



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**EBEVEYNLERDE YEME DAVRANIŞI İLE EBEVEYN BESLEME
TARZI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI
OBEZİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. HANDE GÜRÜN
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2017



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**EBEVEYNLERDE YEME DAVRANIŞI İLE EBEVEYN BESLEME
TARZI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI
OBEZİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. HANDE GÜRÜN
UZMANLIK TEZİ**

**Danışmanlar: Prof. Dr. DİLŞAD SAVE
Prof. Dr. Yaşar KESKİN**

İSTANBUL 2017

ÖNSÖZ

Asistanlık süresince bilgisi ve tecrübesi ile her zaman bana destek ve yardımcı olan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Melda Karavuş başta olmak üzere bütün hocalarıma eğitim sürecime katkıları için; tez danışmanlarım Prof. Dr. Dilşad Save ve Prof. Dr. Yaşar Keskin'e tez hazırlama sürecindeki yardım ve sabırları için teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım bütün asistan arkadaşlarıma; her zaman yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgisiyle beni saran, her zaman arkamda duran, bana olan inançlarıyla beni hep ayakta tutan biricik aileme; annem'e, babam'a, kardeşlerim Güzin ve A.Eren'e hep yanımda olmalarını dileyerek; biricik eşim Mahmut'a sonsuz sabrı ve desteği için, kıymetli kayınvalidem, kayınpederim ve Işıl Ablama beni hiçbir zaman yalnız bırakmadıkları için teşekkür eder, minneti bir borç bilirim.

Ve kızım AZRAM'a... Bu tezi ona ithaf ediyorum. Bu yoğun tez sürecinde onu zaman zaman ihmal etsem de, yaşından büyük olgunluk göstererek beni yüreklendirdiği, çalıştığım zamanlarda kalem ve boyalarını benimle paylaştığı için sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak bu tezin geleceğimiz olan çocukların sağlığına katkıda bulunmasını ümit ediyorum.

Hande Gürün

İstanbul, 2017

ÖZET

Giriş ve Amaç: Obezite olumsuz tıbbi, psikososyal ve ekonomik sonuçlara neden olan önemli sağlık sorunlarından biridir. Çocukluk çağı obezitesi dünyada ve Türkiye’de hızla artmış ve önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Bir çocuğun sağlıklı gelişimi için dengeli yeterli beslenmesi kadar doğru bir yeme davranışı kazanması da hedeflenmelidir. Obezitede rol oynayan yeme alışkanlıkları arasında yemek yemeden zevk alma, yemek teklifine yanıt, yemek yeme süresi, içme isteği, bilişsel, kontrol edilemeyen ve duygusal yeme alışkanlıkları gibi davranışsal alt başlıklar yer almaktadır. Erişkinde yeme bozuklukları; ağırlık ve besin tüketimi meşguliyetine eşlik eden aşırı duygular, tutumlar ve davranışlar ile karakterize karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir. Bebeklik çağından itibaren bakım veren kişi genellikle anneler olmaktadır ve yeme ilişkisinin temellerinde annenin yedirme ve yeme davranışı etkilidir. Aynı zamanda çocuğu fazla kilolu ve obez olan ailelerin bunu bir sağlık sorunu olarak görmemeleri sağlıklı beslenme algısını oturtmakta bir engeldir. Yeme davranış bozukluğu olan, aşırı zayıf ve kilolu olan çocukları ebeveynleri ile birlikte değerlendirmek temel sorunları daha net görmemize ve sağlıklı müdahale yöntemleri geliştirmemize yardımcı olacaktır. Bu çalışmanın amacı ebeveyn yeme davranışı ile ebeveyn besleme tarzı arasındaki ilişkiyi açıklayıp bunun 9-24 ay arası çocuklarda obezite üzerine etkisini göstermek ve 9-24 ay arası çocuklarda obezite prevelansını saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırma Maltepe Toplum Sağlığı Merkezine bağlı aile sağlığı merkezlerinde yapılmıştır. Araştırma evrenini Ekim-Kasım-Aralık 2016 tarihlerinde Maltepe Toplum Sağlığı Merkezi’ne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuran 9-24 ay bebekler ve anneleri oluşturmaktadır. Bu araştırmaya Maltepe Toplum Sağlığı Merkezi’ne bağlı aile sağlığı birimlerine başvuran 9-24 ay bebeklerden tanısı konmuş kronik bir hastalığı olmayanlar ve 18-49 yaş anneler dahil edilmiştir. Toplam 216 başvuru olup bunlardan 3’ü annenin yaşı 49’un üzerinde olduğundan, 2’si ise bebeğin kronik hastalığı olduğundan çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma 211 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırma veri toplama gereçleri olarak, çocuk sağlık ve büyüme bilgileri anketi, sosyo-demografik anket, Hollanda yeme davranışı

ölçeği ve ebeveyn besleme tarzı anketi kullanılmıştır. Anne ve çocukların boy-kilo ölçümleri araştırmacı tarafından ölçülmüş. Vücut kütle indeksleri antropometrik ölçümlerden, vücut ağırlığının boyun metre cinsinde karesine oranlanması ile

(ağırlık / boy², kg / m²) formülünden elde edilmiş ve BMI sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır. Bebeklerin boyları sırt üstü yatacak şekilde başı, sırtı, kalçası, bacakları, topukları yere tam olarak değerek ölçülmüştür. Kiloları ise üzerleri tamamen çıkartılarak dijital tartıya oturur şekilde ölçülmüştür. Boy ve kiloları kaydedilerek DSÖ Antro programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 211 anne ve 9-24 ay arası çocukları dahil edilmiştir. Annelerin yaş ortalaması 30,86±5,5 dir. Çocukların yaş ortalaması 15,24±7,1 dir. İki yüz on bir çocuğun 112'si (%53,1) kız, 99'u (%46,9) erkektir. Araştırmaya katılan annelerin 9'u (%4,3) okuma yazma bilmemekte olup; büyük kısmı ilk ve orta dereceli okul mezunudur. Babaların ise tamamı okuma yazma bilmekte; yine büyük kısmı ilk ve orta dereceli okul mezunudur. Annelerin 159'u (%75,4) ev hanımı olup; 52'si (%24,6) çalışmaktadır. Babaların ise 204'ü (%96,7) çalışmaktadır. Çocuğa şimdiye kadar bakım veren ve şu an bakım veren kişi olarak anne büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Çalışan annelerde çocuğa sadece annenin baktığı süre ortalama 7,6±4,4 aydır. Araştırmaya katılan annelerin ortalama kilosu 67,5±12,42 kg; boyu ise 161,09±6,9 cm'dir. Çocukların doğum kilosu ortalama 3244±538,24 gr; doğum boyu ise ortalama 50,02±2,75 cm'dir. Çocukların 17'si (8,1) 2500 gr'ın altında, 180'i (%86,1) 2500-4000 gr arasında, 12'si (%5,7) 4000 gr ve üzerinde doğmuştur. Ortalama gestasyon yaşı 38,34±1,93 olup; 33'ü (16,3) 37 haftanın altında, 109'u (%83,7) 37 hafta ve üzerinde doğmuştur. Araştırmaya katılan çocuklar ortalama 5,6±0,6 aylıkken ek gıdaya geçmiştir. Çocukların %64'ü yemek seçerken, %24'ü katı gıda yerken zorlanmaktadır. Erkek çocukların yemek seçme davranışı daha fazla bulunmuştur (p=0,013). Anneler %24,20 oranında yeni gıda tattırmakta hiç zorlanmadığını belirtirken %22,30'u sıklıkla zorlandığını ifade etmiştir. Çocukların büyük kısmı sevmedikleri bir gıda verildiğinde tükürerek ve ağzını yumup açmayarak tepki vermektedir. Çocukların öğünlerini belirli bir düzen izlemeden veren ve saatlik olarak ayarlayan annelerin oranı birbirine yakındır. Çocukların 153'ü (%72,5) sadece sofraya oturup yerken, 69'u (%32,7) televizyon izleyerek yemek yemektedir. Çocukların yemek seçme durumu ile; yemek yerken oyun oynama, tablet-telefon izleme, sadece sofraya oturup yeme arasında ilişki bulunmuştur (p=0,013; p=0,019; p<0,001).

Çocuğun oyun oynayarak yemesi ile cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$, $x^2=8,438$). Anne eğitim düzeyi ile müzikle yemek yeme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,043$, $x^2=8,987$). Babanın eğitim düzeyi ile sadece sofraya oturup yeme ve tablet izleyerek yeme arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,045$, $x^2=9,754$; $p=0,032$, $x^2=10,592$). Çalışan annelerin çocuklarında televizyon veya tablet izleyerek yeme sıklığı anlamlı derecede fazladır ($p=0,006$, $x^2=7,430$; $p=0,004$, $x^2=8,473$). Yeni gıdaları tattırırken yaşanan zorluğun sıklığı erkeklerde daha fazla bulunmuştur ($p=0,009$). Annelere çocuklarının kilolarını nasıl buldukları sorulduğunda; 7'si (%3) kilolu bulunduğunu belirtirken, 128'i (%61) normal bulunduğunu söylemiştir. Annelerin kız çocuklarını daha fazla oranda kilolu buldukları saptanmıştır ($p=0,019$, $x^2=9,745$). Çocukların boya göre kilo persentil ortalaması $66,51\pm31,43$, yaşa göre kilo persentil ortalaması $65,06\pm30,3$, yaşa göre boy persentil ortalaması $54,21\pm33,71$, yaşa göre VKİ persentil ortalaması $65,5\pm32,73$ 'dür. Cinsiyete göre vücut kütle indeksleri arasında ilişki saptanmamıştır ($p=0,891$). Yaşa göre kilosu zayıf ve çok zayıf olan çocukların tablet ve telefonla yemek yeme oranı daha fazla bulunmuştur ($p=0,021$). Çocukların vücut kütle indeksleri ile yemek yerken tablet kullanmaları arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,003$). Annelerin vücut kütle indeks ortalaması $26,07\pm4,89$ 'dir. Anne VKİ ile çocuk VKİ'leri arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Annelerin Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamaları; kısıtlayıcı yeme $24,95\pm8,19$, duygusal yeme $27,54\pm16,38$, dışsal yeme $21,69\pm7,04$ olarak bulunmuştur. Annelere uygulanan ebeveyn besleme tarzı ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları sırası ile; duygusal besleme $9,67\pm4,94$, cesaretlendirici besleme $29,44\pm4,29$, yardımcı besleme $6,27\pm2,85$, sıkı kontrollü besleme $16,43\pm2,27$, toleranslı besleme $17,93\pm2,97$ olarak bulunmuştur. Obez annelerin duygusal yeme puanı olmayan annelere göre yüksek çıkmıştır ($p=0,001$). Anne VKİ ile Ebeveyn Besleme Tarzı arasında ilişki saptanmamıştır. Çocukların VKİ persentil değerleri ile EBTA alt ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonunda anlamlı sonuç bulunmazken DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçek puanı ile arasında pozitif zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p=0,04$, $r=0,142$). Çocukların yaşları 9-11; 12-23; 24 ay şeklinde kategorilere ayrılıp yapılan analizde; 24 aylık çocukların EBTA alt ölçeklerinden duygusal ve yardımcı besleme puanları yüksek bulunmuştur. Yapılan analizlerde EBTA alt grup puanları ile çocukların vücut kütle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Annelerin yeme davranışları ile çocukların vücut kütle

indeksleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. EBTA ile Hollanda Yeme Davranışı ölçekleri alt grupları arasında Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Analiz önce bütün anneler ardında da obez anneler arasında yapılmıştır. Bütün anneler dahil edildiğinde dışsal yeme ile toleranslı kontrollü besleme alt boyutları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Obez annelerin dahil edildiği analizde kısıtlayıcı yeme ile cesaretlendirici besleme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf-orta ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma ebeveyn yeme davranışı ve besleme davranışını aynı anda ölçen öncü bir çalışma olmuştur. Araştırmada 9-24 ay çocuklarda obezite prevalansı hesaplanmış olup, bu yaş grubundaki durumun tespiti açısından yol göstericidir. Çalışmada bütün ölçümler araştırmacı tarafından yapıp, DSÖ standartlarına göre hesaplanmıştır. Çalışmada erken çocukluk dönemi obezite prevalansı %13,7 olarak bulunmuştur. Ebeveyn besleme tarzı ve yeme davranışı ile erken çocukluk çağı obezitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Annelerin vücut kütle indeksi ile çocukluk çağı obezitesi arasında bu çalışmaya göre bir ilişki yoktur. Çocukların üçte birinin televizyon ve tablet başta olmak üzere bir uyaran eşliğinde yemek yediği bunun da yemek seçme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda annelerin %40'a yakını yeni gıdaları tattırırken zorlandığını belirtmiştir. İlk 2 yıl hayata sağlıklı bir başlangıç için kritik bir dönemdir ve bu dönem beslenmesinin ileri yaşam sağlığı üzerine etkileri bilinmektedir. Bu dönemde çocukların açlık, tokluk belirtilerine duyarlı davranılmalı, yemeğe zorlamak yerine, yemeğe teşvik edilmelidir. Çoğu besini reddeden çocuklar için değişik tat, lezzet ve yapıda yeni birleşimler denenmeli ve teşvik yöntemleri artırılmalıdır. Yemek esnasında çocuğun dikkatini dağıtacak televizyon, tablet gibi uyaranlar en aza indirilmeli, yemek zamanlarının aile içi iletişim için fırsat olduğu düşünülmelidir. Yemek bir ödül ya da ceza olarak kullanılmamalı, çocuğun stresli olduğu durumlarda rahatlatıcı olarak verilmemelidir. Annelere ek gıda ve beslenme danışmanlığı ile birlikte sağlıklı yeme davranışı bilgilendirilmesi yapılması farkındalık oluşturacaktır.

Çalışma kesitsel olduğundan; yeme davranışı ve obezite arasındaki ilişkiyi daha net ortaya koyabilmek için uzunlamasına çalışmalar faydalı olabilecektir.

ANAHTAR KELİMELE: ebeveyn besleme davranışı, çocukluk çağı obezitesi, obezite, yeme davranışı, beslenme



ABSTRACT

Introduction and aim: Obesity is one of the major health problems that cause adverse medical, psychosocial and economic consequences. Childhood obesity has rapidly increased in the world and in Turkey and has become an important public health problem. It is also aimed at achieving a right eating behavior as well as a balanced enough supply for a child's healthy development. Among obese eating habits, there are behavioral subheadings such as eating pleasure, responding to a meal offer, eating time, drinking wish, cognitive, uncontrollable and emotional eating habits. Eating disorders in adulthood; Weight, and nutritional consumption, which are associated with excessive emotions, attitudes and behaviors. From the time of infancy the caregiver is usually a mother and the eating and eating behavior of the mother is influential on the basis of the eating relationship. At the same time, families who are overweight and obese do not see this as a health problem. Assessing children with eating disorders that are overweight and overweight, along with their parents, will help me to better understand the underlying problems and develop healthy interventional methods. The aim of this study was to determine the prevalence of obesity in children aged 9-24 months, which correlated with parental eating behavior and parental feeding style.

Method: Research is cross-sectional. The study was conducted in Maltepe Community Health Center affiliated family health centers. The research population consisted of infants and mothers of 9-24 months who applied to family health centers affiliated to Maltepe Community Health Center between October-November-December 2016. In this study, there was a chronic illness diagnosed from babies 9-24 months who applied to family health units affiliated to Maltepe Community Health Center and 18-50 year old mothers were included. A total of 216 applicants, of whom 3 were older than 50 years of age, and 2 were out of work because of the baby's chronic illness. The research was completed with 211 people. Child health and growth information questionnaire, sociodemographic questionnaire, Dutch eating behavior scale and parental feeding style questionnaire were used as research data collection tools. The height and weight measurements of mother and children were measured by the researcher. Body mass

indexes were calculated from anthropometric measurements, body mass index (Weight / length², kg / m²) and classified according to BMI classification. The head, back, hips, legs, heels of the infants are measured exactly as they are lying on the back. On the other hand, the weights were measured and the digital scale was measured. Height and weight were recorded and evaluated in the WHO Antro program.

Results: A total of 211 mothers and children between 9-24 months were included in the study. The mean age of the mother is 30.86 ± 5.5 . The average age of the children is 15.24 ± 7.1 . 112 boys (53.1%) were girls and 99 (46.9%) were boys. Nine of the mothers who participated in the survey (4.3%) are illiterate; Most of them are primary and secondary school graduates. All of the fathers are literate; Most of them are primary and secondary school graduates. 159 (75.4%) of the houses are housewives; (24.6%) of the population. 204 of the fathers (96.7%) are working. Most mothers as caregivers and caregivers constitute most the child. In working mothers, the only time the mother looks at the child is an average of 7.6 ± 4.4 months. The average weight of the participating mothers was 67.5 ± 12.42 kg; And the height is 161.09 ± 6.9 cm. The mean birth weight of the children was 3244 ± 538.24 gr; Mean birth weight is 50.02 ± 2.75 cm. Under 1700 (8,1) 2500 gr, 180 (86,1%) children were born between 2500 and 4000 gr and 12 (5,7%) were over 4000 gr. The mean age of gestation was 38.34 ± 1.93 ; 33 (16.3) were born below 37 weeks, 109 (83.7%) were born over 37 weeks. Children participating in the study spent an average of 5.6 ± 0.6 months in supplementary food. While 64% of the children choose to eat, 24% have difficulty in solids. Boys were more likely to choose food ($p = 0.013$). 22,30% of the subjects stated that they had difficulty in tasting new food at the rate of 24.20%. Most children react when they do not like unwanted food when they spit and do not open their mouths. The proportions of the mothers who set the children's meals in an orderly manner and hourly are close together. 153 (72.5%) of the children eat only at the table and eat 69% (32.7%) watching TV. With children choosing to eat; ($P = 0,013$, $p = 0,019$, $p < 0,001$) were found to be related to eating and playing games, tablet-phone viewing, and just eating and eating at the table. There was a statistically significant difference between the sex of the child and playing the game ($p = 0,004$, $x^2 = 8,438$). There was a significant relationship between mother education level and eating with music ($p = 0,043$, $x^2 = 8,987$). There was a significant difference between the level of education of the father and eating only sitting at the table and eating with tablets watching

($p = 0,045$, $\chi^2 = 9,754$; $p = 0,032$, $\chi^2 = 10,592$). The frequency of eating mothers watching TV or eating with iPad in their children is significantly above the level ($p = 0,006$, $\chi^2 = 7,430$, $p = 0,004$, $\chi^2 = 8,473$). The frequency of the difficulty experienced in tasting new foods was found more in males ($p = 0.009$). When asked mothers how their children found their pounds; (3%) were overweight and 128 (61%) were normal. Mothers were found to have found their girls more overweight ($p = 0.019$, $\chi^2 = 9.745$). Percentage of children's weight per centile was $66,51 \pm 31,43$, weight percentile by age $65,06 \pm 30,3$, height cententile by age $54,21 \pm 33,71$, mean age by weight percentile $65,5 \pm 32$. There was no correlation between body mass indexes per sex ($p = 0.891$). Children who were weak in weight and very weak per age were more likely to eat tablet and phone ($p = 0.021$). There was a statistically significant correlation between the body mass indexes of children and eating tablets ($p = 0.003$). The average body mass index of the mothers was 26.07 ± 4.89 . No statistically significant relationship was found between maternal VKI and child VKI. Mean scores of the Dutch Eating Behavior Scale subscales; Restrictive eating was found to be $24,95 \pm 8,19$, emotional eating $27,54 \pm 16,38$ and external eating $21,69 \pm 7,04$. The mean of the subscale scores of the parental feeding style scales applied to the mothers are; Emotional feeding $9,67 \pm 4,94$, encouragement feeding $29,44 \pm 4,29$, auxiliary feeding $6,27 \pm 2,85$, tightly controlled feeding $16,43 \pm 2,27$, tolerance feeding $17,93 \pm 2,97$. Obese mothers were higher than mothers without emotional eating points ($p = 0.001$). There was no relationship between maternal VKI and parental feeding style. There was a significant positive correlation between DEBQ restrictive eating subscale scores ($p = 0,04$, $r = 0,142$) and no significant relationship between children's VKI percentile scores and the scores obtained from PFSQ subscales. Children ages 9-11; 12-23; In the analysis made by categorizing as 24 months; Emotional and assisted feeding scores of the 24 month old children were higher than the PFSQ subscales. There was no significant relationship between the PFSQ subgroup scores and the children's body mass index. There was no significant relationship between the eating behaviors of the parents and the body mass index of the children. The Spearman correlation test was performed between the PFSQ and the Dutch Eating Behavior Scale subgroups. The analysis was done first among obese mothers behind all mothers. When all the mothers were included, a weak relationship was found between the exogenous eating and tolerated controlled feeding sub-dimensions in the negative direction. In the analysis involving obese mothers,

a weak-to-moderate relationship was found between the restrictive eating and the encouraging feeding sub-dimensions in the positive direction.

Conclusion: This study was a pioneering work that measured parental eating behavior and feeding behavior at the same time. The prevalence of obesity was calculated in the study between 9-24 months in children and it is a guideline for the determination of the condition in this age group. All measurements in the study were made by the investigator and calculated according to WHO standards. The prevalence of obesity in early childhood was found to be 13.7% in the study. There was no relationship between parental feeding style and eating behavior and early childhood obesity. There is no relationship between the body mass index of the mothers and childhood obesity according to this study. One third of the children eat in a stimulant accompaniment, mainly on television and tablet, which is found to be related to food selection. At the same time, nearly 40% of the mothers stated that it was difficult to taste new foods. The first 2 years of life is a critical period for a healthy start, and the effects of nutrition on advanced life health are known. In this period, children should be sensitive to the symptoms of hunger and toughness and should be encouraged to eat instead of forcing them to eat. For children who reject most foods, new combinations of taste, flavor and structure must be tried and encouraged. During the meal, stimulants such as television and tablet, which will distract the child's attention, should be minimized, and meal times should be thought of as opportunities for intra-family communication. Meal should not be used as a reward or punishment, and should not be given as a relief when the child is stressed. Mothers should be informed about supplementary food and nutrition counseling as well as informing healthy eating behavior.

KEY WORDS: Parental feeding style, childhood obesity, obesity, eating behavior, nutrition

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
ÖZET	4
ABSTRACT	9
İÇİNDEKİLER	13
TABLolar	16
ŞEKİLLER	18
KISALTMALAR	19
1. GİRİŞ ve AMAÇ	20
2. GENEL BİLGİLER	22
2.1. Çocukluk Çağı Obezitesi ve Epidemiyolojisi	22
2.1.1. Çocukluk çağı obezitesi	22
2.1.2. Çocukluk çağı obezitesi sıklığı	22
2.1.3. Çocukluk çağı obezitesinde tanı	23
2.1.4. Çocukluk çağı obezitesi etkenleri	25
2.1.5. Çocukluk çağı obezitesinin yol açtığı sağlık sorunları	27
2.1.6. Çocukluk çağı obezite tedavisi	28
2.2. Yeme Bozuklukları	29
2.2.1. Yeme bozukluğu nedir?	29
2.2.2. Yeme bozukluğunun nedenleri	29
2.2.3. Yeme bozukluğu risk faktörleri	30
2.2.4. Yeme bozukluğunun epidemiyolojisi	31
2.2.5. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması	32

2.2.6. Çocuklarda yeme bozuklukları	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	34
3.1Araştırmanın tipi	34
3.2Araştırmanın yeri	34
3.1. Araştırmanın Zamanı.....	34
3.3. Araştırmaya alınan kişilerin özellikleri	35
3.4. Araştırmanın veri toplama gereçleri.....	35
3.5. Araştırmada kullanılan ölçüm yöntemleri.....	38
3.6. Araştırmanın uygulama aşamaları.....	39
3.7. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmesi	41
3.8 Etik kurul onayı.....	41
4.BULGULAR.....	43
4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	43
4.2. Katılımcılara ait sağlık ve beslenme özellikleri	46
4.3.Katılımcıların yeme ve yedirme davranışı özellikleri.....	57
4.4. Annelerin yeme ve yedirme davranışının çocukluk çağı obezitesi ilişkisi	60
5.TARTIŞMA	64
5.1. Katılımcılara ait özellikler	64
5.2. Katılımcılara ait sağlık ve beslenme özellikleri	64
5.3.Katılımcıların yeme ve yedirme davranışı	69
5.4. Annelerin yeme ve yedirme davranışının çocukluk çağı obezitesi ile ilişkisi	70
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	71
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER.....	79

Ek 1. Çocuğa ait büyüme ve sağı bilgileri anketi	79
Ek 2. Demografik bilgi anketi	81
Ek.3 Hollanda yeme davranışı ölçeğı	87
Ek 4. Ebeveyn besleme tarzı ölçeğı	90
Ek 5. WHO Antro programı ekran görüntüsü 1	93
Ek 6. WHO Antro programı ekran görüntüsü 2	94
Ek 7. WHO Antro programı ekran görüntüsü 3	95
Ek 8. Çalışmadan elde edilen VKİ Z skoru eğrisinin WHO Z skor eğrisi ile karşılaştırılması	96

TABLÖLAR

Tablo 1. Antropometrik Ölçümlerin Z Skoru sınıflaması (WHO 2007).....	24
Tablo 2 .Vücut Kütle İndeksi Sınıflaması.....	38
Tablo 3. Aile Sağlığı Merkezleri ve Veri Dağılımı	40
Tablo 4. Anne ve babaların sosyo-demografik özellikleri	43
Tablo 5. Katılımcıların yaş ortalamaları	44
Tablo 6. Çocuğa ait doğum bilgileri	46
Tablo 7. Çocuğa ait beslenme özellikleri.....	47
Tablo 8. cinsiyet ile yemek seçme karşılaştırması.....	48
Tablo 9. Çocukların yemek zamanı ve yeme şekli	50
Tablo 10. Yemek seçme-yemek yerken oyun oynama karşılaştırması	50
Tablo 11. Yemek seçme-yemek yerken tablet izleme karşılaştırması	51
Tablo 12. Yemek seçme-yemeği sofrada yeme karşılaştırması	51
Tablo 13. Cinsiyetlere göre yeni gıda tattırma zorluğu	52
Tablo 14.Çocuğa ait persentil ve Z skor değerleri	53
Tablo 15. Çocukların boya göre kilo Z skor sınıflaması.....	53
Tablo 16. Çocukların yaşa kilo Z skor sınıflaması	54
Tablo 17. Çocukların yaşa boy Z skor sınıflaması.....	54
Tablo 18. Çocukların vücut kütle indekslerine göre Z skoru sınıflaması	54
Tablo 19.Yaşa göre kilo-tabletle yemek yeme ilişkisi	55
Tablo 20.VKİ ile tabletle yemek yeme karşılaştırması	55
Tablo 21.Annenin çocuğun kilosunu algılaması-VKİ karşılaştırması	56
Tablo 22. Annelerin VKİ dağılımları.....	56

Tablo 23.Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği puan dağılımları.....	57
Tablo 24. Ebeveyn besleme tarzı ölçeği puan dağılımı	57
Tablo 25. Anne VKİ ile Hollanda Yeme Davranışı Ölçek puanları karşılaştırması	58
Tablo 26. Ebeveyn besleme tarzı puanı ile anne VKİ karşılaştırması	59
Tablo 27. Çocuk yaş kategorisi-Ebeveyn Besleme Tarzı Ölçek puan karşılaştırması.....	60
Tablo 28.VKİ gruplarında ebeveyn besleme tarzı puan dağılımı	61
Tablo 29. VKİ grupların ebeveyn yeme davranış puan dağılımı	61
Tablo 30. Yeme davranışı ve EBTA alt ölçekleri korelasyon analizi.....	62

ŞEKİLLER

Şekil 1. Çocuğa şimdiye kadar bakan kişiler	45
Şekil 2. Çocuğa şu an bakan kişiler	46
Şekil 3. Çocuğun yemek seçme durumu	48
Şekil 4.Çocuğa yeni gıda tattırırken zorlanma durumu	49
Şekil 5.Çocuğun sevmediği gıdaya tepki dağılımı.....	49
Şekil 6.Annelere göre çocuklarının kilosu	52

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBTA: Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi

SS: Standart sapma

Değer aralığı: Birinci ve üçüncü çeyrekliler arasındaki fark

VKI: Vücut kütle indeksi



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite olumsuz tıbbi, psikososyal ve ekonomik sonuçlara neden olan önemli sağlık sorunlarından biridir. Çocukluk çağı obezitesi dünyada ve Türkiye’de hızla artmış ve önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün tahminlerine göre 2014 yılında 5 yaş altında 41 milyon çocuk fazla kilolu veya obezdir [1]. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nde ise çocukların %20’si kiloludur. Bu çocuklarında üçte biri obez olup, rakamlar hızla artmaktadır. Türkiye genelinde 0-5 yaş grubunda ölçümleri alınan 2567 çocuk değerlendirildiğinde %8.5’i (E:%10.1, K:%6.8) obez/şişman, %17.9’u (E:%17.8, K:%18.0) hafif şişman, %10.3’ü (E:%9.7, K:%11.0) zayıf ve %5.6’sı (E:%5.6, K:%5.6) ise çok zayıftır [2]. Beş yaş altında başlayan obezite genellikle bir ömür sürmekte ve çok ciddi sonuçlara yol açmaktadır[3]. Bir çocuğun sağlıklı gelişimi için dengeli yeterli beslenmesi kadar doğru bir yeme davranışı kazanması da hedeflenmelidir. Obezitede rol oynayan yeme alışkanlıkları arasında yemek yemeden zevk alma, yemek teklifine yanıt, yemek yeme süresi, içme isteği, bilişsel, kontrol edilemeyen ve duygusal yeme alışkanlıkları gibi davranışsal alt başlıklar yer almaktadır [4, 5]. Bir üç yaş dönemi yürüme, konuşma, beslenme eğitimi, tuvalet eğitimi ve çevre ile sosyal iletişimin kurulduğu yıllardır [6]. Gelişme ve değişme döneminde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan ya da dolaylı olarak anne ve babanın beslenme alışkanlıklarından etkilenir [7]. Anormal yeme tutum ve davranışları, ileride ortaya çıkacak yeme bozukluklarının en kuvvetli ve güvenilir işareti olarak kabul edilmektedir [8]. Çocukların yeme davranış paternlerinin ve yiyecek seçimlerinin yaşamın ilk 2 yılında oluştuğu ve bunların ileriki yıllarda obezite gelişimi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir [9].

Erişkinde yeme bozuklukları; ağırlık ve besin tüketimi meşguliyetine eşlik eden aşırı duygular, tutumlar ve davranışlar ile karakterize karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir. Yeme bozukluğu olan ciddi duygusal ve fiziksel problemler ve kadınlar ağırlıkta olmak üzere her iki cinsten de görülmektedir [10]. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme sendromu ve gece yeme sendromu gibi rahatsızlıkları içine alan yeme bozuklukları, son 25 yılda ülkemizde hızlı bir artış göstermektedir.

Bebeklik ağından itibaren bakım veren kişi genellikle anneler olmaktadır ve yeme ilişkisinin temellerinde annenin yedirme ve yeme davranışı etkilidir. Aynı zamanda çocuğu fazla kilolu ve obez olan ailelerin bunu bir sağlık sorunu olarak görmemeleri sağlıklı beslenme algısını oturtmakta bir engeldir. Yeme davranış bozukluğu olan, aşırı zayıf ve kilolu olan çocukları ebeveynleri ile birlikte değerlendirmek temel sorunları daha net görmemize ve sağlıklı müdahale yöntemleri geliştirmemize yardımcı olacaktır. Bu çalışmanın amacı 9-24 ay arası çocuklarda obezite prevalansını belirleyerek bunun ebeveyn yeme davranışı ve ebeveyn besleme tarzı ile ilişkisini göstermektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Obezitesi ve Epidemiyolojisi

2.1.1. Çocukluk çağı obezitesi

Obezite, Latince “obezus” kelimesinden köken almaktadır. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obezus”, iyi beslenmiş anlamına gelir. İngilizce’de ise, “obesity” şişmanlık, “obese” çok şişman, “overweight” fazla ağırlık, tartıda fazla gelen miktar, şişmanlık anlamındadır [11]. Aşırı kiloluluk ve obezite, anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır[12]. Obezite ömür boyu devam edebilen kronik bir enerji metabolizması sorunudur. Çocukluk çağı obezitesinde eksojen ve endojen birçok faktör rol oynamaktadır. Çocukluk çağı obezitesi kronik birçok hastalığa neden olabilmektedir. Bu nedenle önlenmesi ve tedavisi önemlidir.

2.1.2. Çocukluk çağı obezitesi sıklığı

Obezite 21. yüzyılın en önemli epidemilerindendir. İki bin ondört yılında dünyada 5 yaş altı 41 milyon çocuğu etkilemiştir [1]. Prevelansı ülkeden ülkeye değişmekte ve dünyada son 20 yılda artmaktadır. 2003 yılı Uluslararası Obezite Komisyon raporunda dünya çapında 5-17 yaş arası 10 çocuktan birinin fazla kilolu ya da obez olduğu bildirilmiştir [13]. Afrika’da obez çocuk sayısı 1990 yılından 2014 yılına kadar 2 kat artış göstererek 5.4 milyondan 10.3 milyona yükselmiştir. Asya ve Afrika kıtası, 5 yaş altı obez çocuk nüfusunun yarısına sahiptir [1]. Çocukluk çağı obezitesi, Amerika Birleşik Devletleri’nde de önemli bir problemdir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (NHANES) sonuçlarına göre 1988–94 ve 2003–04 dönemi arasında 2-5 yaş grubu için aşırı kilolu olma sıklığı %7,2’den %13,9’a; 6-11 yaş grubundaki sıklık %11’den %19’a çıkmıştır. Okul öncesi çağıdaki çocuklarda prevelans düşmesine rağmen tüm çocuklarda yükseklik devam etmektedir. İki ondokuz yaş arasındaki çocuk ve adölesanlarda 2011-2014 yıllarında obezite prevalansı yaklaşık % 17

düzeyinde istikrarlı kalmış ve yaklaşık 12.7 milyon çocuk ve adolesanı etkilemiştir [14]. Avrupa’da ise çocukların %20’si kilolu ve bu çocukların 1/3’i şişmandır [11].

Türkiye’de ulusal kapsamlı çalışma sayısı sınırlı olmakla beraber 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’na göre Türkiye genelinde 0-5 yaş grubunda ölçümleri alınan 2567 çocuk değerlendirildiğinde %8.5’i (E:%10.1, K:%6.8) obez/şişman, %17.9’u (E:%17.8, K:%18.0) hafif şişman, %10.3’ü (E:%9.7, K:%11.0) zayıf ve %5.6’sı (E:%5.6, K:%5.6) ise çok zayıftır. Obezite görülme sıklığı erkeklerde kızlardan daha fazla oranda saptanmıştır. Yaş grubu ve cinsiyete göre VKİ z-skor değerlerinin dağılımı incelendiğinde 0-5 yaş grubu çocuklarda obez ($\geq +2SD$) olanların oranı 19-24 ay yaş grubunda %15.0 (E:%14.4, K:%15.5) olup, en yüksek düzeyde bulunmuştur. Çok zayıf ($< -2SD$) olan çocukların oranı ise 4-6 ayda %11.8 (E:%11.3, K:%12.2) ile en fazladır. Yaş gruplarına göre obezite görülme sıklığı erkeklerde kızlara kıyasla daha yüksek oranda saptanmıştır [15]. 2001 ile 2011 yılları arasında farklı bölgelerde yapılan bir çok yerel çalışmada aşırı kilolu ve obezite prevalansları sırasıyla% 8.3-22.4 ve% 1.6-10.6 oranında bulunmuştur [16].

2.1.3. Çocukluk çağı obezitesinde tanı

a. Vücut Kütle İndeksi: Çok sık kullanılan vücut yağı hesaplama metodu; kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölümü ile elde edilen VKİ’dir. VKİ güvenli, basit, ucuz ve kolay uygulanabilir olduğundan çocuk yaş grubunda yaygın olarak kullanılmaktadır [17]. VKİ yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir, bu nedenle yaşa ve cinse göre VKİ persantilleri belirlenmiştir [18]. VKİ’nin tek bir çocuktaki yağ miktarının belirlenmesi için kullanılması %4,7- 7.3’lük bir yanlış payı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir [19]. 0-5 yaş grubu çocuklar için geliştirilen “WHO- MGRS (Multicentre Growth Reference Study) 2006 ve 2007 Büyüme Eğrileri”nin tüm ülkelerde kullanılması “The European Childhood Obesity Group”, “International Pediatric Association”, “UN Standing Committee on Nutrition” ve “International Union of Nutrition Sciences” tarafından önerilmektedir(www.who.int/childgrowth/en).

Bu eğrilere göre; $< -2SD$: çok zayıf/düşük kilolu; $\geq -2SD$ - $< -1SD$: zayıf/kısa boy; $\geq -1SD$ - $< +1SD$: normal; $\geq +1SD$ - $< +2SD$: Hafif kilolu/kilolu; $\geq +2SD$: şişman/obez değerlendirilir (Tablo 1).

Tablo 1. Antropometrik Ölçümlerin Z Skoru sınıflaması (WHO 2007)

Z Skoru	Vücut Ağırlığı	Boy Uzunluğu	Vücut Kütle İndeksi
> +3 SS		Çok Uzun	Şişman(Obez)
+3 SS $\geq$ - > +2 SS		Uzun	
+2SS $\geq$ - > +1 SS	Normal	Normal	Kilolu
Medyan			Normal
-2 SS $\leq$ - < -1 SS			
-3 SS $\leq$ - < -2 SS	Zayıf	Kısa	Zayıf
< -3 SS	Ciddi Zayıf	Çok kısa	Ciddi Zayıf

b.Deri Kıvrım Kalınlığı: Deri kıvrım kalınlığı ; ucuz, hızlı ve basit bir yöntemdir. Vücut yağıyla koreledir. VKİ ile birlikte kullanımda etkinliği artar [20]. Yağ kalınlığının gerçek değerini ortaya çıkarması avantajıdır, dezavantajı ise çocukların ölçümden rahatsızlık duymalarıdır. Cilt kıvrım kalınlığı yaşa ve cinsiyete göre değişebilmektedir. Cilt kıvrım kalınlığı %85'i üzerinde olanlar aşırı kilolu ve %95'in üzerinde olanlar ise obez olarak değerlendirilmektedirler [21].

c.Bel/Kalça Oranı: Bel/kalça oranı vücut yağını değerlendirmede indirekt bir yöntemdir. Kardiovasküler ve metabolik risk faktörleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [22].

d.Diğer: Vücut yağının ölçümü DEXA, bioelektrik empedans, tomografi, dansitometre gibi yöntemler ile de yapılabilir. Fakat bu metodlar pratikte çok fazla kullanılmamaktadır [23].

2.1.4. Çocukluk çağı obezitesi etkenleri

Çocukluk çağı obezitesi; genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesi ile oluşur.

a.Genetik nedenler: Obez ebeveynlerin çocukları olmayanlarınkine göre daha fazla risk altındadır [24]. Evlat edinilen çocukların VKİ'lerinin biyolojik anne-babalarına daha fazla benzedikleri ortaya konmuştur [25]. Obezite ile ilgili genler direk kilo almaya sebep olmazken, kilo almaya müsait ortamdaki bireyde kilo alma riskini arttırmaktadır [26]. Yapılan çalışmalar obezitenin gelişmesine etki eden tekil genler ve fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır. Hayvanlarda obeziteye neden olabilecek bazı tek gen defektleri bulunmuştur [27, 28]. Bu tek gen defektleri çocuklarda görülen ve bir sendroma eşlik etmeyen süper obezite durumlarını açıklayabilir [26]. Leptin üretiminde görev alan 'ob' geni 1994 yılında keşfedilmiştir [29]. Leptin adipositlerce kana verilir, plazma konsantrasyonu vücutta bulunan yağ dokusu miktarıyla doğru orantılıdır. Günümüzde yağ kitlesinin mi yoksa yağ depolarındaki aktivitenin mi leptin yapımı ve salınımında etkili olduğu netlik kazanmamıştır. Beyindeki leptin reseptörlerinin adipoz dokudan gelen bu sinyali yağ depolanmasına enerji harcanmasını arttırarak veya besin alımını azaltarak engel olan düzenleyici bazı süreçlere çevirdiği düşünülmektedir [30]. Bu mekanizmalara göre leptine bağlı obezite gelişiminde leptin reseptörlerinde bir rezistans veya leptin üretiminde bir azalma söz konusu olmalıdır. Yakın zamanda yapılan başka bir araştırmada leptin tarafından düzenlenen ve tokluk hissi yaratan bir protein tanımlanmıştır. Bu proteine kokain ve amfetamin ile regüle transkript (CART) denilmektedir [26]. Ailelerin dahil edildiği çalışmalarda obezite fenotipinin en fazla %30-50 oranında kalıtımla geçebileceğini ve vücut yağ kütlesine etki eden temel faktörlerden enerji alımı ile tüketimine genetiğin etki ettiğini ve diyetteki değişikliklere cevabın genetik faktörlerle belirlendiğini gösterse de genetik nedenlerin obezite prevalans artışını açıklamaları zordur. Çünkü dünyadaki gen havuzu neredeyse sabit kalmıştır [26, 31].

b.Çevresel nedenler: Prenatal dönem obezite için hassas ve kritik bir dönemdir. Annenin diyabetik veya obez olması, hamilelik süresince aldığı kilo, obezite riskini arttırmaktadır. Hamileliğin erken dönemlerinde malnütrisyonu maruz kalan annelerin çocukları yaşları büyüdükçe daha fazla obez olma riskine sahiptirler. Benzer şekilde anne karnında hiperglisemiye maruz kalan çocuklar da çocukluk döneminde glukoz intoleransı

geliştirirler ve obez olma riskleri artar. Hayvan deneyleri gebelikte aşırı beslenme veya ciddi az beslenmenin hipotalamik gelişim ve pankreatik beta-hücre gelişimini etkilediğini düşündürmektedir [26]. Bebeğin doğumdan sonra aldığı ilk besin anne sütüdür. Anne sütünün içeriği dönemler arası farklılıklar göstermektedir. Formül mamaların ise aynıdır. Anne sütü ile beslenenlerde şişmanlık %2,8, mama alanlarda ise %4,5 olarak saptanmıştır.

Obeziteye neden olduğu düşünülen bir diğer faktör, katı gıdalara vaktinden erken geçmedir. Çocukluk ve adölesan dönemde obezitesi ile vaktinden önce katı gıdalara geçme arasında bir ilişki gösterilememiştir [32].

Beslenme yöntemi, çeşitliliği, miktarı, sıklığı ve içeriği çocukta beslenme alışkanlığı oluşumunda en önemli faktörlerdir [33]. Çalışmaların çoğu, aile ortamının bir çocuğun yeme davranışını belirlemede önemli bir etken olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerin çocuklarını besleme alışkanlığı ve kendi yeme davranışları, ailenin yeme davranışını oluşturmaktadır. Ebeveynler, çocuklarının sağlıklı büyümesini sağlamak için sağlıklı yeme davranışlarını teşvik edebilir ya da düzensiz ve sağlıksız beslenme yönünde etkileyerek çocuklarına obezite ortamı oluşturabilirler [34]. Çocukların yeme davranış şekillerinin ve yiyecek tercihlerinin hayatın ilk 2 yılında belirlendiği ve bunların ilerleyen yıllarda obezite gelişimiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Çocukların yeme davranışı ebeveyn besleme tarzı ile yakından ilişkilidir ve ebeveyn besleme tarzı çocukların yeme davranışını belirleyen en önemli faktörlerdendir [9]. Yeme davranışı kazandırılırken yiyeceğin ödül olarak sunulduğu çocuklarda haz duygusunun geliştiği, bunun da duygusal yemeye yol açtığı gösterilmiştir [35]. UNICEF çalışmasında, ebeveynlerin besleme tarzlarının, ebeveyn yeme alışkanlıklarının ve çocukların yeme davranış şekillerinin obezite oluşumunda önemli rol oynadığı gösterilmiştir [36].

Ebeveynlerin obez olması çocukların da obez olma riskini arttırmakla beraber her iki ebeveyn de obezse risk daha da artmaktadır. Reklamların ve programların yeme isteğini artırıcı mesajlar vermesi çocuğun yemek seçimine etki etmektedir [37].

Sosyoekonomik seviye ve obezite ilişkisi çalışmalarda farklılık göstermiştir [26]. Çalışmaların bazılarında yüksek sosyoekonomik seviye ve bazılarında da düşük sosyoekonomik seviyede obezite prevalansının arttığı gösterilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde yürütülen obezite prevalans çalışmalarında gelişmekte olan 50 ülkeden 32'sinde

obezite prevalansının %2.3'ün altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun teşkil etmediği belirtilmiştir [38].

Anne-babanın eğitim ve mesleki durumları ile obezite arasındaki ilişkiye bakıldığında; kötü ve ağır yaşam şartlarında büyüyen çocukların obezite risklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır [39, 40].

Sedanter yaşam tarzı çocukluk çağı obezite riskini arttıran faktörlerden biridir. Asansör kullanımı, okula servisle gitme, yeşil alanların azlığı, masa başında uzun süre çalışma, apartman yaşamı gibi faktörler fiziksel aktiviteyi azaltarak obeziteye sebep olabilir [33].

2.1.5.Çocukluk çağı obezitesinin yol açtığı sağlık sorunları

Obez bireylerde morbidite ve mortalite hızı artmaktadır. Obezite emosyonel, fiziksel, psikososyal, akademik ve toplumsal problemlere neden olmaktadır [11].

a.Fiziksel sorunlar: Obez çocukların kemik gelişimi ergenlikten önce yaşitlarına göre ileridedir. Ergenlik belirtileri daha erken dönemde ortaya çıkar ve gelişimleri daha önce tamamlanır. Obez bebek ve çocukların hareket etmesi zordur, oturma ve yürümesi gecikir. Alt ekstremitelerde yağlanma fazladır. Düz tabanlık, eğri bacak gibi ortopedik problemlere sık rastlanır. Erkeklerde jinekomasti görülebilir. Bacak aralarında sürtünme sonucu pişik oluşabilir. Hareket ile artan solunum güçlüğü yaşayabilirler. Obezite kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok kronik hastalığın erken dönemde ortaya çıkmasına neden olur. Kan kolesterol ve lipid düzeyleri artar. Obeziteye bağlı hastalıklar ve komplikasyonlar çocuk ne kadar küçükse o kadar sık görülür. Obez çocuklarda bağışıklık sisteminin gelişimi ve etkinliği dengesiz beslenmeye bağlı olarak azalır [33].

b.Emosyonel ve psikososyal sorunlar: emosyonel ve psikososyal problemler obez çocuklarda sık görülür. Obez çocuklarda depresyon, distoni, anksiyete, enürezis gibi psikopatolojik bulgular görülmektedir [41-43]. Öfke nöbetleri, beden imajının küçümsenmesi, özgüven kaybı, başkalarının kendinden tiksindiğini ve küçük gördüğünü düşünmeleri, stigmatizasyon, dışlanma hissi ile olumsuz bir benlik düşüncesine sahip olma, buna bağlı sosyal ilişkilerde bozulma sık görülmektedir [44].

c. Akademik sorunlar: Obezite, çocukların akademik yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda normal kilolu öğrencilerin obez öğrencilere göre

matematik notlarının ve okuma becerilerinin daha yüksek olduğu ve okul performanslarının daha iyi olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmalar obez çocukların okula aidiyet hissetmediklerini, okuldan ayrılmak istediklerini, akademik hayatları boyunca da başarılarının düşük olduğunu göstermiştir [44]. Uyku apnesinin obez çocuklarda sık görülmesinin hafıza ve öğrenme sorunlarına yol açabileceği belirtilmiştir [45] .

d.Toplumsal sorunlar: Obezitenin önlenmesi, teşhis ve tedavisi için gerekli maliyet yüksektir[11]. Bu nedenle obezite, ülkenin sağlık bakım hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Batılı ülkelerde toplam sağlık harcamaları içinde obezite ile mücadele için ayrılan pay giderek artmakta ve tüm harcamaların %2-7'sini oluşturmaktadır [46].

2.1.6.Çocukluk çağı obezite tedavisi

Çocukluk çağı obezitesi tedavisi güç bir hastalıktır. Etyolojinin iyi saptanması ve bir ekiple çalışılması tedavi başarısını arttırmaktadır. Tedavi yöntemleri 5 grup altında toplanabilir:

- Fiziksel aktivite
- Beslenme tedavisi
- Davranış tedavisi
- Cerrahi tedavi
- ilaç tedavisi

İlaç ve cerrahi tedavi zorunlu haller dışında uygulanmamalıdır, komplikasyonu yüksek ve risklidir. Komplikasyon gelişmiş ve ek hastalığı olan obez çocuklar birincil olarak tedavi edilmelidir.

Üç yaş altı bebekler ilk 6 ay sadece anne sütü almalı, 6 aydan sonra ek gıda başlanmalı ve anne sütüne devam edilmelidir. Genel olarak meyve suyu gibi tatlı içeceklerden ve karbonhidrattan zengin mamalardan uzak durulmalıdır. Biberon bebeği sakınleştirme, susturma amacıyla kullanılmamalıdır [47]. Hızlı enerji alımına neden olan glisemik indeksi yüksek yiyecekler diyetten çıkarılmalı, porsiyonlar azaltılmalıdır.. Beslenmenin yemekten çok bir yaşam biçimi olduğu üzerinde durulmalı ve aile katılımı sağlanmalıdır. Sebze ve meyve tüketimi arttırılmalıdır[48, 49]. Günlük bir saat fiziksel

aktivite önerilmektedir. Fiziksel aktivitenin şekli ve yoğunluğu çocuğun yaşına ve algısına uygun olmalıdır. Diyet ve egzersizin birbirini tamamlaması gerektiği unutulmamalıdır[50]. Ekran karşısında geçirilen zaman günlük iki saati aşmamalıdır [51]. Çocukluk çağında obezite için kullanılabilen ilaçlar metformin, orlistat ve octreotittir. Orlistat; gastrik ve pankreatik lipaz enzim inhibitörüdür, yağların emilimini inhibe ederek kalori alımını engeller. Gastrointestinal sisteme ait yan etkiler bildirilmiştir. Tedavi süresince 25-(OH) vitamin D düzeylerinin izlemi ve multivitamin kullanımı önerilmektedir. Metformin; biguanid grubundan insülin duyarlılığını arttıran, hiperinsülinemiği azaltan bir ilaçtır. İnsülin direnci olan ergenlerde 6 ay süre ile 0,5 ile 1,5 g/gün bölünmüş dozlarda kullanımı önerilmektedir. Gastrointestinal sisteme ait yan etkileri, laktik asidoz, hipoglisemi tariflenmiştir. Octreotid bir somatostatin analogudur, insülin salınımını baskılayarak hiperinsülinemiği önler [52].

2.2. Yeme Bozuklukları

2.2.1. Yeme bozukluğu nedir?

Yemek yeme de bütün davranışlar gibi bir davranış şeklidir. Yeme davranışı öğrenilerek gelişen bir davranış olup fizyolojik bir boyutu da vardır. Bir çok insan acıkmadığı halde yemek yiyebilmekte ve tok hissetmesine rağmen yemeye devam edebilmektedir [53]. Yeme bozuklukları ise düşük vücut ağırlığını korumak ve kilo vermek amacıyla anormal ve zararlı yeme alışkanlıklarına sahip olup, yemekle ilgili düşünce eğilimindeki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır [54].

2.2.2. Yeme bozukluğunun nedenleri

Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam olarak anlaşılabilmiş olmamakla beraber; genetik, sosyo-kültürel ve psikolojik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir[55].

- Kişisel ve psikolojik nedenler
- Vücut memnuniyetsizliği
- Mükemmelliyetçilik

- Diyet yapma
- Genetik etkenler
- Ergenlik dönemi
- Şişmanlık
- Sosyokültürel etkiler

2.2.3. Yeme bozukluğu risk faktörleri

a.Bireysel Risk Faktörleri:

- Biyolojik:
 - Erken matürasyon
 - Şişmanlık
- Kişilik:
 - Düşük benlik saygısı
 - Tepkisizlik
 - Mükemmeliyetçilik
 - Olaylarla baş etmede yetersizlik
 - Beden memnuniyetsizliği
- Davranış:
 - Diyetsel kısıtlama
 - Flörte başlama
 - Ağırlık kaygısı

b.Ailesel Risk Faktörleri:

- Ebeveynler:
 - Şişmanlık
 - Aşırı koruyuculuk
 - Dışlanma
 - Psikopatoloji
 - Kayıp ya da yokluk
 - Fiziksel ya da cinsel istismar
- Ailesel Yapı:
 - Aile içi çatışma

- Beden şekli veya ağırlığı hakkında kaygılar
- Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık

c.Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri:

- Çevresel:
 - Arkadaşlar arasındaki ağırlık kaygıları
 - Alay konusu olma
 - Grup içinde zayıf olma idealistliği
 - Spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası
- Toplumsal:
 - Cinsiyet rolü çatışması
 - Medya baskısı
 - Başarı için fiziksel görünümün önemi
 - Baskın kültürün güzellikteki zayıflık ideali

2.2.4. Yeme bozukluğunun epidemiyolojisi

Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçütleri 1960'tan bu yana değiştiğinden epidemiyolojisini incelemek zor olmuştur [56]. Yeme bozukluğu olanların %90'dan fazlası 25 yaşın altı kişilerdir.

İngiltere'deki yaygınlık araştırmasında anoreksiya nervozanın her 100 000 kişide 20,2 (bütün topluluğun %0,02'si) olduğu gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde anoreksiya için yaşam boyu prevalans %0.51-%3,7 olarak saptanmıştır. Kuzeydoğu İskoçya'daki çalışmada 1965 ve 1991 arası, anoreksiya nervoza insidansının yüzbinde üçten yediye çıktığı belirtilmiştir. Güneybatı Londra'da Temmuz 1991 ve Haziran 1992 arası, anoreksiya nervoza insidansı 2,7/100 000 olarak bulunmuştur. 15- 19 yaş arası kadınlarda insidans 19,2/100 000'dir. Rochester, Minnesota'da yapılan bir çalışmada anoreksiya nervozanın yıllık insidansı; kadında 14,6; erkekte 1,8 bulunmuştur. Endüstrileşmiş ülkelerde tahmini anoreksiya nervoza insidansının 100 000'de 8,1 olduğu tahmin edilmektedir [56].

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da 1981-1989 arası yürütülen 50 çalışmada bulimia nervoza prevalansının ergen ve erişkin genç kadınlarda yaklaşık %1'lik hızı olduğu saptanmıştır.

Kısmi yeme bozuklukları toplumda daha sık görülüp, genç kadınlarda yaklaşık %5-10 oranındadır.

Bütün çalışmalar yeme bozukluğuna erkeklerde da az rastlandığını göstermektedir. Klinik örneklerde erkek kadın oranı, 1/10, 1/20 arasında değişmektedir [56].

Türkiye’de yapılan 783 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada kızların %13,1’inde erkeklerin ise % 9,2’sinde anormal yeme davranışları gözlenmiştir [57]. Ankara’da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığının tespiti amacıyla 935 öğrenci ile yapılan bir araştırmada; öğrencilere yeme tutum testi (EAT-40) uygulanmış ve öğrencilerin %13,7’sinde olası yeme bozukluğu belirlenmiştir. Olası yeme bozukluğu sıklığı kızlarda %11.9, erkeklerde % 20,5 olarak saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları; tıp fakültesi öğrencilerinin olası yeme bozukluğu riskinin yüksek olabileceğini ortaya koymuştur [58].

2.2.5. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin ‘Zihinsel Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel Kılavuzu’na göre; yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır. İdeal sınıflandırma sistemi, teşhis kriterlerini geçerli kılmak için gerekli bilgilerin toplanıp değerlendirilmesi ile deneysel olarak ortaya konulmuştur [54] .

- a. Anoreksiya Nevroza
- b. Bulimiya Nevroza
- c. Binge Eating (Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu)
- d. Ortoreksiya Nevroza
- e. Picky Eating (Kuş Gibi Beslenme)
- f. Bigoreksiya
- g. Pika

2.2.6. Çocuklarda yeme bozuklukları

Sağlıklı bebeklerin ve küçük çocukların %25'inin, gelişimsel engelli çocukların %80 kadarının beslenme sorunları olduğu tahmin edilmektedir. Bu yaygın beslenme güçlükleri arasında, çok az veya çok yeme, yemek reddi, kısıtlı gıda tercihi, uygunsuz yemek zamanı davranışları, tuhaf yemek alışkanlıkları yer almaktadır. Zayıf kilo alımı ile ilişkili olan yemeyi reddetme veya kusma gibi ağır beslenme sorunlarının 1 yaşından küçük bebeklerin %1-2'sinde olduğu bildirilmiştir. Beslenme problemlerine ilişkin çalışma oldukça azdır. Yaşamın ilk yılında yemek yemeyi reddeden bebekler; 2 yaşında daha fazla büyüme ve davranış sorunları yaşamakta ve bu bebeklerin %70'inde 4-6 yaşlarında ciddi yeme sorunları gelişmektedir [12].



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1Araştırmanın tipi

Araştırma kesitsel tiptedir.

3.2Araştırmanın yeri

Araştırma Maltepe Toplum Sağlığı Merkezine bağlı aile sağlığı merkezlerinde yapılmıştır.

3.1. Araştırmanın Zamanı

Araştırma için veri toplamaya etik kurul onayından sonra başlanmış, veri toplama Ekim-Kasım-Aralık 2016 boyunca sürmüştür. Verilerin toplanması sırasında yazım aşamasına başlanmış olup, veri toplama aşaması tamamlandıktan sonra veri analizi aşamasına geçilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Ekim-Kasım-Aralık 2016 tarihlerinde Maltepe Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuran 9-24 ay bebekler ve anneleri oluşturmaktadır.

Örneklem hesabı $n = (Z^2 * P(1-P)) / d^2$ formülü kullanılarak yapılmıştır. Evrendeki kişi sayısı sonsuz, obezite prevalansı %15, hata payı %5 alınıp; %95 güven aralığı için hesaplanmış; ulaşılması gereken kişi sayısı 196 olarak bulunmuştur. Ekim-Kasım-Aralık aylarında toplam 216 kişiye ulaşılmış, 211 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmaya alınan kişilerin özellikleri

Bu araştırmaya Maltepe Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı aile sağlığı birimlerine başvuran 9-24 ay bebeklerden tanısı konmuş kronik bir hastalığı olmayanlar ve 18-49 yaş anneler dahil edilmiştir. Aile sağlığı merkezine, aşı, izlem, muayene veya herhangi bir sebeple 9-24 ay arası bebeği ile başvuruda bulunan annelere yazılı ve sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrası, araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınmıştır.

Toplam 216 başvuru olup bunlardan 3'ü annenin yaşı 49'un üzerinde olduğundan, 2'si ise bebeğin kronik hastalığı olduğundan çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma 211 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın veri toplama gereçleri

A- Araştırmacı tarafından hazırlanan 8 soruluk 'Çocuğa Ait Büyüme ve Sağlık Bilgileri Anketi' ve 27 soruluk 'Demografik Bilgi Anketi' (Ek 1 ve 2)

B- Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (Ek 3)

Van Strein ve arkadaşları tarafından 1986 yılında oluşturulmuştur. 33 maddeden oluşan ölçek 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla-5=her zaman) Likert tipi bir ankettir. Duygusal yeme davranışlarını, (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yemeyi (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) ölçen 3 alt ölçekten meydana gelmektedir [59]. Otuz birinci soru ters sorulmuştur. Duygusal yeme 13 sorudan oluşup en fazla 65 puan, kısıtlayıcı yeme 10 sorudan oluşup en fazla 50 puan, dışsal yeme 10 sorudan oluşup en fazla 50 puan alınabilmektedir. Çalışmanın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Nuray Bozan tarafından yapılmıştır. Duygusal yeme Yapılan çalışmada Duygusal, Kısıtlayıcı, Dışsal Yeme için Cronbach alfa katsayıları sırası ile; 0.97, 0.91, 0.90 olarak bulunmuştur [10].

- Duygusal Yeme:

Yemek yeme işlevinde etkili ve önemli bir yöntem olduğu bilinmesine rağmen, duyguların yemeyi nasıl etkilediğini kavramak zordur. Duygular belirleyici şekilde motivasyonel farklılıklar gösterirler ve temel davranış şeklinin kontrolü içerisinde temel oluşturmaktadırlar. Bazı duygular; sinir, korku, üzüntü ve mutluluk uzun sürmektedir ve biraz daha karmaşıktır. Bu duyguların yeme davranışı ve tüketim üzerine; yeme

motivasyonu, besinlere etkili cevap, besin seçimi, çiğneme, yemek yeme hızı, tüketim miktarı gibi etkileri vardır [60]. Epidemiyolojik bilgiler, stres ile ilişkili yemek yeme sonucunda kilo alımı olduğunu göstermektedir [61]. Duyguların yemek yeme üzerindeki etkisi üzerinde detaylı şekilde çalışılmış ancak tam olarak birbirlerini nasıl etkiledikleri anlaşılamamıştır. Bir grupta duygular besin alımını arttırırken, diğer grupta azaltmıştır. Ayrıca farklı duygular aynı grup içindeki bireylerin besin alımını arttırabilmekte ve azaltabilmektedir. Örneğin, can sıkınlığı iştahı arttırırken, üzüntü azaltabilmektedir. Yoğun duygular yemek yemeyi baskılamakta ve negatif duygular da besin alımını azaltabilmektedir. Pozitif duyguların yemek yeme üzerine etkisi ve negatif duyguların etkisi ile farkı hakkında çok az şey bilinmektedir. Klinik çalışmalar göstermektedir ki; sinirli olmak tıknırcasına yemeyi en çok tetikleyen sebeptir. Nefret etmek ise anormal yeme davranışlarının sürekli olmasına sebep olmakta ve normal yemeye yönelmeyi engellemektedir [62].

Genellikle besine bağlı psikolojik değişiklikler bireyde durum düzenleyici etmen olarak görev almaktadır. Karbonhidrat içeriği yüksek besinler kişinin moodunun düzelmesinde öncül olabilmekte ve stres azaltıcı etmen de olabilmektedir. Bu etkilerin yeme üzerindeki etkisi beyin serotonin seviyesi ile ilişkilidir. Bunun yanında öğünde az miktarda protein varsa beyin bariyerindeki triptofan seviyesi artmakta ve böylece serotonin seviyesi de artmaktadır. Ayrıca yüksek karbonhidrat ve yağ alımı hipotalamus-pituiter ve adrenal axis aktivitesini azaltmakta ve stres cevap etmenlerini de düşürmektedir. Dolayısıyla kişilerde lezzetli yiyeceklerin tüketimi negatif duyguların azalmasını sağlamaktadır [60].

- Kısıtlayıcı Yeme:

Kısıtlayıcı yeme; kişinin vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için besinlerden ne zaman ve ne kadar uzak durduğunu belirtmektedir. Besinleri arzulama olgusu, iştah kontrolünde en önemli etkidir. Bazı bireyler uzun süreçlerde besin alımını sınırlamakta hatta bunu bir yaşam biçimi haline getirebilmektedirler. Bu bireyler vücut ağırlıklarını belli bir düzeyde tutmakta, ağırlıktaki ufak değişiklikler bile onların yeme aralıkları ve miktarını azaltmalarına sebep olabilmektedir. Besin alımlarını sürekli olarak kontrol altında tutma eğiliminde olan bazı bireyler, normal vücut ağırlığına sahip ve bunu koruyabilmekteyken, bazıları ise olması gerekenden daha fazla vücut ağırlığına

sahiptirler hatta bu bireylerde sık sık kilo dalgalanmaları görülebilmektedir [63]. Kilo vermek için uygulanan bazı beslenme programlarında besinlere olan arzunun artışı ile aşırı besin tüketimi, VKİ, abur cubur atıştırma, tıknırcasına yeme ve bulimiya arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır [64, 65]. Bazı çalışmalarda çok düşük kalorili/yağlı diyetlerle beslenen bireylerde anlamlı bir kilo azalışı olduğu fakat diyet bittikten sonra (hatta bazen diyet esnasında) bireylerde besine yönelim, tıknırcasına yeme atakları ve kilo alımı saptanmıştır. Bu nedenle kişilerde besin alımını çok kısıtlayan diyetler önerilmemekte, doğru beslenme şekli ve sağlıklı diyet programlarının önemi üzerinde durulmaktadır [66].

- Dışsal Yeme:

Dışsal yeme; bireyin dışarıdan gelen uyarılardan (besinin kokusu, tadı, görüntüsü vs) etkilenecek normalde yediğinden daha fazla besin tüketip tüketmediği anlamına gelmektedir. Yeme alışkanlıkları çevresel faktörlerden oldukça etkilenebilir. Bireyler içinde bulundukları toplumun beslenme alışkanlıklarından, onlara sağlanan besinlerden etkilenecek kendi yeme tutumlarını meydana getirmektedirler. Beslenme nöronlarla ilişkilidir; besinin güzel görülmesi, güzel kokması ve lezzetinden etkilenebilir. Yeme tutumu bu algıların tümüne verilen cevaptır ve bireyin besin tüketim miktarı tüm bu durumlara karşı koyabilmesi ile belirlenmektedir [63]. Cools ve arkadaşlarının kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmada, besin çeşitliliğinin artmasının kişilerde besin alımını arttırdığı ve bu bireylerin normalden daha fazla besin tükettikleri bulunmuştur [67].

C- Ebeveyn Besleme Tarzı Ölçeği (Ek 4)

Wardle ve ark. tarafından 2002 yılında geliştirilen Ebeveyn Besleme Tarzı Ölçeği (PFSQ Parent's Feeding Style Questionary), ebeveynlerin cevapladığı, 5 alt ölçekte ebeveyn besleme tarzını 27 madde ve 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla-5=her zaman) Likert tipi bir ankettir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Özçetin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek alt grupları Cronbach alfa değerleri; duygusal besleme (duygusal bir stres durumunda çocuğa yiyecek verilmesi), yardımcı besleme (yiyeceğin bir ödül olarak kullanılması), cesaret verme (çocuğun yemek yemesi için teşvik edilmesi cesaretlendirici), sıkı kontrollü, toleranslı kontrollü besleme (çocuğun

yediği yiyeceklerin niteliği ve niceliğinin ebeveyn tarafından kontrol edilmesi) için sırası ile; 0.83, 0.74, 0.64, 0.69, 0.54 olarak bulunmuştur [68]. Sıkı kontrol alt boyutunu 5, 17, 20 ve 26. maddeler oluşturmaktadır en fazla 20 puan alınabilmektedir. Ölçeğin 1, 11, 14, 16 ve 23. soruları toleranslı kontrol alt boyutunu oluşturmaktadır ve en fazla 25 puan alınabilmektedir. Ölçeğin 1, 11, 16 ve 23. maddeleri ters çevrilmektedir. Duygusal besleme alt boyutu 2, 13, 15, 21 ve 25. maddelerin toplamından oluşmaktadır, en fazla 25 puan alınabilmektedir. Yemeye teşvik/cesaretlendirici besleme alt boyutu 3, 4, 6, 8, 10, 12, 19 ve 27. maddelerin toplamından oluşmaktadır ve en fazla 40 puan alınabilmektedir. Enstrümental besleme alt boyutu 7, 9, 18 ve 22. maddelerin toplamından oluşmaktadır, en fazla 20 puan alınmaktadır [69].

3.5. Araştırmada kullanılan ölçüm yöntemleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden anne ve bebeklerin boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından aile sağlığı merkezlerinde bulunan ölçüm gereçleri ile yapılmıştır. Annelerin boyları çıplak ayakla, ayakta dik dururken derin inspirasyon sırasında başa temas eden zemine paralel ince çubuk ile ayak tabanı ve başın en üst noktası arası mesafe 0,5 cm hassasiyetinde ölçülmüştür. Kilo ölçümü dijital tartı ile oda kıyafetleriyle yapılmıştır. Vücut kütle indeksleri antropometrik ölçümlerden, vücut ağırlığının boyun metre cinsinde karesine oranlanması ile (ağırlık / boy², kg / m²) formülünden elde edilmiş ve BMI sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2 .Vücut Kütle İndeksi Sınıflaması

Sınıflandırma	Vücut Kütle İndeksi (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,50-24,99
Hafif kilolu	25-29,99
Obez	≥30

Bebeklerin boyları sırt üstü yatacak şekilde başı, sırtı, kalçası, bacakları, topukları yere tam olarak değerek ölçülmüştür. Kiloları ise üzerleri tamamen çıkartılarak dijital tartıya oturur şekilde ölçülmüştür. Boy ve kiloları kaydedilerek WHO Antro programında değerlendirilmiştir (Ek 5-7) .

3.6. Araştırmanın uygulama aşamaları

Araştırma Maltepe Toplum Sağlığı Merkezine bağlı aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Toplam 30 aile sağlığı merkezi olup; veri toplama sürecinde bütün aile sağlığı merkezleri en az bir kez ziyaret edilmiş, 211 veri toplanmıştır (1 ortalama 30 dakika sürmüştür.

Tablo 3). Anne ve bebek yoğunluğuna göre ziyaret günleri belirlenip bazı merkezlerde 1, bazılarında ard arda 3 gün veri toplanmıştır. Aile sağlığı merkezlerinden bir kısmı esnek

mesai uyguladığından veri toplama o merkezin mesai saatlerinde gerçekleştirilmiştir. Dokuz yirmi dört ay arası bebeği ile aile sağlığı merkezine aşı, izlem, muayene veya herhangi bir nedenle başvuran annelere, sözlü ve yazılı bilgilendirme yapıp, kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Anket ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Görüşmenin ardından anne ve bebeğin ölçümleri araştırmacı tarafında merkezlerde bulunan cihazlarla yapılmıştır. Bir görüşmenin tamamlanması ortalama 30 dakika sürmüştür.



Tablo 3. Aile Sağlığı Merkezleri ve Veri Dağılımı

		Toplanan Veri N=65			Toplanan Veri N=146
	Altın-tepe	3		Aydınevler	9
	Cevizli	7		Başbüyük	15

D-100 Karayolu altında kalan aile sağlığı merkezleri	İdealtepe	2	D-100 Karayolu üzerinde kalan aile sağlığı merkezleri	Esenkent	20
	Maltepe 1 Nolu	4		Fındıklı	16
	Maltepe 2 Nolu	10		Narlıdere	4
	Maltepe 3 Nolu	4		Gülsuyu	6
	Maltepe 4 Nolu	2		Maltepe 9 Nolu	8
	Maltepe 5 Nolu	3		Maltepe 13 Nolu	6
	Maltepe 6 Nolu	3		Maltepe 17 Nolu	11
	Maltepe 7 Nolu	5		Maltepe 18 Nolu	10
	Maltepe 8 Nolu	6		Maltepe 20 Nolu	8
	Maltepe 11 Nolu	3		Maltepe 21 Nolu	10
	Maltepe 14 Nolu	4		Maltepe 22 Nolu	5
	Yalı 1 Nolu	9		Şakir Gürkan	5
				Tepe	6
				Zümrütevler 1 Nolu	5
				Zümrütevler 2 Nolu	2

3.7. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmesi

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler - normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklikler kullanılarak verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için Ki-Kare testi kullanılmış, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis önemlilik testleri kullanılmıştır. Ölçeklerin tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa

testi uygulanmıştır. Ölçeklerin alt sınıfları arasındaki korelasyonu belirlemek için Spearman testi kullanılmıştır.

3.8 Etik kurul onayı

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 7.10.2016 onay tarihli, 09.2016.520 protokol numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Ardından İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden çalışma için onay alınmıştır.



4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Araştırmaya toplam 211 anne ve 9-24 ay arası çocukları dahil edilmiştir. Annelerin yaş ortalaması $30,86 \pm 5,5$ dir. Çocukların yaş ortalaması $15,24 \pm 7,1$ aydır. İki yüz on bir çocuğun 112'si (%53,1) kız, 99'u (%46,9) erkektir. Araştırmaya katılan annelerin 9'u (%4,3) okuma yazma bilmemekte olup; büyük kısmı ilk ve orta dereceli okul mezunudur. Babaların ise tamamı okuma yazma bilmekte; yine büyük kısmı ilk ve orta dereceli okul mezunudur. Annelerin 159'u (%75,4) ev hanımı olup; 52'si (%24,6) çalışmaktadır. Babaların ise 204'ü (%96,7) çalışmaktadır. Katılımcıların evde yaşayan kişi sayısı ortalama $4,13 \pm 1,34$ olup; sahip olunan çocuk sayısı ortalama $1,83 \pm 1$ 'dir. Tablo 4Tablo 5'te ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve katılımcıların yaş ortalaması görülmektedir.

Tablo 4. Anne ve babaların sosyo-demografik özellikleri

		n	%
Annenin eğitim durumu (n=211)	Okuma-yazma bilmiyor	9	4,3
	İlkokul	45	21,3
	Ortaokul	51	24,2
	Lise	50	23,7
	Üniversite	43	20,4
	Yüksek Lisans-Doktora	13	6,2
Babanın eğitim durumu (n=210)	Okuma-yazma bilmiyor	0	0
	İlkokul	43	20,4
	Ortaokul	42	19,9
	Lise	57	27
	Üniversite	53	25,1
	Yüksek Lisans-Doktora	15	7,1
Annenin medeni durumu (n=211)	Çocuğun babası ile birlikte	209	99,1
	Çocuğun babasından boşanmış	2	0,9
	Çocuğun babasından boşanmış, tekrar evlenmiş	0	0
Annenin çalışma durumu (n=211)	Çalışıyor	52	24,6
	Ev hanımı	159	75,4
Babanın çalışma durumu (n=211)	Çalışıyor	204	96,7
	Çalışmıyor	7	3,3

Tablo 5. Katılımcıların yaş ortalamaları

	Ortalama	Standart sapma
Annenin yaşı	30,86	5,5
Babanın yaşı	33,95	6,0
Çocuğun şu an ki yaşı (ay)	15,24	4,71

Çocuğa şimdiye kadar bakım veren ve şu an bakım veren kişi olarak anne büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Çalışan annelerde çocuğa sadece annenin baktığı süre ortalama $7,6\pm4,4$ aydır.



şekil 1. Çocuğa şimdiye kadar bakan kişiler



Şekil 2. Çocuğa şu an bakan kişiler

4.2. Katılımcılara ait sağlık ve beslenme özellikleri

Araştırmaya katılan annelerin ortalama kilosu $67,5 \pm 12,42$ kg; boyu ise $161,09 \pm 6,9$ cm'dir. Çocukların doğum kilosu ortalama $3244 \pm 538,24$ gr; doğum boyu ise ortalama $50,02 \pm 2,75$ cm'dir. Çocukların 17'si (8,1) 2500 gr'ın altında, 180'i (%86,1) 2500-4000 gr arasında, 12'si (%5,7) 4000 gr ve üzerinde doğmuştur. Ortalama gestasyon yaşı $38,34 \pm 1,93$ olup; 33'ü (%16,3) 37 haftanın altında, 109'u (%83,7) 37 hafta ve üzerinde doğmuştur. Kilo-boy gestasyon haftası bilgileri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Çocuğa ait doğum bilgileri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	Değer aralığı
Çocuğun doğum kilosu (gr)	3244	538,24	3250	3000-3600	600
Çocuğun doğum boyu (cm)	50,02	2,75	50	49-52	3
Gestasyon yaşı (hafta)	38,34	1,93	38	38-40	2

Araştırmaya katılan bütün çocuklar anne sütü almıştır. Hala anne sütü almayanların ortalama anne sütü alma süresi $9,4 \pm 5,7$ aydır. Ek gıdaya geçene kadar çocukların 80'ine (%37,9) mama, 63'üne (%29,9) su verilmiştir. Çocukların 114'ü (%54) biberon, 93'ü (44,1) emzik kullanmaktadır. Çocukların 68'i (%32,2) günde 3 öğün yerken, 72'si (%34,1) 4 öğün yemektedir. Çocuğa ait beslenme özellikleri **Tablo 7**'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Çocuğa ait beslenme özellikleri

		n	%
Hala anne sütü alma durumu (n=211)	Evet	133	63
	Hayır	78	37
Ek gıdaya geçene kadar verilenler (n=211)	Anne sütü	211	100
	Mama	80	37,9
	Su	63	29,9
	Diğer	5	2,4
Biberon kullanımı (n=211)	Evet	114	54
	Hayır	97	46
Emzik kullanımı (n=211)	Evet	93	44,1
	Hayır	118	55,9
Günlük yediği öğün sayısı (n=211)	2 öğün	19	9
	3 öğün	68	32,2
	4 öğün	72	34,1
	5 ve üzeri öğün	52	24,6

Anne eğitim düzeyi ile hala anne sütü alma, biberon ve emzik kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,351$, $p=0,132$, $p=0,590$).

Çocukların vücut kütle indeksleri ile günlük öğün sayıları arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,149$).

Araştırmaya katılan çocuklar ortalama $5,6 \pm 0,6$ aylıkken ek gıdaya geçmiştir. Çocukların %64'ü yemek seçerken, %24'ü katı gıda yerken zorlanmaktadır.

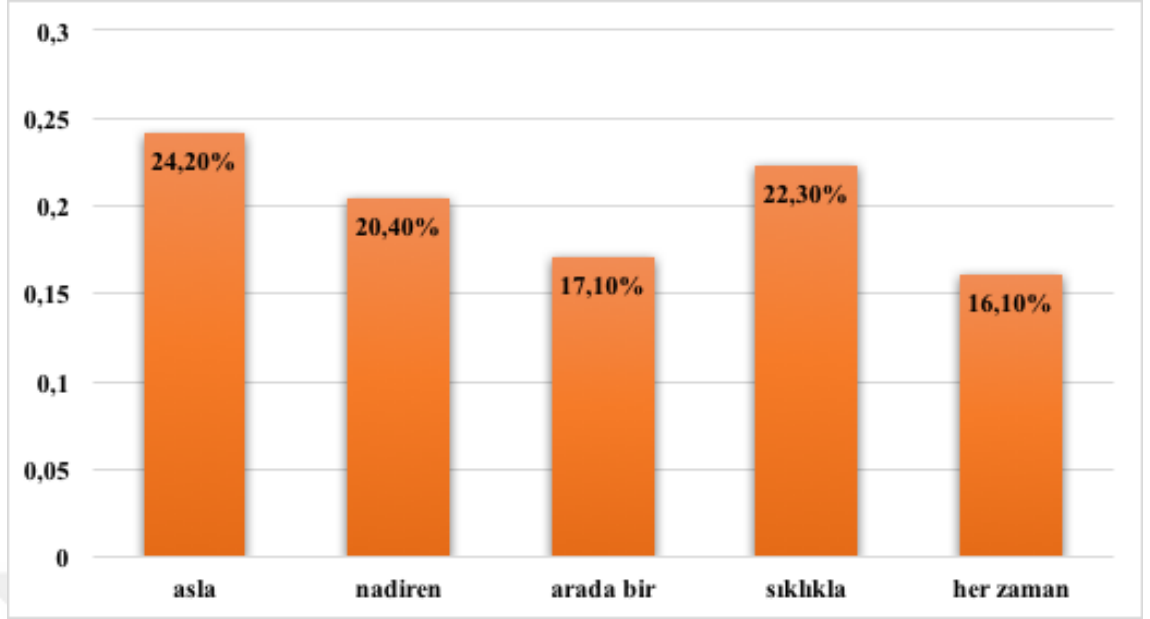


Şekil 3. Çocuğun yemek seçme durumu

Erkek çocukların yemek seçme davranışı daha fazla bulunmuştur ($p=0,013$).

Tablo 8. cinsiyet ile yemek seçme karşılaştırması

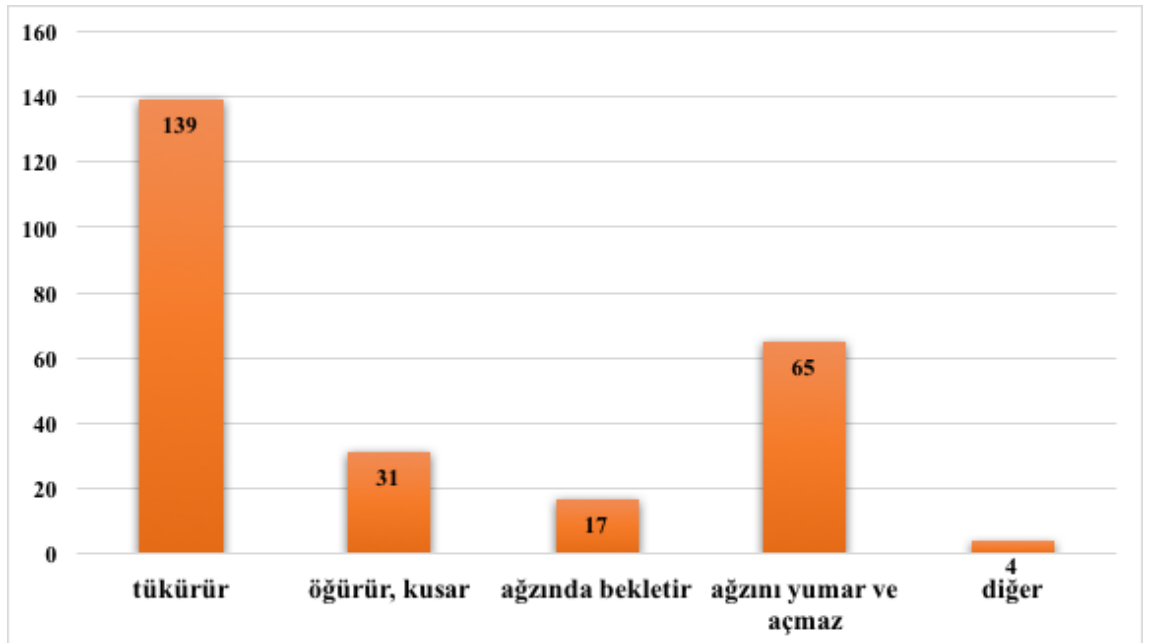
		Çocuğunuz yemek seçer mi				toplam	
		evet		hayır		n	%
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kız	63	56,3	49	43,8	112	53,1
	Erkek	72	72,7	27	27,3	99	46,9
$\chi^2=6,191$		$p=0,013$				211	100



Şekil 4.Çocuğa yeni gıda tattırırken zorlanma durumu

Anneler Şekil 4'te gösterildiği gibi %24,20 oranında yeni gıda tattırmakta hiç zorlanmadığını belirtirken %22,30'u sıklıkla zorlandığını ifade etmiştir.

Çocukların büyük kısmı sevmedikleri bir gıda verildiğinde tükürerek ve ağzını yumup açmayarak tepki vermektedir.



Şekil 5.Çocuğun sevmediği gıdaya tepki dağılımı

Çocukların öğünlerini belirli bir düzen izlemeden veren ve saatlik olarak ayarlayan annelerin oranı birbirine yakındır. Çocukların 153'ü (%72,5) sadece sofraya oturup yerken , 69'u (%32,7) televizyon izleyerek yemek yemektedir. Çocukların öğün yeme zaman ve şekilleri Tablo 9'de sunulmuştur.

Tablo 9. Çocukların yemek zamanı ve yeme şekli

		n	%
Öğün zamanlarını belirleme şekli (n=211)	Saatlik olarak ayarlama	82	38,9
	Çocuk istedikçe	45	21,3
	Belirli bir düzen izlemeden	84	39,8
Yemek yeme şekli (n=211)	Sadece sofraya oturup yeme	153	72,5
	Televizyon izleyerek yeme	69	32,7
	Tablet, telefon izleyerek yeme	40	19
	Sürekli hareket ederek yeme	15	7,1
	Oyun oynayarak yeme	31	14,7
	Müzik dinleyerek yeme	8	3,8
	Diğer	7	3,3

Çocukların yemek seçme durumu ile; yemek yerken oyun oynama, tablet-telefon izleme, sadece sofraya oturup yeme arasında ilişki bulunmuştur ($p=0,013$; $p=0,019$; $p<0,001$). Karşılaştırmalar Tablo 10Tablo 11Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Yemek seçme-yemek yerken oyun oynama karşılaştırması

Çocuğum yemek yerken oyun oynar						Toplam	
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%	n	%
Çocuğunuz yemek seçer mi	Evet	26	19,3	109	80,7	135	63,98
	Hayır	5	6,6	71	93,4	76	36,02
$\chi^2 = 6,238$ $p=0,013$						211	100

Tablo 11. Yemek seçme-yemek yerken tablet izleme karşılaştırması

Çocuğum yemek yerken tablet/telefon izler						toplam	
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%	n	%
Çocuğunuz yemek seçer mi	Evet	32	23,7	103	76,3	135	63,98
	Hayır	8	10,5	68	89,5	76	36,02
$\chi^2=5,496$ $p=0,019$						211	100

Tablo 12. Yemek seçme-yemeği sofrada yeme karşılaştırması

Çocuğum yemek yerken sadece sofraya oturup yer						toplam	
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%	n	%
Çocuğunuz yemek seçer mi	Evet	87	64,4	48	35,6	135	63,98
	Hayır	66	86,8	10	13,2	76	36,02
$\chi^2=12,238$ $p<0,001$						211	100

Çocuğun oyun oynayarak yemesi ile cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$, $\chi^2=8,438$). Anne eğitim düzeyi ile müzikle yemek yeme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,043$, $\chi^2=8,987$). Babanın eğitim düzeyi ile sadece sofraya oturup yeme ve tablet izleyerek yeme arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,045$, $\chi^2=9,754$; $p=0,032$, $\chi^2=10,592$).

Çalışan annelerin çocuklarında televizyon veya tablet izleyerek yeme sıklığı anlamlı derecede fazladır ($p=0,006$, $\chi^2=7,430$; $p=0,004$, $\chi^2=8,473$).

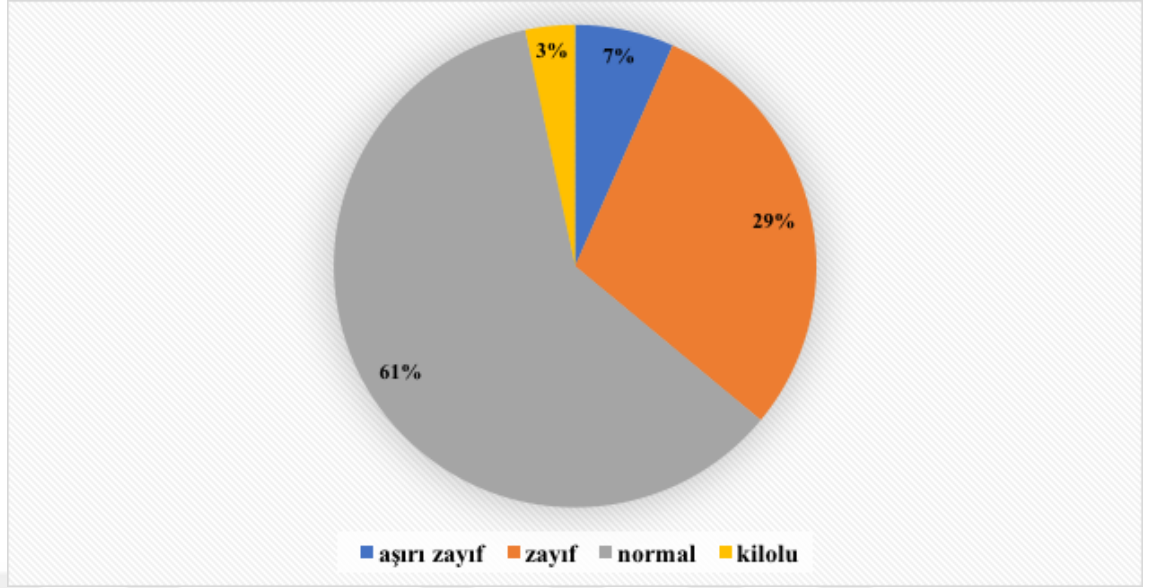
Yeni gıdaları tattırırken yaşanan zorluğun sıklığı erkeklerde daha fazla bulunmuştur ($p=0,009$). Cinsiyetlere göre dağılım sıklık dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Cinsiyetlere göre yeni gıda tattırma zorluğu

Yeni gıdaları tattırırken zorlanır mısınız												toplam	
		asla		nadiren		arada bir		sık		Her zaman		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kız	35	31,3	28	25	16	14,3	19	17	14	12,5	112	53,1
	Erkek	16	16,2	15	15,2	20	20,2	28	28,3	20	20,2	99	46,9
toplam	n	51	47,5	43	40,2	36	34,5	47	45,3	34	32,7	211	100
$\chi^2=13,486$ $p=0,009$													

Annelere çocuklarının kilolarını nasıl buldukları sorulduğunda; 7’si (%3) kilolu bulduğunu belirtirken, 128’i (%61) normal bulduğunu söylemiştir. Annelerin kız çocuklarını daha fazla oranda kilolu buldukları saptanmıştır ($p=0,019$, $\chi^2=9,745$)



Şekil 6. Annelere göre çocuklarının kilosunu

Çocukların boya göre kilo persentil ortalaması $66,51 \pm 31,43$, yaşa göre kilo persentil ortalaması $65,06 \pm 30,3$, yaşa göre boy persentil ortalaması $54,21 \pm 33,71$, yaşa göre VKİ persentil ortalaması $65,5 \pm 32,73$ 'dür. Çocukların antropometrik ölçümlerine ait persentil ve Z skor değerleri Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Çocuğa ait persentil ve Z skor değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	1.-3. Çeyreklik	Değer aralığı
Çocuğun boya göre kilo persentil değeri	66,51	31,43	77,25	43,4-94,2	50,8
Çocuğun boya göre kilo Z skoru	3,41	0,92	3	3-4	1
Çocuğun yaşa göre kilo persentil değeri	65,06	30,3	76,55	41,6-91	49,4
Çocuğun yaşa göre kilo Z skoru	3,31	0,83	3	3-4	1
Çocuğun yaşa göre boy persentil değeri	54,21	33,71	59,4	20,3-87,5	67,2
Çocuğun yaşa göre boy	3,09	0,91	3	3-4	1

Z skoru					
Çocuğun yaşa göre VKİ percentil değeri	65,5	32,73	79,3	39,6-95,2	55,6
Çocuğun yaşa göre VKİ Z skoru	3,41	0,83	3	3-4	1

Çocukların Z skor değerleri DSÖ standartlarına göre sınıflandırılması Tablo 15 Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18’de sunulmuştur. Cinsiyete göre vücut kütle indeksleri arasında ilişki saptanmamıştır (p= 0,891).

Tablo 15. Çocukların boya göre kilo Z skor sınıflaması

Boya göre kilo Z skoru		
	n	%
Aşırı zayıf	4	1,9
Zayıf	23	10,9
Normal	96	45,5
Kilolu	58	27,5
Aşırı kilolu	30	14,2
toplam	211	100

Tablo 16. Çocukların yaşa kilo Z skor sınıflaması

Yaşa göre kilo Z skoru		
	n	%
Çok zayıf	4	1,9
Zayıf	19	9,0
Normal	114	54
Hafif kilolu	54	25,6
Şişman-obez	20	9,5
toplam	211	100

Tablo 17. Çocukların yaşa boy Z skor sınıflaması

Yaşa göre boy Z skoru		
	n	%
Çok kısa-Bodur	9	4,3
Kısa	37	17,5
Normal	105	49,8
Uzun	45	21,3
Çok uzun	15	7,1
toplam	211	100

Tablo 18. Çocukların vücut kütle indekslerine göre Z skoru sınıflaması

VKİ Z skoru		
	n	%
Çok zayıf	5	2,4
Zayıf	24	11,4
Normal	90	42,7
Hafif şişman	63	29,9
Şişman-obez	29	13,7
toplam	211	100

Yaşa göre kilosu zayıf ve çok zayıf olan çocukların tablet ve telefonla yemek yeme oranı daha fazla bulunmuştur ($p=0,021$). Bu dağılım Tablo 19’de gösterilmiştir.

Tablo 19.Yaşa göre kilo-tabletle yemek yeme ilişkisi

Çocuğum yemek yerken tablet/telefon izler						toplam	
		evet		hayır		n	%
		n	%	n	%		
Yaşa göre kilo Z skoru	Çok zayıf	3	75	1	25	4	1,9
	Zayıf	6	31,6	13	68,4	19	9
	Normal	16	14	98	86	114	54
	Hafif kilolu	10	18,5	44	81,5	54	25,6
	Şişman-obez	5	25	15	75	20	9,5

$\chi^2 = 10,754$ $p = 0,021$	211	100
-------------------------------	-----	-----

Çocukların vücut kütle indeksleri ile yemek yerken tablet kullanımları arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,003$). Tablo 20’da vücut kütle indeksine göre yemek yerken tablet kullanım karşılaştırması sunulmuştur.

Tablo 20.VKİ ile tabletle yemek yeme karşılaştırması

Çocuğum yemek yerken tablet/telefon izler						toplam	
		evet		hayır		n	%
		n	%	n	%		
VKİ Z skoru	Çok zayıf	5	100	0	0	5	2,4
	Zayıf	4	16,7	20	83,3	24	11,4
	Normal	16	17,8	74	82,2	90	42,7
	Hafif şişman	10	15,9	53	84,1	63	29,9
	Şişman- obez	5	17,2	24	82,8	29	13,7
$\chi^2 = 15,424$ $p = 0,003$						211	100

Vücut kütle indeksi kategorilerinden çok zayıf-zayıf, kilolu-obez kategorileri birleştirilerek yapılan analizlerden; annenin çocuğun kilosunu algılama şekli ile VKİ arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmış olup dağılım Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21.Annenin çocuğun kilosunu algılaması-VKİ karşılaştırması

Z VKİ								toplam	
		Aşırı zayıf-zayıf		normal		Kilolu-obez		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz	Aşırı zayıf	10	71,4	4	10	0	0	14	6,63
	Zayıf	11	17,7	29	46,8	22	35,5	62	29,38
	Normal	8	6,3	56	43,8	64	50	128	60,66
	Kilolu	0	0	1	14,3	6	85,7	7	3,4

$\chi^2 = 40,493$ $p < 0,001$	211	100
-------------------------------	-----	-----

Katı gıda yerken zorlanma, ve anne-baba eğitim düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Annelerin vücut kütle indeksi ortalaması $26,07 \pm 4,89$ olup; kategorilere göre dağılımı

Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22. Annelerin VKİ dağılımları

		n	%
Anne VKİ	Zayıf	1	5
	Normal	106	50,2
	Fazla kilolu	62	29,4
	Obez	42	19,9
toplam		211	100

Anne VKİ ile çocuk VKİ’leri arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

4.3.Katılımcıların yeme ve yedirme davranışı özellikleri

Annelerin Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamaları; kısıtlayıcı yeme $24,95 \pm 8,19$, duygusal yeme $27,54 \pm 16,38$, dışsal yeme $21,69 \pm 7,04$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt tipleri için yapılan testte Cronbach alfa değerleri kısıtlayıcı yeme için 0,866, duygusal yeme için 0,988, dışsal yeme için 0,867 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tanımlayıcı bulguları Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo 23.Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği puan dağılımları

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	1.-3. Çeyreklikler	Değer aralığı	Cronbach Alfa

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği	Kısıtlayıcı yeme	24,95	8,19	24	19-31	12	0,866
	Duygusal yeme	27,54	16,38	18	13-40	27	0,988
	Dışsal yeme	21,69	7,04	21	16-26	10	0,867

Annelere uygulanan ebeveyn besleme tarzı ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları sırası ile; duygusal besleme $9,67 \pm 4,94$, cesaretlendirici besleme $29,44 \pm 4,29$, yardımcı besleme $6,27 \pm 2,85$, sıkı kontrollü besleme $16,43 \pm 2,27$, toleranslı besleme $17,93 \pm 2,97$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin tanımlayıcı bulguları Tablo 24’te sunulmuştur.

Tablo 24. Ebeveyn besleme tarzı ölçeği puan dağılımı

		ortalama	Standart sapma	ortanca	1.-3. Çeyreklikler	Değer aralığı	Cronbach Alfa
Ebeveyn besleme tarzı ölçeği	Duygusal	9,67	4,94	8	5-14	9	0,909
	Cesaretlendirici	29,44	4,29	30	27-32	5	0,635
	Yardımcı	6,27	2,85	5	4-8	4	0,663
	Sıkı kontrollü	16,43	2,27	17	15-18	3	0,569
	Toleranslı	17,93	2,97	18	16-20	4	0,511

Annelerin vücut kütle indeksi ile Hollanda Yeme Davranışı alt ölçeklerinden aldıkları puan karşılaştırması Tablo 25’de sunulmuştur. Obez annelerin duygusal yeme puanı olmayan annelere göre yüksek çıkmıştır ($p=0,001$).

Tablo 25. Anne VKİ ile Hollanda Yeme Davranışı Ölçek puanları karşılaştırması

			Anne VKİ			İstatistik
			normal	Fazla kilolu	obez	
	Kısıtlayıcı yeme	median	23	26,5	25,50	$p=0,193$ $\chi^2=4,732$
		1.-3. çeyreklikler	18-31	21-31,25	20-30	

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği		Değer aralığı	13	10,25	10	
	Duygusal yeme	median	13,5	22,50	39	p<0,001 x²=19,082
		1.-3. çeyreklikler	13-31,5	13-43	15,25-52	
		Değer aralığı	18,5	30	36,75	
	Dışsal yeme	median	21	21	21	p=0,488 x²=2,431
		1.-3. çeyreklikler	16-26	16-25,25	17-31,5	
		Değer aralığı	10	9,25	14,50	

Anne VKİ ile Ebeveyn Besleme Tarzı arasındaki ilişki Tablo 26’da gösterilmiştir. Yapılan analizlerde ölçek puanları ile VKİ arasında ilişki bulunmamıştır.

Tablo 26. Ebeveyn besleme tarzı puanı ile anne VKİ karşılaştırması

		Anne VKİ				
			normal	Fazla kilolu	obez	istatistik
Ebeveyn besleme tarzı ölçeği	Duygusal besleme	Median	8	8	7	p=0,337 x²=3,377
		1.-3. Çeyreklikler	5-14	5-13,25	5,75-14	
		Değer aralığı	9	8,25	8,25	
	Cesaretlendirici besleme	Median	30	30	29	p=0,521 x²=2,255
		1.-3. Çeyreklikler	26-33	27-33	27-31,25	
		Değer aralığı	7	6	4,25	
		Median	4	6	5	

	Yardımcı besleme	1.-3. Çeyreklikler	4-7,25	4-7	4-9	p=0,139 x ² =5,495
		Değer aralığı	3,25	3	5	
	Sıkı kontrollü besleme	Median	17	17	17	p=0,910 x ² =0,542
		1.-3. Çeyreklikler	15-18	15-18	16-18	
		Değer aralığı	3	3	2	
	Toleranslı kontrollü besleme	Median	19	18	18	p=0,339 x ² =3,360
		1.-3. Çeyreklikler	16-20	16-20	16-19	
		Değer aralığı	4	4	3	

Çocukların VKİ persentil değerleri ile EBTA alt ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonunda anlamlı sonuç bulunmazken DEBQ kısıtlayıcı yeme alt ölçek puanı ile arasında pozitif zayıf bir ilişki saptanmıştır (p=0,04, r=0,142).

Çocukların yaşları 9-11; 12-23; 24 ay şeklinde kategorilere ayrılıp yapılan analizde; 24 aylık çocukların EBTA alt ölçeklerinden duygusal ve yardımcı besleme puanları yüksek bulunmuştur. Yaş kategorisine göre puan dağılımları Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Çocuk yaş kategorisi-Ebeveyn Besleme Tarzı Ölçek puan karşılaştırması

			Çocuğun yaşı			İstatistik
			9-11	12-23	24	
Ebeveyn besleme tarzı	Duygusal	Median	6	8	15	p=0,004 x ² =10,966
		1.-3. Çeyreklikler	5-10	5-14	8-15	
		Değer Aralığı	5	9	7	
	Cesaretlendirici	Median	29,5	30	29	p=0,919 x ² =0,168
		1.-3. Aeyreklikler	27-33	27-32	27-34	
		Değer Aralığı	6	5	7	
	Yardımcı	Median	4	5,5	7	

		1.-3. Çeyreklikler	4-7	4-8	4-10	p=0,045 x²=6,204
		Değer Aralığı	3	4	6	
	Sıkı kontrollü	Median	17	17	15	p=0,061 x²=5,609
		1.-3. Çeyreklikler	16-18	15-18	12-17	
		Değer Aralığı	2	3	5	
	Toleranslı kontrollü	Median	19	18	17	p=0,077 x²=5,134
		1.-3. Çeyreklikler	17-20,25	16-20	16-19	
		Değer Aralığı	3,25	4	3	

4.4. Annelerin yeme ve yedirme davranışının çocukluk çağı obezitesi ilişkisi

Yapılan analizlerde EBTA alt grup puanları ile çocukların vücut kütle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. VKİ'ye göre puan ortalamaları Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28.VKİ gruplarında ebeveyn besleme tarzı puan dağılımı

VKİ	Ebeveyn Besleme Tarzı Ölçeği									
	Duygusal Besleme		Cesaretlendirici Besleme		Yardımcı Besleme		Sıkı Kontrollü Besleme		Toleranslı Kontrollü Besleme	
	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss
Çok zayıf	9,40	6,38	27,6	1,81	8,22	3,89	17,2	1,92	18,8	3,34
Zayıf	8,79	4,69	30,66	4,57	6,29	2,91	16,33	2,79	17,83	2,76
Normal	9,93	4,89	28,97	4,23	6,12	2,71	16,57	1,91	18,32	2,75
Hafif şişman	8,98	4,76	29,6	4,22	5,8	2,64	16,3	2,45	17,23	3,31
Obez	11,13	5,37	29,86	4,59	7,24	3,23	16,20	2,58	18,20	2,80

Annelerin yeme davranışları ile çocukların vücut kütle indeksleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Anne yeme davranışı puanlarının çocukların VKİ'lerine göre dağılımları Tablo 29'da gösterilmiştir

Tablo 29. VKİ grupların ebeveyn yeme davranış puan dağılımı

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği						
VKİ	Kısıtlayıcı Yeme		Duygusal Yeme		Dışsal Yeme	
	ort	ss	ort	ss	ort	ss
Çok zayıf	21,66	13,52	18	6,85	19,20	8,58
Zayıf	23,54	7,59	22,33	14,85	20,95	8,8
Normal	24,67	7,96	27,94	16,22	21,45	7,31
Hafif şişman	25,09	8,47	29,79	17,29	22,71	7,31
Obez	27,27	7,75	27,34	16,66	21,27	6,35

EBTA ile Hollanda Yeme Davranışı ölçekleri alt grupları arasında Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Analiz önce bütün anneler ardında da obez anneler arasında yapılmıştır. Bütün anneler dahil edildiğinde dışsal yeme ile toleranslı kontrollü besleme alt boyutları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Obez annelerin dahil edildiği analizde kısıtlayıcı yeme ile cesaretlendirici besleme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf-orta ilişki saptanmıştır. Korelasyon değerleri Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. Yeme davranışı ve EBTA alt ölçekleri korelasyon analizi

Ebeveyn Besleme Tarzı Ölçeği					
Hollanda Yeme Davranış Ölçeği	Sıkı Kontrollü Besleme	Toleranslı Kontrollü Besleme	Duygusal Besleme	Yardımcı Besleme	Cesaretlendirici Besleme
Kısıtlayıcı Yeme	0,055	0,032	0,084	0,099	0,098
	0,186	0,177	0,043	-0,396	0,348**

Duygusal Yeme	-0,098	-0,103	-0,066	-0,012	-0,114
	-0,205	-0,147	-0,067	0,017	0,086
Dışsal Yeme	-0,120	-0,254**	0,190	0,042	0,104
	-0,186	0,128	-0,015	0,143	-0,129
**p<0,01 üst satırdaki analizler bütün anneleri, alt satırdakiler obez anneleri kapsamaktadır.					



5.TARTIŞMA

5.1. Katılımcılara ait özellikler

Bu araştırmada anne yaş ortalaması $30,86 \pm 5,5$, baba yaş ortalaması $33,95 \pm 6$ olarak bulunmuş olup, ülkemizde çocukluk çağı obezitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda ebeveyn yaş ortalamaları araştırmaya yakın bulunmuştur[7, 69].

Araştırmaya katılan annelerin %26,6'sı üniversite ve üzeri bir eğitim almış olup benzer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur [69, 70]. Bu bulgu çalışmaya alınan bölgede sosyo-ekonomik düzeyi orta-düşük, göç alan mahallelerden katılımın fazla olmasından kaynaklanabilir. Okuma-yazma bilmeyen annelerin oranı %4,3 olup; TÜİK araştırmasında bu oran %9,2'dir[71]. Bütün babalar okuma-yazma biliyor olup ilk-ortaokul mezunu babaların oranı %40,3'tür. Daha önce yapılan çalışma ile benzer oran göstermektedir [7].

Bu araştırmada çalışan annelerin oranı %24,6 bulunmuştur. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda bu oran %28,9-%64 arasında değişmektedir [7, 69, 72]. Babaların %96,7'si gelir getiren bir işte çalışmaktadır, bu bulgu Parlak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzerdir [7].

5.2. Katılımcılara ait sağlık ve beslenme özellikleri

Bu araştırmada bütün çocuklar anne sütü almıştır. Dünya Sağlık Örgütü bebeklerin doğumdan itibaren 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmeleri ve bu süre içerisinde su dahil hiçbir ek besin verilmemesi, 4-6 ayda ek besinlere başlayarak emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi önermektedir[73]. TNSA-2013 verilerinde bu oran %96,4'dür. Hala anne sütü almayan 78 (%37) çocuğun, anne sütü alma süresi ortalama $9,4 \pm 5,7$ aydır. TNSA 2013 bulgularına göre 24 aydan küçük çocukların %66,1'i anne sütü almamaktadır[74]. Türkiye'de İç Anadolu Bölgesinde 12-72 ay çocukların dahil edildiği çalışmada 6 aydan kısa süre anne sütü alma oranı %47 olarak bulunmuştur [70]. “Bebek Dostu Hastane” olmanın ve emzirme danışmanlığı vermenin emzirmeyi artırdığı bilinmektedir. Duyan ve arkadaşları bir üniversite hastanesinde “Bebek Dostu Hastane” olmadan önceki ve olduktan sonraki emzirme durumları karşılaştırılmıştır. “Bebek Dostu Hastane” olduktan

sonra doğan bebeklerde ilk altı ayda tek başına anne sütü ile beslenme oranları yüksek bulunmuş ve emzirme süresini 1,5 kat arttırdığı saptanmıştır [75]. Araştırmada bulunan anne sütü alma oran ve süreleri Türkiye ortalamasından yüksek bulunmuş olup, yürütülen emzirmeyi destekleyici projelerin olumlu sonuçlar verdiği düşünülebilir. Aynı zamanda son zamanlarda anne sütünün bebeğin ilk aşısı olma, bebek için en faydalı besin olması, obeziteden koruyucu etkisi konuları üzerinde sık durulması; annelerde farkındalık oluşturmuştur [76].

Ek gıdaya geçiş zamanı ortalama $5,6 \pm 0,6$ olarak bulunmuştur. Önerilen geçiş zamanı 4-6 aydır[77]. Ek gıdaya erken başlamanın obezite riskini arttırdığı bilinmektedir[7]. Yozgat ilinde 6-24 aylık çocukların dahil edildiği çalışmada ek gıdaya başlama zamanı $5,8 \pm 0,85$ ay olup, 32'si (%23.2) ek gıdaya altıncı aydan önce başlamıştır[78]. TNSA 2013 araştırmasına göre bebeklerin %12'si 6 aydan önce ek gıdaya başlamaktadır. Ankara ilinde 324 okul öncesi çocuğun dahil edildiği çalışmada 4-6 ay arası ek gıdaya başlama oranı %38,8 olarak bulmuştur[79]. Ülkemizde doğumda sadece anne sütü ile beslenme oranı yüksek iken, erken ek gıda başlama eğilimi nedeniyle bu yüzdelerin aylar içinde giderek düştüğü görülmektedir[80]. Doktorların ve hemşirelerin yaptığı izlemler sırasında ek gıdaya zamanında geçmenin önemini vurgulaması, bu zamanın daha erkene veya geçte kaymasını engelleyebilir.

Ek gıdaya geçene kadar ki sürede anne sütü dışında mama verme oranı çalışmada %37,9 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan 1-3 yaş arası 50 obez çocuğun yer aldığı çalışmada bu oran %60 olarak bulunmuştur[7]. TNSA 2013 verilerine göre 0-1 aylık emzirilen bebeklerin %23'ü, 4-9 aylık bebeklerin %30'undan fazlası mama almaktadır ve bu oran 6-9 aydan sonra düşmektedir [74]. Ek gıdadan önce su verme durumu ise bu çalışmada %29,9 olarak saptanmış olup mama kullanımına yakın bir değerdir. TNSA 2013'te su verilen ay ortalaması 4,2 olarak verilmiştir. Bunların dışında bitki çayı, şekerli su gibi içecekler de ek gıdaya başlamadan önce tercih edilen sıvılar olmuştur. Gereksiz mama başlanmasının önüne geçmek için; çocuk izlemlerinin zamanında yapılmalı, anne sütü yerine mamanın tercih edilmesinin nedenleri araştırılmalı, gerektiği zaman anne sütünü arttırıcı tavsiyeler ve müdahalelerde bulunulmalı, bunların sonuç vermediği durumlarda ise doktorun tavsiyesi ile başlanması gerekmektedir.

Biberon ve emzik kullanımı bu çalışmada sırasıyla %54 ve %44 olarak bulunmuştur. Benzer bir çalışmada bu oranlar %38, %38,8 olarak bulunmuştur [70].

Araştırmada katı gıda yerken zorlanma oranı %24'tür. Örün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 12-24 ay çocuklarda bu oran %17 bulunmuştur[70]. İngilterede yapılan prospektif çalışmalarda topaklı gıdaların gecikmeli olarak verilmesi ile uzun süreli beslenme sorunları arasında belirgin bir ilişki bulunmuştur[81, 82]

Bu çalışmada çocukların %52'si sadece sofraya oturup yemeğini yerken; %32,7'si televizyon izleyerek, %19'u tablet veya telefonda bir şeyler izleyerek yemek yemektedir. Örün ve arkadaşlarının 331 çocukla yaptığı çalışmada 2 yaş altındaki çocukların %43,4'ünün yemek yerken televizyon izlediği belirtilmiştir [70]. Vik ve arkadaşlarının Avrupa'da 8 ülkede 11-15 yaş çocuklarla yaptığı çalışmada yemek yerken televizyon izlemenin fazla kilolu olma için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur[83]. Parlak ve arkadaşları 1-3 yaş döneminde bu oranı %56,6 olarak saptamıştır [7]. Bu çalışmada tableten bir şeyler izleyerek yemek yiyen çocukların yaşa göre kilolarının ve vücut kütle indekslerinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni zayıf olan çocuklarına yemek yedirmek için erken dönemde annelerin böyle bir yol izlemesi olabilir. Uzun dönemde tablet ve televizyon izleme süresi artan çocukların fiziksel aktivitesi azalacak bu da obezite için ek bir risk getirecektir. Bu çalışmada görülmüş ki annesi çalışan çocuklar daha fazla oranda tablet, televizyon izleyerek yemek yemektedir. Yeme davranışı sofrada gerçekleşmeli ve enstrüman olarak ekran kullanılmamalıdır. Uyaran eşliğinde yemek yiyen çocukta açlık-tokluk hissi sağlıklı bir şekilde gelişmeyecek, ne yediğinin farkına varmadan sofradan kalkacaktır. Çocuğun dengeli beslenmesi, sağlıklı büyümesi hedeflenirken aynı zamanda doğru yeme davranışı kazandırılması da amaçlanmalıdır.

Çocuğunuz yemek seçer mi sorusuna annelerin %64'ü evet yanıtını vermiştir. Erken çocukluk döneminde besin seçme beklenen bir davranıştır, çocuk her besini iştahla yemez[84]. Amerika'da daha geniş yaş grubu çocuklarda yapılan araştırmada bu oran %11 olarak bulunmuştur[85]. İngiltere'de Wright'ın yaptığı çalışmada yemek seçen çocukların kiloları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir [86]. Oğuz ve arkadaşlarının Konya'da yaptığı çalışmada, 60-72 ay arası çocuklarda yemek seçme %60,5 olarak

bulunmuştur[87]. Bu çalışmada obez çocukların anlamlı olarak daha az yemek seçtiği gösterilmiştir.

Annelerin %37,3'ü çocuklarına yeni gıda tattırırken sık sık zorlandıklarını belirtmiştir. Çocuklarda görülen bir durum olan 'neofobia' yeni besinleri yemekten korkma anlamına gelmektedir. Türkiye'de çocukların beslenme süreçlerini inceleyen bir tez çalışmasında 3 yaş öncesi dönemde yeni besinleri yemekten korkma, yemeyi reddetme durumlarının sık görüldüğü vurgulanmıştır[88]. Çalışmaya alınan yaş grubu 9 aydan başlamaktadır ve ek gıdaya geçmiş ve birçok yiyeceği ilk kez tatmaktadır. Besinleri reddeden, tatmakta zorlanan çocuklara farklı lezzet ve yapıda yemekler denenmeli, besin farklı günlerde tekrar teklif edilmelidir[89]. Bu nedenle annelere verilen danışmanlıkta hangi yemekleri vereceklerinin yanında, gıdaları ne şekilde tattıracakları, hangi sıklıkta tekrar teklif etmeleri gerektiği konuları yer almalıdır.

Bu çalışmada öğün sayısı ile çocuk VKİ arasında ilişki saptanmamıştır. Türkiye'de 50 obez çocuk ile yapılan araştırmada, %50'sinin 3 öğün yediğini belirtmiştir [7]. Bu değer çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Annelere sorulan çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz sorusuna; normal yanıtını veren annelerin çocuklarını vücut kütle indeks kategorisine bakıldığında %50'sinin kilolu-obez sınıfında yer aldığı saptanmıştır. Annelerin zayıf olarak tanımladıkları çocuklarının ise %46,8'i normal kategorisinde yer almaktadır. Baughcum ve arkadaşlarının Amerika'da 300 obez çocuk ve aileleri ile yaptığı kesitsel çalışmada, annelerin %79'u çocuklarını obez olarak nitelendirmemiştir[90]. Çanakkalede 2-17 yaş grubu çocukların annelerine çocuklarının kilosunu görsellerle eşleştirmeleri istenmiş ve %36,7'si çocuklarını olduklarından zayıf bulmuştur [72]. Annelerin bakış açısı sahip oldukları çocukların cinsiyetine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu çalışmada erkek çocuk anneleri anlamlı oranda çocuklarını daha fazla zayıf bulmuştur. Yapılan çalışmalar bu farkı destekler niteliktedir[91, 92]. Annelerin obez çocuklarını normal olarak görmeleri çocukların sağlıklı gelişimi önünde büyük bir engeldir. Annelerin aynı zamanda kilolu çocuk sağlıklıdır düşüncesi bunu desteklemektedir. Türkiye'de 2-5 yaş arası çocuklarla yapılan bir tez çalışmasında annelerin %32'si obez çocuğun sağlıklı olduğunu vurgulamıştır[93].

Bu çalışmada 9-24 ay arası çocuklarda vücut kütle indeksi Z skor sınıflamasına göre hafif şişman olanların oranı %29,9, obez olanların oranı %13,7'dir. Japonyada aynı yaş grubunda 10 bin çocukla yapılan kohortta fazla kilolu olma oranını %6,4 bulmuştur [94]. Bu farkın nedeni bölgesel farklılıklardan kaynaklanabilir. TNSA 2013 bulgularına göre 5 yaş altı çocukların %11'i fazla kilolu/şişmandır. Bu oran annesi daha eğitilmiş olanlarda artmaktadır [74]. Bu çalışmada anne eğitim düzeyinin yüksek olması, yaş grubunun daha farklı olması, obezitenin daha yüksek oranda görülmesine neden olmuş olabilir. DSÖ vücut kütle indeksi Z skor eğrisi bu çalışmanın Z skor eğrisi ile karşılaştırıldığında sağa kayma saptanmış olup fazla kilolu-obez olma durumunun yüksek olduğu görülmüştür (Ek 8). Amerikada 2011-2012 yıllarını kapsayan çalışmada 0-2 yaş obezite prevalansı %8,1 olarak bulunmuştur [95]. Bu çalışmada obezite ile anne eğitim seviyesi ile bir ilişki bulunamamıştır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre 5 yaş altı obez çocuk oranı %8,5'dir [15]. Bu bulgular araştırma yapılan yaş grubunun aynı zamanda anne sütü ile beslenmesi, fiziksel aktivitesinin daha kısıtlı olması ve bakım veren kişiler tarafından fazla beslenmesinden kaynaklanabilir.

Yaşa göre boy Z skor sınıflamasına göre çalışmada bodur çocuk oranı %4,3'dür. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre 5 yaş altı bodur çocuk oranı %11,5'dir [15]. Erem'in yaptığı Türkiye'nin birçok ilinin dahil edildiği derlemede çocuklarda fazla kilolu ve obez olma oranları en yüksek sırası ile %22,4, %10,6 olarak belirtilmiştir [16]. Boy gelişimi çocukta kilodan çok sonra etkilenir ve kronik beslenme yetersizliğinin göstergesidir. Bu çalışmaya alınan çocuklarda beslenme yetersizliğinin nadir görülmesinden kaynaklanabilir.

Vücut kütle indeksi sınıflamasına göre annelerin %19,9'u obez, %29,4'ü fazla kiloludur. TNSA 2013 bulgularına göre 15-49 yaş kadınların %26,5'i obez, %28,6'sı fazla kiloludur [74]. Erem'in yaptığı derlemede kadınlarda fazla kilolu ve obez olma oranları en yüksek sırası ile %36,5, %53,2 olarak belirtilmiştir [16].

Çalışmada annenin obezite durumu ile çocuk VKİ arasında ilişki bulunmamıştır. Takashi ve arkadaşlarının Japonyada yaptığı vaka kontrol çalışmasında ebeveynlerden bir veya ikisinin obez olması durumunda çocukluk çağı obezite riskinin arttığını vurgulamıştır [96]. Babaoğlu ve Aydın yaptıkları çalışmalarda her iki ebeveyni obez olan

çocukların %80, ebeveynlerinden biri obez olanların %50, ebeveynleri obez olmayanların ise %9 oranında obezite riski olduğunu bulmuştur [97, 98].

5.3.Katılımcıların yeme ve yedirme davranışı

Kullanılan Hollanda Yeme Davranışı anketi 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Katılımcıların ölçek alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları; kısıtlayıcı yeme $24,95 \pm 8,19$, duygusal yeme $27,54 \pm 16,38$, dışsal yeme $21,69 \pm 7,04$ olarak bulunmuştur. Ebeveyn besleme tarzı anketi 5 alt gruptan oluşmakta ve alt gruplarından alınan puanlar sırası ile; duygusal besleme $9,67 \pm 4,94$, cesaretlendirici besleme $29,44 \pm 4,29$, yardımcı besleme $6,27 \pm 2,85$, sıkı kontrollü besleme $16,43 \pm 2,27$, toleranslı besleme $17,93 \pm 2,97$ olarak bulunmuştur. Her iki ölçeğin alt gruplarının birbiri ile korelasyonuna bakıldığında bütün anneler dahil edildiğinde dışsal yeme ile toleranslı kontrollü besleme arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$, $r = -0,254$). Analize sadece obez anneler dahil edildiğinde kısıtlayıcı beslenme ile cesaretlendirici besleme arasında pozitif yönde zayıf-orta bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$, $r = 0,348$). Wardle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer bir korelasyon yapılmış; dışsal yeme ile kontrollü besleme, yardımcı besleme, cesaretlendirici besleme arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır[99]. Annelerin vücut kütle indekslerine göre yeme davranışına bakıldığında obez annelerin duygusal yeme puanları yüksek bulunmuştur. Wardle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez annelerin kısıtlayıcı ve duygusal alt puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [99]. Obez annelerin duygusal bir stres durumunda kendilerini yemekle rahatlatmaya çalıştıkları söylenebilir. Kilo vermek için zaman zaman kendilerini yiyecekler açısından kısıtlama yoluna gittikleri de görülmektedir.

Çocuk yaş gruplarına göre annenin besleme tarzı puanlarına bakıldığında 24 aylık çocukların duygusal besleme puanları istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Çocukların yaşı büyüdükçe annelerin çocuklarına stres durumunda sakinleştirmek için yiyecek bir şey verdikleri düşünüldüğünde bu çocukların ileriki yaşlarında stres durumunda yemek yeme alışkanlığı edinmesi kaçınılmaz olacaktır. Stres durumunda yemek, yemek ile kendini sakinleştirmek ve rahatlatmak obezite için bir risk faktörü oluşturabilir. Duyguların yeme davranışını kontrol ettiği teorisine göre, bireyler negatif duygularını azaltmak için yemek yerler [100-102]. Obez bireylerin bu şekilde gıda alımına yönelmesi

olumsuz duygulanımlarını azaltmak için kullandıkları bir baş etme yöntemi olarak yorumlanmıştır [103].

5.4. Annelerin yeme ve yedirme davranışının çocukluk çağı obezitesi ile ilişkisi

Bu araştırmada ebeveyn yeme davranışının ve ebeveyn besleme davranışının çocukluk çağı obezitesi üzerine etkisi saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda da ilişki saptanmamış olup; çocuğu rahatlatıp sakinleştirmek için yiyecek bir şey verme ile yardımcı besleme ve duygusal besleme arasında sınırlı ilişki bulunmuştur[90, 99]. Çocuklarının duygularını dikkate alan ama doğru bağ kuramamış ebeveynlerin çocuklarında obezite görülebilmektedir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada hoşgörülü besleme tarzına sahip ebeveynlerin erkek çocuklarında obeziteye yatkınlık tespit edilmiştir [104]. Yapılan bir çalışmada cesaretlendirici besleme puanları yüksek olan ailelerin çocuklarının daha fazla sebze tükettikleri görülmüştür[105].

Sallis ve arkadaşlarının 247 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmada; yemeği kontrol etme ve yemeği ödül olarak kullanma ile annenin obezitesi arasında ilişki saptanmıştır [106]. Yapılan bazı çalışmalar çocuğun kilosu arttıkça cesaretlendirici beslemenin azaldığını; endişeli ve kontrollü beslemenin arttığını göstermiştir [99, 107-109].

Bu çalışmada ebeveyn besleme tarzı ölçeği alt grupları Cronbach alfa değerleri, duygusal besleme için, 0,909; cesaretlendirici besleme için; 0,635, yardımcı besleme, 0,663; sıkı kontrollü besleme için, 0,569; toleranslı kontrollü besleme için, 0,511 için bulunmuştur. Wardle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Cronbach alfa değerleri duygusal, cesaretlendirici, yardımcı, kontrollü besleme alt grupları için sırası ile 0,82; 0,76; 0,76; 0,82 olarak bulunmuştur [99]. EBTA Türkçe güvenirlik çalışmasından elde edilen Cronbach alfa değerleri duygusal besleme, cesaretlendirici besleme, yardımcı besleme, sıkı kontrollü besleme, toleranslı kontrollü besleme için sırasıyla 0,83; 0,74; 0,64; 0,69; 0,54 olarak bulunmuş olup bu çalışmaya yakın sonuçlar elde edilmiştir [68].

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ebeveyn yeme davranışı ve besleme davranışını aynı anda ölçen öncü bir çalışma olmuştur. Araştırmada 9-24 ay çocuklarda obezite prevalansı hesaplanmış olup, bu yaş grubundaki durumun tespiti açısından yol göstericidir. Çalışmada bütün ölçümler araştırmacı tarafından yapıp, DSÖ standartlarına göre hesaplanmıştır. Çalışmada erken çocukluk dönemi obezite prevalansı %13,7 olarak bulunmuştur. Ebeveyn besleme tarzı ve yeme davranışı ile erken çocukluk çağı obezitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Annelerin vücut kütle indeksi ile çocukluk çağı obezitesi arasında bu çalışmaya göre bir ilişki yoktur. Çocukların üçte birinin televizyon ve tablet başta olmak üzere bir uyaran eşliğinde yemek yediği, bunun da yemek seçme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda annelerin %40'a yakını yeni gıdaları tattırırken zorlandığını belirtmiştir. İlk 2 yıl hayata sağlıklı bir başlangıç için kritik bir dönemdir ve bu dönem beslenmesinin ileri yaşam sağlığı üzerine etkileri bilinmektedir. Bu dönemde çocukların açlık, tokluk belirtilerine duyarlı davranılmalı, yemeğe zorlamak yerine, yemeğe teşvik edilmelidir. Çoğu besini reddeden çocuklar için değişik tat, lezzet ve yapıda yeni birleşimler denenmeli ve teşvik yöntemleri artırılmalıdır. Yemek esnasında çocuğun dikkatini dağıtacak televizyon, tablet gibi uyaranlar en aza indirilmeli, yemek zamanlarının aile içi iletişim için fırsat olduğu düşünülmelidir. Yemek bir ödül ya da ceza olarak kullanılmamalı, çocuğun stresli olduğu durumlarda rahatlatıcı olarak verilmemelidir. Annelere ek gıda ve beslenme danışmanlığı ile birlikte sağlıklı yeme davranışı bilgilendirmesi yapılması farkındalık oluşturacaktır.

Çalışma kesitsel olduğundan; yeme davranışı ve obezite arasındaki ilişkiyi daha net ortaya koyabilmek için uzunlamasına çalışmalar faydalı olabilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO, *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. 2016: GENEVA.
2. BAKANLIĞI, T.C.S., *Çocukluk Çağı Obezite Araştırması Ön Rapor*. 2013.
3. Boucher, N.L., *Feeding Style and a Child's Body Mass Index*. Journal of Pediatric Health Care, 2016.
4. Webber, L., et al., *Eating behaviour and weight in children*. International Journal of Obesity, 2009. **33**(1): p. 21-28.
5. Cappelleri, J., et al., *Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants*. International Journal of Obesity, 2009. **33**(6): p. 611-620.
6. Üstün, M.Ü., S, *Hacettepe Ders Notları*. 5 ed. 1994, Ankara: Şencay Medikal Yayıncılık.
7. Parlak, A. and Ş. Çetinkaya, *OYUN ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ OBEZ ÇOCUĞUN VE AİLELERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ*. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2008. **11**(3).
8. Wood, A., G. Waller, and S. Gowers, *Predictors of eating psychopathology in adolescent girls*. European Eating Disorders Review, 1994. **2**(1): p. 6-13.
9. Özer, S., et al., *Obezite Tanılı Çocuklarda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi*. Journal of the Child/Cocuk Dergisi, 2014. **14**(2).
10. Bozan, N., *Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması*, in *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Programı*. 2009, Başkent Üniversitesi: Ankara.
11. Ergül, Ş. and A. Kaklım, *Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011. **10**(2): p. 223-230.
12. Wiener, J.M.D., Mina K. , *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 3 ed. 2004: The American Psychiatric Publishing
13. Obesity, E.C.o.C., *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report*. 2007: WHO.
14. Ogden, C.L., et al., *Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011-2014*. NCHS Data Brief, 2015(219): p. 1-8.
15. BAKANLIĞI, T.C.S., *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. 2014: ANKARA.
16. Erem, C., *Prevalence of overweight and obesity in Turkey*. IJC Metabolic & Endocrine, 2015. **8**: p. 38-41.

17. Pietrobelli, A., et al., *Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescents: a validation study*. The Journal of pediatrics, 1998. **132**(2): p. 204-210.
18. Cole, T.J., J.V. Freeman, and M.A. Preece, *Body mass index reference curves for the UK, 1990*. Archives of disease in childhood, 1995. **73**(1): p. 25-29.
19. Ellis, K.J., S.A. Abrams, and W.W. Wong, *Monitoring childhood obesity: assessment of the weight/height² index*. American Journal of Epidemiology, 1999. **150**(9): p. 939-946.
20. Sardinha, L.B., et al., *Receiver operating characteristic analysis of body mass index, triceps skinfold thickness, and arm girth for obesity screening in children and adolescents*. Am J Clin Nutr, 1999. **70**(6): p. 1090-5.
21. Must, A., G.E. Dallal, and W.H. Dietz, *Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness*. Am J Clin Nutr, 1991. **53**(4): p. 839-46.
22. Maffeis, C., et al., *Waist circumference and cardiovascular risk factors in prepubertal children*. Obesity research, 2001. **9**(3): p. 179-187.
23. Thompson, D., et al., *Effects of hydration and dehydration on body composition analysis: a comparative study of bioelectric impedance analysis and hydrodensitometry*. The Journal of sports medicine and physical fitness, 1991. **31**(4): p. 565-570.
24. Poskitt, E. and T. Cole, *Nature, nurture, and childhood overweight*. Br Med J, 1978. **1**(6113): p. 603-605.
25. Stunkard, A.J., et al., *An adoption study of human obesity*. New England Journal of Medicine, 1986. **314**(4): p. 193-198.
26. Gürel, F.S. and G. İnan, *Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi*. 2001.
27. Bouchard, C., *Genetics of obesity in humans: current issues*. The Origins and consequences of obesity, 1996: p. 108-117.
28. Naggert, J.K., et al., *Hyperproinsulinaemia in obese fat/fat mice associated with a carboxypeptidase E mutation which reduces enzyme activity*. Nature genetics, 1995. **10**(2): p. 135-142.
29. Zhang, Y., et al., *Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue*. Nature, 1994. **372**(6505): p. 425-432.
30. Friedman, J.M., *Obesity: The alphabet of weight control*. Nature, 1997. **385**(6612): p. 119-120.
31. Perusse, L. and C. Bouchard, *Role of genetic factors in childhood obesity and in susceptibility to dietary variations*. Annals of medicine, 1999. **31**: p. 19-25.
32. Birch, L.L. and J.A. Fisher, *The role of experience in the development of children's eating behavior*. 1996.
33. Gülден, K.H., Özel., *Okul Öncesi Dönemde Obezite*. 2012, ANKARA: T.C. Sağlık Bakanlığı. 27.

34. Scaglioni, S., M. Salvioni, and C. Galimberti, *Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour*. British Journal of Nutrition, 2008. **99**(S1): p. S22-S25.
35. Meyer, J.E. and V. Pudel, *Experimental studies on food-intake in obese and normal weight subjects*. Journal of Psychosomatic Research. **16**(4): p. 305-308.
36. El-Behadli, A.F., et al., *Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity*. British Journal of Nutrition, 2015. **113**(S1): p. S55-S71.
37. Taras, H.L., et al., *Television's influence on children's diet and physical activity*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 1989. **10**(4): p. 176-180.
38. Martorell, R., et al., *Overweight and obesity in preschool children from developing countries*. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 2000. **24**(8).
39. Lissau-Lund-Sørensen, I. and T. Sørensen, *Prospective study of the influence of social factors in childhood on risk of overweight in young adulthood*. International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity, 1992. **16**(3): p. 169-175.
40. Gnani, R., et al., *Socioeconomic status, overweight and obesity in prepubertal children: a study in an area of Northern Italy*. European journal of epidemiology, 2000. **16**(9): p. 797-803.
41. Power, C., J. Lake, and T.J. Cole, *Review: Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness*. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 1997. **21**(7).
42. Erickson, S.J., et al., *Are overweight children unhappy?: Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2000. **154**(9): p. 931-935.
43. Davison, K.K. and L.L. Birch, *Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls*. Pediatrics, 2001. **107**(1): p. 46-53.
44. Judge, S. and L. Jahns, *Association of overweight with academic performance and social and behavioral problems: an update from the early childhood longitudinal study*. Journal of School Health, 2007. **77**(10): p. 672-678.
45. Pyle, S.A., et al., *Fighting an epidemic: the role of schools in reducing childhood obesity*. Psychology in the Schools, 2006. **43**(3): p. 361.
46. Organization, W.H., *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. 2000: World Health Organization.
47. Birch, L.L., L. Parker, and A. Burns, *Early childhood obesity prevention policies*. 2011: National Academies Press.
48. James, J., et al., *Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial*. Bmj, 2004. **328**(7450): p. 1237.

49. Chen, L., et al., *Reduction in consumption of sugar-sweetened beverages is associated with weight loss: the PREMIER trial*. The American journal of clinical nutrition, 2009. **89**(5): p. 1299-1306.
50. Strong, W.B., et al., *Evidence based physical activity for school-age youth*. The Journal of pediatrics, 2005. **146**(6): p. 732-737.
51. Adachi-Mejia, A., et al., *Children with a TV in their bedroom at higher risk for being overweight*. International journal of obesity, 2007. **31**(4): p. 644-651.
52. Petkar, R. and N. Wright, *Pharmacological management of obese child*. Archives of disease in childhood-Education & practice edition, 2013: p. edpract-2011-301127.
53. Neumark-Sztainer, D., et al., *Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey*. Journal of the American Dietetic Association, 1998. **98**(12): p. 1449-1456.
54. K ro lu, E., *DSM-IV: Tanı  l  tleri Ba vuru Kitabı*,  ev: E. K ro lu, Amerikan Psikiyatri Birli i, Washington DC, 1994.
55. Van Son, G.E., et al., *Urbanisation and the incidence of eating disorders*. The British Journal of Psychiatry, 2006. **189**(6): p. 562-563.
56. Maner, F., *Yeme Bozuklukları*. Psikiyatri D nyası, 2001. **5**(4): p. 130-139.
57. İlhan, M.N., et al., *Bir tıp fakültesi   rencilerinde olası yeme bozuklu u sıklı ı*. Türkiye’de Psikiyatri, 2006. **8**(3): p. 151-5.
58. Bas, M., et al., *Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents*. Adolescence, 2004. **39**(155): p. 593.
59. Van Strien, T., et al., *The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior*. International Journal of Eating Disorders, 1986. **5**(2): p. 295-315.
60. Macht, M., *How emotions affect eating: a five-way model*. Appetite, 2008. **50**(1): p. 1-11.
61. Laitinen, J., E. Ek, and U. Sovio, *Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior*. Preventive medicine, 2002. **34**(1): p. 29-39.
62. Troop, N.A., J.L. Treasure, and L. Serpell, *A further exploration of disgust in eating disorders*. European Eating Disorders Review, 2002. **10**(3): p. 218-226.
63. Burton, P., H.J. Smit, and H.J. Lightowler, *The influence of restrained and external eating patterns on overeating*. Appetite, 2007. **49**(1): p. 191-197.
64. Greeno, C.G., R.R. Wing, and S. Shiffman, *Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000. **68**(1): p. 95.
65. Delahanty, L.M., et al., *Psychological and behavioral correlates of baseline BMI in the diabetes prevention program (DPP)*. Diabetes Care, 2002. **25**(11): p. 1992-1998.

66. Larsen, J.K., et al., *Dietary restraint: intention versus behavior to restrict food intake*. Appetite, 2007. **49**(1): p. 100-108.
67. Cools, J., D.E. Schotte, and R.J. McNally, *Emotional arousal and overeating in restrained eaters*. Journal of abnormal psychology, 1992. **101**(2): p. 348.
68. Özçetin, M., et al., *Reliability and validity study of parental feeding style questionnaire/Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Turkish Pediatrics Archive, 2010: p. 124-132.
69. Muslu, G.K., et al., *Ebeveyn besleme tarzı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi*. 2014.
70. Örün, E., et al., *Problematic eating behaviour in turkish children aged 12-72 months: Characteristics of mothers and children*. Central European journal of public health, 2012. **20**(4): p. 257.
71. Kurumu., T.İ. *İstatistiklerle Kadın*. 2016 7.3.2016 [cited 2017 14.1.2017]; Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519>.
72. Uludağ, A., et al., *Çocukların vücut ağırlığı ve görünüşleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2014. **18**(3): p. 142-148.
73. Organization, W.H., *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO; 2003. 2006, WHOWHA55/2002/REC/1 Annex 2.
74. Enstitüsü, H.Ü.N.E., *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları*. 2013.
75. Duyan Camurdan, A., et al., *The effect of the baby- friendly hospital initiative on long- term breast feeding*. International journal of clinical practice, 2007. **61**(8): p. 1251-1255.
76. Samlı, G., et al., *Annelerin emzirme ve süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi, inanış ve uygulamaları: niteliksel bir araştırma*. 2006.
77. Gür, E., *Tamamlayıcı beslenme*. Turk Pediatri Arsivi, 2006. **1**(41): p. 181-188.
78. Küçük, Ö. and A.Y. Göçmen, *Çocuk Polikliniğine Başvuran 6-24 Ay Arası Sağlam Çocukların Değerlendirilmesi*.
79. ÖNAL, S., et al., *OKULÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON VE OBEZİTE PREVELANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA ÖRNEĞİ*. 2016.
80. Ünsal, H., et al., *Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005. **48**(3): p. 226-233.
81. Northstone, K., P. Emmett, and F. Nethersole, *The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months*. Journal of human nutrition and dietetics, 2001. **14**(1): p. 43-54.
82. Coulthard, H., G. Harris, and P. Emmett, *Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age*. Maternal & child nutrition, 2009. **5**(1): p. 75-85.
83. Vik, F.N., et al., *Associations between eating meals, watching TV while eating meals and weight status among children, ages 10–12 years in eight European*

- countries: the ENERGY cross-sectional study*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2013. **10**(1): p. 1.
84. Şanlıer, N.E., Y., *Çocuk ve Beslenme*. Vol. 2. 2004: İstanbul Morpa Kültür Yayınları.
85. Marchi, M. and P. Cohen, *Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1990. **29**(1): p. 112-117.
86. Wright, C.M., et al., *How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth?* Pediatrics, 2007. **120**(4): p. e1069-e1075.
87. Şahide, O. and D.Ö. DERİN, *An investigation of some nutrition habits of 60-72 month-old children*.
88. Habibe, D., *Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Uyumsal Yeme Davranışı ve Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçekleri Geliştirme Çalışması*, in *Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitimde Psikoloji Hizmetler Anabilim Dalı*. 2013, Ankara Üniversitesi: Ankara.
89. Gökmirza, E., *Tamamlayıcı beslenme Derleme*. Türk Pediatri Arşivi, 2006. **41**(4).
90. Baughcum, A.E., et al., *Maternal perceptions of overweight preschool children*. Pediatrics, 2000. **106**(6): p. 1380-1386.
91. Jeffery, A.N., et al., *Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21)*. Bmj, 2004. **330**(7481): p. 23-24.
92. Fisher, L., J. Fraser, and C. Alexander, *Caregivers' inability to identify childhood adiposity: A cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes*. Australian Journal of Rural Health, 2006. **14**(2): p. 56-61.
93. Dereli, F., *2-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimi*. 2006, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
94. Lee, I., et al., *Comparison of Obesity Rates in Early Childhood (4 to 80 months) by Parental Socioeconomic Status Using National Cohort Dataset in Korea*. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci), 2016. **10**(4): p. 305-311.
95. Ogden, C.L., et al., *Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012*. Jama, 2014. **311**(8): p. 806-814.
96. Takahashi, E., et al., *Influence factors on the development of obesity in 3-year-old children based on the Toyama study*. Preventive medicine, 1999. **28**(3): p. 293-296.
97. Aydın, A., et al., *Çocukluk çağı obezitesi*. Türk Pediatri Arşivi, 1995. **30**(2).
98. Babaoğlu, K. and Ş. Hatun, *Çocukluk çağında obezite*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002. **11**(1): p. 8-10.
99. Wardle, J., et al., *Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk*. Obesity research, 2002. **10**(6): p. 453-462.

100. REGULATOR, F.A.A.M., *Effects of eating behavior on mood: a review of the literature*. International Journal of Eating Disorders, 1993. **14**(2): p. 171-183.
101. Macht, M., C. Haupt, and H. Ellgring, *The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study*. Eating Behaviors, 2005. **6**(2): p. 109-112.
102. Macht, M. and G. Simons, *Emotions and eating in everyday life*. Appetite, 2000. **35**(1): p. 65-71.
103. Kaplan, H.I. and H.S. Kaplan, *The psychosomatic concept of obesity*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1957.
104. Hughes, S.O., et al., *Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: an observational analysis of the dinner meal in Head Start families*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2011. **8**(1): p. 1.
105. Vereecken, C., et al., *Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption*. American Journal of Health Promotion, 2009. **23**(4): p. 233-240.
106. Sallis, J., et al., *Child's home environment in relation to the mother's adiposity*. International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity, 1995. **19**(3): p. 190-197.
107. Kröller, K. and P. Warschburger, *Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight*. Appetite, 2008. **51**(1): p. 166-172.
108. Karp, S.M., et al., *Parental feeding patterns and child weight status for Latino preschoolers*. Obesity research & clinical practice, 2014. **8**(1): p. e88-e97.
109. Powers, S.W., et al., *Maternal Feeding Strategies, Child Eating Behaviors, and Child BMI in Low- Income African- American Preschoolers*. Obesity, 2006. **14**(11): p. 2026-2033.

8. EKLER

Ek 1. Çocuğa ait büyüme ve sağı bilgileri anketi

- 1.Çocuğun Cinsiyeti: a)Kız b)Erkek
 - 2.Doğum tarihi:...../...../.....
 - 3.Doğum ağırlığı:gr Doğum boyu:cm
 - 4.Gestasyon yaşı:hf
 - 5.Muayene sırasında ölçülen ağırlığı:gr
 - 6.Muayene sırasında ölçülen boyu:cm
 7. Çocuğun doğumundan bugüne kadar olan tıbbi öyküsünde tanısı konulmuş olan;
 - ☐sistemik
 - ☐gastroenterolojik
 - ☐metabolik
 - ☐anatomik
 - ☐genetik
 - ☐nörolojik
 - ☐psikolojik
 - ☐mental veya gelişimsel
- herhangi bir hastalık ya da sağık sorunu var mı?

8. Çocuğun doğumundan bugüne kadar olan tıbbi öyküsünde yeme sorunu ile ilişkili olan belirtilere

kronik olarak seyreden;

☐ iştahsızlık

☐ bulantı, kusma

☐ tükürme

☐ öksürük

☐ karın ağrısı

☐ kolik

☐ diare

☐ konstipasyon

☐ çiğneme güçlüğü veya

☐ disfajiye

☐ dil-diş-ağız-çene gelişimi ile ilgili bir sorun ya da gecikmeye

☐ oral motor disfonksiyona veya fonksiyon limitasyonuna

☐ ağız, farinks ya da özofagusta ağrı ve acı oluşmasına veya regürjitasyona

☐ besin alerjisi, malabsorbsiyonu veya intoleransına

☐ yemek yemeyi/beslenmeyi sürdürememeye

☐ pika veya ruminasyon bozukluğuna

☐ kilo alamama, kilo verme veya obeziteye

☐ boyun uzamaması veya beklenenden hızlı uzamasına

neden olabilecek olan organik, fonksiyonel veya anatomik herhangi bir hastalık veya sağlık sorunu var mı?

Ek 2. Demografik bilgi anketi

1.Yaşınız:

2.Babanın yaşı:

3.Eğitim durumunuz nedir?

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

4.Babanın eğitim durumu nedir?

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

5.Lütfen size uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

- a)Çocuğumun babası ile birlikteyim.

b)Çocuğumun babasından boşandım.

c) Çocuğumun babasından boşandım, tekrar evlendim.

6.Lütfen sizin için uygun ifadeyi işaretleyiniz.

a)Ev Hanımıyım

b)Çalışıyorum (Çocuğunuz doğduktan sonra ne kadar süre sadece siz baktınız:)

7.Çocuğun babası bir işte çalışıyor mu?

a)Evet b)Hayır

8.Lütfen evde yaşayan kişi sayısını ve bu kişilerin kimler olduğunu belirtiniz.

Evde yaşayan kişi sayısı:

Evde yaşayan kişiler:

9.Çocuk sayısını belirtiniz:

10.Araştırmaya katılan çocuğunuz kaçınıcı çocuğunuz:

11.Çocuğunuza hiç anne sütü verdiniz mi?

a)Evet b)Hayır

12.Çocuğunuza ne kadar süre anne sütü verdiniz?.....

13.Çocuğunuz hala anne sütü alıyor mu?

a)Evet b)Hayır

14.Doğumdan ek gıdalara geçinceye kadar çocuğunuza aşağıdakilerden hangisini verdiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a)Anne sütü

b)Mama

c)Su

d)diğer

15.Çocuğunuz biberon kullanıyor mu?

a)Evet

b)Hayır

16.Çocuğunuz emzik kullanıyor mu?

a)Evet

b)Hayır

17.Çocuğunuz kaç aylıkken ek gıdalara geçtiniz?

18.Çocuğunuz günde kaç öğün yer?

a)İki öğün

b)Üç öğün

c)Dört öğün

d)Beş öğün ve daha fazla

19.Yeni gıdaları tattırırken zorlanıyor musunuz?

- a)Asla
- b)Nadiren
- c)Arada bir
- d)Sıklıkla
- e)Her zaman

20.Çocuğunuz yemek seçer mi?

- a)Evet b)Hayır

21.Çocuğunuz katı gıdaları yerken zorlanır mı?

- a)Evet b)Hayır

22.Çocuğunuza sevmediğiniz bir gıda verdiğinizde genellikle nasıl tepki verir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- a)Tükürür
- b)Kusar,öğürür
- c)Ağzında bekletir
- d)Ağzını sıkıca yumar ve açmaz
- e)Diğer(Lütfen belirtiniz)

23.Çocuğunuzun öğün zamanlarını neye göre belirliyorsunuz?

- a)Saatlik olarak ayarlarım, belirlediğim saatlerin dışına çıkmam.
- b)Çocuğum istedikçe öğününü veririm.
- c)Belirli bir düzen izlemeden veririm.
- d)Diğer (Lütfen belirtiniz)

24.Sizin için uygun olanı işaretleyiniz (Birden fazla şık işaretlenebilir)

Çocuğum yemek yerken.....

- ☐Sofraya oturur ve sadece yemeğini yer
- ☐Tv izler
- ☐Tablet izler
- ☐Sürekli hareket eder,yürür
- ☐Oyun oynar
- ☐Müzik dinler
- ☐Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

25.Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?

- a)Aşırı zayıf
- b)Zayıf
- c)Normal
- d)Kilolu
- e)Aşırı kilolu

26. Çocuğunuza şu an kim bakıyor?

a)Anne

b)Yakını (baba, babaanne, anneanne, teyze vs...)

c)ücretli bakıcı

d)kreş

e)Diğer(Lütfenbelirtiniz.....)

27.Çocuğunuza şimdiye kadar kimler baktı? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

a)Anne

b)Yakını (baba, babaanne, anneanne, teyze vs...)

c)ücretli bakıcı

d)kreş

e)Diğer(Lütfen belirtiniz.....)

Ek.3 Hollanda yeme davranışı ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1.Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2.Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3.Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4.Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5.Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?					
6.Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7.Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8.Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9.Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10.Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
11.Bir şeyden rahatsız					

olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12.Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13.Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14.Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15.Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16.Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17.İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18.Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19.Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20.Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21.Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22.Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23.Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
24.Yediğiniz şey lezzetliyse,					

genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25.Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26.Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?					
27.Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28.Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29.Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30.Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31.Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32.Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33.Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

Ek 4. Ebeveyn besleme tarzı ölçeği

Anne-Baba (Ebeveyn) Besleme Tarzı Anketi					
Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve çocuğunuzun beslenmesi konusuna nasıl yaklaştığınızı gösteren kutuyu işaretleyiniz. Bu soruların cevaplandırılmasında doğru veya yanlış cevapların olmadığını bilmeniz (hatırlamanız) önemlidir, biz ebeveynlerin gerçekte ne hissettiği ve yaptığıyla ilgileniyoruz.					
	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
1.Çocuğumun yemeğinde yiyeceği yemekleri seçmesine izin veririm.					
2.Kendisini üzgün hissettiğinde, kendisini daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm.					
3.Çocuğumun yemeği özlemesini teşvik ederim.					
4.Çocuğum verdiğim yemekleri yerse çocuğumu överim.					
5.Çocuğumun ne kadar abur cubur yiyeceğine, atıştıracağına ben karar veririm.					
6.Çocuğumu çok çeşitli yiyecekler yemesi için cesaretlendiririm.					
7.Çocuğumun disiplinli davranmasını, yaramazlık yapmamasını sağlamak için, ona yiyecek bazı şeyler için söz veririm.					
8.Çocuğuma ilgisini çekecek, cazip bir şekilde yiyecek sunarım.					
9.Eğer çocuğum yaramazlık yapar, kötü davranışlarda bulunursa, ona sevdiği yiyeceği vermem.					
10.Çocuğumun öğünlerde sunduğum yiyeceklerin her birinden tatmasını teşvik ederim.					

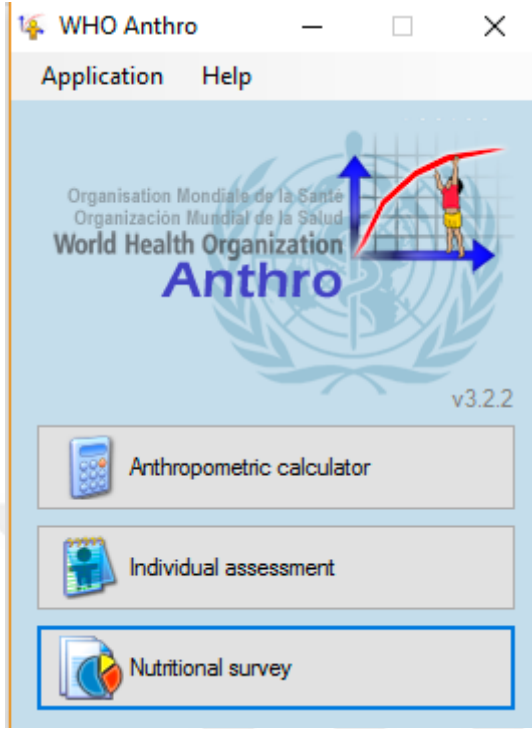
11.Yemek süresince çocuğumun etrafta gezinmesine izin veririm.					
12.Çocuğumu daha önce tatmadığı yiyecekleri denemesi, tatması için teşvik ederim.					

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
13.İncindiğinde, canı yandığında daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm.					
14.Ne zaman yemek yiyeceği kararını çocuğuma bırakırım.					
15.Eğer canı sıkkın hissediyorsa, çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm.					
16.Çocuğumun yeterince abur cubur yediğine, atıştırma yaptığına kendisinin karar vermesine izin veririm.					
17.Çocuğumun ne zaman abur cubur yemesi gerektiğine, atıştırma yapacağına ben karar veririm.					
18.Çocuğumun ana öğünü yemesi için pudingleri rüşvet olarak kullanırım.					
19.Çocuğumun yediğinden hoşlanmasını teşvik ederim.					
20.Çocuğumun hangi sıklıkta yemek yiyeceğine ben karar veririm.					
21.Endişeli olduğunda, daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm.					
22.Terbiyeli davrandığında, yaramazlık yapmadığında çocuğumu yemesi için bir şeylerle ödüllendiririm.					

23.Öğünler arasında çocuğumun ne zaman isterse yemesine izin veririm.					
---	--	--	--	--	--

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
24.Çocuğuma masada yemeğini yemesi konusunda ısrar ederim.					
25.Kızgın hissettiğinde, daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm.					
26.Öğünler arasında çocuğumun ne yiyeceğine ben karar veririm.					
27.Eğer yeni bir yiyecek yerse çocuğumu överim.					

Ek 5. WHO Anthro programı ekran görüntüsü 1



Ek 6. WHO Antro programı ekran görüntüsü 2

tez -

Anthro Motor Address data

Date of visit 28.10.2016 Age (d)

Cluster Weighting factor 1,000000000

Team First name

ID 9 Last name

Household 9 Sex ☒ Female ☐ Male

Date of birth 19. 1.2015 ☐ Approximate date ☐ Unknown date

Age: 1yr 9mo (21mo)

Weight (kg) 9,30 BMI 18,2

Length/height (cm) 71,50

Measured ☒ Recumbent ☐ Standing

Oedema ☒ No ☐ Yes

Head circumference (cm)

Triceps skinfold (mm)

MUAC (cm)

Subscapular skinfold (mm)

Notes

Additional data

Save Cancel

Ek 7. WHO Antro programı ekran görüntüsü 3

Nutritional survey

Nutritional survey Current survey Help

Surveys

☐ md_rs_survey
☐ Sample survey
☒ tez

Survey: tez

Manage additional data

Name: tez Notes:

Data entry Results

211 record(s)

Survey date	Cluster	Team	ID	Household	Sex	Date of birth	Age (d)	Age (m)	Weight
26.10.2016	0		1	1	Female	16.9.2015	406	13.34	11.30
26.10.2016			2	2	Male	7.8.2015	446	14.65	10.00
26.10.2016			3	3	Female	19.10.2015	373	12.25	9.15
26.10.2016			4	4	Male	26.3.2015	580	19.06	10.30
26.10.2016			5	5	Male	6.7.2015	478	15.70	10.50
26.10.2016			6	6	Female	5.2.2015	629	20.67	11.00
26.10.2016			7	7	Female	30.12.2015	301	9.89	8.30
27.10.2016			8	8	Female	19.1.2015	647	21.26	10.50
28.10.2016			9	9	Female	19.1.2015	648	21.29	9.30
28.10.2016			10	10	Female	22.10.2015	372	12.22	9.80
30.11.2016			11	11	Female	5.2.2016	299	9.82	8.00

Percentile z-score

Weight-for-length 92.6 1.45

Weight-for-age 94.5 1.60

Length-for-age 89.9 1.28

BMI-for-age 89.4 1.25

HC-for-age NA NA

MUAC-for-age NA NA

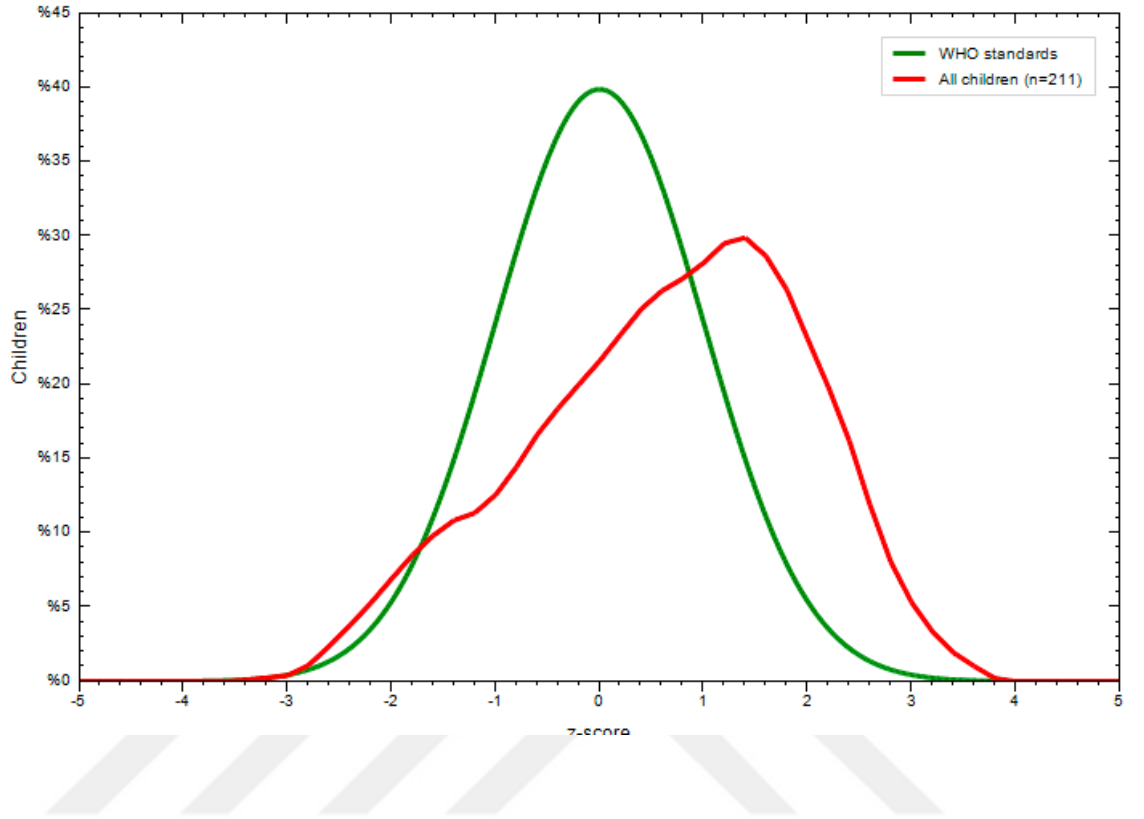
TSF-for-age NA NA

SSF-for-age NA NA

0 25 50 75 100

Select all Deselect All

Ek 8. Çalışmadan elde edilen VKİ Z skoru eğrisinin WHO Z skor eğrisi ile karşılaştırılması



URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Submitted: Submitted By: Significance:

Dr. Hande Grn Tez alışması .docx (D27322431) 2017-04-19 08:13:00 hande.gurun@marmara.edu.tr 3 %





Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2016.520
	PROJE ADI	Ebeveynlerde Yeme Davranışı İle Ebeveyn Besleme Tarzı Arasındaki İlişki Ve Erken Çocukluk Çağı Obezitesi Üzerine Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof.Dr.Dilşad SAVE

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 07.10.2016 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
-----------------	---

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi		Toplantıya katılım
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	☐ Evet ☐ Hayır