

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**



**AİLENİN TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI
OBEZİTESİNE ETKİSİ**

FATMA KOCAOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP 2025



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma KOCAOĞLU tarafından hazırlanan “Ailenin Tutum ve Davranışlarının Çocukluk Çağı Obezitesine Etkisi” başlıklı tez,/...../..... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Anıl ERBAĞCI	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Suphiye Mine YURTTAGÜL	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş Salih MERİÇ	Gaziantep Üniversitesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

İmza:

Fatma KOCAOĞLU

Tarih :...02/2025

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

AİLENİN TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI
OBEZİTESİNE ETKİSİ

Fatma KOCAOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Anıl ERBAĞCI

ÖZET

Yağ dokusunun vücutta kontrolsüz bir şekilde artması sonucu vücuttaki ağırlık artışı obezite olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağında ortaya çıkan obezite yetişkinlik döneminde de seyredebilir ve hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar diyabet gibi birçok kronik hastalığa sebep olabilir. Çevresel ve genetik etmenler sonucunda oluşabilen obezite fizyolojik ve psikolojik hastalıklara sebep olabilir. WHO'ya göre 2030'da dünyadaki obez çocuk oranının yaklaşık 250 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Bu çalışma Gaziantep'te devlet okullarında eğitim gören 7-12 yaş aralığındaki 110 çocuk ve ebeveynleri üzerinde yapılmıştır. Çalışmadaki amacımız çocuğun beslenme açısından aile ortamından ve ebeveynlerin tutumlarından ne derece etkilendiğini saptamaktır. Yani çocukluk çağı obezitesinde ailenin tutumunu belirlemektir. Çalışmaya dahil edilen çocukların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı antropometrik yöntemlere uygun olarak belirlenmiştir. Araştırmaya ilişkin veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu aracılığıyla elde edilmiştir. Ayrıca ebeveynlere Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi (EBTA) uygulanmıştır. Çocukların yaş ortalaması $10,2 \pm 1,4$ yıldır. Annelerin yaş ortalaması $37,42 \pm 6,2$ ve babaların yaş ortalaması $40,9 \pm 6,7$ yıldır. Araştırmaya dahil edilen çocukların Beden Kütle İndeksi(BKİ); erkeklerde $17,9 \pm 3,6$ kg/m² kızlarda ise $17,5 \pm 2,8$ kg/m²'dir. Yaşa göre BKİ'ye bakıldığında çocukların %9'u obez ve %16,4'ü ise fazla kiloludur. Ebeveynlerin vücut ağırlıkları incelendiğinde annelerin %29.1'i obez, %50'si fazla kilolu; babaların ise %20.9'u obez %47.3'ünün fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Anne BKİ'si ile duygusal besleme, yardımcı besleme ve toleranslı kontrollü besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Çocuğun vücut ağırlığı, babanın yaşı ve babanın BKİ'si ile annenin duygusal besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ancak anne vücut ağırlığı ve annenin BKİ'si ile annenin duygusal besleme skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Annelerin EBTA alt boyut skorlarına bakıldığında daha çok kontrollü besleme ve duygusal beslemeye yatkın oldukları görülmüştür. EBTA alt boyut skorlarının demografik ve antropometrik ölçümlere göre değiştiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak annenin tutum ve davranışları çocukluk çağı obezitesini etkileyebilmektedir. Bunun önüne geçebilmek için aile sağlık merkezi ve okullarda diyetisyen istihdamı artırılarak özellikle anne olmak üzere hem çocukların hem de ebeveynlerin beslenme bilgi düzeyleri artırılmalıdır. Ayrıca örneklem sayısının fazla olduğu uzun süreli gözlemsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Çocukluk çağı obezitesi, Aile, Çocuk, Anne

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT OF NUTRITION AND DIETETICS**

**THE EFFECT OF FAMILY ATTITUDES
AND BEHAVIORS ON CHILDHOOD OBESITY**

Fatma KOCAOĞLU

MASTER THESIS

Advisor

Asst. Prof. Dr. Mustafa Anıl ERBAĞCI

ABSTRACT

Obesity is defined as the increase in body weight due to the uncontrolled increase in fat tissue in the body. Obesity that occurs in childhood can also continue in adulthood and can cause many chronic diseases such as hypertension, cardiovascular diseases and diabetes. Obesity, which can occur as a result of environmental and genetic factors, can cause physiological and psychological diseases. According to WHO, it is estimated that the number of obese children in the world will be approximately 250 million in 2030. This study was conducted on 110 children between the ages of 7-12 who are studying in public schools in Gaziantep and their parents. Our aim in the study is to determine the extent to which the child is affected by the family environment and the attitudes of the parents in terms of nutrition. In other words, to determine the attitude of the family in childhood obesity. The height and body weight of the children included in the study were determined in accordance with anthropometric methods. The data related to the study were obtained through a questionnaire form using the face-to-face interview technique. In addition, the Parental Nutritional Style Questionnaire (EBTA) was applied to the parents. The average age of the children is 10.2 ± 1.4 years. The mean age of the mothers was 37.42 ± 6.2 and the mean age of the fathers was 40.9 ± 6.7 years. The Body Mass Index (BMI) of the children included in the study was 17.9 ± 3.6 kg/m² for boys and 17.5 ± 2.8 kg/m² for girls. When BMI by age was examined, 9% of the children were obese and 16.4% were overweight. When the body weights of the parents were examined, it was found that 29.1% of the mothers were obese, 50% were overweight; 20.9% of the fathers were obese and 47.3% were overweight. A statistically significant relationship was found between the mother's BMI and emotional feeding, assisted feeding and tolerant controlled feeding ($p < 0.05$). A statistically significant and positive relationship was found between the child's body weight, the father's age and the father's BMI and the mother's emotional feeding sub-dimension score. However, it was determined that there was a statistically significant and negative relationship between the mother's body weight and mother's BMI and the mother's emotional feeding score ($p < 0.05$). When the EBTA sub-dimension scores of mothers were examined, it was seen that they were more prone to controlled feeding and emotional feeding. It was determined that the EBTA sub-dimension scores changed according to demographic and anthropometric measurements. As a result, the mother's attitudes and behaviors can affect childhood obesity. In order to prevent this, the employment of dietitians in family health centers and schools should be increased and the nutritional knowledge levels of both children and parents, especially mothers, should be increased. In addition, long-term observational studies with a large sample size are needed.

Keywords: Childhood obesity, Family, Child, Mother

ÖNSÖZ

Yüksek lisans yapmamda beni cesaretlendiren öğretmenliğiyle ufkumu genişleten Sayın Prof. Dr. Gül den KÖKSAL'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince tezimin her aşamasında katkıda bulunan, çalışmanın titizlikle yürütülmesinde sabırla yol gösteren, bu çalışmamı yaptığım süre içerisinde tez danışmanım olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Anıl ERBAĞCI'ya,

Beni yetiştirip bugünlere getiren, maddi ve manevi her desteği sağlayan Canım Anneme, varlığından her zaman güç aldığım Canım Babama, bana yanımda olduklarını her daim hissettiren Sevgili Kardeşlerime,

Araştırma verilerimin toplanması sürecinde her aşamada yanımda olup yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Anket uygulamasını sabırla ve gönüllülükle yapan tüm öğrenci ve ebeveynlerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatma KOCAOĞLU
Gaziantep 2025

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR	xi
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2 Çalışmanın Hipotezleri	2
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Çocukluk Çağı Obezitesi	3
2.1.1 Obezite Nedir?.....	3
2.1.2 Türkiye ve Dünyada Çocukluk Çağı Obezite Prevelansı.....	3
2.1.3 Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	4
2.1.4 Obezitenin Komplikasyonları	10
2.1.5 Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisi	13
2.1.6 Türkiye ve Dünyada Obeziteyi Önlemeye Yönelik Programlar	17
2.1.7 Obezitenin Saptanması.....	19
2.1.8 Çocukların Beslenme Davranışında Ailenin Rolü	20
3 YÖNTEM	25
3.1 Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı	25
3.2 Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4 Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri.....	25
3.5 Veri Toplama Aracı	25
3.5.1 Antropometrik Ölçümler	26
3.5.2 Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi.....	26
3.6 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	27
4 BULGULAR.....	28
4.1 Çocukların ve Ebeveynlerinin Genel Bilgileri	28

4.2	Çocukların ve Annelerinin Beslenme Alışkanlıkları	31
4.3	Bireylerin Antropometrik Ölçümleri	36
4.4	Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi	39
5	TARTIŞMA.....	58
5.1	Çocuk ve Ebeveynlerinin Genel Bilgileri.....	58
5.2	Çocuk ve Annelerinin Beslenme Alışkanlıkları	59
5.3	Bireylerin Antropometrik Ölçümleri	62
5.4	Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi (EBTA)	64
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	75
6.1	Öneriler.....	80
KAYNAKÇA		82
EKLER.....		100
ÖZGEÇMİŞ.....		116

TABLO LİSTESİ

Tablo

Tablo 3.1. Boy uzunluğu ve BKİ Z Skor değerlerinin sınıflandırılması.....	26
Tablo 3.2. Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi alt boyut soru yerleri ve Cronbach alfa değerleri.....	27
Tablo 4.1. Çocukların demografik özellikleri.....	28
Tablo 4.2. Çocukların ebeveynlerinin demografik özellikleri.....	30
Tablo 4.3. Çocukların ve ebeveynlerinin hastalık durumları.....	31
Tablo 4.4. Çocukların anne sütü öyküleri.....	31
Tablo 4.5. Çocukların ve annelerinin öğün alışkanlıkları	32
Tablo 4.6. Çocukların ve annelerinin öğün içerikleri.....	33
Tablo 4.7. Çocukların ve annelerinin beslenme alışkanlıkları.....	34
Tablo 4.8. Çocukların ve annelerinin besin desteği kullanma durumları.....	35
Tablo 4.9. Çocukların mevcut antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (S) değerleri.....	36
Tablo 4.10. Çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin Z skor aralığına göre dağılımı.....	37
Tablo 4.11. Çocukların ebeveynlerinin antropometrik değer sınıflamasının dağılımı.....	37
Tablo 4.12. Anne BKİ değeri ve çocukların yaşa göre BKİ Z skor dağılımının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.13. Baba BKİ değeri ve çocukların yaşa göre BKİ Z skor dağılımının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.14. Çocukların demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları.....	40
Tablo 4.15. Çocukların annelerinin demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları.....	41
Tablo 4.16. Çocukların ve ebeveynlerinin hastalık durumlarına göre EBTA alt boyut skorları.....	42
Tablo 4.17. Çocukların anne sütü alma öykülerine göre EBTA alt boyut skorları.....	43
Tablo 4.18. Çocukların ve annelerin öğün alışkanlıklarına göre EBTA alt boyut skorları.....	44

Tablo 4.19. Çocukların ve annelerin öğün içeriklerine göre EBTA alt boyut skorları.....	46
Tablo 4.20. Çocukların ebeveynlerinin antropometrik ölçümlerine göre EBTA alt boyut skorları.....	47
Tablo 4.21. Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi skorunun farklı parametrelerle korelasyonu.....	48
Tablo 4.22. Çocuk ve annelerin besin tüketim sıklığı.....	50
Tablo 4.23. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği duygusal besleme skor ortalaması.....	52
Tablo 4.24. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği cesaretlendirici besleme skor ortalaması.....	53
Tablo 4.25. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği yardımcı besleme skor ortalaması.....	54
Tablo 4.26. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği sıkı kontrollü besleme skor ortalaması.....	55
Tablo 4.27. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği toleranslı kontrollü besleme skor ortalaması.....	56

KISALTMALAR

APA	: Amerikan Pediatri Akademisi
BIA	: Biyoelektriksel Empedans
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CB	: Cesaretlendirici besleme
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine
COSI-TUR	: Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması
ÇYDA	: Çocuk Yeme Davranışları Anketi
DB	: Duygusal besleme
EBTA	: Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi
ECHO	: Çocukluk Çağı Obezitesini Sonlandırma Komisyonu
FTO	: Fat Mass and Obesity
HEI	: Sağlıklı Beslenme İndeksi
HDL	: Düşük Dansiteli Kolesterol
IBM SPSS Statistics	: Statistical Package for the Social Sciences 23
KB	: Kontrollü besleme
LDL	: Yüksek Dansiteli Kolesterol
MC4R	: Melanocortin-4-reseptör
NCEP	: Ulusal Kolesterol Eğitim Programının
ss	: standart sapma
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEMĐ	: Türkiye Endokloji ve Metabolizma Derneği
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TOÇBİ	: Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organisation
x	: ortalama
YB	: Yardımcı(enstrümental) besleme
2'FL	: 2'-fukozillaktoz

1 GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar

Morbidite ve mortaliteyi ciddi oranda etkileyen obezite vücuttaki yağ miktarının artmasıyla karakterizedir. Küresel çapta yaygınlık gösterdiği ve gün geçtikçe görülme sıklığının artmasından dolayı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) obeziteyi epidemi olarak nitelendirmektedir. Her yaş grubunda görülen obezite özellikle çocukluk çağında gittikçe artabilmektedir. 1975 yılında 5-19 yaş grubundaki çocukların fazla kilolu ve obez olma oranı %4 iken 2016'da bu oranın %18 olduğu WHO tarafından açıklanmıştır. Ayrıca WHO'ye göre 5-19 yaş aralığında yaklaşık 340 milyon çocuğun fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiştir. WHO 2019 verilerine göre, 5 yaşın altında yaklaşık 38,2 milyon çocuk fazla kilolu ve obezdir (1). Türkiye'de ise 6-9 yaş grubundaki 11.732 çocuğu kapsayan Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması 2016 (COSI-TUR 2016) verilerine göre bu çocukların %14.6'sı fazla kilolu, %9,9'u ise obezdir. Yani Türkiye'de her dört çocuktan biri fazla kilolu ya da obezdir (2).

Sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması için çocukların yeterli ve dengeli beslenmesi gerekebilmektedir. Obezite, ailenin beslenme tarzına göre nesilden nesile aktarılan kronik bir hastalıktır (3). Genetik, hormonal ve çevresel faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Çevresel olarak fetal beslenme yetersizliği (açlık), fiziksel aktivite, psikososyal etmenler, sosyal sorunlar ve beslenme alışkanlıkları yer alabilmektedir. Çocuklar, anne ve babayı her açıdan rol model olarak gördükleri için beslenme alışkanlıkları açısından anne ve baba belirleyici olabilmektedir (4). Ailenin gelenek görenekleri, inançları, beslenme konusundaki tutumları ve beslenme biçimleri; çocukların beslenmeyle ilgili algı, tutum ve davranışlarını etkileyebilmektedir (5). Yani obezitenin gelişiminde aile faktörünün genetik bir faktör olmasının yanında çevresel bir faktör olarak ele alınması oldukça önemlidir (4). Birçok çalışmada da obezitenin kontrolünde ailenin potansiyel bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasının sonucunda; Beden Kütle İndeksi (BKİ) yüksek olan 2-18 yaş grubundaki çocuklara, aile temelli müdahalelerin BKİ'nin azaltılmasında etkin bir rol oynadığı saptanmıştır (6).

Sigaradan sonra ölümlerin en önemli nedeni obezitedir. Çocukluk çağındaki obeziteye bağlı olarak yetişkinlik döneminde; başta obezite olmak üzere tip2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, uyku apnesi, karaciğer yağlanması, polikistik

over, infertilite ve depresyon, anksiyete gibi birçok psikolojik ve fizyolojik sağlık sorunu oluşabilmektedir (4).

Bazı araştırmalar sonucunda, annenin beslenme alışkanlığına bağlı olarak çocuğun yeme davranışının şekillendiği görülmüştür. Çocuğun belli yaşa kadar bakımını üstlenen kişinin anne olmasından dolayı böyle bir sonucun elde edildiği tespit edilmiştir (3).

Bu çalışmanın temel amacı; çocukluk ağı obezitesinin son yıllarda katlanarak artması ve obezite ile mücadelede potansiyel değişim aracının aile olması sebebiyle ailenin tutum ve davranışlarının çocukluk ağı obezitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

1.2 Çalışmanın Hipotezleri

- Annenin BKİ'si ile ocuğun BKİ'si arasında ilişki yoktur.
- Babanın BKİ'si ile ocuğun BKİ'si arasında ilişki yoktur.
- Cinsiyet ile duygusal besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Cinsiyet ile kontrollü besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Çocukluk Çağı Obezitesi

2.1.1 Obezite Nedir?

WHO'ya göre insan sağlığını 21. yüzyılda tehdit eden en ciddi sağlık problemlerinden biri obezitedir (7). Obezite, çocuk ve ergende ölüm görülme sıklığını arttıran ya da yaşam kalitesini önemli düzeyde bozan modern çağ hastalığı olarak da kabul edilebilmektedir (8).

Vücutta enerji alımının artması ve enerji harcamasının azalması sonucunda enerji homeostazında dengesizlik oluşur. Buna bağlı olarak yağın adipoz doku ve organlarda sağlığı bozacak düzeyde birikmesi sonucu obezite meydana gelebilmektedir (9). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine (CDC) göre; obezite vücuttaki kas, kemik ve su gibi bileşenlerin oranının vücuttaki yağa göre daha düşük olması ve enerji homeostazının bozulmasıdır (10). WHO'ya göre ise obezite; vücuttaki yağ miktarının sağlığı bozacak düzeyde birikmesi sonucu oluşan bir hastalıktır (1).

2.1.2 Türkiye ve Dünyada Çocukluk Çağı Obezite Prevelansı

21. yüzyılın salgını olan obezitenin 5-19 yaş grubu bireylerde görülme sıklığının arttığı saptanmıştır. Endonezya'da 1996'da obezite oranı %3,9 iken 2016'da bu oranın %15,4 olduğu bildirilmektedir. 2018 yılında 5-12 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna göre ise obezite oranının %9,2 olduğu belirtilmiştir (11).

WHO, 5-19 yaş aralığındaki çocukların yaklaşık 340 milyonunun fazla kilolu ve obez olduğunu tespit edilmiştir. WHO'ya göre 1975 yılında aşırı kilolu ve obez çocuk oranı %4 iken bu oranın 2016'da %18 olduğu tespit edilmiştir. Polonya'da 2007-2012 yılları arasında yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmaya göre erkeklerin %19'u kızların ise yaklaşık %12'sinin aşırı kilolu/obez olduğu saptanmıştır (1,9).

Avrupa'da her dört çocukta biri obez veya aşırı kiloludur. Finlandiya'da 2-6 yaş grubu çocuklarda durum farklı değildir. Finlandiya'da 2-16 yaş grubu erkek çocukların %9'u, kız çocukların ise %4'ünün obez olduğu saptanmıştır (12,13). Akdeniz'e kıyısı olan Kıbrıs, İtalya, Yunanistan ve İspanya gibi ülkelerde aşırı kilolu ve obez çocuk oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mesela Yunanistan'da bu oran yaklaşık %30 iken İtalya'da bu oranın %32,5 olduğu tespit edilmiştir (14).

Doğu ülkelerinde de durum Batı ülkelerinden farklı değildir. Son 30 yılda obez/aşırı kilolu çocuk sayısının en fazla Çin’de olduğu ve sayının 10 kat arttığı saptanmıştır . 2030 yılında oran olarak %28’inin sayısal olarak ise yaklaşık 49,5 milyon çocuğun obez/aşırı kilolu olacağı tespit edilmiştir (15,16). Endonezya’da 6-12 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre çocukların %17,5’inin obez/aşırı kilolu olduğu tespit edilmiştir (11).

Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verilerine göre; Amerika’da siyahi gençlerde obezite görülme sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (17).

Dünya Obezite Federasyonunun yayımladığı rapora göre; 2035 yılında Türkiye’de çocukluk çağı obezitesinin iki kattan fazla artacağı belirtilmiştir (18). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 (TBSA 2017) verilerine göre ise her iki cinsiyette obez birey sayısının 2008-2019 yılları arasında yaklaşık iki kat arttığı saptanmıştır (19).

Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması COSI 2013 sonucunda çocukların %8,3’ünün obez olduğu saptanmış. COSI 2016 verilerine göreyse obezite oranı artmış ve çocukların yaklaşık %10’unun obez olduğu saptanmıştır (2).

“Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi (TOÇBİ 2009)” raporuna göre Türkiye’de 6-10 yaş aralığındaki çocukların %14,3’ünün fazla kilolu %6,5’inin ise obez olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda erkeklerde obezite görülme sıklığı %7.5, kızlarda ise %5.4 olarak tespit edilmiştir (20).

2023 Dünya Obezite Atlası verilerine göre 2020 yılında 5 yaş üzeri obez/aşırı kilolu çocuk sayısının 2 milyon 603 bin olduğu 2035 yılında bu sayının 4 milyon üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (18).

2.1.3 Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması sonucu ortaya çıkan ve vücutta yağ birikimine sebep olan obezite; genetik, çevresel ve hormonal faktörlerin etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (21).

2.1.3.1 Genetik ve Hormonal Faktörler

Vücut ağırlığı artışında genetik faktörlerinin %50 oranında etkili olduğu ve yaklaşık 600 tane genin açlık, tokluk ve enerji dengesiyle bağlantılı olduğu saptanmıştır (22). Çevreyle etkileşimli olarak epigenetik yapı bozulabilir. Bu bozulma adipoz doku artışında rol oynayan genlerin metilasyonuna sebep olabilmektedir (23).

Melanocortin-4-reseptör (MC4R) geninin eksikliği sonucu obezite gelişebilmektedir. 952 normal kilolu 661 obez Meksikalı çocuk ve yetişkin üzerinde yapılan çalışma sonucunda MC4R geni ve obezite arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Başka bir çalışmada obez çocuklarda normal kilolu çocuklara göre MC4R genindeki mutasyonun 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (24). Genetik olarak obezite riskini arttıran Fat Mass and Obesity (FTO) geninin ise birden fazla varyant içerebileceği tespit edilmiştir (25).

Obezite; insülin direnci, dislipidemi ve kardiyovasküler sistem hastalıkları ile de bağlantılı olarak oluşabilmektedir. Gıda alımını azaltan leptin hormonu ile obezite arasında ilişki vardır. Hücreler leptin direnci sistemik inflamasyon aracılığıyla insülin direncine sebep olabilmektedir. Bu sayede insülin direncinden dolayı artan kan trigliserit düzeyi obezite oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir (25).

Bağışıklık sistemindeki bozukluğun inflamasyon ve insülin direncine sebep olarak obeziteye yol açabileceğini belirten bazı çalışmalar mevcuttur. M1 (klasik olarak aktive edilmiş) ve M2 (alternatif olarak aktive edilmiş) makrofajlarının obeziteyle ilintili olduğu tespit edilmiştir. M1'in proinflamatuvar M2'nin ise antiinflamatuvar etki gösterdiği saptanmıştır. Bazı araştırmalarda M2 eksikliği sonucunda obezite ve sistemik inflamasyonun olduğu saptanmıştır (26).

Adipoz dokuda salgılanan adiponektin vücuttaki yağ deposu arttıkça orantılı olarak azalan bir hormondur. Vücuttaki leptin ve adiponektin oranındaki bozukluğun yağ dokusunda işlev bozukluğuna sebep olarak obeziteye sebep olduğu tespit edilmiştir (26).

Adipoz dokuda sentezlenen ve insülin antagonisti olan resistin hormonu da obezite oluşumunda rol alabilmektedir. Obez ve zayıf diyabetik farelerin karşılaştırıldığı bir çalışma sonucunda obez diyabetik farelerde resistin oranının ve plazma glikoz miktarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (26).

Anne ve baba BKİ'si çocukluk çağı obezitesinin belirleyicilerinden biridir (22). Beslenme değişikliği ve çevresel faktörlerden doğrudan etkilenen sperm ve yumurtanın epigenomunun sıfırdan programlanması sonucunda obezite duyarlılığının kalıtım yoluyla aktarılabilceği tespit edilmiştir (23). Bir çalışmaya göre anne ya da babadan herhangi birinin obez olma durumunda çocuğun obez olma durumunun 3 kat arttığı, her iki ebeveynin obez olması durumunda çocuğun obez olma durumunun 15 kat arttığı saptanmıştır (22). Farklı etnik gruplarda yapılan çalışma sonucunda ailenin genetik olarak obezite üzerinde %40-75 oranında etkili olduğu saptanmıştır (24). Ayrıca hayvanlar

üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda da ebeveyn obezitesi yavrunun yağ hücrelerinde değişikliğe sebep olarak obeziteye sebep olabileceği saptanmıştır (27).

2.1.3.2 Çevresel Faktörler

2.1.3.2.1 Yaş ve Cinsiyet

Yetişkinlik dönemindeki obeziteyi doğrudan etkileyen etmenlerden biri de bebeklik ve çocukluk dönemindeki obezite durumudur. Bundan dolayı bu dönemdeki beslenme durumu oldukça önemlidir. Yapılan bazı kohort çalışmalar sonucunda anne sütü alan bebeklerde obezite görülme olasılığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise mama ile beslenen bebeklerin anne sütü ile beslenen bebeklere göre insülin ve adiponektin salınımının düşmesine bağlı olarak yağ dokusunun arttığı saptanmıştır (28).

Çocuğun gelişiminin ilk yılları sağlıklı büyüme ve beslenme davranışı açısından önemlidir. Bu dönemde yetersiz beslenme ve yanlış beslenme şekillerine maruz kalma yetişkinlikten yaşlılığa kadar yaşam boyu olumsuz etkilere sebep olabilir. Yaşamın ilk evrelerinde fizyolojik olarak yağ depolaması maksimum düzeydedir ve kendi boyutunun 2 katına kadar artış gösterebilir (28). Yaşamın ilk yıllarında fazla kilolu olanların yetişkinlikte bunu koruma olasılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır (29).

Her iki cinsiyette de görülen obezite ergenlik dönemiyle beraber kızlarda erkeklerden daha fazla görülebilmektedir (30) Yaş ortalaması 10,4 yıl olan İrlandalı 7542 çocuk üzerinde yapılan çalışmaya göre; kızlarda obezite ve fazla kiloluluk görülme olasılığının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 10,5 yaşından büyük erkek çocuklarda abdominal obezite riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (31).

2.1.3.2.2 Beslenme Alışkanlığı ve Fiziksel Aktivite

Beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı asıl olarak çocukluk döneminde gelişerek yetişkinlik dönemindeki sağlığı da etkileyebilmektedir. Sağlıklı bir yaşamın erken yaşta oluşturulup yaşam boyu sağlığın korunması ve kronik hastalık gelişiminin önlenmesi için sağlıklı beslenme alışkanlığı ve düzenli olarak yeteri düzeyde fiziksel aktivite alışkanlığının çocukluk döneminde edinilmesi gerekebilmektedir (12). Bazı araştırmalar sonucunda fiziksel aktivitenin uzun ve kısa vadede doğumdan beş yaşına kadar obeziteyi önleyebileceği saptanmıştır (14). Başka bir çalışmada kalori içeriği yüksek besinlerin tüketiminin BKİ'yi arttırdığı ve buna bağlı olarak fiziksel aktivitede düşüşe sebep olduğu saptanmıştır (32).

Çevresel faktörlerden biri olan beslenme alışkanlığında sağlıklı yeme davranışının çocuğa benimsetilmesi çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde anahtar rol oynayabilmektedir (7). Doymuş yağ, sodyum ve basit karbonhidrat oranı yüksek olan hazır besinlerin tüketiminin artması ve fiziksel aktivite oranının azaltılmasıyla çocukluk çağı obezite riskinin arttığı saptanmıştır (4). Besin değeri düşük boş enerji kaynağı olan besinlerin tüketiminin arttırılıp et, yumurta, süt, yoğurt ve meyve-sebze gibi sağlıklı besinlerin tüketiminin azaltılması sadece çocukluk çağında obeziteye sebep olmaz. Çocuğu fiziksel olarak etkilediği gibi ruhsal, bilişsel ve duygusal olarak da etkileyebilmektedir (21).

Çocukluk döneminde doğru beslenmede en önemli etkenlerin başında anne gelmektedir. Annenin yağ tüketimi, tüketilen sebze-meyve çeşitliliği, süt tüketimi ve diğer besin tercihleri önemlidir (9).

Ortam şartlarının değişmesine bağlı olarak çocuklar artık zamanlarının büyük bir kısmını mahallede aktif bir şekilde değilde evde tablet, televizyon ve bilgisayar gibi teknolojik araçlarla pasif bir şekilde geçirebilmektedir. Bu da ekran süresinin artmasına bağlı olarak harcanan enerjinin azalmasına dolayısıyla obezite gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (33).

Kentleşme, sanayileşme, teknolojinin gelişmesi ve ulaşım araçlarının daha zahmetsiz olması okul çağındaki çocuklarda fiziksel aktivite düzeyinin azalmasına sebep olduğu saptanmıştır. Bunun dışında birçok işlemin çevrimiçi ortama taşınması ekran karşısında geçirilen sürenin artmasına sebep olmuştur (28). 6-10 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre çocukların %27'sinin ortalama olarak fiziksel aktiviteye haftada 3-5 saat ayırdıkları tespit edilmiştir (8).

Avrupa'da yapılan bir meta analiz çalışma sonucunda salgın döneminde çocukluk çağı obezitesinin arttığı saptanmıştır. Çünkü evde ekran karşısında geçirilen sürenin arttığı ve enerjisi yoğun, lif oranı düşük, şeker ve doymuş yağ oranı yüksek besinlerin tüketiminin arttığı saptanmıştır (34).

2.1.3.2.3 Uyku Alışkanlığı

Uyku, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde önemli rol alabilmektedir. Uykunun kısa olması ile obezite arasında bağlantı olabileceği bazı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Yapılan bir çalışma sonucuna göre yetersiz uyku süresinin obeziteyi yaklaşık iki kat arttırdığı saptanmıştır. Kısa uyku süresine sahip zayıflama diyeti uygulayan obez bireyler üzerinde 24 hafta süren bir çalışma sonucunda bu kişilerin yağ

kütlesi kaybının az olduğu saptanmıştır. Ancak uyku süresinin 1 saat artırılmasıyla yağ kaybının arttığı saptanmıştır. Yani kısa uyku obezite geliştirme riskini arttırmakla yetinmeyip kilo vermeyi de olumsuz etkileyebilmektedir (35). Günde 5,5 ve 8,5 saat uyuyan iki farklı fazla kilolu gruba 14 gün boyunca orta düzeyde enerji kısıtlama diyeti uygulanmıştır. Çalışma sonucunda 5,5 saat uyuyanların diğerk gruba göre yağ kütlesi kaybının az kas kütlesi kaybının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu grupta diğerk gruba göre ghrelin hormonu ve açlık hissinde artış olduğu ancak dinlenme metabolizma hızında ise azalma olduğu saptanmıştır (36).

2.1.3.2.4 Aile ve Sosyoekonomik Durum

Çocuklarda beslenme davranışının gelişmesinde; aile yapısı, sosyoekonomik durum ve ebeveyn-çocuk ilişkisi doğrudan etkili olabilmektedir. Anneler babalara göre ilk bakımı verenlerdir. Annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi, yeteri kadar fiziksel aktivite yapmaması, sigara ve alkol tüketiminin yüksek olması çocuklarda obezite riskini arttırabilmektedir. Amerika’da yapılan bir kohort çalışmanın sonucuna göre; annelerin genel olarak sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemeleri (sigara ve alkol yok, yeteri kadar fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme gibi) ile çocukluktan yetişkinliğe kadar obezite görülme sıklığının bağlantılı olabileceğı saptanmıştır (7,27). Bunun dışında aile büyükleriyle beraber yaşayan ailelerde çocukluk çağı obezitesinin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Büyükanne ve büyükbabalar genelde çocukları yemeye ve yiyecek israfını ortadan kaldırmaya mecbur bıraktıkları için çocukluk çağı obezitesinin oluşmasına ve buna bağılı olarak obezite oranının artmasına sebep olabilmektedir (7). Başka bir çalışmada ise aile büyüğü tarafından yetiştirilen çocuklarda obezite riskinin %42 daha yüksek olduğu saptanmıştır (27).

Hamilelik öncesi ya da hamilelik sırasında annenin yeterli ve dengeli beslenmesi çocukluk döneminde obezite riskinin azalmasını sağlayabilmektedir. Ayrıca bu dönemde sigara içmenin obezite riskini arttırdığını belirten çalışmalar da mevcuttur (27).

Çocuklar yetişkinler gibi yaşadıkları çevre ve yedikleri besinleri seçmemektedir. Ebeveyn çocuğun neyi, ne zaman ve ne kadar yiyeceğini planlayarak çocuklarının beslenme davranışlarını dizayn etmek için bazı beslenme uygulamalarının çocuğa entegre edilmesini sağlayabilmektedir. Tepkili ve tepkisiz olmak üzere iki tür beslenme uygulaması vardır. Zorlayıcı kontrol olarak da bilinen tepkisiz beslenme uygulaması; baskı uygulamak, yemeğı kısıtlamak ve yemeğı ödöl olarak kullanmayı ifade eder. Bu beslenme şekli çocukluk çağında obezite görülme olasılığının artmasına sebep

olabilmektedir. 17.431 ebeveyn ve çocuk üzerinde yapılan 51 çalışmanın sonucuna göre tepkisiz beslenme uygulamalarının yaygınlığı arttıkça obezite riskinin de arttığı saptanmıştır (37). Hollanda’da 5000 çocuk üzerinde yapılan çalışma sonucunda yemek kısıtlanan ve yeme baskısına maruz kalan çocuklarda duygusal olarak aşırı yeme ve yeme duyarlılığının arttığı saptanmıştır (38).

Ebeveynler uzun vadeli yeme davranışının temelini oluşturabilmektedir. 6-11 ve 12-17 yaş aralığındaki iki farklı gruba yapılan klinik çalışmaların sonucunda çocuğun yeme davranışı gelişiminde kilit rolün ebeveyn olduğu saptanmıştır. Sağlıklı beslenmeye uygun besinlerle çocuğa doğru beslenme alışkanlığı ebeveyn katılımıyla kazandırılmalıdır. Bu çalışmanın sonucuna göre ebeveynin çocukluk çağı obezitesi yönetiminde “altın standart” olduğu saptanmıştır. Ayrıca hem biyolojik hem de fizyolojik yollarla çocukluk çağı obezitesinin ebeveynlerden kaynaklandığını kanıtlayan birçok çalışma mevcuttur. Bu yüzden ebeveyn merkezli çalışmalar oldukça önemlidir (8,29).

Ebeveyn eğitimi ve hane halkı geliri obezite riskini etkileyen önemli belirleyiciler arasındadır. Sosyoekonomik olarak düşük gelirli ülkelerde obezite riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (39). Gautam ve ark tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; sosyoekonomik düzeyin yüksek olması ile dengeli bir beslenme şeklinin benimseneceği. Başka bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir ailede büyüyen çocuğun enerji içeriği yüksek ancak besin değeri düşük besinlerle beslendiği ve BKİ değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikolojik olarak ise duygusal ve dışsal davranışlara yönelimlerinin fazla olduğu görülmüştür. Kişisel çalışmaların çoğunlukta olduğu bazı çalışmaların sonucuna göre hane geliri ile çocukluk çağı obezitesi arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (21).

Ebeveynlerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin çocukluk çağı obezitesiyle istatistiksel olarak anlamlı ve ters orantılı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ancak orta ve dar gelirli ailelerde tam tersi bir durum olduğu tespit edilmiştir (13). Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin Akdeniz diyetine uyum düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (41). Finliler üzerinde yapılan prospektif bir çalışma sonucunda hane halkı geliri ve eğitim düzeyi azaldıkça çocukluk çağı obezite riskinin arttığı saptanmıştır (13).

2.1.4 Obezitenin Komplikasyonları

İnsan sağlığını olumsuz etkileyen obezite; kardiyovasküler, gastrointestinal, endokrin ve kas iskelet sistemini bozarak morbidite ve mortalite oranını arttırabilmektedir. 1301 obez bireyde yapılan çalışma sonucunda kronik hastalıkların obez bireylerde görülme sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (42).

2.1.4.1 Kardiyovasküler sistem komplikasyonları

Obezite; endotel hasarına, sistolik ve diastolik kan basıncının artmasına sebep olarak kardiyovasküler hastalıklara sebep olabilir. Obezite durumunda, insülin direnci ile bağlantılı olarak trigliserit ve yüksek dansiteli kolesterol (LDL) düzeyi artabilmektedir. Düşük dansiteli kolesterol (HDL) düzeyi azalabilir ve bu dislipidemiye sebep olabilmektedir. Böylece mortalite oranı yüksek olan ateroskleroz gelişebilmektedir (43). Ayrıca, hücrelerin insüline duyarsızlaşması sonucu oluşan insülin direnci ile tip2 diyabet riski artabilmektedir. İnsülin artışıyla beraber böbreklerden emilen sodyumun artması ile hipertansiyon oluşabilmektedir. Yapılan bir çalışma sonucunda; vücut ağırlığının ideal vücut ağırlığından en az %20 fazla olması sonucunda hipertansiyon görülme riskinin iki kat arttığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada tansiyon hastası olanların kilo vermesinin bir tansiyon ilacı kadar etkili olabileceği kanıtlanmıştır (42). 5-17 yaş aralığındaki obez çocuklar üzerinde yapılan çalışma sonucunda bu çocukların %70'inin kardiyovasküler hastalık riski taşıdığı saptanmıştır (44). Çocuklarda obezite prevalansının artmasıyla 2035 yılına kadar 100.000 yeni koroner kalp hastası olabileceği tahmin edilmektedir (22). Yapılan kapsamlı bir çalışma sonucunda kalp yetmezliğinin obez bireylerde diğer bireylere göre iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca BKİ'de her bir birimlik artışta kalp yetmezliği riskinin % 6 oranında arttığı saptanmıştır (44).

2.1.4.2 Solunum sistemi komplikasyonları

Göğüs kafesi ve diyaframda adipoz dokunun artması sonucu solunum sistemi etkilenebilmektedir. Obezlerde akciğer kapasitesinin azalması sonucu ventilasyon bozukluğu oluşabilmektedir. Solunum kaslarının fonksiyonel bozukluğuna bağlı olarak; adenoid ve tonsillada hacimsel artma, uyku apnesi ve organlara giden oksijen miktarında azalma gibi sağlık problemleri oluşabilmektedir (22). Uyku apnesinin, obez ergenlerde obez olmayan ergenlere göre ortalama 6 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca uyku apnesine sahip kişilerin ise %70'inin obez olduğu saptanmıştır (43). Bazı

çalışmalarda uyku apnesi yaşayan obez çocukların açlık insülin düzeylerinin arttığı ve buna bağlı metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık riskinin arttığı saptanmıştır (45). Genelde çocuklarda daha sık görülen astımın obezlerde daha zahmetli seyrettiği ve bu bireylerde hastaneye yatış oran ve süresinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Obez bireylerde astımın şiddetli geçmesinin asıl sebebinin adipoz dokudan proinflatuvar sitokinlerin salınımından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (22, 46).

2.1.4.3 Gastrointestinal sistem komplikasyonları

Çocukluk çağı obezitesine bağlı olarak nonalkolik karaciğer yağlanması görülebilmektedir. Nonalkolik karaciğer yağlanması tedavi edilemezse siroza dönüşebilmektedir (47). Amerika’da normal kilolu çocuklar ve obez çocuklarda yapılan bir çalışma sonucunda normal kilolularda nonalkolik karaciğer yağlanma oranı %9,6 iken obezlerde bu oranın %38 olduğu görülmüştür. Yani normal kilolulara göre obezlerde karaciğer yağlanması yaklaşık dört kat daha fazla görülebilmektedir (48). Obezite, visceral yağ dokusundan salınan proinflatuvar sitokin salınımını arttırarak gastrointestinal sistem organlarında kronik inflamasyona sebep olabilmektedir. Bu bağlamda mide, kolon, pankreas ve yemek borusunda kansere sebep olabilmektedir (47).

2.1.4.4 Endokrin sistem komplikasyonları

Kan glikoz seviyesinin yüksekliği, kan basıncı yüksekliği, kandaki trigliserit yüksekliği ve obeziteyle karakterize olan metabolik sendrom küresel çapta yetişkin ve yaşı bireylerin %30’unda görülebilmektedir. Klinik olarak ciddi bir hastalık olan metabolik sendromlu hastalarda 5-10 yıl içinde tip2 diyabet riskinin 5 kat; kardiyovasküler hastalık riskinin ise 2 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (49).

Türk öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre metabolik sendromun obez bireylerde görülme riskinin zayıf bireylerde görülme riskinden 10 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Hindistan’da 8-18 yaş aralığındaki çocuklarda yapılan çalışmanın sonucuna göre obez bireylerin yaklaşık %31’inde metabolik sendromun geliştiği saptanmıştır(50). Brezilya’da 354 aşırı kilolu ve obez çocuk üzerinde yapılan çalışmada ise erkeklerde karın bölgesinde yağlanma oranının kadınlardan daha fazla olduğu ve kadınlara göre erkeklerin metabolik sendrom geliştirme riskinin %70 daha fazla olduğu saptanmıştır (51).

Yağ dokusunun hacimsel olarak genişlemesi sonucu proinflatuar sitokin salınımı artar ve amiloid birikimiyle oksidatif stres artabilmektedir. Bu insülin sekresyonunda önemli rol alan pankreasın langerhands adacıklarında bulunan beta hücrelerde harabiyete sebep olabilmektedir. Beta hücre apoptozu ise glukolipotoksisiteye sebep olarak hücreleri insüline duyarsız hale getirerek kan glikozunu arttırabilmektedir. Bu birçok çalışmayla kanıtlanmıştır (52).

2.1.4.5 Kas- iskelet sistemi komplikasyonları

Obezite birçok sistemi etkilediği gibi kas iskelet sistemini de etkileyerek kişide bel, ayak ve kalça gibi ekstremitelerde ağrılara sebep olabilmektedir. Kilo yönetiminde yapılan müdahalelerin zorlaşmasına ve fiziksel olarak vücut dengesinin bozulması gibi sorunlara da sebep olabilmektedir. Çocuklarda kas-iskelet ağrılarının dolayı fiziksel aktivite azalarak hareketsizlik artabilmektedir. Kemikte mineral yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak çarpma, düşme gibi durumlarda kemik kırılma riskindeki hassasiyet artabilmektedir (53).

Bacakların alt kısmı ve özellikle kaval kemiğinde normal olmayan büyümeye Blount Hastalığı denir. Bu hastalığın çocukluk çağı obezitesi ile ilintili olduğu ve kilo alımı arttıkça deformitenin arttığı saptanmıştır. Obez olan çocuklarda kalçaya binen yükün fazlalaşmasıyla proksimal femur ve epifiz kayması sıklıkla görülebilmektedir (22,54)

Yürüyüşte bozukluk, vücudun pozisyonu ve hareketler hakkında gerekli bilgiyi beyne ileten duyu sistemindeki deformasyon, hareket sırasında ağrı ve eklem iltihabı gibi sorunlar obez bireylerde sık görülen ve yaşam standartını önemli düzeyde düşüren problemlerdir. Obezite alt ekstremiteye binen yükü arttırdığından dolayı genu varum gibi bacak deformitesi oluşabilmektedir. Vücut ağırlığından kaynaklanan daha fazla yük ve kayma ile omurlar arası disklerde dejenerasyon oluşabilmektedir. Obez ve normal vücut ağırlığına sahip iki grubun karşılaştırılması sonucu obezlerde kalça osteoartrit görülme olasılığının yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Obeziteden dolayı oluşan duruş bozukluğunun ilerleyen dönemde eklem yüzeyinin kademeli olarak aşınmasına sebep olabileceği saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar sonucunda obezlerde ayak bileği ve humerusta kırık riskinin yüksek olabileceği saptanmıştır (55).

2.1.4.6 Psikolojik Komplikasyonlar

Özellikle ergenlerin obeziteden dolayı sosyal dışlanmaya maruz kalmaları depresyon, anksiyete, özgüven kaybı ve kendini çevreden soyutlama gibi sorunlar oluşturabilmektedir. Ayrıca düzensiz yeme alışkanlığının ilerlemesine de sebep olabilmektedir. 1420 katılımcıdan oluşan prospektif bir kohort çalışma sonucunda çocukluk ve ergenlik döneminde dışlanan obezlerde anoreksiya ve blumia nervoza gelişme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu bireylerde aşırı yemeyle karakterize olan gizli yeme alışkanlığı oluşabilmektedir (56).

2.1.5 Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisi

Obeziteyle bağlantılı metabolik sendrom, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimini engellemek için çocukluk çağı oldukça önemlidir. Tedavi için öncelik sırasına göre; beslenme, fiziksel aktivite, davranış değişikliği, farmakolojik ya da cerrahi müdahale gerekebilir. Farmakolojik ve cerrahi tedavi; sağlıklı beslenme alışkanlığı, düzenli fiziksel aktivite ve doğru davranış değişikliğine rağmen vücut ağırlığındaki kaybın yetersiz ya da vücut ağırlığında kayıp olmaması durumunda ve çocukta kronik hastalık riski varsa ilaç tedavisi önerilebilmektedir. Cerrahi tedavi ise obez olan ergenlerde kullanılan bir yöntemdir. İlaç tedavisine yanıt vermemiş, BKİ'si 35 kg/m^2 ve obezite sonucu kronik hastalığı olan ergen bireylerde bu yöntem kullanılabilmektedir. Tüm bu sürecin yönetilmesinde; diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, hemşire ve doktorun organize bir şekilde multidisiplinler olarak çalışması gerekebilmektedir(22,57,58,59).

2.1.5.1 Beslenme Tedavisi

Çocukluk dönemi, çocuğun artık aileden koptuğu ve ailenin denetiminden uzaklaştığı bir dönemdir. Bu yüzden sağlıklı beslenme alışkanlığının bu dönemde kazandırılması önemlidir. Çocuklarda sağlıklı beslenmede temel ilkeler; kalsiyum, demir ve protein içeriği yüksek olan besinlerin tüketiminin arttırılması, besin çeşitliliğinin sağlanması, yağ-şekerin sınırlandırılması, posa içeriği yüksek besinlerin tüketimi ve vitamin-mineralin yeteri düzeyde alınması gerekebilmektedir. Ancak günümüz şartlarından dolayı çocuklar enerji içeriği yüksek ve besin kalitesi düşük besinleri tüketebilmektedir (4).

Amerikan Pediatri Akademisine (APA) göre; 7 yaş ve üzeri obez çocuklarda obeziteye ek olarak başka kronik hastalık yoksa vücut ağırlığı kaybına gerek olmadığı ancak herhangi bir kronik hastalık varsa vücut ağırlığında kayıp olması gerektiğini önerebilmektedir (60). Vücut ağırlığı kaybında planlanan beslenme tedavisinde çocuğun olması gereken ağırlığa göre hesaplanan toplam enerjinin en az %60'ı kullanılmalıdır. Bu sınırın altına düşülmesi hem büyüme gelişmenin engellenmesine hem de vitamin-mineral kaybına sebep olarak çocuk sağlığının tehlikeye düşmesine sebep olabilmektedir. Bu dönemde yanlış beslenme alışkanlıkları düzeltilmelidir. Öğün sayısı artırılarak dört besin grubuna da yer verilmelidir. Toplam enerjinin %25-35'i öğle-akşam yemeğinde %15-25'i kahvaltıdan geri kalanı ise ara öğünlerden karşılanmalıdır. Posa ve vitamin-mineral içeriği yüksek olan sebze-meyvenin tüketimi artırılmalıdır. Doymuş yağ ve basit karbonhidrat oranı yüksek olan besinlerden uzak durulmalıdır (4).

Şekerli içecekler, nişasta bazlı besinler ve doymuş yağ oranı yüksek olan hazır gıdaların aşırı tüketiminin çocuk ve ergenlerde obeziteye sebep olabileceği bildirmiştir. Bu yüzden şekerle tatlandırılmış yiyecekler, fruktoz oranı yüksek besinler, yağ ve sodyum oranı yüksek olan enerjisi yüksek ve besin değeri düşük olan besinlerden kaçınılmalıdır(61).

Kızarmış besinler, hamburger ve pizza tüketiminin fazla olduğu batı tarzı diyet kalıbının; tam tahıllar, kurubaklagiller, balık, meyve ve sebzelerden zengin akdeniz tarzı diyet kalıbına göre batı tarzı diyet kalıbında obezite riskinin %30 oranında daha fazla görüldüğü saptanmıştır (62)

Pişirme yöntemi olarak kızartma yerine ızgara, haşlama ve buharda pişirme yöntemi kullanılmalıdır. Yağ olarak tereyağ ya da ayçiçek yağı yerine zeytinyağı tercih edilmelidir. Trans yağ içeriği yüksek olan paketli gıdalardan uzak durulmalıdır (63)

Amerika'da hazırlanan bir rapora göre; Amerikalılar çok fazla enerji alıyor ancak bu enerjiyi yeteri kadar harcamadığı tespit edilmiştir. Bunun için yağ oranı düşük kompleks karbonhidrat oranı yüksek olan besinlerin tüketilmesi gerektiğini önermektedir. Bunun dışında bu raporda tuz ve şeker tüketiminin azaltılması gerektiği önerilmektedir. Toplam enerjinin %10'unun şekerden gelebileceği ve bunu aşılması gerektiği önerilmektedir (64).

Beslenme tedavisinde kalori kısıtlaması yapılmalıdır. Burada vücut ağırlığındaki kaybın kontrollü bir şekilde olması gerekmektedir. Toplam enerjiden 500-1000 kkal eksiltilerek beslenme tedavisi hazırlanmalıdır. Bu sayede 0,5-1 kg/hafta vücut ağırlığı kaybı sağlanarak 3 ayda %5 ve 6 ayda ise %10'luk ağırlık kaybı hedeflenmelidir. Enerji

kısıtlamasının yanında diyetteki besinlerde oldukça önemlidir. Posa içeriği yüksek kompleks karbonhidratlar, doymuş yağa kıyasla doymamış yağ içeriği yüksek besinler ve kas kaybının engellenmesi için süt, yumurta ve yoğurt gibi besin değeri yüksek protein kaynaklı besinler yeteri kadar tüketilmelidir (65).

Karbonhidrat: Tam tahıl, meyve-sebze, kurubaklagiller gibi kompleks karbonhidratların artırılıp basit şekerler azaltılmalıdır. Toplam enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan karşılanmalıdır. Günlük en az 175 gram karbonhidrat alınmalıdır. Diyet yağı azaltılırsa karbonhidrat miktarı proteine göre daha fazla artırılarak kaybedilen vücut ağırlığı uzun süreli olarak korunması sağlanabilmektedir (4).

Posa: Günlük gereksinim 12-24 gramdır. Midedeki sindirim ve boşalma hızını azalttığı için tokluk hissini uzatır. İnsülin düzeyini düşürür. Ayrıca vücut ağırlığını azaltıcı bazı hormonların salınımını artırabilmektedir (4).

Yağ: Yağda çözünen vitaminin kullanımı ve protein biyosentezinde enerjiye olan katkısından dolayı önemlidir. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki hızlı büyüme için tekli ve çoklu yağ asitlerin diyetle bulunabilirliği elzemdir. Toplam enerjinin %25-30'u yağlardan karşılanmalıdır. Bunların %7-8 tekli doymamış yağ asitlerinden, %10-15'i çoklu doymamış yağ asitlerinden ve %10'dan azı ise doymuş yağ asitlerinden karşılanmalıdır. Kişi diyabet değilse toplam kolesterol 300 mg'den az olmalıdır. Yağ %15-20'nin altında kısıtlanmalıdır (4).

Protein: Tokluk hissi verir ve termik etkisi diğer makrobesin ögelerine göre daha yüksektir. Enerjinin %12-15'i protein kaynaklarından gelmelidir. Bunun %50'si hayvansal kaynaklı olmalıdır. Diğer yarısının %25'i ise sebze-meyve ve kurubaklagillerden karşılanmalıdır (4).

Vitamin-mineral: Zayıflama diyetlerinde enerji azlığından dolayı yetersizlik görülebilir. Ancak çok düşük kalorili olmayanlarda yetersizlik pek görülmemektedir (4).

2.1.5.2 Fiziksel Aktivite

Obezite tedavisinde başarılı olmak için burada amaç fiziksel aktivitenin artırılarak sedanter yaşam biçiminden uzaklaşmaktır. Ebeveyn ile iletişim halinde olarak çocuğa bu yaşam tarzının erken yaşlarda benimsetilmesi gerekebilmektedir (33). Çocuklarda vücut yağ oranının azaltılıp yağsız doku kütlelerinin korunmasında ağır ve orta şiddetteki aktiviteler önerilebilmektedir. Fiziksel aktivite ile bazal metabolizma hızının arttığı iştahın ise azaldığı tespit edilmiştir (66).

APA; çocukların günlük 60 dakika fiziksel aktivite yapması gerektiğini ve fiziksel aktivitenin yaşam biçimi olarak benimsenmesinde ailenin önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Ayrıca televizyon, bilgisayar, tablet gibi teknolojik aletlerin kullanımının günde en fazla 2 saat ile sınırlandırılarak sedanter yaşam tarzının engellenmesi gerektiğini önerebilmektedir (60). Amerika’da 2-17 yaş aralığındaki çocuklarda yapılan çalışmaya göre; COVID-19 pandemisinde BKİ’de ciddi düzeyde artışlar olduğu ve pandemi öncesi duruma göre obezite yaygınlığının iki kat arttığı saptanmıştır. Bunun sebebi karantina ile beraber sağlıklı bir yaşam için yeterli, güvenilir ve besin değeri yüksek besinlere erişimin olmaması yani besin güvenliğinin sektöre uğraması, ekran karşısında geçirilen sürenin artması ve fiziksel aktivite düzeyini azalması olduğu tespit edilmiştir (34).

Küresel çapta okula giden 11-17 yaşındaki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre 2016 yılında çocukların %80’inin fiziksel anlamda yeterince aktif olmadığı ve Hintli ergenlerde ise bu oranı %73,9 olduğu tespit edilmiştir (67).

2.1.5.3 Davranış Tedavisi

Çocukluk çağı obezitesinin tedavisinde ebeveynle koordineli bir şekilde hareket edilmelidir. Tedaviye sadece çocuk dahil edildiğinde vücut ağırlığında kayıp olur ancak bu uzun vadeli değil kısa vadeli bir sonuca sebep olabilmektedir (68). Aile temelli fiziksel aktivite, ebeveyn temelli programlar, aile temelli davranış değiştirme programları ve sadece çocuğun olduğu egzersiz tedavi programları ile obez olan çocuklarda vücut ağırlığı kaybı sağlanabilir (33). Ebeveyn ve ev ortamı çocukluk çağı obezisinde mücadelede; beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, evdeki teknolojik araç gereç kullanımı ve uykunun etkili bir şekilde yönetilmesinde oldukça etkin rol alabilmektedir (68).

Ebeveynler çocuklarda uzun vadeli besleme davranışının temelini oluşturabilmektedir. Bu, ebeveynlerin uzun vadeli sağlık sonuçlarında güçlü etkisi olduğunu gösterebilmektedir. Bir çalışmada ebeveyn sağlıklı beslenmesi ile çocukların sağlıklı beslenme indeksi (HEI) puanları arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (69). Çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasında ebeveynler etkili olduğundan dolayı APA ebeveynlerin eğitilmesi gerektiğini önermektedir (60).

2.1.5.4 İlaç Tedavisi

Fiziksel aktivite ve beslenme tedavisi yeteri kadar sonuç vermez ve çocukta obezite ile beraber bulaşıcı olmayan bir hastalık mevcut ise ilaç tedavisine başvurulabilir. Ancak çocukların büyüme ve gelişme döneminde olduğundan dolayı dikkatli bir şekilde kullanılması gerekebilmektedir. Beslenme ve fiziksel aktivite ile beraber ilaç kullanımının daha etkili sonuçlar verdiği saptanmıştır (22).

12 yaş ve üzeri çocuklarda çocukluk çağı obezesini tedavi etmek için Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmış tek ilaç Orlistattır. Bu ilacın yaşam tarzı değişiklikleri ile kullanıldığında orta düzeyde vücut ağırlığı kaybı sağlayacağı saptanmıştır. Ancak etkinliği ve kullanımı için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (70). Yapılan bir çalışma sonucunda obez çocuklarda kullanılan ilaçların vücut ağırlığında kayıp sağladığı ancak ishal, kusma, bulantı, kalp atım hızında artış ve kan basıncında artış gibi yan etkilere sebep olabileceği saptanmıştır (71).

2.1.5.5 Cerrahi Tedavi

Bariatrik cerrahinin çocuklar yerine yetişkinlerde kullanılması gerektiği önerilmektedir. Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği Pediatri Komitesine göre bir ergene bariatrik cerrahi uygulanabilmesi için tip2 diyabet, orta ya da şiddetli uyku apnesi ya da şiddetli karaciğer yağlanması gibi önemli hastalıkların eşlik etmesi gerekebilmektedir. Bunun dışında BKİ'nin 35 kg/m^2 ya da üzerinde olması gerekir. Ayrıca böyle bir müdahaleye; bariatrik cerrah, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapistin multidisipliner bir şekilde koordineli olarak çalışması gerektiği önerilmektedir. Yapılan araştırmalara göre bariatrik cerrahi sayesinde vücut ağırlığında kaybın olacağı ve eşlik eden kronik hastalıklarda iyileşme olabileceği saptanmıştır (70).

Müdahale sonrasında yaşam tarzında değişiklik yapılmazsa kişinin vücut ağırlığında artış olabileceği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada müdahaleye maruz kalanların yaşam tarzlarını değiştirmemeleri sonucu yaklaşık %15'inde obezitenin tekrar olduğu saptanmıştır (59).

2.1.6 Türkiye ve Dünyada Obeziteyi Önlemeye Yönelik Programlar

Çocukluk Çağı Obezitesini Sonlandırma Komisyonu (ECHO-Commission on Ending Childhood Obesity) sağlıklı besinlerin tüketimi, fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, gebelik öncesi ve sırasında doğru beslenmenin yapılması, çocukluk döneminde beslenme

ve fiziksel aktivitenin nasıl yapılması gerektiğiyle alakalı olarak 2016 yılında çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için rapor hazırlanmıştır (72). Çocukluk çağı obezitesini önlemek için Avrupa Birliği’de 2014-2020 yıllarında eylem planları yayınlamıştır. Ayrıca birçok kronik hastalığın sebebi olan obezite ile mücadelede ülkeler arası işbirliğinin artırılması gerektiği önerilebilmektedir (73).

İskoçya, obeziteyle mücadeleyi siyasi bir sorumluluk olarak benimsemiştir. Bunun için ‘‘Rota Haritası Eylem Planı’’ oluşturulmuştur. Rotaya göre fiziksel aktivitenin artırılması için kentsel altyapı iyileştirilecek, enerji içeriği yüksek, besin değeri düşük olan besinlere caydırıcı olması amacıyla vergilendirme katsayısının artırılması gerektiği planlanmaktadır (74).

Çocuk ve ergenlere yönelik ‘‘Sağlıklı Bir Ağırlıkta Gençler Programını’’ hayata geçiren Hollanda kentsel ve kırsal alanda halk ve yerel yönetimin organize bir şekilde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik ederek çocukların sağlıklı vücut ağırlığına ulaşmalarını amaçlamaktadır (75).

Türkiye’de sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması ve çocukluk çağı obezitesinin engellenmesine yönelik çalışmalar 12. Kalkınma Planında(2023-2028) yer alabilmektedir (76).

2010’da başlatılan ‘‘Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat’’ programı çerçevesinde ‘‘Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı’’ oluşturulmuştur. En son 2019-2023 eylem planı yayımlanmıştır. 2024-2028 eylem planının ise çalışmaları devam etmektedir. Bu eylem planı çerçevesinde örgün ve yaygın eğitim kurumlarıyla koordineli bir şekilde çalışarak obezite ile mücadeleye dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması ve yeteri kadar fiziksel aktivitenin yapılması amaçlanmıştır. Bu sayede sağlıklı nesillerin oluşması sağlanacaktır. Sağlıklı beslenme alışkanlığını kazandırmak amacıyla ilkokul çocukları için ‘‘ Okullarda Kuru Üzüm’’ ve ‘‘Okul Sütü Programı’’ uygulanmıştır. Ayrıca okullarda sağlığın geliştirilmesi ve korunması programı çerçevesinde Demir gibi Türkiye, D Vitamini Eksikliğini Önleme ve Kontrol Programı, Anne Sütünün Teşviki, Bebek dostu Sağlık Kuruluşları Programı ve Tamamlayıcı Beslenme Programları oluşturulmuştur (56).

2.1.7 Obezitenin Saptanması

Adiposit hücre sayısındaki değişim hücre boyutundaki değişimden az olabilmektedir. Adiposit hücrenin hacmi dört katına kadar büyüyebilmektedir. Çocukluk çağı obezesinin saptanmasında geçerli, güvenilir, basit ve uygulanabilir yöntemler kullanılmalıdır (65).

2.1.7.1 Vücut Yağının Belirlenmesi

2.1.7.1.1 Doğrudan Ölçülmesi

- Toplam vücut potasyumunun ölçülmesi(K^{40})
- İzotop dilüsyonu ile toplam vücut suyunun belirlenmesi
- Vücut dansitesinin su altı ölçümü ile belirlenmesi
- Biyoelektriksel empedans(BIA)
- Yağda eriyen gaz yöntemi
- Nötron aktivasyonu
- Ultrason, tomografi, magnetik rezonans ile oluşum yöntemleri kullanılarak vücut yağı doğrudan belirlenebilir (4).

2.1.7.1.2 Dolaylı Olarak Ölçülmesi

Antropometrik ölçümler kullanılarak çocuk ve ergenlerin hem beslenme durumu değerlendirilebilir hem de büyüme gelişmeleri takip edilebilir. Bu takibin güvenilir olması oldukça önemlidir. Obeziteyi tanımlamak için boy uzunluğu, vücut ağırlığı, deri kıvrım kalınlığı gibi ölçümler ve bel çevresi, boyun çevresi gibi çevre ölçümleri kullanılabilir. Bunun için WHO tarafından belirlenen referans ve standart değerler kullanılmalıdır (65).

Dünyadaki önemli kuruluşlar tarafından önerilen WHO-MGRS (WHO-2006 ve WHO-2007) günümüzde 110'dan fazla ülkede kullanılabilmektedir. WHO, 0-5 yaş grubu için WHO-2006 standart değerleri; 5-19 yaş grubu için ise WHO-2007 referans değerlerini yayınlamıştır. Yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının değerlendirilmesinde bu değerler kullanılarak çocuğun büyüme ve gelişmesi büyüme eğriler ile takip edilebilmektedir. Bireysel değerlendirmede persentil değerlerinin, toplum bazlı çalışmalarda ise Z skorunun kullanılması gerektiği belirtilebilmektedir. Obezitenin saptanmasında yaşa göre vücut ağırlığı ve yaşa göre BKİ

kullanılmaktadır. Persentil olarak; ≥ 85 ve > 95 persentil ise hafif kilolu olarak değerlendirme yapılabilir. Ancak ≥ 95 persentil ise obez olarak sınıflandırılabilir. Z skor olarak ise $\geq +2$ SD ise kişi obez olarak değerlendirilebilir (77,78).

Deri kıvrım kalınlığı: Çocuklarda yaş ve cinsiyete göre triseps deri kıvrım kalınlığı kullanılarak vücut yağ oranı belirlenebilmektedir. WHO persentil değerleri kullanılarak sınıflama yapılabilir. Persentil değeri 97 ve üzeri olan çocuklara obezite tanısı konulabilir. Omuzdaki akromion ve dirsekteki olekrenon arası orta nokta işaretlenerek kaliper yardımıyla triseps deri kıvrım kalınlığı ölçülebilmektedir (4, 65).

Üst orta kol yağ alanı: 1-17 yaş grubu çocuklar için referans değerler vardır. Üst orta kol çevresi ve triseps deri kıvrım kalınlığı kullanılarak üst orta kol yağ alanı hesaplanabilir (65).

Bel çevresi: Çocuk ve yetişkinlerde abdominal yağlanma için önemli bir ölçüttür. Bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde tanımlayıcı olarak kullanılan bel çevresi; en alt kaburga kemiği ile kalçadaki iliyak kemiği arasının mezurayla ölçülmesi sonucu bulunabilir. Adolesan ve 8 yaşından büyük çocuklar için Ulusal Kolesterol Eğitim Programının (NCEP) belirlediği katot noktalar kullanılarak bel çevresi hakkında yorum yapılabilir (79).

Bel/kalça oranı: Android yağlanma ve kronik hastalığın tanımlanmasında kullanılabilir. Kardiyovasküler ve metabolik hastalıkların riski hakkında değerlendirme yapılmasını sağlayan bel/kalça oranı jinoid yağlanma hakkında da bilgi verebilir (65).

Bel çevresi/boy uzunluğu oranı: Kronik hastalık riski taşıyan bireylerde bel çevresiyle beraber bel çevresi/boy uzunluğu oranında kullanımı önerilebilir. Bel çevresi/boy uzunluğu oranının BKİ'ye göre daha hassas ve daha pratik olduğu saptanmıştır. Ashwell ve arkadaşları tarafından geliştirilip tüm yaş grupları için kullanılabilen katot noktalar belirlenmiştir. Burada “dikkat”, “eylem düşün”, “uygun” ve “eyleme geç” gibi sınıflamalar yer alabilir. Bu sınıflamaya göre; bel çevresi/boy uzunluğu oranının 0,5 ve üzeri olması çocuklar için eyleme geçilmesi uyarısını verebilir (80).

2.1.8 Çocukların Beslenme Davranışında Ailenin Rolü

Her birey besin tüketimini kontrol etme konusunda doğuştan gelen bir yeteneğe sahiptir. Ancak çevrenin etkisi ile bu yeme davranışı değişebilir. Ebeveyn beslenme

davranışı bunu etkileyen birincil faktör olabilmektedir (41). Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasında aile kritik öneme sahiptir. Ebeveyn sağlıklı beslenme davranışının çocuğa kazandırarak toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunabilir (81).

Anne; öğününün ne zaman tüketileceğini, ortamını ve öğündeki besinlerin neler olacağını planlayabilmektedir. Bu yüzden anne ev ortamında besin bulunabilirliğini belirlediğinden dolayı çocuk beslenmesinde doğrudan etkili olabilmektedir. Bir çalışmanın sonucuna göre Akdeniz diyetine uyan ve eğitim seviyesi yüksek olan ailelerin çocuklarının bu durumdan etkilendiği ve bu çocuklarda obezite riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır (41). Başka bir çalışmada ailenin genetik ve davranışsal faktörlerinden dolayı BKİ'si yüksek olan anne ve babaların çocuklarının obez ve fazla kilolu olma olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır (82).

İngiltere'de 2-8 yaş aralığındaki çocuklarda yapılan çalışmaya göre; çocukların büyükanne ve büyükbaba tarafından bakılması süreleri ile sağlıklı beslenme davranışının gelişimi arasında doğru bir orantının olduğu saptanmıştır (83).

Latin babalar üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna göre, babanın sağlıklı beslenme davranışıyla çocuklarda meyve sebze tüketiminin arttığı saptanmıştır (34). Avrupa'da sekiz ülkenin dahil edildiği bir çalışma sonucuna göre çocukların beslenme alışkanlığı anneye benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Mesela annenin abur cubur tüketiminin artmasıyla çocuğun o davranışa yöneldiği görülmüştür (9).

Deneyimin şekillenmesi ve eylemlerin yönlendirilmesinde etkin bir role sahip olan duygular anne ve çocuk arasındaki ilişkinin düzenlenmesini sağlayabilmektedir. Anne, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamazsa çocuğun beslenme davranışı etkilenebilmektedir. Çocuk duygusal ihtiyaçlarını yemekle karşılayabilir bu da çocukluk çağı obezitesi ve yeme bozukluklarının oluşmasına sebep olabilmektedir. Stres ve kaygı gibi duygular sağlıklı beslenme davranışıyla ilişkilendirilirken olumlu duygular sağlıklı beslenme davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Bazı çalışmalar çocuklarda duygusal yeme, sağlıklı besinlere yönelimin artması ve aşırı yeme davranışının oluşma sebebinin anne ve baba baskısından kaynaklandığını belirtebilmektedir (21).

Çocuğun yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı ve ebeveyn gelenek göreneklerine göre değişen ebeveyn beslenme tarzları; Kontrollü besleme(KB) (sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme), Cesaretlendirici besleme(CB), Yardımcı(enstrümental) besleme(YB) ve Duygusal besleme (DB) şeklindedir (84).

2.1.8.1 Kontrollü Besleme

Beslenme alışkanlığının kazandırılması konusunda katı kurallar içeren kontrollü besleme tarzı çocukların besin seçiminde inisiyatifini sınırlayabilmektedir. Çocuğa yemek yemesi için baskı yapılması aç olmasa bile önüne gelen besini tüketme yeteneği kazandırabilmektedir. Yani kontrollü besleme besin alımını düzenleyememe sorununa sebep olabilmektedir. Yapılan prospektif çalışmalar sonucunda yemek konusunda çocuğa baskı yapılması çocukta huysuzluk ve yemek yeme hızının yavaşlamasına sebep olabilmektedir (85). Bir çalışmanın sonucuna göre erkek çocuğu olan ebeveynlerin daha çok kontrollü besleme tarzını benimsedikleri saptanmıştır. 2-15 yaşlarındaki çocuklar üzerinde yapılan kesitsel çalışma sonucuna göre kontrollü beslemenin çocukların duygusal anlamda aşırı beslenmesine sebep olduğu tespit edilmiştir (15). Sıkı kontrollü besleme (otoriter besleme) ve toleranslı kontrollü besleme (hoşgörülü besleme) olarak ikiye ayrılmaktadır.

Sıkı Kontrollü Besleme: Çocuğun vücut ağırlığını kontrol altına alabilmek için ebeveyn tarafından besinlerin sınırlandırılması olarak tanımlanabilmektedir. Bu beslenme tarzına sahip çocukların besin tüketimi anne tarafından kontrol edildiği için bu çocuklar beslenme alışkanlıklarını düzenleyememektedir. Ayrıca bu sebepten dolayı, ebeveynin müdahalesinin ortadan kalkmasıyla çocuğun kısıtlanan besinleri daha fazla tükettiği saptanmıştır (3).

Toleranslı Kontrollü Besleme: Ebeveyn tarafından çocuğunun tükettiği besinlere sınırlı düzeyde müdahalede bulunmasıdır. Bir çalışmada bu beslenme tarzını benimsemiş ebeveynlerin çocuklarının obez olma olasılıklarının yüksek ve kendi kendine besin alma olasılıklarının düşük olduğu saptanmıştır(86). Ayrıca çok sayıda çalışma toleranslı kontrollü besleme tarzının çocuklara yanlış beslenme alışkanlığı kazandırdığı ve çocukluk çağı obezite riskini arttırdığı saptanmıştır (87).

Çin’de beslenme tarzı ile ilgili yapılan bazı çalışmalar sonucunda; en fazla uygulanan beslenme tarzlarının sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme olduğu saptanmıştır. Annelerin babalara göre daha otoriter olduğu görülmüştür. Büyükanne ve büyükbabaların ise toleranslı kontrollü besleme tarzının benimsedikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, toleranslı kontrollü besleme tarzını benimseyen büyükanne ve büyükbabaların yetistirdiği çocukların BKİ’sinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (84). New York’ta yapılan çalışmanın sonucuna göre, kültür düzeyi yüksek olan annelerin toleranslı kontrollü besleme ve sıkı kontrollü besleme tarzını; kültür düzeyi düşük olan

annelerin ise sıkı kontrollü besleme tarzını benimsedikleri saptanmıştır. Birkaç çalışmada, toleranslı kontrollü besleme tarzına sahip ebeveynlerin çocuklarının sıkı kontrollü besleme tarzına sahip ebeveynlerin çocuklarına göre fazla kilolu ve obez olma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Avustralya’da yapılan çalışmanın sonucuna göre ise sıkı kontrollü besleme ve yardımcı besleme ile çocuklarda vücut ağırlığı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (88,89).

2.1.8.2 Cesaretlendirici Besleme (Teşvik Edici, Yetkili)

Çocuğa bazı besinleri tüketmesi için ebeveyn tarafından öneri ve teşvikte bulunulmasıdır. Çocuğun çeşitli yiyecekleri tatma ve yemek konusunda teşvik edilebilmesidir. Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılmasını sağlayan bu beslenme tarzının obeziteyi önlediği saptanmıştır (90). Destekleyici ve zorlayıcı olmayan cesaretlendirici besleme tarzında amaç; çocukların karar vermelerine fırsat vererek sağlıklı beslenme tarzının oluşturulmasının sağlamaktır. Bu beslenme tarzına sahip çocukların meyve sebze tüketiminin fazla olduğu tespit edilmiştir (15). Yapılan çalışmalara göre ebeveynlerin çocukları sağlıklı besinler yemeye teşvik etmesi ile yemekten alınan zevk arasında pozitif bir ilişkinin olduğu görülmüştür (85).

Teşvik etmek ve kontrol altında tutmak farklı kavramlardır. Bu yüzden elde edilen sonuçlar da farklıdır. Bir çalışmada çocukluk döneminde meyve sebze tüketiminin teşvik edilmesi sonucunda ergenlik döneminde bu alışkanlığın benimsendiği görülmüştür. Ancak fast food, şekerli besinler gibi sağlıksız besinleri tüketmesi için çocuğa baskı yapan ebeveynlerin çocuklarında ergenlik döneminde bu besinlerin tüketiminin arttığı saptanmıştır (81). Yapılan bir çalışmada cesaretlendirici besleme tarzı ile yetiştirilen çocuklarda kola, cips gibi atıştırmalık tüketiminin düşük olduğu saptanmıştır (91).

2.1.8.3 Yardımcı Besleme (Araçsal, enstrümental, yiyeceği ödül olarak kullanma)

Sağlıklı besinlerin çocuğa verilmesi ya da çocuğun yaramazlığını engellemek için çocuğun yiyeceklerle ödüllendirilmesidir. Yani çocuğa yaptırılmak istenen şey karşılığında çocuğa ödül olarak istediği besinin verilmesidir (92). Yiyeceği bir ödül ya da çocuğun duygularını kontrol etmek ve yönlendirmek için kullanmak çocuğun yiyeceği farklı olarak algılamasına sebep olabilmektedir. Bu çocuğun yemek yeme duyarlılığını ve duygusal anlamda aşırı yeme durumunu arttırabilmektedir (85).

Çocuklara sağlıklı besinler yedirebilmek için ebeveynler genelde tatlı besinleri ödül olarak kullanabilmektedir. Bunun sonucunda çocuklarda duygusal anlamda yemek yeme eğiliminin arttığı saptanmıştır. Bu ise çocukluk çağındaki obezite oranının artırılmasını sağlayabilmektedir (11). 5-17 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda, besinin ödül olarak kullanılması ilerleyen dönemlerde çocuklarda duygusal anlamda aşırı yeme davranışını arttırdığı saptanmıştır (15).

Enstrümental besleme tarzının, enerji içeriği yüksek sağlıklı besinlerin tüketimini arttırabileceği saptanmıştır. Başka bir çalışmada enstrümental besleme tarzına sahip obezlerin normal kilolulara göre eti daha fazla tercih ettikleri görülmüştür (15).

2.1.8.4 Duygusal Besleme (Emosyonel)

Çocuğun üzgün ya da huzursuz olduğu zamanlarda yiyeceklerle bu durumun ortadan kaldırılması duygusal besleme olarak tanımlanır yani çocuğun duygularını etkilemek için kullanılan bir beslenme şeklidir (93). Duygusal beslemenin, tatlı ve şekerli içecekler gibi besin değeri olmayan enerjisi yüksek besinler tüketme ile ilişkili olduğu bilinmektedir (84).

Yemek yeme duyarlılığı ve duygusal anlamda aşırı yeme isteği duygusal besleme durumunda artabilmektedir. Yani çocuk aç olmasa bile yemeğe olan ilgisi arttığı için yemek yiyecektir (38). Yapılan çalışmalara göre duygusal besleme özelliği annelerde babalara göre daha baskındır. 8-12 yaşlarında çocuklarda yapılan çalışmanın sonucuna göre duygusal besleme tarzına sahip ebeveynlerin çocukları duygusal anlamda aşırı yeme özelliğine sahip olabilmektedir (15).

Hong Kong'da okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışma sonucunda duygusal besleme tarzıyla yetişen çocukların meyve sebze tüketiminin düşük olduğu saptanmıştır. Güney Asya'da yapılan bir başka çalışmanın sonucuna göre ise kız çocuğu olan ebeveynlerin daha çok duygusal besleme tarzını benimsedikleri görülmüştür. Duygusal besleme tarzının duygusal anlamda yetersizliği arttırdığı ve çocukluk çağı obezitesine sebep olduğu saptanmıştır (15).

Beslenme okuryazarlığı ile duygusal besleme arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Beslenme okuryazarlığı düşük olan ebeveynlerin çocuklarının sağlıklı beslenme davranışı geliştirme ihtimallerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (94).

3 YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Çalışma Ocak-Aralık 2024 tarihleri arasında Gaziantep'in Şehitkamil ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı ilkokul ve ortaokullarında(Empati Ortaokulu, Gürteks Gülşen Özkaya İlkokulu ve Galip Deniz Ortaokulu) yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma 11.6.2024 tarih ve 2024/69 karar sayısıyla Hasan kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (EK 1).

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Gaziantep Şehitkamil ilçesine bağlı Empati Ortaokulu, Gürteks Gülşen Özkaya İlkokulu ve Galip Deniz Ortaokuluna giden 7-12 yaş aralığındaki çocuklar ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Uygulanacak anket için Milli Eğitim Bakanlığından gerekli izinler alınmıştır.

Hesaplanan minimum örneklem büyüklüğü power(güç) 0.90 ve yanılğı düzeyi $p<0.05$ alındığında hesaplama sonucunda ebeveynlerden 89 çocuklardan 89 olmak üzere toplam örneklem de kullanılacak kişi sayısının en az 178 olduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışma 220 (110 çocuk ve 110 ebeveyn) kişi üzerinde yapılmıştır.

3.4 Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

Galip Deniz Ortaokulu, Gürteks Gülşen Özkaya İlkokulu ve Empati Ortaokuluna giden ve Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalayan 7-12 yaş aralığındaki çocuklar ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir. Yabancı uyruklu çocuklar ve onam formunu imzalamayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir

3.5 Veri Toplama Aracı

Çalışma verileri toplanırken, çalışmaya dahil edilen çocuk ve onun ebeveynine araştırmacı diyetisyen ve danışman öğretim üyesi tarafından literatür taranarak 'Anket Formu' hazırlanmıştır (EK 3), anket formuna ek olarak Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi(EBTA) (EK 3) soruları ve besin tüketim sıklığı anketi uygulanmıştır.

Anket formunda katılımcıların ve ebeveynlerinin, demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümlerine yönelik sorular bulunmaktadır

3.5.1 Antropometrik Ölçümler

Çocuk ve ebeveynlerinin antropometrik ölçümleri araştırmacı diyetisyen tarafından uygun materyal ve yöntemler kullanarak yapılmıştır (65). Vücut ağırlığı ve vücut ölçümünde 100 grama duyarlı, taşınabilir Tanita BC 545N model baskül kullanılmıştır. Ölçüm yapılırken bireylerin ağır olmayan kıyafetler ile yalın ayak şekilde olması sağlanmıştır. Boy uzunluğu ölçülürken Leicester Height Measure tipi stadiometre marka taşınabilir boy uzunluğu ölçme cihazı kullanılmıştır. Boy uzunluğu ölçülürken, bireylerin ayaklarının birleşik olması ve frankfort düzlemde olmaları sağlanmıştır (95).

Bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu kullanılarak BKİ değeri hesaplanmıştır. WHO tarafından önerilen BKİ kesişim değerlerine göre değerlendirme yapılmıştır. Ebeveynleri için WHO'ya göre BKİ değeri $<18,5 \text{ kg/m}^2$ olanlar zayıf, $\geq 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ olanlar normal ağırlıklı, $25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$ olanlar hafif şişman ve $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ olanlar obez olarak değerlendirilmiştir (65).

Çocuklar için ise boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg), BKİ Z-skor değerlendirilmesi yapılmıştır. Çocuklardan BKİ-Z skorları WHO 2007 Büyüme Referans Değerleri'ne göre değerlendirilmiştir. Z-skor değerleri WHO Anthro Plus (5-19 yaş) kullanılarak hesaplanmıştır (77).

Tablo 3. 1 Boy uzunluğu ve BKİ Z Skor Değerlerinin Sınıflandırılması (77)

Z skor	Yaşa göre boy uzunluğu	BKİ
$<-2SD$	Bodur	Çok zayıf
$>-2SD- <-1SD$	Kısa	Zayıf
$>1SD - <+1SD$	Normal	Normal
$>+1SD- <+2SD$	Uzun	Fazla kilolu
$>+2SD$	Çok uzun	Obez

3.5.2 Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi

Wardle ve arkadaşlarının (2002) yılında ebeveynlerin beslenme tarzını saptamak amacıyla geliştirdiği bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması Özçetin ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek 27 sorudan oluşan 5'li likert tipte bir ankettir. Her soru için Asla (1 puan), nadiren (2 puan), arada bir (3 puan), sıklıkla (4 puan) ve her zaman (5 puan) olarak değerlendirilmektedir (3,96).

Ölçek değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmamaktadır. Ölçeğin 5 ayrı alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; duygusal besleme, yardımcı (enstrümental) besleme,

cesaretlendirici besleme, sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme olarak sıralanmaktadır. Toleranslı kontrollü beslenme boyutu orijinal ölçekte bulunmamakta olup bu alt boyut Özçetin ve arkadaşları tarafından eklenmiştir. Ölçeğin alt boyut soru yerleri ve Cronbach alfa değerleri Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3. 2 Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi alt boyut soru yerleri ve Cronbach alfa değerleri

	Duygusal Beslenme	Yardımcı Beslenme	Cesaretlendirici Beslenme	Sıkı Kontrollü Beslenme	Toleranslı Kontrollü Beslenme
Alt boyut soruları	2, 13, 15, 21, 25	7, 9, 18, 20	3, 4, 6, 8, 10, 12	5, 17, 20, 26	1, 11, 14, 16, 23
Cronbach alfa değerleri	0,83	0,64	0,74	0,69	0,54

3.6 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcılara yöneltilen anket ve ölçek sorularına verilen yanıtlar analizi yapılmak üzere Statistical Package for the Social Sciences 23 (IBM SPSS Statistics), programına kaydedilmiştir. Çalışmanın nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnov testiyle değerlendirilmiştir. Normal dağılan veriler için parametrik testler, normal dağılmayan veriler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Nicel veriler için tanımlayıcı istatistikler olarak standart sapma (ss), ortalama (x), ortanca, en küçük ve en büyük değerleri hesaplanmıştır. Nitel verilerde frekanslar, tanımlayıcı istatistikler ve yüzdelikler hesaplanmıştır. İki bağımsız grup karşılaştırmasında normal dağılmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ile, normal dağılmayan en az üç grupta karşılaştırılmasına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığı Ki Kare analizi ile test edilmiştir. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir (97).

4 BULGULAR

Bu çalışma, ailenin çocukluk çağı obezitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmış yaşları 7-12 arasında olan 110 çocuk ve çocukların ebeveyniyle (n:110) yürütülmüştür.

4.1 Çocukların ve Ebeveynlerinin Genel Bilgileri

Tablo 4.1’de çocukların demografik özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların %51,8’i kız, %48,2’si erkektir. En fazla oranla (%24,6) katılım sağlayan 12 yaş grubundaki çocuklar olurken katılımın en az olduğu (%3,6) yaş grubunun 7 yaş olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan tüm çocukların yaş ortalamasının $10,2 \pm 1,5$ yıl olduğu saptanmıştır.

İlkokul ve ortaokul düzeyinde öğrenim gören çocukların oranlarının sırasıyla %60 ve %40 olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin %99,1’inin aile ile %0,9’unun ise akraba ile yaşadığı saptanmıştır. Dört ve üzeri çocuğu olan ailelerin oranının %35,5 olduğu, üç çocuklu ailelerin oranının ise %38,2 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 1 Çocukların demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kız	57	51,8
Erkek	53	48,2
Yaş (yıl)		
7	4	3,6
8	11	10,0
9	21	19,1
10	26	23,6
11	21	19,1
12	27	24,6
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)		10,2 $\pm$ 1,44
Eğitim düzeyi		
İlkokul	66	60,0
Ortaokul	44	40,0
Yaşanılan kişiler		
Aile	109	99,1
Akraba	1	0,9
Ailedeki çocuk sayısı		
1	7	6,4
2	22	20,0
3	42	38,2
4 ve üzeri	39	35,5

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynlerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Bu tabloya göre anne ve babaların yaş ortalamasının sırasıyla $37,4 \pm 6,3$ yıl ve $40,9 \pm 6,7$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Annelerin %32,7’sinin, babaların ise %29,1’inin ilkokul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır. Lise ve üzeri düzeyde eğitimi olan anne ve babaların oranının ise sırasıyla %39,9 ve %40,9 olduğu ve okuryazar olmayan annelerin oranı %6,4 iken babalarda bu oranın %2,7 olduğu belirlenmiştir.

Ev hanımı olan annelerin oranının %70,0 olduğu aktif iş yaşamı bulunan annelerin (serbest meslek, memur, işçi) oranının %30 olduğu belirlenmiştir. Babaların meslekleri incelendiğinde %5,5 oranında babanın emekli olduğu işçi, serbest meslek ve memur olanların oranının ise sırasıyla; %55,5, %25,5 ve %13,5 olduğu saptanmıştır.

Ailenin gelir durumu incelendiğinde çoğunluğunun (%52,8) gelirinin gidere denk olduğu ve %33,6’sının gelirinin giderden az olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Çocukların ebeveynlerinin demografik özellikleri

	n	%
Anne yaş (yıl)		
19-29	8	7,3
30-39	63	57,3
40 ve üzeri	39	35,5
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)	37,42±6,24	
Anne eğitim durumu		
Okuryazar değil	7	6,4
Okuryazar	6	5,5
İlkokul	36	32,7
Ortaokul	17	15,5
Lise	19	17,2
Üniversite	17	15,5
Lisansüstü	8	7,2
Anne meslek		
Ev hanımı	77	70,0
Serbest meslek	7	6,4
Memur	9	8,1
İşçi	17	15,5
Baba yaş (yıl)		
30-39	49	44,5
40-49	48	43,6
50 ve üzeri	13	11,8
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)	40,9±6,74	
Baba eğitim durumu		
Okuryazar değil	3	2,7
Okuryazar	6	5,5
İlkokul	32	29,1
Ortaokul	24	21,8
Lise	25	22,7
Üniversite	17	15,5
Lisansüstü	3	2,7
Baba meslek		
Serbest meslek	28	25,5
Memur	15	13,5
Emekli	6	5,5
İşçi	61	55,5
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	15	13,6
Gelir gidere denk	58	52,8
Gelir giderden az	37	33,6

Çocukların ve ebeveynlerinin hastalık durumlarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre çocukların %12,7'sinin hekim tarafından tanısı konulmuş kronik bir rahatsızlığının olduğu belirlenmiştir. Hastalığı olan çocukların %7,1'inin hastalıkla ilgili diyet yaptığı, hastalığı olan %92,9 oranında çocuğun ise hastalıkla ilgili herhangi bir diyet planı uygulamadığı belirlenmiştir.

Kronik bir hastalığı olan anne ve babaların oranlarının eşit ve %20 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Çocukların ve ebeveynlerinin hastalık durumları

	n	%
Hastalık durumu		
Hastalığı var	14	12,7
Hastalığı yok	96	87,3
Hastalıkla ilgili diyet yapma durumu		
Yapıyor	1	7,1
Yapmıyor	13	92,9
Anne hastalık durumu		
Hastalığı var	22	20,0
Hastalığı yok	88	80,0
Baba hastalık durumu		
Hastalığı var	22	20,0
Hastalığı yok	88	80,0

Çocukların anne sütü öykülerine dair bilgiler Tablo 4.4'te verilmiştir. Bu tabloya göre çocukların %90,0'ının anne sütü aldığı belirlenmiştir.

Anne sütü alan çocukların %59,6'sının toplam anne sütü alma süresinin 24 aydan az olduğu saptanmıştır. Tüm çocukların toplam anne sütü alma süresinin ortalama $16,6 \pm 9,0$ ay olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Çocukların anne sütü öyküleri

	n	%
Anne sütü alma durumu		
Aldı	99	90,0
Almadı	11	10,0
Toplam anne sütü alma süresi		
<24 ay	59	59,6
≥24 ay	40	40,4
$\bar{x} \pm SS$ (ay)		16,6±9,03
Anne sütü almama nedeni		
Sağlık durumu	11	100

4.2 Çocukların ve Annelerinin Beslenme Alışkanlıkları

Çocukların ve annelerinin öğün alışkanlıklarının dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir. Çocuk ve anne gruplarının her ikisinde de en fazla yapılan ana öğün sayısının 2 olduğu belirlenmiştir. Tek öğün yapan çocukların oranı %0,9 iken annelerin oranı %8,2 olarak belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Ana öğün atlayan çocukların oranının %52,7, annelerin oranının ise %61,8 olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Öğün atlayan çocukların %44,8'i iştahsızlık, %24,1'i ağırlık

kaybı hedefiyle, %19,0'u vakit sıkıntısı nedeniyle öğün atladıklarını belirtirken annelerin öğün atlama nedenleri çoktan aza doğru alışkanlık olmaması (%38,2), ağırlık kaybı hedefi (%25,0), vakit sıkıntısı (%14,7) ve iştahsızlık (%14,7) olarak sıralanmıştır ($p<0,05$).

Çocukların %77,3'ü, annelerin %48,2'si günlük olarak ara öğün yaptıklarını, ara öğün yapan çocuklarında %67,2'sinin öğle, %43,1'inin kuşluk ve %36,2'sinin akşam yemeği sonrası ara öğünü yaptığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Çocukların ve annelerinin öğün alışkanlıkları

	Çocuk		Anne		p
	n	%	n	%	
Ana öğün sayısı					
1	1	0,9	9	8,2	0,024*
2	57	51,8	59	53,6	
3	52	47,3	42	38,2	
Ana öğün atlama durumu					
Evet	58	52,7	68	61,8	0,110
Hayır	52	47,3	42	38,2	
Öğün atlama nedeni					
Alışkanlığı yok	6	10,3	26	38,2	0,000*
Vakit sıkıntısı	11	19,0	10	14,7	
Ağırlık kaybı hedefi	14	24,1	17	25,0	
İştahsızlık	26	44,8	10	14,7	
Mali yetersizlik	1	1,7	5	7,4	
Ara öğün yapma durumu					
Yapıyor	85	77,3	53	48,2	0,000*
Yapmıyor	25	22,7	57	51,8	
Yapılan ara öğün					
Kuşluk	25	43,1	5	9,4	0,000*
Öğle	39	67,2	43	81,2	
Akşam yemeği sonrası	21	36,2	5	9,4	

Ki Kare testi, * $p<0,05$

Çocukların ve annelerinin öğün içeriklerinin dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Bu tabloya göre çocukların %54,5'i annelerin %14,5'inin gece yeme alışkanlığı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gece yeme alışkanlığı olan çocukların %35,0'i meyve, %31,7'si süt yoğurt ve %28,3'ü abur cubur yediğini belirtmiştir. Bu alışkanlığa sahip annelerin %37,4'ü süt, yoğurt %31,3'ü meyve ve %31,3'ü abur cubur yediğini belirtmiştir.

Sabah öğününde çocukların en çok tükettiği besin %45,1 oranla et, yumurta ve kurubaklagil grubu besinler iken annelerde en çok tüketilen besin %43,5 oranla süt, yoğurt grubu besinler olarak belirlenmiştir. Öğle ve akşam öğünlerinde hem çocuk hem annenin en fazla oranla tercih ettiği besin grubunun et, yumurta ve kurubaklagil grubu besinler olduğu belirlenmiştir. Öğle ve akşam öğün içeriklerinin dağılımının anne ve çocukta istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çocukların %98,2'sinin yemek yediği yerin ev olduğu belirlenmiştir. Çocukların en çok tercih ettiği içecekler; meyve suyu (%34,5) ve çay (%26,4) iken annelerde en çok tercih edilen içeceğin çay (%70,9) ve kahve (%19,1) olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Çocukların %50,0'sinin, annelerin %51,8'inin su tüketiminin günlük 7-8 bardak olduğu belirlenmiştir. Günlük su tüketimi 1-2 bardak olan çocuk ve annelerin oranının sırasıyla %10,0 ve %6,4 olduğu saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.6. Çocukların ve annelerinin öğün içerikleri

	Çocuk		Anne		p
	n	%	n	%	
Gece yeme durumu					
Evet	60	54,5	16	14,5	0,000*
Hayır	50	45,5	94	85,5	
Sabah öğünü içeriği					
Süt, yoğurt	26	25,5	41	43,5	0,796
Et, yumurta, kurubaklagil	46	45,1	26	27,7	
Ekmek, tahıl	24	23,5	26	27,7	
Meyve ve sebze	6	5,9	1	1,1	
Öğle öğünü içeriği					
Süt, yoğurt	10	12,0	6	10,0	0,007*
Et, yumurta, kurubaklagil	29	34,9	24	40,0	
Ekmek, tahıl	16	19,3	22	36,7	
Meyve ve sebze	28	33,7	8	13,3	
Akşam öğünü içeriği					
Süt, yoğurt	8	7,8	4	3,7	0,018*
Et, yumurta, kurubaklagil	57	55,9	65	60,7	
Ekmek, tahıl	29	28,4	25	23,4	
Meyve ve sebze	8	7,8	13	12,2	
Gece öğünü içeriği					
Süt, yoğurt	19	31,7	6	37,4	0,358
Abur cubur	17	28,3	5	31,3	
Meyve	21	35,0	5	31,3	
Kuruyemiş	3	5,0	-	-	
Yemek yenilen yer					
Kantin, Restoran	2	1,8			-
Ev	108	98,2			
Tercih edilen içecekler					
Süt, yoğurt, kefir	16	14,5	2	1,8	0,000*
Meyve suyu	38	34,5	4	3,6	
Kola	22	20,0	5	4,5	
Kahve	5	4,5	21	19,1	
Çay	29	26,4	78	70,9	
Su tüketimi (SB)					
1-2	11	10,0	7	6,4	0,798
3-4	22	20,0	24	21,8	
5-6	22	20,0	22	20,0	
7-8	55	50,0	57	51,8	

Ki Kare testi, *p<0,05

Tablo 4.7’de çocukların ve annelerinin beslenme alışkanlıklarının dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre çocukların %63,6’sının, annelerin %53,6’sının stres, korku ve heyecan gibi psikolojik durumlara göre, çocukların %5,5’inin, annelerin %0,9’unun akran baskısının olduğu durumlara göre beslenmenin değiştiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çocukların %30,9’u, annelerin ise %10’unun meyveyi meyve suyu olarak tükettiği saptanmıştır ($p<0,05$). Televizyon/tablet/telefon başında besin tüketen çocuk ve annelerin oranının sırasıyla; %80,9 ve %56,4 olarak belirlenmiştir. Çocukların televizyon/tablet/telefon başında sıklıkla tükettiği besinler sırasıyla; cips (%23,6), çekirdek (%22,5) ve kola, meyve suyu (%21,3) olarak belirlenmiştir. Annelerin televizyon/tablet/telefon başında sıklıkla tükettiği besinler ise çay, kahve (%58,1), patlamış mısır (%16,1) ve kola, meyve suyu (%14,5) olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Etiket inceleyen çocuk ve annelerin oranının sırasıyla %67,3 ve %99,1 olarak belirlenmiştir. Etiket okuma alışkanlığı olan çocukların %68,9’unun, annelerin ise %76,1’inin etikette ürünün sağlıklı olmasına önem verdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Çocukların ve annelerinin beslenme alışkanlıkları

	Çocuk		Anne		p
	n	%	n	%	
Beslenmenin duyguya göre değişimi					
Stres, korku ve heyecan gibi psikolojik durumlar	70	63,6	59	53,6	0,000*
Akran baskısının olduğu durumlarda	6	5,5	1	0,9	
Aile baskısının olduğu durumlar	12	10,9	1	0,9	
Kilo alıp verme durumuna göre	22	20,0	49	44,5	
Meyveyi, meyve suyu olarak tüketme					
Evet	34	30,9	11	10,0	0,000*
Hayır	76	69,1	99	90,0	
TV/tablet/telefon başında besin tüketme durumu					
Evet	89	80,9	62	56,4	0,000*
Hayır	21	19,1	48	43,6	
TV/tablet/telefon başında tüketilen besinler					
Patlamış mısır	16	18,0	10	16,1	0,000*
Kola, meyve suyu	19	21,3	9	14,5	
Çay, kahve	10	11,2	36	58,1	
Kek, bisküvi	3	3,4	2	3,2	
Çekirdek	20	22,5	5	8,1	
Cips	21	23,6	-	-	
Etiket inceleme durumu					
Evet	74	67,3	109	99,1	0,000*
Hayır	36	32,7	1	0,9	
Etikette önemli durum					
Sağlıklı olması	51	68,9	83	76,1	0,018*
Porsiyon miktarı	3	4,1	10	9,2	
Tadı	15	20,3	16	14,7	
Görünüş	5	6,8	-	-	
Ki Kare testi					

Tablo 4.8’de çocukların ve annelerinin besin desteği kullanma durumlarına ilişkin bazı bilgiler verilmiştir. Bu tabloya göre çocukların %41,8’i, annelerin ise %24,5’inin besin desteği kullandığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Besin desteği kullanan çocukların en çok kullandığı ürünler D vitamini (%37,0), balık yağı (%26,1) ve demir (%17,4) iken besin desteği kullanan annelerin en sık kullandığı ürünler; demir (%44,4), D vitamini (%29,7) ve B₁₂ vitamini (%18,5) olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Çocukların ve annelerinin besin desteği kullanma durumları

	Çocuk		Anne		p
	n	%	n	%	
Besin desteği kullanma durumu					
Evet	46	41,8	27	24,5	0,010*
Hayır	64	58,2	83	75,5	
Kullanılan destek ürünleri					
B ₁₂ vitamini	1	2,2	5	18,5	0,001*
Balık yağı	12	26,1	1	3,7	
Çinko	1	2,2	-	-	
D vitamini	17	37,0	8	29,7	
Demir	8	17,4	12	44,4	
Multivitamin	7	15,1	1	3,7	
Ki Kare testi					

4.3 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Tablo 4.9. Çocukların Mevcut Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama ($\bar{X}$) ve Standart Sapma (S) Değerleri

Antropometrik değerler	Kız	Erkek	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Boy uzunluğu (cm)			
7 yaş	124,8 $\pm$ 4,35	-	
8 yaş	125,2 $\pm$ 5,49	130,2 $\pm$ 5,63	
9 yaş	133,7 $\pm$ 7,47	136,3 $\pm$ 3,98	
10 yaş	136,5 $\pm$ 7,11	134,1 $\pm$ 8,04	
11 yaş	142,4 $\pm$ 8,52	140,5 $\pm$ 5,48	
12 yaş	153,0 $\pm$ 7,30	147,1 $\pm$ 6,64	
Toplam	137,9 $\pm$ 11,10	139,6 $\pm$ 8,56	
Vücut ağırlığı (kg)			
7 yaş	24,0 $\pm$ 1,41	-	
8 yaş	27,7 $\pm$ 7,55	26,2 $\pm$ 4,66	
9 yaş	29,4 $\pm$ 3,75	30,0 $\pm$ 2,60	
10 yaş	32,3 $\pm$ 4,52	31,7 $\pm$ 4,84	
11 yaş	35,1 $\pm$ 6,28	34,3 $\pm$ 5,50	
12 yaş	44,7 $\pm$ 8,89	42,9 $\pm$ 9,40	
Toplam	33,3 $\pm$ 8,15	35,0 $\pm$ 8,78	
BKİ (kg/m²)			
7 yaş	15,4 $\pm$ 0,43	-	-
8 yaş	17,5 $\pm$ 3,68	15,6 $\pm$ 3,61	0,359
9 yaş	16,4 $\pm$ 1,77	16,2 $\pm$ 1,86	0,597
10 yaş	17,3 $\pm$ 2,25	17,4 $\pm$ 3,62	0,897
11 yaş	18,0 $\pm$ 3,03	17,7 $\pm$ 3,56	0,690
12 yaş	19,1 $\pm$ 3,68	19,9 $\pm$ 3,63	0,440
Toplam	17,5 $\pm$ 2,80	17,9 $\pm$ 3,58	0,706

Mann Whitney U testi

Çocukların mevcut antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (s) değerleri Tablo 4.9’da verilmiştir. Bu tabloya göre çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının boy uzunluğu değeri sırasıyla; 137,9 $\pm$ 11,1 cm ve 139,6 $\pm$ 8,6 cm olarak belirlenmiştir.

Yedi-dokuz yaş grubunda erkek çocuklarının boy uzunluğu ortalaması kız çocuklarına göre daha fazla olarak hesaplanırken on yaş ve sonrasında kız çocuklarının boy uzunluğu ortalamasının erkek çocuklarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının BKİ değerlerinin ortalamasının sırasıyla; 17,5 $\pm$ 2,8 kg/m² ve 17,9 $\pm$ 3,6 kg/m² olduğu belirlenmiştir (p>0,05). Tüm yaş grupları için cinsiyetler arası BKİ farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve erkek çocuklarda yaş arttıkça çocukların BKİ değeri ortalamasının arttığı belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin Z skor aralığına göre dağılımı

	Kız		Erkek		Toplam		p ^K
	n	%	n	%	n	%	
Yaşa göre boy uzunluğu (cm)							
Kısa (<-1SD)	17	29,5	12	22,6	29	26,3	0,587
Normal (≥-1SD - <+1SD)	35	61,4	34	64,2	69	62,7	
Uzun (≥+1SD)	5	8,8	7	13,2	12	11,0	
Yaşa göre BKİ (kg/m ²)							
Zayıf (≥-2SD - <-1SD)	16	28,1	11	20,7	27	24,6	0,286
Normal (≥-1SD - <+1SD)	30	52,6	25	47,2	55	50,0	
Fazla kilolu (≥1SD - <+2SD)	8	14,0	10	18,9	18	16,4	
Obez (≥+2SD)	3	5,3	7	13,2	10	9,0	
Toplam	57	100,0	53	100,0	110	100,0	

K: Ki Kare testi

Tablo 4.10’da çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin Z skor aralığına göre dağılımı verilmiştir. Yaşa göre boy uzunluğu normal aralıkta olan çocukların oranının %62,7 (K: %61,4, E: %64,2) olduğu belirlenmiştir. Boy uzunluğu normalin altında olan kız çocuklarının oranının %29,5, erkek çocukların oranının %22,6 olduğu belirlenmiştir. Normal aralığın üzerinde boy uzunluğuna sahip kız ve erkek çocuklarının oranlarının %8,8 ve %13,2 olduğu saptanmıştır (p>0,05).

Yaşa göre BKİ değeri normal aralıkta olan kız ve erkek çocuklarının oranının sırasıyla %52,6 ve %47,2 olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çocukların %16,4’ünün fazla kilolu %9,0’ının obez olduğu saptanmıştır. BKİ değerinin normal aralığın üzerinde olma oranının kız çocuklarında %19,3; erkek çocuklarında %32,1 olduğu saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.11. Çocukların ebeveynlerinin antropometrik değer sınıflamasının dağılımı

	Anne		Baba		p
	n	%	n	%	
BKİ sınıflaması					
Zayıf (<18,5 kg/m ²)	-	-	-	-	0,133 ^k
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	23	20,9	35	31,8	
Fazla kilolu (24,9-29,9 kg/m ²)	55	50,0	52	47,3	
Obez (30-39,9 kg/m ²)	32	29,1	23	20,9	
BKİ (kg/m²)	27,9±4,87		27,1±4,00		0,191 ^M
Vücut ağırlığı (kg)	74,0±12,94		82,3±13,34		-
Boy uzunluğu (m)	1,63±0,06		1,74±0,75		-

K: Ki Kare testi, M: Mann Whitney U testi, BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.11’de çocukların ebeveynlerinin antropometrik değer sınıflamasının dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre anne ve babaların hiçbirinin BKİ değerine göre zayıf olmadığı belirlenmiştir. BKİ değeri normal aralıkta olan anne ve babaların oranlarının sırasıyla; %20,9 ve %31,8 olduğu belirlenmiştir.

Fazla kilolu ve obez annelerin oranı sırasıyla %50,0 ve %29,1 iken aynı oranlar babalarda sırasıyla %47,3 ve %20,9 olarak belirlenmiştir.

Anne ve babaların BKİ değeri ortalaması sırasıyla $27,9 \pm 4,9 \text{ kg/m}^2$ ve $27,1 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$ olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Anne BKİ değeri ve çocukların yaşa göre BKİ Z skor dağılımının karşılaştırılması

	Anne BKİ						p ^K
	Normal (n:23)		Fazla kilolu (n:55)		Obez (n:32)		
	n	%	n	%	n	%	
Yaşa göre BKİ Z skor							
Zayıf (≥-2SD - <-1SD)	13	56,5	10	18,2	4	12,6	0,002*
Normal (≥-1SD - <+1SD)	7	30,4	29	52,7	19	59,4	
Fazla kilolu (≥1SD)	3	13,0	16	29,1	9	28,1	

K: Ki Kare testi, BKİ: Beden Kütle İndeksi, * $p<0,05$

Tablo 4.12’ye göre normal BKİ değerine sahip annelerin çocuklarında yaşa göre BKİ değerlerinin normalin üzerinde olanların oranının %13,0 olduğu belirlenmiştir. Aynı değer fazla kilolu ve obez olan annelerde ise sırasıyla %29,1 ve %28,1 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Baba BKİ değeri ve çocukların yaşa göre BKİ Z skor dağılımının karşılaştırılması

	Baba BKİ						p ^K
	Normal		Fazla kilolu		Obez		
	(n:35)		(n:52)		(n:23)		
	n	%	n	%	n	%	
Yaşa göre BKİ Z skor							
Zayıf (≥-2SD - <-1SD)	10	28,6	11	21,2	6	26,1	0,462
Normal (≥-1SD - <+1SD)	20	57,1	25	48,1	10	43,5	
Fazla kilolu (≥1SD)	5	14,3	16	30,8	7	30,4	

K: Ki Kare testi, BKİ: Beden Kütle İndeksi

Baba BKİ değeri ve çocukların yaşa göre BKİ Z skor dağılımının karşılaştırılmasının verildiği Tablo 4.13'te yer alan bilgilere göre baba BKİ sınıflamasına göre çocukların yaşa göre BKİ Z skor değeri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.4 Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi

Çocukların demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları Tablo 4.14'te verilmiştir. Kız çocuk annelerinin cesaretlendirici besleme ve sıkı kontrollü besleme alt boyutlarından aldıkları toplam skor ortalaması sırasıyla $24,0 \pm 6,0$ ve $11,3 \pm 3,7$ iken bu değerler erkek çocuk annelerinde sırasıyla $27,3 \pm 6,7$ ve $12,8 \pm 3,3$ olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda erkek çocuk annelerinin cesaretlendirici besleme ve sıkı kontrollü besleme skorlarının kız çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan en yüksek yaş grubu olan 12 yaşındaki çocukların annelerinin duygusal besleme ($9,0 \pm 3,5$) ve yardımcı besleme ($8,4 \pm 2,4$) alt boyutlarından aldıkları skor ortalamasının diğer yaş gruplarında (9, 10 ,11) çocuğu olan annelerin skorlarına göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Ailedeki çocuk sayısı 2 olan annelerin duygusal besleme ve cesaretlendirici besleme skorları sırasıyla $9,9 \pm 4,1$ ve $28,1 \pm 7,8$ olarak belirlenmiştir. Bu skorlar ailedeki çocuk sayısı 4 ve üzeri olan annelerde ise sırasıyla $13,0 \pm 4,6$ ve $22,9 \pm 5,4$ olarak belirlenmiştir. Çocuk sayısı 4 ve üzeri olan annelerin duygusal besleme skorlarının 2 çocuklu annelere göre daha yüksek olduğu cesaretlendirici besleme skorunda ise bu durumun zıttı olarak 2 çocuklu annelerin skorunun 4 ve üzeri sayıda çocuğu olan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.14. Çocukların demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları

		Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi				
	n	DB	CB	YB	SKB	TKB
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet						
Kız	57	12,3±4,17	24,0±5,98	9,0±2,72	11,3±3,72	11,9±3,07
Erkek	53	12,3±5,11	27,3±6,69	9,4±3,47	12,8±3,33	11,8±3,38
p^M		0,807	0,007*	0,676	0,039*	0,809
Yaş (yıl)						
7	4	8,3±1,15	27,5±5,97	7,5±2,89	11,0±4,69	14,0±1,41
8	11	13,0±5,14	23,1±8,69	7,9±3,03	10,8±2,48	11,5±2,98
9	21	13,7±4,13 ^A	24,2±6,02	9,6±3,15 ^A	12,6±3,98	11,9±2,84
10	26	13,3±4,80 ^A	25,0±6,16	9,3±3,38 ^A	12,5±3,24	11,5±3,40
11	21	14,3±3,89 ^A	26,7±4,43	11,0±2,99 ^A	11,1±3,25	12,3±3,24
12	27	9,0±3,54 ^B	27,1±7,51	8,4±2,43 ^B	12,3±4,17	11,7±3,60
p^K		0,000*	0,490	0,039*	0,490	0,665
Eğitim düzeyi						
İlkokul	66	13,1±4,54	25,0±6,43	9,3±3,29	12,3±3,49	11,7±2,94
Ortaokul	44	11,2±4,59	26,5±6,60	9,2±2,83	11,5±3,79	12,0±3,60
p^M		0,053	0,284	0,807	0,251	0,624
Çocuk sayısı						
1	7	10,6±3,60	27,3±5,29	7,9±2,27	12,6±4,69	11,1±2,97
2	22	9,9±4,14 ^B	28,1±7,78 ^A	8,8±2,77	12,6±3,79	11,6±3,70
3	42	12,5±4,56	26,3±6,19	9,8±3,21	12,7±3,46	11,5±2,84
4 ve üzeri	39	13,0±4,60 ^A	22,9±5,40 ^B	9,1±3,28	10,8±3,30	12,5±3,34
p^K		0,007*	0,018*	0,339	0,122	0,428

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis Testi, *p<0,05, A>B: Sütunlar arası istatistiksel anlamlılık, DB: Duygusal Besleme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SK: Sıkı Kontrollü Besleme, TB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Çocukların annelerinin demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları Tablo 4.15'te verilmiştir. Bu tabloya göre yaşı 40 ve üzerinde olan annelerin toleranslı kontrollü besleme skoru ($12,9 \pm 3,4$), yaşı 19-29 ($9,4 \pm 2,6$) ve 30-39 ($11,4 \pm 2,9$) olan annelerin skorlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Okuryazar olmayan annelerin duygusal besleme skorunun lisansüstü düzeyde eğitim alan annelerin duygusal besleme skoruna göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Okuryazar annelerin duygusal beslenme skorlarının eğitim durumu; ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite olan annelerin duygusal beslenme skorlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Okuryazar annelerin toleranslı kontrollü besleme skorunun ($16,0 \pm 1,7$), eğitim düzeyi; ortaokul ($10,9 \pm 2,7$), lise ($11,3 \pm 3,1$) ve üniversite ($11,1 \pm 2,9$) olan annelerin toleranslı kontrollü besleme skoruna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Memur annelerin duygusal besleme skorları $7,1 \pm 2,0$ iken ev hanımı ve serbest meslek sahibi annelerin duygusal besleme skorları sırasıyla $12,9 \pm 4,3$ ve $13,6 \pm 7,0$ olarak

belirlenmiştir. Bu sonuca göre memur annelerin duygusal beslenme skorlarının daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Duygusal besleme, cesaretlendirici besleme, yardımcı besleme, sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme skoru ortalamasının ailenin gelir durumuna göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Çocukların annelerinin demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları

		Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi				
	n	DB	CB	YB	SKB	TKB
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Anne yaş (yıl)						
19-29	8	12,6±2,51	23,0±7,55	8,7±3,82	12,9±4,26	9,4±2,57 ^B
30-39	63	12,8±3,99	25,8±6,54	9,4±3,10	12,3±3,74	11,4±2,93 ^B
40 ve üzeri	39	11,4±5,75	25,8±6,33	9,0±3,04	11,3±3,25	12,9±3,37 ^A
p^K		0,163	0,719	0,853	0,314	0,012*
Anne eğitim durumu						
Okuryazar değil	7	14,7±4,54 ^A	24,6±3,69	9,7±2,81	12,3±3,90	11,3±3,90
Okuryazar	6	19,3±2,42 ^C	24,0±3,95	12,3±2,16	11,7±1,86	16,0±1,67 ^A
İlkokul	36	13,5±3,74 ^D	24,4±6,92	9,4±2,89	11,1±3,47	12,0±2,79
Ortaokul	17	12,1±4,02 ^D	24,6±6,43	9,1±3,84	12,0±3,77	10,9±2,67 ^B
Lise	19	10,2±5,09 ^D	24,9±7,33	8,2±2,77	12,6±3,83	11,3±3,14 ^B
Üniversite	17	11,3±3,63 ^D	28,0±5,90	9,1±3,27	12,9±3,70	11,1±2,87 ^B
Lisansüstü	8	7,4±2,50 ^B	32,0±4,40	8,0±2,38	12,7±4,39	12,1±4,79
p^K		0,000*	0,081	0,124	0,788	0,025*
Anne meslek						
Ev hanımı	77	12,9±4,34 ^A	25,2±6,14	9,5±3,17	11,9±3,68	11,8±1,85
Serbest meslek	7	13,6±6,97 ^A	26,9±6,09	9,0±3,70	12,4±2,07	14,0±3,91
Memur	9	7,1±2,03 ^B	29,1±7,03	8,3±2,32	12,0±4,81	11,4±3,50
İşçi	17	11,8±4,34	25,0±7,88	8,5±2,92	12,2±3,46	11,3±4,07
p^K		0,005*	0,539	0,553	0,902	0,433
Gelir durumu						
Gelir giderden fazla	15	12,1±4,51	27,8±6,97	9,7±2,84	12,4±3,92	12,5±3,39
Gelir gidere denk	58	12,1±4,95	25,5±6,93	9,2±3,07	12,0±3,85	11,7±3,16
Gelir giderden az	37	12,7±4,26	24,9±5,67	9,1±3,30	11,9±3,19	11,9±3,24
p^K		0,795	0,394	0,712	0,903	0,680

K: Kruskal Wallis Testi, * $p<0,05$, A>B, C>D: Sütunlar arası istatistiksel anlamlılık, DB: Duygusal Besleme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SK: Sıkı Kontrollü Besleme, TB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Çocukların ve annelerinin hastalık durumlarına göre EBTA alt boyut skorları Tablo 4.16’da verilmiştir. Duygusal besleme, cesaretlendirici besleme, yardımcı besleme, sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme skoru ortalamasının; çocuğun hastalık, diyet yapma durumu ve annenin hastalık durumunun anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Çocukların ve annelerinin hastalık durumlarına göre EBTA alt boyut skorları

		Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi				
	n	DB	CB	YB	SKB	TKB
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalık durumu						
Hastalığı var	14	13,5±3,28	25,4±4,25	10,5±2,85	12,5±4,13	11,4±3,20
Hastalığı yok	96	12,1±4,79	25,6±6,82	9,0±3,11	11,9±3,54	11,9±3,21
p^M		0,229	0,827	0,138	0,793	0,556
Hastalıkla ilgili diyet yapma durumu						
Yapıyor	1	15,0±0,0	27,0±0,0	6,0±0,0	10,0±0,0	8,0±0,0
Yapmıyor	13	13,4±3,38	25,2±4,40	10,8±2,62	12,7±4,23	11,6±3,18
p^M		0,708	0,802	0,106	0,455	0,259
Anne hastalık durumu						
Hastalığı var	22	12,0±4,86	25,3±6,86	8,6±3,43	10,9±3,40	12,5±3,31
Hastalığı yok	88	12,4±4,60	25,6±6,46	9,4±3,02	12,3±3,63	11,7±3,17
p^M		0,548	0,951	0,353	0,140	0,325

M: Mann Whitney U testi, *p<0,05, Duygusal Beslenme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SK: Sıkı Kontrollü Besleme, TB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Çocukların anne sütü alma öykülerine göre EBTA alt boyut skorları Tablo 4.17’de verilmiştir. Duygusal besleme, cesaretlendirici besleme, sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme skoru ortalamasının çocuğun anne sütü alma durumuna göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Anne sütü alan ve almayan çocukların annelerinin yardımcı besleme skoru ortalaması sırasıyla 9,4 $\pm$ 3,1 ve 7,3 $\pm$ 2,6 olarak belirlenmiştir (p<0,05).

Anne sütü alma süresinin EBTA alt boyut skorları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadağı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.17. Çocukların anne sütü alma öykülerine göre EBTA alt boyut skorları

		Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi				
	n	DB	CB	YB	SKB	TKB
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Anne sütü alma durumu						
Aldı	99	12,2±4,73	25,5±6,67	9,4±3,09	12,1±3,63	11,8±3,34
Almadı	11	13,4±3,64	26,2±4,71	7,3±2,63	10,7±3,26	11,8±1,60
p^M		0,309	0,819	0,039*	0,267	0,992
Toplam anne sütü alma süresi						
<24 ay	59	11,0±4,70	25,3±6,90	9,5±3,12	12,2±3,50	11,9±3,31
≥24 ay	40	12,5±4,76	25,9±6,31	9,3±3,06	12,2±3,87	11,8±3,39
p^M		0,606	0,747	0,837	0,976	0,971

M: Mann Whitney U testi, *p<0,05, Duygusal Besleme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SK: Sıkı Kontrollü Besleme, TB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Tablo 4.18’de çocukların ve annelerin öğün alışkanlıklarına göre EBTA alt boyut skorları verilmiştir. Üç ana öğün yapan çocukların annelerinin duygusal besleme ve sıkı kontrollü besleme skoru sırasıyla 13,3 $\pm$ 4,8 ve 12,9 $\pm$ 3,7 olarak belirlenmiştir. Bu skorlar iki ana öğün yapan çocuklarda ise sırasıyla 11,6 $\pm$ 4,3 ve 11,1 $\pm$ 3,3 olarak belirlenmiştir. Üç ana öğün yapan çocukların annelerinin duygusal besleme ve sıkı kontrollü besleme skorları iki ana öğün yapanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

Ana öğün atlamayan çocukların annelerinin sıkı kontrollü besleme ölçeğinden aldıkları skor ortalaması 12,9 $\pm$ 3,7 olarak, öğün atlayanların skoru 11,2 $\pm$ 3,3 olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu farka göre öğün atlamayan çocukların annelerinin sıkı kontrollü beslenme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Ana öğün atlayan ve atlamayan annelerin yardımcı beslenme skoru ortalaması sırasıyla 8,7 $\pm$ 3,1 ve 10,0 $\pm$ 3,0 olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ara öğün yapan çocukların annelerinin ve ara öğün yapan annelerin duygusal besleme skoru ortalaması, ara öğün yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 4.18. Çocukların ve annelerin öğün alışkanlıklarına göre EBTA alt boyut skorları

		Çocuk					Anne						
		n	DB	CB	YB	SKB	TKB	n	DB	CB	YB	SKB	TKB
			$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Ana öğün sayısı													
1		1	5,0±0,0	36,0±0,0	7,0±0,0	15,0±0,0	16,0±0,0	9	13,9±6,09	25,0±5,63	9,1±2,20	11,4±2,96	13,2±4,12
2		57	11,6±4,31 ^B	26,0±6,23	8,9±3,11	11,1±3,32 ^B	11,7±3,09	59	11,4±4,19	25,4±7,38	8,7±3,20	12,0±3,84	11,6±3,34
3		52	13,3±4,78 ^A	24,9±6,70	9,6±3,09	12,9±3,72 ^A	12,0±3,32	42	13,2±4,71	26,0±5,45	10,0±3,03	12,1±3,47	11,8±2,76
	p ^K		0,049*	0,217	0,339	0,045*	0,376		0,223	0,769	0,119	0,872	0,566
Ana öğün atlama durumu													
Evet		58	11,5±4,36	26,2±6,32	8,8±3,10	11,2±3,33	11,7±3,12	68	11,8±4,52	25,3±7,11	8,7±3,07	11,9±3,72	11,9±3,47
Hayır		52	13,3±4,78	24,9±6,70	9,6±3,09	12,9±3,72	12,0±3,32	42	13,2±4,70	26,0±5,45	10,0±3,03	12,1±3,47	11,8±2,76
	p ^M		0,043*	0,335	0,203	0,030*	0,819		0,152	0,518	0,043*	0,850	0,881
Ara öğün yapma durumu													
Yapıyor		85	12,9±4,33	25,2±6,18	9,4±3,27	12,1±3,63	11,8±3,08	53	13,3±4,98	24,7±6,24	9,3±3,14	12,5±3,39	11,9±3,62
Yapmıyor		25	10,3±5,05	27,1±7,56	8,6±2,41	11,7±3,58	12,0±3,62	57	11,4±4,11	26,5±6,71	9,1±3,09	11,5±3,78	11,8±2,77
	p ^M		0,003*	0,380	0,226	0,823	0,736		0,047*	0,155	0,626	0,180	0,663
Etiket inceleme durumu													
Evet		74	11,8±4,48	25,2±6,74	8,7±2,97	12,1±3,77	11,6±2,99	109	-	-	-	-	-
Hayır		36	13,4±4,82	26,3±6,09	10,3±3,11	11,8±3,31	12,4±3,58	1					
	p ^M		0,128	0,452	0,013*	0,698	0,202						
Besin desteği kullanma durumu													
Evet		46	12,3±4,77	24,2±6,45	9,3±3,02	12,1±3,57	12,0±3,24	27	13,9±5,89	24,3±6,40	9,3±2,86	11,3±3,68	12,3±3,71
Hayır		64	12,3±4,57	26,6±6,40	9,1±3,18	11,9±3,67	11,7±3,19	83	11,8±4,08	26,0±6,53	9,2±3,20	12,2±3,58	11,7±3,03
	p ^M		0,804	0,054	0,744	0,961	0,827		0,122	0,142	0,766	0,108	0,369

M: Mann Whitney U testi, K: Kruskal Wallis Testi, *p<0,05, A>B, C>D: Sütunlar arası istatistiksel anlamlılık, DB: Duygusal Besleme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SKB: Sıkı Kontrollü Besleme, TKB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Tablo 4.19’da çocukların ve annelerin öğün içeriklerine göre EBTA alt boyut skorları verilmiştir. Bu tabloya göre gece öğünü yapan çocukların annelerinin cesaretlendirici besleme skoru $24,3 \pm 6,1$ iken gece öğün yapmayanların $27,1 \pm 6,7$ olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

Gece öğünü yapan annelerin duygusal besleme skoru $15,9 \pm 5,9$ iken gece öğün yapmayan annelerin duygusal besleme skoru $11,8 \pm 4,3$ olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

Duygusal besleme, cesaretlendirici besleme, sıkı kontrollü beslenme ve toleranslı kontrollü besleme skoru ortalamasının çocuğun ve annenin sabah ve öğlen yemeklerinin içeriğine göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Akşam öğününde yumurta, et ve kurubaklagil yiyen annelerin duygusal besleme skorunun; akşam öğününde tahıl, ekmek ve meyve yiyen annelerin duygusal besleme skoruna göre daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.19. Çocukların ve annelerin öğün içeriklerine göre EBTA alt boyut skorları

	n	Çocuk					n	Anne				
		DB	CB	YB	SKB	TKB		DB	CB	YB	SKB	TKB
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Gece yeme durumu												
Evet	60	13,0±4,77	24,3±6,15	9,5±3,05	12,1±3,71	12,1±3,18	16	15,9±5,87	24,8±6,67	8,3±2,38	10,9±3,89	12,4±3,50
Hayır	50	11,4±4,35	27,1±6,68	8,9±3,16	11,9±3,52	11,6±3,25	94	11,8±4,24	25,7±6,51	9,4±3,20	12,2±3,55	11,8±3,16
p^M		0,097	0,013*	0,391	0,804	0,571		0,009*	0,633	0,272	0,159	0,592
Sabah öğünü içeriği												
Süt, yoğurt	26	12,1±4,57	25,5±7,00	8,5±3,23	12,3±3,13	11,3±2,81	41	12,1±4,56	25,4±6,19	10,2±3,30	13,0±3,75	11,8±3,14
Et, yumurta, kb	46	13,3±4,19	26,1±5,84	9,9±3,17	12,7±3,56	12,0±3,53	26	12,0±5,08	26,7±7,42	8,6±2,82	11,0±3,92	11,0±3,24
Ekmek, tahıl	24	11,8±5,10	24,3±6,72	9,4±2,57	11,0±4,06	12,1±2,70	26	12,3±4,15	25,1±5,83	8,0±3,20	11,6±3,09	11,9±2,80
Meyve ve sebze	6	13,5±5,68	22,3±5,47	10,0±3,81	12,0±3,03	12,3±4,28	1	12,0±0,0	25,0±0,0	10,0±0,0	15,0±0,0	14,0±0,0
p^K		0,536	0,430	0,346	0,392	0,766		0,918	0,887	0,052	0,130	0,514
Öğle öğünü içeriği												
Süt, yoğurt	10	14,5±3,21	26,1±6,35	11,4±1,40	12,9±4,08	11,6±3,58	6	13,0±3,95	24,3±7,34	8,8±3,42	10,3±2,50	11,0±2,10
Et, yumurta, kb	29	12,0±4,84	25,8±7,74	8,4±2,71	12,3±3,83	11,7±3,53	24	12,4±4,63	25,8±3,90	9,8±3,18	11,7±2,68	12,7±3,04
Ekmek, tahıl	16	12,7±4,17	24,4±5,26	9,7±3,40	12,3±3,79	11,7±3,26	22	13,0±3,91	25,4±7,65	10,2±3,00	12,8±4,67	11,6±3,19
Meyve ve sebze	28	12,8±4,60	24,0±6,22	9,5±3,36	11,7±3,54	11,6±3,00	8	14,7±3,68	25,8±2,96	10,8±2,49	13,4±2,39	12,1±2,79
p^K		0,492	0,626	0,067	0,881	0,999		0,580	0,883	0,688	0,224	0,541
Akşam öğünü içeriği												
Süt, yoğurt	8	13,3±5,50	23,0±5,18	11,7±3,35	12,0±5,50	12,1±3,80	4	21,8±2,22	28,3±4,57	11,0±1,83	12,0±2,94	14,5±4,20
Et, yumurta, kb	57	11,2±4,33	26,6±7,36	8,5±3,08	11,9±3,20	11,8±3,03	65	11,4±4,34 ^B	26,5±6,86	9,2±3,10	12,3±4,08	11,8±3,34
Ekmek, tahıl	29	13,0±4,89	24,4±5,55	9,8±3,12	12,2±3,97	12,0±3,33	25	13,2±4,14 ^A	23,5±5,48	9,7±3,44	11,3±2,73	11,4±2,84
Meyve ve sebze	8	15,3±5,12	25,4±5,95	9,5±1,93	11,6±3,89	11,6±4,31	13	12,5±4,64 ^A	24,2±6,78	8,1±2,30	11,6±3,06	12,1±3,18
p^M		0,096	0,231	0,062	0,949	0,983		0,003*	0,141	0,285	0,798	0,566

M: Mann Whitney U testi, *p<0,05, Duygusal Beslenme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SKB: Sıkı Kontrollü Besleme, TKB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Tablo 4.20’de çocukların ve annelerinin antropometrik ölçümlerine göre EBTA alt boyut skorları belirlenmiştir. Duygusal besleme, cesaretlendirici besleme, yardımcı besleme, sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme skoru ortalamasının çocuğun yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ Z skor değerine göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Annelerin BKİ değerine göre normal ve fazla kilolu olan annelerin duygusal besleme, yardımcı besleme ve toleranslı kontrollü besleme skorunun obez annelerin skorlarından daha yüksek olduğu ve bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.20. Çocukların ve annelerinin antropometrik ölçümlerine göre EBTA alt boyut skorları

			Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi					
			n	DB	CB	YB	SKB	TKB
				$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaşa göre boy	Kısa	29		12,2±5,04	24,1±6,50	8,9±3,59	12,4±3,31	11,3±3,28
	Normal	69		12,0±4,28	25,7±6,50	9,4±2,88	11,7±3,71	12,0±3,30
	Uzun	12		14,6±5,33	29,1±5,56	9,13,29	12,3±3,89	12,1±2,39
	p ^K			0,289	0,636	0,122	0,562	0,408
Yaşa göre BKİ	Zayıf	27		10,5±3,50	27,5±6,41	8,9±3,19	11,8±3,38	12,7±3,34
	Normal	55		12,9±4,55	25,4±6,39	9,3±2,99	11,7±3,58	11,8±2,96
	Fazla kilolu	28		12,8±5,39	24,0±6,64	9,3±3,34	12,9±3,91	11,2±3,45
	p ^K			0,052	0,693	0,218	0,515	0,165
Anne BKİ	Normal	23		11,7±3,91 ^B	26,3±6,12	9,6±3,02 ^B	12,0±3,87	12,2±3,10 ^B
	Fazla kilolu	55		11,3±4,63 ^B	25,1±7,35	8,5±3,10 ^B	12,2±3,92	11,0±3,07 ^B
	Obez	32		14,5±4,48 ^A	25,8±5,41	10,2±2,96 ^A	11,7±2,89	13,0±3,18 ^A
	p ^K			0,007*	0,884	0,041*	0,926	0,028*

K: Kruskal Wallis Testi, * $p<0,05$, A>B: Sütunlar arası istatistiksel anlamlılık, DB: Duygusal Besleme, CB: Cesaretlendirici Besleme, YB: Yardımcı Besleme, SKB: Sıkı Kontrollü Besleme, TKB: Toleranslı Kontrollü Besleme

Tablo 4.21’de EBTA’nın farklı parametrelerde korelasyonu verilmiştir. Çocuğun yaşının duygusal beslenmeyle arasında negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Çocuğun yaşı arttıkça duygusal beslenme skorunda azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ailedeki çocuk sayısının duygusal besleme skoruyla pozitif, cesaretlendirici beslemeyle skoruyla negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Anne ve babanın yaşının toleranslı besleme skoruyla arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Anne ve babanın yaşı arttıkça toleranslı besleme skorunda artma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Duygusal besleme skorunun; çocuğun vücut ağırlığı, babanın vücut ağırlığı ve BKİ değeriyle arasında negatif, anne vücut ağırlığı ve BKİ değeriyle pozitif korelasyonu olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).



Tablo 4.21. Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi skorunun farklı parametrelerle korelasyonu

	Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi									
	DB		YB		CB		SK		TB	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Demografik özellikler										
Çocuk yaş (yıl)	-0,207	0,033*	0,057	0,567	0,163	0,105	0,046	0,643	-0,037	0,703
Anne yaş (yıl)	-0,087	0,377	-0,045	0,650	0,137	0,174	-0,118	0,229	0,202	0,036*
Baba yaş (yıl)	-0,065	0,511	-0,018	0,859	0,160	0,113	-0,113	0,249	0,196	0,042*
Aile çocuk sayısı	0,287	0,003*	0,080	0,420	-0,215	0,032*	-0,183	0,060	0,128	0,188
Antropometrik ölçümler										
Çocuk boy uzunluğu (cm)	-0,167	0,088	0,023	0,813	0,205	0,041*	-0,026	0,788	0,034	0,729
Çocuk vücut ağırlığı (kg)	-0,195	0,045*	-0,017	0,861	-0,010	0,919	0,001	0,993	-0,100	0,302
Çocuk BKİ (kg/m ²)	-0,022	0,824	-0,045	0,648	-0,149	0,140	0,011	0,913	-0,110	0,259
Anne vücut ağırlığı (kg)	0,202	0,038*	0,127	0,199	-0,066	0,511	-0,151	0,121	0,172	0,074
Anne BKİ (kg/m ²)	0,209	0,031*	0,083	0,400	-0,060	0,556	-0,106	0,279	0,150	0,122
Baba vücut ağırlığı (kg)	-0,210	0,032*	-0,052	0,603	-0,007	0,942	-0,010	0,919	0,083	0,397
Baba BKİ (kg/m ²)	-0,246	0,012*	-0,123	0,216	-0,062	0,543	0,001	0,989	0,014	0,885

Sperman korelasyon testi, *p<0,05, DB: Duygusal Beslenme, CB: Cesaretlendirici Beslenme, YB: Yardımcı Beslenme, SK: Sıkı Kontrollü Beslenme, TB: Toleranslı Kontrollü Beslenme

Tablo 4.22’te çocuk ve annelerin besin tüketim sıklığı verilmiştir. Bu tabloya göre her gün süt, yoğurt tüketen çocuk ve annelerin oranı eşit ve %52,7 olarak belirlenmiştir.

Kırmızı et tüketiminin en fazla olduğu sıklık haftada 1-2 olurken bu oran çocuklarda %36,4, annelerde %40,9 olarak saptanmıştır. Balık etini hiç tüketmeyen anne ve çocukların oranı eşit ve %48,2 olarak belirlenmiştir.

Sakatat tüketimi hiç olmayan çocukların oranı %60,9, annelerin oranı %48,2 olarak saptanmıştır. Çocukların %55,5’i annelerin %46,4’ü her gün yumurta tükettiğini belirtmiştir. Her iki grubunda kurubaklagil tüketme sıklığı en fazla oranla haftada 1-2 olarak saptanmıştır.

Her gün meyve tüketen çocukların oranı %66,4, annelerin oranı %40,0 olarak saptanmıştır. Çocukların sebze tüketimi sıklığı en fazla oranla her gün (%40,0) olurken annelerde haftada 1-2 (%47,3) olarak belirlenmiştir.

Her gün beyaz ekmek tüketen annelerin oranı %70,0, çocukların oranı %54,5 olarak belirlenmiştir.

Annelerin her gün zeytinyağı kullanma oranı %47,3, diğer sıvı yağları kullanma oranı %26,5 olarak belirlenmiştir.

Anne (%76,1) ve çocukların (%63,6) büyük çoğunluğu her gün çay tükettiklerini belirtmiştir. Çocukların %22,7’si annelerin %30,0’u hiç şekerli ve gazlı içecek tüketmediklerini belirtmiştir. Her gün hazır gıda ve ambalajlı besin tüketen çocukların oranı sırasıyla %50,0 ve %40,0 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.22. Çocuk ve annelerin besin tüketim sıklığı

	Çocuk														Anne													
	Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Süt, yoğurt	10	9,1	58	52,7	24	21,8	10	9,1	3	2,7	2	1,8	3	2,7	6	5,4	58	52,7	25	22,7	10	9,1	7	6,4	2	1,8	2	1,8
Peynir	18	16,4	56	50,9	23	20,9	5	4,5	4	4,5	-	-	3	2,7	7	6,4	51	46,4	31	28,2	7	6,4	11	10	3	2,7	-	-
Kırmızı et	34	30,9	12	10,9	40	36,4	11	10,0	3	2,7	7	6,4	3	2,7	14	12,7	6	5,5	45	40,9	10	9,1	5	4,5	19	17,3	11	10,0
Tavuk, eti	40	36,4	9	8,2	30	27,3	12	10,9	3	2,7	11	10,0	5	4,5	17	15,5	4	3,6	49	44,5	8	7,3	7	11,3	16	14,5	9	8,2
Balık eti	53	48,2	5	4,5	21	19,1	1	0,9	2	1,8	4	3,6	24	21,8	48	43,6	6	5,5	11	10,0	4	3,6	-	-	7	6,4	34	30,9
Sakatatlar	67	60,9	9	8,2	15	13,6	5	4,5	1	0,9	2	1,8	10	9,1	53	48,2	1	0,9	5	4,5	1	0,9	1	0,9	13	11,8	36	32,8
Yumurta	11	10,0	61	55,5	15	13,6	10	9,1	5	4,5	2	1,8	6	5,5	8	7,3	51	46,4	26	23,6	13	11,8	5	4,5	3	2,7	4	3,6
K.baklagiller	20	18,2	30	27,3	30	27,3	14	12,7	5	4,5	8	7,3	3	2,7	7	6,4	12	10,9	46	41,8	21	19,1	9	8,2	11	10,0	4	3,6
Ceviz,vb.	8	7,3	42	38,2	25	22,7	16	14,5	7	6,4	6	5,5	6	5,5	9	8,2	13	11,8	32	29,1	10	9,1	6	5,5	25	22,6	15	13,6
Ye. yap. sebze	23	20,9	39	35,5	22	20,0	15	13,6	6	5,5	2	1,8	3	2,7	5	4,5	25	22,7	53	48,2	7	6,4	7	6,4	10	9,1	3	2,7
Patates	8	7,3	31	28,2	41	37,3	15	13,6	4	3,6	6	5,5	5	4,5	1	0,9	17	15,5	67	60,9	11	10,0	5	4,5	7	6,4	2	1,8
Diğer sebzeler	15	13,6	44	40,0	26	23,6	15	13,6	4	3,6	1	0,9	4	3,6	5	4,5	23	20,9	52	47,3	11	10,0	6	5,5	10	9,1	3	2,7
Meyveler	3	2,7	73	66,4	14	12,7	8	7,3	6	5,5	1	0,9	5	4,5	2	1,8	44	40,0	33	30,0	15	13,6	6	5,5	7	6,4	3	2,7
Ekmek, beyaz	18	16,4	60	54,5	12	10,9	8	7,3	5	4,5	2	1,8	3	2,7	12	10,9	77	70,0	8	7,3	3	2,7	6	5,5	1	0,9	3	2,7
Ekmek, tam t.	26	23,6	48	43,6	21	19,1	5	4,5	3	2,7	1	0,9	6	5,5	41	37,3	25	22,7	20	18,2	6	5,5	2	1,8	4	3,6	12	10,9
Tahıllar	8	7,3	34	30,9	41	37,3	14	12,7	7	6,4	5	4,5	-	-	3	2,7	16	14,5	51	46,4	17	14,5	4	3,6	16	14,5	4	3,6
Bulgur	15	13,6	28	25,5	27	24,5	19	17,3	7	6,4	12	10,9	2	1,8	5	4,5	14	12,7	58	52,7	8	7,3	7	6,4	14	12,7	4	3,6
Zeytinyağı	36	32,7	24	21,8	26	23,6	9	8,2	5	4,5	3	2,7	7	6,4	16	14,5	52	47,3	24	21,8	4	3,6	6	5,5	6	5,5	2	1,8
Diğer sıvı yağ	34	30,9	30	27,3	22	20,0	11	10,0	5	4,5	4	3,6	4	3,6	24	21,8	29	26,4	26	23,7	7	6,4	2	1,8	12	10,9	10	9,1
Katı yağlar	34	30,9	21	19,1	34	30,9	11	10,0	3	2,7	3	2,7	4	3,6	-	-	13	11,8	31	28,2	4	3,6	8	7,3	13	11,8	11	10,0
Zeytin	19	17,3	54	49,1	23	20,9	5	4,5	2	1,8	3	2,7	4	3,6	9	8,2	65	59,1	20	18,2	6	5,5	5	4,5	3	2,7	2	1,8
Şeker	18	16,4	41	37,3	31	28,2	10	9,1	4	3,6	4	3,6	2	1,8	16	14,5	62	56,4	11	10,0	8	7,3	7	6,4	2	1,8	4	3,6
Bal pekmez vb	13	11,8	56	50,9	24	21,8	7	6,4	9	8,2	-	-	1	0,9	16	14,5	34	30,9	32	29,1	6	5,5	3	2,7	11	10,0	8	7,3
Tahin	28	25,5	38	34,5	25	22,7	5	4,5	4	3,6	4	3,6	6	5,5	24	21,8	25	22,7	27	24,5	5	4,5	4	3,6	9	8,2	16	14,5
Çay	13	11,8	70	63,6	10	9,1	7	6,4	3	2,7	2	1,8	5	4,5	7	6,4	84	76,1	10	9,1	4	3,6	4	3,6	-	-	1	0,9
Kahve	37	33,6	28	25,5	26	23,6	10	9,1	4	3,6	2	1,8	3	2,7	14	12,7	40	36,4	25	22,7	6	5,4	7	6,4	11	10,9	7	6,4
Bitkisel çaylar	49	44,5	23	10,9	15	13,6	11	10,0	2	1,8	4	3,6	6	5,5	43	39,1	14	12,7	15	13,6	10	9,1	4	3,6	10	9,1	14	12,7
Şekerli/Gazlı i	25	22,7	35	21,8	24	21,8	11	10,0	4	3,6	6	5,5	5	4,5	33	30,0	13	11,8	32	29,1	3	2,7	6	5,5	14	12,7	9	8,2
Soda, maden s	40	36,4	29	26,4	24	21,8	4	3,6	5	4,5	5	4,5	3	2,7	32	19,1	16	14,5	38	25,5	12	10,9	3	2,7	10	9,1	9	8,2
Hazır besin	31	28,2	22	20,0	22	20,0	8	7,3	2	1,8	8	7,3	17	15,5	47	42,8	5	4,5	10	9,1	1	0,9	2	1,8	17	15,5	28	25,5
Atıştırmalıklar	12	10,9	55	50,0	23	20,9	9	8,2	2	1,8	4	3,6	5	4,5	26	24,5	20	18,2	31	28,2	5	4,5	4	3,6	15	13,6	8	7,3
Ambalajlı bes.	15	13,6	44	40,0	26	23,6	10	9,1	4	3,6	8	7,3	3	2,7	30	27,2	13	11,8	36	32,7	3	2,7	-	-	15	13,6	13	11,8

Tablo 4.23'te çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği 'Duygusal Besleme' skor ortalaması verilmiştir. Bu tabloda her gün ve haftada 3-4 kere yeşil yapraklı sebze tüketen çocukların annelerinin duygusal besleme skor ortalaması sırasıyla $14,6 \pm 4,0$ ve $9,2 \pm 3,4$ olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Her gün bulgur tüketen çocukların annelerinin EBTA duygusal beslenme puan ortalaması $14,8 \pm 4,9$ iken bu değer 15 günde 1 bulgur tüketen çocukların annelerinde $8,6 \pm 3,3$ olarak belirlenmiştir. Çocukların bulgur tüketim sıklığı ve anne duygusal besleme puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.24'te çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği 'Cesaretlendirici Besleme' skor ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre her gün soda, maden suyu ve atıştırmalık tüketen çocukların annelerinin cesaretlendirici besleme skor ortalamasının, 15 günde 1 soda maden suyu ve atıştırmalık tüketen çocukların annelerinin skor ortalamasına göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.25'da çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği 'Yardımcı Besleme' skor ortalaması verilmiştir. Her gün katı yağ tüketen çocukların annelerinin yardımcı besleme skor ortalaması $10,7 \pm 2,8$ iken haftada 3-4 kere katı yağ tüketen çocukların annelerinin yardımcı beslenme puan ortalaması $9,1 \pm 3,1$ olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayda bir zeytin tüketen çocukların annelerinin yardımcı besleme skor ortalamasının, hiç zeytin tüketmeyen çocukların annelerinin yardımcı besleme skor ortalamasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.26'de çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği 'Sıkı Kontrollü Besleme' puan ortalaması verilmiştir. Şekerli/gazlı içecek tüketimi her gün olan çocukların annelerinin sıkı kontrollü besleme puanının ($10,8 \pm 3,7$), haftada 1-2 kere tüketen çocukların annelerinin puanlarına göre ($13,9 \pm 3,7$) daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hiç hazır besin tüketmeyen çocukların annelerinin sıkı kontrollü besleme puanlarının ($13,0 \pm 3,6$), her gün hazır besin tüketen çocukların annelerinin sıkı kontrollü besleme puanına göre ($10,3 \pm 3,7$) daha yüksek olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.27'de çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği 'Toleranslı Besleme' puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloda hiç yumurta tüketmeyen çocukların annelerinin toleranslı besleme puanı $14,6 \pm 3,2$ iken haftada 3-4 kere yumurta tüketen çocukların annelerinin puanları $9,6 \pm 2,7$ olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.23. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği duygusal besleme skor ortalaması

	Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		p
	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	
Süt, yoğurt	10	13,2±5,39	58	13,3±4,68	24	10,5±3,98	10	11,6±3,61	3	11,0±6,0	2	9,5±6,36	3	10,0±4,58	0,254
Peynir	18	11,2±3,51	56	13,0±4,77	23	12,4±4,78	5	9,0±3,74	4	13,0±5,52	-	-	3	10,3±5,86	0,345
Kırmızı et	34	13,3±3,94	12	14,5±4,64	40	11,2±5,14	11	12,5±4,01	3	8,3±3,05	7	12,9±4,85	3	9,0±1,73	0,062
Tavuk, eti	40	12,6±4,21	9	15,2±5,21	30	10,7±5,18	12	13,0±5,06	3	16,3±1,15	11	11,6±3,26	5	11,4±2,97	0,100
Balık eti	53	12,7±4,29	5	14,0±6,12	21	14,0±4,99	1	15,0±0,00	2	11,0±4,24	4	10,7±4,04	24	9,9±4,24	0,066
Sakatatlar	67	12,0±4,55	9	16,0±4,44	15	12,9±4,86	5	10,5±5,32	1	12,0±0,00	2	14,5±3,54	10	10,1±4,14	0,177
Yumurta	11	14,5±6,27	61	13,2±4,27	15	11,1±3,99	10	9,8±4,94	5	9,2±3,42	2	11,5±7,78	6	10,0±2,45	0,070
K.baklagiller	20	12,7±5,20	30	13,6±4,05	30	11,4±4,75	14	10,4±4,25	5	13,0±2,31	8	12,5±6,12	3	14,3±2,52	0,274
Ceviz,vb.	8	17,0±5,86	42	13,0±3,95	25	11,2±5,07	16	10,4±4,34	7	10,5±3,33	6	12,7±3,83	6	11,7±4,32	0,095
Ye. yap. sebze	23	11,8±5,01	39	14,6±3,99 ^A	22	11,2±4,58	15	9,2±3,38 ^B	6	12,7±4,08	2	8,5±4,95	3	11,0±5,57	0,002*
Patates	8	15,0±5,13	31	13,9±4,05	41	11,6±4,80	15	11,9±4,87	4	10,5±2,65	6	9,7±4,54	5	11,0±4,30	0,165
Diğer sebzeler	15	11,4±4,99	44	13,5±5,28	26	11,5±3,91	15	11,1±3,99	4	11,8±4,11	1	11,0±0,00	4	13,7±2,75	0,575
Meyveler	3	13,7±5,51	73	12,8±4,56	14	12,6±5,03	8	9,1±4,82	6	10,0±3,32	1	16,0±0,00	5	10,8±4,21	0,319
Ekmek, beyaz	18	13,1±5,32	60	13,2±4,37	12	10,5±4,50	8	10,1±4,76	5	8,2±2,59	2	11,0±0,00	3	10,0±6,25	0,088
Ekmek, tam t.	26	12,5±5,21	48	13,3±4,48	21	10,2±4,12	5	11,6±3,97	3	10,7±1,53	1	11,0±0,00	6	12,0±5,21	0,252
Tahıllar	8	12,8±3,06	34	14,3±5,07	41	10,9±4,12	14	12,1±3,80	7	11,7±4,39	5	10,0±5,39	-	-	0,064
Bulgur	15	11,6±4,61	28	14,8±4,85 ^A	27	11,8±4,32	19	12,1±4,47	7	13,4±2,51	12	8,6±3,29 ^B	2	6,0±2,12	0,007*
Zeytinyağı	36	12,5±4,72	24	13,5±4,63	26	12,3±5,06	9	9,9±4,86	5	9,2±3,42	3	12,3±1,53	7	12,7±3,73	0,367
Diğer sıvı yağ	34	12,1±4,49	30	12,6±4,91	22	12,9±4,84	11	11,6±4,39	5	10,2±3,77	4	10,3±3,77	4	13,3±2,59	0,854
Katı yağlar	34	12,5±4,91	21	14,8±4,94	34	10,8±4,17	11	11,9±3,94	3	7,7±3,78	3	12,0±3,00	4	15,3±0,96	0,060
Zeytin	19	10,6±4,65	54	12,5±4,68	23	13,3±4,59	5	11,8±6,61	2	14,0±4,24	3	12,7±2,08	4	12,3±3,50	0,686
Şeker	18	11,4±5,25	41	13,6±4,42	31	12,2±4,81	10	11,7±4,71	4	10,8±3,69	4	10,0±2,94	2	10,0±1,41	0,452
Bal pekmez vb	13	12,2±5,37	56	13,0±4,39	24	10,8±4,37	7	10,7±4,18	9	10,4±2,74	-	-	1	25,0±0,00	0,135
Tahin	28	10,9±4,80	38	13,5±4,83	25	13,2±4,37	5	12,2±3,03	4	9,8±3,50	4	7,3±2,63	6	13,0±2,53	0,240
Çay	13	12,1±6,05	70	13,0±4,57	10	10,1±3,95	7	11,7±3,50	3	9,0±3,46	2	8,0±4,24	5	11,4±3,51	0,245
Kahve	37	11,8±5,21	28	12,6±4,10	26	13,1±4,74	10	13,6±4,69	4	10,8±1,26	2	10,5±2,12	3	9,3±5,13	0,529
Şekerli/Gazlı i	25	11,8±4,91	35	13,5±3,74	24	13,1±4,95	11	11,4±5,16	4	7,5±2,52	6	11,2±5,81	5	11,0±3,94	0,175
Soda, maden s	40	13,7±4,54	29	12,3±4,12	24	12,7±4,98	4	7,8±2,75	5	8,6±4,24	5	8,0±4,24	3	11,0±4,24	0,130
Hazır besin	31	13,7±3,80	22	14,1±4,66	22	11,0±5,07	8	12,0±5,07	2	11,5±3,63	8	11,5±3,63	17	10,1±4,70	0,058
Atıştırmalıklar	12	10,5±3,34	55	13,1±4,47	23	11,0±5,44	9	11,9±5,90	2	9,0±4,24	4	15,8±0,96	5	11,3±0,58	0,125
Ambalajlı bes.	15	12,3±5,11	44	13,8±4,63	26	10,0±4,09	10	11,1±3,36	4	13,8±5,83	8	12,4±5,83	3	13,3±2,08	0,061

Kruskall Wallis testi, *p<0,05, A>B: Satırlar arası istatistiksel anlamlılık

Tablo 4.24. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği cesaretlendirici besleme skor ortalaması

	Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		p
	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	
Süt, yoğurt	10	27,3±5,15	58	24,9±6,45	24	25,2±7,31	10	25,7±5,29	3	24,7±7,23	2	29,5±10,61	3	33,3±4,16	0,381
Peynir	18	25,1±7,01	56	25,9±6,82	23	24,8±6,31	5	29,4±2,30	4	21,8±5,63	-	-	3	29,7±2,52	0,254
Kırmızı et	34	23,4±6,59	12	25,6±5,73	40	27,6±6,76	11	26,0±6,40	3	30,5±2,12	7	22,2±2,68	3	27,3±6,51	0,066
Tavuk, eti	40	24,9±7,22	9	25,2±7,79	30	25,9±6,83	12	26,2±5,15	3	28,0±5,66	11	26,2±5,00	5	25,6±6,19	0,987
Balık eti	53	25,5±6,35	5	17,3±7,89	21	27,0±5,31	1	25,0±0,00	2	26,5±0,71	4	23,0±5,48	24	26,4±7,33	0,310
Sakatatlar	67	25,7±6,85	9	23,6±3,96	15	26,9±7,46	5	18,7±2,52	1	27,0±0,00	2	29,5±4,95	10	25,6±5,17	0,347
Yumurta	11	25,2±4,18	61	25,6±6,38	15	24,1±6,52	10	26,6±8,18	5	29,6±7,06	2	28,0±2,83	6	24,0±8,72	0,774
K. baklagiller	20	24,5±7,85	30	24,7±6,08	30	26,0±6,64	14	26,8±7,64	5	29,5±4,66	8	25,3±3,90	3	26,3±0,58	0,814
Ceviz vb.	8	27,6±5,18	42	24,8±5,35	25	25,5±8,06	16	25,6±7,79	7	26,2±9,76	6	26,2±5,74	6	26,7±3,08	0,952
Ye. yap. sebze	23	23,5±8,03	39	25,1±5,06	22	26,7±6,38	15	27,7±7,59	6	24,8±4,88	2	27,0±2,13	3	29,0±7,94	0,546
Patates	8	21,3±6,93	31	23,7±5,89	41	27,3±6,79	15	26,6±6,65	4	25,8±3,40	6	28,6±5,90	5	25,4±6,15	0,122
Diğer sebzeler	15	25,9±7,48	44	24,9±5,64	26	24,1±6,88	15	28,5±4,94	4	21,8±10,78	1	22,0±0,00	4	21,8±4,65	0,141
Meyveler	3	23,0±4,00	73	25,6±5,93	14	26,6±6,90	8	25,1±11,69	6	23,8±7,63	1	25,0±0,00	5	28,0±4,30	0,867
Ekmek, beyaz	18	24,9±7,89	60	25,6±5,99	12	23,5±7,44	8	25,1±5,21	5	28,4±8,79	2	25,5±6,36	3	30,7±3,21	0,579
Ekmek, tam t.	26	23,2±7,38	48	26,3±6,39	21	26,7±6,62	5	25,6±5,59	3	27,3±1,53	1	25,0±0,00	6	25,8±5,54	0,741
Tahıllar	8	29,4±5,07	34	22,6±5,55	41	26,2±7,02	14	25,8±7,26	7	29,2±2,72	5	29,2±2,71	-	-	0,190
Bulgur	15	23,4±8,26	28	23,2±5,68	27	27,5±5,82	19	24,1±6,21	7	29,4±5,74	12	29,4±5,15	2	28,0±9,90	0,172
Zeytinyağı	36	25,1±7,37	24	26,6±4,80	26	24,1±6,88	9	27,3±7,47	5	31,0±3,65	3	25,0±3,00	7	25,1±6,67	0,348
Diğer sıvı yağ	34	24,5±8,03	30	25,7±5,06	22	26,4±6,73	11	26,5±5,81	5	29,0±6,32	4	24,3±3,86	4	25,8±7,63	0,857
Katı yağlar	34	25,8±6,92	21	24,0±6,31	34	25,3±6,75	11	27,5±5,37	3	34,0±1,41	3	28,0±7,55	4	21,7±3,06	0,291
Zeytin	19	25,9±5,85	54	25,4±6,52	23	25,5±7,40	5	26,0±9,51	2	31,0±1,41	3	24,0±3,00	4	24,3±5,13	0,852
Şeker	18	22,9±5,48	41	24,8±6,10	31	25,7±7,28	10	30,0±5,85	4	30,3±6,89	4	28,3±5,25	2	24,54,95	0,139
Bal pekmez vb	13	24,3±6,16	56	25,5±6,56	24	26,8±6,32	7	24,6±8,83	9	24,3±7,02	-	-	1	27,0±0,00	0,906
Tahin	28	25,9±6,56	38	25,0±6,98	25	26,6±6,31	5	23,3±7,09	4	26,3±4,99	4	24,3±9,71	6	24,6±5,37	0,909
Çay	13	27,9±6,39	70	24,9±6,11	10	27,9±8,93	7	20,7±6,56	3	29,5±0,71	2	27,0±8,49	5	27,8±4,21	0,146
Kahve	37	26,2±5,70	28	24,7±6,81	26	24,1±6,93	10	28,8±7,36	4	22,0±5,41	2	29,5±4,95	3	29,0±2,5	0,276
Şekerli/Gazlı i	25	25,0±6,76	35	23,4±5,94	24	27,8±6,54	11	25,3±6,08	4	26,5±9,54	6	31,2±5,63	5	28,0±2,45	0,109
Soda, maden s	40	24,9±5,88	29	23,4±6,34 ^B	24	25,9±7,08	4	34,0±4,36	5	31,0±1,87	5	31,6±6,11 ^A	3	21,0±0,00	0,008*
Hazır besin	31	25,4±6,43	22	21,6±5,37 ^B	22	25,9±7,57	8	26,7±5,61	2	28,5±2,12	8	30,0±4,14 ^A	17	27,7±6,26	0,028*
Atıştırmalıklar	12	23,3±7,17	55	25,4±6,33	23	27,1±6,62	9	26,9±8,56	2	27,5±10,61	4	23,0±2,64	5	25,7±4,16	0,688
Ambalajlı bes.	15	22,9±8,18	44	24,8±6,16	26	26,5±6,38	10	26,0±0,00	4	27,0±2,45	8	28,0±5,60	3	29,7±8,50	0,648

Kruskall Wallis testi, *p<0,05, A>B: Satırlar arası istatistiksel anlamlılık

Tablo 4.25. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği yardımcı besleme skor ortalaması

	Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		p
	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	
Süt, yoğurt	10	9,6±4,06	58	9,1±2,94	24	8,4±2,59	10	12,0±2,83	3	8,7±4,04	2	7,5±0,71	3	8,0±4,00	0,116
Peynir	18	8,4±3,39	56	9,6±2,90	23	8,6±2,92	5	8,5±3,70	4	10,0±1,87	-	-	3	11,3±6,66	0,571
Kırmızı et	34	9,0±3,11	12	9,9±3,38	40	9,3±2,83	11	9,0±3,43	3	8,7±3,06	7	9,3±3,45	3	10,0±6,08	0,982
Tavuk, eti	40	9,4±3,22	9	9,6±2,97	30	9,0±2,87	12	8,6±3,04	3	10,7±4,93	11	8,3±2,97	5	10,6±4,22	0,816
Balık eti	53	9,2±3,05	5	7,6±2,61	21	9,8±3,37	1	8,0±0,00	2	13,0±5,66	4	10,5±1,92	24	8,5±2,86	0,297
Sakatatlar	67	8,9±2,96	9	10,0±3,64	15	9,0±2,88	5	9,5±3,00	1	14,0±0,00	2	8,5±4,95	10	10,3±3,83	0,600
Yumurta	11	9,8±2,64	61	9,8±3,02	15	8,6±3,40	10	7,9±3,11	5	7,8±1,79	2	8,0±5,66	6	8,2±3,76	0,366
K. baklagiller	20	8,4±3,02	30	9,5±3,26	30	9,1±3,15	14	8,6±3,13	5	10,5±3,11	8	9,8±2,87	3	11,7±2,52	0,522
Ceviz vb.	8	11,4±2,77	42	9,1±2,95	25	8,4±3,61	16	9,3±2,49	7	9,2±3,97	6	10,0±2,28	6	9,3±3,56	0,516
Ye. yap. sebze	23	8,4±3,30	39	9,8±2,96	22	9,4±2,89	15	8,5±3,60	6	9,7±3,50	2	8,5±0,71	3	10,3±2,52	0,386
Patates	8	9,4±2,88	31	10,0±3,07	41	8,6±3,16	15	9,6±1,88	4	9,8±5,12	6	8,3±2,94	5	9,0±4,80	0,404
Diğer sebzeler	15	10,1±3,11	44	9,2±3,17	26	9,4±3,11	15	7,9±2,37	4	7,5±2,65	1	14,0±0,00	4	9,8±4,65	0,295
Meyveler	3	13,7±4,16	73	9,2±2,85	14	9,7±3,09	8	7,9±3,64	6	8,0±2,00	1	11,0±0,00	5	8,4±4,83	0,246
Ekmekek, beyaz	18	8,3±3,46	60	9,6±3,08	12	9,0±2,79	8	7,3±1,75	5	8,2±0,45	2	12,0±1,41	3	12,0±5,57	0,104
Ekmekek, tam t.	26	8,8±3,16	48	9,4±3,47	21	8,5±2,50	5	10,2±1,92	3	10,0±3,46	1	10,0±0,00	6	10,3±2,88	0,751
Tahıllar	8	8,9±3,56	34	9,3±3,40	41	9,0±3,04	14	9,4±1,94	7	10,6±4,43	5	8,6±2,41	-	-	0,934
Bulgur	15	8,9±3,13	28	9,5±3,10	27	9,2±3,32	19	8,8±3,12	7	9,3±2,87	12	9,5±3,17	2	10,0±2,83	0,988
Zeytinyağı	36	8,7±3,06	24	9,9±2,40	26	9,0±3,49	9	8,6±2,39	5	8,2±2,40	3	9,0±1,00	7	11,4±4,50	0,445
Diğer sıvı yağ	34	8,7±2,74	30	9,7±3,05	22	9,0±3,36	11	8,8±3,03	5	8,2±2,77	4	7,3±2,22	4	14,0±2,45	0,075
Katı yağlar	34	8,9±2,93	21	10,7±2,80 ^A	34	8,5±3,13	11	9,1±3,14 ^B	3	6,3±1,53	3	11,3±5,51	4	11,7±0,58	0,040*
Zeytin	19	7,8±2,21 ^B	54	9,1±3,13	23	9,6±2,84	5	8,6±2,97	2	8,5±6,36	3	13,0±1,73	4	13,5±2,38 ^A	0,015*
Şeker	18	8,5±2,94	41	9,9±2,66	31	8,8±3,38	10	8,0±3,23	4	10,5±3,32	4	11,8±3,86	2	7,0±2,83	0,256
Bal pekmez vb	13	10,3±3,53	56	9,6±3,06	24	8,2±3,29	7	8,6±2,23	9	8,6±3,24	-	-	1	10,0±0,00	0,463
Tahin	28	8,6±3,00	38	9,5±3,10	25	9,5±2,89	5	8,8±3,11	4	9,5±5,45	4	9,5±3,00	6	9,2±4,09	0,961
Çay	13	9,2±2,76	70	9,4±3,10	10	8,5±2,46	7	9,0±4,51	3	9,0±3,61	2	8,5±3,54	5	9,6±4,16	0,973
Kahve	37	9,0±2,86	28	9,6±2,75	26	8,8±3,32	10	10,1±3,00	4	8,0±4,24	2	6,5±2,12	3	12,7±5,13	0,479
Şekerli/Gazlı i	25	8,4±3,15	35	9,4±2,98	24	10,3±2,90	11	7,6±3,20	4	8,3±2,06	6	10,5±2,95	5	10,0±4,06	0,182
Soda, maden s	40	9,4±2,90	29	9,3±3,21	24	9,3±3,48	4	8,0±2,82	5	7,0±3,74	5	8,8±2,95	3	11,5±0,71	0,541
Hazır besin	31	9,5±2,90	22	9,7±2,91	22	7,6±2,65	8	9,7±2,50	2	7,5±4,95	8	10,5±4,28	17	9,4±3,33	0,203
Atıştırmalıklar	12	9,2±3,24	55	9,1±3,18	23	9,0±3,20	9	8,7±3,08	2	9,0±1,41	4	12,0±1,73	5	11,0±3,00	0,679
Ambalajlı bes.	15	8,2±3,03	44	9,4±3,29	26	8,6±2,86	10	10,6±2,13	4	13,0±1,41	8	8,9±3,02	3	8,0±4,00	0,072

Kruskall Wallis testi, *p<0,05, A>B: Satırlar arası istatistiksel anlamlılık

Tablo 4.26. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği sıkı kontrollü besleme skor ortalaması

	Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		p
	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	
Süt, yoğurt	10	12,9±2,33	58	12,1±3,41	24	10,8±4,70	10	13,5±3,37	3	10,3±2,08	2	13,5±3,53	3	12,7±2,31	0,298
Peynir	18	11,4±3,15	56	12,3±3,89	23	11,2±3,26	5	14,0±4,97	4	11,4±2,07	-	-	3	14,3±3,79	0,581
Kırmızı et	34	11,8±3,71	12	11,5±2,88	40	12,7±3,82	11	11,8±3,82	3	13,0±1,00	7	8,9±2,34	3	14,7±2,52	0,104
Tavuk, eti	40	12,1±4,10	9	11,5±1,51	30	12,2±3,74	12	12,5±3,72	3	12,0±4,00	11	10,5±2,62	5	13,6±3,65	0,702
Balık eti	53	12,2±3,58	5	11,4±3,13	21	11,5±3,75	1	6,0±0,00	2	12,5±6,36	4	11,3±2,99	24	12,4±3,70	0,612
Sakatatlar	67	11,8±3,74	9	10,3±2,38	15	13,1±4,36	5	12,3±2,06	1	15,0±0,00	2	11,0±1,41	10	12,7±2,98	0,403
Yumurta	11	10,9±3,91	61	11,9±3,25	15	12,0±4,09	10	11,1±3,96	5	15,4±4,22	2	10,0±0,00	6	14,5±3,211	0,164
K. baklagiller	20	12,2±2,18	30	11,0±3,53	30	11,8±4,07	14	14,2±4,36	5	12,8±3,90	8	12,3±3,11	3	11,0±3,61	0,228
Ceviz vb.	8	11,9±2,59	42	11,1±3,33	25	11,8±4,15	16	13,9±4,14	7	13,8±2,32	6	11,2±2,32	6	13,5±3,51	0,099
Ye. yap. sebze	23	10,9±3,34	39	11,7±3,29	22	13,4±3,38	15	12,8±4,16	6	11,3±3,14	2	8,5±4,95	3	14,7±6,11	0,199
Patates	8	10,9±4,06	31	11,2±3,21	41	12,0±3,70	15	14,1±3,90	4	11,5±4,36	6	12,0±2,28	5	13,4±3,44	0,196
Diğer sebzeler	15	11,7±4,04	44	11,7±4,05	26	12,2±2,96	15	11,4±3,46	4	13,0±2,94	1	18,0±0,00	4	14,3±1,71	0,330
Meyveler	3	13,3±3,22	73	11,7±3,65	14	12,6±3,55	8	13,1±4,61	6	10,7±3,61	1	12,0±0,00	5	13,0±2,45	0,754
Ekmek, beyaz	18	11,2±3,71	60	12,0±3,49	12	10,9±3,800	8	12,0±4,54	5	14,2±3,70	2	12,5±0,71	3	15,3±2,08	0,301
Ekmek, tam t.	26	11,8±3,78	48	12,0±3,48	21	11,8±4,18	5	11,4±2,70	3	14,7±1,53	1	15,0±0,00	6	12,2±4,12	0,694
Tahıllar	8	12,9±2,48	34	11,3±3,41	41	12,2±3,77	14	11,5±4,99	7	13,7±2,29	5	12,4±2,88	-	-	0,400
Bulgur	15	10,9±4,02	28	11,2±2,48	27	12,2±3,94	19	11,7±3,63	7	13,3±2,69	12	13,7±4,13	2	20,0±0,00	0,177
Zeytinyağı	36	11,5±3,74	24	11,7±3,47	26	11,7±4,21	9	12,9±2,100	5	14,4±3,36	3	12,3±2,31	7	13,7±2,81	0,323
Diğer sıvı yağ	34	11,6±3,88	30	12,2±3,63	22	11,4±3,19	11	11,4±3,47	5	13,4±3,72	4	12,8±4,85	4	14,8±2,06	0,559
Katı yağlar	34	12,3±3,95	21	11,6±3,69	34	11,1±3,34	11	13,9±2,28	3	14,7±4,62	3	12,7±4,04	4	11,3±3,77	0,264
Zeytin	19	12,3±3,39	54	11,7±3,75	23	11,7±3,81	5	12,4±4,56	2	14,0±2,83	3	13,0±1,73	4	14,3±2,22	0,587
Şeker	18	11,1±3,08	41	12,4±4,22	31	11,5±2,87	10	12,4±3,75	4	15,0±2,56	4	11,5±3,87	2	11,5±4,95	0,686
Bal pekmez vb	13	12,4±4,30	56	12,1±3,56	24	11,4±3,89	7	11,0±3,37	9	13,9±3,02	-	-	1	12,0±0,00	0,568
Tahin	28	11,6±3,99	38	11,8±3,13	25	12,8±3,17	5	11,6±4,87	4	12,8±3,10	4	13,3±6,99	6	11,2±3,66	0,880
Çay	13	11,4±3,99	70	11,7±3,60	10	12,3±4,06	7	13,6±4,54	3	12,7±0,68	2	12,5±0,71	5	14,0±1,87	0,437
Kahve	37	12,5±3,79	28	11,5±3,73	26	11,8±3,11	10	11,7±4,62	4	10,5±2,38	2	14,0±2,83	3	14,7±1,52	0,538
Şekerli/Gazlı i	25	12,4±2,65	35	10,8±3,69 ^B	24	13,9±3,65 ^A	11	10,6±2,54	4	11,3±1,50	6	13,8±2,14	5	11,4±3,78	0,013*
Soda, maden s	40	12,0±3,39	29	11,4±3,98	24	11,6±3,54	4	14,3±4,19	5	11,8±2,17	5	15,8±2,86	3	14,0±1,41	0,130
Hazır besin	31	13,0±3,58 ^A	22	10,3±3,69 ^B	22	10,8±3,11	8	13,6±4,20	2	10,5±0,71	8	13,0±2,56	17	12,9±3,58	0,028*
Atıştırmalıklar	12	13,2±2,75	55	11,5±3,45	23	13,4±4,12	9	12,0±4,72	2	16,0±5,66	4	10,3±2,87	5	13,3±1,53	0,390
Ambalajlı bes.	15	12,1±3,81	44	12,1±3,81	26	12,0±3,82	10	12,2±4,64	4	12,8±1,71	8	12,1±3,68	3	13,7±1,53	0,855

Kruskall Wallis testi, *p<0,05, A>B: Satırlar arası istatistiksel anlamlılık

Tablo 4.27. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA ölçeği toleranslı kontrollü besleme skor ortalaması

	Hiç		Her gün		Haftada 1-2 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 5-6 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		p
	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	n	$\bar{x} \pm SS$	
Süt, yoğurt	10	13,2±1,67	58	11,9±3,25	24	11,5±3,45	10	11,4±3,32	3	12,3±1,53	2	8,5±0,71	3	11,7±5,67	0,472
Peynir	18	13,0±3,11	56	11,6±3,20	23	12,0±3,60	5	9,8±1,30	4	12,0±3,08	-	-	3	11,7±2,08	0,267
Kırmızı et	34	11,0±3,25	12	12,3±2,86	40	11,7±3,34	11	11,9±3,27	3	15,7±2,08	7	14,4±0,98	3	12,0±1,73	0,050
Tavuk, eti	40	11,2±3,06	9	11,6±1,67	30	12,1±3,84	12	12,2±2,79	3	14,7±0,58	11	12,1±3,67	5	13,6±2,30	0,361
Balık eti	53	11,7±3,23	5	12,6±3,51	21	11,8±2,98	1	14,0±0,00	2	12,5±2,12	4	12,7±2,31	24	11,9±3,66	0,970
Sakatatlar	67	11,6±3,39	9	12,4±2,30	15	12,1±3,52	5	12,3±4,03	1	13,0±0,00	2	11,5±2,12	10	12,2±2,82	0,979
Yumurta	11	14,6±3,23 ^A	61	11,7±3,14	15	12,5±3,04	10	9,6±2,72 ^B	5	11,0±3,81	2	11,5±2,12	6	11,3±1,37	0,021*
K. baklagiller	20	11,4±2,11	30	12,5±3,02	30	12,2±3,77	14	10,3±3,07	5	11,4±4,28	8	11,6±3,74	3	13,3±0,58	0,374
Ceviz vb.	8	14,1±3,14	42	12,1±3,19	25	11,4±3,09	16	11,5±3,63	7	10,7±3,45	6	11,8±3,43	6	11,0±1,67	0,525
Ye. yap. sebze	23	13,1±3,37	39	12,2±2,90	22	10,9±3,50	15	10,5±3,14	6	11,3±2,80	2	12,5±2,12	3	12,3±2,89	0,253
Patates	8	13,5±4,93	31	11,7±2,66	41	11,7±3,19	15	10,9±2,93	4	14,0±2,16	6	12,0±3,90	5	11,6±3,78	0,476
Diğer sebzeler	15	12,2±3,03	44	12,3±3,34	26	11,6±3,42	15	11,0±3,14	4	10,8±2,50	1	12,0±0,00	4	11,5±3,11	0,814
Meyveler	3	12,7±2,89	73	11,9±3,32	14	11,7±2,95	8	9,6±2,97	6	13,8±3,25	1	13,0±0,00	5	12,0±1,58	0,353
Ekmek, beyaz	18	11,5±2,38	60	12,0±3,41	12	12,3±4,09	8	11,4±2,26	5	9,4±3,29	2	11,5±0,71	3	14,0±3,00	0,544
Ekmek, tam t.	26	12,3±3,19	48	11,4±3,25	21	11,9±3,75	5	11,2±2,39	3	12,3±3,06	1	14,0±0,00	6	12,8±2,04	0,848
Tahıllar	8	11,5±3,34	34	12,0±3,47	41	11,5±3,04	14	12,4±3,46	7	12,1±2,55	5	11,2±2,49	-	-	0,824
Bulgur	15	10,9±3,43	28	12,8±3,02	27	11,7±3,14	19	12,3±2,70	7	10,9±4,14	12	11,4±3,53	2	9,0±0,00	0,466
Zeytinyağı	36	12,2±3,27	24	12,3±2,70	26	11,6±3,45	9	10,1±2,48	5	12,2±2,59	3	11,7±5,51	7	11,4±4,03	0,747
Diğer sıvı yağ	34	11,6±3,47	30	12,3±3,15	22	12,1±3,18	11	12,3±1,79	5	10,6±2,41	4	9,8±2,87	4	10,3±5,12	0,552
Katı yağlar	34	12,1±3,58	21	12,4±3,08	34	11,2±2,67	11	11,9±3,53	3	11,0±2,65	3	11,3±5,69	4	13,0±3,74	0,830
Zeytin	19	10,9±3,13	54	11,4±2,86	23	13,3±3,57	5	12,3±5,12	2	13,0±1,41	3	13,3±1,53	4	11,8±3,78	0,243
Şeker	18	11,4±3,88	41	11,9±3,04	31	12,4±2,82	10	10,9±2,84	4	10,3±4,27	4	12,3±4,57	2	12,5±4,95	0,856
Bal pekmez vb	13	11,5±3,14	56	12,1±3,20	24	11,1±2,89	7	13,0±3,68	9	10,8±2,33	-	-	1	19,0±0,00	0,213
Tahin	28	12,5±3,17	38	12,3±3,30	25	11,3±3,25	5	8,0±2,12	4	11,8±2,22	4	11,3±2,22	6	12,2±2,86	0,130
Çay	13	12,4±3,62	70	11,8±3,29	10	10,2±2,86	7	11,6±3,05	3	13,3±2,08	2	14,5±3,54	5	12,6±1,14	0,437
Kahve	37	11,7±3,34	28	11,7±2,91	26	12,3±3,35	10	10,9±3,95	4	12,8±2,06	2	9,5±0,71	3	14,0±2,65	0,551
Şekerli/Gazlı i	25	12,1±2,89	35	12,2±3,02	24	10,8±3,55	11	12,3±3,87	4	11,5±4,20	6	11,8±3,55	5	12,6±1,14	0,652
Soda, maden s	40	11,6±2,99	29	12,4±3,06	24	11,6±3,65	4	11,8±4,86	5	13,2±2,68	5	11,6±3,58	3	8,5±0,71	0,519
Hazır besin	31	11,5±2,49	22	12,7±3,12	22	11,5±3,51	8	11,7±4,07	2	9,0±1,41	8	11,6±4,24	17	12,5±3,45	0,568
Atıştırmalıklar	12	13,7±3,11	55	11,5±2,96	23	11,4±2,96	9	11,5±3,51	2	12,0±4,24	4	14,0±0,82	5	13,3±1,53	0,232
Ambalajlı bes.	15	12,6±2,64	44	11,7±3,38	26	11,7±3,28	10	11,9±3,69	4	11,8±2,99	8	12,8±2,87	3	9,0±2,65	0,638

Kruskall Wallis testi, *p<0,05, A>B: Satırlar arası istatistiksel anlamlılık

5 TARTIŞMA

Yapılan kesitsel çalışma Gaziantep'te ikamet eden üç farklı devlet okulunda eğitim gören 7-12 yaş grubundaki çocukları ve ebeveynlerini kapsamaktadır. Bu yaş grubundaki çocuklara ve annelerine; sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlığı, besin tüketim sıklığı ve antropometrik ölçümlerin tespiti için anket formu uygulanmıştır. Ayrıca annelerin çocuk beslenme davranışındaki etkisinin belirlenmesi amacıyla annelere EBTA ölçeği uygulanmıştır. Ebeveynlere ait anket formunda babalar için sosyodemografik özellikler ve antropometrik ölçümün tespiti için iki bölüm yer almaktadır.

5.1 Çocuk ve Ebeveynlerinin Genel Bilgileri

Çalışma 7-12 yaş grubundaki 110 çocuk (K:57, E:53) ve anneleri üzerinde yapılmıştır. Bu çocukların yaş ortalaması $10,2 \pm 1,4$ yıldır. Ebeveynlerin yaş ortalaması ise anneler için $37,4 \pm 6,2$ yıl babalar için ise $40,9 \pm 6,7$ yıl olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.). 2022 yılında Birleşmiş Milletlerin tahminine göre 0-17 yaş aralığındaki çocuk sayısının dünyadaki toplam nüfusun %30'unu oluşturduğu saptanmıştır. Türkiye'de bu oranın ortalamasının altında ve %26 olduğu tespit edilmiştir. 2022 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporuna göre Türkiye'nin %22'si 0-14 yaş grubu çocuklardan oluşabilmektedir (98).

Çalışmaya dahil edilen çocukların oran olarak %51,8'i kız, %48,2'si erkektir (Tablo 4.1.). TÜİK raporuna göre; Türkiye'de nüfusun %26,5'i çocuklardan oluşabilmektedir. Bu oranın %51,3'ü erkek %48,7'sinin ise kız çocuktan oluştuğu tespit edilmiştir (99).

Çalışmanın bulgularına göre; ebeveynlerin çoğunluğunun eğitim düzeyi lise ve üzeridir (Anne: %39,9 Baba: %40,9) (Tablo 4.2.). 2011 yılı TOÇBİ raporuna göre ebeveynlerin lise ve üzeri eğitim oranı annelerde %7,6 iken babalarda %19,9'dur. Bu değerler çalışmanın bulgularından oldukça düşük değerlerdir. Bunun sebebi; örneklem sayısı, çocuğun yaşadığı semt ve anne-baba yaşı gibi birçok etmende kaynaklanabilmektedir (20). Yapılan bir çalışmaya göre, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının diğer çocuklara göre yemek yeme arzularının daha düşük olduğu saptanmıştır. Yani ebeveynin eğitim düzeyine göre çocuğun beslenme davranışı değişebilmektedir (100). Yaklaşık 1200 çocuğun dahil edildiği başka bir çalışmaya göre; ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça çocukların BKİ değerinin ve obezite görülme olasılığının azaldığı saptanmıştır (101). Kentsel ve kırsal alanın karşılaştırıldığı bir çalışmaya göre kentsel alandaki çocuklarda kırsal alandaki çocuklara göre obezite görülme sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde 6-9 yaş aralığında İsveç'teki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; kırsal alanda yaşayan çocuklarda obezite

görülme olasılığının 2-3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Kırsal alanda eğitim düzeyi daha düşük olduğu için bu sonuçların elde edildiği tespit edilmiştir (13).

Çalışmaya katılan ailelerin yarısından fazlasının (%52,8) gelirinin gidere denk olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.). Gelir düzeyi düşük olan aileler yiyecek satın almak için yetersiz ekonomik güce sahip oldukları için çocukların enerji alımının yüksek (enerji içeriği yüksek besin değeri düşük besinler) ve buna bağlı olarak BKİ'lerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çocukların psikolojik olarak sağlıklı olmadığı görülmüştür (21). Afrika kökenli Amerikalı çocuklar üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre; gelir düzeyi düşük olan ailelerin et, yumurta, meyve, sebze ve tam tahıllı gibi besinlere erişimi olmadığından dolayı obezite görülme risklerinin yüksek olduğu saptanmıştır (17). Batı ülkelerinin dahil edildiği bir çalışmanın sonucuna göre; obeziteyle hane halkı gelir düzeyi arasında ters bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani gelir düzeyi arttıkça obezite görülme sıklığının azaldığı görülmüştür (102). Bir başka çalışmaya göre; eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin artmasıyla beraber meyve, sebze, et, süt gibi sağlıklı besinlere erişimin ve Akdeniz diyetine uyumun arttığı saptanmıştır. Buna bağlı olarak çocuklarda obezite görülme olasılığının önemli düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir (41). Yani gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşüklüğünden dolayı besin yoksunluğu ve besin güvensizliği yüksek düzeydedir. Buna bağlı olarak obezite görülme olasılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (103). Finlandiya'da 42 kayıttan elde edilen nesnel verilere göre anne eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyi düşüklüğü arttıkça çocukluk çağı obezite riskinin arttığı saptanmıştır (39).

5.2 Çocuk ve Annelerinin Beslenme Alışkanlıkları

Çocukların %90'ının anne sütü aldığı ve anne sütü alma süresinin $16,6 \pm 9,0$ ay olduğu tespit edilmiştir. Anne sütünü 24 aydan az alanların oran olarak %59,6 olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). Türkiye'de 2018 yılında yayınlanan bir rapora göre çocukların %98'inin bir kere dahi olsa anne sütü aldığı görülmüştür (104). Bu oran, çalışma sonucu elde edilen bulgulardan yüksektir. COSI 2016 çalışması verilerine göreyse çocukların %95'inin anne sütü aldığı ortalama olarak 15,6 ay anne sütü aldıkları tespit edilmiştir (2). WHO'ya göre çocukların ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenmesi ve daha sonra ise tamamlayıcı besinlerle 24 aya kadar anne sütü alımı devam etmelidir (105). Yapılan bir çalışmaya göre anne sütü alan bebeklerin hiç anne sütü almamış bebeklere göre obezite gelişiminin daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca anne sütünün 3 aydan daha az alınması ile 7 ay ve üzeri alınmasının obeziteye karşı

koruyuculuğunun farklı olduğu görülmüştür. 7 ay ve üzeri alan çocuklarda obezitenin görülme olasılığının daha düşük olduğu saptanmıştır (106).

Anne sütünde bulunan 2'-fukozillaktoz (2'FL) oligosakkariti obeziteye karşı koruma sağlayabilmektedir. Fareler üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; 2'FL takviyesi yapılan farelerde yağ kütlesinin azaldığı, glikoz toleransının dengelendiği ve bağırsak bariyerinin korunduğu tespit edilmiştir (107). Poligenik bir araştırmanın sonucuna göre; bebeğin 5 aydan uzun bir süre sadece anne sütüyle beslenmesinin çocuğu 18 yaşına kadar obeziteye karşı koruduğu ve BKİ'yi düşürdüğü saptanmıştır. Bu düşüş kızlarda 1,5 kg/m² erkeklerde ise 1,2 kg/m²'dir (108). Yunanistan'da 2515 anne ve 2-5 yaş grubu çocuğun dahil edildiği kesitsel bir çalışmanın sonucuna göre anne sütü alan çocuklarda almayan çocuklara göre obezite oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca anne sütünün sadece çocuklarda değil annelerde de obeziteye karşı koruduğu saptanmıştır. Anne sütü vermeyen annelerde obezite görülme oranı %12,7 iken veren annelerde bu oran %6,4 olduğu görülmüştür. 100.583 çocuğun dahil edildiği COSI çalışmasının sonucuna göre; İtalya ve Malta'daki hiç anne sütü almamış çocuklarda obezite görülme sıklığının diğer çocuklara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca 6 ay ve üzeri anne sütü alan çocuklarında diğer çocuklara göre (6 aydan az emzirilmiş veya hiç emzirilmemiş) obezite prevalansının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya 22 ülke dahil edilmiştir; 13 ülkede anne sütü alımı ve obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (72,109).

Çocukların %52,7'sinin annelerin ise %61,8'inin ana öğün atladığı tespit edilmiştir. Çocukların %77,3'ünün annelerin ise %48,2'sinin ara öğün yaptığı ve en fazla ara öğün olarak ikinci vaktinin (Anne:%81,2 ; Çocuk: %67,2) tercih edildiği görülmüştür (Tablo 4.5.). 10-16 yaş aralığındaki çocukların olduğu 933 kişi üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre çocukların %90,7'sinin ara öğün yaptığı ana öğünü atlayanların ise BKİ'lerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (110). Hollanda'da 4 yaşındaki çocuklar 2 yıla kadar takip edilmiştir. Öğün atlayan çocukların vücut yağ kütlesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İngiliz çocuklar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise; 3 yaşından itibaren 8 yıl takip edilen çocuklardan ana öğün atlayanların BKİ'lerinin daha yüksek olduğu görülmüştür(111,112). Avustralya'da yapılan bir çalışmada, 9-15 yaşındaki çocuklar 20 yıl boyunca takip edilmiştir. Çocukken kahvaltı öğününü atlayan çocukların daha yüksek bel çevresine ve daha yüksek BKİ'ye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çocuklarda metabolik sendrom riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (113).

Çocuklarda ana öğün atlama sebebinin %44,8 ile iştahsızlıktan kaynaklandığı görülmüştür. Annelerin çoğunluğu alışkanlığı olmadığı için ana öğünü atladıkları tespit

edilmiştir (Tablo 4.5). 7-12 yaş grubundaki 557 öğrenci üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre öğün atlama sebepleri; vakit sıkıntısı, isteksizlik ve iştahsızlıktır. Ayrıca başka bir çalışmada isteksizlik sebebiyle öğün atlayanların çoğunlukta olduğu saptanmıştır (114).

Bu çalışmaya göre çocukların %80,9'u annelerin ise %56,4'ü televizyon/telefon/tablet karşısında herhangi bir besin tüketebilmektedir. Çocukların ekran karşısında en fazla tükettiği besinler sırasıyla cips (%23,6), çekirdek (%22,5) ve kola/meyve suyu (%21,3) iken annelerin ekran karşısında en fazla tükettiği besin %58,1 ile çay/kahvedir (Tablo 4.7.). 10-18 yaş grubundaki 18.660 çocuğun dahil edildiği Çindeki bir çalışmanın sonucuna göre ekran karşısında geçirilen süre arttıkça sağlıklı olmayan besinlere yönelimin arttığı gözlenmiştir. Reklam aracılığıyla sağlıksız besinlerin tanıtımı ve pazarlanması bu davranışın artma sebeplerinden biri olabileceği tahmin edilebilmektedir. Ayrıca televizyon/tablet/bilgisayar gibi teknolojik aletlerle vakit geçirmenin meyve-sebze tüketimini azalttığı abur cubur tüketimini ise arttırdığı saptanmıştır (115).

Çalışmaya dahil edilen çocukların %67,3'ünün annelerin ise %99,1'inin etiket bilgisi okuduğu ve etiket bilgisi okumadaki asıl amacın besinin sağlıklı olup olmadığını öğrenmek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.7). Çinde 955 yetişkinle yapılan bir çalışmanın sonucuna göre katılımcıların %40,4'ünün besin etiketini incelediği saptanmıştır. Ayrıca okumayanların büyük bir çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (116). 18 yaş ve üzeri 165.142 kişinin dahil edildiği bir çalışmanın sonucuna göre %45,9'unun yani her 10 yetişkinden yaklaşık 4'ünün etiket bilgisini okumadığı sonucuna varılmıştır. Etiket bilgisi okuyanların ise genellikle kadın, kentsel bölgede yaşayan, refah seviyesi ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Etiket bilgisi okumayanların çoğunluğunun okumama sebebinin "ilgi duymamak" olduğu saptanmıştır (117).

Çalışmaya göre çocuklar (%41,8) ebeveynlerden (%24,5) daha fazla besin desteği kullanmaktadır. Çocukların en fazla kullandığı besin desteği D vitaminidir (%37). Annelerin ise en fazla kullandığı besin desteği demirdir (%44,4) (Tablo 4.8). TBSA 2017 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri kişilerin %9,9'unun besin desteği kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca 19-64 yaş grubu bireylerde en fazla kullanılan besin desteğinin B12 ve D vitamini olduğu tespit edilmiştir (19). Diğer ülkelere baktığımızda Danimarka'da %51, Güney Kore %34, Avustralya %43, İngiltere %36, İspanya %6 ve Yunanistan'da %2 oranında besin desteği kullanılabilmektedir (118). Çocuklar için ise Avustralya'da besin desteği kullanım oranı %22,6, Çin'de ise %32,4 olduğu görülmüştür. Brezilya'da 7.528 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, besin desteği kullanım oranının %4,8 olduğu tespit edilmiştir. Çin'de 6-12 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre ise çocukların %20,4'ünün

besin desteği kullandığı ve en çok kullanılan desteğin C vitamini, D vitamini ve kalsiyum olduğu görölmüştür. 1999-2012 yılları arasında besin desteği kullanımı Amerikalı yetişkinler arasında artış gösterdiği ve bu yıllar arasında D vitamininin dört kat, omega 3 takviye kullanımının ise yedi kat arttığı saptanmıştır. Ayrıca takviye kullanımının gelir seviyesi yüksek olan ailelerde diğer ailelere göre daha fazla olduğu görölmüştür (119,120,121).

5.3 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Çalışmaya dahil edilen kızlarda obezite görölme sıklığı %5,3 erkeklerde ise bu oranın %13,2 olarak tespit edilmiştir. Genel obezite oranı ise %9.0'dur (Tablo 4.10). 22 ülkeyi kapsayan 6-9 yaş aralığındaki 100.583 çocuğun dahil edildiği COSI 2015-2017 verilerine göre; Türkiye'de aşırı kilolu prevelansı erkeklerde %27 iken kızlarda bu oranın %25 olduğu tespit edilmiştir. Obezite prevelansı ise erkeklerde %13 kızlarda ise %9 olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularında olduğu gibi bu çalışmada da erkeklerde obezite görölme sıklığı kızlardan daha fazladır. Ayrıca erkeklerde obezite görölme sıklığı oranı çalışmanın bulgularıyla yaklaşık olarak aynı çıkmıştır (109). Türkiye'de 6-18 yaş aralığındaki 3171 çocuğun dahil edildiği bir araştırmada yaklaşık olarak her beş çocuktan birinin aşırı kilolu/obez olduğu saptanmıştır. Araştırmada, bu çalışmadan farklı olarak obezitenin görölme sıklığının kızlarda (%12,2) erkeklerden (%9,3) fazla olduğu görölmüştür (122). Dünya Obezite Federasyonunun yayımladığı rapora göre; 2035 yılında Türkiye'de çocukluk çağı obezitesinin iki kattan fazla artacağı sonucuna varılmıştır(18). TBSA 2017 verilerine göre 2008-2019 yılları arasında her iki cinsiyette de obez birey sayısı yaklaşık iki kat arttığı saptanmıştır. TBSA 2017 verilerine göre, Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerin %34'ü fazla kilolu %27,8'inin obez olduğu tespit edilmiştir (19).

Çalışmaya dahil edilen annelerin %29,1'i babaların ise %20,9'unun obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11.). TÜİK 2019 verilerine göre kadınların %24,8'i erkeklerin ise %17,3'ünün obez olduğu saptanmıştır (123). Türkiye Endokloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) 2019 verilerine göre erkeklerde %107, kadınlarda ise %34 oranında obezitede artış olduğu tespit edilmiştir (124). 2010'da yapılan TURDEP II çalışması sonucunda kadınlarda %44 erkeklerde ise %27 oranında obezite göröldüğu saptanmıştır. 1998'de yapılan TURDEP I çalışmasında genel obezite prevelansının %22,3 iken TURDEP II çalışmasında bu oranın %31,2 olduğu tespit edilmiştir (125).

Çalışmaya dahil edilen anne ve babaların ortalama olarak sırasıyla BKİ'si $27,9 \pm 4,9$ kg/m^2 ve $27,1 \pm 4,0$ kg/m^2 'dir. Genel olarak ise $27,5$ kg/m^2 'dir (Tablo 4.11.). TURDEP II çalışması sonucunda genel ortalama $28,6$ kg/m^2 olarak hesaplanmıştır (125).

Bu çalışmada çocukların BKİ değerlerine bakıldığında; kız çocuklarının BKİ ortalamasının $17,5 \pm 2,8$ kg/m^2 erkek çocuklarının ise $17,9 \pm 3,6$ kg/m^2 'dir (Tablo 4.9.). 5-9 yaş aralığındaki 900 çocuğun dahil edildiği bir çalışmanın sonucuna göre; erkek çocukların BKİ değeri $17,5 \pm 2,5$ kg/m^2 kız çocuklarının ise $17,5 \pm 3,6$ kg/m^2 olduğu görülmüştür (126). 6-18 yaş aralığındaki 3171 çocuk üzerinde yapılan çalışmada kız ve erkek çocuklarda sırasıyla BKİ değerleri $20,0 \pm 4,0$ kg/m^2 ve $20,1 \pm 4,2$ kg/m^2 olarak saptanmıştır (122).

Bu çalışmada çocukların yaşa göre boy uzunluğu değerlendirildiğinde kız çocukların %29,5'inin erkek çocukların ise %22,6'sının kısa olduğu (< -1 SD) belirlenmiştir (Tablo 4.10.). TOÇBİ çalışmasına göre kız çocuklarının %3,8'i erkek çocukların ise %4,9'unun bodur olduğu tespit edilmiştir (20). TBSA 2017 raporuna göre, 15-18 yaş grubu çocuklarda bodurluk oranının %4,6 olduğu tespit edilmiştir (E:%5,1 K:%4,2) (19). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018 (TNSA 2018) verilerine göre bodurluk oranı %6 ciddi bodurluk oranının ise %2 olduğu tespit edilmiştir (104). TOÇBİ, TNSA ve TBSA verilerine göre bu çalışmadaki veriler oldukça yüksektir. Dünya Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu 2019 raporuna göre 2018 yılında beş yaşın altındaki çocukların %21,9'unun beslenme yetersizliğinden dolayı bodur olduğu tespit edilmiştir. Dünya genelinde ise en yüksek oranların Afrika ve Asyada olduğu tespit edilmiştir (127). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ortaklığıyla hazırlanan bir başka rapora göreyse dünya çapında 144 milyon çocuk vardır ve bodurluk oranı %21,3'dür (128).

Çocukların yaşa göre BKİ'si değerlendirildiğinde kız çocukların %52,6'sı erkek çocukların ise %47,2'sinin normal vücut ağırlığında olduğu saptanmıştır. Fazla kilolu ve obez erkek çocuk oranının %32,1 kız çocuklarda ise bu oranın %19,3 olduğu tespit edilmiştir. Ortalama olarak ise çocukların %25,4'ünün fazla kilolu ve obez olduğu görülmüştür. Yani her dört çocuktan birinin fazla kilolu veya obez olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Normal vücut ağırlığına sahip annelerin çocuklarının da normal vücut ağırlığına sahip olma oranının %30,4 olduğu tespit edilmiştir. Bu annelerin çocuklarının zayıf olma oranı ise %56,5'tir. Annenin obez olması durumunda çocuğun fazla kilolu olma oranı %29,1 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Babanın obez olması durumunda çocuğun fazla kilolu olma oranı ise %30,4'tür. Anne BKİ'sine göre çocuğun yaşa göre BKİ'si arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Ancak baba BKİ'sine göre çocuğun yaşa göre BKİ'si istatistiksel olarak farklı bulunamamıştır (Tablo 4.13.).

Çocukluk çağı obezitesi için aile hem genetik hem de çevresel bir risk faktörüdür. Özellikle anne çocuğun gelişiminde önemli bir rol modelidir. Çocukların enerji dengesi(besin seçimi, gıda teşviki, uyku düzeni, ekran süresi) ile ilgili davranışları etkileyebilmektedir Yapılan bir çalışmaya göre anne ya da babanın obez olması durumunda %40 oranında, her ikisinin obez olması durumunda %80 oranında çocukta obezite riski artabilmektedir (1,129). Retrospektif bir kohort çalışması sonucunda; anne obez ise çocuğun obez olma riskinin dört kat arttığı saptanmıştır (130). 9-14 yaş aralığındaki 24.289 çocuk ve ebeveyni üzerinde yapılan çalışma sonucunda sağlıklı yaşam tarzına sahip annelerde sağlıklı yaşam tarzına sahip annelere göre çocuklarında obezitenin %75 oranında daha az görüldüğü saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmaya göreyse normal BKİ'yle beraber yeterli ve dengeli beslenen annelerin çocuklarında obezite riskinin %42 azaldığı saptanmıştır (27).

5.4 Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi (EBTA)

Çocukların demografik özelliklerine göre EBTA alt boyut skorları ile değerlendirme yapıldığında erkek çocuk annelerinin cesaretlendirici besleme alt boyutundan aldığı toplam skor $27,3 \pm 6,7$ ve kız çocuk annelerinin ise $24,0 \pm 6,0$ olduğu belirlenmiştir. Sıkı kontrollü besleme alt boyutundan kız çocuk annelerinin toplam alt boyut skor ortalaması $11,3 \pm 3,7$ iken erkek çocuk annelerinin toplam alt boyut skor ortalamasının $12,8 \pm 3,3$ olduğu tespit edilmiştir. Erkek çocuk annelerinin kız çocuk annelerine göre cesaretlendirici ve sıkı kontrollü besleme alt boyut skorları daha yüksektir. Ayrıca cinsiyet ile cesaretlendirici besleme ve sıkı kontrollü besleme skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.14). Çin'de 7-12 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; erkek çocuklarında kız çocuklarına göre duygusal anlamda aşırı yeme davranışının daha baskın olduğu saptanmıştır (17). Tayland'da ilkökul çocuklarında yapılan bir çalışmanın sonucuna göre erkek çocuklarının kız çocuklara göre besin duyarlılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada da ergen erkek çocukların duygusal anlamda aşırı yeme davranışına sahip olduğu tespit edilmiştir (15). Ankara'da 3-5 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre; duygusal besleme tarzının kız çocuklarında daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kontrollü besleme tarzının alt boyut skorunun kız çocuklarında erkek çocuklarına göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak herhangi bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (131). Çalışmanın bulgularında da duygusal besleme alt boyut skorunun erkek çocuklarında

(12,3 ± 5,1) kız çocuklarından (12,3 ± 4,2) daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

3-13 yaş aralığındaki Portekizli 240 çocuk üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre yardımcı besleme alt boyut skoru ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak erkek çocuk annelerinde yardımcı besleme alt boyut skorunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (132). 4-6 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ebeveyn beslenme tarzı ile çocukların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (133). 3-6 yaş grubu çocuklarda yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre cinsiyet ile anne beslenme tarzı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (134).

Amerika’da yapılan başka bir çalışmada ise ebeveynlerin kız çocuklarını daha kısıtlayıcı besledikleri saptanmıştır (134). Aydın’da okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmaya göre ebeveyn beslenme tarzlarından yardımcı beslenme tarzının erkek çocuk annelerinde kız çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (135). 260 çocuk üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmaya göre; cesaretlendirici besleme tarzının alt boyut skorunun kız çocuğu olan annelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (134).

Yapılan başka bir çalışma sonucuna göre ebeveynlerin erkek çocuktan çok kız çocuklarının vücut ağırlığını kontrol edebildikleri saptanmıştır (136). Başka bir çalışmanın bulgulara göre anneler kızlarını kilolu algıladıkları için annelerin kız çocuklarına yemek yemesi için baskı yapma olasılığının erkek çocuklarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yani anneler kız çocuklarının yeme davranışını erkek çocuklarından daha fazla kontrol altında tutabilmektedir (84).

Her ne kadar bazı çalışmalar cinsiyet ve ebeveyn beslenme uygulaması arasında ilişki olduğunu belirtmiş olsada bununla alakalı daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

7-12 yaş aralığında çalışmaya dahil edilen çocuklardan 12 yaşındaki çocukların annelerinin duygusal ve yardımcı besleme alt boyut skor ortalamalarının diğer yaş gruplarına (7 ve 8 yaşındakiler hariç) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.14). Yeme baskısı yemekten alınan zevkin azalmasına yemekten kaçınmaya sebep olarak beslenme davranışındaki gelişimi bozabilmektedir. Kesitsel bir çalışmaya göre yeme baskısının daha küçük çocuklarda obezite riski ile ilişkilendirildiği saptanmıştır. Ancak yaş arttıkça yeme baskısı ve obezite riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (136).

2-6 yaş ve 7-11 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, çocuk yaşı küçüldükçe ebeveynin cesaretlendirici ve toleranslı besleme tarzı alt boyut

skorlarının arttığı saptanmıştır (137). Özçetin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonucunda da buna benzer veriler elde edilmiştir. Bu Türk toplumunda da yaygın olan “çok yiyen çocuk sağlıklıdır” anlayışıyla bağdaşabilmektedir (3). Ancak çalışmada böyle bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4.14).

Çocuk sayısı ile EBTA alt boyutlarından duygusal ve cesaretlendirici besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya göre dört ve üzeri çocuğu olan ebeveynlerin iki çocuğu olan ebeveynlere göre duygusal besleme alt skoru daha yüksektir. Cesaretlendirici beslenmede ise tam tersi durum söz konusudur (Tablo 4.14). Bir çalışmanın sonucuna göre; toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorunun birden fazla çocuğu olan annelerin, tek çocuğu olan annelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (138). Ebeveyn tutumlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya göre çocuk sayısı üçün üstünde olan ailelerin “otoriter” değil de “izin verici” skor ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (139). Yapılan bir tez çalışması sonucunda toleranslı kontrollü beslenme alt boyut skorunun tek çocuklu aile yapısında daha yüksek olduğu saptanmıştır (140). İncelenen bir çalışmanın sonucuna göreyse ebeveyn beslenme tarzı ile çocuk sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (134).

Çalışmanın bulgularına göre anne yaşı ve EBTA alt boyutlarından toleranslı kontrollü besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). 40 ve üzeri yaşındaki annelerde toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorunun en yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.15). 260 okul öncesi çocuk ve anneleri üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmanın sonucuna göre anne yaşı ile duygusal besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Bu farklılığın 20-29 yaş grubu annelerden kaynaklandığı ve alt boyut skorunun diğer yaş gruplarına göre en yüksek olduğu görülmüştür (140). Anne yaşı küçüldükçe duygusal besleme tarzının daha fazla tercih edildiği ve çocukların sağlıklı olmayan besinleri tüketme eğiliminin arttığı saptanmıştır (141). Başka bir çalışmanın sonucuna göre; duygusal besleme, cesaretlendirici besleme ve yardımcı besleme ile anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki saptanmıştır (138).

Aydın’da okul öncesi çocuklarda ve Ankara’da 3-6 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan çalışma sonucunda anne yaşı ile ebeveyn beslenme tarzları (DB, CB, YB, SKB, TKB) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (135). 3-6 yaş aralığındaki 114 çocuk ve annelerinin dahil edildiği bir çalışmanın sonucuna göre; duygusal besleme, cesaretlendirici besleme ve yardımcı besleme alt boyut skor ortalamaları ile annenin yaşı arasında istatistiksel olarak negatif bir ilişki saptanmıştır (134). Ankara’da 3-5 yaş aralığındaki çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan çalışmaya göre; 35 yaşından büyük annelerin

toleranslı kontrollü besleme, duygusal besleme ve yardımcı besleme alt boyut skor ortalamalarının 19-35 yaş aralığındaki annelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir (132). 2-11 yaş aralığındaki 184 çocuk ve anneleri üzerinde yapılan çalışma sonucunda duygusal besleme, yardımcı besleme ve toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorlarının anne yaşı azaldıkça arttığı saptanmıştır (137). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmayla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada duygusal besleme ve yardımcı besleme tarzları ile anne yaşı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (134).

Çalışmaya göre; anne eğitim düzeyi ile EBTA alt boyutlarından duygusal besleme ve toleranslı kontrollü besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Okuryazar olmayan annenin duygusal besleme skoru ($14,7 \pm 4,6$) lisansüstü eğitim düzeyine ($7,4 \pm 4,6$) sahip anneden yüksektir ve aralarında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.15). Bazı çalışmalar sonucunda anne eğitim düzeyi ve ebeveyn beslenme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (142,143). 180 ebeveyn ve çocuk üzerinde yapılan çalışma sonucunda; anne eğitim düzeyi arttıkça kontrollü beslemenin de arttığı ancak duygusal beslemenin azaldığı saptanmıştır (144). Bu çalışmaya göre anne eğitim düzeyi arttıkça duygusal besleme ve toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorlarının azaldığı görülmüştür (Tablo 4.15.). 270 çocuk ve anneleri üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, eğitim seviyesi ortaokul ve lise olan annelerin cesaretlendirici besleme ve toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (145). 7-10 yaş aralığındaki çocuklar ve anneleri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; anne eğitim durumuyla cesaretlendirici besleme ve yardımcı besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca cesaretlendirici besleme alt boyut skorunun anne eğitim düzeyi arttıkça arttığı saptanmıştır (146). 3-5 yaş aralığındaki okul öncesi çocuk ve anneleri üzerinde yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre; eğitim düzeyi yüksek olan annelerin; eğitim düzeyi düşük olan annelere göre cesaretlendirici besleme alt boyut skorunun yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (131).

Bir çalışmada hem annelerin hem de çocukların eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı besleme davranışının da geliştiği saptanmıştır. Çalışma sonucunda, üniversite mezunu olan annelerin cesaretlendirici besleme ve toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorlarının diğer beslenme tarzlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (140). Başka bir çalışmanın sonucuna göre genç, eğitim düzeyi düşük ve ev hanımı olan annelerin duygusal besleme ve enstrümantal besleme alt boyut skorlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (138). 3-6 yaş aralığındaki çocuklar ve anneleri üzerinde yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre, anne eğitim durumu

ile duygusal besleme ve yardımcı besleme tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (134). İngiltere’de çocuk ve anneleri üzerinde yapılan çalışmaya göre anne eğitim düzeyi ile kontrollü besleme tarzı arasında doğru orantılı duygusal besleme arasında ters orantılı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (145). Türkiye’de yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ise eğitim düzeyi ile duygusal besleme ve yardımcı besleme tarzı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi düşük annelerin duygusal besleme ve yardımcı besleme alt boyut skorunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (134).

Çalışmaya göre anne sütü alıp almama durumu ile yardımcı besleme skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Anne sütü alanlarda yardımcı besleme alt boyut skorunun daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.17.). Anne sütü ve EBTA arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya göre anne sütünü altı aydan az alan çocukların annelerin yardımcı besleme alt boyutskorunun yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca tamamlayıcı beslenmeye erken geçen annelerin genelde besini ödül olarak kullanabildikleri görülmüştür (147).

Çalışmanın bulgularına göre annenin çalışma durumuna göre ebeveyn beslenme tarzlarından duygusal besleme istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışan annelerde çalışmayan annelere göre duygusal besleme alt boyut skorunun daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.15.). Bir çalışmaya göre annenin çalışıp çalışmama durumu, eğitim düzeyi ve aile gelir durumuyla çocuk beslenme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (138). 260 okul öncesi çocuğun dahil edildiği bir çalışmaya göre eğitim düzeyi artışı ve annenin aktif olarak çalışıyor olması ile cesaretlendirici besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca cesaretlendirici besleme alt boyut skor ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmaya göre cesaretlendirici besleme alt boyut skoru ile anne eğitim düzeyi düşüklüğü ve annenin aktif olarak çalışmama durumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Cesaretlendirici besleme alt boyut skorunun ise düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca sebze tüketiminin anne eğitim düzeyi ile alakalı olduğu belirtilmiştir (134, 145).

Gelir düzeyi ile alakalı yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi azaldıkça ebeveynin beslenme üzerindeki kontrolünün arttığı saptanmıştır (148). Afrika kökenli Amerikalı çocuk ve ergenler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre ekonomik düzeyi düşüklüğünden dolayı meyve, sebze ve tam tahıllı besinlerin tüketilmemesi sonucunda obezite riskinin arttığı saptanmıştır (17). Bu çalışmada gelir düzeyi ile ebeveyn beslenme tarzları arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4.15).

Çalışmaya göre; ebeveynlerin antropometrik ölçümlerinden anne BKİ'si ile duygusal besleme, yardımcı besleme ve toleranslı kontrollü besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Obez annelerin duygusal besleme, yardımcı besleme ve toleranslı kontrollü besleme alt boyut skorlarının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Alt boyut skorlarının yüksek olması obez annelerin çocuk beslenmesinde o beslenme tarzını tercih ettiğini gösterebilmektedir (Tablo 4.20) Wardle ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre obez annelerin kontrollü ve duygusal besleme alt boyut skorlarının anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (96). Bir çalışmada çocukluk çağı obezitesiyle yardımcı besleme ve duygusal besleme arasındaki ilişkinin anlaşılması amacıyla hem anne hem de babalara eğitim verilmesi gerektiği vurgulanabilmektedir (134).

Çalışmanın bulgularına göre, yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ ile EBTA alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4.20). Yapılan bir çalışmaya göre cesaretlendirici besleme tarzını benimseyen annelerin çocuklarının BKİ değerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (149). Yapılan başka bir çalışmaya göre iki yaş altındaki çocuklarda beslenme tarzları ve çocuğun vücut ağırlığı arasında herhangi bir ilişki saptanamamışken iki yaştan üzerindeki çocuklarda duygusal besleme alt boyut skorlarının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hatayda 500 bebek ve anneleri üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre; anne BKİ'si ile duygusal besleme ve yardımcı besleme tarzı arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Normal BKİ'ye sahip annelerin, obez annelere göre duygusal besleme ve yardımcı besleme alt boyut skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki obez annelerin duygusal besleme ve yardımcı besleme tarzını tercih etmemelerini sebebi; çocuklarının da kendileri gibi obez olmasını istemediklerinden kaynaklanabilmektedir. Obez annelerin BKİ'si ile cesaretlendirici besleme ve sıkı kontrollü besleme alt boyut skorlarının yüksek ancak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (146). Bir başka çalışmaya göre, yardımcı besleme alt boyut skoru yüksek olan ebeveynlerin çocuklarında sağlıklı beslenme davranışlarının gelişmiş ve BKİ'lerinin diğer çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada sıkı kontrollü besleme ve toleranslı kontrollü besleme tarzına sahip ebeveynlerin çocuklarının obeziteye yatkın olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmaya göre ise obez annelerin sıkı kontrollü besleme skorlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Burada annelerin amacının çocuğu obeziteye karşı korumak olduğu tahmin edilebilmektedir (150, 151).

Yapılan kesitsel ve uzunlamasına çalışmalar sonucunda çocuğun vücut ağırlığı ve obezite riski ile toleranslı kontrollü besleme tarzı arasında ilişki olduğu görülmüştür (152).

Toleranslı kontrollü besleme alt boyut skoru yüksek olan annelerin çocuklarının BKİ'sinde yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak sıkı kontrollü besleme tarzını benimseyen annelerin çocuklarının BKİ'lerinin normal aralıkta olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmaya göre toleranslı kontrollü besleme tarzı ile obezite riski arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (153). Amerikalı çocuklar üzerinde yapılan prospektif bir çalışmaya göre ebeveyn beslenme tarzıyla çocuğun vücut ağırlığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Toleranslı kontrollü besleme tarzına sahip ebeveynlerin çocukları sıkı kontrollü besleme tarzına sahip ebeveynlerin çocuklarına göre fazla kilolu olma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(154). Amerikalılar da yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre; toleranslı kontrollü besleme tarzının çocuklarda; daha düşük tokluk tepkisi ve yiyeceklerden daha fazla keyif almasına sebep olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çocukların BKİ'lerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (155).

Yapılan kesitsel çalışmalar sonucunda kontrollü besleme tarzının çocuklarda aşırı kilo / obeziteyle bağlantılı olduğu saptanmıştır. Kontrollü besleme alt boyut skorunun artışı; çocuğun çok iştahlı ve annenin çocuğu aşırı kilolu olarak algılamasıyla bağlantılı olabileceği saptanmıştır. 7-11 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan çalışmaya göre beslenme davranışındaki iyileşmeler sonucunda kontrollü besleme tarzının vücut ağırlığı kaybıyla orantılı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca çocuğun diyetinin niceliği ve niteliği için algılanan sorumlulukta da artış olduğu bildirilmiştir (153).

Yemek yeme baskısıyla BKİ arasında ilişki olduğunu tespit eden birçok çalışma yapılmıştır. Malezya'da çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda hafif kilolu/obez çocukların ebeveynlerinin normal kilolu çocukların ebeveynlerine göre baskı uygulama olasılıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır (153).

260 çocuk üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmanın sonucuna göre, anne ve çocuk BKİ'si ile EBTA alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ancak baba BKİ'si ile cesaretlendirici besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bir çalışmaya göre, kontrollü besleme alt boyut skoru ile çocuğun BKİ'si arasında negatif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir(134,140). Başka bir çalışmaya göre ise ebeveynin cesaretlendirici beslenme alt boyut skoru ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters orantılı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (156).

İngiltere'de çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan bir çalışmada normal vücut ağırlığındaki anneler ile obez anneler karşılaştırılmıştır. Cesaretlendirici besleme alt boyut skorunun normal vücut ağırlığına sahip annelerde daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Bu çalışmada, kontrollü besleme alt

boyut skorlarının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ancak, normal vücut ağırlığına sahip annelerin duygusal besleme alt boyut skorlarının daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (96).

Çocuk ve ebeveynlerin beslenme davranışlarının karşılaştırılması amacıyla Tokat'ta 468 okul öncesi çocuk ve anneleri üzerinde çalışma yapılmıştır. Çalışmada çocuk yeme davranışları anketi (ÇYDA) ve EBTA kullanılmıştır. Bu iki anketin alt boyut skorları arasında doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (157).

Hollanda'da 6-7 yaş aralığındaki çocuklar ve ebeveynleri arasında yapılan çalışma sonucunda yardımcı besleme ve duygusal besleme alt boyut skoru arttıkça çocuklarda atıştırma (abur cubur) tüketiminin arttığı saptanmıştır (158).

İngiltere'de 3-5 yaş aralığında çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan prospektif çalışma sonucunda annenin kısıtlayıcı beslenme davranışıyla çocukların BKİ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (159). Ankara'da 3-5 yaş aralığındaki 220 okul öncesi çocuk ve ebeveynlerinin dahil edildiği bir çalışmaya göre duygusal besleme tarzı ile çocukluk çağı obezitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (131). Ankara'da 3-6 yaş aralığındaki çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre; cesaretlendirici besleme alt boyut skorunun zayıf çocuklarda obez çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (138).

İzmir'de ilkokul çocukları ve ebeveynleri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre sıkı kontrollü besleme alt boyut skoru dışında EBTA alt boyut skorları ile çocuk BKİ'si arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anne BKİ'si ile ebeveyn beslenme tarzının karşılaştırıldığı bir çalışma sonucunda, zayıf annelerin duygusal besleme alt boyut skorlarının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak herhangi bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (131,134).

İzmir'de 3-6 yaş aralığındaki çocuklar ve anneleri üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre anne BKİ'si ile çocuk beslenme uygulaması arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır (134).

İzmir'de 2-11 yaş aralığındaki 184 çocuk ve annesi üzerinde yapılan tez çalışması sonucunda annenin BKİ'si ile cesaretlendirici besleme skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ve doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur (160).

Bazı çalışmalarda kontrollü beslenme tarzı ve çocukluk çağı obezitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (161). Bazı çalışmalarda ise kontrollü besleme alt boyut skoru arttıkça aburcubur tüketiminin azaldığı buna bağlı olarak çocukluk çağı obezitesinin azaldığı saptanmıştır (162). Ancak bu çalışmaya göre ebeveyn beslenme tarzları ile yaşa göre BKİ arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4.20).

Bazı çalışmalar sonucunda, toleranslı kontrollü besleme alt boyut skoru arttıkça çocuğun BKİ'sinde arttığı görülmüştür (163). Yardımcı besleme alt boyut skoru ile çocuk BKİ'si arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar olsa da bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışma sonucunda, ebeveyn beslenme tarzı ile çocuk BKİ'si arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Fransa'da yapılan başka bir çalışma da ise tam tersi bir ilişki tespit edilmiştir (147).

Amerika'da 14 eyalette yapılan kesitsel bir çalışmanın sonucunda; çocuğu yemek yemeye teşvik ettikçe BKİ'nin azaldığı ancak yemek yemesi kısıtlandığında çocuk BKİ'sinin(özellikle kız) arttığı saptanmıştır (95). İspanyol erkek çocukları üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre toleranslı kontrollü besleme tarzına sahip annelerin çocuklarının BKİ'sinin diğer çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (153).

Çocuğun sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmasında erken çocukluk dönemi önemlidir. Bu dönemde, çocuğa besinleri tanıtan ebeveynlerin beslenmeye yönelik tutumları ile çocukların beslenme alışkanlığı şekillenebilmektedir (17)

Bazı deneysel çalışmalar sonucunda duygusal besleme davranışına sahip annelerin çocuklarının; yağ, şeker ve enerji içeriği yüksek besinleri daha çok tercih ettikleri tespit edilmiştir (165). Yapılan başka bir çalışmaya göre; duygusal besleme puanı yüksek olan annelerin daha çok kek, pasta, bisküvi gibi karbonhidrat ağırlıklı besinler tükettikleri saptanmıştır (166). 24-64 yaş aralığındaki yaklaşık 3700 yetişkin üzerinde yapılan çalışmanın sonucuna göre; duygusal besleme ile tatlı tüketiminin arttığı meyve sebze tüketiminin azaldığı tespit edilmiştir (167).

Olumlu ve olumsuz duygu durumlarına göre tercih edilen besinler değişebilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre; olumlu duygu durumundaki kişiler pizza, biftek ve güveç gibi besinleri tercih ederken olumsuz duygu durumundaki kişiler dondurma, kurabiye ve tatlıyı tercih ettikleri tespit edilmiştir (168).

Hoerr ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda, çocuklarına her istediği besini veren annelerin çocuklarının meyve ve sebzeyi daha az; enerji içeriği fazla ve besin değeri düşük olan atıştırma malıkları daha fazla tükettiği tespit edilmiştir (169). Başka bir çalışmada meyve ve sebze tüketimini teşvik eden annelerin çocuklarında meyve sebze tüketiminin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, bu çocuklarda şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketiminin azaldığı tespit edilmiştir. Ancak abur cubur ve şekerli içeceklerin tüketimini sınırlandırmak amacıyla kontrol altında tutmak isteyen annelerin çocuklarında bu tür besinlerin tüketiminin arttığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak cesaretlendirici besleme tarzına sahip annelerin çocuklarının meyve sebze tüketiminin fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak sıkı kontrollü besleme tarzını benimsemiş

annelerin çocuklarında ise enerji içeriği yüksek ve besin değeri düşük olan besinlerin tüketiminin fazla olduğu tespit edilmiştir (170).

Patrick ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; anne cesaretlendirici beslenme tarzının benimsedikçe çocuğun süt, meyve ve sebze tüketiminin de arttığı tespit edilmiştir. (171). Bir çalışmada cesaretlendirici besleme ile et tüketimi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca cesaretlendirici beslenme ile çocukların balık tüketimi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (17).

Londra'da 2-6 yaş aralığındaki çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; yeme baskısı ile yetiştirilen çocukların meyve ve sebze tüketiminin düşük olduğu görülmüştür (172). Cesaretlendirici besleme tarzıyla yetiştirilen çocuklarda meyve sebze tüketiminin arttığı görülmüştür. Duygusal besleme ve yardımcı besleme tarzı ile yetiştirilen çocukların meyve ve sebze tüketiminin daha az olduğu görülmüştür (173).

Sekiz ülkeyi kapsayan bir Avrupa araştırması sonucunda çocukların çoğunlukla anneye beslenme düzeninin benzer olduğu görülmüştür (174). Örneğin; annelerin tatlı, fast food ve şekerli içecek tüketimi ile çocuklarında bu tür besinleri tükettiği tespit edilmiştir (175). Hollandalı 6-7 yaş aralığındaki çocuklarda yapılan çalışma sonucunda cesaretlendirici besleme tarzı ile yetiştirilen çocuklarda atıştırmalıkların tüketiminin daha az olduğu görülmüştür (176).

KKTC'de yapılan çalışmaya göre; kadınların büyük çoğunluğunun peynir tükettiği ve yaklaşık %25'ininde haftada 1-2 kez yumurta tükettiği tespit edilmiştir. Kadınların %3,4'ünün kırmızı et, %10,3'ünün tavuk ve %0,9' unun her gün balık tükettiği tespit edilmiştir (177). Castro ve arkadaşları tarafından okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; çocukların %43,3'ü kırmızı eti ve %41,7'si tavuk etini haftada 3-4 kez tükettiği saptanmıştır. Ayrıca %47,5'inin haftada 1-2 kez balık tükettiği tespit edilmiştir (178).

Bitkisel protein kaynağı olup posa ve kompleks karbonhidrat içeriği yüksek olan kuru baklagillerin haftada iki kez tüketilmesi önerilmektedir. Kıbrıs'ta yapılan bir çalışmaya göre kadınların %53,1'inin haftada 1-2 kez %11,5'inin ise haftada 3-5 kez kurubaklagil tükettiği tespit edilmiştir (177).

Doymamış yağ asidi, posa, protein ve vitamin-mineral açısından önemli bir kaynak olan yağlı tohumlar antioksidan, antikarsinojenik ve antiinflamatuvar etkiye sahiptir (63). Yapılan bir çalışmaya göre, kadınların %30,6'sının haftada 1-2 kez %27,3'ünün ise 15 günde bir kez yağlı tohum tükettiği tespit edilmiştir (177).

Karbonhidrat açısından önemli bir besin olan ekmek ve tahıl grubu yeterli ve dengeli beslenmede sıklıkla kullanılabilir (63). Yapılan bir çalışmada kadınların %90'ının her gün ekmek tükettiği ayrıca %73,2 her gün pirinç, buğday ya da mısır tükettiği tespit edilmiştir.

Çocukların %60,8 beyaz ekmeği haftada üç kez tükettiği %40, 5'inin ise tam tahıl ekmeğini ayda bir kez tükettiği tespit edilmiştir (177).

Yapılan bir çalışmaya göre; sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip annelerin çocuklarının; karabuğday, tam buğday ve esmer pirinç tükettikleri görülmüştür. Sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip olmayan annelerin çocuklarının ise beyaz pirinç ve tatlandırılmış kahvaltılık gevrek tüketme alışkanlığına sahip olduğu görülmüştür. (11). Adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre adolesanların yaklaşık %90'ının tam tahıllı ekmek yemediği %50'sinin ise haftada bir kereden az kabuklu yemiş veya pirinç tükettiği tespit edilmiştir (179).

Meyve ve sebzeler posa, vitamin ve mineral açısından önemli bir besin grubudur (63). Kıbrıs'ta yapılan bir çalışmada kadınların %86,1'i her gün meyve tüketmektedir ve yaklaşık %60'ının ise her gün sebze tükettiği tespit edilmiştir (177).

Bir çalışma sonucunda; annenin sebze, meyve ve süt tüketimi ile çocukların meyve ve süt tüketimlerinin arttığı ancak annenin sebze tüketimiyle çocukların sebze tüketiminde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Çocukların sebze tüketimi konusunda aşırı anne baskısı altında oldukları için sebzeye karşı isteksiz olabileceği tahmin edilmektedir (180).

Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; annenin süt ve yoğurt tüketimi ile kız çocuklarının süt ve yoğurt tüketimi arasında doğru orantılı güçlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür (11).

Sağlıklı beslenme toplam enerjinin; < %7'si doymuş yağ asidi, < %10'u çoklu doymamış yağ asitlerinden ve %12-15'i ise tekli doymamış yağ asitlerinden karşılanmalıdır (63). Kıbrıs'ta yapılan bir çalışmaya göre kadınların %82,9'unun zeytinyağı ve %76,9'u ise bitkisel sıvı yağları her gün tükettikleri tespit edilmiştir (177). Türkiye'de yapılan bir çalışmanın sonucunda sırasıyla en fazla kullanılan yağların ayçiçek yağı ve zeytinyağı olduğu tespit edilmiştir (181).

Enerjisi yüksek ve mikro besin ögesi açısından yetersiz olan; atıştırmalıkların, hazır besin ve şekerli içeceklerin fazla tüketimi obeziteye yol açarak kronik hastalıkların oluşumuna sebep olabilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre, kadınların %37,8'inin her gün şeker %23,4'ünün haftada 1-2 kez sütlü tatlı tükettiği ve %50,5'inin ise hiç şeker tüketmediği tespit edilmiştir (177).

Çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada; çocukların %54,5'inin çikolatayı %25,1'inin gazlı içecekleri haftada üç kez ve yaklaşık %60'ının patates cipsini haftada iki kez tükettiği tespit edilmiştir (177).

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebeveynlerin tutum ve davranışlarının çocukluk çağı obezitesine etkisini belirlemek amacıyla 7-12 yaş aralığındaki 110 çocuk ve ebeveynleri (110 kişi) üzerinde anket çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

1. Çalışmaya katılan çocukları %51,8'i (57 kişi) kız, %48,2'si (53 kişi) erkektir. Çocukların yaş ortalaması $10,2 \pm 1,44$ 'dür.
2. Çalışmaya katılan çocukların %60'ı ilkokula %40'ı ortaokula gitmektedir.
3. Annelerin yaş ortalaması $37,42 \pm 6,5$ yıl, babaların yaş ortalaması ise $40,9 \pm 6,7$ yıldır.
4. İlkokul mezunu anne ve baba sayısı diğerlerinden (lise, üniversite..) fazladır. Annelerin %32,7'si babaların ise %29,1'i ilkokul mezunudur.
5. Çalışmaya dahil edilen babaların büyük çoğunluğu işçidir (%55,5). Diğerleri ise serbest meslek (%25,5), memur (%13,5) ve emeklidir (%5,5).
6. Çalışmaya katılanların gelir durumu; %52,8'inin geliri giderine denk, %33,6'sının geliri giderinden az ve %13,6'sının geliri giderinden fazladır.
7. Çalışmaya dahil edilenlerin %90'ı anne sütü almıştır. %59,6'sı 24 aydan az; %40,4'ü 24 aydan fazla anne sütü almıştır.
8. Annelerin %53,6'sı çocukların ise %51,8'in en fazla yaptığı ana öğün sayısı ikidir.
9. Annelerin %61,8'i çocukların ise %52,7'si ana öğün atlamaktadır. Çocukların %44,8'inin öğün atlamasının asıl sebebinin iştahsızlık olduğu, annelerin ise %38,2'sinin alışkın olmadığı için öğün atladığı belirtilmiştir.
10. Çocukların %77,3'ünün annelerin ise %48,2'sinin ara öğün yaptıkları ve en fazla ikinci vakti ara öğün yaptıkları görülmüştür.
11. Çocukların yarısından fazlasının (%54,5) gece yeme davranışının olduğu ancak annelerin büyük bir çoğunluğunun (%85,5) gece yeme davranışının olmadığı görülmüştür.
12. Çocukların yaklaşık yarısının (%45,1) sabah öğününde et, yumurta, kurubaklagil grubu besinleri tercih ettiği annelerin ise %43,5'inin süt, yoğurt grubu besinleri tercih ettiği görülmüştür. Hem öğle (Anne:%40, Çocuk:%34,9) hem de akşam (Anne:%60,7 , Çocuk:%55,9) öğününde oran olarak en fazla tercih edilen besin grubu et, yumurta ve kurubaklagildir.
13. Çocukların %34,5'i (38 kişi) meyve suyu annelerin ise %70,9'u çay içmektedir. Her iki grubunda (Anne:%51,8, Çocuk:%50) yaklaşık yarısı günlük 7-8 bardak su içmektedir.

- Hem annelerin (%53,6) hem de çocukların (%63,6) büyük bir kısmı stres, korku ve heyecan gibi durumlardan dolayı beslenme durumunu değiştirmektedir.
14. Hem annelerin (%56,4) hem de çocukların (%80,9) yarısından fazlası televizyon/tablet gibi teknolojik aletlerin karşısında besin tüketmektedir. Annelerin %58,1'i çay/kahve çocukların %46,1'i çirdek/cips tüketmektedir.
15. Çocukların yarısından fazlası (%67,3) annelerin ise neredeyse tamamı(%99,1) etiket bilgisi okumaktadır. Her iki grupta da (Anne:%76,1 , Çocuk:%68,9) etiketin incelenme sebebi besinin sağlıklı olup olmadığının öğrenilmesidir.
16. Çocukların %41,8'i annelerin ise %24,5'i besin desteği kullanmaktadır. Çocukların sırasıyla en fazla kullandığı iki besin desteği D vitamini (%37) ve balık yağıdır (%26,1). Annelerin ise sırasıyla en fazla kullandığı besin destekleri demir (%44,4) ve D vitaminidir (%29,9).
17. Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının boy uzunluğu değeri sırasıyla; $137,9 \pm 11,10$ cm ve $139,6 \pm 8,56$ cm'dir. BKİ değerleri erkek ve kız öğrenciler için $17,9 \pm 3,58$ kg/m² ve $17,5 \pm 2,8$ kg/m²dir. Vücut ağırlığı ise kız çocuklarında $33,3 \pm 8,1$ kg erkek çocuklarında $35,0 \pm 8,9$ kilogramdır.
18. Kız çocuklarının %61,4'ünün erkek çocukların ise %64,2'sinin yaşa göre boy uzunluğu normaldir (≥ -1 SD - $<+1$ SD). Kız çocuklarının %29,5'i erkek çocuklarının ise %22,6'sı kısadır. Kız çocuklarının %52,6'sı erkek çocuklarının %47,2'sinin yaşa göre BKİ'si normaldir.
19. Kızların %14'ü fazla kilolu %5,3'ü obezdir. Erkeklerin ise %18,9'u fazla kilolu %13,2'si obezdir. Genel olarak ise çocukların %16,4'ü fazla kilolu %9'u obezdir.
20. Anne ve babaların BKİ değeri ortalaması sırasıyla $27,9 \pm 4,9$ kg/m² ve $27,1 \pm 4,0$ kg/m²dir. Annelerin %50'si fazla kilolu %29,1'i obezdir. Babaların ise %47,3'ü fazla kilolu %20,9'u obezdir.
21. Obez BKİ değerine sahip annelerin ve babaların sırasıyla çocuklarının %28,1'i ve %30,4'ü fazla kilolu/obezdir. Çocukların BKİ değeri sınıflaması ve annelerin BKİ değeri arasında istatistiksel olarak ilişki vardır ($p<0,05$). Ancak babalar da böyle bir durum söz konusu değildir ($p>0,05$).
22. Erkek çocuk annelerinin cesaretlendirici besleme ve sıkı kontrollü besleme puanları ($27,3 \pm 6,7$ ve $12,8 \pm 3,3$) kız çocuk annelerinin puanlarına ($24,0 \pm 6,0$ ve $11,3 \pm 3,7$) göre daha yüksektir. Bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

23. 12 yaşındaki çocukların annelerinin duygusal besleme ($9,0 \pm 3,5$) ve yardımcı besleme ($8,4 \pm 2,4$) alt boyut skor ortalaması 9,10 ve 11 yaşında çocuğu olan annelerin puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
24. Çocuk sayısı dört ve üzeri olan annelerin duygusal beslenme skorlarının ($13,0 \pm 4,6$) iki çocuklu annelere ($9,9 \pm 4,1$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cesaretlendirici beslenmede ise tam tersi durum söz konusudur. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).
25. 40 yaş ve üzeri annelerin toleranslı kontrollü besleme skoru ($12,9 \pm 3,4$) 19-29 ($9,4 \pm 2,6$) ve 30-39 ($11,4 \pm 2,9$) yaş grubundaki annelerden yüksektir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).
26. Okuryazar olmayan annelerin duygusal besleme skorunun lisansüstü düzeyde eğitim alan annelerin duygusal besleme skoruna göre daha fazla olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Okuryazar annelerin duygusal besleme skorlarının, eğitim durumu; ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite olan annelerin duygusal besleme skorlarına göre daha yüksek olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
27. Memur annelerin duygusal besleme skoru ($7,1 \pm 2,0$) ev hanımı ($12,9 \pm 4,3$) ve serbest meslek($13,6 \pm 7,0$) sahibi annelerden düşüktür. Bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).
28. Çocukların annelerinin gelir durumu ile EBTA alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).
29. Anne sütü alan ve almayan çocukların annelerinin yardımcı besleme puan ortalaması sırasıyla $9,4 \pm 3,1$ ve $7,3 \pm 2,6$ 'dır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Ancak diğer EBTA alt boyut skorları ile anne sütü alıp almama durumu arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanamamıştır.
30. Üç ana öğün yapan çocukların annelerinin duygusal beslenme ($13,3 \pm 4,8$) ve sıkı kontrollü beslenme($12,9 \pm 3,7$) skorları iki ana öğün yapanlara (DB : $11,6 \pm 4,3$ ve SKB: $11,1 \pm 3,3$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,05$).
31. Ana öğün atlamayan çocukların sıkı kontrollü besleme skorları ($12,9 \pm 3,7$) öğün atlayanların sıkı kontrollü besleme skorlarına ($11,2 \pm 3,3$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Duygusal besleme skorlarında (öğün atlayan: $11,5 \pm 4,4$ öğün

atlamayan: $13,3 \pm 4,8$) ise tam tersi bir durum söz konusudur bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

32. Ana öğün atlayan ve atlamayan annelerin yardımcı beslenme skoru ortalaması sırasıyla $8,7 \pm 3,1$ ve $10,0 \pm 3,03$ olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
33. Gece yeme durumu ile çocuk ve annelerin EBTA alt boyut skorlarından cesaretlendirici besleme ve duygusal besleme arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmış. Çocuklarda; gece herhangi bir şey yemeyenlerin cesaretlendirici besleme skoru ($27,1 \pm 6,7$) yiyenlerden ($24,3 \pm 6,1$) fazla çıkmıştır. Annelerde ise gece herhangi bir şey yiyenlerin duygusal beslenme skoru ($15,9 \pm 5,9$) yemeyenlerden ($11,8 \pm 4,3$) yüksek çıkmıştır.
34. Sabah ve öğle öğün içeriği ile EBTA alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki belirlenememiştir ($p>0,05$). Ancak akşam öğün içeriği ile annenin duygusal besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Akşam öğünde yumurta, et ve kuru baklagil yiyen annelerin duygusal beslenme skorunun; akşam öğünde tahıl, ekmek ve meyve yiyen annelerin duygusal beslenme skoruna göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
35. EBTA alt boyut skorları ile çocukların yaşa göre BKİ ve yaşa göre boy uzunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Ancak anne BKİ'si ile duygusal besleme, yardımcı besleme ve toleranslı kontrollü besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).
36. Çocuk yaşıyla duygusal besleme arasında negatif bir ilişkinin olduğu ancak çocuk sayısı ile duygusal besleme arasında pozitif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
37. Anne ve baba yaşıyla toleranslı kontrollü besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir korelasyonunun olduğu saptanmıştır.
38. Çocuğun vücut ağırlığı, baba yaşı ve baba BKİ'si ile duygusal beslenme arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişkinin olduğu ancak anne vücut ağırlığı ve anne BKİ'si ile duygusal beslenme arasında negatif bir ilişkin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
39. Çocuk boy uzunluğu ve cesaretlendirici besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).
40. Çocuk ve annelerin besin tüketim sıklığına bakıldığında hem anneler hem de çocukların %52,7'si her gün süt ve yoğurt tüketmektedir.

41. Kırmızı et haftada en fazla 1-2 defa tüketilmektedir (Anne: %40,9 Baba: %36,4). Anne ve çocukların %48,2'si balık etini hiç tüketmemektedir. Çocukların %60,9'u annelerin ise %48,2'si sakatat hiç tüketmemektedir.
42. Çocukların %66,4'ü her gün meyve tüketirken annelerin ise %40'ı her gün meyve tüketmektedir.
43. Annelerin %47,3'ü her gün zeytinyağı kullanırken %26,5'i her gün diğer sıvı yağlar kullanmaktadır.
44. Çocukların %22,7'si annelerin ise %30'u şekerli ve gazlı içecekleri hiç tüketmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çocukların %50'si hazır gıda %40'ı ise ambalajlı besinleri her gün tüketmektedir.
45. Çocukların %63,6'sı annelerin ise %76,1'i her gün çayıçmektedir. Kahveyi ise çocukların %33,6'sı annelerin %36,4'ü içmektedir.
46. Çocukların besin tüketim sıklığına göre annelerin EBTA alt boyut ölçeğinin istatistiksel analizi sonucunda;
- Her gün ve haftada 3-4 kez yeşil yapraklı sebze tüketenler ile duygusal besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
 - Her gün ve 15 günde bir bulgur tüketen ile duygusal besleme puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
 - Her gün ve 15 günde bir soda, maden suyu ve atıştırmalık tüketenler ile cesaretlendirici besleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
 - Her gün katı yağ tüketen çocukların annelerinin yardımcı besleme skor ortalaması ($10,7 \pm 2,8$) haftada 3-4 kere katı yağ tüketen çocukların annelerinin yardımcı besleme puan ortalaması ($9,1 \pm 3,1$) yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
 - Ayda bir zeytin tüketen ve hiç tüketmeyen çocukların annelerinin yardımcı besleme skor ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
 - Şekerli/gazlı içecek tüketimi her gün olan çocukların annelerinin sıkı kontrollü besleme puanının haftada 1-2 kere tüketen çocukların annelerinin puanlarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışma sonucuna göre ebeveyn tutum ve davranışları çocukların beslenmesini etkileyebilmektedir. Çocukluk çağı obezitesi yetişkinlik döneminde birçok kronik hastalığa sebep olarak kişiyi sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarak da etkileyebilmektedir. Bunun önüne geçebilmek için çocukluk çağı obezitesi engellenmelidir. Bunun için ebeveynlere eğitim verilerek özellikle anne olmak üzere ebeveynlerin beslenme bilgi düzeyi artırılmalıdır.

Anne BKİ'si arttıkça çocuğun BKİ değerinde arttığı saptanmıştır Ancak baba BKİ'si ile çocuk BKİ'si arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Çalışmada elde ettiğimiz bu sonuçlar “Baba BKİ'si ile çocuk BKİ'si arasında ilişki yoktur” hipotezini desteklerken “Anne BKİ'si ile çocuk BKİ'si arasında ilişki yoktur” hipotezini desteklememektedir.

Çocuğun cinsiyeti ile duygusal besleme arasında ilişki yoktur. Ancak sıkı kontrollü besleme ile cinsiyet arasında ilişki vardır. Erkek çocuklarında sıkı kontrollü besleme skorunun kız çocuklarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç “Cinsiyet ile kontrollü besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur” hipotezini desteklerken “Cinsiyet ile kontrollü besleme alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur” hipotezini desteklememektedir

6.1 Öneriler

Diyetisyenler tarafından toplum sağlığı merkezi ve okullarda anneler için çeşitli seminerler düzenlenerek beslenme eğitimi verilmelidir. Sağlıklı beslenme davranışının oluşabilmesi için anneler gibi öğretmenlerin de sağlıklı beslenme konusunda bilgi düzeyinin yüksek olması gerekir. Okullar, toplum sağlığı merkezi ve özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezlerinde diyetisyen istihdamı artırılmalıdır.

Çocukların okullarda daha sağlıklı beslenmeleri için “Okul Yemeği Programı”yla hiç olmazsa bir öğün(sabah ya da akşam) devlet tarafından karşılanarak çocuk beslenmesine dikkat edilmelidir. Bu menüler ise çocukların yaş grubuna göre öğün bazında makro ve mikro besin ögesi gereksinimlerini karşılayacak şekilde olmalıdır. Bunun için okullarda da diyetisyen istihdamı arttırılmalıdır.

Çocukluk çağında edinilen alışkanlıklar kalıcı olabilmekte ve yetişkinlik dönemindeki sağlık durumunu etkileyebilmektedir. Bu yüzden ders müfredatına beslenmeyle alakalı eğitimler eklenerek ilköğretim çağındaki çocuklara destek olunmalıdır

Televizyon, tablet, bilgisayar gibi teknolojik aletler karşısında geçirilen süre aileler tarafından sınırlandırılarak çocukların fiziksel aktivite düzeyi arttırılmalıdır. Sağlıklı beslenmenin yanında fiziksel aktivitelerin de yeteri düzeyde yapılması için çocukların ekran karşısında geçirdiği süre azaltarak fiziksel aktivite yapmaları için uygun ortam(yürüyüş yapmak, bisiklete binmek, futbol, voleybol, basketbol oynama gibi) ebeveynler okul ve devlet tarafından oluşturmalıdır.

Obezite sağlık harcamalarının artmasına sebep olarak maddi anlamda da kayıplara sebep olarak ülke ekonomisini ve dolaylı yoldan ülke kalkınmasını olumsuz

etkileyebilmektedir. Uluslararası sağlık otoriteleri ile ortaklaşa olarak h k metler tarafından obezitenin önlenmesi için eylem planları hazırlanmalıdır. Bu eylem planında ebeveynler ( zellikle anne) merkezde yer almalıdır.

Kantinler  ocukların sağlıklı beslenmesini sağlayacak şekilde olmalıdır. Okullarda genel olarak şeker, yağ, tuz oranı yüksek olan besinler yerine posa, protein, kalsiyum, demir içeriği yüksek besinler bulundurulmalıdır.



KAYNAKÇA

1. World Health Organization (2021). Obesity and overweight
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim Tarihi 24.05.2023).
2. COSI-TUR 2016. Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No:1080 Ankara.
([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/turkiyecocuklu k-cagi-sismanlik/COSI-TUR-2016-Kitap.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/turkiyecocuklu-k-cagi-sismanlik/COSI-TUR-2016-Kitap.pdf)) (Erişim tarihi: 24 Mayıs 2023)
3. Özçetin, M., Yılmaz, R., Erkorkmaz, Ü., Esmeray H. (2011). Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Pediatr Arşivi*. 45(2):124–131.
4. Köksal, G., & Gökmen Özel, H. (2019). *Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. 7. Baskı. 159-175.
5. Chai, L.K., Collins, C., May, C., Brain, K., Wong See, D., & Burrows, T. (2019). Effectiveness of family-based weight management interventions for children with overweight and obesity: An umbrella review. *JBIM*, 17(7),1341-1427.
6. Lundahl, A., Kidwell, K.M., Nelson, T.D., Lundahl, A.A., & Kidwell, K.M. (2014). Parental underestimates of child weight: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(3),e689-e703
7. Zhu, H., Zhao, K., Huang, L., Shi, W., Tang, C., Xu, T., Zhu, S., Xu, Q., Li, X., Chen, Y., Liu, Q., & Yang, L. (2024). Individual, family and social-related factors of eating behavior among Chinese children with overweight or obesity from the perspective of family system. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1305770.
8. Strączek, K., Horodnicka-Józwa, A., Szmit-Domagalska, J., Jackowski, T., Safranow, K., Petriczko, E., & Walczak, M. (2022). Familial dietary intervention in children with excess body weight and its impact on eating habits, anthropometric and biochemical parameters. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 1034148.
9. Strączek, K., Horodnicka-Józwa, A., Szmit-Domagalska, J., Petriczko, E., Safranow, K., & Walczak, M. (2021). The influence of maternal nutritional behavior on the nutritional behavior of children with excess body weight. Wpływ nawyków żywieniowych matki na nawyki żywieniowe dzieci z nadmiarem masy ciała. *Pediatric Endocrinology, Diabetes, and Metabolism*, 27(3), 159–169.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2024)
https://www.cdc.gov/obesity/php/about/#cdc_program_profile_resources-resources

11. Oktaviani, S., Mizutani, M., Nishide, R., & Tanimura, S. (2023). Factors associated with overweight/obesity of children aged 6-12 years in Indonesia. *BMC Pediatrics*, 23(1),
12. Mäkelä, I., Koivuniemi, E., Vahlberg, T., Raats, M. M., & Laitinen, K. (2023). Self-reported parental healthy dietary behavior relates to views on child feeding and health and diet quality. *Nutrients*, 15(4), 1024.
13. Mäki, P., Levälahti, E., Lehtinen-Jacks, S., & Laatikainen, T. (2023). Overweight and obesity in finnish children by parents' socioeconomic position-a registry-based study. *International Journal of Public Health*, 68, 1605901
14. Pavlidou, E., Papadopoulou, S. K., Alexatou, O., Voulgaridou, G., Mentzelou, M., Biskanaki, F., Psara, E., Tsourouflis, G., Lefantzis, N., Dimoliani, S., Apostolou, T., Sampani, A., Chatziprodromidou, I. P., Angelakou, E. P., & Giaginis, C. (2023). Childhood Mediterranean Diet adherence is associated with lower prevalence of childhood obesity, specific sociodemographic, and lifestyle factors: A cross-sectional study in pre-school children. *Epidemiologia (Basel, Switzerland)*, 5(1), 11–28.
15. Qiu, C., Hatton, R., Li, Q., Xv, J., Li, J., Tian, J., Yuan, S., & Hou, M. (2023). Associations of parental feeding practices with children's eating behaviors and food preferences: a Chinese cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 23(1), 84.
16. Jiang, X., Zhao, X., Zhou, J., Zhang, X., Song, Y., & Zhao, L. (2023). The relationship between family function and the incidence of overweight/obesity in children and adolescents in Chengdu city, Sichuan province of China: based on latent profile analysis. *BMC Public Health*, 23(1), 2272.
17. Ardakani, A., Monroe-Lord, L., Wakefield, D., & Castor, C. (2023). Parenting Styles, Food Parenting Practices, Family Meals, and Weight Status of African American Families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1382.
18. World Obesity Federation. (2023). World Obesity Atlas 2023 (s. 232). <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>
19. Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) 2019. (2019). Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara. Yayın No:1132
20. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/beslenme-programlari.html> (Erişim tarihi: 10 Ekim 2024)

21. Abdoli, M., Scotto Rosato, M., Cipriano, A., Napolano, R., Cotrufo, P., Barberis, N., & Cella, S. (2023). Affect, body and eating habits in children: a systematic review. *Nutrients*, 15(15), 3343.
22. Morales Camacho, W. J., Molina Díaz, J. M., Plata Ortiz, S., Plata Ortiz, J. E., Morales Camacho, M. A., & Calderón, B. P. (2019). Childhood obesity: Aetiology, comorbidities, and treatment. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 35(8), e3203.
23. Panera N., Mandato C., Crudele A., Bertrando S., Vajro P., & Alisi A. (2022). Genetics, epigenetics and transgenerational transmission of obesity in children. *Frontiers in Endocrinology*. 13, 1006008.
24. Vázquez-Moreno, M., Zeng, H., Locia-Morales, D., Peralta-Romero, J., Asif, H., Maharaj, A., Tam, V., Romero-Figueroa, M. D. S., Sosa-Bustamante, G. P., Méndez-Martínez, S., Mejía-Benítez, A., Valladares-Salgado, A., Wachter-Rodarte, N., National Obesity Network Mexico, Cruz, M., & Meyre, D. (2020). The Melanocortin 4 Receptor p.Ile269Asn mutation is associated with childhood and adult obesity in Mexicans. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(4), dgz276
25. Panuganti, K. K., Nguyen, M., & Kshirsagar, R. K. (2023). Obesity. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
26. Khanna, D., Welch, B. S., & Rehman, A. (2022). Pathophysiology of Obesity. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
27. Qi, Y., Lv, R., Zhao, M., Huang, Y., Zhang, Y., Zhang, H., Li, Z., Jia, P., Zhang, H., Yang, Z., Lai, J., Song, P., & Yuan, C. (2023). Parental adherence to healthy lifestyles in relation to the risk of obesity in offspring: A prospective cohort study in China. *Journal of Global Health*, 13, 04181.
28. Çakıl Sağlık A. (2013). *Çocuklarda vücut kitle indeksi ile insülin direnci ve D vitamini düzeyleri arasındaki ilişki*. [Uzmanlık Tezi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.] Tez No: 331607
29. Gago, C. M., Jurkowski, J., Beckerman-Hsu, J. P., Aftosmes-Tobio, A., Figueroa, R., Oddleifson, C., Mattei, J., Kenney, E. L., Haneuse, S., & Davison, K. K. (2022). Exploring a theory of change: Are increases in parental empowerment associated with healthier weight-related parenting practices?. *Social Science & Medicine* (1982), 296, 114761.

30. Peyer, K. L., & Welk, G. J. (2017). Construct validity of an obesity risk screening tool in two age groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 419.
31. Bel-Serrat, S., Heinen, M. M., Mehegan, J., O'Brien, S., Eldin, N., Murrin, C. M., & Kelleher, C. C. (2018). School sociodemographic characteristics and obesity in schoolchildren: does the obesity definition matter?. *BMC public health*, 18(1), 337.
32. Bradwisch, S.A., Smith, E.M., Mooney, C., Scaccia D. (2020). Obesity in children and adolescents: An overview. *Nursing*, 50(11), 60-66.
33. Bülbül S. (2020). Çocuklarda obezite tedavisinde egzersiz. *Türk Pediatri Ars*, 55(1), 210.
34. McCabe, C. F., Wood, G. C., Welk, G. J., Cook, A., Franceschelli-Hosterman, J., & Bailey-Davis, L. (2024). Home environment factors associated with child BMI changes during COVID-19 pandemic. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1), 84.
35. Antza, C., Kostopoulos, G., Mostafa, S., Nirantharakumar, K., & Tahrani, A. (2021). The links between sleep duration, obesity and type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Endocrinology*, 252(2), 125–141.
36. Dabas, J., Shunmukha Priya, S., Alawani, A., & Budhrani, P. (2024). What could be the reasons for not losing weight even after following a weight loss program?. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 43(1), 37.
37. Reilly J. J. (2006). Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgraduate medical journal*, 82(969), 429–437.
38. Wang, J., Zhu, B., Wu, R., Chang, Y. S., Cao, Y., & Zhu, D. (2022). Bidirectional associations between parental non-responsive feeding practices and child eating behaviors: a systematic review and meta-analysis of longitudinal prospective studies. *Nutrients*, 14(9), 1896.
39. Paalanen, L., Levälahti, E., Mäki, P., Tolonen, H., Sassi, F., Ezzati, M., & Laatikainen, T. (2022). Association of socioeconomic position and childhood obesity in Finland: a registry-based study. *BMJ Open*, 12(12), e068748.
40. Gautam, N., Dessie, G., Rahman, M. M., & Khanam, R. (2023). Socioeconomic status and health behavior in children and adolescents: a systematic literature review. *Frontiers in public health*, 11, 1228632

41. Duarte, A., Martins, J., Silva, M. J., Augusto, C., Martins, S. P., & Rosário, R. (2024). The role of parental adherence to the mediterranean diet and family time together in children's weight status: the bee-school project. *Nutrients*, 16(7), 916.
42. Squadrito F., Rottura M., Irrera N., Minutoli L., Bitto A., Barbieri M. A. et al (2020). Anti-obesity drug therapy in clinical practice: Evidence of a poor prescriptive attitude. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 128, 110320.
43. Chung, S.T., Onuzuruike, A.U., Magge, S.N. (2018). Cardiometabolic risk in obese children. *Ann NY Acad Sci*, 1411(1), 166-183.
44. Moore, E.S., Wilkie, W.L., Desrochers, D.M. (2017). All in the family? Parental roles in the epidemic of childhood obesity. *J Consum Res*, 43:(5),824-859.
45. Spicuzza, L., Leonardi, S., La Rosa, M. (2009). Pediatric sleep apnea: early onset of the 'syndrome'? *Sleep Med Rev*, 13(2),111-22.
46. Özbey, Ü., Uçar, A. (2018). Astım süreci ile ilişkili güncel faktörler: Obezite ve beslenme. *GÜSBD*, 7(2),70-77.
47. Emerenziani, S., Guarino, M.P.L., Asensio, L.M.T., Altomare, A., Ribolsi, M., Balestrieri, P., Cicala M. (2020). Role of overweight and obesity in gastrointestinal disease. *Nutrients*, 12(1), 111.
48. Alpcan, A., & Arıkan Durmaz, Ş. (2015). Çağımızın dev sorunu: çocukluk çağı obezitesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 6(1),30-38.
49. Li, Y., Gui, J., Liu, H., Guo, L. L., Li, J., Lei, Y., Li, X., Sun, L., Yang, L., Yuan, T., Wang, C., Zhang, D., Wei, H., Li, J., Liu, M., Hua, Y., & Zhang, L. (2023). Predicting metabolic syndrome by obesity- and lipid-related indices in mid-aged and elderly Chinese: a population-based cross-sectional study. *Frontiers in endocrinology*, 14, 1201132.
50. Andrabi, S. M., Bhat, M. H., Andrabi, S. R., Kamili, M. M., Imran, A., Nisar, I., & Nisar, U. (2013). Prevalence of metabolic syndrome in 8-18-year-old school-going children of Srinagar city of Kashmir India. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 17(1), 95–100.
51. Wan Mahmud Sabri, W. M. N., Mohamed, R. Z., Yaacob, N. M., & Hussain, S. (2022). Prevalence of Metabolic Syndrome and its Associated Risk Factors in Pediatric Obesity. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 37(1), 24–30.
52. Ruze, R., Liu, T., Zou, X., Song, J., Chen, Y., Xu, R., Yin, X., & Xu, Q. (2023). Obesity and type 2 diabetes mellitus: connections in epidemiology, pathogenesis, and treatments. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1161521.

53. Nowicki, P., Kemppainen, J., Maskill, L., Cassidy, J. (2019). The role of obesity in pediatric orthopedics. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev*, 3(5),1-10.
54. Lane, J.C., Butler, K.L., Poveda-Marina, J.L., Martinez-Laguna, D., Reyes, C., de Bont, J., Javaid, M.K., Logue, J., Compston, J.E., Cooper, C., Duarte-Salles, T., Furniss, D., Prieto-Alhambra D. (2020). Preschool obesity is associated with an increased risk of childhood fracture: A longitudinal cohort study of 466,997 children and up to 11 years of follow-up in Catalonia, Spain. *J Bone Miner Res*, 35(6), 1022-1030.
55. Dupont, G., Bordes, S. J., Lachkar, S., Wahl, L., Iwanaga, J., Loukas, M., & Tubbs, R. S. (2021). The effects of obesity on the human body, part I: Skin and musculoskeletal. *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, 34(2), 297–302.
56. Ruiz, L. D., Zuelch, M. L., Dimitratos, S. M., & Scherr, R. E. (2019). Adolescent Obesity: Diet Quality, Psychosocial Health, and Cardiometabolic Risk Factors. *Nutrients*, 12(1), 43.
57. Koletzko, B., Fishbein, M., Lee, W.S., Moreno, L., Mouane, N., Mouzaki., M, Verduci, E. (2020). Prevention of childhood obesity: A position paper of the global federation of international societies of paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (FISPGHAN). *JPGN*, 70(5), 702-710.
58. Rathi, N., Kansal, S., & Worsley, A. (2024). Indian fathers are involved in nurturing healthy behaviours in adolescents: A qualitative inquiry. *BMC Public Health*, 24(1), 88.
59. Ökdemir, D., Esen Ğ. (2018). Çocukluk çağı obezitesinden korunma ve tedavi yaklaşımları. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(), 100–105.
60. American Academy of Pediatrics. (2009). Pediatric obesity. In: Kleinman R E (ed), *Pediatric Nutrition Handbook* (6th ed). America (), 733-770.
61. Styne, D. M., Arslanian, S. A., Connor, E. L., Farooqi, I. S., Murad, M. H., Silverstein, J. H., & Yanovski, J. A. (2017). Pediatric Obesity-Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 102(3), 709–757.
62. Shin, H. J., Cho, E., Lee, H. J., Fung, T. T., Rimm, E., Rosner, B., Manson, J. E., Wheelan, K., & Hu, F. B. (2014). Instant noodle intake and dietary patterns are associated with distinct cardiometabolic risk factors in Korea. *The Journal of Nutrition*, 144(8), 1247–1255.
63. Baysal A. (2017). *Beslenme*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi. 17. Baskı. 469-472,133-136, 273-325.

64. Cohen, E. K., Bier, D., & Martinez, M. (2024). Compliance with U.S. Government Nutrition Advice and Concurrent Obesity Trends Using Nurses' Health Study Data, 1980-2011. *The Journal of nutrition*, 154(4), 1356–1367.
65. Pekcan G. (2019). Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. 11. Baskı. 67-141.
66. Enright, G., Allman-Farinelli, M., Redfern, J. (2020). Effectiveness of family-based behavior change interventions on obesity-related behavior change in children: A realist synthesis. *Int J Environ Res Public Health*, 17(11), 1-27.
67. Kishore, J. (2020). Physical inactivity in adolescents: Manmade Epidemic. *Indian Journal of Youth & Adolescent Health*.
68. Pamungkas, R.A., Chamroonsawasdi, K. (2019). Home-based interventions to treat and prevent childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Behav Sci (Basel)*, 9(4), 1-20.
69. Monroe-Lord, L., Anderson, A., Jones, B. L., Richards, R., Reicks, M., Gunther, C., Banna, J., Topham, G. L., Lora, K. R., Wong, S. S., Ballejos, M., Hopkins, L., & Ardakani, A. (2022). Relationship between family racial/ethnic backgrounds, parenting practices and styles, and adolescent eating behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7388.
70. Smith, J. D., Fu, E., & Kobayashi, M. A. (2020). Prevention and management of childhood obesity and its psychological and health comorbidities. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 16, 351–378.
71. Mead, E., Atkinson, G., Richter, B., Metzendorf, M.I., Baur, L., Finer, N., Corpeleijn, E., O'Malley, C., Ells, L.J. (2016). Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), CD012436.
72. Commission on Ending Childhood Obesity (ECHO). (2017). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva. Retrived 20 October 2024. <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>.
73. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf Accessed 29 October 2024.
74. Mooney, J. D., Jepson, R., Frank, J., & Geddes, R. (2015). Obesity prevention in scotland: a policy analysis using the angelo framework. *Obesity Facts*, 8:273–281 .
75. Musuwo, N. (2019). International policies to reduce childhood obesity - a health action campaign review . *Health Action Campaing*, 25-27.

76. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Programlar/Eylem_Plani_.pdf
77. WHO-MGRS. (2006). WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and 107 mass development. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body index-for-age:methods and development. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/X>
78. WHO-MGRS. (2007). Growth reference data for 5-19 years. <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>
79. Cruz, M. L., & Goran, M. I. (2004). The metabolic syndrome in children and adolescents. *Current Diabetes Reports*, 4(1), 53–62.
80. Ashwell, M., & Hsieh, SD. (2005). Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity, *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 56:5, 303-307
81. Ardakani, A., Monroe-Lord, L., Wakefield, D., & Castor, C. (2024). Enhancing dietary adherence among African-American adolescents: the role of parenting styles and food-related practices. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1254338.
82. Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care*, 4(2), 187–192.
83. Marr, C., Breeze, P., & Caton, S. J. (2022). A comparison between parent and grandparent dietary provision, feeding styles and feeding practices when caring for preschool-aged children. *Appetite*, 168, 105777.
84. Le, Q., Greaney, M. L., & Lindsay, A. C. (2023). Nonresponsive parenting feeding styles and practices and risk of overweight and obesity among Chinese children living outside mainland China: an integrative review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4090.
85. Kininmonth, A. R., Herle, M., Haycraft, E., Farrow, C., Tommerup, K., Croker, H., Pickard, A., Edwards, K., Blissett, J., & Llewellyn, C. (2023). Reciprocal associations between parental feeding practices and child eating behaviours from toddlerhood to early childhood: bivariate latent change analysis in the Gemini cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(10), 1432–1445.

86. Frankel, L. A., O'Connor, T. M., Chen, T. A., Nicklas, T., Power, T. G., & Hughes, S. O. (2014). Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. *Appetite*, 76, 166–174.
87. Silva Garcia, K., Power, T. G., Beck, A. D., Fisher, J. O., Goodell, L. S., Johnson, S. L., O'Connor, T. M., & Hughes, S. O. (2018). Stability in the feeding practices and styles of low-income mothers: questionnaire and observational analyses. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 28.
88. Pai, H. L., & Contento, I. (2014). Parental perceptions, feeding practices, feeding styles, and level of acculturation of Chinese Americans in relation to their school-age child's weight status. *Appetite*, 80, 174–182.
89. Liu, W. H., Mallan, K. M., Mihrshahi, S., & Daniels, L. A. (2014). Feeding beliefs and practices of Chinese immigrant mothers. Validation of a modified version of the child feeding questionnaire. *Appetite*, 80, 55–60.
90. Berge, J.M., Tate, A.D., Trofholz, A., Conger, K., Neu mark-Sztainer, D. (2016). Sibling eating behaviours and parental feeding practices with siblings: similar or different? *Public Health Nutr.* 19(13), 2415-23.
91. Sleddens, E.F., Kremers, S.P., De Vries, N.K., Thijs, C. (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54(1), 30-6.
92. Warnick, J.L., Stromberg, S.E., Krietsch, K.M., Janicke, D.M. (2019). Family functioning mediates the relationship between child behavior problems and parent feeding practices in youth with overweight or obesity. *Transl Behav Med.* 9(3),431-9.
93. Muslu, G.K., Beytut, D., Kahraman, A., Yardımcı, F., Başbakkal, Z. (2014). Nutritional style of parents and examination of the effective factors. *Turk Pediatri Ars.* 49(3), 224-30.
94. Zhu, H., Zhao, K., Huang, L., Shi, W., Tang, C., Xu, T., Zhu, S., Xu, Q., Li, X., Chen, Y., Liu, Q., & Yang, L. (2024). Individual, family and social-related factors of eating behavior among Chinese children with overweight or obesity from the perspective of family system. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1305770.
95. Maria, P. ve Evagelia, S. (2009). Obesity Disease. *Health Science Journal*, 3 (3), 132-138.
96. Wardle J, Carnell S. Parental feeding practices and children's weight. *Acta Paediatr* 2007; 96 :5-11.

97. Smbloğlu, V., & Smbloğlu, K. (2016). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yntemleri. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
98. TK. (2024). Dünya Nfus Gn, (2024. 4 Kasım 2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2024-53680>
99. TK. (2024).İstatistiklerle ocuk, (2022). 4 Kasım 2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2022-49674> adresinden erişildi.
100. Ayine, P., Selvaraju, V., Venkatapoorna, C. M. K. & Geetha, T. (2020). Parental feeding practices in relation to maternal education and childhood obesity. *Nutrients*, 12(4), 1033. doi:10.3390/nu12041033
101. Notara, V., Magriplis, E., Prapas, C., Antonogeorgos, G., Rojas-Gil, A. P., Kornilaki, E. N., et al. (2019). Parental weight status and early adolescence body weight in association with socioeconomic factors. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 77.
102. Ortiz-Marrn, H., Ortiz-Pinto, M. A., Urtasun Lanza, M., Cabañas Pujadas, G., Valero Del Pino, V., Belmonte Cortés, S., Gmez Gascn, T., & Ordobás Gavın, M. (2022). Household food insecurity and its association with overweight and obesity in children aged 2 to 14 years. *BMC public health*, 22(1), 1930.
103. Fair, F. J., & Soltani, H. (2024). Association of child weight with attendance at a healthy lifestyle service among women with obesity during pregnancy. *Maternal & child nutrition*, 20(2), e13629. <https://doi.org/10.1111/mcn.13629>
104. Türkiye Nfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). Hacettepe Üniversitesi Nfus Ettleri Enstitüsü. Ankara. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
105. World Health Organisation(WHO). (2021). Fact Sheets - Infant and young child feeding <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (Erişim tarihi: 24 Kasım 2024).
106. Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G., Wang, P. P. (2014). The association between breastfeeding and childhood obesity: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 14(1), 1267. doi:10.1186/1471-2458-14-1267
107. Paone, P., Latousakis, D., Terrasi, R., Vertommen, D., Jian, C., Borlandelli, V., Suriano, F., Johansson, M. E. V., Puel, A., Bouzin, C., Delzenne, N. M., Salonen, A., Juge, N., Florea, B. I., Muccioli, G. G., Overkleeft, H., Van Hul, M., & Cani, P. D. (2024). Human milk oligosaccharide 2'-fucosyllactose protects against high-fat diet-

induced obesity by changing intestinal mucus production, composition and degradation linked to changes in gut microbiota and faecal proteome profiles in mice. *Gut*, 73(10), 1632–1649.

108. Danaie, M., Yeganegi, M., Dastgheib, S. A., Bahrami, R., Jayervand, F., Rahmani, A., Aghasipour, M., Golshan-Tafti, M., Azizi, S., Marzbanrad, Z., Masoudi, A., Shiri, A., Lookzadeh, M. H., Noorishadkam, M., & Neamatzadeh, H. (2024). The interaction of breastfeeding and genetic factors on childhood obesity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 23, 100334.
109. Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., García Solano, M., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleva, V., Musić Milanović, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., Petrauskienė, A., ... Breda, J. (2019). Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 12(2), 226–243.
110. Yavuz, C. M., Özer, B. K. (2019). Adölesan dönem okul çocuklarında beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumunun değerlendirilmesi (Evaluation of dietary habits and nutritional status in adolescence period school children). *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, 7(1), 225-243.
111. Küpers, L. K., de Pijper, J. J., Sauer, P. J., Stolk, R. P., & Corpeleijn, E. (2014). Skipping breakfast and overweight in 2- and 5-year-old Dutch children-the GECKO Drenthe cohort. *International journal of obesity (2005)*, 38(4), 569–571.
112. Kelly, Y., Patalay, P., Montgomery, S., & Sacker, A. (2016). BMI Development and Early Adolescent Psychosocial Well-Being: UK Millennium Cohort Study. *Pediatrics*, 138(6), e20160967.
113. Yaguchi-Tanaka, Y., & Tabuchi, T. (2021). Skipping breakfast and subsequent overweight/obesity in children: A nationwide prospective study of 2.5- to 13-year-old children in Japan. *Journal of Epidemiology*, 31(7), 417–425. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200266>
114. Ekin Ayhan D., Günaydın, E., Gönlüaçık, E ve ark. (2012). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 38 (2) 97-104,
115. Xu, Q., Hu, Z., Zeng, M., Su, Y., Jiang, K., Li, S., Li, Z., Fu, L., Shi, Z., Sharma, M., & Zhao, Y. (2024). Relationships among sleep time, physical activity time, screen

- time, and nutrition literacy of adolescents: a cross-sectional study in chongqing, China. *Nutrients*, 16(9), 1314.
116. Yang, L., Cui, Y., Du, J., Liu, Z., Duan, Y., Qi, Q., Liu, H., & Zhang, M. (2024). Association between nutritional literacy and nutrition label use in Chinese community residents. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1380310.
117. Javier, C. A., Capanzana, M. V., & Gohilde, S. S. (2024). Socio-demographic determinants of filipino consumers reading food product labels and nutrition facts: findings from the 2018-2019 ENNS. *Acta Medica Philippina*, 58(8), 92–100.
118. Zhang, F. F., Barr, S. I., McNulty, H., Li, D., & Blumberg, J. B. (2020). Health effects of vitamin and mineral supplements. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m2511.
119. Diel, J. D. A. C., Bertoldi, A. D., Pizzol, T. D. S. D., & Grupo PNAUM (2018). Iron salts and vitamins: use, purchase and sources of obtainment among children in Brazil. *Cadernos de saude publica*, 34(9), e00133317.
120. Liu, H., Zhang, S., Zou, H., Pan, Y., Yang, Q., Ouyang, Y., Luo, J., & Lin, Q. (2019). Dietary Supplement Use Among Chinese Primary School Students: A Cross-Sectional Study in Hunan Province. *International journal of environmental research and public health*, 16(3), 374.
121. Barretto, J. R., Gouveia, M. A. D. C., & Alves, C. (2024). Use of dietary supplements by children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 100 Suppl 1(Suppl 1), S31–S39.
122. Yazar, A., Kiliçaslan, M., Akin, F., Arslan, Ş. (2019). Konya ilinde 6-18 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı. *Bozok Tıp Dergisi*. doi:10.16919/bozoktip.480719
123. <https://www.tuik.gov.tr/>
124. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedav_ikilavizu-2024.pdf
125. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 28(2):169-80. doi: 10.1007/s10654-013-9771-5
126. Korkmaz, G. Ö. (2017). *Ordu / Ünye 5-9 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinde Obezite, Boyun Çevresi, Bel Çevresi ve KIDMED İndeksinin Değerlendirilmesi*. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Gazimağusa: Kuzey Kıbrıs. (Yüksek Lisans Tezi). <http://irep.emu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11129/4076/1/korkmazgizem.pdf>

127. <http://www.fao.org/3/ca5249tr/ca5249tr.pdf> (2019).
128. <https://www.unicef.org/turkey/media/10451/file/UNICEF%202019%20Y%C4%B1ll%C4%B1k%20Faaliyet%20Raporu.pdf>)
129. Günöz, H., Neyzi, O., Ertuğrul T. (2010). *Pediatric* 1. Nobel Tıp Kitabevi 4. Baskı. 251-257.
130. Mannino, A., Sarapis, K., Mourouti, N., Karaglani, E., Anastasiou, C. A., Manios, Y., & Moschonis, G. (2023). The association of maternal weight status throughout the life-course with the development of childhood obesity: a secondary analysis of the healthy growth study data. *Nutrients*, 15(21), 4602. <https://doi.org/10.3390/nu15214602>
131. Özdemir M. (2018). *Ebeveynin Çocuğu Besleme Tarzının Çocuğun Yeme Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
132. Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. C. (2008). children's eating behaviour questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100(2), 445-450.
133. Montgomery, Colette, Jackson, Diane M., Kelly, Louise A. and Reilly, John J. (2006). Parental feeding style, energy intake and weight status in young Scottish children. *British Journal of Nutrition*, 96 (6), 1149-1153.
134. Karayağız-Muslu, G., Beytut, D., Kahraman, A., Yardımcı, F., Başbakkal, Z, (2014). Ebeveyn besleme tarzı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Türk Ped Arş*, 49, 224-230.
135. Güldalı-Dereli S. (2019). *48-72 Aylık Çocuğa Sahip Annelerin Ebeveynlik Yetkinliği İle Çocuklarını Besleme Tarzı Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
136. Ma, L., Yan, N., Shi, Z., Ding, Y., He, S., Tan, Z., Xue, B., Yan, Y., Zhao, C., & Wang, Y. (2022). A 3-year longitudinal study of effects of parental feeding practices on child weight status: the childhood obesity study in China mega-cities. *Nutrients*, 14(14), 2797. <https://doi.org/10.3390/nu14142797>
137. Kabaday G. (2021). *Ebeveynlerin beslenme tarzlarının çocuklarda obezite üzerine etkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi] Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi (Tez No: 700207)

138. Ulusoy, H. (2021). *Okul öncesi dönem çocuklarda ebeveyn yeme davranışı, ebeveyn besleme tarzı ve çocukluk obezitesi ile ilişkisinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi] Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi (Tez No: 662591)
139. Koçakoğlu, Merve G. (2019). *İlköğretim 3. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Anne Baba Tutumunun Obezite İle İlişkisi*, [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi] Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
140. Çalışkan, Z., Koç, E. T. (2020). Okul Öncesi Çocuklarda Ebeveyn Besleme Tarzı ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(4).
141. Lu Q, Tao F, Hou F, Zhang Z, Ren LL.(2016). Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern. A population-based study in Chinese adolescents. *Appetite*. 99: 149-56.
142. Ernawati, Y., Sudargo, T., & Lusmilasari, L. (2017). Self-efficacy related to parental feeding behaviour in toddler besides social support and dependent-care agency. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 3(5), 1247-1254.
143. Shreela, S., Ru-Jye, Chuang., Ann Marie, H. (2011). Pilot-testing CATCH Early Childhood: A Preschool-based Healthy Nutrition and Physical Activity Program. *American Journal of Health Education*, 42(1), 12-23.
144. Saxton, Jennifer, Carnell, Susan, Van Jaarsveld, Cornelia H. M. and Wardle, Jane (2009). Maternal education is associated with feeding style. *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (5), 894-898
145. Raaijmakers, L.G., Gevers, D.W., Teuscher, D., Kre mers, S.P., Van Assema, P. (2014). Emotional and instru mental feeding practices of Dutch mothers regarding foods eaten between main meals. *BMC Public Health*.14:171.
146. Uslusoy Güneş S. (2021). *Annelerin beslenme bilgi düzeyi, beslenme tarzı ve beslenme sürecinde çocuklar üzerindeki tutumlarının incelenmesi, anne ve çocuk BKİ ile değerlendirilmesi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi (Tez No: 742933)
147. Duncanson K, Burrows TL, Collins CE. (2016). Child feeding and parenting style outcomes and com posite score measurement in the 'feeding healthy food to kids randomised controlled trial'. *Children (Basel)*.3(4):28.
148. Khalsa, A. S., Copeland, K. A., Kharofa, R. Y., Geraghty, S. R., Dewitt, T. G., & Woo, J. G. (2022). The Longitudinal Relation between Infant Feeding Styles and Growth Trajectories among Families from Low-Income Households. *The Journal of nutrition*, 152(9), 2015–2022. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac123>

149. Vereecken, C., Legiest, E., De Bourdeaudhuij, I., & Maes, L. (2009). Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption. *American journal of health promotion : AJHP*, 23(4), 233–240.
150. Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201–210.
151. Hughes, S.O., Power, T.G., Papaioannou, M.A., Cross, M.B., Nicklas, T.A., Hall, S.K., et al. (2011). Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: an observational analysis of the dinner meal in Head Start families. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 8:60.
152. Hasbani, E. C., Félix, P. V., Sauan, P. K., Maximino, P., Machado, R. H. V., Ferrari, G., & Fisberg, M. (2023). How parents' feeding styles, attitudes, and multifactorial aspects are associated with feeding difficulties in children. *BMC pediatrics*, 23(1), 543.
153. Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in psychology*, 6, 1849.
154. Carnell, S., & Wardle, J. (2008). Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 88(1), 22–29.
155. Frankel, L. A., O'Connor, T. M., Chen, T. A., Nicklas, T., Power, T. G., and Hughes, S. O. (2014). Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. *Appetite* 76, 166–174. doi: 10.1016/j.appet.2014.01.077
156. Berge, J.M., Tate, A.D., Trofholz, A., Conger, K., Neu mark-Sztainer D. (2016). Sibling eating behaviours and parental feeding practices with siblings: similar or different? *Public Health Nutr*. 19(13):2415 23.
157. Erkorkmaz, Ü., Yılmaz, R., Demir, O., Sanisoğlu, Y.S., Etikan, İ., Özçetin, M. (2013). Çocuklarda yeme davranışı ile ebeveyn besleme tarzı arasındaki ilişkinin kanonik korelasyon analizi ile incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 33 (1), 138-148

158. Sleddens, Ester F. C., F., Kremers, Stef P. J., P., De Vries, Nanne, K. and Thijs, Carel (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54 (1), 30-36.
159. Farrow, Claire V., Haycraft, Emma and Blissett, Jacqueline M. (2018). Observing maternal restriction of food with 3-5-year-old children: Relationships with temperament and later body mass index (BMI). *Int J Environ Res Public Health*, 15 (6), 2-12
160. Ordueri N.E. (2022). *Okul öncesi eğitim kurumuna devam eden 3-6 yaş arası çocukların beslenme ve sosyal davranışları arasındaki ilişki.* Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi (Tez No: 727621)
161. Johannsen, D.L, Johannsen, N.M, Specker, B.L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity (Silver Spring)*. 14(3):431–9.
162. Gubbels, J.S, Kremers, S.P.J, Stafleu, A., Dagnelie, P.C, Goldbohm, R.A, de Vries NK, et al.(2009). Diet-related restrictive parenting practices. Impact on dietary intake of 2 year-old children and interactions with child characteristics. *Appetite*. 1;52(2):423–9.
163. Humenikova, L., Gates, G.E. (2008). Social and physical environmental factors and child overweight in a sample of American and Czech school-aged children: A pilot study. *J Nutr Educ Behav [Internet]*. [cited 2021 Jun 10];40(4):251–7.
164. de Lauzon-Guillain, B., Musher-Eizenman, D., Leporc, E., Holub, S., Charles, M.A. (2009). Parental feeding practices in the United States and in France: Relationships with child's characteristics and parent's eating behavior. *J Am Diet Assoc* . 109(6):1064–9.
165. Kontinen H., Mannisto S., Sarlio-Lahteenlorva S., Silventoinen K., Haukkala A. (2010) Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators, *Am J Clin Nutr*, 92:1031–9.
166. De Lauzon-Guillain B., Basdevant A., Romon M., Karlsson J., Borys JM., Charles MA., and The FLVS Study Group (2006) Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population?, *Am J Clin Nutr*, 83:132– 8.
167. Kontinen H., Mannisto S., Sarlio-Lahteenlorva S., Silventoinen K., Haukkala A. (2010) Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food composition. A population-based stuy, *Appetite*, 54: 473-479.

168. Blackman, M., Kvaska, C. (2010). *Nutrition psychology: improving dietary adherence*. Jones & Bartlett Publishers.
169. Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y., & Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 6, 55.
170. Fleary, S. A., & Ettienne, R. (2019). The relationship between food parenting practices, parental diet and their adolescents' diet. *Appetite*, 135, 79–85.
171. Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243–249.
172. Wardle, J., Carnell, S., & Cooke, L. (2005). Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(2), 227–232.
173. Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W. W., & Keung, V. (2015). Associations between Parental Feeding Styles and Childhood Eating Habits: A Survey of Hong Kong Pre-School Children. *PloS one*, 10(4), e0124753.
174. Hebestreit, A., Intemann, T., Siani, A., De Henauw, S., Eiben, G., Kourides, Y. A., ... & Pigeot, I. (2017). Dietary patterns of European children and their parents in association with family food environment: Results from the I. family study. *Nutrients*, 9(2), 126.
175. Fernando, N. N. T., Campbell, K. J., McNaughton, S. A., Zheng, M., & Lacy, K. E. (2018). Predictors of Dietary Energy Density among Preschool Aged Children. *Nutrients*, 10(2), 178
176. Sleddens, E. F., Kremers, S. P., De Vries, N. K., & Thijs, C. (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54(1), 30–36.
177. Kaniogluları, A. O. (2015). *Lefkoşa'da kreş ve anaokuluna devam eden çocukların beslenme davranışlarına ve vücut ağırlığına annenin çocuk besleme tutum ve davranışlarının etkisi* (Master's thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)).
178. Castro-Quezada, I., Román-Viñas, B., & Serra-Majem, L. (2014). The Mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. *Nutrients*, 6(1), 231–248.

179. Strączek, K., Horodnicka-Józwa, A., Szmit-Domagalska, J., Jackowski, T., Safranow, K., Petriczko, E., & Walczak, M. (2022). Familial dietary intervention in children with excess body weight and its impact on eating habits, anthropometric and biochemical parameters. *Frontiers in endocrinology*, 13, 1034148.
180. Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1), 58–64.
181. Onat, A., Türkmen, S., Karabulut, A., Yazıcı, M. ve ark. (2004). Türk Yetişkinlerinde Hiperkolesterolemi ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördürmesine İlişkin TEKHARF Çalışması Verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 32(8), 533-541.



EKLER

Ek-1. Veri Toplama Formu ve Gönüllü Onam Formu

EBEVEYNİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sevgili Katılımcı,

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü tarafından 7-12 yaş grubunda olan çocuklar obezite durumunda ebeveynlerin etkisinin incelenmesi amacıyla “Çocukluk Çağı Obezitesinde Ailenin Tutum ve Davranışlarının Etkisi” konulu bir anket çalışması hazırlandı. Anket çalışmamızdan istediğiniz herhangi bir zamanda ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılımcı olmak için herhangi bir ücret talep edilememektedir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizlere ve çocuğunuza bazı sorular soracağız.

Anketimiz kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Bu kısımlar siz ve çocuğunuz tarafından yanıtlanmalıdır. Bunun dışında sadece sizler için oluşturulmuş “Ebeveyn Beslenme Tarzı” anketi bulunmaktadır. Bu kısımda ifadeleri okuyunuz ve çocuğunuzun beslenmesi konusuna nasıl yaklaştığınızı gösteren kutuyu işaretlemeniz gerekmektedir. Anketteki tüm cevaplarınız gizli tutulacaktır ve anket çalışmasının amacı dışında kullanılmayacaktır. Zaman ayırıp bizlere yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Fatma KOCAOĞLU

1.)ANNE VE BABAYA AİT KİŞİSEL BİLGİLER

1-)Yaşınız.....

2-)Meslek durumunuz nedir?

1. () Ev kadını 2.() Serbest meslek 3.() Memur 4.() Ücretli
5.() Emekli 6.() İşçi 7.() Öğrenci 8.() Diğer

(belirtiniz):.....

3-)Eğitim durumunuz nedir?

- 1.() Okuryazar değil 2.() Okuryazar 3.() İlkokul 4.() Ortaokul
5.() Lise 6.() Üniversite/Yüksekokul 7.() Lisansüstü

4-)Eşiniz kaç yaşındadır?.....

5-)Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. () Okuryazar değil 2.() Okuryazar 3.() İlkokul 4.() Ortaokul
5.() Lise 6.() Üniversite/Yüksekokul 7.() Lisansüstü

6-)Eşinizin meslek durumu nedir?

- 1.() Serbest meslek 2.() Memur 3.() Ücretli 4.() Emekli
5.() İşçi 6.() Öğrenci 7.() Diğer (belirtiniz):.....

7-)Gelir gider durumunuz nedir?

- 1.() Gelir giderden fazla 2.() Gelir gidere denk 3.() Gelir giderden az

8-)Çocuğunuza anne sütü verdiniz mi?

- 1.() Evet 2.() Hayır

9-)Eğer yanıtınız Evet ise; Çocuğunuza ne kadar süre anne sütü verdiniz?.....

10-)Eğer yanıtınız Hayır ise; hangi sebepten dolayı anne sütü vermediniz?

- 1.() Sağlık durumundan dolayı 2.() Çevre baskısından dolayı
3.() Diğer(belirtiniz):.....

11-)Herhangi bir sağlık sorunuz var mıdır?

- 1.() Evet 2.() Hayır

12-)Eşinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı?

- 1.() Evet 2.() Hayır

2.)ANNE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ

13-) Vücut Ağırlığınız(kg)=.....

14-)Boy uzunluğunuz(m)=.....

15-)BKİ(kg/m²)......(araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

3.)BABA ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ

16-) Vücut Ağırlığınız(kg)=.....

17-)Boy uzunluğunuz(m)=.....

18-)BKİ(kg/m²)......(araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

Her çocuğun babasına ulaşamadığı için(genelde çalıştıkları, mevsimlik işçi oldukları için şehir dışında olmalarından ya da çalışmaya katılmak istemediklerinden dolayıdır.) Babanın bilgileri anne tarafından doldurulmuştur.

4.)ANNE BESLENME DURUMU VE ALIŞKANLIKLARI

19-)Günlük olarak ana öğünlerden kaç tanesinde yemek tüketiyorsunuz?(sabah,öğle,akşam)

1.()1 2.()2 3.()3

20-)Ana öğünlerden herhangi birini atlama sebebiniz nedir?(Tüm öğünlerde yemek yiyorsanız bir sonraki soruya geçiniz.)

1.()Alışkın değilim 2.()Vakit sıkıntısı yaşıyorum 3.()Kilo vermek istiyorum
4.()İştahım yok 5.()Ekonomik olarak gücüm yetmiyor. 6.()Diğer.....

21-)Ara öğün yapıyor musunuz?(Yanıtınız hayır ise 23. Soruya geçiniz)

1.()Evet 2.()Hayır

22-)Eğer yanıtınız evet ise ara öğününüzü ne zaman yapıyorsunuz?

1.()Sabah-öğle(kuşluk) 2.()Öğle-akşam(ikindi) 3.()Akşam
yemeğinden hemen sonra

23-)Gece uyanıp herhangi bir şey tüketiyor musunuz?(Yanıtınız hayır ise 25. Soruya geçiniz)

1.()Evet 2.()Hayır

24-)Eğer yanıtınız evet ise hangi besinleri tüketiyorsunuz?

1.()Süt/yoğurt 2.() Çikolata 3.()Abur-cubur(cips,bisküvi,kola)
4.()Meyve 5.()Kuruyemiş 6.()Diğer.....

25-)Genel olarak sabah ana öğününde besin gruplarından hangisini tüketiyorsunuz?(Sabah öğününü atlıyorsanız bir sonraki geçiniz.)

- 1.()Süt ve türevleri 2.()Et, yumurta ve kurubaklagiller 3.()Ekmek
ve tahıl ürünleri 4.()Meyve-sebze

26-)Genel olarak öğle ana öğününde besin gruplarından hangisini tüketiyorsunuz?(Öğle öğününü atlıyorsanız bir sonraki geçiniz.)

- 1.()Süt ve türevleri 2.()Et, yumurta ve kurubaklagiller 3.()Ekmek
ve tahıl ürünleri 4.()Meyve-sebze

27-)Genel olarak akşam ana öğününde besin gruplarından hangisini tüketiyorsunuz?
(Akşam öğününü atlıyorsanız bir sonraki geçiniz.)

- 1.()Süt ve türevleri 2.()Et, yumurta ve kurubaklagiller 3.()Ekmek
ve tahıl ürünleri 4.()Meyve-sebze

28-)Besin desteği kullanıyor musunuz?(Yanıtınız hayır ise 30. Soruya geçiniz.)

- 1.()Evet 2.()Hayır

29-)Yanıtınız evet ise hangi destek/destekleri kullanıyorsunuz?

- 1.()Demir 2.()D vitamini 3.()Balık yağı 4.()B12
5.()Multivitamin-mineral 6.()Diğer(belirtiniz).....

30.)Günlük olarak en fazla tükettiğiniz içecek hangisidir?(su dışında)

- 1.()Süt 2.()Meyve suyu 3.()Kola 4.()Kahve
5.()Çay 6.()Enerji içeceği 7.()Diğer(belirtiniz).....

31-)Günlük olarak tükettiğiniz su ne kadardır?

- 1.()1-2 bardak 2.()3-4 bardak 3.()5-6 bardak 4.()7-8 bardak
5.()Diğer(belirtiniz).....

32-)Beslenme alışkanlığınız aşağıdaki durumlardan hangisine göre değişir?

- 1.()Stres, korku, heyecan gibi psikolojik durumlarda
- 2.()Akran baskısının olduğu durumlarda
- 3.()Aile baskısının olduğu durumlarda
- 4.()Kilo alıp-verme durumuma göre
- 5.()Diğer(belirtiniz).....

33-)Meyveyi meyve suyu şeklinde mi tüketirsiniz?

- 1.()Evet
- 2.()Hayır suyunu sıkmadan tüketiyorum

34-)Telefon/televizyon/bilgisayar başındayken herhangi bir besin tüketir misiniz?

(Yanıtınız hayır ise 36. Soruya geçiniz)

- 1.()Evet
- 2.()Hayır

35-)Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki besinlerden hangisi/hangilerini tüketirsiniz?

- 1.()Patlamış mısır
- 2.()Kola/Meyve suyu
- 3.()Çay/kahve
- 4.()Kek
- 5.()Çekirdek
- 6.()Cips
- 7.()Diğer(belirtiniz).....

36-)Kantin, market gibi paketli besinlerin satıldığı yerlerden bu tür besinleri aldığınızda etiket bilgisini inceler misiniz?

- 1.()Evet
- 2.()Hayır

37-) Tükettiğiniz besinlerde aşağıdaki kriterlerden hangisi/hangileri sizin için önemlidir?

- 1.()Sağlıklı olup olmadığı
- 2.()Bir porsiyondaki miktarı
- 3.()Tadı
- 4.()Görünüşü
- 5.()Diğer.....

5.)ANNE BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

BESİNLER	Son 1 ay içerisinde ne sıklıkla tükettiniz?						
	Hiç	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez
Süt ve Ürünleri							
Süt, yoğurt	1	2	3	4	5	6	7
Peynir	1	2	3	4	5	6	7
Et, Yumurta, Kurubaklagiller							
Kırmızı et	1	2	3	4	5	6	7
Tavuk, hindi	1	2	3	4	5	6	7
Balık ve diğer deniz ürünleri	1	2	3	4	5	6	7
Sakatatlar: karaciğer, böbrek vb.	1	2	3	4	5	6	7
Yumurta	1	2	3	4	5	6	7
Kurubaklagiller, kuru yemişler	1	2	3	4	5	6	7
Ceviz, fındık, badem, Antep fıstığı vd.	1	2	3	4	5	6	7
Taze Sebze ve Meyve Grubu							
Yeşil yapraklı sebzeler	1	2	3	4	5	6	7
Patates	1	2	3	4	5	6	7
Diğer sebzeler	1	2	3	4	5	6	7
Meyveler	1	2	3	4	5	6	7
Ekmek ve Tahıllar							
Ekmek, beyaz	1	2	3	4	5	6	7
Ekmek, tam tahıl	1	2	3	4	5	6	7
Tahıllar (makarna, erişte, pirinç)	1	2	3	4	5	6	7
Bulgur	1	2	3	4	5	6	7
Yağlar-Şekerler							
Zeytinyağı	1	2	3	4	5	6	7
Diğer sıvı yağlar	1	2	3	4	5	6	7
Katı yağlar (tereyağı, margarin...)	1	2	3	4	5	6	7
Zeytin	1	2	3	4	5	6	7
Şeker	1	2	3	4	5	6	7
Bal, reçel, pekmez, çikolata vb.	1	2	3	4	5	6	7
Tahin ve pekmez	1	2	3	4	5	6	7
İçecekler							
Çay	1	2	3	4	5	6	7
Kahve	1	2	3	4	5	6	7
Bitkisel çaylar	1	2	3	4	5	6	7
Şekerli ve Gazlı içecekler	1	2	3	4	5	6	7
Soda, maden suyu	1	2	3	4	5	6	7

Alkol (şarap dışı.....)	1	2	3	4	5	6	7
Alkol; Şarap a) Kırmızı b) Beyaz	1	2	3	4	5	6	7
Hazır besin (piza, hamburger, pide vb.)	1	2	3	4	5	6	7
Atıştırmalıklar	1	2	3	4	5	6	7
Ambalajlı besinler	1	2	3	4	5	6	7
Kızartılmış besinler	1	2	3	4	5	6	7
Dondurulmuş besinler	1	2	3	4	5	6	7



Anne-Baba (Ebeveyn) Beslenme 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 yiyeceğiyemekleri seçmesine izin veririm.					
2.Kendisini üzgün hissettiğinde, kendisininidaha 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 kararveririm.					
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.					
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 birşeylerle ödüllendiririm.					
23.Öğünler arasında çocuğumun ne zaman isterse yemesine izin veririm.					
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.					

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sevgili Katılımcı,

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü tarafından 7-12 yaş grubunda olan çocuklar obezite durumunda ebeveynlerin etkisinin incelenmesi amacıyla ‘‘ Çocukluk Çağı Obezitesinde Ailenin Tutum ve Davranışlarının Etkisi’’ konulu bir anket çalışması hazırlandı. Anket çalışmamızdan istediğiniz herhangi bir zamanda ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılımcı olmak için herhangi bir ücret talep edilememektedir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizlere bazı sorular soracağız.

Anketimiz kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Anketteki tüm cevaplarınız gizli tutulacaktır ve anket çalışmasının amacı dışında kullanılmayacaktır. Zaman ayırıp bizlere yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Fatma KOCAOĞLU

1.ÇOCUĞA AİT KİŞİSEL BİLGİLER

1-)Yaşınız=.....

2-)Cinsiyet

1.() Kız 2.()Erkek

3-)Kiminle yaşamaktasınız?

1.()Ailemle 2.()Akrabalarımle 3.()Yurtta arkadaşlarımla

4-)Eğitim durumunuz nedir?

1.()İlkokul

2.()Ortaokul

5-)Eğer yanıtınız ilkokul ise kaçınıcı sınıfa gitmektesiniz?

1.()Birinci

2.()İkinci

3.()Üçüncü

4.()Dördüncü

6-)Eğer yanıtınız ortaokul ise kaçınıcı sınıfa gitmektesiniz?

1.()Beşinci

2.()Altıncı

7-)Kaç kardeşiniz vardır?.....

8-)Herhangi bir sağlık sorununuz var mı ?(Yanıtınız hayır ise 10. Soruya geçiniz)

1.()Evet

2.()Hayır

9-)Hastalığınızla ilgili herhangi bir diyet uyguluyor musunuz?

1.()Evet

2.()Hayır

2.)ÇOCUĞUN BESLENME DURUMU VE ALIŞKANLIKLARI

10-)Günlük olarak kaç ana öğün yemek tüketiyorsunuz?(sabah,öğle,akşam)

- 1.()1 2.()2 3.()3

11-)Ana öğünlerden herhangi birini atlama sebebiniz nedir?(Tüm öğünlerde yemek yiyorsanız bir sonraki soruya geçiniz.)

- 1.()Alışkın değilim 2.()Vakit sıkıntısı yaşıyorum 3.()Kilo vermek istiyorum
4.()İştahım yok 5.()Ekonomik olarak gücüm yetmiyor. 6.()Diğer.....

12-)Ara öğün yapıyor musunuz?(Yanıtınız hayır ise 14. Soruya geçiniz)

- 1.()Evet 2.()Hayır

13-)Eğer yanıtınız evet ise ara öğününüzü ne zaman yapıyorsunuz?

- 1.()Sabah-öğle(kuşluk) 2.()Öğle-akşam(ikindi) 3.()Akşam
yemeğinden hemen sonra

14-)Gece uyanıp herhangi bir şey tüketiyor musunuz?(Yanıtınız hayır ise 16. Soruya geçiniz)

- 1.()Evet 2.()Hayır

15-)Eğer yanıtınız evet ise hangi besinleri tüketiyorsunuz?

- 1.()Süt/yoğurt 2.() Çikolata 3.()Abur-cubur(cips,bisküvi,kola)
4.()Meyve 5.()Kuruyemiş 6.()Diğer.....

16-)Genel olarak sabah ana öğününde besin gruplarından hangisini tüketiyorsunuz?(Sabah öğününü atlıyorsanız bir sonraki geçiniz.)

- 1.()Süt ve türevleri 2.()Et, yumurta ve kurubaklagiller 3.()Ekmek
ve tahıl ürünleri 4.()Meyve-sebze

17-)Genel olarak öğle ana öğününde besin gruplarından hangisini tüketiyorsunuz?(Öğle öğününü atlıyorsanız bir sonraki geçiniz.)

- 1.()Süt ve türevleri 2.()Et, yumurta ve kurubaklagiller 3.()Ekmek
ve tahıl ürünleri 4.()Meyve-sebze

18-)Genel olarak akşam ana öğününde besin gruplarından hangisini tüketiyorsunuz?
(Akşam öğününü atlıyorsanız bir sonraki geçiniz.)

- 1.()Süt ve türevleri 2.()Et, yumurta ve kurubaklagiller 3.()Ekmek
ve tahıl ürünleri 4.()Meyve-sebze

19-)Genel olarak yemeklerinizi nerede yiyorsunuz?

- 1.()Kantin 2.()Yurt 3.()Ev 4.()Dışarda(kafe,lokanta..)

20-)Besin desteği kullanıyor musunuz?(Yanıtınız hayır ise 22. Soruya geçiniz.)

- 1.()Evet 2.()Hayır

21-)Yanıtınız evet ise hangi destek/destekleri kullanıyorsunuz?

- 1.()Demir 2.()D vitamini 3.()Balık yağı 4.()B12
5.()Multivitamin-mineral 6.()Diğer(belirtiniz).....

22-)Günlük olarak en fazla tükettiğiniz içecek hangisidir?(su dışında)

- 1.()Süt 2.()Meyve suyu 3.()Kola 4.()Kahve
5.()Çay 6.()Enerji içeceği 7.()Diğer(belirtiniz).....

23-)Günlük olarak tükettiğiniz su ne kadardır?

- 1.()1-2 bardak 2.()3-4 bardak 3.()5-6 bardak 4.()7-8 bardak
5.()Diğer(belirtiniz).....

24-)Beslenme alışkanlığınız aşağıdaki durumlardan hangisine göre değişir?

- 1.()Stres, korku, heyecan gibi psikolojik durumlarda
- 2.()Akran baskısının olduğu durumlarda
- 3.()Aile baskısının olduğu durumlarda
- 4.()Kilo alıp-verme durumuma göre
- 5.()Diğer(belirtiniz).....

25-)Meyveyi meyve suyu şeklinde mi tüketirsiniz?

- 1.()Evet
- 2.()Hayır suyunu sıkmadan tüketiyorum

26-) Düzenli olarak yaptığınız herhangi bir aktivite var mı?(Yanıtınız hayır ise 28. Soruya geçiniz)

- 1.()Evet
- 2.()Hayır

27-)Eğer yanıtınız evet ise hangi tür aktivite/aktiviteleri yapıyorsunuz?

- 1.()Yürüyüş
- 2.()Futbol
- 3.()Voleybol
- 4.()Basketbol
- 5.()Diğer(belirtiniz).....

28-)Telefon/televizyon/bilgisayar başındayken herhangi bir besin tüketir misiniz?

(Yanıtınız hayır ise 33. Soruya geçiniz)

- 1.()Evet
- 2.()Hayır

29-)Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki besinlerden hangisi/hangilerini tüketirsiniz?

- 1.()Patlamış mısır
- 2.()Kola/Meyve suyu
- 3.()Çay/kahve
- 4.()Kek
- 5.()Çekirdek
- 6.()Cips
- 7.()Diğer(belirtiniz).....

30-)Kantin, market gibi paketli besinlerin satıldığı yerlerden bu tür besinleri aldığınızda etiket bilgisini inceler misiniz?

- 1.()Evet
- 2.()Hayır

31-) Tükettiğiniz besinlerde aşağıdaki kriterlerden hangisi/hangileri sizin için önemlidir?

- 1.()Sağlıklı olup olmadığı
- 2.()Bir porsiyondaki miktarı
- 3.()Tadı
- 4.()Görünüşü
- 5.()Diğer.....

3.)ÇOCUK ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

32-) Vücut Ağırlığınız(kg)=.....

33-)Boy uzunluğunuz(m)=.....

34-)BKİ(kg/m²)=.....

4.) ÇOCUK BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

BESİNLER	Son 1 ay içerisinde ne sıklıkla tükettiniz?						
	Hiç	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez
Süt ve Ürünleri							
Süt, yoğurt	1	2	3	4	5	6	7
Peynir	1	2	3	4	5	6	7
Et, Yumurta, Kurubaklagiller							
Kırmızı et	1	2	3	4	5	6	7
Tavuk, hindi	1	2	3	4	5	6	7
Balık ve diğer deniz ürünleri	1	2	3	4	5	6	7
Sakatlar: karaciğer, böbrek vb.	1	2	3	4	5	6	7
Yumurta	1	2	3	4	5	6	7
Kurubaklagiller, kuru yemişler	1	2	3	4	5	6	7
Ceviz, fındık, badem, Antep fıstığı vd.	1	2	3	4	5	6	7
Taze Sebze ve Meyve Grubu							
Yeşil yapraklı sebzeler	1	2	3	4	5	6	7
Patates	1	2	3	4	5	6	7
Diğer sebzeler	1	2	3	4	5	6	7
Meyveler	1	2	3	4	5	6	7
Ekmek ve Tahıllar							
Ekmek, beyaz	1	2	3	4	5	6	7
Ekmek, tam tahıl	1	2	3	4	5	6	7
Tahıllar (makarna, erişte, pirinç)	1	2	3	4	5	6	7
Bulgur	1	2	3	4	5	6	7
Yağlar-Şekerler							
Zeytinyağı	1	2	3	4	5	6	7
Diğer sıvı yağlar	1	2	3	4	5	6	7
Katı yağlar (tereyağı, margarin...)	1	2	3	4	5	6	7

Zeytin	1	2	3	4	5	6	7
Şeker	1	2	3	4	5	6	7
Bal, reçel, pekmez, çikolata vb.	1	2	3	4	5	6	7
Tahin ve pekmez	1	2	3	4	5	6	7
İçecekler							
Çay	1	2	3	4	5	6	7
Kahve	1	2	3	4	5	6	7
Bitkisel çaylar	1	2	3	4	5	6	7
Şekerli ve Gazlı içecekler	1	2	3	4	5	6	7
Soda, maden suyu	1	2	3	4	5	6	7
Alkol (şarap dışı.....)	1	2	3	4	5	6	7
Alkol; Şarap a) Kırmızı b) Beyaz	1	2	3	4	5	6	7
Hazır besin (piza, hamburger, pide vb.)	1	2	3	4	5	6	7
Atıştırmalıklar	1	2	3	4	5	6	7
Ambalajlı besinler	1	2	3	4	5	6	7
Kızartılmış besinler	1	2	3	4	5	6	7
Dondurulmuş besinler	1	2	3	4	5	6	7
Diğer (yazınız):	1	2	3	4	5	6	7

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Fatma KOCAOĞLU
Uyruğu : T.C.

EĞİTİM

Derece	Adı	Bitirme Yılı
Üniversite	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi/ Beslenme ve Diyetetik	2021

YAYINLAR