antropometrik ölçümler sonucu oluşturulmuş dağılımları gösteren büyüme eğrilerinin kullanımı önemlidir (141). Bu eğriler kesitsel ve uzunlamasına olmak üzere

iki yöntem kullanılarak oluşturulabilirler ancak çocukların belirli aralıklarla izlenmesine dayanarak oluşturulan uzunlamasına büyüme eğrilerinin çocuklarda büyümeyi daha sağlıklı yansıttığı düşünülmektedir (142).

Büyüme eğrileri çan eğrisi biçimindedir ve normal dağılıma uymaktadır. Kullanılan başlıca persentiller 3-5, 10, 25, 50, 75, 90 ve 95-97. persentillerdir. Çocuğun aynı yaş grubunda ve cinsiyette olan gözlemlerin yüzde kaçına ulaştığına bakılır. Normal dağılım içinde 100 vakadan üçüncüsünün olduğu yere 3. persentil, doksan yedincisinin olduğu yere 97. persentil denir. 3. persentil değeri normalin alt sınırı, 97. persentil değeri normalin üst sınırı olarak tanımlanır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA GRUBU

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapıldı. Çalışmaya Şubat- Nisan 2019 tarihleri arasında SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran ve çalışmaya katılmayı yazılı onam ile kabul eden 2-14 yaş arası 153 çocuk ve annesi dahil edildi. Çocukların ve annelerin kilo ve boy ölçümleri yapıldıktan sonra "Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi" ve "Sosyodemografik Veri Formu" uygulandı. Ayrıca annelerden çocuklarının görünümünü ve çocuklarının olmasını istedikleri görünümü yaş ve cinsiyete göre beden gelişimi için hazırlanmış resimlerle görsel olarak eşleştirmeleri istendi.

Çalışmaya alınma kriterleri;

- 1-2-14 yaş arası çocuk sahibi anneler
- 2-Anket uygulanacak çocuğunda herhangi bir kronik hastalık olmayan anneler
- 3-Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler

Çalışmaya alınmama kriterleri;

- 1-<2 ve >14 yaş çocuk sahibi anneler
- 2-Anket uygulanacak çocuğunda herhangi bir kronik hastalık olan anneler
- 3-Bakımı anneleri tarafından yapılmayan çocuklar
- 4-Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen anneler

3.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmaya katılmayı kabul eden çocukların annelerine araştırmacı tarafından hazırlanan çocuğa ve ebeveynlere yönelik demografik verilerin ve çocukların beslenme alışkanlıklarının sorgulandığı anket, 35 sorudan oluşan Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)/Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) (Wardle 2001/Yılmaz 2011 Türkçe Uyarlaması) uygulandı (143,144). Annelerin yaşa ve cinsiyete göre Scott Millard tarafından geliştirilmiş resimlerle çocuklarının

görünümünü ve çocuklarının olmasını istedikleri görünümeleri eşleştirmeleri istendi. Araştırmacı da çocukların bedensel görünümelerini değerlendirip uygun olduğunu düşündüğü çizimi işaretledi. Çalışmaya girmeyi kabul eden çocukların annelerine ölçekler, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulandı.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan çocukların ve ebeveynlerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlandı. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, beslenme özellikleri, annenin yaşı, eğitim durumu, ailenin 1 aylık gelir düzeyi, annenin sahip olduğu çocuk sayısı, annenin çalışma durumu yanısıra çocukların anne sütü alma süresi, ek gıdaya ve katı gıdaya başlama zamanı, çocuğun beslenme özellikleri sorgulandı. Uygulanan ankete çalışmanın sonunda yer verilmiştir (Ek-1).

Tüm çocukların ve annelerin boy (metre) ve vücut ağırlığı (kilogram) ölçülmüştür. Çocukların boy ve kilo persentilleri ve BKİ değerleri CDC büyüme eğrileri referans alınarak hesaplandı (145). 5 persentil ve altı zayıf, 5-84 persentil arası normal kilolu, 85-94 persentil arası hafif kilolu, 95 persentil ve üstü obez olarak kabul edildi. Ebeveynlerin BKİ'leri hesaplandı ve erişkinler için CDC değerleri referans alınarak düşük kilolu ($BKİ < 18,5 \text{ kg/m}^2$), normal kilolu ($18,5 \leq BKİ < 25 \text{ kg/m}^2$), hafif kilolu ($25 \leq BKİ < 30 \text{ kg/m}^2$) ve obez ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) olarak sınıflandırıldı (146).

3.2.2. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (Child Eating Behaviour Questionnaire)

Araştırmada kullanılan ölçek 'Child Eating Behaviour Questionnaire' (CEBQ) anketinin Türkçe uyarlamasıdır. CEBQ ölçeği 35 maddelik bir ölçektir. Wardle ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir ve her bir maddenin 5 puan üzerinden değerlendirildiği (1= asla, 2= nadiren, 3= arada bir, 4= sıklıkla, 5=her zaman) Likert tipi bir ankettir (143). Ölçek genel anlamda çocukların yeme stillerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Wardle ve ark.nın çalışmasında, anketin geliştirilmesi sırasında sekiz alt ölçekli faktör yapısı oluşturulmuştur. Bu alt ölçekler; gıda heveslisi (GH), duygusal aşırı yeme (DAY), gıdadan keyif alma (GKA), içme tutkusu (İT), tokluk heveslisi (TH), yavaş yeme (YY), duygusal az yeme (DAZ) ve

yemek seçiciliği (YS) idi. Ölçek zaman içinde birçok dile çevrilmiştir, biz çalışmamızda ölçeğin Yılmaz ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmış geçerlilik ve güvenilirliği alınmış olan Türkçe uyarlamasını kullandık (Ek-2). (Cronbach alfa katsayısı: 0,69) (184). Anketin kullanımı için yazardan yazılı izin alınmıştır (Ek-3). . Ölçeğin Türkçe uyarlamasında orjinaline uygun olarak 8 alt grup belirlenmiş ancak Türkçe anketin iç geçerlilik ve güvenilirliğinin uygun olması için yedi maddenin yerinin değiştirilmesi gerekmiştir, böylece daha doğru sonuç alınabilecek bir anket elde edilmiştir.

3.2.3. Cinsiyete ve Yaşa Özgü Çizimler

Scott Millard tarafından çocuk gelişimi ile ilgili olarak çizilmiş resimler her yaş grubu için 7 resim setinden oluşmuştur (Şekil 1-2). Her sette dördüncü sıradaki resim 50. percentile uyacak şekilde çizilmiştir; diğer resimler ise belirli bir oran ile bağlantılı değildir. Her setteki 7 resim en zayıf olandan en kilolu olana doğru 1-7 puan ile eşleştirilmiştir. Bu resimler çocuk beslenmesi ve gelişiminde iki uzman tarafından incelenmiş ve uygun olduğu belirtilmiştir (131).

Annelerin önce çocuklarının görünümüne en uygun olduğunu düşündükleri çizimi, daha sonra da çocuklarının olmasını arzu ettikleri çizimi seçmeleri istenmiştir. Araştırmacı da çocuğun bedensel görünümünü yansıttığını düşündüğü çizimi belirlemiştir. Resim setlerinin BKİ sınıflaması için karşılıkları belirtilmiş olmadığından çizimlerin ortasında bulunan resim 50 percentille uyumlu olarak kabul edilerek değerlendirmemizi sırasıyla percentil dağılımına uygun gelecek şekilde 1. resmi zayıf (<3 percentil), 2.resmi 10 percentil, 3.resmi 25 percentil, 4.resmi 50 percentil, 5.resmi 75 percentil, 6.resmi 90 percentil ve 7. resmi ise obez (≥ 97 percentil) kabul ederek değerlendirmemizi yaptık. Annelerin çocuklarının olduğunu düşündükleri ve olmasını arzu ettikleri görünüm karışlaştırıldı ve ‘Anne beklentisi’ adı altında ‘olduğundan zayıf’, ‘aynı’ ve ‘olduğundan kilolu’ olarak sınıflandırıldı. Aynı karışlaştıma annenin algıladığı görünüm için hesaplanan BKİ ve çocuğun gerçek BKİ için de yapıldı. Ayrıca araştırmacının ve annenin belirlediği görseller karışlaştırıldı ‘Anne-araştırmacı görsel karışlaştırması’ adı altında ve aynı şekilde

sınıflandırıldı. Elde edilen değişkenlere istatistiksel testler uygulandı. Görsellerin çizerinden kullanım için yazılı izin alındı (Ek-4).

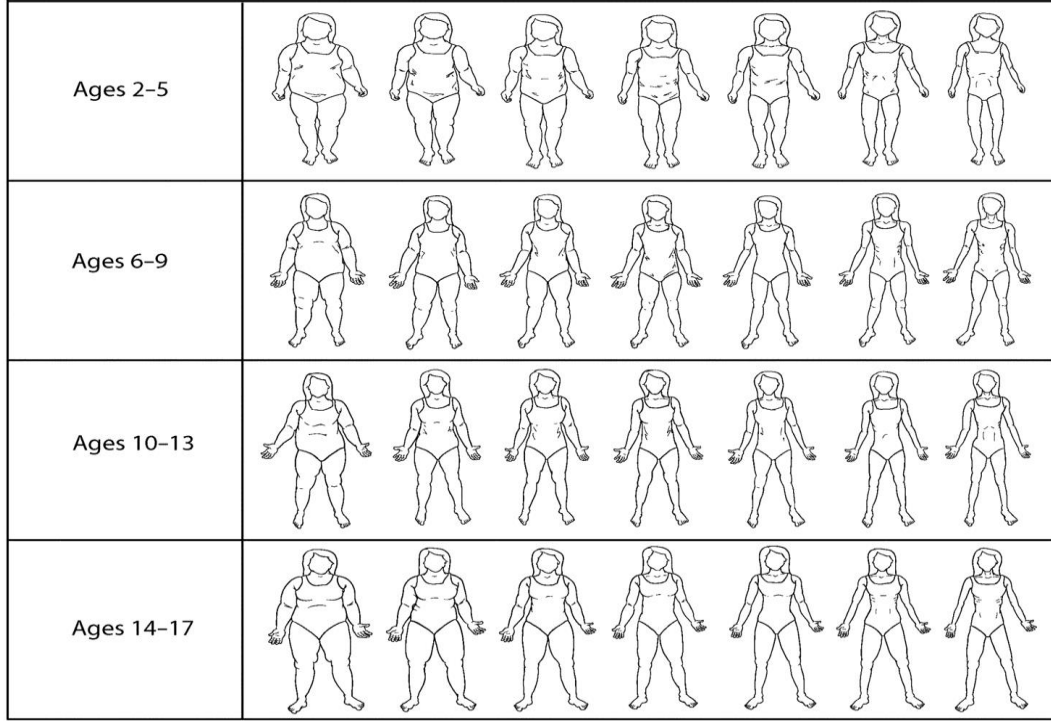
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS for Windows 20 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma biçiminde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterilmiştir.

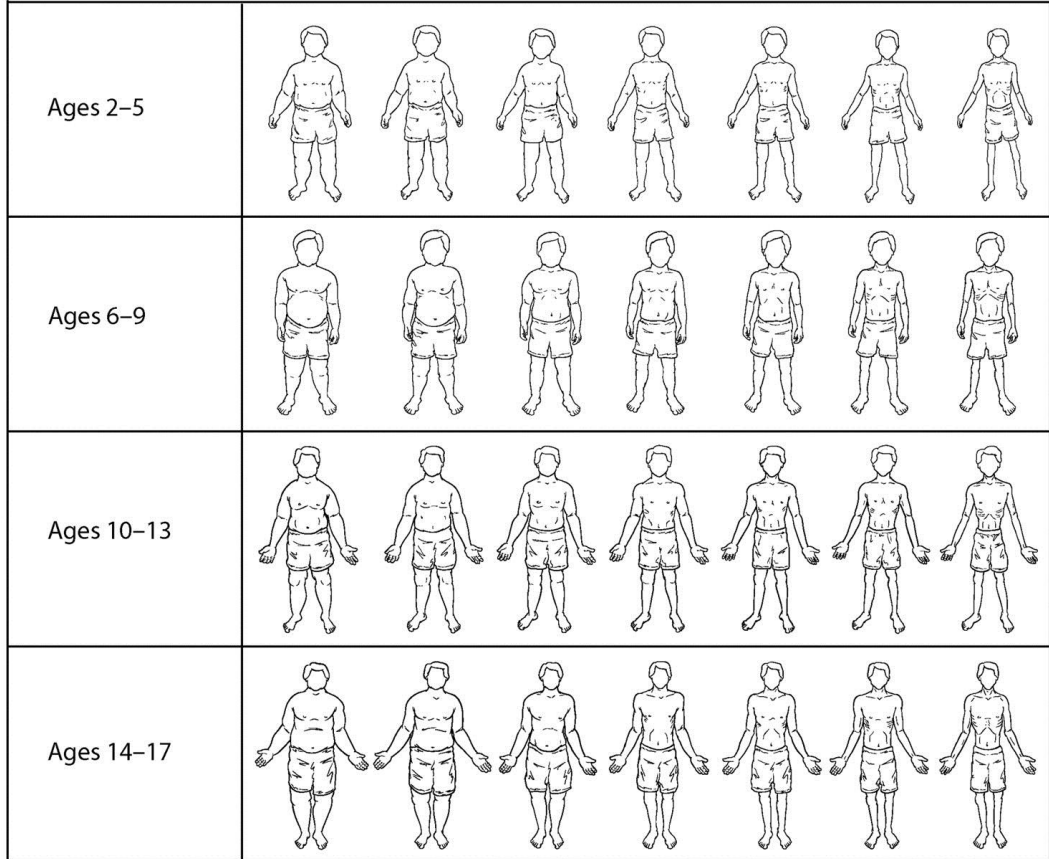
Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare testi kullanılarak incelenmiştir. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olup olmadığı Spearman'ın Korelasyon testi kullanılarak araştırılmıştır.

Çocuklarda yeme davranışı anketi alt ölçek puanları normal dağılım göstermediği için, üzerinde etkili olan veya etkili olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiş sonuçların önemli bulunması halinde post hoc Tukey HSD testi kullanılarak farka neden olan durum(lar) tespit edilmiştir.

Şekil 1: Kız çocuklar için yaşa özgü gelişim çizimleri (©Scott Millard 2003)



Şekil 2: Erkek çocuklar için yaşa özgü gelişim çizimleri (©Scott Millard 2003)



3.3. ARAşTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırma ile ilgili etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından verilmiş olup ilgili kurulun 05.02.2019 tarihli ve 2257 protokol numaralı onay belgesi Ek-5’te sunulmuştur. Araştırmada kullanılan Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi’nin Türkçe uyarlamasının kullanımı için yazarı Resul Yılmaz’dan yazılı izin alınmıştır.(Ek-3) alışmada kullanılan yaşa ve cinsiyete özel ağırlık çizimlerinin sahibi olan tıbbi çizer Scott Millard’dan yazılı izin alınmıştır. (Ek-4)



4.BULGULAR

Çalışmamız 153 anket ve sosyodemografik veri formu üzerinden tamamlandı. Çalışmaya 2-14 yaş arası çocuklar ve anneleri dahil edildi.

4.1. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması $82,5 \pm 41,7$ aydı ve 75'i kız (%49), 78'i erkekti (%51). Çocukların boy uzunluğu ortalaması $123,3 \pm 22,39$ cm, vücut ağırlığı ortalaması $28,3 \pm 14,7$ kg idi. Çocukların BKİ ortalaması $17,3 \pm 3,5$ kg/m² idi. (Tablo 3) 153 çocuğun 20'si (% 13,1) zayıf, 89'u (%58,2) ideal kiloda, 21'i (%13,7) hafif kilolu, 23'ü (%15) obezdi. Çocukların sosyodemografik özellikleri, yaş grupları, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ve BKİ'lerinin dağılımları tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. sapma
Çocuk yaş (ay)	153	24,00	168,00	82,5948	41,75389
Çocuk boy uzunluğu	153	83,00	182,00	123,3333	22,39361
Çocuk vücut ağırlığı	153	12,00	76,00	28,3105	14,71537
Çocuk BKİ	153	11,90	29,10	17,3288	3,52827

Tablo 4: Çocukların Sosyodemografik Özellikleri-2

		N	%
Cinsiyet	Kız çocuk	75	49,0
	Erkek çocuk	78	51,0
Yaş grupları	2-6 yaş	81	52,9
	7-10 yaş	40	26,1
	11-14 yaş	32	20,9
Boy uzunluğu	<3 persentil	6	3,9
	3-9 persentil	4	2,6

	10-24 persentil	2	1,3
	25-49 persentil	27	17,6
	50-74 persentil	32	20,9
	75-89 persentil	32	20,9
	90-97 persentil	17	11,1
	≥97 persentil	33	21,6
Vücut ağırlığı	<3 persentil	3	2,0
	3-9 persentil	5	3,3
	10-24 persentil	12	7,8
	25-49 persentil	23	15,0
	50-74 persentil	32	20,9
	75-89 persentil	33	21,6
	90-97 persentil	22	14,4
	≥97 persentil	23	15,0
BKİ	<5 persentil	20	13,1
	5-14 persentil	12	7,8
	15-24 persentil	5	3,3
	25-49 persentil	26	17,0
	50-74 persentil	34	22,2
	75-84 persentil	12	7,8
	85-95 persentil	21	13,7
	≥95 persentil	23	15,0

Çocukların CDC verilerine göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: CDC Verilerine Göre Çocukların BKİ Gruplarının Dağılımı

		N	%
Çocukların BKİ grupları	Zayıf	20	13,1
	Normal Kiloda	90	58,8
	Hafif Kilolu	20	13,1

	Obez	23	15,0
--	------	----	------

4.2. AİLENİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bir ayda haneye giren toplam gelir dağılımına bakıldığında 72 (%47,1) ailenin geliri 2000-5000 TL arasındaydı. Çekirdek aile yapısına sahip olan aileler 137 (%89,5) idi. Ailedeki çocuk sayısı ortalaması $1,7 \pm 0,6$ idi. (Tablo 6)

Tablo 6: Ailenin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		N	%
Ailenin 1 aylık gelir durumu	<2000 TL	15	9,8
	2000-5000 TL	72	47,1
	≥ 5000 TL	66	43,1
Ailedeki çocuk sayısı	1 çocuk	55	35,9
	2 çocuk	81	52,9
	3 çocuk	14	9,2
	4 çocuk	3	2
Aile yapısı	Çekirdek	137	89,5
	Geniş	16	10,5

4.3. ANNELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan annelerin sosyodemografik verilerine ve klinik özelliklerine bakıldığında annelerin yaşları minimum 24 maksimum 57 olup ortalaması $36,4 \pm 6,1$ idi. Annelerin boy uzunluğu ortalaması, vücut ağırlığı ortalaması , BKİ ortalamaları dağılımları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. sapma
Anne yaşı	24,00	57,00	36,4902	6,10556
Anne boy uzunluğu	150,00	177,00	163,0588	5,64782
Anne vücut ağırlığı	44,00	128,00	66,6667	12,61630
Anne BKİ	17,18	52,62	25,1275	4,86744

Annelerin öğrenim durumları incelendiğinde 3'ü (%2) okur yazar değildi, 105'i (%68,6) lise ve üstü eğitim görmüştü. Annelerin çalışma durumlarına bakıldığında 89'u (%58,2) çalışıyordu.. Annelerin sosyodemografik özelliklerine ait ayrıntılı bilgiler Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Annelerin Sosyodemografik Özellikleri-2

Değişkenler		N	%
Annenin BKİ gruplaması	Zayıf	5	3,3
	Normal kiloda	84	54,9
	Hafif kilolu	45	29,4
	Sınıf 1 obez	14	9,2
	Sınıf 2 obez	3	2,0
	Morbid obez	2	1,3
Annenin eğitim durumu	Okur yazar değil	3	2,0
	Lise altı	45	29,4
	Lise ve üstü	105	68,6
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	89	58,2
	Çalışmıyor	64	41,8

Annelerin çalışma durumları ile BKİ grupları karşılaştırıldığında fazla kilolu ve obez olma oranı çalışan annelerde sırasıyla %20,2 (n:18) ve %9 (n:8) iken çalışmayan annelerde %42,2 (n:27) ve %17,2 (n:11) idi. Çalışan annelerin normal

kiloda olma oranları çalışmayan annelere oranla anlamlı olarak yüksekti. Ayrıntılı bilgiler Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Annelerin Çalışma Durumlarının ve BKİ’lerinin Karşılaştırması

		Annelerin BKİ grupları				p
		Zayıf	Normal kiloda	Hafif kilolu	Obez	
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	4 (%4,5)	59 (%66,3)	18 (%20,2)	8 (%9,0)	0,003
	Çalışmıyor	1 (%1,6)	25 (%39,1)	27 (%42,2)	11 (%17,2)	

4.4. ÇOCUKLARIN BESLENME ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocukların 7’si (%4,6) hiç anne sütü almamış, 70’i (%45,8) 24 ay ya da daha uzun süre anne sütü almıştı. Ortalama ek gıdaya başlama ayı $6,04 \pm 1,9$ (min:1, maks:20), ortalama katı gıdaya başlama ayı $9,4 \pm 6,2$ (min:3, maks:60) idi.

Evlerinde düzenli olarak aile sofrası kurulduğunu söyleyenler 139 (%90,8) kişiydi. Çocukların aileyle beraber sofraya oturma durumları incelendiğinde 112 çocuk (%73,2) her zaman ailesiyle sofraya oturuyordu. Sofrada yemek yerken televizyon seyretme durumlarına bakıldığında 66 aile (%43,1) her zaman, 48 aile (%31,4) ise bazen seyrettiğini söylemişti.

Çocukların günlük ambalajlı gıda (çikolata,cips,dondurma vs.) tüketme sayılarına bakıldığında 41 (%26,8) çocuk hergün 1 adet, 22 (%14,4) çocuk hergün 1’den fazla ambalajlı gıda tüketiyordu. Beslenme alışkanlıklarına ait ayrıntılı veriler Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: Çocukların Beslenme Alışkanlıklarına Ait Özellikler

Değişkenler		N	%
Anne sütü alma durumu	Hiç almadı	7	4,6
	<6ay	32	20,9
	6-12ay	12	7,8

	12-24ay	32	20,9
	≥24	70	45,8
Düzenli sofraya kurulması	Evet	139	90,8
	Hayır	14	9,2
Çocuğun sofraya oturması	Her zaman	112	73,2
	Bazen	37	24,2
	Hiçbir zaman	4	2,6
Sofrada televizyon seyretme	Evet	66	43,1
	Hayır	39	25,5
	Bazen	48	31,4
Ambalajlı gıda tüketme durumu	Her gün 1’den fazla	22	14,4
	Her gün 1 adet	41	26,8
	Haftada 2-3 adet	56	36,6
	Ayda 2-3 adet	33	21,6
	Hiç	1	0,7

4.5. ÇOCUKLARIN DOKTORA İŞTAH BOZUKLUĞU NEDENİYLE BAŞVURMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocukların 56’sı (%36,5) daha önce iştah problemi nedeniyle doktora başvurmuştu. İştah nedeniyle ilaç kullanma durumlarına bakıldığında 48’i (%31,4) takviye vitamin kullanmıştı. (Tablo 11)

Tablo 11: Çocukların İştah Bozukluğu Nedeniyle Doktora Başvurma ve İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı

Değişkenler		N	%
İştah için doktora başvurma	Evet	56	36,6
	Hayır	97	63,4
İştah için ilaç kullanma	Reçeteli ilaç kullanmış	3	2,0
	Vitamin kullanmış	48	31,4
	Bitkisel ilaç kullanmış	4	2,6
	Kullanmamış	98	64,1

4.6. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ İLE BKİ'LERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

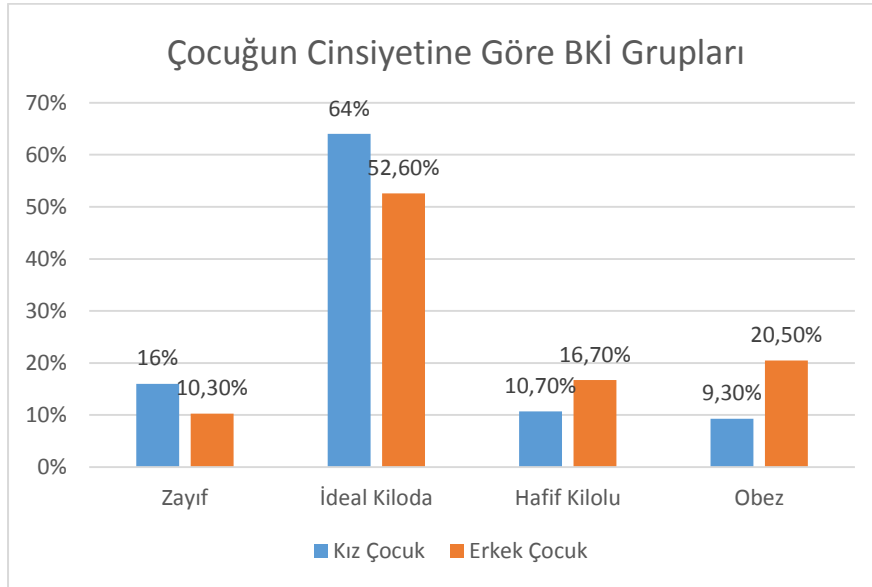
Çalışmanın ilk kısmında çocuk BKİ gruplarıyla çocuk sosyodemografik özellikler karşılaştırıldı.

Çocuk yaş, yaş grupları ve BKİ grupları arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. (Tablo 12)

Tablo 12: Çocuk Yaş ve Yaş Grupları İle Çocuk BKİ Arasındaki İlişki

		Çocuk BKİ Grupları				p
		Zayıf	İdeal kiloda	Hafif kilolu	Obez	
Çocuk yaş		71,7±29,71	81,10±45,00	92,38±38,44	88,91±39,83	0.386
Çocuk yaş grupları	2-6 yaş	10 (%12,3)	51 (%63)	10 (%12,3)	10 (%12,3)	0,091
	7-10 yaş	9 (%22,5)	16 (%40,0)	6 (%15,0)	9 (%22,5)	
	11-14 yaş	1 (%3,1)	23 (%71,9)	4 (%12,5)	4 (%12,5)	

Çocukların cinsiyetlerine göre BKİ'lerine bakıldığında ise erkek çocuklarda obezite ve hafif kilolu olma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ancak cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamamıştır. (p=0,111)



Şekil 3: Çocukların Cinsiyetine Göre BKİ Grupları Dağılımı

4.7. ANNE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE ÇOCUK BKİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocuk BKİ sınıflaması ile anne yaş, anne BKİ, anne eğitim düzeyi, aylık gelir durumu, annenin çalışma durumu ve aile yapısı karşılaştırıldı, aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı. (Tablo 12)

Tablo 13: Çocuk BKİ Grupları ile Ailenin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Çocuk BKİ grupları				p
		Zayıf	Normal Kiloda	Hafif Kilolu	Obez	
Anne yaş		36,4±5,66	36,5±6,58	37,76±4,26	35,34±6,09	0,510
Annenin eğitim durumu	Okur yazar değil	1 (%33,3)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%66,7)	0,74
	Lise altı	6 (%13,3)	29 (%64,4)	3 (%6,7)	7(%15,6)	
	Lise ve üstü	13 (%12,4)	60 (%57,1)	18 (%17,1)	14 (%13,3)	
Annenin BKİ grupları	Zayıf	1 (%20)	3 (%60,0)	0 (%0,0)	1 (%20)	0,875
	Normal kiloda	12 (%14,3)	48 (%57,1)	13 (%15,5)	11 (%13,1)	
	Hafif kilolu	5 (%11,1)	27 (%60,0)	7 (%15,6)	6 (%13,3)	
	Obez	2 (%10,5)	11 (%57,9)	1 (%5,3)	5 (%26,3)	
Aylık gelir durumu	<2000 TL	2 (%13,3)	9 (%60,0)	3 (%20,0)	1 (%6,7)	0,471
	2000-5000 TL	12 (%16,7)	39 (%54,2)	7 (%9,7)	14 (%19,4)	
	≥5000 TL	6 (%9,1)	41 (%62,1)	11 (%16,7)	8 (%12,1)	
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	8 (%9,0)	53 (%59,6)	14 (%15,7)	14 (%15,7)	0,324
	Çalışmıyor	12 (%18,8)	36 (%56,2)	7 (%10,9)	9 (%14,1)	
Aile yapısı	Çekirdek	17 (%12,4)	80 (%58,4)	20 (%14,6)	20 (%14,6)	0,719
	Geniş	3 (%18,8)	9 (%56,2)	1 (%6,2)	3 (%18,8)	
Annenin sahip olduğu çocuk sayısı	1 çocuk	6 (%10,9)	35 (%63,6)	6 (%10,9)	8 (%14,5)	0,564
	2 çocuk	9 (%11,1)	44 (%54,3)	14 (%17,3)	14 (%17,3)	
	3 çocuk	4 (%28,6)	8 (%57,1)	1 (%7,1)	1 (%7,1)	

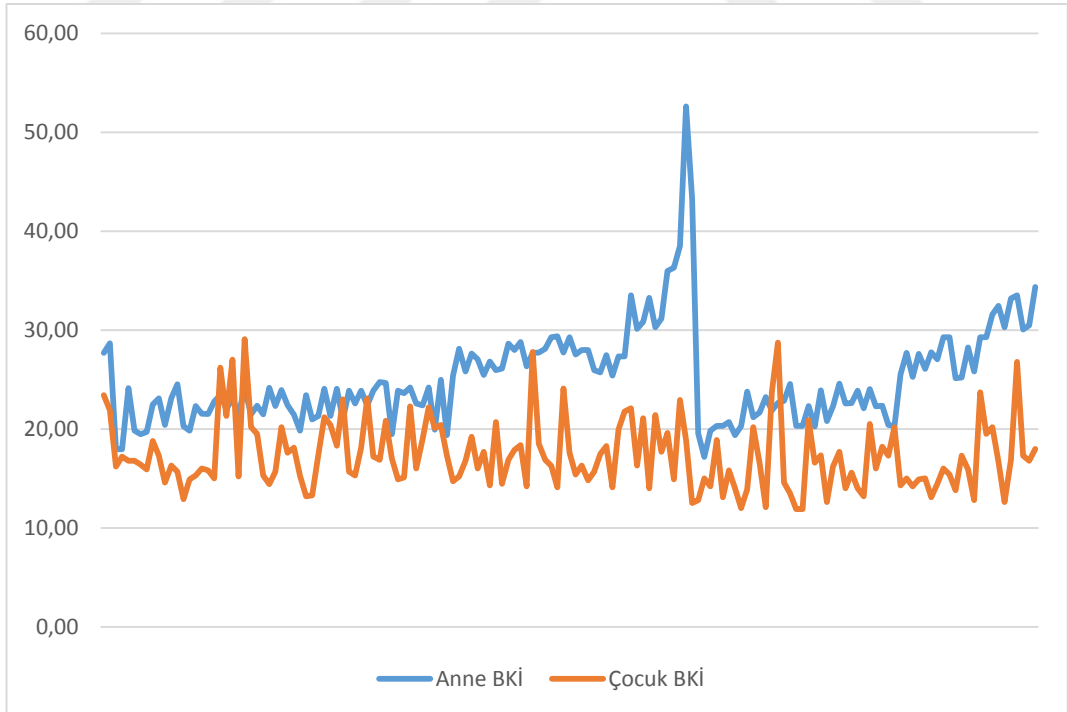
	4 çocuk	1 (%33,3)	2 (%66,7)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	
--	---------	-----------	-----------	----------	----------	--

Çocuk BKİ değerleri anne BKİ, anne yaş, anne boy ve anne kilosuyla karşılaştırılmış, anne vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arttıkça çocuk BKİ değerlerinin de arttığı görülmüştür. (Tablo 13)

Tablo 14: Çocuk BKİ değerleri ile Anne Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Anne Yaşı	Anne Boy Uzunluğu	Anne Vücut Ağırlığı	Anne BKİ Değerleri
Çocuk BKİ değerleri	r-değeri	,146	-,008	,161*	,166*
	p-değeri	,071	,918	,046	,041

Anne BKİ ve Çocuk BKİ ilişkisini gösteren grafik aşağıda verilmiştir. (Şekil 4)



Şekil 4: Anne BKİ ve Çocuk BKİ Arasındaki Korelasyon

4.8. ÇOCUĞUN BESLENME ÖZELLİKLERİ İLE BKİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocuk BKİ gruplarıyla çocuk beslenme alışkanlıkları karşılaştırıldı, düzenli sofraya oturan çocukların, BKİ ile aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulundu, anne sütü alma süreleri, evde öğün düzen olması, sofrada TV seyretme durumu ve ambalajlı gıda tüketme sıklığı ile anlamlı istatistiksel ilişki bulunamadı. (Tablo 15)

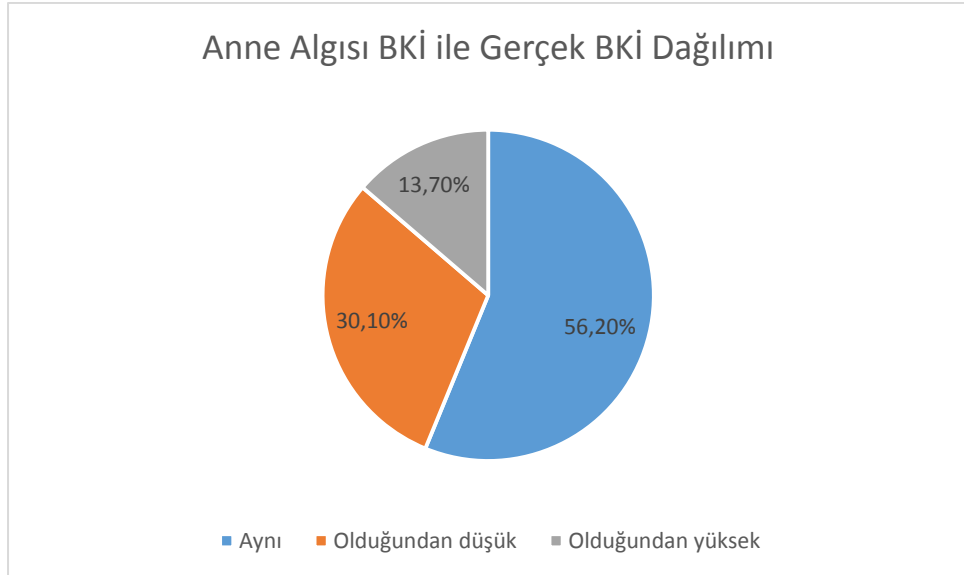
Tablo 15: Çocuk BKİ Grupları ve Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişki

			Çocuk BKİ Grupları				p
			Zayıf	İdeal kiloda	Hafif kilolu	Obez	
Anne sütü alma durumu	Hiç almadı		0 (%0,0)	5 (%71,4)	2 (%28,6)	0 (%0,0)	0,548
	<6ay		4 (%12,5)	19 (%59,4)	5 (%18,8)	3 (%9,4)	
	6-12ay		1 (%8,3)	8 (%66,7)	2 (%16,7)	1 (%8,3)	
	12-24ay		5 (%15,0)	19 (%59,4)	5 (%15,6)	3 (%9,4)	
	≥24		10 (14,3%)	38 (%54,3)	5 (%8,6)	16 (%22,9)	
Öğün düzeni	Evet		18 (%12,9)	82 (%59,0)	19 (%13,7)	20 (%14,4)	0,893
	Hayır		2 (%14,3)	7 (%50,0)	2 (%14,3)	3 (%21,4)	
Sofraya oturma	Her zaman		11 (%9,8)	68 (%60,7)	17(%15,2)	16 (%14,3)	0,046
	Bazen		7 (%18,9)	21 (%56,8)	4 (%10,8)	5 (%13,5)	
	Hiçbir zaman		2 (%50,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	2 (%50,0)	
Sofrada TV izleme durumu	Her zaman		11 (%16,7)	34 (%51,5)	14 (%21,2)	7 (%10,6)	0,092
	Bazen		5(%10,4)	30(%62,5)	6(%12,5)	7 (%14,6)	
	Hiçbir zaman		4(%10,3)	25(%64,1)	1(%2,6)	9 (%23,1)	
Ambalajlı gıda	Her gün 1'den fazla		2 (%9,1)	16 (%72,7)	0 (%0,0)	4 (%18)	0,687
	Her gün 1 adet		7 (%17,1)	19 (%46,3)	8 (%19,5)	7 (%17,1)	
	Haftada 2-3 kez		6 (%10,7)	32 (%57,1)	9 (%16,1)	9 (%16,1)	

Ayda 2-3 kez	5 (%15,2)	21 (%63,6)	4 (%12,1)	3 (%9,1)
Hiç	0 (%0,0)	1 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)

4.9. ANNENİN ÇOCUĞUNUN GÖRÜNTÜSÜ İLE İLGİLİ ALGI VE BEKLENTİSİNİN ‘CİNSİYETE VE YAŞA ÖZGÜ GELİŞİM ÇİZİMLERİ’ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda annelerin Scott Miller’ın 2003 yılında geliştirdiği ‘**Cinsiyete ve Yaşa Özgü Gelişim Çizimleri**’nden çocuklarına en uygun olduklarını düşündükleri görseli seçmeleri istenmiştir. Çizimlerin ortasında bulunan resim 50 percentille uyumlu olarak kabul edilmiş geri kalanlar için herhangi bir sınıflama yapılmamıştır. Biz değerlendirmemizi sırasıyla percentil dağılımına uygun gelecek şekilde 1. resmi zayıf (<3 percentil), 2.resmi 10 percentil, 3.resmi 25 percentil, 4.resmi 50 percentil, 5.resmi 75 percentil, 6.resmi 90 percentil ve 7. Resmi ise obez (>97 percentil) kabul ederek değerlendirmemizi yaptık. Daha sonra annelerin çocuklarının olmasını istedikleri görseli seçmeleri istenmiştir. Annelerin algıladıkları BKİ hesaplanmış ve çocukların gerçek BKİ ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma olduğundan zayıf, aynı ve olduğundan kilolu olarak gruplandırılmıştır ve dağılımı Şekil 5’te verilmiştir.



Şekil 5: Anne Algısına Göre Çocuk BKİ ile Gerçek BKİ Dağılımı

Anne algısı BKİ ile çocukların gerçek BKİ değerleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuş, ayrıntılar Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16: Çocuk BKİ ile Anne Algısına Göre Çocuk BKİ Karşılaştırması

		Çocuk BKİ grupları				P
		Zayıf	Normal kiloda	Hafif kilolu	Obez	
Anne algısına göre çocuk BKİ gruplandırması	Zayıf	5 (%29,4)	11 (%64,7)	1 (%5,9)	0 (%0)	0,000
	Normal kiloda	15 (%12,5)	74 (%61,7)	16 (%13,3)	15 (%12,5)	
	Hafif kilolu	0 (%0)	4 (%44,4)	2 (%22,2)	3 (%33,3)	
	Obez	0 (%0)	0 (%0)	2 (%28,6)	5 (%71,4)	

Annenin algıladığı BKİ değerleri çocukların gerçek BKİ değerleriyle karşılaştırılmış ve çocuklarını annelerin 86’sının (%56,2) aynı, 46’sının (%30,1) olduğundan düşük, 21’inin (%13,7) olduğundan yüksek BKİ grubunda algıladıkları görülmüştür.

4.9.1. Annenin Algısı BKİ’nin Çocuk ve Annenin Kendi Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi

Çocukların sosyodemografik verileri ve annenin algıladığı BKİ gruplarının karşılaştırması yapılmış ve ayrıntılı bilgiler Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Anne Algısına Göre BKİ’nin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

		Anne algısına göre Çocuk BKİ Grupları			P
		Aynı	Olduğundan Düşük	Olduğundan Yüksek	
Çocuk Yaş (ay olarak)		86,79±45,86	79,36±37,73	72,47±29,98	0,602
	Zayıf	5 (%25,0)	1 (%5,0)	14 (%70,0)	0,000

Çocuk BKİ Gruplaması	Normal Kiloda	74 (%81,3)	11 (%12,4)	4 (%4,5)	
	Hafif Kilolu	2 (%9,5)	16 (%76,2)	3 (%14,3)	
	Obez	5 (%21,7)	18 (%78,3)	0 (%0,0)	
Çocuk Cinsiyet	Kız Çocuk	46 (%61,3)	18 (%24,0)	11 (%14,7)	0,275
	Erkek Çocuk	40 (%51,3)	28 (%35,9)	10 (%12,8)	

Annenin sosyodemografik özellikleri ile anne algısı BKİ karşılaştırılmış ve ayrıntılı bilgiler Tablo 18’de verilmiştir.

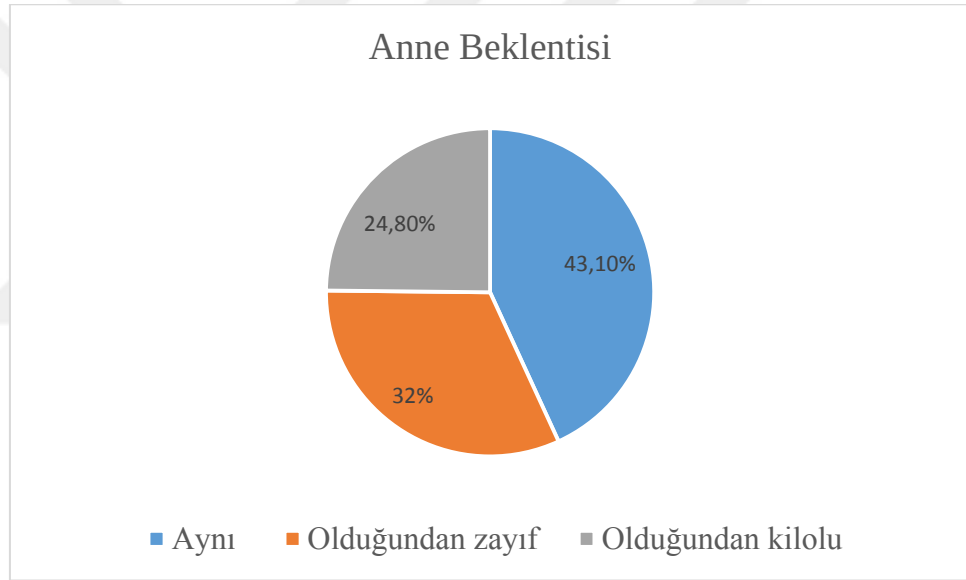
Tablo 18: Anne Algısına Göre BKİ’nin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

		Anne algısına göre Çocuk BKİ			P
		Aynı	Olduğundan Düşük	Olduğundan Yüksek	
Anne yaş		36,67±6,43	36,47±6,20	35,76±4,43	0.836
Anne Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	0 (%0,0)	2 (%66,7)	1 (%33,3)	0,056
	Lise altı	32 (%71,1)	8 (%17,8)	5 (%11,1)	
	Lise ve üstü	54 (%51,4)	36 (%34,3)	15 (%14,3)	
Anne BKİ Gruplaması	Zayıf	0 (%0,0)	2 (%40,0)	3 (%60,0)	0,022
	Normal kiloda	50 (%59,5)	21 (%25,0)	13 (%15,5)	
	Hafif kilolu	24 (%53,3)	17 (%37,8)	4 (%8,9)	
	Obez	12 (%63,2)	6 (%31,6)	1 (%5,3)	
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	50 (%56,2)	28 (%31,5)	11 (%12,4)	0,808
	Çalışmıyor	36 (%56,2)	18 (%28,1)	10 (%15,6)	
Ailenin 1 Aylık Toplam Geliri	<2000 TL	6 (%40,0)	7 (%46,7)	2 (%13,3)	0,415
	2000-5000 bin TL	45 (%62,5)	17 (%23,6)	10 (%13,9)	
	≥5000 TL	35 (%53,0)	22 (%33,3)	9 (%13,6)	
Aile Yapısı	Çekirdek	77 (%56,2)	42 (%30,7)	18 (%13,1)	0,343

	Geniş	9 (%56,2)	4 (%25,0)	3 (%18,8)	
Annenin sahip olduğu çocuk sayısı	1 çocuk	34 (%61,8)	16 (%29,1)	5 (%9,1)	0,374
	2 çocuk	45 (%55,6)	25 (%30,9)	11 (%13,6)	
	3 çocuk	5 (%35,7)	5 (%35,7)	4 (%28,6)	
	4 çocuk	2 (%66,7)	0 (%0,0)	1 (%33,3)	

4.9.2. Anne Beklentisinin Çocuk ve Annenin Kendi Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi

Annelerin çocuklarını yansıttıklarını düşündükleri görselle, çocuklarının olmasını arzu ettikleri görseller karşılaştırılmış ve dağılım Şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 6: Anne Beklentisi Dağılımı

Anne beklentisi ile çocukların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış, Çocuk BKİ gruplarıyla arsında anlamlı ilişki bulunmuş, çocuk yaş ve cinsiyeti ile bulunamamıştır. (Tablo 19)

Tablo 19: Anne Beklentisi ve Çocuk Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Anne beklentisi			P
		Aynı	Olduğundan zayıf	Olduğundan kilolu	
Çocuk Yaş (ay olarak)		84,48±44,66	85,38±42,80	75,71±34,84	0,654
Çocuk BKİ Gruplaması	Zayıf	7 (%35,0)	3 (%15,0)	10 (%50,0)	0,001
	Normal kiloda	40 (%44,9)	25 (%28,1)	24 (%27,0)	
	Hafif kilolu	12 (%57,1)	6(%28,6)	3 (%14,3)	
	Obez	7 (%30,4)	15 (%65,2)	1 (%4,3)	
Çocuk Cinsiyet	Kız Çocuk	30 (%40)	24 (%32)	21 (%28)	0,624
	Erkek Çocuk	36 (%46,2)	25 (%32,1)	17 (%21,8)	

Anne beklentisi ile annenin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış anne eğitim durumu, anne BKİ, anne çalışma durumu, aile yapısı ve aile gelir durumu ile aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. (Tablo 20)

Tablo 20: Anne Beklentisi ve Annenin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Anne beklentisi			P
		Aynı	Olduğundan zayıf	Olduğundan kilolu	
Anne yaş		36,43±6,49	37,02±5,37	35,89±6,38	0,571
Anne Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	0 (%0,0)	2 (%66,7)	1 (%33,3)	0,052
	Lise altı	13 (%28,9)	16 (%35,6)	16 (%35,6)	
	Lise ve üstü	53 (%50,5)	31 (%29,5)	21 (%20)	
Anne BKİ Gruplaması	Zayıf	2 (%40,0)	1 (%20,0)	2 (%40,0)	0,086
	Normal kiloda	42 (%50,0)	29 (%34,5)	13 (%15,5)	
	Hafif kilolu	17 (%37,8)	11 (%24,4)	17 (%37,8)	
	Obez	5 (%26,3)	8 (%42,1)	6 (%31,6)	
Anne Çalışma durumu	Çalışıyor	41 (%46,1)	30 (%33,7)	18 (%20,2)	0,296
	Çalışmıyor	25 (%39,1)	19 (%29,7)	20 (%31,2)	

Ailenin 1 Aylık Toplam Geliri	<2000 TL	4 (%26,7)	5 (%33,3)	6 (%40,0)	0,097
	2000-5000 TL	26 (%36,1)	25 (%34,7)	21 (%29,2)	
	≥5000 TL	36 (%54,5)	19 (%28,8)	11 (%16,7)	
Aile yapısı	Çekirdek	59 (%43,1)	46 (%33,6)	32 (%23,4)	0,343
	Geniş	7 (%43,8)	3 (%18,8)	6 (%37,5)	
Annenin sahip olduğu çocuk sayısı	1 çocuk	32 (%58,2)	15 (%27,3)	8 (%14,5)	0,016
	2 çocuk	29 (%35,8)	31 (%38,3)	21 (%25,9)	
	3 çocuk	4 (%28,6)	3 (%21,4)	7 (%50,0)	
	4 çocuk	1 (%33,3)	0 (%0,0)	2 (%66,7)	

4.9.3. Anne Beklentisi ve Çocuk BKİ Gruplarının Doktora İştahsızlık Nedeniyle Başvuru ile İlişkisi

Anne beklentisi ve çocukların BKİ gruplaması verileri, önceki dönemlerde iştahsızlık nedeniyle doktora başvurmuş olan çocuklarla karşılaştırmış ve aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur.

Tablo 21: Anne Beklentisi ve Çocuk BKİ Gruplarının Doktora İştahsızlık Nedeniyle Başvuru Durumunun Karşılaştırılması

		İştahsızlık Nedeniyle Doktor Başvurusu		
		Evet	Hayır	p
Çocuk BKİ Gruplaması	Zayıf	16 (%80,0)	4 (%20,0)	0,000
	Normall Kiloda	29 (%32,6)	60 (%67,4)	
	Hafif kilolu	3 (%14,3)	18 (%85,7)	
	Obez	8 (%34,8)	15 (%65,2)	
Anne Beklentisi	Aynı	13 (%19,7)	53 (%80,3)	0,001
	Olduğundan Zayıf	23 (%46,9)	26 (%53,1)	
	Olduğundan Kilolu	20 (%52,6)	18 (%47,4)	

4.10. ANNENİN GÖRÜŞÜ İLE ARAŞTIRMACININ GÖRÜŞÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Araştırmacı çocuğa en uygun olduğunu düşündüğü görseli seçmiş, seçimlerinin denk geldiği BKİ'lerine göre çocuklar gruplanmış ve öncelikle bu çocukların gerçek BKİ değerleriyle karşılaştırılmıştır. Araştırmacı %85,6 oranında çocuğun BKİ'ni doğru tahmin etmiştir. (Şekil 7)



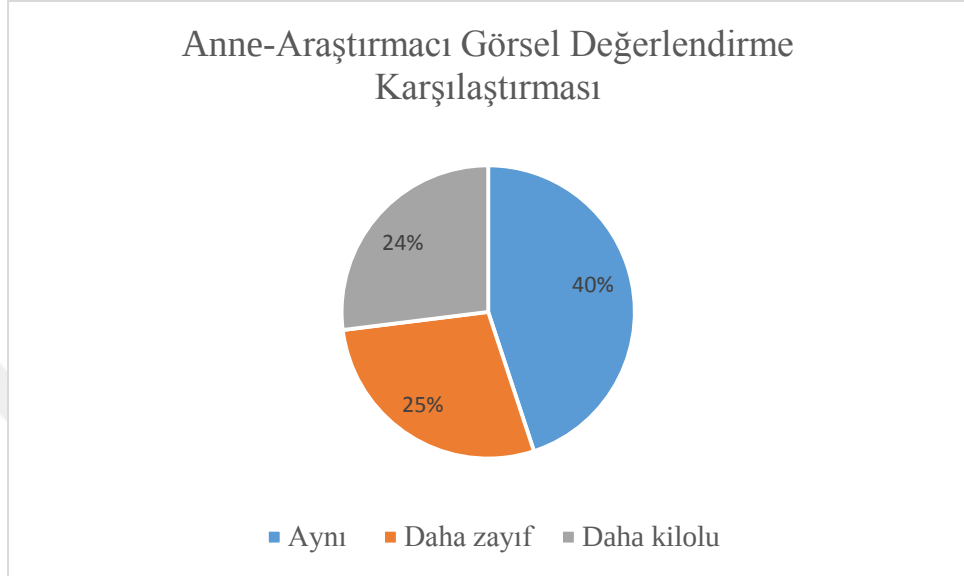
Şekil 7: Araştırmacı Algısı BKİ İle Gerçek BKİ Karşılaştırmasının Dağılımı

İlk olarak araştırmacı algısı BKİ ile çocukların gerçek BKİ değerleri karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. (Tablo 22)

Tablo 22: Araştırmacı Algısı BKİ İle Gerçek BKİ Karşılaştırmasının İlişkisi

			Araştırmacı Algısına Göre Çocuk BKİ Grupları				P
			Zayıf	Normal Kiloda	Hafif Kilolu	Obez	
Çocuk BKİ Gruplandırması 1	Zayıf	10 (%76,9)	3 (%23,1)	0 (%0,0)	0 (%)		0,000
	Normal Kiloda	10 (%10,1)	85 (%85,9)	4 (%4,0)	0 (%0,0)		
	Hafif Kilolu	0 (%0,0)	1 (%5,0)	15 (%75,0)	4 (%20,0)		
	Obez	0 (%0,0)	0 (%0,0)	2 (%9,5)	19 (%90,5)		

İkinci olarak annenin yaptığı seçimler araştırmacınıninki ile karşılaştırılmış daha zayıf, aynı, daha kilolu olarak gruplandırılmış ve ayrıntılı dağılım Şekil 8’de verilmiştir. Buna göre annelerin 71’i (%46,4) araştırmacıdan daha zayıf bir görseli seçmişlerdir.



Şekil 8: Anne-Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırmasının Dağılımı

Anne araştırmacı karşılaştırmasının çocuk sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırması yapılmış, yalnızca çocuk BKİ gruplarıyla aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. (Tablo 23)

Tablo 23: Anne-Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırması ve Çocuk Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Anne-Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırması			P
		Aynı	Araştırmacıya göre zayıf	Araştırmacıya göre kilolu	
Çocuk Yaş		87,44±43,27	81,30±42,51	74,13±34,81	0,536
Çocuk BKİ gruplandırması	Zayıf	11 (%55,0)	0 (%0,0)	9 (%45,0)	0,000
	Normal kiloda	38 (%42,7)	40 (%44,9)	11 (%12,4)	
	Hafif kilolu	4 (%19,0)	14 (%66,7)	3 (%14,3)	

	Obez	6 (%26,1)	17 (%73,9)	0 (%0,0)	
Çocuk Cinsiyet	Kız Çocuk	32 (%42,7)	33 (%44,0)	10 (%13,3)	0,574
	Erkek Çocuk	27 (%34,6)	38 (%48,7)	13 (%16,7)	

Anne-araştırmacı görsel karşılaştırmasının annenin sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırması yapılmış, hiçbir grupta aralarında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. (Tablo 24)

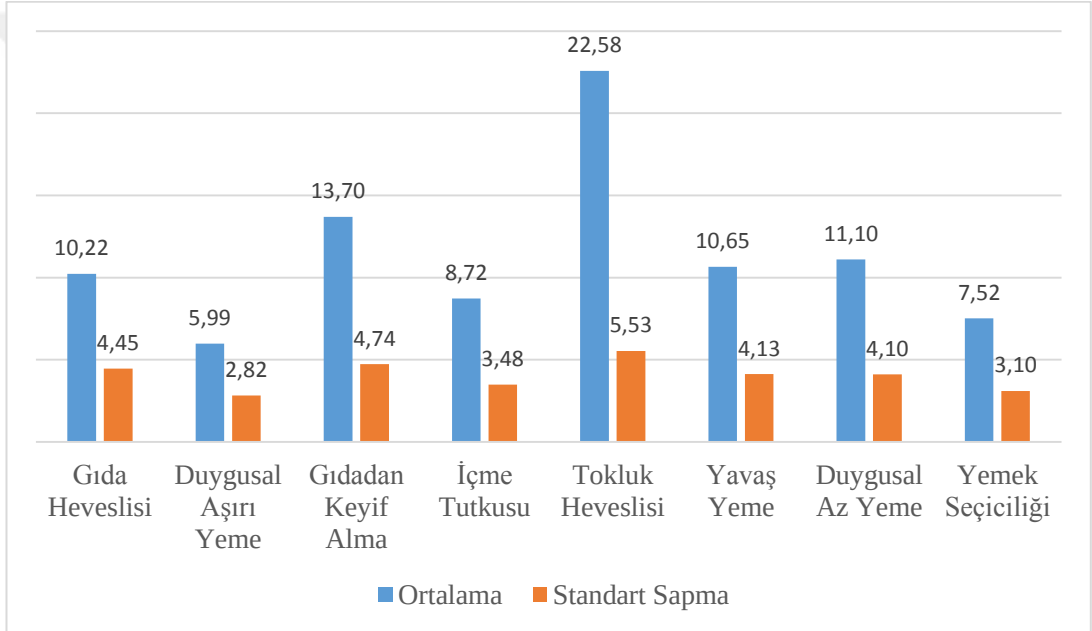
Tablo 24: Anne-Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırması ile Annenin Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisi

		Anne Araştırmacı Görsel Değerlendirme Karşılaştırması			P
		Aynı	Araştırmacıya göre zayıf	Araştırmacıya göre kilolu	
Anne yaş		36,03±6,63	37,02±6,30	36,00±3,66	0,6
Anne Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	0 (%0,0)	2 (%66,7)	1 (%33,3)	0,292
	Lise altı	21 (%46,7)	16 (%35,6)	8 (%17,8)	
	Lise ve üstü	38 (%36,2)	53 (%50,5)	14 (%13,3)	
Anne BKİ Gruplaması	Zayıf	1 (%20,0)	2 (%40,0)	2 (%40,0)	0,425
	Normal kiloda	35 (%41,7)	35 (%41,7)	14 (%16,7)	
	Hafif kilolu	18 (%40,0)	23 (%51,1)	4 (%8,9)	
	Obez	5 (%26,3)	11 (%57,9)	3 (%15,8)	
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	37 (%41,6)	42 (%47,2)	10 (%11,2)	0,277
	Çalışmıyor	22 (%34,4)	29 (%45,3)	13 (%20,3)	
Ailenin 1 Aylık Toplam Geliri	<2000 TL	5 (%33,3)	6 (%40,0)	4 (%26,7)	0,686
	2000-5000 bin TL	29 (%40,3)	32 (%44,4)	11 (%15,3)	
	≥5000 TL	25 (%37,9)	33 (%50,0)	8 (%12,1)	
Aile Yapısı	Çekirdek	53 (%47,3)	63 (%46,0)	21 (%15,3)	0,939
	Geniş	6 (%37,5)	8 (%50,0)	2 (%12,5)	
	1 çocuk	26 (%58,2)	24 (%43,6)	5 (%9,1)	0,170

Annenin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı	2 çocuk	29 (%35,8)	38 (%46,9)	14 (%17,3)
	3 çocuk	2 (%14,3)	9 (%64,3)	3 (%21,4)
	4 çocuk	2 (%66,7)	0 (%0,0)	1 (%33,3)

4.11. ÇOCUK YEME DAVRANIŞI ANKETİ PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızın üçüncü kısmında verilerimiz Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi alt ölçek puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Anketin alt ölçek puan ortalamaları ve standart sapmaları aşağıdaki grafikte verilmiştir. (Şekil 9)



Şekil 9: ÇYDA Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

4.11.1. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Çalışmamızın üçüncü kısmında Çocuk Yeme Davranışı Anketinin alt ölçekleri ile öncelikle çocukların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. (Tablo 25)

Tablo 25: ÇYDA Alt Ölçekleri ile Çocuğun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Çocuk Cinsiyet			Çocuk BKİ Sınıflandırması				
	Kadın (n=75)	Erkek (n=78)		Zayıf (n=20)	Normal Kiloda (n=89)	Hafif Kilolu (n=21)	Obez (n=23)	
	Mean Rank		p	Mean Rank				p
Gıda heveslisi	74,26	79,63	0,451	37,43	76,29	84,43	107,37	0,000
Duygusal Aşırı Yeme	80,84	73,31	0,269	52,18	77,35	78,64	95,76	0,009
Gıdadan Keyif Alma	78,15	75,90	0,753	34,90	78,13	77,88	108,43	0,000
İçme Tutkusu	71,11	82,67	0,105	80,10	79,46	65,36	75,41	0,6
Tokluk Heveslisi	77,28	76,73	0,939	108,20	73,39	71,19	69,15	0,009
Yavaş Yeme	81,81	72,37	0,186	113,05	79,26	62,57	50,09	0,000
Duygusal Az Yeme	85,72	68,62	0,017	95,05	76,46	65,83	73,61	0,184
Yemek Seçiciliği	78,55	75,51	0,670	64,80	78,75	79,60	78,48	0,621

Bu karşılaştırmaya göre duygusal az yeme davranışı kız çocuklarda erkeklere oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çocuk BKİ gruplarıyla anlamlı çıkan alt ölçeklere ise Post Hoc testi uygulanmış ve aralarındaki ilişki anlamlı çıkan değişkenler Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26: ÇYDA Alt Ölçekleri ve Çocuk BKİ Grupları Arasında Anlamlı Fark Olan Grupların Post Hoc Testi ile Değerlendirme Sonucu

	Gıda Heveslisi	Duygusal Aşırı Yeme	Gıdadan Keyif Alma	Tokluk Heveslisi	Yavaş Yeme
Anlamlı Farklılık	Z-İK	Z-O	Z-NK	O-Z	O-İK
	Z-HK		Z-HK	HK-Z	O-Z
	Z-O		Z-O	İK-Z	HK-Z

Olan Gruplar	NK-O		NK-O		İK-Z
--------------	------	--	------	--	------

Z: Zayıf, NK: Normal Kiloda, HK: Hafif kilolu, O:Obez

Çocuğun yaşı ve ÇYDA alt ölçek puanları karşılaştırılmış, korelasyon ve önemlilik düzeyleri Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27: Çocuğun Yaşı ve ÇYDA Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çocuğun Yaşı	
	r değeri	p değeri
Gıda heveslisi	0,134	0,098
Duygusal Aşırı Yeme	0,176	0,029
Gıdadan Keyif Alma	0,183	0,024
İçme Tutkusu	-0,82	0,312
Tokluk Heveslisi	-0,92	0,258
Yavaş Yeme	-0,262	0,001
Duygusal Az Yeme	-0,173	0,032
Yemek Seçiciliği	0,121	0,135

4.11.2. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Annenin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Annenin sosyodemografik verileri ve Çocuk Yeme Davranışı Anketi’nin alt ölçekleri karşılaştırılmış ve ayrıntılı bilgiler Tablo 28’de verilmiştir. Anlamli çıkan verilere daha sonra Post Hoc testi uygulanmıştır. Buna göre annelerin eğitim durumlarına bakıldığında lise altı eğitime sahip annelerin çocuklarının içme tutkusu puanları, lise ve üstü eğitime sahip annelerin çocuklarına göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Annesi çalışmayan çocukların içme tutkusu puanları, anneleri çalışan çocuklara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Gelir durumuna bakıldığında <2000 TL ve 2000-5000 TL arası aylık gelire sahip ailelerin çocuklarının içme tutkusu puanları, ≥5000 TL gelire sahip ailelerinkine oranla anlamlı yüksek, yemek seçiciliği puanları ise 2000-5000 TL gelire sahip ailelerin çocuklarında ≥5000 TL gelire sahip

ailelerinkine oranla anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Annelerin sahip olduğu çocuk sayısına bakıldığında 2 çocuk sahibi annelerin çocuklarının duygusal aşırı yeme ve yemek seçiciliği alt ölçek puanları 1 çocuğı olan annelere göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.



Tablo 28: ÇYDA Alt Ölçek Puanları ile Annenin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Anne BKİ Sınıflandırması					Anne Eğitim Durumu				Anne Çalışma Durumu		
	Zayıf (n=5)	Normal (n=84)	Hafif Kilolu (n=45)	Obez (n=19)	p	Okur Yazar Değil (n=3)	Lise Altı (n=45)	Lise ve Üstü(n=105)	p	Çalışıyor	Çalışmıyor	p
	Mean Rank					Mean Rank				Mean Rank		
Gıda Heveslisi	80,40	79,83	67,08	87,11	0,301	70,67	80,56	75,66	0,798	80,49	72,14	0,248
Duygusal Aşırı Yeme	88,40	79,61	65,73	89,16	0,139	83,50	82,34	74,52	0,560	76,15	78,19	0,767
Gıdadan Keyif Alma	74,10	79,13	66,90	92,29	0,184	44,33	79,11	77,03	0,419	77,73	75,98	0,810
İçme Tutkusu	94,60	71,46	80,09	89,53	0,276	87,50	93,11	69,80	0,011	65,71	92,70	0,000
Tokluk Heveslisi	49,40	80,51	75,46	72,39	0,434	107,83	69,24	79,44	0,206	78,33	75,16	0,662
Yavaş Yeme	80,70	74,96	85,36	65,24	0,366	71,50	79,79	75,96	0,868	76,93	77,10	0,981
Duygusal Az Yeme	108,6	80,39	71,06	67,79	0,195	111,17	68,37	79,72	0,141	76,29	77,98	0,815
Yemek Seçiciliği	83,00	76,26	72,02	90,47	0,481	55,67	87,40	73,15	0,135	73,18	82,31	0,206

	Anne Gelir Durumu					Aile Yapısı			Annenin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı				
	<2000 TL (n=15)	2000-5000 TL (n=72)	>5000 TL (n=66)			Çekirdek (n=137)	Geniş (n=16)		1 Çocuk (n=55)	2 Çocuk (n=81)	3 Çocuk (n=14)	4 Çocuk (n=3)	
	Mean Rank			P		Mean Rank		P	Mean Rank				P
Gıda Heveslisi	79,73	78,40	74,86	0,867		77,71	70,91	0,559	72,17	82,90	65,57	59,50	0,318
Duygusal Aşırı Yeme	69,50	79,35	76,14	0,695		76,24	83,50	0,514	65,75	85,69	63,36	112,33	0,012
Gıdadan Keyif Alma	80,37	79,38	73,64	0,712		77,51	72,59	0,673	79,85	78,92	67,93	15,17	0,077
İçme Tutkusu	103,93	84,63	62,55	0,001		76,64	97,19	0,053	65,28	82,70	86,25	94,83	0,096
Tokluk Heveslisi	68,50	80,30	75,33	0,592		77,16	75,66	0,898	78,45	73,57	93,54	65,67	0,440
Yavaş Yeme	81,57	77,01	75,95	0,906		76,34	82,66	0,588	83,16	70,33	84,61	108,50	0,183
Duygusal Az Yeme	79,50	75,31	78,28	0,900		76,78	78,91	0,855	80,18	72,44	79,25	131,33	0,125
Yemek Seçiciliği	90,70	84,27	65,95	0,023		77,61	71,78	0,617	64,87	86,68	70,71	67,33	0,037

Annenin yaşı ve çocuk yeme davranışı alt ölçek puanları karşılaştırılmış, korelasyon ve önemlilik düzeyleri Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29: Annenin Yaşı ve ÇYDA Alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Annenin Yaşı	
	r değeri	p değeri
Gıda heveslisi	-0,057	0,481
Duygusal Aşırı Yeme	0,054	0,511
Gıdadan Keyif Alma	-0,020	0,804
İçme Tutkusu	-0,021	0,793
Tokluk Heveslisi	0,052	0,524
Yavaş Yeme	-0,025	0,762
Duygusal Az Yeme	-0,005	0,956
Yemek Seçiciliği	-0,016	0,848

4.11.3 Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Çocuğun Beslenme Davranış Özellikleri İle İlişkisi

Çocukların beslenme davranışları ile Çocuk Yeme Davranışı Anketi’nin alt ölçekleri karşılaştırılmış ve ayrıntılı bilgiler Tablo 30’da verilmiştir. Anlamli çıkan verilere daha sonra Post Hoc testi uygulanmıştır. Buna göre anne sütünü hiç almayan çocuklarda içme tutkusu puanları, 6-12 ay arası alan çocuklara göre anlamli olarak yüksek bulunmuştur. Evlerinde öğün düzeni olmayan ailelerin çocuklarının içme tutkusu puanları, olanlara oranli anlamli olarak yüksek bulunmuştur. Sofraya bazen ailesiyle oturan çocukların duygusal aşırı yeme puanları, her zaman oturan çocuklara oranli anlamli olarak yüksek bulunmuştur. Her gün 1’den fazla ambalajli gıda tüketen çocukların içme tutkusu alt ölçek puanları, ayda 2-3 kez ve haftada 2-3 kez ambalajli gıda tükettiği söylenen çocukların içme tutkusu puanlarına oranli anlamli ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tablo 30: ÇYDA Alt Ölçek Puanları ile Çocuk Beslenme Davranışlarının Karşılaştırılması

	Anne Sütü Alma Durumu						Öğün Düzeni			Düzenli Sofraya Oturma			
	Hiç Almadı (n=7)	<6 ay (n=32)	6-12 ay (n=12)	12-24 ay (n=32)	>24 ay (n=70)	p	Evet (n=139)	Hayır (n=14)	p	Her Zaman (n=112)	Bazen (n=37)	Hiçbir Zaman (n=4)	p
	Mean Rank						Mean Rank			Mean Rank			
Gıda heveslisi	110,50	67,42	87,58	75,92	76,71	0,180	75,48	92,07	0,180	74,98	84,61	63,25	0,422
Duygusal Aşırı Yeme	93,07	69,95	96,38	72,06	77,55	0,297	75,41	92,75	0,142	72,00	91,32	84,63	0,050
Gıdadan Keyif Alma	90,29	66,02	99,33	70,80	79,70	0,161	78,24	64,64	0,272	77,69	77,28	55,00	0,600
İçme Tutkusu	104,00	82,64	43,17	79,09	76,56	0,036	74,59	100,96	0,033	75,29	81,72	81,13	0,732
Tokluk Heveslisi	46,43	90,88	55,21	91,39	70,87	0,007	75,65	90,36	0,236	74,01	83,81	97,75	0,321
Yavaş Yeme	60,57	89,73	53,25	73,86	78,33	0,120	77,92	67,89	0,418	78,63	70,93	87,63	0,582
Duygusal Az Yeme	100,43	80,80	72,75	64,91	79,18	0,298	77,82	68,89	0,471	74,89	81,41	95,38	0,517
Yemek Seçiciliği	106,29	74,27	81,96	73,20	76,21	0,459	77,82	68,82	0,466	78,16	74,46	68,00	0,832

	Sofrada TV İzleme Durumu				Ambalajlı Gıda Tüketme Durumu					
	Her Zaman (n=66)	Bazen (n=48)	Hiçbir Zaman (n=39)	p	Her Gün 1'den fazla (n=22)	Her Gün 1 Adet (n=41)	Haftada 2-3 Kez (n=56)	Ayda 2-3 Kez (n=33)	Hiç (n=1)	p
	Mean Rank				Mean Rank					
Gıda heveslisi	71,68	85,01	76,14	0,278	82,86	75,12	82,72	64,00	133,50	0,205
Duygusal Aşırı Yeme	78,71	78,02	72,85	0,772	92,61	68,96	81,87	67,17	115,00	0,096
Gıdadan Keyif Alma	71,08	79,22	84,28	0,307	83,09	74,24	81,80	66,70	127,00	0,365
İçme Tutkusu	80,50	70,64	78,91	0,475	105,39	74,78	72,98	69,17	27,00	0,017
Tokluk Heveslisi	76,99	78,44	75,24	0,945	75,91	72,15	75,11	88,03	42,00	0,511
Yavaş Yeme	79,39	80,60	68,53	0,378	70,05	75,11	78,48	82,26	51,00	0,827
Duygusal Az Yeme	75,20	84,11	71,28	0,366	82,43	70,72	73,58	85,38	123,50	0,426
Yemek Seçiciliği	70,48	84,41	78,92	0,237	77,75	78,93	78,38	70,97	103,00	0,893

Çocuğun ek besine ve katı gıdaya geçme zamanları ile ÇYDA alt ölçek puanları karşılaştırılmış, korelasyon ve önemlilik düzeyleri Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31: Çocuğun Ek Besine ve Katı Gıdaya Geçme Zamanları ile ÇYDA Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ek Besine Geçme Zamanı		Katı Gıdaya Geçme Zamanı	
	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
Gıda heveslisi	0,022	0,790	-0,108	0,184
Duygusal Aşırı Yeme	0,034	0,675	-0,147	0,069
Gıdadan Keyif Alma	0,177	0,029	-0,102	0,210
İçme Tutkusu	-0,017	0,835	-0,010	0,903
Tokluk Heveslisi	-0,056	0,495	0,086	0,291
Yavaş Yeme	-0,041	0,617	0,088	0,277
Duygusal Az Yeme	-0,035	0,669	0,114	0,160
Yemek Seçiciliği	0,023	0,779	-0,097	0,232

4.11.4. Çocuk Yeme Davranışı Anketi Alt Ölçek Puanlarının Annenin Görsel Beklentisi ve Anne Algısına Göre Çocuk BKİ ile İlişkisi

Anne beklentisi, anne algısına göre çocuk BKİ gruplaması ve Çocuk Yeme Davranışı Anketi’nin alt ölçekleri karşılaştırılmış anlamlı çıkan verilere Post Hoc testi uygulanmıştır. Buna göre içme tutkusu ve yavaş yeme alt ölçeklerinde anneleri tarafından ‘olduğundan zayıf’ olmaları beklenen çocukların puanları ‘aynı’ olması beklenen çocuklara göre anlamlı olarak yüksek ve tokluk heveslisi alt ölçeğinde ise anneleri tarafından ‘olduğundan zayıf’ ve ‘olduğundan kilolu’ olması beklenen çocukların alt ölçek puanları ise ‘aynı’ olması beklenen çocuklara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Anne algısına göre çocuk BKİ gruplaması ile alt ölçekler arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. Ayrıntılı veriler Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32: ÇYDA Alt Ölçek Puanlarının Anne Beklentisi ve Anne Algısına Göre Çocuk BKİ ile Karşılaştırması

	Anne Beklentisi				Anne Algısına Göre Çocuk BKİ gruplaması			
	Aynı (n=66)	Olduğundan Zayıf (n=49)	Olduğundan Kilolu (n=38)	p	Aynı (n=86)	Olduğundan Düşük (n=46)	Olduğundan Kilolu (n=21)	p
	Mean Rank				Mean Rank			
Gıda heveslisi	70,70	89,00	72,47	0,068	75,62	80,33	75,36	0,829
Duygusal Aşırı Yeme	72,05	88,55	70,70	0,065	79,36	70,64	81,26	0,464
Gıdadan Keyif Alma	81,57	82,16	62,41	0,063	78,22	78,70	68,31	0,623
İçme Tutkusu	65,14	92,09	78,14	0,005	79,48	65,70	91,60	0,061
Tokluk Heveslisi	65,00	85,01	87,51	0,013	75,87	74,48	87,14	0,519
Yavaş Yeme	68,55	75,93	93,07	0,024	77,65	71,14	87,19	0,378
Duygusal Az Yeme	75,36	76,52	80,46	0,848	71,99	81,33	88,05	0,239
Yemek Seçiciliği	78,66	72,01	80,55	0,616	78,85	74,99	73,83	0,837

5. TARTIŞMA

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun fonksiyon görmesi için ihtiyacı olan besin öğelerinin çeşit, miktar ve süre bakımından yeterli olarak alınması ve kullanılması durumudur. Herhangi bir besin öğesinin tek başına bir etkinliğinin olmadığı varsayılmaktadır. Bütün besin öğeleri birlikte alındığında, vücut normal büyüme ve gelişimini, sağlıklı ve güçlü çalışmasını sürdürebilir (8).

Beslenme sorunları tüm gelişim dönemlerinde çocuğun ileriki yaşamını olumsuz etkileyeceği düşüncesiyle ailelerde kaygıya yol açar. Bu nedenle çoğu zaman normal olan durumlarda bile aileler kaygılıdır ve doktora başvurma ihtiyacı hissederler. Yapılan çalışmalar, aileler tarafından çocukların %20-30'unda beslenme sorunu bildirildiğini göstermektedir (76). Aynı zamanda çocukluk çağında iştahsızlık nedeniyle doktora getirilen sağlıklı çocuklar da popülasyonun %20-25'ini oluşturur (72).

Çocukların beslenme alışkanlıkları aileye ait çeşitli özellikler, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenir ve hiç kuşkusuz ailesel faktörler bunlar arasında en büyük yere sahip olandır. Çocukların erken dönemlerde kazandıkları alışkanlıkların ileriki yaşamlarında da benzer olarak devam ettiği gösterilmiştir (23). Ancak ebeveynler çocuklarının iştahını ve bedensel durumlarını doğru değerlendiremezlerse onları doğru yönlendirmeleri de mümkün olmaz.

Ebeveynlerin çocuklarına aktardıkları düşünce ve davranışlar, aktarımı bilinçli ya da bilinçsiz olsun, çocuklar evi terk ettikten sonra hatta erişkinliğe ulaştıklarında bile etkilerini sürdürmeye devam ederler. Bu nedenle ailelerin çocuklarına hem doğru alışkanlıkları kazandırmaları hem de çocuklarının beslenme alışkanlıklarını ve bedensel durumlarını doğru algılamaları ve buna uygun çözümler aramaları önemlidir.

Biz çalışmamızda çocukların bakımıyla büyük oranda ilgilenen annelerin çocuklarının beslenme alışkanlıklarını ve bedensel görünümelerini nasıl değerlendirdiklerini ve annelerin algılarının çocuklarının yeme davranışla nasıl bir ilişki içinde olduğunu araştırmayı amaçladık.

2010 TBSA verilerine bakıldığında Türkiye genelinde 0-5 yaş grubunda ölçümleri alınan 2567 çocuk değerlendirildiğinde %8.5'i obez/şişman, %17.9'u hafif kilolu, %15.9'u zayıf bulunmuştur. 6-18 yaş grubu çocuklara bakıldığında %8.2'si şişman (obez), %14.3'ü hafif kilolu, %18,8'i zayıf bulunmuştur (135).

Ülkemizde çocuklardaki obezite prevalansına yönelik yerel çalışmalar da mevcuttur. İstanbul Bakırköy'de özel bir ilköğretim okulundaki 6-15 yaş arasında 299 çocukla yapılan bir çalışmada obezite prevalansı %8,4 ve hafif kiloluluk prevalansı %26,7 bulunmuştur (12). Konya'da ilköğretim öğrencileri ile yapılan bir çalışmada hafif kilolu olma prevalansı %12,4, obezite prevalansı ise %6,5 bulunmuştur (147). İstanbul'da 1-11 yaş arası 180 çocukta yapılan çalışmada, çocukların toplamda %36,1'i hafif kilolu ya da obez olarak bulunmuştur (148). Antalya'da 2015 yılında 1687 okul çağında çocukla yapılan prevalans çalışmasında obezite prevalansı %9,8, hafif kilolu olma prevalansı ise %23,2 bulunmuştur. 2003 yılındaki verilerle karşılaştırıldığında obezite ve hafif kilolu olma prevalansında 3 kat artış tespit edilmiştir (149). En son TBSA verileri yaş gruplarına göre incelendiğinde ise 2-14 yaş arasında obezite oranı en yüksek %9,8 ile 12-14 yaş arası ve %9,1 ile 6-8 yaş arasında, hafif kilolu olma oranı ise en yüksek %17,8 ile 9-11 yaş ve %14 ile 12-14 yaş arasında tespit edilmiştir (102). Çalışmamızda obezite oranı %15 (kızlarda %9,3, erkeklerde %20,5), hafif kiloluluk oranı %13,7 (kızlarda %10,7, erkeklerde %16,7) olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında en yüksek obezite (%22,5) ve hafif kilolu (%15) olma oranı 7-10 yaş grubunda tespit edilmiştir. Çalışmamızda TBSA'nın aynı yaş grubundaki verilerine oranla hafif kilolu olma prevalansı daha az olmakla birlikte, obezite prevalansı daha yüksek tespit edilmiştir, ancak ikisinin toplam değeri göz önüne alındığında sonuçlar benzerdir. Bunun sebebinin obezite prevalansının tüm dünyada her geçen gün artması, çalışmamızın diğer çalışmalara oranla yeni olması ve seçtiğimiz nüfusun bölgesel farklılığından kaynaklanmış olması olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürde, çocuklarda obezite prevalansı açısından ülkeler arasında da farklılık bulunmaktadır. Ancak ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ve hazır yiyecek tarzı beslenme alışkanlıklarının artmasına paralel olarak obezite sıklığının artması beklenen

bir sonuçtur. Uluslararası çalışmalara bakıldığında National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2000 verilerine göre, 2-5 yaş ocuklarda BKİ ≥ 85 persentil olanların sıklığı erkeklerde %20,9, kızlarda %20,4'tür (150). Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013-2014 yılları arasında yapılan bir taramada 6-11 yaş arası çocuklarda, obezite prevelansı %17,4 olarak saptanmıştır (151). Avrupa'da ocuk ve adölesanlarda obezite prevelansının araştırıldığı 21 çalışmayla yapılan bir meta analizde, 7-11 yaş arası çocuklarda hafif kilolu ve obez olma oranlarının Almanya'da %16, İngiltere'de %20, Kıbrıs'da %27, İspanya'da %34, İtalya'da %36 ve Yunanistan'da %31 olduğu belirtilmiştir (152). Çalışmamızdaki veriler ABD ve çoğu Avrupa ülkesinin verileriyle uyumludur.

Çalışmamızda yaş gruplarına bakıldığında en yüksek obezite (%22,5) ve hafif kilolu (%15) olma oranı 7-10 yaş grubunda, toplamda ise obezite oranı %15, hafif kiloluluk oranı ise %13,7 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'nin güneybatısında yaşları 6-18 arasında değişen 7116 çocukla yapılan çalışmada hafif kilolu ve obez olma oranları sırasıyla %13,6 ve %9,9 bulunmuştur ve çalışmamızla benzer şekilde obezite oranının en yüksek olduğu yaş grubu 6-11 yaş arası çocuklardır (153). Yine çalışmamızla benzer şekilde ABD verileriyle yapılan bir meta analizde kız ve erkek çocuklar için en yüksek BKİ prevelansı 6-11 yaş grubundaki çocuklarda bulunmuştur (154). Bunun sebebinin o yaş grubunun ergenlik döneminin öncesine denk gelmesiyle alakalı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda erkek çocuklardaki obezite (K: %9,3, E: %20,5) ve hafif kilolu olma (K: %10,7, E: %16,7) prevelansı kız çocuklara oranla fazla bulunmuştur. Türkiye'de (135,189,193) ve ABD'de (155) yapılan çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Ancak bazı ülkelerde tam tersi veriler kaydedilmiştir, İrlanda'da 2002-2012 yılları arasında yapılan tüm çalışmalarda kız çocuklarında obezite ve fazla kilolu olma prevelansı erkek çocuklara oranla fazla bulunmuştur (156). Portekiz'de yapılan bir çalışmada ise 2002 ve 2006 yıllarında hafif kilolu ve obez olma prevelansının erkek çocuklarda kız çocuklara oranla daha yüksek olduğu ancak 2010 yılında yapılan çalışmaya göre cinsiyetler arası fark olmadığı belirtilmiştir (157). Çevresel faktörlerin büyüme ve gelişme üzerine etkileri düşünüldüğünde

bölgesel farklılıklar görülmesi olağandır. Çalışmamızdaki veriler ülkemizin verileriyle uyumludur.

Çalışmamızdaki çocuklardan zayıf olanların oranı %13,1'di. 2010 TBSA verilerine bakıldığında 0-5 yaş arası çocukların %15,6'sı, 6- 18 yaş grubu çocukların ise 18,8'i zayıf bulunmuştur (102). 2-14 yaş arası çocukların verileri göz önünde bulundurulduğunda (en düşük 3-5 yaş arası: %14,6, en yüksek 12-14 yaş arası: %21,2) çalışmamızdaki zayıflık oranı daha düşüktür. 237 ilkokul öğrencisiyle Ankara'da yapılan bir çalışmada ise çocukların %8,8'i zayıf bulunmuştur (158).

Çalışmamızdaki annelerin BKİ değerlerine baktığımızda %12,5'i obez, %29,4'ü ise hafif kiloluydu. 2010 TBSA verilerine göre Türkiye genelinde obezite ve hafif kilolu olma sıklığı kadınlarda sırasıyla %41.0 ve %29.7 olarak saptanmıştır (102). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 verilerine bakıldığında ise kadınların %23,9'unun obez, %30,1'inin ise fazla kilolu olduğu bildirilmiştir (159). Konya'da 12247 kadınla yapılan bir çalışmada obezite sıklığı %33,9, hafif kilolu olma sıklığı ise %33 olarak bulunmuştur (160). DSÖ Türkiye verilerine bakıldığında 2008 yılında ülkemizde kadınlardaki obezite sıklığı %34.0 ve hafif kilolu olma sıklığı %64,1'dir (161). DSÖ'nün global verilerine göre 2016 yılında dünya nüfusunun %39'u (%39 erkek ve %40 kadın) hafif kilolu, %13'ü (%11 erkek ve %15 kadın) ise obezdi (14). Türkiye'de yapılmış çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızdaki hafif kilolu kadın sayısı benzer ancak obez sayısı düşüktür. Bunun nedeninin çalışmamızın İstanbul gibi bir metropolde yapılmış olmasından dolayı çalışmaya katılan annelerin hem eğitim düzeylerinin hem de çalışma oranlarının yüksek olması olduğunu düşünmekteyiz.

Nitekim çalışmamızda çalışan annelerin ideal kiloda olma durumunun, çalışmayan annelere oranla anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Arslan ve ark. Yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (162). Kuveyt'te de benzer şekilde çalışmayan kadınlarda obezite %47 iken, çalışan kadınlarda bu oran %34 olarak tespit edilmiştir (163). Bu çalışmalar ışığında çalışan kadınların kilo kontrolüne daha fazla dikkat ettiği söylenebilir.

Benzer sebeplerden ötürü çalışmamızdaki annelerin sahip olduğu çocuk sayısı ortalaması $1,7 \pm 0,6$ iken TBSA verilerine göre İstanbul'daki 15-49 yaş arası kadınların sahip olduğu çocuk sayısı ortalaması 2.2'dir (102). Çalışan kadınların gebelik ve sonrasındaki izin süreleri ve çalışırken çocukların bakım problemleri çocuk sayısının azlığının sebebi olabilir.

Çalışmamızdaki anne sütü alma sürelerine bakıldığında çocuklarını toplamda 13-23 ay arası emziren anneler %20,9 idi ve 24 ay ya da daha uzun süre emziren anneler ise %45,8 idi. Ortalama ek gıdaya başlama ayı $6,04 \pm 1,9$ (min:1, maks:20), ortalama katı ve pütürlü gıdaya başlama ayı $9,4 \pm 6,2$ idi. TBSA verilerine göre 13-23 ay süre ile anne sütü alanların oranı %24.0 ve >24 ay süre ile alanların oranı ise %24.5 idi. Sadece İstanbul için anne sütü alma sürelerine bakıldığında oran %25,7 olarak tespit edilmiştir (102). Ünsal ve ark. çalışmalarında, toplam anne sütü alma süresi 8.5 ± 5.9 ay bulunurken (164) Telatar ve ark. çalışmasında ise toplam anne sütü alma süresi 12 ± 5.7 ay, ek gıdaya geçiş zamanı 5.4 ± 0.8 ay bulunmuştur (165). Yine İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada toplam emzirme süresi 17.7 ± 8.4 ay, ek gıdaya başlama zamanı 5.7 ± 1.2 ay, katı ve pütürlü gıdaya geçme zamanı 13.6 ± 4.8 ay olarak bulunmuştur (166).

Uzamış emzirme süresinin büyümeye ve bilişsel (kognitif) işlevlere olumlu etkisi ile kronik hastalık ve şişmanlık riskini azaltıcı etkisi bilinmektedir (167). DSÖ'nün önerilerine göre de; emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için ideal yiyecek sağlamanın eşsiz bir yoludur; aynı zamanda annelerin sağlığı için önemli etkileri olan üreme sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme daha sonra da tamamlayıcı besinlerle beraber 2 yaşına kadar emzirme önerilmektedir (51). Çalışmamızdaki annelerin nerdeyse yarısı bebeklerini en az 24 ay emzirmiştir.

Tamamlayıcı besine geçme zamanı diğer çalışmalarla uyum göstermektedir. Bebek dört-altı ayda yarı katı besinleri ağız boşluğunun arka tarafına aktarmayı ve yutmayı başarır. Baş ve boynun nöromüsküler kontrolünün tamamlanması, el göz koordinasyonunun gelişmesi, bebeğin anne ve çevre ile ilişkiye geçmesi, oturmaya

başlaması, çiğneme ve yutma becerisinin gelişmesi ek besinlere başlanabilmesi için gerekli gelişim basamaklarıdır. Bu nedenlerle ve DSÖ'nün önerisi ile tamamlayıcı besinlere başlama zamanı altıncı aydır (168). Tamamlayıcı besinlere altı aydan sonra geçmek malnütrisyona sebep olabilir, tamamlayıcı besinlere geç başlamanın kalori açığına ve demir eksikliğine sebep olabildiği de bilinmektedir, bunun sebebi hem büyümeyle hem de hareketin artmasıyla bebeğin ihtiyacının artmasıdır (169). Çalışmamızdaki tamamlayıcı besine başlamanın ortalama zamanı bu önerilerle uyumlu bulunmuştur.

İngiltere'de 9360 anneyle yapılan bir çalışmada annelerin %10,7'si çocuklarını 6 aydan önce, %71,9'u 6-9 ay arası, %17,6'sı ise 10 ay ve sonrasında katı ve pütürlü gıdalarla beslediklerini söylemişlerdir. Katı gıdalarla geç tanıştırılan gruptaki çocuklarda, 15. Ayda yapılan ankette seçicilik ve belirli yiyeceklerden hoşlanmama daha fazla görülmüştür. Mevcut çalışmalar da, çiğnenebilen katı gıda içeriği olan besinlerin bebeklere 6-9 ay arası verilmeye başlanması gerektiğini söylemektedir, aksi takdirde ileriki yaşlarda beslenme gücüyle ile karşılaşılacakları öngörülmektedir (170). Türkiye de yapılan bir çalışmada iştahsızlık yakınması olan çocukların katı gıdaya başlama zamanı ortalamasının (11,6±0,4 ay) iştahsızlığı olmayan çocukların ortalamasına (8,5±0,2 ay) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (171). Çalışmamızdaki katı ve pütürlü gıdaya geçme zamanları Türkiye ortalamasına göre erken olmakla birlikte, uluslararası önerilerle uyumlu olarak bulunmuştur.

Örnek grubumuzdaki çocukların %36,6'sı hayatlarının bir döneminde iştahsızlık nedeniyle doktora başvurmuş ancak sadece %2'si reçeteli ilaç kullanmışlardı. İştahsızlık nedeniyle doktora getirilen 105 çocukta yapılan bir çalışmada çocukların BKİ'leri hesaplanmış ve %65,7 hastanın normal, %3,8 hastanın ise hafif kilolu olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada annelere çocuklarının bedensel durumu sorulduğunda ise hepsi çok kötü olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (172). İştahsızlık nedeniyle doktora başvuran çocukların sağlıklı popülasyonun %20-25'ini oluşturduğu bilinir (72). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde Campbell ve ark. yaptığı çalışma sonucunda da olduğu gibi çocukların beslenme davranışlarının

ailelerin beklentisini karşılayamaması, aileler tarafından iştahsızlık olarak adlandırılmaktadır. Çocuklar çoğu zaman yeterli miktarda yemelerine rağmen ailelerin beklentilerini yerine getiremezler (129).

Çalışmamızın devamında çocuk BKİ gruplarıyla annenin sosyodemografik özellikleri ve aile yapısı karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. Ancak anne BKİ ile çocuk BKİ karşılaştırıldığında aralarında pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. ($r=0.166$, $p=0.041$). Obez ya da fazla kilolu bir ebeveyne sahip olmanın, çocukluk çağındaki obezite için risk faktörü olduğu bilinmektedir (173). İran'da 6-18 yaş arası 23043 çocuk ve ebeveynleri ile yapılan çalışmada hem kız hem de erkek çocuklarında, obez ebeveyne sahip olanlarda obez olma riski daha fazla bulunmuştur (174). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada çocuklar için obezite riski her iki ebeveyni obez olan çocuklarda %80, tek ebeveyni obez olanlarda %40 olarak tespit edilmiştir (108). Yine 239 çocuk ve ailesiyle yapılan bir çalışmada annenin obez ya da fazla kilolu olması, çocukluk çağı obezitesinde risk faktörü olarak saptanmıştır (175).

Her ne kadar obezitenin genetik etkileri üzerinde çokça durulsa da, çevresel ve davranışsal faktörleri inceleyen çalışmaların sayısı da oldukça fazladır. Çocuklar ailelerinden sadece genlerini değil yeme alışkanlıklarını ve davranışlarını da miras alırlar. Bu nedenle, sağlıksız beslenme alışkanlığı, sedanter yaşam, düşük fiziksel aktivite ve uzamış televizyon seyretme zamanlarına sahip ailelerde hem ebeveynler hem de çocuklar obezite riski altındadır (176).

Çocuk beslenme davranışları ile çocuk BKİ'leri karşılaştırıldığında, aile sofrasında yemek yemenin obeziteye karşı koruyucu bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Adölesanlarla yapılmış iki çalışmada, aile sofrasında yemek yeme sıklığı artmasıyla obeziteye sahip olma arasında negatif anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur (177,178). Yine ABD'de yapılan başka bir çalışmada aile yemeklerinin ileriki yaşamda obeziteye karşı koruyucu olduğu bulunmuştur ve yemeklerin sıklığı ne kadar fazlaysa koruyuculuk da o kadar yüksektir (179). Aile sofrası, daha sağlıklı besin tüketimi, daha fazla meyve ve sebze, daha az kızarmış ve hazır yiyeceklerin

tüketilmesiyle ilişkili bulunmuştur (180). Aile yemekleri, ebeveynlere çocuklarına besleyici ve sağlıklı yiyecekler sağlama, çocukların kalori yoğunluğu ve abur cubur alımını sınırlama ve sağlıklı beslenme davranışı için rol model olarak hizmet etme imkanı sunar (181). Ek olarak, aile yemekleri, aile üyeleri arasında duygusal bağlantı için fırsatlar sağlayabilir, duygu düzenleme için destekleyici bir ortam yaratabilir ve çocuklara günlük yaşamlarında kendi yeme davranışlarını düzenleme becerisi veren bir güvenlik duygusu yaratabilir (182). Biz de çalışmamızda benzer şekilde, ailesiyle düzenli sofraya oturan çocukların BKİ ile aralarında anlamlı ilişki saptamıştık. Buna göre düzenli sofraya oturma ile obezite arasında negatif ilişki saptanmıştır.

Her ne kadar biz çocukların öğünler sırasında TV izleme durumunu sorgulamış olsak da yapılan çalışmalarda uzun süre TV izleyen ve tablet, bilgisayar, telefon gibi elektronik aletlerde zaman geçiren çocuklarda obezite riskinin anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (183,184). Ayrıca öğün sırasında TV seyretme üzerine yapılan çalışmalarda da hem yemek sırasında TV seyretmenin daha kalitesiz beslenmeyle ilişkili olduğu, hem de ‘farkında olmadan’ yemeye neden olduğu için obeziteyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (39,42).

Annelerin çocuklarını görsel üzerinden değerlendirmeleri istenmiş ve yapmış oldukları seçime uygun olarak annenin çocuğunu hangi BKİ sınıfında algıladığı ‘anne algısı BKİ’ adı altında gruplandırılmış ve bu çocuğun sosyodemografik özellikleriyle karşılaştırılmıştır. Çocuğun gerçek BKİ ile anne algısı BKİ aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Buna göre anneler obez ve kilolu olan çocuklarını olduğundan düşük BKİ grubuyla eşleştirirken, ideal kiloda olan çocuklarını aynı BKİ grubuyla, zayıf olan çocuklarını ise olduklarından yüksek BKİ grubuyla eşleştirmişlerdir.

Anne algısı BKİ annenin sosyodemografik özellikleriyle karşılaştırıldığında ise anne BKİ ile arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Buna göre zayıf anneler dışındaki tüm anneler, çocuklarını anlamlı olarak oldukları BKİ grubunda değerlendirmişlerdir. Almanya’da 291 anneye yapılan bir çalışmada annelere yaşa ve cinsiyete özgü gelişim resimleri gösterilmiş ve annelerin kilolu ve obez olan grubu

belirlemeleri istenmiştir. Çalışmada annelerin %58,1'i 90 ve 97 persentile uygun görseli doğru olarak belirleyebilmiştir ve bunun kendi çocuklarının BKİ durumlarıyla anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada annelerin %78,9'u kilolu çocuklarının değerlendirmesinde normal BKİ' ne uygun gelen çizimleri seçmişlerdir (185). ABD'de 83 ebeveynle yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerden çocuklarının kilo durumlarına uygun yeri görsel bir analog ölçekten seçmeleri istenmiştir. Yapılan değerlendirmelerde zayıf çocuklar için yüksek seçimler, ideal kilodaki çocuklar için kilolarına uygun seçimler ve kilolu çocuklar için düşük seçimler yapıldığı görülmüştür (186). Türkiye'de görseller üzerinden yapılan bir çalışmada ise, ebeveynlerin %36,7'si çocuklarını olduklarından daha zayıf görsellerle eşleştirmiştir (130). Malezya'da 204 çocukla yapılan başka bir çalışmada ise ebeveynlerin %38,2'sinin çocuklarının kilo durumunu değerlendirmede başarısız oldukları ve özellikle obez çocuklarda bu oranın daha yüksek olduğu görülmüştür (187). ABD'de 107 çocukla yapılan başka bir çalışmada ailelerin %28'i çocuklarının kilosunu yanlış değerlendirmiş, 17 obez çocuktan yalnızca bir tanesi ailesi tarafından obez olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca zayıf olan tüm çocuklar da normal kiloda olarak değerlendirilmiştir (188). Yine 439 çocukla yapılan bir çalışmada ebeveynlerin çocuklarını görsel çizimler üzerinden değerlendirmeleri istenmiş ve normal kiloya sahip çocukların nerdeyse hepsi olduklarından daha zayıf bir görselle eşleştirilirken, kilolu veya obez olan çocuklar da zayıf görsellerle eşleştirilmiştir ancak fark normal kilodaki çocuklardan farklı olarak 2 ya da daha fazla görselden oluşmuştur (189). Tüm bu çalışmalar, bizim çalışmamızla uyum göstermektedir. Önceki çalışmalar ebeveynlerin vücut görünümlerini belirlemede hataya düşmelerini birden fazla teoriyle açıklamışlardır. Ebeveynler kilo sorununu kabul etme konusunda isteksizdirler ya da bu durum artık kabul görmüş bir gerçek olduğu için bu konuda duyarsızlaşmışlardır (190). Aileler çocuklar için tehlikeli vücut görünümünden ve kilolu olmanın ileriki yaşamda ortaya çıkarabileceği sağlık sorunlarından habersiz olabilirler. Aynı zamanda belirleme ölçütünün görsellerden oluşması da aileleri zorlamış olabilir. Çocukluk çağı obezitesinde başarı ancak ebeveyn katılımıyla mümkündür ve bunun için de önce ebeveynlerin sorunu tanımları gereklidir. Sağlık çalışanlarının ailelerin çocuklarının bedensel durumlarını değerlendirmede daha doğru bir yaklaşım belirlemesi konusunda onlara yardımcı olması gerektiğini düşünmekteyiz. Özellikle sağlıklı beslenmeye teşvik, fiziksel

aktivitenin artırılması, devletin çevreyi fiziksel aktivite yapmaya uygun hale getirmesi ve özellikle çocukları hedef alan reklamları sınırlandırması yapılabileceklerden bazılarıdır (191). Boyington and Johnson bu mesajların tüm sağlık çalışanları tarafından devamlı olarak iletilmesi ve güçlendirilmesi gerektiğini söylemişlerdir (192). Biz de sağlık sisteminin ilk başvuru noktası olan, tüm yaş ve hastalık gruplarıyla iletişimi olan aile hekimlerine bu konuda büyük rol düştüğünü düşünmekteyiz.

Literatür kilolu ve obez ebeveynlerin, normal kilodakilere oranla çocuklarının kilosunu olduklarından daha az değerlendirme eğiliminde olduklarını göstermektedir (190). Ancak biz çalışmamızda bu verinin aksine zayıf anneler dışındaki tüm BKİ grubundaki annelerin çocuklarını anlamlı olarak doğru BKİ grubunda değerlendirdiklerini bulduk. Bunun sebebinin çalışmamızdaki eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Yapılan bir çalışmada obez erkek çocuklarının ebeveynleri tarafından daha sıklıkla zayıf veya normal olarak algılandıkları (193) başka bir çalışmada ise kız çocuklarının aileleri tarafından yanlış sınıflandırıldığı bulunmuştur (194). Biz çalışmamızda cinsiyete ve anne algısı BKİ arasında anlamlı ilişki bulmamakla beraber, erkek çocuklarının kız çocuklara oranla anneleri tarafından daha fazla ‘olduklarından zayıf’ olarak sınıflandırıldıklarını tespit ettik.

Bu çalışmada değerlendirilmeyen birçok farklı etmen anne algısını etkileyebilir. Önceki çalışmalarda, daha yüksek BKİ’ne sahip başka çocuk sahibi olma, daha büyük çocuk sahibi olma, düşük eğitim seviyesine sahip olma yanlış algılamaların sebepleri olarak gösterilmiştir (186,194,195). Ayrıca kişilerin yaşadığı çevre ve yakınlarındaki kişilerin çocukları hakkındaki fikirleri onların çocuklarıyla ilgili görüşlerini etkiliyor olabilir. Toplumun genelinde olan kilolu çocuk-sağlıklı çocuk kavramının düzeltilmesi için toplum eğitimlerinin yapılması gerekmektedir.

Yaşa ve cinsiyete özgü görsellerden annelerin çocuklarının olmasını istedikleri görseli seçmesi istenmiş ve ilk seçtikleri görselle karşılaştırılmıştır. Aradaki ilişki

‘anne beklentisi’ adı altında sınıflandırılmıştır. Anne beklentisi ile çocukların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında çocuk BKİ gruplarıyla arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Buna göre anneler zayıf olan çocukları olduğundan kilolu, ideal kiloda ve hafif kilolu olan çocukları aynı görmek isterken, obez olan çocukları olduğundan zayıf görmek istediklerini belirtmişlerdir. Görülmektedir ki annelerin çocuklarının BKİ’lerini yanlış gruplandırırsalar bile, kendi içlerinde değerlendirmeleri istendiğinde doğru seçimler yapabilmektedirler. Meksika ve ABD’de yürütülen bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde görseller üzerinden ailelerin çocuklarını yansıtan ve onlar için ideal olduğunu düşündükleri görseli seçmeleri istenmiş ve zayıf çocukların ailelerinin daha kilolu görselleri, kilolu çocukların ailelerinin ise daha zayıf görseli seçtikleri görülmüştür (196). Anne algısının yanlış olabilmesini daha çok duygusal faktörlere bağlamaktayız, kendi çocukları dışında çocukları değerlendirmeleri istendiğinde annelerin daha yüksek oranlarda doğru seçimler yapabildiği görülmüştür (185). Bu nedenle anneler çocuklarının ‘obez’ ya da ‘zayıf’ olduğunu kabul etmemekle beraber, görsel beklentileri sorulduğunda çocuklarının BKİ’leri ile uyumlu cevaplar vermişlerdir. Myers ve ark. bu yanlış algılamının sebebinin basitçe ebeveynlerin çocuklarının kilolu olduğunu ya da olma riskiyle karşı karşıya olduğunu kabul etmemesinde ileri geldiğini öne sürmüştür (197). Weinstein bu kabul etmeme durumuna ‘optimistik bias’ açıklamasını getirmiştir (198). Ebeveynler bu fenomen altında düşündüklerinde, kilolu çocuklarında başkaları için gördükleri potansiyel sonucu en aza indirir veya göremezler.

Annelerin sahip olduğu çocuk sayısı ile anne beklentisi karşılaştırıldığında, tek çocuk sahibi annelerin anlamlı olarak çocuklarını aynı görmek istediği, ancak iki çocuk sahibi olan annelerin çocuklarını daha sıklıkla olduklarından zayıf görmek istedikleri belirlenmiştir. Biz çalışmamızda annenin sahip olduğu diğer çocukların kilo durumunu sorgulamadık ancak bunun sebebinin diğer çocukların fazla kilolu olması ve annenin yargılamasının bunun üzerinden şekil alması olduğunu düşünmekteyiz.

İştahsızlık nedeniyle doktor başvurusu bulunan çocukların, çocuk BKİ ile karşılaştırması yapıldığında aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Buna

göre zayıf olan çocukların doktora başvuru oranları yüksekken, normal kiloda, hafif kilolu ve obez olan çocukların ise düşüktür. Türkiye’de 147 çocukla yapılan çalışmada, iştahsızlık şikayeti olan çocukların olmayanlara oranla BKİ’leri anlamlı olarak 10 persentilin altında bulunmuştur (171). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyum göstermekteydi.

Anne beklentisi ile iştahsızlık nedenli doktor başvuruları karşılaştırdığında ise, çocuklarını oldukları gibi görmek istediklerini söyleyen annelerin doktora başvuru oranı anlamlı olarak düşükken, çocuklarını olduklarından zayıf ve kilolu olarak görmek isteyen annelerin iştahsızlık nedeniyle doktora başvuruları anlamlı oranda yüksekti. Bir çocuğun ailesi tarafından iştahsız olduğunun belirtilmesi konunun araştırılması için yeterli bir sebeptir ancak unutulmamalıdır ki iştahsızlık şikayeti ile doktora başvuru oranı %20-25’ini sağlıklı çocuk popülasyonu oluşturmaktadır. Çocuk beslenmesinde her ebeveynin değerlendirmesi ve beklentileri farklılık gösterebilir, iştahsız olarak nitelendirilen çocukların normal büyüme gelişme gösterdiği saptanırken, kilolu ve obez çocuklar ise aileleri tarafından fark edilmeyebilir. Yapılan bir çalışmada çocuklarında obezite tespit edilen annelerin neredeyse %80’inin bu durumu kabul etmediği görülmüştür (195). Bu nedenle hem ailelerin şikayetleri dikkate alınmalı hem de gerekli durumlarda bakış açılarını değiştirmeleri sağlanmalıdır. Bu nedenle de her bakımdan en kolay ulaşılabilen hekimler olan aile hekimlerine büyük görev düştüğünü düşünmekteyiz. Türkiye’de kilolu ve obez çocuk sahibi aileler, çocukların öğretmenleri ve aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ailelerin hepsinin çocuklarının kilosunun farkında olduğu ancak çoğunun bunu dönemsel bir durum olarak kabul ettikleri ve çocukları büyüdükçe bunun bir sorun olmaktan çıkacağını düşündükleri görülmüştür (199). Yine ailelere çözüm için başvuracakları yerler sorulduğunda çoğunluk ‘diyetisyen’ cevabını vermiştir. Aile hekimlerinin %84,1’i çocukluk çağı obezitesinde rol sahibi olabileceklerini düşünmekteyken, yalnızca %32,4’ü kendilerini bu konuda yeterli gördüklerini söylemişlerdir (199). Ailelerin aile hekimlerini tanımalarının ve doğru şekilde faydalanabilmelerinin, aynı zamanda koruyucu hekimliğin bir parçası olarak aile hekimlerinin çocukluk çağı obezitesinde söz sahibi olmalarının önemli olduğunu

düşünmekteyiz. Bu da hem ailelerin hem de doktorların farkındalığını arttırarak mümkün olabilecektir.

Araştırmacının görsel değerlendirmesi gerçek çocuk BKİ değerleri ile karşılaştırıldığında, araştırmacı çocukları %85,6 oranında doğru, %10,5 oranında oldukların düşük ve %3,9 oranında olduklarından yüksek BKİ grubunda değerlendirmiştir. Araştırmacının değerlendirmeleri gerçek BKİ ile karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı değerlendirmeler yaptığı görülmüştür. Buna göre araştırmacı obez çocukların %90,5'ini obez, %9,5'ini hafif kilolu olarak, hafif kilolu çocuklarınsa %75'ini hafif kilolu, %20'sini ise obez olarak değerlendirmiştir. Annelerin ve araştırmacının görsel değerlendirmelerine bakıldığında anneler obez çocukların %73,9'unu, kilolu çocukların %66,7'sini araştırmacıya göre zayıf, zayıf çocukların %45,0'ını ise araştırmacıya göre kilolu olarak değerlendirmişlerdir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çocuk cinsiyetine ve annenin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında aralarında anlamlı istatistiksel ilişki bulunamamıştır. 5-18 yaş arası çocuk sahibi 91 ebeveynle yapılan bir çalışmada araştırmacının görselleri kullanarak %63,1 çocuğun beden görünümünü doğru, %33,3'unu olduğundan düşük, %2,6'ünü ise olduğundan yüksek değerlendirdiği ve olduğundan düşük değerlendirmenin araştırmacıya oranla ebeveynlerde daha sık olduğu görülmüştür (200).

Her ne kadar yapılan çalışmaların neredeyse hepsi ailelerin çocukların vücut algısı üzerine kurulmuş olsa da, aynı toplumun etkisiyle yetişmiş tüm bireyler de toplum tarafından kabul görmüş genel kuralların etkisi altında olabilirler. Ailelerin çocuklarını değerlendirirken duygusal davranması beklenen bir durumdur, ABD'de yapılan bir çalışmada ailelerin obezitenin sonuçlarının farkında olduğu ancak kendi çocuklarının fazla kilosunu 'sempatik' olarak yorumladıkları görülmüştür (201). Aynı durum hekimler için de geçerli olabilir. Bu nedenle sadece aile farkındalığını değil, hekim farkındalığını da arttırmak gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın son kısmında Çocuk Yeme Davranışı Anketi'nden elde ettiğimiz alt ölçek puanlarını kullandık. ÇYDA toplam 35 soru ve sekiz alt ölçekten oluşan ve

bu alt ölçeklerle çocuğun beslenme davranışları hakkında bilgi veren bir ölçektir. Gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme ve gıdadan keyif alma ve içme tutkusu kabaca pozitif iştah göstergesi olarak, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği ise kabaca negatif iştah göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Gıda heveslisi ve gıdadan keyif alma genel olarak iştahlılık, gıda uyaranlarına olumlu cevap verme olarak nitelendirilebilir. BKİ yüksek kişilerde bu alt ölçeklerin puanları artmıştır (202). İçme tutkusu; sıvı gıda ve özellikle şekerli sıvı gıdalar tüketme ve yanında bulundurma eğilimi olarak açıklanmaktadır (203). Tokluk heveslisi gıda alımı sonrası tokluk hissedebilme, enerji alımını düzenleyebilme anlamına gelmektedir. Yavaş yeme, yemek ilgisinin azlığına bağlı yeme hızının düşmesi olarak açıklanabilir. Yemek seçiciliği; yetersiz miktarda ve çeşitte besin alma anlamına gelmektedir (62). Bu durum yemek ilgisinin kaybolması (204) ve yavaş yeme ile sonuçlanmaktadır (86). Duygusal az ve çok yeme; değişen duygu durumu sonucu beslenmenin de değişmesi olarak tanımlanır. DAZ BKİ ile ters, DAY ise BKİ ile doğru orantılı bulunmuştur (205).

Çalışmamızda cinsiyet faktörünün yemek yeme davranışı üzerine etkisi değerlendirildiğinde, kızlarda erkeklere oranla duygusal az yeme puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur, diğer alt ölçekler arasında herhangi bir anlamlı fark tespit edilmemiştir. Sleddens ve ark. yaptığı çalışmada gıdadan keyif alma kızlarda yüksek bulunurken, yemek seçiciliği ve duygusal aşırı yeme erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (206). Brezilya’da yapılan başka bir çalışmada ise içme tutkusu puanları erkek çocuklarında daha yüksek bulunmuştur (207). İngiltere’de ikizler üzerinde yapılan bir çalışma duygusal yemenin erken çocukluk döneminde öğrenilen bir davranış olduğunu, DAZ ve DAY’de birçok ortak çevresel faktörün etkili olabileceğini göstermiştir. Duygusal yeme çocuklarda fazla ve az kilolu olma riskini arttıracığı için koruyucu önlemler alınmalıdır (208).

BKİ ile ÇYDA’nın alt ölçeklerini karşılaştırdığımızda, gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, tokluk heveslisi ve yavaş yeme ile arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur. Anlamlı çıkan verilere Post Hoc testi uygulandığında,

gıdaya yaklaşma olarak sınıflayabileceğimiz alt ölçeklerden; gıda heveslisi alt grubunda zayıf olan çocuklarla diğer bütün grupların puanları, ayrıca ideal kiloda olanlara oranla obezlerin puanları yüksek bulunmuştur. Duygusal aşırı yeme alt ölçeğinde obezlerin puanları zayıflara göre anlamlı olarak yüksek yine gıdadan keyif alma alt ölçeğinde ise zayıflara oranla diğer bütün gruplarınkı, ideal kiloda olanlara oranla ise obezlerin puanları yüksek bulunmuştur. Gıdadan kaçınma olarak sınıflayabileceğimiz alt ölçeklerden ise; tokluk heveslisi ve yavaş yeme alt ölçeklerinde zayıf çocukların puanları, diğer bütün gruplara oranla anlamlı oranda yüksek saptanmıştır.

Brezilya’da ve Londra’da yapılan iki çalışmada duygusal aşırı yeme puanları çalışmamızdakine benzer şekilde obezlerde daha yüksek bulunmuştur (207,209). Gıda heveslisi alt ölçeği yiyeceklerle alakalı her türlü çevresel uyarana karşı cevabın artmasıdır, bu nedenle kilolu ve obez çocuklarda daha fazla görülen bir özelliktir (202,210). ÇYDA kullanarak Türkiye ve yurtdışında yapılan çalışmalarda da gıda heveslisi alt ölçeğinde obezlerin puanları zayıflara oranla yüksek bulunmuştur , biz de çalışmamızda literatürle uyumlu sonuçlar bulduk. (206,211). Yine Londra’da 7-12 yaş arası 406 çocukla yapılan bir çalışmada obez çocukların GH, DAY, GKA alt ölçek puanları zayıflara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sleddens ve ark. aynı şekilde GKA alt ölçeğinde obez çocukların puanlarını zayıf çocuklara oranla yüksek bulmuştur (206). Viyana ve ark. Portekiz’de 240 çocukla yaptıkları çalışmada BKİ ile GH, DAY, GKA alt ölçekleri arasında pozitif, TH ve YY alt ölçekleri arasında negatif anlamlı ilişki bulmuştur. Bu bulgular bizim çalışmamızla birebir örtüşmektedir. Yemek ilgisinde azlığın göstergesi olarak kabul edilen DAZ, YS, YY ve TH zayıf çocukların yeme davranışı olarak kabul görmektedir (143,209,211). Biz de çalışmamızda bununla uyumlu sonuçlar bulduk.

Çalışmamızda gıda heveslisi alt ölçek puanı en fazla obez çocukların grubunda iken, en düşük zayıf çocukların grubunda görüldü. Bu sonuç yüksek BKİ’ne sahip çocukların çevresel besin işaretlerine daha duyarlı olduğu yönündeki çalışma sonuçları ile tutarlıdır.

Obez çocukların zayıflara göre "Tokluk Heveslisi" alt ölçeğinde daha düşük puanları olmasının, doygunluğa verilen yanıtın azaldığı, çocukları yiyecek alımını düzenleme konusunda daha az yetenekli hale getirdiği ve dolayısıyla aşırı kilo alımına katkıda bulunduğu fikri ortaya konmuştur (206,209,211). Başka çalışmalarda da aileler tarafından yeni bir yemek denetme ya da sadece yemeğini yedirmeye çalışma sırasında kullanılan stratejilerin, çocuklarda iştahlarını düzenlemeyi öğrenmeyi engelleyebileceği belirtilmiştir (212,213).

Çalışmamızda obezlerin yavaş yeme alt ölçeğinde daha düşük puanlar aldığı görülmüştür, bu da obez çocuklarda daha hızlı beslenme paternini göstermektedir. 8-12 yaş arası 80 çocuğun yeme davranışını araştıran bir çalışmada, gözlem altındayken ve anneleri yanlarındayken çocuklara yemek yedirilmiş ve obez çocukların ideal kilodaki çocuklara oranla daha hızlı ve daha büyük lokmalarla yemeklerini yedikleri görülmüştür (214). Biz çalışmamızla annelerin çocuklarını besleme paternlerini araştırmadık ancak araştırmalar (213) çocukların beslenme tarzının ileriki yaşamlarındaki kilo durumlarıyla ilişkili olabileceğini, kısıtlama ve fazla yemeyi teşvik gibi davranışların çocuklarda kilo alımı ve obejenik yeme davranışlarıyla kendini gösterebileceği, öteki taraftan yüksek kalorili yiyeceklerin alımının takibinin ise daha sağlıklı beslenme davranışları ile kendini gösterebileceğini vurgulamaktadır. Baskıcı yedirme tarzı, besinleri ödül olarak ya da çocuklar ilişkiyi düzeltmek için kullanma, kısıtlama gibi besleme davranışları konusunda ailelerin bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki BKİ ve alt ölçek puanlarının ilişkisine genel olarak baktığımızda, obez çocukların daha hızlı yeme eğiliminde olması (215,216) tokluk sinyallerini alma konusunda daha duyarsız olmaları (217) ve gıda uyaranlarına karşı daha açık olmaları (218) literatürle uyumlu sonuçlardır.

Çocukların yaşlarıyla karşılaştırıldığında DAY ve GKA ile pozitif, YY ve DAZ ile negatif anlamlı korelasyon saptanmıştır. Wardle ve ark. ve Ashcroft ve ark. da yaptıkları çalışmalarda duygusal az yemeyi küçük yaşlarda daha fazla olarak tespit etmişlerdir (143,219). Yine Türkiye’de okul öncesi ve okul dönemindeki çocuklarla

yapılan bir çalışmada DAZ yaşla birlikte negatif korelasyon gösteriyor olarak tespit edilmiştir (220). Bunun sebebi küçük çocukların duygusal strese, büyük çocuklardan daha fazla olarak biyolojik olarak tepki vermeleridir. Duygusal stres durumlarında iştahları, barsak hareketleri ve besin alımları azalır (221). Duygusal aşırı yeme, duygusal az yemenin tam tersi küçük yaştaki çocuklarda daha düşük puanlı tespit edilmiştir. Wardle ve ark. yaşla birlikte DAY arasında ilişki bulamazken (143) Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada bulunmuştur (220). Duygusal stresörlerle başa çıkmak için fazla yemek yeme sonradan kazanılan bir davranıştır ve küçük çocuklarda bulunmaz. Psikosomatik teoride de belirtildiği gibi yaşam içindeki deneyimler, stresle başa çıkmada insanlara yemek yeme davranışını kazandırır (222).

Yavaş yeme ve yaş arasındaki ilişki literatürle uyumlu olarak bulunmuştur (207,211) ve küçük çocuklarda daha düşük puanlarda tespit edilmiştir. Bazı araştırmalar (143,211,223) çocukların büyümeyle beraber ne yiyeceklerine ve ne kadar yiyeceklerine karar vermeye başlamalarıyla, yeme davranışlarının da değişmeye başladığını ve bunların içinde yeme hızının artmasının da olduğunu savunmuşlardır. Gıdadan keyif alma, Wardle ve ark. (143) çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da yaşla pozitif ilişkili bulunmuştur. Bunun sebebinin de yavaş yeme alt ölçeğine benzer şekilde, çocukların ileriki yaşlarda ne yiyeceklerine karar verme imkanlarının artmasıyla ve ebeveyn kontrolünün azalmasıyla, gıdalarından daha çok keyif almaya başlamaları olduğunu düşünmekteyiz. Ebeveyn davranışlarını da içerecek şekilde yeme davranışının gelişim basamaklarını araştırmak bu konuyu daha iyi anlamamıza sebep olacaktır.

Çalışmamızda annenin sosyodemografik verileri ve ÇYDA’nın alt ölçeklerini karşılaştırdığımızda lise altı eğitime sahip annelerin lise ve üstü eğitime sahip annelerin çocuklarına oranla, çalışmayan annelerin çalışan annelerin çocuklarına oranla ve aylık gelir durumu <2000 TL ve 2000-5000 TL arası olan ailelerin geliri $\geq$ 5000 TL olan ailelerin çocuklarına oranla içme tutkusu alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İçme tutkusu çocukların yanlarında, düşük besin değeri ve yüksek enerji yoğunluğuna sahip içecekleri (tatlandırılmış meyve suları vb.) taşıma isteğini yansıtır. Her ne kadar bizim çalışmamızda çocuk BKİ ile İT arasında ilişki

bulunamamış olsa da birçok çalışmada şekerli içeceklerin tüketimi ile çocuk BKİ arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (203,224). Flaman anneler ve çocuklarıyla yapılan bir çalışmada, ikiden fazla çocuğa sahip olma, annenin düşük eğitime sahip olması, annenin çalışmıyor olması atıştırma ve tatlandırıcı içeceklerin dahil olduğu sağlıklı besin tüketimiyle ilişkili bulunmuştur (225). Kanada’da okul öncesi çocuklarla yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında tatlandırıcı ve şekerli içeceklerin daha çok tüketildiği bulunmuştur (226). Ayrıca anne eğitiminin çocuklarda sağlıklı beslenmeyi en çok etkileyen faktörlerden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (226). Bütün bu veriler beraber değerlendirildiğinde, çocuk BKİ ile anne eğitimi ve gelir durumu arasında ilişki bulamasak da içme tutkusu alt ölçek puanlarının düşük sosyoekonomik düzeyli aile çocuklarında yüksek çıkmasının bu verileri destekler nitelikte olduğunu düşünmekteyiz.

Yemek seçiciliği alt grubunda aile gelirine bakıldığında düşük gelirli aile çocuklarında puanlar, yüksek gelirli aile çocuklarına oranla anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kardeşi olan çocuklarda duygusal aşırı yeme ve yemek seçiciliği alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Kardeşinin olması çocuğun algısına göre evdeki rekabet ortamını artırıyor, çocuğun sorunlara daha duygusal yaklaşmasına sebep oluyor ve DAY puanlarını yükseltiyor olabilir. Aynı şekilde kardeşiyle arasındaki yeme davranış farklılıkları ailenin çocukları birbirleriyle karşılaştırıp besleme tarzlarında hatalar yapmalarına, baskıcı davranmalarına neden oluyor ve bu da yemek seçiciliği alt ölçek puanlarını yükseltiyor olabilir.

Biz çalışmamızda annenin BKİ ile ÇYDA alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulamadık. Çocukların beslenme davranışlarını etkileyen birçok faktörün içinde ailenin benimsediği beslenme davranışları büyük yer kaplar. Doğumundan okul dönemine kadar takip edilen 150 çocukla yapılan bir çalışmada çocukların kilolu olmasındaki en büyük risk faktörünün ailenin kilolu olması olduğu bulunmuştur (227). Aile çocuğa aktardığı genetik faktörler dışında, eve giren yiyeceklerin içeriği, fiziksel

aktivite yapma durumları gibi çevresel faktörlerle de çocuğun ileriki yaşamlarındaki davranışlarını şekillendiriler.

Çocukların beslenme alışkanlıkları ve ÇYDA alt ölçeklerini karşılaştırdığımızda anne sütünü hiç almayan çocuklarda içme tutkusu alt ölçek puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda anne sütünün obeziteden koruyucu etkisi olduğu, anne sütüyle beslenmeyen çocuklarda, anne sütüyle beslenen çocuklara oranla obezitenin daha sık görüldüğü ve anne sütüyle beslenme süresinin de bunu etkilediği gösterilmiştir (228). McCrory ve ark. yaptığı çalışmada 13-25 hafta arası anne sütü alan çocuklarda, hiç anne sütü almayanlara oranla 9 yaşında obez olma riskinin %38 azaldığı görülmüştür (229). Emzirilen bebeklerin, mamayla beslenen bebeklere oranla aldıkları besin miktarı üzerindeki kontrolleri daha fazla olabilir bu nedenle tokluğa karşı duyarlılıkları artmış olabilir (27). 3-6 yaş arası 106 çocukla yapılan bir çalışmada, biberonla beslenen bebeklerin erken çocukluk döneminde emzirilen bebeklere oranla yüksek tokluk cevapları göstermesinin %67 oranında daha az olduğu bulunmuştur (230). Anne sütüyle beslenme direkt beslenme ileriki yaşlarda iştah kontrolünün daha fazla olmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda anne sütü almayan çocuklarda, BKİ ile pozitif yönde korelasyona sahip olduğu bilinen içme tutkusu alt ölçeğinin puanları yüksek çıkmış olabilir.

Çalışmamızda aynı zamanda evinde öğün düzeni olmayanlarda ve her gün 1'den fazla ambalajlı gıda tüketen çocuklarda içme tutkusu alt ölçek puanları ayrıca sofrada bazen ailesiyle oturan çocuklarda ise duygusal aşırı yeme puanları yüksek tespit edilmişti. Yapılan çalışmalar ailesiyle düzenli, olarak yemek yiyen çocuklarda obezite riskinin yemeyen çocuklara göre arttığını göstermektedir. Ambalajlı gıdalar çok fazla tatlandırıcı ya da tuz içerebilirler ve bu ürünleri fazla tüketen çocuklarda susama hissi diğer çocuklara göre artmış olabilir. Yapılan bir çalışmada artmış tuz alımı nedeniyle 4-18 yaş arasında toplam sıvı ve şekerli içeceklerinin tüketiminin arttığını göstermiştir (231). Hem içme tutkusu hem de fazla ambalajlı gıda tüketme obeziteye zemin hazırlayan faktörlerdendir ve biz çalışmamızda bu iki faktör arasında pozitif korelasyon bulmamızın sebebinin bu olduğunu düşünmekteyiz. Aynı şekilde

evinde öğün düzeni bulunmayan çocuklar yemeklerini ideal şekilde yiyemiyor ve bu da daha fazla atıştırma ve hazır gıdaya yönelmelerine neden oluyor olabilir. Ayrıca ailesiyle düzenli sofraya oturan çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmasının yanı sıra duygusal olarak da daha istikrarlı oldukları gözlenmiştir (232). Aynı zamanda aile yemeklerinin sıklığı arttıkça günlük hayattaki stres algısının azaldığı da gözlenmiştir (233). Yani aile yemekleri hem bireyin duygu durumunun daha stabil olmasına hem de gündelik stresleri daha hafif algılamasına sebep olmaktadır. Çalışmamızdaki DAY ve sofraya oturma bağlantısının bundan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ek besine başlama zamanı ile GKA alt ölçeği arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. 21 çalışmanın incelemesi ile yapılan bir meta analizde, 13 çalışmada ek gıdaya başlama ile çocukların BKİ arasında ilişki bulunmazken, 4 çalışmada 4 aydan önce ek besine başlama ile 6 ay sonrası başlayan çocukların BKİ arasında ilişki bulunurken, 1 çalışmada da ek besine geç başlanan her ay için çocukların kilolu olma riskinde %1 düşüş saptanmıştır (234). Kısacası ek besine başlama zamanı ile çocukların BKİ arasında yapılan çalışmalarda veriler tutarsızdır, ek çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamızda son olarak ÇYDA alt ölçekleri ile anne beklentisi ve anne algısına göre çocuk BKİ karşılaştırılmıştır. Buna göre, anneleri tarafından daha zayıf olmaları beklenen çocuklarda, aynı olması beklenen çocuklara oranla içme tutkusu ve yavaş yeme alt ölçek puanları yüksek, ayrıca anneleri tarafından daha zayıf ve daha kilolu olması beklenen çocuklarda da tokluk hevesliliği alt ölçek puanları , aynı olması beklenen çocuklara oranla yüksek bulunmuştur. Literatürde bu verilerle uyumlu çalışma bulunmamaktadır. Annelerin çocuklarının iştah ve bedensel durumlarını algılamalarına göre çocuklarını besleme yöntemleri de şekillenir. Bu her zaman çocukların BKİ ya da objektif iştah durumlarıyla ilişkili olmayabilir. Yapılan bir çalışmada baskıcı yedirme tarzıyla tokluk hevesliliği arasında ve duygusal yedirme ile gıda hevesliliği alt ölçekleri arasında ilişki bulunmuştur ancak hiçbir yedirme tarzı ile çocuk BKİ arasında ilişki bulunamamıştır (234). Bu nedenle bu verileri sadece çocukların kilo durumunu göz önünde bulundurarak yorumlamamak gerekir.

Annelerin çocukları ile ilgili beklentileri bireysel ve çevresel bir sürü etkileşimin sonucu oluşur. Biz de normalde ‘besinden kaçınma’ kategorisinde incelenen tokluk heveslisi ve yavaş yeme alt ölçeklerinin annelerinin daha zayıf görmek istedikleri çocuklarda yüksek çıkmasının sebebinin bu olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında çalışmanın İstanbul’da ve nispeten yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan ailelerle yapılmış olması gösterilebilir. Çalışmanın genişletilmesi halinde daha düşük sosyoekonomik düzeyli aileler arasından seçim yapmak uygun olacaktır. Bunun dışında çalışmamızda annelerin bedensel algısını ölçerken sadece görsel çizimlerden yardım almış olmamız daha sınırlı veriler elde etmemize sebep olmuş olabilir, bedensel algıları görsel ve sözel olarak değerlendirmek daha geniş bir yelpazede yorum yapabilmek açısından faydalı olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 2-14 yaş arası çocukların annelerinin, çocuklarının iştahı ve bedensel yargıları hakkındaki görüşleri değerlendirilmiş ve bunlar nesnel ölçütlerle karşılaştırılmıştır.

6.1. SONUÇLAR

Anne BKİ ve çocuk BKİ değerleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Anne BKİ arttıkça çocuk BKİ de artıyordu.

Çocuk beslenme alışkanlıkları ve çocuk BKİ değerleri karşılaştırıldığında, sofraya her zaman ailesiyle oturan çocukların BKİ değerleri diğer çocuklara oranla anlamlı olarak normal sınırlarda bulunmuştur.

Anne algısına göre çocuk BKİ ile çocukların gerçek BKİ karşılaştırılmasında, annelerin zayıf çocukları olduğundan kilolu, normal kiloda olan çocukları oldukları gibi, fazla kilolu ve obez olan çocukları da olduklarından zayıf algıladıkları görülmüştü. Aynı şekilde anne BKİ ile karşılaştırılma yapıldığında, annelerin BKİ'lerinden bağımsız olarak doğru tahminlerde bulundukları, ancak oransal olarak en fazla kilolu ve obez annelerin çocuklarını olduklarında düşük BKİ grubunda algıladıkları görülmüştü.

Anne beklentisi ve annenin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, tek çocuk sahibi annelerin anlamlı olarak çocuklarının görünümünden memnun oldukları ancak çocuk sayısı arttıkça olduklarından zayıf/kilolu görme isteklerinin arttığı görülmüştür. Annelerin çocuklarını kıyaslama imkanı bulmalarıyla beraber bedensel algılarının ve beklentilerinin de değiştiğini düşünmekteyiz.

İştahsızlık nedeniyle doktora başvuran çocukların BKİ'leri anlamlı olarak düşüktü, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olan çocuklar ise daha az doktor başvurusunda bulunmuşlardı. Anne beklentisi aynı ve olduğundan zayıf olan

çocuklarda iştahsızlık nedeniyle doktor başvurusu düşükken, olduğundan kilolu olan çocuklarda yüksek bulunmuştu.

Araştırmacı algısına göre çocuk BKİ ile gerçek çocuk BKİ karşılaştırılmasında, araştırmacı anlamlı olarak doğru tahminlerde bulunmuştu.

Anne ve araştırmacının görsel değerlendirme karşılaştırması çocukların gerçek BKİ ile karşılaştırıldığında, anneler zayıf çocukları araştırmacıdan yüksek, normal kiloda, hafif kilolu ve obez olan çocuklarını ise araştırmacıdan düşük görsellerle eşleştirmişlerdi.

Çocukların cinsiyeti ve ÇYDA alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, duygusal az yeme alt ölçek puanları kız çocuklarda erkek çocuklara göre yüksek bulunmuştu.

Çocukların BKİ gruplandırmaları ve ÇYDA alt ölçek puanları karşılaştırıldığında gıda heveslisi alt ölçek puanları zayıf çocuklarda tüm gruplara oranla düşük, ayrıca ideal kiloda olan çocuklarda obez çocuklara oranla düşük bulunmuştu. Duygusal aşırı yeme alt ölçek puanları obez çocuklarda zayıflara oranla yüksek bulunmuştu. Gıdadan keyif alma heveslisi alt ölçek puanları zayıf çocuklarda tüm gruplara oranla düşük, ayrıca ideal kiloda olan çocuklarda obez çocuklara oranla düşük bulunmuştu. Tokluk heveslisi alt ölçek puanları zayıf çocuklarda diğer bütün gruplara göre yüksek bulunmuştu. Yavaş yeme alt ölçek puanları zayıf çocuklarda tüm diğer gruplara oranla yüksek ayrıca ideal kiloda olan çocuklarda obezlere oranla yüksek bulunmuştu.

Çocukların yaşı ve ÇYDA alt ölçekleri karşılaştırıldığında, DAY ve GKA ile yaşı pozitif korelasyon, YY ve DAZ negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştu.

Çalışmamızda annenin sosyodemografik özellikleri ve ÇYDA alt ölçek puanları karşılaştırıldığında düşük eğitim seviyesine sahip ve çalışmayan annelerin çocukları ile düşük gelirli ailelerin çocukların İT alt ölçek puanları yüksek tespit

edilmişti. YS alt ölçek puanları düşük gelirli aile çocuklarında daha yüksek, DAY ve YS puanları ise 1 kardeşi bulunan çocuklarda daha yüksek saptanmıştı.

Çocukların ek besine geçme zamanları ile GKA alt ölçeği arasında pozitif korelasyon tespit edilmişti.

Anne beklentisi ve ÇYDA alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, anneleri tarafından zayıf olması beklenen çocuklarda aynı olması beklenen çocuklara oranla İT,TH ve YY alt ölçek puanları yüksek, anneleri tarafından kilolu olması beklenen çocuklarda aynı olması beklenen çocuklara oranla TH alt ölçek puanları yüksek tespit edilmişti.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara bakıldığında annelerin görsel olarak çocuklarını değerlendirmeleri istendiğinde hem gerçek hem de araştırmacının değerlendirmesine oranla başarısız olduklarını gördük. Çocuklarda beslenme davranışlarını değerlendirirken, özellikle zayıf ve obez çocukların değerlendirmesinde çevresel ve genetik faktörlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekir. Çevresel faktörlerin büyük çoğunluğunu çocuğun ailesinin ona sağladığı ortam oluşturur. Bir ailenin çocuğunu sağlıklı yönlendirebilmesi için öncelikle onun durumunu doğru algılayabilmelidir. Bu nedenler ailelere yalnızca sözel olarak çocuklarının bedensel görünümelerini sormak yerine görsel olarak da fikirlerini almanın ve gerekli durumlarda bilgi vermenin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Bildiğimiz kadarıyla literatürle annelerin çocuklarının bedensel algısının ve ÇYDA alt ölçeklerinin karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konudaki araştırma sayısının artırılarak, annelerin algısının çocukların yeme davranışlarını hangi yönlerde etkilediği araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015,T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara 2016. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>. Erişim tarihi: 22.05.2019
2. Kutluay Merdol T. Okul öncesi dönem çocuklarının beslenmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, Ankara 2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%2010.pdf>. Erişim tarihi:11.05.2019
3. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi. Ankara 2002, Pegem Yayınları.
4. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1990;29:112-7.)
5. Nicklas TA, Baranowski T, Baranowski J, Cullen K, Rittenberry L, Olvera N. Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. Nutr Rev 2001;59:224-35.
6. Crawford D, Timperio A, Telford A, Salmon J. Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent unhealthy weight gain in children. Public health nutrition 2006, 9(07):889-95.
7. Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal feeding practices and childhood obesity: a focus group study of low-income mothers. Arch Pediatr Adolesc Med.1998;152:1010-14.
8. Baysal A. Beslenme. Ankara 2004, Hatipoğlu Yayınevi
9. Okul öncesi ve okul çağı çocuklarına yönelik beslenme önerileri ve menü programları. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayın No:915, Ankara 2013. https://okulsagligi.meb.gov.tr/image/images/files/beslenme_menu_rehberi.pdf. Erişim tarihi:3.6.2019
10. Jaballas E, Clark-Ott D, Clasen C, Stolfi A, Urban M. Parent's perceptions of their children's weight, eating habits, and physical activities at home and at school. J Pediatr Health Care 2011;25:294-301.
11. Malnutrition, World Health Organisation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. Erişim tarihi: 10.05.2019
12. Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil MB, Salihoğlu B, Yıldırım R, Şevketoğlu E. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi 2006;2:11-4.
13. Gurel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. DU Tıp Fakültesi Dergisi 2001;2(3):39-46.

14. Overweight and obesity, World Health Organisation.
https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/overweight_adolescents/en/.
Erişim tarihi:21.4.2019
15. Neyzi O, Günozt H, Furman A, Bundak R, Gokçay G, Darendeliler F ve ark. 2008. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51, 1–14.
16. Krebs NF, Jacobson MS. American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics. 2003;112:424 – 430 5.
17. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee: the Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. Am J Clin Nutr. 1994;59:307–16.
18. Simon GR, Baker C, Barden GA, Brown OW, Hardin A, Lessin HR et al. 2014 Recommendations for pediatric preventive health care. Pediatrics. 2014;133(3):568-70.
19. Baur LA. Childhood obesity: practically invisible. Int J Obes 2005; 29(4):351-52.
20. Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition, WHO 2000.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66509/WHO_NHD_00.6.pdf?sequence=1.
Erişim tarihi: 02.06.2019
21. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Mart 2001.
<http://tarim.kalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/20>. Erişim tarihi: 15.06.2019.
22. Çomak O. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Beslenme Davranışları ve Biyokimyasal Özellikleri İle Akademik Performanslarının İlişkilendirilmesi (Çavdır İlçesi Örneği),2008. Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
23. Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A prospective study of food preferences in childhood. Food Qual Prefer 2004;15:805-18.
24. Beauchamp GK, Mennella JA. Flavor perception in human infants: development and functional significance. Digestion 2011;83:1-6.
25. Ventura A, Worobey J. Early Influences on the Development of Food, Current Biology, 2013;23(6):401-09.
26. Hetherington M, Cecil J, Jackson D, Schwartz C. Feeding infants and young children. From guidelines to practice, Appetite 2011;57:791-95.
27. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics 1998; 101:539-49.
28. Pliner P, Pelchat M. Similarities in food preferences between children and their siblings and parents, Appetite 1986;7:333–42.
29. Nelson M. Childhood nutrition and poverty. Proc Nutr Soc. 2000 May; 59(2):307-15.
30. Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis. J Nutr. 2005 Apr; 135(4):900-4.

31. Neumark-Sztainer D, Wall M, Perry C, Story M. Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from Project EAT. 2003 *Prev. Med.* 37:198–208
32. Sandvik C, Gjestad R, Samdal O, Brug J, Klepp KI. Does socio-economic status moderate the associations between psychosocial predictors and fruit intake in schoolchildren? The Pro Children study. *Health Educ Res.* 2010 Feb; 25(1):121-34.
33. MacFarlane A, Crawford D, Ball K, Savidge G, Worsley A. Adolescent home food environments and socioeconomic position. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007; 16(4):748-56.
34. Cox DN, Anderson AS, McKellar S, Reynolds J, Lean MEJ, Mela DJ. Vegetables and fruits: barriers and opportunities for greater consumption. *Nutr Food Sci.* 1996;5:44 –7.
35. Jetter KM, Cassady DL. The availability and cost of healthier food alternatives. *Am. J. Prev. Med* 2006 30:38–44.
36. Güneral F, Avcıoğlu EF, Özalp İ. Güliveren Gecekondü Bölgesindeki Kız Adölesanlarda Serum, Çinko, Magnezyum ve Bakır Düzeylerinin Diyet İle İlişkisi, Beslenme ve Diyet Dergisi 1988; 17(2): 207-20.
37. Arnas YA. 3-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin interaktif iletişim araçlarını kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Turkish Online J Educ Technol.* 2005;4(4): 59-66.
38. Liang T, Kuhle S, Veugelers PJ. Nutrition and body weights of Canadian children watching television and eating while watching television. *Public Health Nutr.* 2009; 12: 2457-63.
39. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children. *Public Health Nutr.* 2008; 11: 1267-79.
40. Rey-Lopez JP, Vicente-Rodriguez G, Ortega FB, Ruiz JR, Martinez-Gomez D, De Henauw S et al. Sedentary patterns and media availability in European adolescents: The HELENA study. *Prev Med.* 2010; 51: 50-55.
41. Coon KA, Tucker KL. Television And Children's Consumption Patterns. *Minerva Pediatr* 2002; 54: 423–36.
42. Blass EM, Anderson DR, Kirkorian HL, Pempek TA, Price I, Koleini MF. On the road to obesity: television viewing increases intake of high-density foods. *Physiol Behav.* 2006; 88: 597-604.
43. Harrison K, Marsk A. Nutritional content of food advertised during the television programs children most watch. *Am J Public Health.* 2005;95:1568-1574.
44. Story M, Faulkner P. The prime time diet: a content analysis of eating behavior and food messages in television program content and commercials. *Am J Public Health.* 1990;80:738-40.
45. Taras H, Sallis J, Patterson T, Nader P, Nelson J. Television's influence on children's diet and physical activity. *J Dev Behav Pediatr.* 1989;10:176-180.
46. Borzekowski D, Robinson T. The 30-second effect: An experiment revealing the impact of television commercial on food preferences of preschoolers. *J Am Diet Assoc.* 2001;101:42-6.
47. Kennedy D. Coming of age in consumerdom. *Am Demogr.* 2004;3:14.

48. Coon K, Goldberg J, Rogers B, Tucker K. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*. 2001; 107(1): E7
49. Saltık Temizel İN. İştahsız Çocuk. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 176-181.
50. Chatoor I, Schaefer S, Dickson L, Egan J. Non-organic failure to thrive: a developmental perspective. *Pediatric annals* 1984;13:829-35, 38, 40-2.
51. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. World Health Organisation (WHO) Geneva, 2001.
52. Birch LL. Development of food preferences. *Annual review of nutrition* 1999;19:41-62.
53. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Pervelance of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc* 2004;104:57-64.
54. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical gastroenterology* 2000;30:34-46. 54
55. Skuse D. Epidemiological and definitional issues in failure to thrive. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 1993;2:37-59.
56. Illingworth RS, Lister J. The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *J Pediatr* 1964;65:839– 48.
57. Complementary feeding: Report of the global consultation. WHO. Geneva 10-13 December 2001.
58. Garipağaoğlu M, Saydam R, Gökçay G. Beslenme Sorunu Olan Çocuklara Ekip Yaklaşımı ile Elde Edilen Sonuçlar. *Çocuk Dergisi* 2005;5:109-14.
59. Arvedson JC. Behavioral issues and implications with pediatric feeding disorders. *Seminars in speech and language* 1997;18:51-69.
60. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 2007;120:e1069-75.
61. Thompson C, Cummins S, Brown T, Kyle R. What does it mean to be a "picky eater"? a qualitative study of food related identities and practices. *Appetite*. 2015;84:235–39.
62. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and "picky/fussy" eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50:181–193.
63. Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer EA et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol*. 2006 Sep;20(3):409-17.
64. Johnson SL, Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 1994;94: 653–61.
65. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr* 1999;69: 1264–72.
66. Skinner J, Carruth BR, Moran J, III, Houch K, Schmidhammer J, Reed A, Coletta F, Cotter R, Ott D: Toddlers' food preferences: Concordance with family members' preferences. *J Nutr Educ*. 1998;30 :17– 28.

67. Lee MM, Huang S. Immigrant Women's Health: Nutritional Assessment And Dietary Intervention. *West J Med* 2001;175:133–37.
68. Janicke DM, Mitchell MJ, Stark LJ. Family functioning in school-age children with cystic fibrosis: an observational assessment of family interactions in the mealtime environment. *Journal of pediatric psychology* 2005;30:179-86.
69. Kubik MY, Lytle LA, Hannan PJ, Perry CL, Story M: The association of the school food environment with dietary behaviors of young adolescents. *Am J Public Health* 2003;93:1168–73.
70. Moore MS, Dodd CJ, Welsman JR, Armstrong N. Short-term appetite and energy intake following imposed exercise in 9- to 10-year-old girls. *Appetite* 2004;43:127-34.
71. King NA, Hester J, Gately PJ. The effect of a medium-term activity- and diet-induced energy deficit on subjective appetite sensations in obese children. *International journal of obesity* 2007;31:334-9.
72. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child Care Health Dev* 2000;26:5-16.
73. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of pediatric psychology* 1999;24:193-214.
74. Ünal F. İştahsız Çocuklara Klinik Yaklaşım. *Güncel Pediatri Dergisi* 2011;9:79-84.
75. Addessi E, Galloway AT, Visalberghi E, Birch LL. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*. 2005;45:264-71.
76. Kerzner B, Milano K, MacLean W, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties, *Pediatrics* 2015;135(2):344-53.
77. World health Organization: International classification of diseases (ICD). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F98.2> Erişim tarihi: 2 May 2019
78. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Simell O. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. *J Pediatr*.2004;144(3):363–67.
79. Kral TV, Stunkard AJ, Berkowitz RI, Stallings VA, Brown DD, Faith MS. Daily food intake in relation to dietary energy density in the free-living environment: a prospective analysis of children born at different risk of obesity. *Am J Clin Nutr*. 2007 Jul;86(1):41-7.
80. Wright CM, Cheetham TD. The strengths and limitations of parental heights as a predictor of attained height. *Arch Dis Child*. 1999;81(3):257–60.
81. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42:76-84.
82. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc*. 2003;103:692-98.
83. Cooke L, Carnell S, Wardle J. Food neophobia and mealtime food consumption in 4-5 year old children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006;3:14.

84. Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28: 858-69.
85. Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Appetite*.1994;23(2):147–163.
86. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. Pediatric Practice Research Group. *J Dev Behav Pediatr*. 1996;17: 149-153.
87. McDermott BM, Mamun AA, Najman NM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatrica* 2010;99(1):68-71.
88. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children. A longitudinal study *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007; 4:9.
89. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood. A longitudinal study to age 11 years *Eat Behav*. 2010 Dec;11(4):253-7.
90. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are “picky eaters.” *J Am Diet Assoc*. 2005;105:541-48.
91. Carruth BR, Skinner JD. Revisiting the picky eater phenomenon: neophobic behaviors of young children. *J Am Coll Nutr*. 2000;19:771-80.
92. Obesity, World Health Organisation. (Internet) <https://www.who.int/topics/obesity/en/> Erişim tarihi: 11.07.2019.
93. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal* 2000;320:1240–43.
94. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization Technical Report Series 2004;854,1–452.
95. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) growth charts: United States. *Advance Data* 2000, 1–27.
96. Defining Childhood Obesity, CDC. (Internet) <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html> Erişim tarihi: 05.06.2019.
97. Training Course on Child Growth Assessment. Version 1 —November 2006. Geneva, WHO, 2006.
98. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın no:773,2010.
99. Mistry SK, Puthussery S. Risk factors of overweight and obesity in childhood and adolescence in South Asian countries: a systematic review of the evidence. *Public Health*. 2015;129:200–9.

- 100.Olaya B, Moneta MV, Pez O, et al. Country-level and individual correlates of overweight and obesity among primary school children: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health*. 2015;15:1–12.
- 101.The State of Childhood Obesity (Internet) <https://www.stateofobesity.org/childhood/>) Erişim tarihi:23.06.2019.
- 102.Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.Yayın No: 931, Ankara 2014.
(https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/Beslenme/tbsa_beslenme_arastir_masi_sonuc_raporu.pdf). Erişim tarihi: 22.06.2019.
- 103.Lindpainter K. Finding an obesity gene - a tale of mice and man. *New Engl. J. Med*.1995;332:679-80.
- 104.Astrup A, Lundsgaard C. What do pharmacological approaches to obesity management offer? Linking pharmacological mechanisms of obesity management agents to clinical practice. *Exp. Clin. Endocrinol Diabetes* 1998;106:29-34.
- 105.National Research Council, Committee on Diet and Health. Implications for Reducing Chronic Disease Risk. Washington, DC: National Academy Press,1989.
- 106.Afridi AK, Khan A. Prevalence and etiology of obesity-An overview. *Pak J Nutr* 2004;3(1):14-25.
- 107.Stunkard A. Current views on obesity. *Am. J. Med*.1996;100:230-6.
- 108.Günöz H. Çocuk ve Adölesanlarda Obezite. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001;6:58-62.
- 109.Parlak A, Çetinkaya S. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007:27-33.
- 110.Inclendon E, Wake M, Hay M. Psychological predictors of adiposity: systematic review of longitudinal studies. *Int J Pediatr Obes*. 2011;6(2-2):1-11.
- 111.Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev*. 2014;15(9):769-79.
- 112.El-Behadli AF, Sharp C, Hughes SO, Obasi EM, Nicklas TA. Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *Br J Nutr*. 2015;113:55-71.
- 113.Banfield EC, Liu Y, Davis JS, Chang S, Frazier-Wood AC. Poor adherence to US Dietary Guidelines for children and adolescents in the National Health and Nutrition Examination Survey population. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(1):21-7.
- 114.Wang YC, Bleich SN, Gortmaker SL. Increasing caloric contribution from sugar-sweetened beverages and 100% fruit juices among US children and adolescents, 1988-2004. *Pediatrics*. 2008;121(6):1604-14.
- 115.Mancino L, Todd JE, Guthrie J, Lin BH. Food away from home and childhood obesity. *Curr Obes Rep*. 2014;3(4):459-69.

- 116.Nelson MC, Neumark-Stzainer D, Hannan PJ, Sirard JR, Story M. Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*. 2006; 118(6):1627-34.
- 117.Heelan KA, Bartee RT, Nihiser A, Sherry B. Healthier school environment leads to decreases in childhood obesity: the Kearney Nebraska Story. *Child Obes*. 2015;11(5):600-07.
- 118.Satter EM. Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children. *J Am Diet Assoc* 1996;96:860–64.
- 119.Moore LL, Lombardi DA, White MJ, Campbell JL, Oliveria SA, Ellison RC. Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *J Pediatr* 1991;118:215–19.
- 120.Powell MR, Hendricks B. Body schema, gender, and other correlates in nonclinical populations. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 1999;125(4):333–412.
- 121.Levinson R, Powell B, Steelman LC. Social location, significant others and body image among adolescents. *Social Psychology Quarterly* 1986;49(4):330–37.
- 122.Strasburger V. Wilson B. Children, adolescents and the media. *Pediatric Annals* 2010;39(9):538-40.
- 123.Brown R., Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modeling and control theories of parental influence. *Health Education Research* 2004;19(3):261–71.
- 124.Wardle J. Parental influences on children's diets. *Proceedings of the Nutrition Society* 1995;54:747–58.
- 125.Lau RR, Quadrel MJ, Hartman KA. Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Psychology* 1990;31:240–59.
- 126.Tschamler JM, Conn KM, Cook SR, Halterman JS. Underestimation of children's weight status: Views of parents in an urban community. *Clinical Pediatrics* 2010;49(5):470–76.
- 127.Dalton WT, Kitzmann KM. Broadening parental involvement in family-based interventions for pediatric overweight: Implications from family systems and child health. *Family & Community Health* 2008;31(4):259–68.
- 128.Young PC, DeBry S, Jackson WD, Metos J, Joy E, Templeman M et al. Improving the prevention, early recognition, and treatment of pediatric obesity by primary care physicians. *Clinical Pediatrics* 2010; 49(10):964–69.
- 129.Campbell M., Williams J., Hampton A., Wake M., Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children *Medicine and Community* 2006;184:274-77.
- 130.Peker E, Topaloğlu N, Şahin E, Eşsizoglu E, Uludağ A, Güngör S ve ark. Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi?. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2014;18(3):142-48.
- 131.Eckstein KC, Mikhail MJ, Ariza AJ, Thompson JS, Millard SC, Binns HC et al. Parent's Perceptions of Their Childs Weight and Health, *Pediatrics* 2006;117(3): 681-90.

132. Gönç EN, Özön ZA, Alikashiöğlu A, Kandemir N. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ve boy kısalığında tanısall yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2015; 58: 80-5.
133. Gür E. Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 35. 2003;9-16.
134. Özmert E. Çocuk Sağlığı İzlemi. Katkı Pediatri Dergisi 2003;25:115-31.
135. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1112, Ankara 2018.
136. Bundak R, Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S. Normal Büyüme. Pediatrik Endokrinoloji 1st ed Ankara: Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları 39-64.
137. Çocuk Beslenmesi Kılavuzu. Türkiye Klinikleri. Ankara 2012.
138. Must A, Anderson SE. Body mass index in children and adolescents: considerations for population-based applications. International Journal of Obesity 2006;30:590-94.
139. Healthy Weight, CDC (Internet)
https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html
Erişim Tarihi: 11.05.2019.
140. De Sousa Lopes HM. Diagnostic accuracy of CDC, IOTF and WHO criteria for obesity classification, in a Portuguese school-aged children population. Porto, Portugal: Porto Institute of Public Health, University of Porto; 2012.
141. Buckler JMH. Growth disorders in children. BMJ Publishing Group, BMA House, Tavistock Square, London, 1994:1-27.
142. Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. Arch Dis Child 1976;51:170-9.
143. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2001; 42:963-70.
144. Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe Uyarlama Çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12: 287-94.
145. BMI Percentile Calculator for Child and Teen, CDC.
<https://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html>. Erişim tarihi: 10.04.2019.
146. Adult BMI Calculator, CDC.
https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_BMI/english_bmi_calculator/bmi_calculator.html Erişim tarihi: 10.04.2019.
147. Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. TAV Prev Med Bull. 2011;10:53-60.
148. Erkan T, Yalvaç S, Erginöz E, Çokuğraş FÇ, Tufan K. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası'ndaki çocukların beslenme durumlarının antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi. Türk Ped Arş. 2007; 42: 142-7.
149. Çelmeli G, Çürek Y, Arslan Gülten Z, Yardımsever M, Koyun M, Akçürin S ve ark. Remarkable increase in the prevalence of overweight and obesity among school age children

- in Antalya, Turkey, between 2003 and 2015. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* , 2019;11(1):76-81.
- 150.Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999–2000. *JAMA.* 2002;288:1728–32.
- 151.Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Kit BK et al. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014. *JAMA.* 2016;315(21):2292-99.
- 152.Lobstein TJ, Frelut ML. Prevalence of overweight children in Europe. *Obes Rev* 2003;4:195– 200.
- 153.Koca T, Dereci S, Pirgon Ö, Akçam M. Evaluation of the Change in the Prevalence of Overweight and Obesity in Schoolchildren in South-west Turkey from 2005 to 2014. *Iran J Public Health.* 2018;47(1):33-39.
- 154.Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the United States--gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiol Rev.* 2007;29:6-28.
- 155.Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA.* 2012 Feb 1; 307(5):483-90.
- 156.Keane E, Kearney PM, Perry IJ, Kelleher CC, Harrington JM. Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14:974.
- 157.Marques A, Gaspar De Matos M. Trends and correlates of overweight and obesity among adolescents from 2002 to 2010: a three-cohort study based on a representative sample of Portuguese adolescents. *Am J Hum Biol.* 2014 Nov-Dec; 26(6):844-9.
- 158.Aslan F, Ercan Şahin N. Ebeveynlerin çocuklarının beslenme ve kilo durumlarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(1):20-8.
- 159.Türkiye Sağlık Araştırması, Türkiye İstatistik Kurumu 2016. Available from: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573> Erişim tarihi:16.07.2019.
- 160.Koruk İ, Şahin TK. (2005). Konya Fazilet Uluisık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Konya Tabib Odası, Genel Tıp Dergisi.* 15(4):147–155.
- 161.Global Health Observatory (GHO) data. World Health Organization. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1 Erişim tarihi:04.07.2019.
- 162.Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.* 2007;21(5): 211–20.
- 163.Musaiger AO. Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes. *Journal of Obesity* 2011(6):407237.
- 164.Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005;48:226-33.

165. Telatar B, Vitrinel A, Akın Y, Cömert S. Hastanemiz sağlam çocuk polikliniğinden izlenen bebeklerde anne sütü ile beslenme durumu. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2008;4(4):144-7.
166. Özkul Sağlam N, Bülbül L, Yaroğlu Kazancı S, Hatipoğlu SS. The Bulletin of Sisli Etfal Hospital 2018; 53(2):165-171.
167. Butte NF. The role of breastfeeding in obesity. *Ped Clin N Amer* 2001;48:189-98.
168. Gür E. Tamamlayıcı beslenme. *Türk Pediatri Arşivi* 2006;41:181-8.
169. Örtten K. Yiğittaş Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-24 Aylık Çocukların Beslenme Büyüme ve Gelişme durumu Üzerine Bir Araştırma. Uzmanlık Tezi. Atatürk Ün.Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Erzurum, 1984.
170. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. 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* 2001;14:43-54.
171. Bıçlıoğlu Y, Eliaçık K, Astarçioğlu G, Sarıtaş S, Bakiler AR. Ebeveynler haklı mı? İştahsız çocukta risk faktörlerinin ve büyümenin değerlendirilmesi İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015;5(2):95-100.
172. Kaymaz N, Bulur N, Yıldırım Ş, Cevizci S, Topaloğlu N, Tekin M et al. Okul Çağı Çocuklarında İştahsızlık Sorunu: Ailelerin Yanlış Algısı mı? The Journal of Pediatric Research 2015;2(1):11-8.
173. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997 Sep 25;337(13):869-73.
174. Bahreynian M, Qorbani M, Khaniabadi BM, Motlagh ME, Safari O, Asayesh H et al. Association between Obesity and Parental Weight Status in Children and Adolescents. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2017;9(2):111-17.
175. Gibson LY, Byrne SM, Davis EA, Blair E, Jacoby P, Zubrick SR. The role of family and maternal factors in childhood obesity. *Med J Aust*. 2007;186:591-5.
176. Jiang MH, Yang Y, Guo XF, Sun YX. Association between child and adolescent obesity and parental weight status: a cross-sectional study from rural North China. *J Int Med Res*. 2013 Aug; 41(4):1326-32.
177. Sen B. Frequency of family dinner and adolescent body weight status: evidence from the National Longitudinal Survey of youth, 1997. *Obesity* 2006;14:2266-76.
178. Taveras EM, Berkey CS, Rifas-Shiman SL, Ludwig DS, Rockett H., Field AE et al. Association of consumption of fried food away from home with body mass index and diet quality in older children and adolescents. *Pediatrics* 2005; 116:518-24.
179. Berge JM, Wall M, Hsueh TF, Fulkerson JA, Larson N, Neumark-Sztainer D. The Protective Role of Family Meals for Youth Obesity: 10-Year Longitudinal Associations. *J Pediatr*. 2014;166(2):296-301.
180. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA Jr, Field AE et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med* 2000; 9:235- 40.

181. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009;52:1–7.
182. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health*. 2003 May; 32(5):365-73.
183. Lumeng JC, Rahnema S, Appugliese D, Kaciroti N, Bradley RH. Television exposure and overweight risk in preschoolers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4):417–22.
184. Mendoza JA, Zimmerman FJ, Christakis DA. Television viewing, computer use, obesity and adiposity in US preschool children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007;4:44.
185. Warschburger P, Kröller K. Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics* 2009;124(1):60–8.
186. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obes Res*. 2003;11(11):1362–68.
187. Muhammad NA, Omar K, Shah SA, Muthupalaniappen LA, Arshad F. Parental perception of their children's weight status, and its association with their nutrition and obesity knowledge. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2008;17(4):597-602.
188. Jackson J, Strauss CC, Lee AA, Hunter K. Parents' accuracy in estimating child weight status. *Addict Behav*. 1990;15(1):65-8.
189. Oude Luttikhuis HG, Stolk, RP, Sauer, PJ. How do parents of 4- to 5-year-old children perceive the weight of their children? *Acta Paediatr* 2010; 99: 263–67.
190. Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort. *BMJ* 2005;330:23–4.
191. Hardus PM, Van Vuuren CL, Crawford D, et al. Public perceptions of the causes and preventions of obesity among primary school children. *Int J Obes* 2003;27:1465–71.
192. Boyington J, Johnson A. Maternal perception of body size as a determinant of infant adiposity in an African-American community. *J Nat Med Assoc* 2004;96 (3):351–62.
193. De La OA, Jordan KC, Ortiz K, et al. Do parents accurately perceive their child's weight status? *J Pediatr Health Care* 2009;23:216-21.
194. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics* 2003; 111:1226-31.
195. Baughcum A, Chamberlin L, Deeks C, Powers S, Whitaker R. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics* 2000;106:1380-6.
196. Rosas LG, Harley KG, Guendelman S, Fernald LC, Mejia F, Eskenazi B. Maternal perception of child weight among Mexicans in California and Mexico. *Matern Child Health J* 2010;14:886–94.
197. Myers S, Vargas Z. Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatric Nursing* 2000;26(1):23–30.
198. Weinstein ND. Optimistic biases about personal risks. *Science* 1989;246:1232-33.

- 199.Sakarya S, Kanlı S, İkişık H, Maral I, Taşdemir M, Topçu İ ve ark. Aileler, öğretmenler ve aile hekimlerinin gözüyle çocukluk çağı obezitesi: Bir karma metod çalışması. *Jour Turk Fam Phy* 2017;08(2):27-39.
- 200.Chaimovitz R, Issenman R, Moffat T, Persad R. Body Perception: Do Parents, Their Children, and Their Children's Physicians Perceive Body Image Differently? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008 Jul;47(1):76-80.
- 201.Eli K, Howell K, Fisher PA, Nowicka P. "A little on the heavy side": a qualitative analysis of parents' and grandparents' perceptions of preschoolers' body weights. *BMJ Open* 2014;4:e006609.
- 202.Carnell S, Wardle J. Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity *Am J Clin Nutr* 2008;88:22-9.
- 203.Utter J, Scraag R, Schaaf D, Fitzgerald E, Wilson N. Correlates of body mass index among a nationally representative sample of New Zealand children. *Int J Pediatr Obes* 2007;2:104-13.
- 204.Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J 3rd, Coletta F, Ott D. The phenomenon of 'picky eater': a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr* 1998;17:180-6.
- 205.Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelveyear-old obese and non-obese children *Behav Res Ther* 1997;35:863-73.
- 206.Sleddens E, Kremers S, Thijs C. 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* 2008;5:49.
- 207.dos Passos DR, Gigante DP, Maciel FV, Matijasevich A. Children's eating behaviour: comparison between normal and overweight children from a school in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2015 Mar;33(1):42-9.
- 208.Herle M, Fildes A, Llewellyn CH. Emotional eating is learned not inherited in children, regardless of obesity risk. *Pediatr Obes.* 2018 Oct;13(10):628-31.
- 209.Webber L, Hill C, Saxton J, Van Jaarsveld CH, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. *Int J Obes (Lond).* 2009 Jan;33(1):21-8.
- 210.Carnell S, Wardle J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite* 2007;48:104-13.
- 211.Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *The British journal of nutrition* 2008;100:445-50.
- 212.Blissett J, Haycraft E, Farrow C. Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *Am J Clin Nutr.* 2010 Aug; 92(2):359-65.
- 213.Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H ve ark. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013 Feb 18;10:24.
- 214.Laessle RG, Uhl H, Lindel B, Müller A. Parental influences on laboratory eating behavior in obese and non-obese children. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001 May;25 Suppl 1:S60-2.

215. Barkeling B, Ekman S, Rössner S Eating behaviour in obese and normal weight 11-year-old children. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1992 May;16(5):355-60.
216. Drabman RS, Cordua GD, Hammer D, Jarvie GJ, Horton W. Developmental trends in eating rates of normal and overweight preschool children. *Child Dev.* 1979 Mar;50(1):211-6.
217. Fisher JO, Cai G, Jaramillo SJ, Cole SA, Comuzzie AG, Butte NF. Heritability of hyperphagic eating behavior and appetite-related hormones among Hispanic children. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Jun;15(6):1484-95.
218. Jansen A, Theunissen N, Slechten K, Nederkoorn C, Boon B, Mulken S ve ark. Overweight children overeat after exposure to food cues. *Eat Behav.* 2003 Aug;4(2):197-209.
219. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, van Jaarsveld C, Wardle J. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European journal of clinical nutrition* 2008;62:985-90.
220. Kurt E. Okul Öncesi ve Okul Dönemi Çocuklarda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi, Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.
221. Van Strien T, Ouwens M. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating behaviors* 2007;8.
222. Kaplan H, Kaplan H. The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of nervous and mental disease* 1957;125:181-201.
223. Salvy SJ, Elmo A, Nitecki LA, Kluczynski MA, Roemmich JN. Influence of parents and friends on children's and adolescents' food intake and food selection. *Am J Clin Nutr.* 2011 Jan;93(1):87-92.
224. Collison KS, Zaidi MZ, Subhani SN, Al-Rubeaan K, Shoukri M, Al-Mohanna FA. Sugar-sweetened carbonated beverage consumption correlates with BMI, waist circumference, and poor dietary choices in school children. *BMC Public Health.* 2010 May 9;10:234.
225. Vereecken C, Maes L. Young children's dietary habits and associations with the mothers' nutritional knowledge and attitudes. *Appetite* 2010;54:44-51.
226. Pabayo R, Spence JC, Cutumisu N, Casey L, Storey K. Sociodemographic, behavioural and environmental correlates of sweetened beverage consumption among pre-school children. *Public Health Nutr.* 2012;15(8):1338-46.
227. Agras W, Hammer L, McNicholas F, Kraemer H. Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *Jornal de pediatria* 2004;145:20-5.
228. Sloan S, Gildea A, Stewart M, Sneddon H, Iwaniec D. Early weaning is related to weight and rate of weight gain in infancy. *Child care, health and development* 2007;34:59-64.
229. McCrory C, Layte R. Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. *Soc Sci Med* 2012;75(2):323-30.
230. Disantis KI, Collins BN, Fisher JO, Davey A. Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle? *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2011;8:89.

- 231.He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? 2008 Mar;51(3):629-34.
- 232.Fruh SM, Fulkerson JA, Mulekar MS, Kendrick LA, Clanton C. The surprising benefits of the family meal. *J Nurse Pract.* 2011;7(1):18-22.
- 233.Lee SY, Ha SA, Seo JS, Sohn CM, Park HR, Kim KW. Eating habits and eating behaviors by family dinner frequency in the lower-grade elementary school students. *Nutr Res Pract* 2014;8:679–87.
- 234.Pearce J, Taylor MA, Langley-Evans SC. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes.* 2013;37:1295–1306.



EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Anketi

1. Anne yaşı?
 - a. okur yazar değil
 - b. lise altı
 - c. lise ve üstü
2. Anne eğitim düzeyi?
 - a. okur yazar değil
 - b. lise altı
 - c. lise ve üstü
3. Kaç çocuğunuz var?
4. Aile yapısı?
 - a. Çekirdek
 - b. Geniş
5. Anne çalışıyor mu? Evet Hayır
6. 1 ayda haneye giren toplam gelir miktarı nedir?
 - a. <2000
 - b. 2000-5000
 - c. >5000
- Çocuğunuz;
 7. Ne kadar anne sütü aldı?
 - a. Hiç almadı
 - b. <6ay
 - c. 6-12 ay
 - d. 12-24 ay
 - e. >24 ay
 8. Ne zaman ek besinlere geçti?
 9. Ne zaman katı gıdaya geçti?
 10. Evinizde öğün düzeni var mı?
 - a. evet
 - b. hayır
 11. Sizinle düzenli olarak sofraya oturur mu?
 - a. her zaman
 - b. bazen
 - c. hiçbir zaman
 12. Sofrada yemek yerken tv açık olur mu?
 - a. evet
 - b. hayır
 - c. bazen
 13. Ambalajlı gıda(cips, çikolata vb) yeme miktarı nedir?
 - a. her gün 1'den fazla
 - b. her gün 1 kez
 - c. haftada 2-3 kez
 - d. ayda 2-3 kez
 14. İştahı nedeniyle hiç hekime başvurdunuz mu?
 - a. evet
 - b. hayır
 15. İştahı nedeniyle hiç ilaç kullandı mı?
 - a. reçeteli ilaç kullandı
 - b. takviye vitamin kullandı
 - c. bitkisel ilaç kullandı
 - d. kullanmadı
 16. Sizce çocuğunuz hangi görseli yansıtıyor?
 17. Sizce çocuğunuz hangi görseli yansıtmalı?

(doktor tarafından doldurulacak)

 18. çocuk yaş:
 - çocuk boy:
 - çocuk kilo:
 19. anne boy:
 - anne kilo:

Ek 2: Çocuk Yeme Davranışı Anketi

Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi (ÇBDA)

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

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum çok iştahlıdır	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeğe önem verir,yiyeceklerle ilgilidir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yavaş yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum kızginken, sinirliyken daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır	☐	☐	☐	☐	☐

Çocuğum yorgunken daha az yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum sürekli yemek ister	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor.	☐	☐	☐	☐	☐

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum öğün zamanlarını ipe çeker.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeği bitmeden doyar	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemek yemekten hoşlanır	☐	☐	☐	☐	☐

Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumun yemekle mutlu etmek zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum çabuk doyar.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur)	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum şans verilirse gün boyu içecek(meşrubat, su, meyve suyu.) içecektir	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum tadını bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.	☐	☐	☐	☐	☐
Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar.	☐	☐	☐	☐	☐
Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer.	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 3: Çocuk Yeme Davranışı Anketi'nin Kullanımı İçin Alınmış İzin

← 📧 ⚠️ 🗑️ 📧 ⌚ 📧 📧 ⋮

İlt: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi Gelen Kutusu x



Resul Yılmaz <drresul@hotmail.com>
Alıcı: ben ▼

Gönderen: Resul Yılmaz <drresul@hotmail.com>
Konu: İlt: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi

Sayın Meslektaşım,
İştah anketi ve yazımız ektedir.
Selamlar

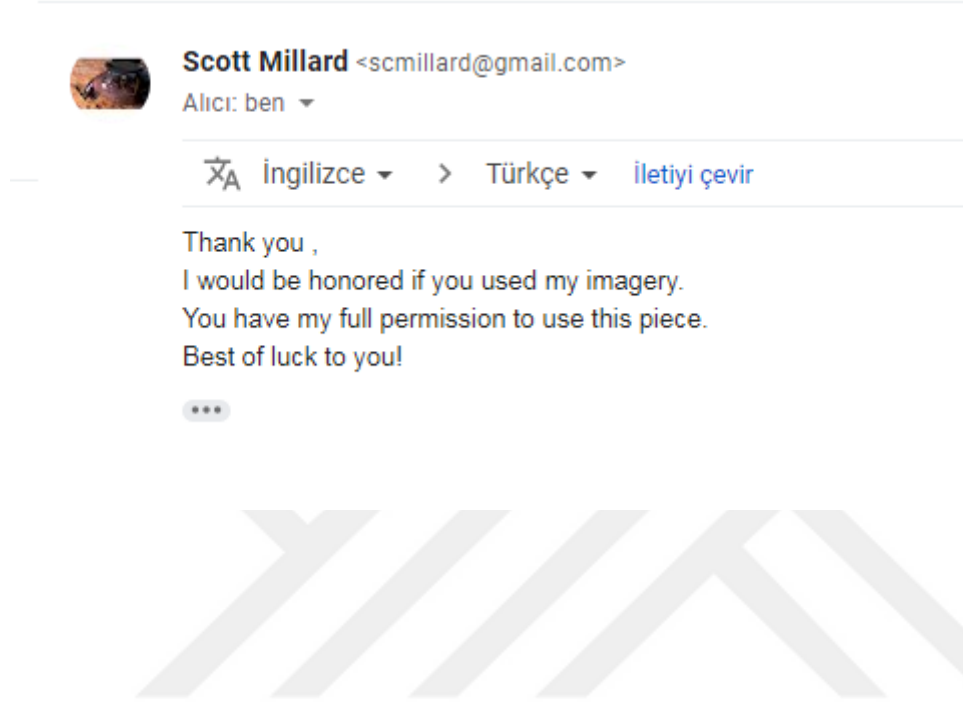
ölçek kullanımında grup karşılaştırması yapılacaksa her bir alt ölçeğin toplam puanı karşılaştırılabilir.
İştah ya da her bir ölçeğin cut off değeri yok. Ancak grup karşılaştırması için ideal bir ölçektir.
Bu emaili ölçeği araştırmada kullanma izni olarak kabul edebilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim

....

[İleti kısaltıldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)

🔍 Fk

Ek 4: Yaşa ve Cinsiyete Özgü Gelişim Çizimlerinin Kullanımı İçin Çizerinden Alınmış İzin



Ek 5: Etik Kurul Belgesi

T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Araştırma ve Uygulama Merkezi(SAUM)
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Tarih: 05/02/2019

Sayı:2257
Konu: Düzeltme yazısı

Doç.Dr.Güzin ZEREN ÖZTÜRK

“Annelerin çocukların iştah ve beden algısı hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi” isimli çalışmanızın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr.Yüksel Altuntaş
Etik Kurul Başkanı



Ek 6: Tez Konusu Onay Bilgi Formu

TEZ KONUSU ONAY FORMU (V.3)

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	Saliha Buşra Aksu
Telefon:	05376932933
E-Posta:	drsalihabusra@gmail.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SAUM
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	29.07.2016
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	29.07.2019
Program Yöneticisinin Adı Soyadı:	Dr.Öğr. Üy. Mehmet Taşkın Eğici
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Güzin Zeren Öztürk
Telefon:	05322930395
E-Posta:	guzin_zeren@hotmail.com

*Araştırma/Tez Konusu (Study Title): Annelerin çocuklarının iştah ve beden algısı hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi

1-Araştırma Sorusu (Research problem): Anneler çocuklarının beslenme ve beden durumları hakkında doğru tespitlerde bulunup, objektif olarak görüş bildirebiliyor mu?

2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale): Anneler çocuklarının gelişim süresinde onlarla en çok vakit geçiren ve beslenmeleriyle ilgili en çok karar veren kişilerdir. Çocuklarının iştah ve beslenme durumlarıyla alakalı polikliniğe başvurma nedenleri her zaman objektif olmamaktadır ve bu durum hem hekimin çözüm bulmasını zorlaştırmakta hem de ebeveynlerin doğru yönlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

3-Araştırma amacı (Objectives): Çocuk beslenme davranışları ve annelerin beden algıları hakkındaki görüşlerini öğrenmek, ebeveynlere gelişimi destekleyici, eksikleri önleyici önerilerde bulunmaktır.

4-Hipotez (Hypothesis): H0: Annelerin çocuklarının iştah ve beden algısı hakkındaki görüşleri gerçeği yansıtmaktadır.

Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 2-14 yaş arası çocuklar
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome) 1. Aileleri çocukların beslenmesi ve gelişimi hakkında doğru yönlendirmek 2. Çocuk gelişimini değerlendirip,gerektiğinde uygun yerlere yönlendirmek
9- Araştırma Süreçleri (Study procedures) Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 2-14 yaş arası çocuklar için önce kendi hazırladığımız 19 soruluk anket formu doldurulmakta, annelerin ve çocukların boy ve kiloları ölçülmektedir. Daha sonra bu çocuklara 'Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi' uygulanmakta, yaşa özgü gelişim resimlerine bakarak annelerin çocuklarını değerlendirmeleri istenmekte ve sonuçlar değerlendirilmektedir.
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power) Şubat – Nisan 2019 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 2-14 yaş arası tüm çocuklar
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods) İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanılacak. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilecek. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırmaları Ki Kare Analizi ile yapılacak. Bağımsız ikiden çok grupta sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağlıyorsa One-Way Anova testi ile, normal dağılım koşulu sağlanmıyorsa Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırılacak. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilecek.
12-Etik Öngörü (Ethical Considerations) Araştırma Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur ve denek araştırma etik kuralları ile çalışmıyacaktır.
13- Anahtar kelimeler (Key words) Çocuk yeme davranışı, vücut kitle indeksi, beslenme