

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRSAL VE KENTSEL ALANDAKİ
ÇOCUKLARIN BESLENME DAVRANIŞLARI VE
KİLO DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ARZU YÖRÜK

**HALKSAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2014970048

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRSAL VE KENTSEL ALANDAKİ
ÇOCUKLARIN BESLENME DAVRANIŞLARI VE
KİLO DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

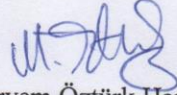
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Arzu YÖRÜK

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Meryem ÖZTÜK HANEY

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2014970048

Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Arzu YÖRÜK “Kırsal ve Kentsel Alandaki Çocukların Beslenme Davranışları ve Kilo Durumunu Etkileyen Faktörler”konulu Yüksek Lisans tezini 26.06.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

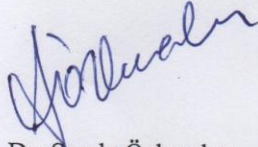


Doç. Dr. Meryem Öztürk Haney

BAŞKAN

Dokuz Eylöl Üniversitesi

Hemşirelik Faköltesi

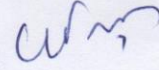


Doç. Dr. Şeyda Özbıçakçı

ÜYE

Dokuz Eylöl Üniversitesi

Hemşirelik Faköltesi



Doç. Dr. Medine Yılmaz

ÜYE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Faköltesi

Doç Dr. Murat BEKTAŞ

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylöl Üniversitesi

Hemşirelik Faköltesi

Dr.Öğr.Üyesi Güलगöl Mermer

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Faköltesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iii
ŞEKİL DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Soruları.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Tanımlar	8
2.2. Obezite Tanımı.....	9
2.3. Obezite Epidemiyolojisi.....	10
2.4. Obezite Etyolojisi.....	12
2.5. Obezite Fizyolojisi.....	15
2.6. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları.....	16
2.7. Obezitenin Sınıflandırılması.....	17
2.8. Obezitenin Sınıflandırılmasında Kullanılan Tanı Yöntemleri.....	18
2.9. Obezite Tedavi Yöntemleri.....	21
2.10. Obezitenin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Çalışma Materyali	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	29
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.10. Etik Kurul İzni.....	34
4. BULGULAR	36
4.1. Öğrencilere ve Ailelere Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular.....	36
4.2. Çocukların Beslenme Davranışları ile İlgili Bulgular.....	41
4.3. Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları İle İlgili Bulgular.....	42
4.4. Çocukların Yeme Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	43
4.5. Çocukların Beslenme Davranışını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	44
4.6. Çocukların Kilo Durumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	45
5. TARTIŞMA	48
5.1. Çocukların Beslenme Davranışını Etkileyen Bulguların Tartışılması.....	50
5.2. Çocukların Beden Kitle İndeksi Sonucunu Etkileyen Bulguların Tartışılması.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler.....	57

7. KAYNAKLAR.....	58
8.EKLER.....	80
8.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu.....	80
8.2. Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği.....	82
8.3. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi.....	84
8.4. Beslenme Davranış Ölçeği.....	87
8.5. Ölçek Kullanım İzinleri.....	90
8.6. İzmir İl Milli Eğitim İzni.....	91
8.7. Etik Kurul İzni.....	93
8.8. ARBİS Özgeçmiş Formu.....	95



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmaya Katılan Okullar ve Öğrenci Dağılımları.....	27
Tablo 3.2. Araştırma Planı.....	33
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	34
Tablo 4.1. Öğrencilere Ait Tanıtıcı Bilgiler.....	36
Tablo 4.2. Öğrencilerin Kilo Durumlarının Dağılımı.....	37
Tablo 4.3. Ailelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler.....	38
Tablo 4.4. Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.5. Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6. Öğrencilerin Yeme Davranışı Anketi Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.7. Çoklu Regresyon: Çocukların Beslenme Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	44
Tablo 4.8. Çoklu Regresyon: Çocukların BKİ Sonuçlarını Etkileyen Faktörler.....	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Erişkinler için Beden Kitle İndeksi (BKI) sınıflaması	20
Şekil 2. Çocuklar için Beden Kitle İndeksi (BKI) Sınıflaması	20



KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ: Beden Kitle İndeksi
BDÖ: Beslenme Davranış Ölçeği
COSİ-TUR: Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması
ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışları Anketi
DM: Diabetes Mellitus
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EYZDÖ: Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği
HT: Hipertansiyon
KG: Kilogram
M²: Metrekare
NHANES: Ulusal Beslenme Sağlık Araştırması
NPY: Nöropeptit-Y
RA: Rölatif Ağırlık
SB: Sağlık Bakanlığı
TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TOÇBİ: Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi
TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her safhasında bilgisi, deneyimi ve desteği ile her zaman rehberlik eden, yeni bilgiler öğrenmemi sağlayan, örnek aldığım danışmanım, sevgi ve saygı duyduğum değerli hocam Meryem ÖZTÜRK HANEY'e,

Beni yetiştiren, tüm hayatım boyunca maddive manevi her türlü destek veren annem, babam ve kardeşlerime,

Tez sürecimin her aşamasında yanımda olarak beni destekleyen sevgili eşime,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sabır ve anlayışları için çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arzu YÖRÜK

KIRSAL VE KENTSEL ALANDAKİ ÇOCUKLARIN BESLENME DAVRANIŞLARI VE KİLO DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Arzu YÖRÜK

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

İnciraltı /İZMİR

arzu.ceylan42@gmail.com

ÖZET

Amaç: Kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışları ve kilo durumlarını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma karşılaştırmalı, tanımlayıcı, kesitsel tiptedir. Araştırmanın örneklemini İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı kentsel alandan iki, kırsal alandan yedi ilkokul oluşturmuştur. Veriler, Şubat 2017 –Nisan 2017 tarihleri arasında bu okullarda okuyan öğrenci (n=500) ve velilerinden sosyo-demografik soru formu, ebeveyn yemek zamanı davranışları ölçeği, çocuklarda yeme davranış anketi, çocuk beslenme davranış ölçeği ve antropometrik ölçümler ile belirlenmiştir. Veriler, tanımlayıcı istatistikler ki-kare testi, student- t testi ve çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kırsal alanda % 18, kentsel alanda %14.5 oranında şişman çocuk bulunmuştur. Kentsel alandaki çocukların kırsal alandaki çocuklara göre daha sağlıklı beslenme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir. Kırsal alanda ebeveynler ödül kullanma, olumlu ikna, özel yemekler ve atıştırma modeli yemek zamanı davranışlarını, kentsel alandaki ebeveynler ise yemek konusunda ısrar, hayvansal yağ azaltma ve atıştırma miktarı yemek zamanı davranışlarını istatistiksel olarak daha anlamlı sergiledikleri belirlenmiştir ($p<0.000$). Kırsal alandaki çocuklar gıda hevesliliği, içme tutkusu ve yemek seçiciliği yeme davranışlarını kentsel alandaki çocuklara göre istatistiksel olarak daha anlamlı sergiledikleri görülmüştür ($p<0.000$). Çocukların beslenme davranışlarını; atıştırma miktarı, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yemek seçiciliği, cinsiyet ve yaşanılan bölge olarak belirlenmiştir. Çocukların Beden Kitle İndeksi'ni yaşanılan bölge, ödül kullanma, hayvansal yağ azaltma, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yavaş yeme, yemek seçiciliği gibi faktörlerin etkilediği görülmüştür.

Sonuç: Çocuklarda beslenme davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan programlarda “ebeveyn yemek zamanı davranışları”, “ocuk yeme davranışlarını” geliştiren uygulamalara ağırlık verilmesi, çocukluk obezitesini önlemeye ve tedaviye yönelik programlarda kırsal alanda yaşıayan çocukların öncelikli olarak ele alınması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk obezitesi, ebeveyn yemek zamanı davranışları, ocuk beslenme davranışı, ocuk yeme davranışı.



THE FACTORS AFFECTING NUTRITIONAL BEHAVIORS AND WEIGHT STATUS OF CHILDREN UNDER THE RURAL AND URBAN AREAS

Arzu YÖRÜK

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences Department of Nursing

İnciraltı / İZMİR

arzu.ceylan42@gmail.com

ABSTRACT

Objective: It is aimed to determine the factors affecting the nutritional behavior and weight status of the children who live in the rural and urban areas.

Method: A comparative and cross-sectional research type was applied. The sample of the study consisted of two urban schools and 7 primary schools in rural areas. The data were determined by students (n = 500) and their parents' socio-demographic questionnaire, parent eating time scale, eating behavior scale in children, child nutrition behavior scale and anthropometric measurements between February 2017 and April 2017. The data were evaluated by descriptive statistics, chi-square test, student-t test and multiple regression analysis.

Results: Obesity rates was 18% in rural areas and 14.5% in urban areas. It was determined that children in urban areas exhibited more positive / healthy eating behaviors than rural children. In rural areas, it was found that parents used prizes, positive persuasion, special meals and snack model meal time behaviors, while in urban areas parents insisted on eating, animal fat reduction and snack meal were statistically significant ($p < 0.000$). It was observed that children in the rural areas exhibited a statistically significant difference in their food enthusiasm, drinking passion and food selectivity eating behaviors compared to children in urban areas ($p < 0.000$). Nutritional behavior of children; the amount of snack, food enthusiasm, food enjoyment, food selectivity, gender and the living area was determined as. Children's Body Mass Index was affected by factors such as the region, rewards, animal fat reduction, food enthusiasm, pleasure of food, slow eating, and food selectivity.

Conclusion: It has been suggested that focusing on “parent meal time behaviors”, “child eating behaviors” in programs aiming to improve nutrition behavior in children. And also, suggested that children living in rural areas should be considered as priority in the programs aimed at prevention and treatment of childhood obesity.

Key Words: Childhood obesity, parent mealtime behavior, child diet behavior, child eating behavior.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından “Sağlığı bozabilecek ölçüde vücutta anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization (WHO), 2012; 2013; 2015; 2016; 2017). Obezite, sadece erişkinlerde görülen bir sağlık sorunu olmayıp son yıllarda çocuklarda da prevelansının artış gösterdiği bilinmektedir (Wijnhoven ve ark., 2013; 2014, Ogden ve ark., 2014).

Türkiye’de çocukluk çağı obezite prevelansını belirleyebilmek amacı ile yapılan çalışmalara göre obezite sıklığı yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve yaşanılan yere (kırsal/kentsel) göre %9 ile %27 arasında değişiklik göstermektedir (Çiftçili ve ark.,2003; Süzek ve ark., 2005; Beyaz ve Koç, 2009; Güler ve ark., 2009; Çatlı ve ark, 2015; Demir, 2015; TUIK, 2015).

Şişman/obez çocukların gelecekte obez/şişman yetişkin olma olasılığı daha fazla olması nedeniyle çocukluk obezitesi yetişkin dönemi kardiyovasküler hastalıklar ve komplikasyonlar (koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü, diabetes mellitus, periferik arter hastalıkları, hiperlipidemi, dislipidemi, ateroskleroz, hipertansiyon) açısından büyük risk taşımaktadır (Skinner ve ark., 2010; Dublin 2010; Halfon ve ark., 2013; Rabbit ve Coyne, 2012). Bunun yanı sıra fazla kilo çocuklarda astım, uyku apnesi, depresyon, akademik başarısızlık gibi pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal soruna neden olarak çocukların sağlığını ve yaşam kalitesi olumsuz etkilemektedir (Dallar ve ark.,2006; Dublin 2010; Limbers ve ark., 2008; Spiotta ve ark., 2008; Whiting 2008; WHO, 2014). Ayrıca çocukluk obezitesine yol açan faktörlerin yetersiz fizik aktivite, aşırı ve yanlış beslenme alışkanlığı gibi yaşam biçimi davranışlarının da belirleyici olduğu belirtilmektedir. Bu etmenlerin yanı sıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok etkenin birbiri ile bağlantılı olarak obezite/şişmanlık gelişimine yol açmaktadır (Bergmann ve ark., 2003; Birch ve ark., 1998; Çoker ve ark., 1999; Ergül ve ark., 2011; Limbers ve ark., 2008; Martinez-Gonzales ve ark., 1999; Pekcan 2008; Rabbit ve Coyne, 2012; Spiotta ve ark., 2008; THSK, 2010).

Beslenme bebeklik döneminden başlayarak yaşamın devam etmesini sağlayan doğal bir süreçtir. Çocukların beslenme alışkanlıklarının kazanılmasında en önemli faktör ailedir.

Ebeveynler çocuklarının sağlıklı beslenme alışkanlıklarını model olma, yemek zamanı ve beslenme ile ilgili ev kuralları belirleme, sosyal destek olma yoluyla etkilemektedirler. Ailelerin çocuklarına yemek konusunda ısrarcı olmaları, bazı yiyecekleri kısıtlamaları, aşırı yemek kuralları koymaları çocuklarda sağlıksız yeme davranışlarının gelişmesine neden olmaktadır (Pittson ve Wallace, 2010). Çalışmalar ebeveynlerin yeme tercihleri, evdeki yemek türleri, yeme tarzları (atıştırma tüketim, bir arada yemek yeme vb), televizyon/medya karşısında yemek yeme, ev dışında yeme alışkanlığı, hazır gıda yeme sıklığı, ebeveynlerin çocukları besleme tutumları (ısrarcı, ödül-ceza kullanımı vb) ile çocukluk obezitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (Çalışır ve ark., 2011; Golan ve ark., 2001; Hawkins ve ark., 2006; Hui ve ark., 2003). Yapılan bir çalışmada ailenin yemek zamanı tutum ve davranışları ile çocukların sağlıklı/sağlıksız beslenmeleri ve sağlıklı/sağlıksız kilo durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Arslan ve Erol, 2014).

Son yıllarda artan şehirleşme oranları, yaşam biçimi değişiklikleri, kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılması gibi pek çok ekonomik ve sosyal değişiklikler ailelerin yaşam biçimlerini ve yeme davranışlarını etkilemektedir. Özellikle şehirde yaşayan, yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında hızlı hazır gıda tüketiminin artmasıyla birlikte çocukluk obezitesinin arttığı bilinmektedir (Onis ve ark., 2012). Kentsel alanda yaşayan çocukların hızlı hazırlanan gıdalar, yüksek enerjili besinler, hayvansal gıdaları daha çok tükettikleri ve fiziksel olarak daha az aktif oldukları bilinirken kırsal alanda yaşayan çocukların daha az obur oldukları ve fiziksel olarak daha aktif oldukları belirtilmektedir (Garriguet, 2007; Kain ve ark., 2003; Onis ve ark., 2012; Wang ve ark., 2007). Amerika'da kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin çocuklarını besleme davranışlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, çocukların kiloları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak kırsal kesimde yaşayan ebeveynlerin kentsel alanda yaşayan ebeveynlere göre çocukları daha sağlıklı olarak algıladıkları, evde daha fazla yemek yaptıkları, sebze, meyve, et ve balık gibi ürünleri daha fazla tükettikleri görülmüştür. Ayrıca kırsal kesimde yaşayan ebeveynlerin çocuklarını beslerken kısıtlama ve baskı yöntemini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (Faulkner ve ark., 2016).

Türkçe literatür incelendiğinde kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin yemek zamanı davranışları ile çocukların beslenme davranışları ve kilo durumları arasındaki ilişkiyi

inceleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Literatürdeki bu eksiklik göz önünde bulundurularak bu çalışmada, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışları ve kilo durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışları ve kilo durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Sorular

1.3.1. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların şişmanlık oranları farklı mıdır?

1.3.2. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışları farklı mıdır?

1.3.3. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların yeme davranışları farklı mıdır?

1.3.4. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin yemek zamanı davranışları farklı mıdır?

1.3.5. Yaşanılan bölge, cinsiyet, ebeveyn yemek zamanı davranışları ve ocuk yeme davranışlarının ocuklukların beslenme davranışları üzerinde etkisi var mıdır?

1.3.6. Yaşanılan bölge, cinsiyet, ebeveyn yemek zamanı davranışları ve ocuk yeme davranışlarının ocuklukların kilo durumuna (BKI) etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

Düşük kilo (yaşa göre düşük vücut ağırlığı): Vücut ağırlığının boy uzunluğuna oranla daha az olmasıdır. Zayıflık kişinin beden kitle indeksinin (BKİ) 18.5'den az olması şeklinde tanımlanır. Kişinin beslenme davranışları hakkında bilgi verir (WHO, 2013).

Fazla kilo (boya göre fazla vücut ağırlığı; overweight, şişman): Obezite ya da halk arasında bilinen diğer bir adı ile şişmanlık, vücutta bulunan yağ miktarının yağsız kütleye oranla daha fazla olması durumudur. Obezite, besinlerle birlikte alınan enerji miktarının, metabolizma ve fiziki aktivite ile birlikte harcanamaması ile fazla enerjinin yağ olarak depolanması sonucu ortaya çıkar (THSK, 2015).

Beslenme Alışkanlığı/Davranışı: Sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesinin artırılması için besin öğelerinin seçimindeki davranış şeklini gösterir. Bebeklik döneminden başlayarak okul çağına kadar hızlı bir şekilde gelişir. Aile içerisinde bir birey olmaya başlayan çocuk beslenme davranışlarını, ebeveynlerinin beslenme davranışlarını model alarak veya taklit ederek alışkanlık haline getirmektedir (THSK, 2015).

Yeme davranışı: Yeme davranışı, bebeklik döneminden itibaren başlayarak yaşam boyu süren fiziksel, psikolojik, çevresel faktörlere (aile yeme davranışı, sağlık algısı, ebeveyn tutumu, aile içi ilişkiler gibi) bağlı olarak değişip şekillenebilen davranış türüdür. Çocukluk döneminde yemek seçme, az yeme gibi besin alımında sağlıksız boyutlarda azalma veya belli yiyecekleri fazla tüketme gibi durumlar ortaya çıktığında yeme davranışında bozukluklar görülmektedir. Yeme bozukluğuna neden olabilen sosyo-kültürel, psikolojik ve biyolojik (stres, ekonomik durum, etnik köken, daha çekici ve güzel görünme duygusu gibi) pek çok faktör bulunmaktadır. Bunların yanı sıra ebeveyn tutumları da (mükemmeliyetçi olmak, baskıcı aile, aşırı kaygılı ebeveyn, çocukluk çağında kazanılan beslenme alışkanlıkları) bireylerin yeme davranışını olumlu/olumsuz etkilemektedir. En yaygın görülen beslenme ve yeme bozuklukları; anoreksiya nervroza, bulimiya nervroza ve tikanırcasına yeme bozukluğudur (Davison ve Neale, 2004; Nolen-Hoeksema, 2004; APA, 2013; Varlık Özsoy, 2017).

Ebeveyn yemek zamanı davranışları: Ebeveyn yemek zamanı davranışları, ebeveynlerin yemek zamanında çocuklarına en sık sergiledikleri davranışları tanımlar. Özellikle çocukluk döneminde ebeveynlerine bağımlı yaşamları nedeniyle çocukların sağlıklı/sağlıksız yeme

alışkanlıklarının kazanılmasında (rol model olma, beslenme zamanı ile ilgili kurallar konulması, sosyal destek, baskı, kısıtlama, ısrar, ikna yöntemi) ve sağlıklı/sağlıksız vücut ağırlıklarına sahip olmalarını ebeveyn davranış ve tutumları belirler (Brown ve Ogden 2004; Ayala ve ark., 2007; Savage ve ark., 2007; Ventura ve Birch, 2008; Erol ve Arslan, 2014). Yapılan literatür taramasında; ebeveynlerin aşırı baskıcı davranış sergilemesi çocuklarda belirli yiyeceklere karşı iticilik duygusu geliştirmekte, hızlı hazır gıda, yüksek kalorili yiyecek ve içecekleri daha fazla tüketmelerine neden olmaktadır (Campbell ve ark., 2006; Ventura ve Birch, 2008; Arslan ve Erol, 2014). Ancak ebeveynler ile birlikte yemek yeme sıklığının artması ve ebeveyn desteği fazla olan çocuklarda ise kalori düzeyi yüksek içecekler ile hızlı hazır gıda tüketiminin daha az olduğu, lifli gıda tüketiminin daha fazla olduğu, sebze ve meyve tüketiminin daha fazla olduğu görülmüştür (Ayala ve ark., 2007; Burgess-Champoux ve ark., 2009; Arslan ve Erol, 2014).

Kırsal Alan: Kırsal alanlar, ekonomisi tarıma dayanan, yüz yüze ilişkilerin yaygın olduğu, iş bölümü ve uzmanlaşmanın gelişmediği toplumsal ortamlarda yaşayan insan topluluklarını içeren, kültürel desenin ve doğal değerlerin korunması açısından önem taşıyan çok yönlü mekanlardır (Özhancı ve Yılmaz, 2017).

Kentsel Alan: Nüfus yoğunluğu fazla olan, ekonomik ve sosyal faaliyetlerin farklı olduğu, meslek grupları, sosyal sınıflar, mezhepler gibi heterojen grupları içine alan karmaşık bir yerleşim yeridir (Topal, 2004).

2.2 Obezite Tanımı

Latince’de obezus kelimesinden türemiş olan obezite/şımanlık iyi beslenmiş manasına gelmektedir. İngilizce’de; “obesity” şişmanlık, “obeze” fazla şişman, “overweight” gereğinden çok ağırlık olarak tanımlanan şişmanlık anlamına gelmektedir (Parlak ve ark., 2007). Geçmiş dönemlerde obezite denildiğinde kişilerin maddi anlamda varlıklı, güçlülük gibi anlamlara gelmekteydi. Sanayi devriminden sonra ise obezite kaba, sağlıksız, ağır, sorunlu anlamlarında kullanılmaya başlandı. Günümüzde ise obezite yaşamı tehdit edebilecek kadar ciddi sağlık problemlerine neden olabilen metabolik bir hastalık ve beden imajı bozukluğu olarak algılanmaktadır (WHO, 2000; Bozbora, 2002).

Obezite; besinlerle alınan kalori miktarının harcanan kalori miktarına göre gereğinden fazla olması durumunda, artan enerji miktarının yağ dokusu şeklinde depolanması sonucunda

oluşan, fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabilen enerji metabolizması bozukluğudur (WHO, 2012). Vücuttaki yağ dokusu oranları cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Yetişkin erkeklerde yağ dokusu %15 ile %18 arasında, kadınlarda ise %20 ile 25 arasında bir değerdir. Bu değerlerin erkeklerde %25, kadınlarda da %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır. Vücuttaki yağ oranının fazlalığı, aşırı yemeye bağlı olduğu düşünülmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011; SB, 2014; Savaşhan ve ark., 2015; Hatipoğlu ve Kurtoğlu, 2015; Çatlı ve Büyükgebiz, 2015).

Obezite; Dünya Sağlık Örgütü tarafından vücutta biriken yağ miktarının sağlığı bozacak ölçüde normalin üstünde olması veya vücutta fazla miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015). Dünya Sağlık Örgütü, fazla kiloluluk ve obezite tanımını; beden kitle indeksinin ($BKİ = \text{Ağırlık [kg]} / \text{Boy [m}^2 \text{]}$) sonucuna göre yapmaktadır. Çıkan sonuçta $BKİ = 25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$ ise fazla kilolu, eğer $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ise de obezite (şişman) olarak kabul edilmektedir (Kankaya ve Karakovan, 2017).

2.3 Obezite Epidemiyolojisi

Obezite gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkelere de artan bir prevalansa sahiptir. Obezitenin 1980 yılından günümüze kadar sürekli artış göstermesi (erkeklerde %3.2'den %10.8'e, kadınlarda da %6.4'ten %14.9'a yükselmesi) nedeni ile DSÖ tarafından "global epidemi" olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada 600 milyon insanda obezite görülmektedir (SB, 2013; WHO, 2007; 2014; 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Beslenme Sağlık Araştırması (NHANES)'nin açıkladığı sonuçlara göre obezite oranının ülkelere ve cinsiyete göre değiştiği görülmektedir (European Commission 2010; 2011; DSÖ, 2018). Obezite görülme oranı; ABD'de %35.7, Malta'da % 25.2, Libya'da %18.2, İsrail'de %12.6, Endonezya'da %8, Norveç'te %4.5, Hollanda ve Kore'de %4'dür. Obezite oranları karşılaştırıldığında en fazla Amerika'da (%26-35 arası), en az Güneydoğu Asya'da (%3-4 arasında) olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre obezite oranlarına bakıldığında ise özellikle ABD'de (erkeklerde %35.5, kadınlarda %35.8) ve Çin'de (erkeklerde 43.2 milyon, kadınlarda 46.4 milyon) yaşayan kadınlarda oranların yüksek olduğu görülmüştür (Ogden ve ark., 2012; WHO, 2017).

Obezite görülme oranı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bölgelere, cinsiyete göre farklılıklar göstermekte ve giderek artmaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 yılı sonuçlarına göre toplam obezite prevalansı erişkinlerde %30.3 (Kentselde; Erkek: %20.9, Kadın: %40.4; Kırsalda; Erkek: %19.1, Kadın: %42.9) ve cinsiyet ayrımına bakıldığında ise (Kadın: %41, Erkek: %20.5) kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (TNSA, 2010; Hacettepe Üniversitesi, 2014; SB, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 sonuçlarına göre obezite oranının %15.2 (K:%18.5, E:%12.3), TÜİK 2010 verilerine göre %16.9 (K:%21, E:%13.2), TÜİK 2012 verilerine göre %17.2 (K:%20.9, E:%13.7), TÜİK 2014 verilerine göre %19.9 (K:%24.5, E:%15.3), TÜİK 2017 verilerine göre ise %19.6 (K:%23.9, E:%15.2) olduğu görülmektedir (TÜİK, 2008; 2012; 2013; 2014; 2015; 2017).

Çocukluk obezitesi için farklı ülkelerde değişik yaş grupları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de oranların giderek arttığı görülmektedir. Malezya'da 2002 yılında ilköğretim çağındaki (7-10 yaş grubu) olan çocuklar ile yapılan bir çalışmanın sonucunda kızlarda obezite oranı %7 iken erkeklerde obezite oranı %10 olarak bulunmuştur (Tee ve ark., 2002). Portekiz'de 7 ile 9 yaş grubunda %32, İspanya'da 2 ile 9 yaş grubunda %31, İtalya'da 6 ile 11 yaş grubunda %27, Sırbistan ve Karadağ'da 6 ile 10 yaş grubunda %15 olduğu görülmüştür (Akış ve ark., 2003; www.vsm.gov.tr/konsol/docs/taslak2.doc). Portekiz'de 2003 yılında 7-10 yaş grubu ile yapılan bir çalışmada obezite oranının kızlarda (%12) ve erkeklerde (%9) farklılık gösterdiği bulunmuştur (Lobstein ve ark. 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre çocuklarda obezite oranları; Isparta'da 2001 yılında ilköğretim öğrencileri ile yapılan bir çalışmada %3, İstanbul'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada 6-15 yaş aralığında %35.1, Muğla'da 2004 yılında 6-15 yaş aralığında %6.3, Ankara'da 2004 yılında ilköğretim öğrencileri ile yapılan bir çalışmada %4.8 olduğu görülmüştür (Öztürk ve ark., 2002; Süzek ve ark., 2005; Şimşek ve ark. 2005; Öztora ve ark., 2006). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre çocukluk obezitesinin en fazla görüldüğü bölge %12.5 ile Doğu Marmara'dır. Sırası ile Ege ve Akdeniz'de %11.4, İstanbul'da %10.8, Kuzeydoğu Anadolu'da %4.1, Doğu Karadeniz'de %3.6, Güneydoğu Anadolu'da %3.4'dür (TBSA, 2010). Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ, 2011) çalışmasında 6-10 yaş aralığında obezite oranı kentsel bölgelerde %8.5 iken Türkiye genelinde obezite oranı %6.5'dir. Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması 2013 sonuçlarına göre obezite oranı erkeklerde (%23.3) kızlara (%21.6) göre daha fazladır (COSİ-TUR, 2013). İzmir'de Demir'in 2015 yılında

ilkokul öğrencileri ile yürüttüğü bir çalışmada ise obezite oranı %16.9 olarak bulunmuştur (Demir, 2015).

2.4.Obezitenin Etyolojisi

Obezitenin oluşmasında yaş, cinsiyet, genetik etkenler, beslenme davranışları, fiziksel inaktivite, psikolojik rahatsızlıklar, sosyoekonomik seviye gibi birçok faktör neden olmaktadır (Hamurcu, 2014).

2.4.1. Yaş

Obezite bebeklik döneminden itibaren her yaş döneminde oluşabilmektedir. Çocukluk dönemlerinde başlayan obezitenin ileri yaşlarda da devam edebileceğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Adölesan döneme gelindiğinde vücuttaki yağ miktarının kalıcı olarak artmaya başlaması nedeni ile bu dönemde ortaya çıkan obezitenin yetişkinlik döneminde de görülme olasılığı fazladır (Öztora 2005; Köksal ve Özel 2008).

2.4.2.Cinsiyet

Obezite kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülmektedir. Bunu etkileyen birçok neden bulunmaktadır. Ergenlik döneminde kızlarda erkeklere göre östrojen miktarının fazla olması, kız çocuklarında daha erken yaşlarda menarş görülmesi, kadınların gebelik ve doğum süreçlerinde östrojen miktarındaki değişimler ve menapoz dönemindeki hormonal dengesizlikler gibi nedenler obezitenin kadın cinsiyetinde daha fazla görülmesine neden olmaktadır (Öztora, 2005; Akbulut ve ark., 2007; Parlak ve Çetinkaya, 2007).

2.4.3. Genetik Etkenler

Çocukta obezite görülme oranı, anne ve babasının her ikisi de şişman ise %80, anne veya babadan herhangi biri şişman ise %40, anne ve babanın her ikisi de şişman değil ise %14'dür (Günöz,2001; Semerci, 2004; Öztora, 2005). İkizler üzerinde yapılan araştırmalarda, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre BKİ ölçüleri birbirine çok yakın değerdir. Evlat alınan çocuklarla yapılan bir çalışmada ise, çocuğun BKİ değerinin yaşadığı aileye göre çok farklı olduğu ve kendi öz ebeveynlerine daha yakın bir değerde olduğu görülmüştür (Stunkard ve ark., 1986; Babaoğlu ve Hatun, 2002; Öztora, 2005; Önsüz ve ark., 2011; Jonathon ve Wells, 2012; Hamurcu, 2014; Yüce ve Bideci, 2015).

2.4.4. Psikolojik Durum

Stres ve beslenme arasındaki ilişki kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir (Laitinen ve ark., 2002). Bazı kişiler yalnız olduklarında, evde boş otururken veya sıkıldıkları zaman daha fazla yemek yerken bazıları da sinirli, gergin veya kızgın olduklarında daha fazla yemek yemektirler (Vansant ve Hulens, 2006). Duygu durum bozukluğu olan kişilerde ise zamansız atıştırmalar sonucu alınan öğünler nedeniyle fazla kilo oluşmaktadır (Sevinçer ve Konuk, 2013).

2.4.5.Sosyoekonomik Seviye

Araştırmalar, ülkenin gelişmişlik durumuna göre obezite görülme oranlarında farklılıklar olduğunu göstermektedir (Tuncer, 2004; Atamtürk, 2009; Öncü, 2009; Glasper, 2010; Chen ve ark., 2011; Öztürk, 2011). Ailelerin ekonomik gelir durumlarına göre şişmanlık nedenleri de değişkenlik gösterebilmektedir. Ekonomik gelir düzeyi fazla olan ailelerin çocukları gereğinden fazla aşırı beslenme nedeni ile obez olurken, ekonomik gelir düzeyi düşük ve geniş ailelerin çocukları dengesiz ve yetersiz beslenme sonucu obezite gelişmektedir (Murasko, 2011).

2.4.6. Fiziksel İnaktivite

Fiziksel aktivitenin az olması obeziteye neden olurken, obezite de kişinin fiziksel aktivitesinin azalmasına neden olmaktadır. Kentleşmenin artması, günlük yaşamda ulaşım araçlarının daha sık kullanılması, çocukların yakın mesafede olan okullarına servisle gitmesi, merdiven çıkmak yerine asansör kullanılması, araba kullanımının yaygın olması, ofislerde bilgisayar kullanımının artması, makineleşmenin artması, çocukların oyun oynayarak vakit geçirebileceği uygun ve güvenli alanların yetersiz olması, çocukların bilgisayar ve televizyon karşısında geçirdikleri sürelerin artması gibi durumlar obezite oluşumunda etkindir. Aynı zamanda televizyon izleme sırasında çıkan reklamlar kişinin bir şeyler yeme isteğini uyarması ile kişiyi bir şeyler yemeye yönlendirerek obezite gelişimine neden olmakta ve obezitenin komplikasyonları açısından büyük risk oluşturmaktadır (Hancox ve ark., 2004; Öztora, 2005; Köksal ve Özel, 2008).

2.4.7. Beslenme Davranışları

Beslenme davranışı yaşamın devam edebilmesi için anne karnında başlayarak bebeklik, çocukluk ve yetişkinlik dönemde de devam eden doğal bir süreçtir. Beslenme davranışları kişilerin yaşadığı bölgeye (kırsal-kentsel), mevsimlere, ekonomik durumuna, psikolojik durumuna, kültürel yapısına göre değişiklik göstermektedir (Atkinson, 2005;

Yılmaz, 2004; WHO, 2015). Bazı ebeveynler çocuklarının gerçek kilolarını değerlendirememekte (normalden daha az kiloda algılama), bu nedenle ısrarcı ve daha büyük porsiyonlar şeklinde beslenme tutumu sergilemektedirler (Yılmaz ve ark.,2013; İskender ve ark., 2014; Lo ve ark., 2015). Bebeklik döneminde gereğinden fazla mama ile beslemek, 6 aydan önce ek gıda başlanması bebeklerin normalden fazla kilolu olmasına ve ileri yaşlarda obezite gelişmesinde risk oluşturmaktadır. Bebeklik döneminden itibaren beslenme davranışlarının kazanılmasında ebeveynlerinin rol modeli (taklit etme) olması önemli bir unsurdur (Pinard ve ark., 2012). Karbonhidrat, yağ ve kalori değeri yüksek, posasız besinlerin tercih edilmesi, hazır gıdaların fazla tüketilmesi, porsiyonların büyük olması, şeker oranı yüksek gıdaların ve içeceklerin tüketilmesi, öğünlerin zamanında yenmemesi obezitenin artmasına neden olmaktadır. Çocukluk döneminde düzenli beslenme davranışı olmayan (öğün sayısının düzensiz olması, az çiğneyerek yeme, hızlı yemek yeme, erken saatlerde okula giden veya tüm gün okulda kalan çocuklarda öğün atlama problemleri) çocuklar olumlu beslenme davranışı geliştirememekte ve obezite oranı daha fazla görülmektedir (St-Onge ve ark., 2003; Burdette ve ark., 2006; SB, 2010; Akıncı, 2013).

2.4.8. Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları

Ebeveyn yemek zamanı davranışları; ebeveynlerin çocuklarını beslerken ve yaşam boyu devam edecek olan beslenme davranışlarının kazanılmasında (rol modeli olma) göstermiş oldukları davranışları içerir. Çocukların gıda seçimi, sağlıklı/sağlıksız besin algılayışı, bilgi kazanımları, öğün zamanları gibi davranış biçimlerinin kazanılmasında ebeveynlerin çocuklarını beslerken göstermiş oldukları davranış biçimi ve gıda tercihleri etkilidir. Çocukluk döneminde kazanılan sağlıklı/sağlıksız yeme alışkanlıkları okula başlayınca da devam etmekte ve çocukluk çağı obezitesinin oluşma riskini artırmaktadır (Birch ve Fisher 1998; Arslan ve Erol, 2014). Ebeveynler çocuklarını beslerken kısıtlama, baskı, ısrar, ödüllendirme, cesaretlendirme ve olumlu ikna gibi davranış biçimlerini sergilemektedirler (Arslan ve Erol 2012). Ebeveynler tarafından sağlıksız gıdaların (cips, kola, çikolata, hızlı hazır gıda) alımının kısıtlanması ve tüketilmemesi konusunda baskı kurulması; çocuklar tarafından daha cazip algılanmakta, dikkatlerini daha çok çekmekte ve tok olsalar dahi fırsat buldukça bu yiyecekleri daha çok tüketmelerine neden olmaktadır (Birch ve ark., 2001; Onay Beşikçi, 2010; Arslan ve Erol 2012). Kroller ve Warschburger'in (2008) yaptığı bir araştırmada hızlı hazır gıda tarzı atıştırma alışkanlıkları fazla tüketen çocukların

ebeveynlerinin daha baskıcı bir tutum sergiledikleri, sebze ve meyveyi fazla tüketen çocukların anne-babalarının ise ödüllendirme davranış modelini daha az sergiledikleri görülmüştür. Ayrıca ebeveynler daha fazla besin alımını sağlamak ve istedikleri davranışın yapılmasını sağlamak amacı ile de ödüllendirme yöntemini seçmektedirler. Ancak ödüllendirme yönteminin sık kullanılması çocukların o besinden daha çabuk sıkılmasına neden olabilmektedir (Yiğit, 2011). Ebeveynlerin çocukları ile işbirliği yaparak ve onları doğru yönlendirerek cesaretlendirmeleri çocuklarda sağlıklı besin tüketimini artırmaktadır (Orrell-Valente ve ark., 2007). Ebeveynler çocuklarının duygusal durum değişiklikleri (ağlama, içlenme, sinirlilik, kaygı, korku, huzursuzluk gibi) yaşadıklarında bu durumu unutturmak için aç olmasalar bile çeşitli besinlerle (çikolata, cips gibi) dikkatlerini farklı yöne çekmek istemektedirler. Ancak bu durum da çocuklarda bu tür besinlerin alımını artırmakta ve gereğinden fazla kalori alınmasına sebep olmaktadır (Blissett ve ark., 2010; Özçetin ve ark., 2010).

2.5. Obezite Fizyolojisi

Açlık ve tokluk hissi, günlük olarak beslenme davranışlarını belirleyen bir durumdur. Açlık ve tokluk duygusu, enerji, su ve diğer besinlere ihtiyaç duyulmasıdır. Şişmanlık veya zayıflık vücut için gerekli olan enerji alımı ile enerji tüketimi arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkmaktadır. Açlık ve iştah birbirinden farklı kavramlardır. Açlık fizyolojik bir durum iken, iştah ise psikolojik bir durumdur (Carola ve ark 1990). Yeme isteğinin artması veya azalması kolesistokinin, ürokortin ve nöropeptid Y (NPY) denilen peptidlerden olmaktadır. Bunlardan kolesistokinin ve ürokortin yeme isteğini azaltır iken NPY ise yeme isteğini artırmaktadır. Vücut için gerekli olan besin miktarını ve iştahı düzenlenmesinde rol oynayan en önemli sinirsel merkez hipotalamusta yer alır. Vücut ağırlığını dengede tutmaya yarayan hipotalamusta açlık ve tokluk merkezlerini yürüten iki kısım bulunmaktadır. Hipotalamusun orta çizgisine yakın ve aşağı bölgesinde yer alan bir “tokluk merkezi” (ventromedialhipotalamus), kenarına yakın bir bölgesinde ise “açlık merkezi” (lateralhipotalamus) yer alır. Vücuttaki kan glikoz düzeyinin azalması ve kanda bulunan serbest yağ asitlerinin çoğalması ile kişide açlık duygusu ortaya çıkar. Açlık hissinin oluşumunu başlatan en önemli etmenin midede salgılanan ve polipeptid yapısına sahip olan Ghrelin hormonun olduğu Japon araştırmacı Kojima ve ark.(1999) tarafından keşfedilmiştir. Yeme duygusunun oluşup besinlerin ağızdan alınmaya başlanması ile birlikte kandaki glukoz

düzeyi ve insülin düzeyi artmaya başlar. İnsülin düzeyinin artması ile birlikte Leptin hormonu NPY hormonunun salgılanmasını baskılayarak kendi salgılanmasını başlatır. Yeme süresince Leptin düzeyi artarak yeme isteği son bulur ve tokluk hissi oluşur. Tokluk hissinin oluşmasında rol oynayan en önemli hormon Leptindir. Vücutta Leptin düzeyinin düşük olması veya Leptinin bulunmaması gibi durumlarda kişilerin gıda alma isteği artmakta ve bunun sonucunda obezite oluşmaktadır (Kojima ve ark., 1999; Atkinson, 2005; Öztora, 2005; Akbulut ve ark., 2007; Yılmaz, 2004).

2.6. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Kilonun fazla olması diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kas iskelet sistemi bozuklukları, kanser gibi birçok hastalığı beraberinde getirmektedir (Prasanna ve ark., 2012; Gee ve ark., 2013; Pulungan ve ark., 2013). Vücut ağırlığı fazla olan kişilerde leptin hormonu normalden daha fazla salgılanması sonucunda insülin direnci gelişmekte ve DM'ye yatkınlık artmaktadır. Leptin hormonunun fazla salgılanması hipofiz bezinden salgılanan Tiroid Stimüle Edici Hormonunu (TSH) da etkilemektedir. Tiroid Stimüle Edici Hormon'un etkilenmesi ile vücudun metabolizma hızının düzenlenmesinde etkili olan T3 ve T4 hormonları etkilenecek obezite gelişmesine neden olabilmektedir (Reinehr, 2010; Herder ve ark., 2012; Luft ve ark., 2012; Meng ve ark., 2013). Fazla kilo nedeniyle oluşan insülin direnci aynı zamanda sempatik sinir sistemi aktivasyonunun artmasına, sodyumun tutulumuna ve damarsal kasılmalara neden olarak HT gelişimine de neden olabilmektedir (Herder ve ark., 2012; Luft ve ark., 2012; Akıncı, 2013; Meng ve ark., 2013).

Obezitenin çocukluk çağından itibaren devam ettiği durumlarda ve aynı zamanda gelişen HT ile birlikte yanlış beslenme şekli ve sedanter yaşam şeklinin de eşlik etmesi ile birlikte kan kolesterol düzeyinde artmalar meydana gelebilmektedir. Vücutta artan fazla kilo ile birlikte kalbin kitlesi ve iş yükü de artmaktadır. Bunun sonucunda da kardiyomiyopati, ateroskleroz, kalp yetmezliği gelişebilmektedir. Obezitenin çocukluk çağından başlayarak erişkinlik döneme kadar devam etmesi, HT, kolesterol düzeyinin yüksek olması gibi nedenler kalp damar hastalıkları için ciddi riskler oluşturmaktadır (Işık ve Naçar, 2000; Belay, 2004; İslamoğlu ve ark., 2008). Fazla kilo solunum fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Obezitenin neden olduğu solunum sistemi problemi uyku apnesi ve horlamadır. Boyun, abdominal ve göğüs bölgelerinde biriken fazla yağlar akciğerlerin alanını daraltarak solunum

fonksiyonlarının işlevini bozmaktadır (Holcomb, 2004; Wen ve Aysola, 2012). Ayrıca fazla kilo oksijen alımını artırmakta ve kişide sürekli uyuma hissine neden olmaktadır (SB, 2002). Vücut ağırlığının artması ile birlikte kemik, kas ve eklemlere daha fazla yük binerek travma etkisi yaratmaktadır. Bu nedenle obez kişilerde kas-iskelet sistemi hastalıkları ve düztabanlık daha fazla görülmektedir. Ayrıca vücut yağ dokusunun artması ile kasların yeterince kasılması engellenmekte bunun sonucunda damarlar etkilenecek varisler oluşmaktadır (SB, 2002; Yılmaz, 2007; Sowers ve Gutierrez, 2010). Bu durumların yanı sıra fazla kilo duygu durumunu olumsuz etkileyerek psikososyal problemlere de neden olmaktadır (Reinehr, 2010; Aksoydan ve Çakır, 2011). Toplum tarafından fazla kilolu insanlara ön yargılı ve olumsuz eleştiriler yapıldığı için özellikle çocuk ve adolesan yaş grubundaki çocuklar olumsuz etkilenmektedir. Obez çocuklarda, okul başarısında düşme, kendinden nefret etme, okula gitmek istememe, özgüven eksikliği, içe kapanıklık, şiddete yönelme, alkol-sigara bağımlılığı, anksiyete-öfke nöbetleri ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşanabilmektedir (Süleiman ve ark., 2009; Aksoydan ve Çakır, 2011; Ogden ve ark., 2012; Fredericka ve ark., 2013).

2.7. Obezitenin Sınıflandırılması

Obezite vücut dağılımına, yağ hücre miktarına (fizyolojik), etiyolojik ve genetik olarak sınıflandırılır.

2.7.1.Vücutta yağın depolanma (dağılımına) durumuna göre: Vücudun dışarıdan görünümünü yansıtır.

Jinoid tip (armut biçimi) : Biriken fazla yağın, daha çok vücudun kalça, uyluk ve bacaklar gibi abdominal bölgenin alt kısımlarında toplanmasıyla ortaya çıkan türüdür ve görülme sıklığı daha çok kadınlara özgüdür (Poskitt, 1995; Yılmaz,2007; Yaman, 2009; Taşçılar ve Hacıhamdioğlu, 2010).

Android tip (elma biçimi) : Biriken fazla yağın, daha çok vücudun bel, üst karın ve göğüs gibi abdominal bölgenin üst bölümünde toplanması ile ortaya çıkan türüdür ve erkeklerde sıklıkla görülür. Fazla kilosu bu bölgelerde olan kişilerin tip 2 diyabet, kalp rahatsızlıkları, insülin direnci ve serebrovasküler hastalıklara yakalanma riski daha fazladır (Poskitt, 1995; Yılmaz,2007; Yaman, 2009; Taşçılar ve Hacıhamdioğlu, 2010).

2.7.2. Yağ hücre miktarına göre; Vücutta bulunan fazla yağ miktarı, yağ hücrelerinin çokluğunu ve büyüklüğünü yansıtır.

Hiperplastik tip obezite: Vücutta yağ bulunduran hücre sayısının artması ile meydana gelmektedir. Çocukluk döneminde görülen obezite tipidir. Hipersellüler obezite de denir (Öztora, 2005; Taşçılar ve Hacıhamdioğlu, 2010).

Hipertrofik tip obezite: Vücutta yağ depolayan hücrelerin hacminin artması ile meydana gelir. Hücrelerin hacminin artmasına rağmen, hücre sayısında herhangi bir değişiklik olmamaktadır. Erişkinlerde ve hamilelik döneminde görülen obezite tipidir (Öztora, 2005; Taşçılar ve Hacıhamdioğlu, 2010).

2.7.3. Obezite oluşum nedenine (etyoloji) göre:

Basit Obezite (Ekzojen Obezite): Beslenme tipindeki yanlışlıklar sonucu ortaya çıkar. Obeziteye neden olabilecek herhangi bir neden veya hastalık yoktur. Kişinin hayat tarzından kaynaklanan; çok yemesi ve yeterli derecede enerji harcamamasıyla meydana gelen obezite türüdür. Bu kişiler fazla şeker miktarı içeren gıdalar ve hazır yiyecekler tüketmektedirler. Toplumda görülen obezite oranının yaklaşık %95'inde görülen obezite çeşididir (Kiess ve ark., 2001; Taşçılar ve Hacıhamdioğlu, 2010).

Sekonder obezite (Endojen Obezite): Genetik sorunlar, endokrin hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve bazı tümörler, hormonal bozukluklar gibi hastalıklarla birlikte görülen obezite türüdür (Kiess ve ark., 2001; Taşçılar ve Hacıhamdioğlu, 2010).

2.8 Obezitenin Sınıflandırılmasında Kullanılan Tanı Yöntemleri

Vücudun yağ miktarını ve yağ dokusu dışındaki diğer kalan doku miktarlarının doğru değerlendirilebilmesi için her yaş döneminde vücut ağırlığının ve vücutta bulunan yağın uygun sınır aralıklarının bilinmesi gerekir. Kişilerin zayıf, normal, fazla kilolu veya şişman olma durumları yapılan değerlendirmeler sonucu sınıflandırılabilir. Vücuttaki yağ miktarının değerlendirilebilmesi için direkt ve indirekt yöntemler mevcuttur (Öztora, 2005; Yılmaz, 2007; SB, 2014).

2.8.1. Vücuttaki Yağ Miktarlarının Direkt Ölçüm Yöntemleri

Vücutta bulunan yağ miktarını belirlemek için laboratuvar ortamlarında yapılabilen yöntemlerdir. Bunlar ;

- Su altı ağırlık ölçümü
- Total vücut potasyum tekniği

- Nöron aktivasyon tekniği
- Biyoelektrik impedans analizi
- Bilgisayarlı tomografi
- Manyetik rezonans görüntüleme
- Dual enerjili x-ray ışını absorpsiyonunun değerlendirilmesi yöntemi
- Ultrasonografi tekniğidir (Öztora, 2005; Gülcan ve Özkan, 2006; Akbulut ve ark.,2007; Ersoy ve Çakır, 2007; Güler ve ark., 2009; Akıncı, 2013).

2.8.2. Vücuttaki Yağ Miktarlarının İndirekt Ölçüm Yöntemleri

Antropometrik ölçümler(insan vücudunun boyutları) olarak da bilinir. Kolay bir şekilde tekrar edilebilir olması, ucuz ve pratik olmaları da bu yöntemlerin sık kullanılmasında etkindir. Bu yöntemler;

- Relatif ağırlık oranı (RA-boya göre ağırlık),
- Bel ve kalça çevresi ölçüm oranları,
- Deri kıvrımı kalınlığının (Triseps cilt kıvrım kalınlığı) oranı
- Beden kitle indeksini (BKİ) dir (Gürel ve İnan, 2001; Taşan, 2005; Öncü, 2008).

Beden Kitle İndeksi, Quetelet İndeks (BKİ)

Beden kitle indeksi ilk kez 1835 yılında Belçikalı olan ünlü astronom ve istatistikçi Adolphe Quetelet tarafından tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul görmüş, geçerlilik ve güvenilirliği günümüze kadar devam etmiş ve halen de yaygın kullanılan anlaşılır ve pratik bir yöntemdir. Beden kitle indeksi kişinin kilosunun (kg) boyunun karesine (m²) bölünmesi ile çıkan sonuçtur (Geiss ve ark., 2001; Bozbora, 2002).

Vücut ağırlığı

$$BKİ = \frac{\text{Vücut ağırlığı}}{\text{Boy Uzunluğu} \times \text{Boy Uzunluğu(m}^2\text{)}}$$

Erişkinler BKİ değeri 25'in üzerinde ise fazla kilolu, 30'un üzerinde bir değer ise obezite olarak tanımlanır (Cole ve ark., 2000; Alpcan ve Arıkan Durmaz, 2015).

Çocuklarda BKİ değerleri yaşa ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. Yaş ve cinsiyet farklılıklarına göre persentil değerleri bulunmaktadır. BKİ hesaplamasında persentil değerine göre çıkan sonuç %85-95 arasındaysa fazla kilolu, %95'in üzerinde bir değer ise obez olarak tanımlanmaktadır (Pekcan, 2008). Beden Kitle İndeksi vücuttaki fazla yağın dağılımını göstermez, sadece vücuttaki fazla yağın miktarını gösterir. Bu nedenle hamile olan bayanlarda, spor yapan kişilerde, yaşlılarda, vücutunda ödem bulunan kişilerde hatalı sonuçlara eden olabileceği için bu yöntemin kullanılması önerilmemektedir (WHO, 1995; Ersoy ve Çakır, 2007).

Sınıflandırma	BKİ (kg/m²)
Zayıf	<18.5
Normal(sağlıklı)	18.5-24.9
Fazla kilolu	25.29.9
Obez	30-39.9
Aşırı obez (morbidobez)	>40

Şekil2. 1. DSÖ'nün Erişkinler için BKİ Sınıflandırması

Sınıflandırma(2 yaş ve üzeri)	BKİ(kg/m²)
Normal	10-85 persentil
Fazla kilolu	85-95 persentil
Obez	>95 persentil

Şekil 2. 2. Çocuklar için BKİ Sınıflandırması

Ayrıca çocukluk yaş grubunda çocuğun beslenme durumu, büyüme ve gelişmenin değerlendirilebilmesi açısından kullanılan diğer bir yöntem de Z skoru (persentil) hesaplamalarıdır. Bu yöntemde uygun olması gereken yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre kilosu ve boy uzunluğuna göre kilonun z skorları hesaplanabilmektedir. Sınır noktası +2SS ile - 2SS arasında olmalıdır (Aydın ve ark., 2004). Fakat tüm bu yöntemlerin içerisinde fazla kiloluluk ve obezitenin belirlenmesinde için DSÖ tarafından 2006 yılında 0-5 yaş çocukları için büyüme standartları, 2007 yılında ise 5-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanlar için büyüme

referans değerlerinin yayımlanmış olması ve DSÖ tarafından kabul görmüş olması nedeni ile BKİ daha sık kullanılmaktadır (Öztora, 2005; Neyzi ve ark., 2008).

2.9. Obezite Tedavi Yöntemleri

Obezite komplikasyonlarının gelişmesini önlemek hem kişisel sağlık hem de toplum ekonomisi açısından önem taşımaktadır (Quak ve ark., 2008). Obezitenin tedavisi herkes tarafından bilinmesine rağmen temel şartın davranışlarda değişiklik olması ve disiplinli bir davranış modelinin sergilenmemesi tedavilerde başarı oranını düşürmektedir. Özellikle çocuklarda daha başarılı ve kalıcı sonuçların alınabilmesi için temel amaç kısa sürede kilo verip zayıflamak değil normal büyüme, gelişmesine engel olmayacak şekilde sağlıklı beslenme davranışı kazandırmak, bu davranışı yaşamı boyunca devam ettirmek ve sedanter yaşamdan uzak tutmak olmalıdır (Zwiauer, 2000; Lyznicki ve ark., 2001; Kaiser, 2004; Zametkin ve ark., 2004; Daniels, 2005; Dişçigil, 2007). Ailenin de tedaviye dahil edilmesi ve çocuğun zayıflayabileceği konusunda cesaretlendirilmesi tedavideki başarı oranını artırmaktadır (Kut, 2008). Altı aylık gibi uzun bir süreçte vücut ağırlığının %10'luk kısmının kaybı bile obezite komplikasyonlarının önlenmesinde oldukça önemlidir (Zametkin ve ark., 2004). Obezitenin tedavisinde; beslenme (diyet), fiziki aktivite (egzersiz), davranışsal değişiklik, ilaç (farmakolojik), cerrahi tedavi olarak 5 farklı yöntem bulunmaktadır (Fowler-Brown ve ark., 2004).

2.9.1. Diyet (beslenme) Tedavisi

Vücuttan normalden fazla yağ birikmesinin en önemli nedenleri arasında yüksek kalorili gıdaların alınması, hazır yemekler (fast-food tarzı), abur cubur gıdalar (çikolata-cips vb), büyük porsiyonlar, hızlı yemek ve gece yatmadan önce yemek gibi hatalı yeme alışkanlıklarıdır (Bilginturan, 2000; Pyle ve Poston, 2006). Bu alışkanlıkların önlenmesi için hareketli yaşam biçimi, yeterli ve dengeli beslenme davranışlarının benimsenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda; kalori oranı yüksek şekerli yiyecekler, tuzlu ve yağlı besinler, meyve suları, gazlı içecekler tüketilmemelidir. Bunların yerine meyve-sebze, tam tahıllılar, kuru baklagiller, süt ve süt ürünleri ve posalı besinler tüketilmelidir. Ayrıca günlük en az 2-3 litre su tüketilmelidir (SB, 2014).

2.9.2 İlaç(Farmakolojik) Tedavisi

Çocuklarda kullanılan ilaç tedavisi ile ilgili çalışmalar çok sınırlıdır. Bu nedenle 12 yaşından küçük çocuklarda ilaç tedavisi önerilmemektedir (Babaoğlu ve Hatun, 2002; CDC, 2015). Ancak daha önceden denenmiş olan diyet (beslenme), egzersiz ve davranış değişikliği tedavileri yetersiz kalmışsa ve BKİ değeri 30 kg/m²'den fazla veya BKİ değeri 27 kg/m²'den fazla olup ek hastalığa (tip 2 DM, HT, dislipidemi, blount hastalığı, pickwickiansendromu gibi) sahip çocuklar kliniğe yatırılıp yakından takip edilerek ilaçlar ile tedaviye başlanabilmektedir (Eker ve Şahin, 2002; Paola ve Kramer, 2002; Cinaz ve Bideci, 2003; Marcus, 2004; Çömlekçi, 2011; Akıncı, 2013).

2.9.3 Fiziki Aktivite (egzersiz) Tedavisi

Fiziki aktivite, vücutta yağ kütlesi oranının artmasını engelleyen en önemli davranış şeklerinden biridir. Tedavide egzersiz ile diyet birlikte yapıldığında kilo kaybı daha fazla olmakta ve verilen kilonun uzun vadeli korunmasına yardımcı olmaktadır (Kaya ve ark., 2009; Ergül ve Kalkım, 2011; Akıncı, 2013). Örneğin kısa mesafelere gidişte yürüyüş yapılması, televizyon ve bilgisayar başında geçirilen sürenin azaltılması gibi günlük aktiviteler bile kalori harcanmasında etkilidir (Yalçın, 2003; Akıncı, 2013).

2.9.4 Davranışsal Değişiklik Tedavisi

Çocukluk ve ergenlik döneminde genetik etmenlerin yanı sıra çevresel ve psikolojik faktörlerin etkisiyle de oluşan obezitenin önlenmesinde kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de yeme tutumlarının değişimine yönelik davranış değişikliğidir. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı kilo alımının önlenmesi ve başarılı sonuçlar elde edilebilmesi için diğer yöntemlerle (diyet ve egzersiz) birlikte kullanılmalıdır (Pehlivan Türk, 2000; Aslan ve Atilla, 2002). Davranışsal değişiklik tedavisinin uygulandığı 6 farklı yöntem bulunmaktadır (Öztora, 2005; Balcıoğlu ve Başer, 2008; SB, 2010). Bu yöntemler;

- Kendi kendini gözlemleme
- Uyarı kontrolü
- Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme
- Alternatif davranış geliştirme
- Sosyal destek
- Bilişsel değişikliktir.

2.9.5 Cerrahi Tedavi

Bazı durumlarda tüm yöntemler (diyet/beslenme, egzersiz/fiziksel aktivite, davranış değişikliği, farmakolojik tedavi) kullanılmasına rağmen kilo verilememektedir. Böyle durumlarda sadece yetişkinlerde uygulanabilen ve kilo kaybını kalıcı hale getirebilen son yöntem olarak cerrahi tedavi düşünülmektedir (Strauss ve ark., 2002; Sencer ve Orhan, 2005; Akbulut ve ark., 2007).

2.10. Obezitenin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Çocukluk döneminde oluşan obezitenin daha ileri yaşlarda da devam etmesi ve kronik hastalık görülme olasılığının fazla olması nedeni ile çocuk ve aileye sağlıklı yaşam tarzı geliştirebilmeleri ve bunu yaşam boyu sürdürebilmeleri konusunda yeterli eğitimler verilmesi gerekmektedir (Yıldız ve ark., 2015). Hemşireler çocukluk obezitesinin önlenmesinde birincil, ikincil ve üçüncül korunma düzeyinde önemli role sahiptir.

Bu nedenle hemşireler;

- Hamilelere bebeğini özellikle ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemesi gerektiği, bebeğine her ağladığında anne sütü vermemesi gerektiği, ek gıdalara 6. ayda ve uygun porsiyonlarda başlaması gerektiği, besinlere tuz veya şeker gibi gıdaların eklenmemesi gerektiğini vurgulamalı,
- Ailelere ek besinlere başladığında unlu-şekerli gıdalar, bisküvi, ekmek, şeker gibi besinleri tercih etmemeleri gerektiği anlatılmalı,
- Aileye erken çocukluk döneminde kazanılan alışkanlıkların daha kalıcı olduğu, bu yüzden bu dönemde sağlıklı/olumlu beslenme ve aktivite alışkanlıklarını kazandırmaları gerektiğini vurgulamalı,
- Ailelere çocukların yaşına ve cinsiyetine göre normal kilolarının farklı olabileceği konusunda bilgi verilmelidir. Çünkü ebeveynler kendi çocuklarını fazla kilolu veya obez olarak görmeyebilirler. Bu nedenle öncelikle ebeveyn algısı değerlendirilmeli,
- Anne ve babanın beslenme tarzı ve fiziki aktiviteleri çocuklar için en iyi rol modeli olduğunun bilgisi ebeveynlere verilmeli,
- Obezite yönetimi çocuğa özel planlanmalı,
- Çocuklarda öncelikli amaç kilo vermek değil, sağlıklı yaşam tarzı ve yeme alışkanlıkları kazandırılması gerektiğini hatırlatmalı,

- Çocukların yediğı besinleri sınırlandırmak yerine sağlıklı besin seçenekleri sunulması konusunda bilgi vermeli,
- Obez çocuğı olanlara obezitenin gelecekte neden olabileceğı sağlık problemleri konusunda bilgi vermeli,
- Aile ve çocukları günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi gerektiğı konusunda bilgilendirmeli,
- Hazır meyve suları, kola gibi gazlı içecekler, tatlı, hamburger, tost, cips gibi sağlıksız yiyecekler ve besin değeri düşük yiyeceklerden kaçınılması gerektiğini öğretmeli,
- Pilav, mantı, börek, mayalıgıdalar, sütlü tatlılar, yağda kızarmış gıdalar, pizza, tost gibi kalorisi yüksek yiyeceklerin tüketilmemesi gerektiğı konusunda bilgi vermeli,
- Besinlerin kalori değeri, yavaş yeme (hızlı yeme ile doyunluk hissi azalır) ve iyi çiğnemenin önemini anlatmalı,
- Fazla kalori harcanabilmesi için günlük yürüyüş miktarının artırılması, merdiven kullanımının artırılması, günlük ihtiyaçların (kıyafetini kendi giyinip çıkarması, çantasının hazırlanması, odasının temizlenmesi- düzenlenmesi, okul mesafesi yakınsa yürümesine izin verilmesi) karşılanmasında çocuğa görevler verilmeli,
- Yürüme, bisiklete binme gibi basit fiziki aktivitelerin yapılması bile kilo alımını engellediğinin belirtilmesi,
- Aile ve çocuğa sağlıklı beslenme kurallarını ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını yaşam biçimi haline getirmeleri konusunda eğitim vermeli,
- Okullarda çocukların en az yılda bir kez boy ve kilo ölçümü yapılmalı, BKİ hesaplanmalıdır. Herhangi bir sorun olduğu düşünülen çocukların izleminin daha sık yapılması,
- Okul çalışanlarının aileler ile işbirliğı yapması konusunda önerilerde bulunulmalı,
- Okul kantinlerinde sağlıklı yiyecek seçenekleri artırılmalı,
- Her gün mutlaka aile ile birlikte kahvaltı yapılması gerektiğı vurgulanmalı,
- Yemek yeme düzenlerinde (hızlı yeme, sık sık veya öğünler arasının uzun tutulmaması, öğün atlanmaması) değişiklik yapılabileceğı konusunda bilgilendirmeli,
- Ebeveynlerin yemek yemeyi ödöl olarak kullanmaması gerektiğı konusunda bilgi vermeli,
- Çocukların yattığı odada televizyon, bilgisayar bulunmaması gerektiğini vurgulamalı,

- Ebeveynlere çocuklarının televizyon veya bilgisayar başında iki saatten fazla zaman geçirmemesi gerektiği anlatılmalı,
- Bilgisayar, televizyon izleme ve televizyon karşısında yemek yemenin çocuk gelişimi üzerindeki etkisi konusunda ailelere danışmanlık yaparak bireylerin yaşam değişikliklerine adapte olmaları sağlanmalıdır (Kokina ve ark., 2006; Dişcigil, 2007; Elina ve ark., 2007; Floriani ve Kennedy, 2007; Muslu ve Bolışık, 2009; Doğusal ve Sönmez, 2017).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırılmalı nitelikte bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ocak 2016’da literatür taraması ile başlamış, Haziran 2019’da tez savunması ile sonlanmıştır. Çalışma, Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı kırsal ve kentsel alanda bulunan toplam dokuz ilkokulda yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, kentsel alan olarak Balçova ilçesinde yer alan Vali Kutlu Aktaş İlkokulu ve Asil Nadir İlkokulu’nda eğitim gören öğrenciler ve ebeveynleri (toplam 1663 öğrenci) oluşturmuştur. Bu iki okulun bulunduğu bölge, farklı sosyo ekonomik düzey ve farklı kültürlerle sahip ailelerin yaşadığı bir yerdir. Bu okullarda nüfus yapısının kalabalık olması nedeni ile öğrenciler eğitim öğretimlerine sabah ve öğleden sonra olmak üzere iki grup şeklinde sürdürmektedirler. Kırsal alan olarak evreni, Seferihisar ilçesinde yer alan Sığacık 80. Yıl Cumhuriyet İlkokulu, Ulaş İlkokulu Tepecik İlkokulu (toplam 351 öğrenci) ve Menderes ilçesinde yer alan Develi İlkokulu, Çileme İlkokulu, Şehit Binbaşı Ercan İlkokulu, Naile Karadeniz İlkokulu’nda öğrenim gören öğrenciler (toplam 661 öğrenci) ve ebeveynleri oluşturmuştur. Balçova ilçesinden seçilen okullar şehir merkezinde olması nedeni ile kentsel alan olarak belirlenmiştir. Seferihisar ve Menderes ilçelerinden seçilen okullar ise şehir merkezine uzak olan, ilçe merkezinde olmayan, mahalle ya da köy olarak adlandırılan bölgelerdir. Okulların tümünde öğrenciler beslenmelerini evlerinden ya da okul kantinlerinden karşılamaktadırlar. Okulların hiçbirinde öğle yemeği ve yemekhane bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini belirlenen okullarda öğrenim gören 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri ve ebeveynleri oluşturmuştur.

Tablo 3. 1. Araştırmaya Katılan Okullar ve Öğrenci Dağılımları

Bölgeler	Okullar	Öğrenci sayısı	Çalışmaya katılan öğrenci sayısı	Örneklem yüzdesi (%)
Kentsel	Balçova Vali Kutlu Aktaş İlkokulu	700	169	56.6
	Balçova Asil Nadir İlkokulu	963	112	
Kırsal	Seferihisar Sığacık İlkokulu	70	7	43.4
	Seferihisar Tepecik İlkokulu	107	30	
	Seferihisar Ulaş İlkokulu	173	46	
	Menderes Develi İlkokulu	135	28	
	Menderes Çileme İlkokulu	162	33	
	Menderes Şehit Binbaşı Ercan İlkokulu	189	48	
	Menderes Naile Karadeniz İlkokulu	175	21	
	Toplam	2674	500	100

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan örneklem hesaplaması Seyedamini ve ark.(2012) araştırması referans alınarak G Power 3.0 programında, tip 1 hata 0.05, tip 2 hata 0.20 (0.80 güce göre) her iki grupta t testi (cinsiyet değişkeni) baz alınarak orta etki büyüklüğünde her iki grup için hesaplanan örneklem büyüklüğünün en az 51 olması gerektiği belirlenmiştir. Bu çalışma için gerekli örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek için herhangi bir örnekleme yöntemine gitmeden belirlenen sınıflardaki tüm öğrenciler ve aileler çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Kabul edenlerle çalışma sürdürülmüştür.

Veri toplamı süresinde okullarda öğrenim gören tüm öğrencilere ulaşıp gerekli açıklamaların yapılmış olmasına rağmen araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenci sayısı (kırsal alan:217, kentsel alan: 283) ise 500'dür. Kırsal alan örneklem yüzdesi; 43.4, kentsel alan örneklem yüzdesi; 56.6'dır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Ebeveynlerin ve çocukların araştırmaya katılmayı kabul etmesi.
- İlkokul 2., 3. ve 4. sınıfta okuyor olması.
- Ebeveynlerin ve çocukların Türkçe okuyor ve yazıyor olabilmesi.
- Çocukların evde en az bir ebeveynleriyle birlikte yaşıyor olması.

Araştırmadan dışlama kriterleri:

- Kurumda kalan çocuklar
- En az bir ebeveyni (anne veya babasından biri) ile birlikte yaşamayan çocuklar.
- Anketi tek başına dolduramayacak düzeyde olan kaynaştırma öğrencileri.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada çocukların vücut ağırlığının ölçülebilmesi için dijital baskül ve boy uzunluğunun belirlenebilmesi için de mezura kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı ve bağımsız değişkenler olmak üzere iki farklı grupta değerlendirilmiştir.

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri öğrenciler ve ebeveynlerine ait sosyo-demografik özellikler (çocukların yaşı, cinsiyeti, okulu, sınıfı, kardeş sayısı, ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, eğitim ve çalışma durumu, ailede yaşayan birey sayısı, ailenin gelir durumu, ebeveynlerin evlilik durumu, ebeveyn tarafından algılanan çocuğun sağlık durumu, aile tarafından algılanan çocuğun kilo durumu, yemek yenilen yerde televizyon olup olmaması, haftanın kaç günü evde yemek pişirildiği, bir haftada çocukla birlikte yenilen ana öğün sayısı), ebeveyn yemek zamanı davranışları ölçek puanları ve çocuklarda yeme davranışı anketi puanlarıdır.

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

Bağımlı değişkenler, çocuk beslenme davranış ölçeği puanı ve çocukların BKİ değerleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler; Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (EK-8.1), Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği (EYZDÖ) (EK-8.2), Çocuklarda Yeme Davranış Anketi (ÇYDA) (EK-8.3), Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ) (EK-8.4) kullanılarak belirlenmiştir.

3.6.1.Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu (EK-8.1)

Sosyo-demografik özellikler bilgi formu, literatür incelendikten sonra araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Çalışır ve ark., 2011; Onis ve ark., 2012; Faulkner ve ark., 2016). Ebeveyn ve çocukların tanımlayıcı özelliklerini içeren 22 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler bilgi formu;

- Çocukların yaşı, cinsiyeti, okulu ve sınıfı, kardeş sayısı,
- Annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, vücut ağırlığı, boyu,
- Babanın yaşı, eğitim ve çalışma durumu, vücut ağırlığı, boyu,
- Ailede yaşayan birey sayısı, ailenin gelir durumu, ebeveynlerin evlilik durumu, ebeveyn tarafından algılanan çocuğun sağlık durumu, aile tarafından algılanan çocuğun kilo durumu

- Yemeklerinin yenildiği yerde televizyon olup olmaması, haftanın kaç günü evde yemek pişirildiği, bir haftada çocukla birlikte yenilen ana öğün sayısından oluşmaktadır.

3.6.2.Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği (EYZDÖ) (EK-8.2)

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği, ebeveynlerin çocuklarını beslerken gösterdikleri davranışları belirlemek için Hendy ve ark. (2009) tarafından geliştirilen 31 maddeli, dokuz alt boyutu olan üçlü likert tipinde bir ölçektir (Hendy ve ark., 2009). Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır, her alt boyutu ayrı bir ölçek olarak kullanılabilir. Anne ve babalardan “aşağıdaki yemek zamanı davranışlarından her birini sıradan bir hafta boyunca hangi sıklıkta gösterirsiniz?” sorusuna; (1) hiç bir zaman, (2) bazen, (3) her zaman cevap şıklarından sadece bir tanesini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçeğin puanı alt boyutlara verilen değerler toplanarak alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ortalaması yüksek bulunan alt boyut ebeveyn tarafından daha fazla kullanılan davranış belirtir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Erol ve Arslan (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Kapsam Geçerliği İndeksi %97 olarak bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizine göre toplam varyansın (KGİ) %53.37’sini açıklayan dokuz alt boyuta sahip olduğu görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin model uyum indeksleri olması gereken sınır aralığında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının alfa güvenilirlik katsayısı 0.41-0.75 arasında değiştiği ve test-tekrar test güvenilirliği değeri alt boyutlar için $r = 0.91-0.99$ ($p < 0.001$) arasında bulunmuştur (Arslan ve Erol, 2010). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutları için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.57- 0.79 arasında bulunmuştur.

3.6.3.Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) (EK-8.3)

Wardle ve ark. tarafından 2001 yılında geliştirilen ÇYDA, anne-babaların yanıtladığı, 35 maddelik, 5’li likert tipindeki (1=asla, 5=her zaman) bir ölçektir, toplam puanın fazla olması belirtilen yeme davranışının daha fazla sergilendiğini göstermektedir (Wardle ve ark. 2001). Ölçek sekiz alt boyutu ile çocuğun iştah düzeyini belirlemektedir; gıda heveslisi (GH), duygusal aşırı yeme (DAY), gıdadan keyif alma (GKA), içme tutkusu (IT), tokluk heveslisi (TH), yavaş yeme (YY), duygusal az yeme (DAZ), yemek seçiciliği (YS). Ölçeğin geliştirildiği özgün çalışmada, ölçeğin sekiz alt boyutlu faktör yapısı oluşmuş ve bu sekiz alt ölçeğin toplam varyansı açıklama oranlarının %50-%80 arasında olduğu gösterilmiştir.

Çocuklarda Yeme Davranışı Ölçeği”nin Türk çocuklarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizine göre toplam varyansın %58.2’sini açıklamıştır. Cronbach alfa katsayıları alt boyutlar için 0.61 ile 0.84 arasında değişmiş ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.69’dur. Doğrulamalı faktör analizine göre RMSEA= 0.049 olarak bulunmuş ve Türk toplumuna uygun olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapı geçerliliği, iç tutarlılığı ve alt grup ilişkileri açısından özgün anket ile çok yakın sonuçlar elde edilmiştir (Yılmaz ve ark. 2011). Bu çalışmada ölçeğin toplamı için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.80, alt boyutlar için 0.59- 0.80 arasında bulunmuştur.

3.6.4. Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ)(EK-8.4)

Çocukların beslenme davranışları CATCH HBQ kapsamında geliştirilen “Beslenme Davranış Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Çocukların gıda tüketimlerini belirlemek amacıyla az yağlı/ çok yağlı ile tuzsuz/ fazla tuzlu gıda alternatiflerinin bulunduğu resimli 14 maddeden oluşan bir ölçektir.

Çocuklara karşılaştırılabilir gıdalar sorularak iki gıda arasından hangisini daha fazla (sık) tükettiği sorulmaktadır. Ölçeğin maddeleri sağlıksız gıdalar için -1, sağlıklı gıdalar için +1 puan almakta ve toplam puanı -14 ile +14 arasındadır. Toplam puanın fazla olması sağlıklı/olumlu beslenme alışkanlığını belirtmektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur. Ayrıca test tekrar test güvenilirliği $r = 0.58$ ’dir (Parcel ve ark., 1995; Edmundson, Parcel, Perry ve ark., 1996). Türkçeleştirilen ölçeğin kapsam geçerlik indeksi (KGI)= 0.96, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.68 olarak belirlenmiş ve test-tekrar test güvenilirliği ise 0.74 bulunmuştur (Haney ve Erdoğan, 2013). Bu çalışmada ölçeğin toplamı için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.60 olarak bulunmuştur.

3.6.5. Antropometrik Ölçümler

Dünya Sağlık Örgütü’nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. Beden Kitle İndeksi bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine ($BKİ = kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir (WHO, 2000). Bu çalışmada BKİ persentilleri için Neyzi ve ark.(2008) kriterleri kullanılmıştır. Bu çalışmada çocukların BKİ hesaplamaları araştırmacı tarafından okullarda sınıf ortamında gerekli düzenek oluşturulduktan sonra

yapılan antropometrik ölçümler ile belirlenmiştir. Boy uzunluğu ölçümünde standart bir boy ölçer, ağırlık ölçümü için de kalibre edilmiş taşınabilir hassas bir baskül kullanılmıştır. Herhangi bir etik probleme sebep olmaması için örnekleme dahil edilen tüm sınıflardaki öğrencilerin antropometrik ölçümleri yapılmıştır. Ailesi araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin BKİ değerleri çalışma için kullanılmıştır. Beden Kitle İndeksi'nin doğru hesaplanabilmesi için ağırlık ölçümü, öğrencilerin ayakkabıları ve formanın üzerindeki kıyafetler çıkarıldıktan sonra ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü ayakkabısız omuzlar gevşek, kollar yanda olacak pozisyonda ölçülmüştür. Ölçümler yapıldıktan sonra BKİ hesaplanıp daha sonra yaş ve cinsiyete göre persantil değeri bulunmuştur. Persantil aralığı; %5 altında ise zayıf (düşük kilolu), %5 ile %85 aralığında ise normal kilolu, %85 ile %95 aralığında ise fazla kilolu, %95 ve üzeri ise obez (şişman) olarak kabul edilmiştir (Bundak ve ark., 2006; WHO, 2007).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Veriler, Kasım 2016- Mart 2017 tarihleri arasında belirlenmiş olan okullara gidilerek araştırmanın amacı okul yönetimine sözlü olarak belirtildikten sonra sınıf öğretmenleri ile uygun zaman belirlenmiştir. Araştırmaya başlamadan önce öğrenciler aracılığı ile ailelerine kapalı zarf yöntemi ile araştırmanın amacını açıklayan onam formu ile birlikte ebeveynlerinin dolduracağı Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, EYZDÖ, ÇYDA dağıtılmıştır. Onam formunda ebeveynlere araştırmanın amacı, süresi, verilerin gizli kalıp hiçbir yerde kullanılmayacağı, gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmıştır. Çocuklar yaş itibarı ile tam anlamı ile kavrayabilecek yaşta olmadıkları için ebeveyn yazılı izni bulunan öğrencilere araştırma amacı ve süresi anlayabilecekleri şekilde sözlü olarak anlatılmıştır. Daha sonra onam formu ve anketleri getiren öğrenciler ile birlikte çalışma sürdürülmüştür. Sınıf ortamında uygun koşullar (çocuklar birbirlerinden etkilenmeyecek şekilde oturtularak, sessiz bir ortam sağlanarak, çocuklara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmacının ve öğretmenin sınıfta bulunduğu koşullarda) sağlandıktan sonra BDÖ doldurmuşlardır. Formu dolduran öğrencilerin ayakkabı ve formanın üzerindeki kıyafetler çıkarıldıktan sonra kilo ve boy ölçümleri yapılarak anket formuna kaydedilmiştir.

Tablo 3. 2. Araştırma Planı

Ocak 2016- Temmuz 2016 Literatür Taraması ve Evrenin Belirlenmesi
Temmuz 2016- Ağustos 2016 Tez Önerisinin Hazırlanması
Ekim 2016- Kasım 2016 Etik Kurul ve Kurum İzni
Kasım 2016- Mart 2017 Veri Toplama
Mart 2017- Mayıs 2019 Verilerin Analizi ve Rapor Yazma
Haziran 2019 Tez Bitirme Sınavı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili toplanan veriler tanımlayıcı istatistikler ile (sayı, yüzde, ortalama), Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği, Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi ve Çocuk Beslenme Davranış Ölçeği çocuk BKİ sonuçları kullanılarak elde edilen veriler ise t testi ve ki-kare ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 3. 3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmada kullanılan değerlendirmeler	Kullanılan analiz yöntemleri
Sosyo-Demografik özellikler	Sayı, yüzde, ortalama
Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği	T testi
Çocuklarda Yeme Davranış Anketi	T testi
Çocuk Beslenme Davranış Ölçeği	T testi Regresyon analizi
Çocuk BKİ / şişmanlık oranları	T testi Ki-kare Regresyon analizi

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma İzmir ilinde üç ilçede öğrenim gören ilköğrencileri ve ebeveynleri ile yürütülmüştür. Sonuçlar bu okullardaki öğrenciler ve ebeveynler ile sınırlıdır.
- Türk çocuklarında beslenme davranışları ve kilo durumunu etkileyen faktörleri kırsal ve kentsel alan olarak karşılaştıran çalışmalar yetersiz olduğu için bulgular Türkçe literatür ile yeterince tartışılmamıştır.
- Veriler sosyal arzu edirlilik hatalarına açıktır. Çocuklar yaşanan durum yerine istedikleri durumu rapor etmiş olabilirler.

3.10. Etik Kurul İzni (EK- 8.7)

- Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” ndan 02.03.2017 tarih ve 2999-GOA protokol numaralı 2017/04-23 karar numarası ve İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden 12018877-604.01.02-E.14574164 sayı numarası ile yazılı olarak izinler alınmıştır.

- Araştırmada ölçeklerin kullanımı için yazarlardan e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK - 8.5).
- Velilerden yazılı, öğrencilerden sözlü onam alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen veriler;

- 4.1. Öğrenciler ve ailelere ait tanıtıcı bilgilere ilişkin bulgular,
- 4.2. Çocukların beslenme davranışları ile ilgili bulgular,
- 4.3. Ebeveynlerin yemek zamanı davranışları ile ilgili bulgular,
- 4.4. Çocukların yeme davranışlarına ilişkin bulgular,
- 4.5. Çocukların beslenme davranışını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular,
- 4.6. Çocukların kilo durumlarını etkileyen faktörlere ait bulgular.

4.1. Öğrencilere ve Ailelere Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular

Çalışmaya kırsal alandan 217, kentsel alandan 283 ebeveyn katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere ve ebeveynlere ait tanıtıcı bilgiler Tablo 4.1’de verilmiştir. Çalışmada yer alan öğrencilerin yaş ortalaması kırsal alanda, 8.93 ± 0.85 ; kentsel alanda, 9.01 ± 0.82 ’dir. Kırsal alanda bulunan öğrencilerden % 53’ü kız, % 47’si erkek; kentsel alanda ise % 56.5’i kız, % 43.5’i erkek olarak belirlenmiştir. Kırsal alandaki öğrencilerin % 39.6’sı 4. sınıf, kentsel alandaki öğrencilerin % 38.2’si 3. sınıf öğrencisidir. Kırsal ve kentsel alandaki öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.005$). Kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların kardeş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.000$). Kırsal alandaki çocukların % 91.7’sinin kentsel alandaki çocukların % 74.6’sının kardeşi vardır. Kırsal alandaki çocukların % 41’inin, kentsel alandaki çocukların % 62.5’nin 1 kardeşi bulunmaktadır.

Tablo 4.1 Öğrencilere Ait Tanıtıcı Bilgiler (N=500)

Değişken	Kırsal (n=217)		Kentsel (n=283)		t/x ²	p
	n	%	n	%		
Yaş (ort.,SS)	8.93± 0.85		9.01 ± 0.82		-1.149	0.251
Cinsiyet						
Kız	115	53.0	160	56.5	0.622	0.430
Erkek	102	47.0	123	43.5		
Sınıf						
2.sınıf	51	23.5	78	27.6	1.802	0.406
3.sınıf	80	36.9	108	38.2		

4.sınıf	86	39.6	97	34.3		
Ailede başka çocuk var mı?						
Evet	199	91.7	211	74.6	24.466	0.000
Hayır	18	8.3	72	25.4		
Kardeş sayısı						
0	18	8.3	72	25.4	97.973	0.000
1	89	41.0	177	62.5		
2	65	30.0	27	9.5		
3 ve üzeri	45	20.7	7	2.6		

Çalışmaya katılan öğrencilerin kilo durumları Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Kırsal alandan araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ ortalamaları 18.44 ± 3.15 , kentsel alandaki öğrencilerin 17.98 ± 3.79 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin BKİ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin kilo durumlarının dağılımına bakıldığında kırsal (fazla kilolu: %16.6, şişman: %18.0) ve kentsel (fazla kilolu: %16.3, şişman: %14.5) alanda kilo durumları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4. 2. Öğrencilerin Kilo Durumlarının Dağılımı (N=500)

	Kırsal (n=217)		Kentsel (n=283)		t	p
	n	%	n	%		
Çocuk BKİ (ort.,SS)	18.44 ± 3.15		17.98 ± 3.79		1.446	0.149
Çocuğun kilo durumu					x ²	p
Normal ve altı	142	65.4	196	69.3	1.206	0.547
Fazla kilolu	36	16.6	46	16.3		
Şişman	39	18.0	41	14.5		

Tablo 4. 3. Ailelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler (N=500)

Değişken	Kırsal (n=217)		Kentsel (n=283)	
	n	%	n	%
Anne yaş (ort.,SS)	34.0 ± 4.93		37.8 ± 5.24	
Anne BKİ (ort.,SS)	27.4 ± 4.93		24.7 ± 3.92	
Anne kilo durumu				
Zayıf	3	1.4	8	2.8
Normal	73	33.6	151	53.4
Fazla kilo	76	35.0	90	31.8
Şişman	65	30.0	34	12.0
Anne eğitim durumu				
İlkokul ve altı	142	65.4	30	10.6
Ortaokul	49	22.6	32	11.3
Lise	21	9.7	112	39.6
Üniversite ve üzeri	5	2.3	109	38.5
Anne çalışma durumu				
Tam zamanlı	14	6.5	104	36.7
Yarı zamanlı	26	12.0	36	12.7
Çalışmıyor	177	81.5	143	50.6
Baba yaş(ort.,SS)	38.5 ± 5.58		41.7 ± 5.51	
Baba BKİ (ort.,SS)	28.4 ± 4.96		27.2 ± 3.44	
Baba kilo durumu				
Zayıf	0	0	1	0.4
Normal	48	22.1	75	26.5
Fazla kilo	100	46.1	153	54.1
Şişman	69	31.8	54	19.1
Baba eğitim durumu				

İlkokul ve altı	119	54.8	24	8.5
Ortaokul	54	24.9	30	10.6
Lise	36	16.6	127	44.9
Üniversite ve üzeri	8	3.7	102	36.0
Baba çalışma durumu				
Tam zamanlı	132	60.8	247	87.3
Yarı zamanlı	67	30.9	23	8.1
Çalışmıyor	18	8.3	13	4.6
Ebeveynlerin evlilik durumu				
Anne-baba sağ ve beraber	215	99.1	258	91.2
Anne-baba sağ ve ayrılar	1	0.5	24	8.5
Sadece anne yada baba sağ	1	0.5	1	0.4
Ailede yaşayan birey sayısı(ort., SS)	4.91 ± 1.12		3.96 ± 0.84	
Ailenin ekonomik durum algısı				
Mükemmel	9	4.1	4	1.4
İyi	35	16.1	90	31.8
Orta düzeyde	154	71.0	186	65.7
Kötü	19	8.8	3	1.1
Evde bir haftada kaç gün yemek pişiriliyor				
2	5	2.3	2	0.7
3	16	7.4	7	2.5
4	13	6.0	30	10.6
5 ve üzeri	183	84.3	244	86.2
Evde çocukla yenilen haftalık öğün sayısı				
2	15	6.9	26	9.2

3	63	29.0	25	8.8
4	17	7.8	11	3.9
5 ve üzeri	122	56.2	221	78.1
Evde yemek yenilen yerde tv var mı				
Evet	192	88.5	161	56.9
Hayır	25	11.5	122	43.1
Ailenin çocuğunun kilosu ile ilgili algısı				
Zayıf	43	19.8	39	13.8
Normal	160	73.7	208	73.5
Fazla kilolu	11	5.1	30	10.6
Şişman	3	1.4	6	2.1
Ailenin çocuğunun sağlığı ile ilgili algısı				
Mükemmel	37	17.1	44	15.5
İyi	137	63.1	213	75.3
Orta	40	18.4	25	8.8
Kötü	3	1.4	1	0.4

Ebeveynlere ait tanıtıcı bilgiler Tablo 4.3’de verilmiştir. Kırsal alanda yaşayan annelerin yaş ortalaması 34.0 ± 4.93 , BKİ ortalaması 27.4 ± 4.93 , % 35’inin fazla kilolu, %65.4’ü ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip, %81.5’i çalışmıyor idi. Kentsel alandaki annelerin yaş ortalaması 37.8 ± 5.24 , BKİ ortalaması 24.7 ± 3.92 , %53.4’ü normal kilolu, %39.6’sı lise mezunu, %50.6’sı çalışmıyordu. Kırsal alandaki babaların yaş ortalaması 38.5 ± 5.58 , BKİ ortalaması 28.4 ± 4.96 , %46.1’i fazla kilolu, %54.8’i ilköğretim ve altı eğitim düzeyi, %60.8’i tam zamanlı bir işte çalışmıyordu. Kentsel alandaki babaların yaş ortalaması 41.7 ± 5.51 , BKİ ortalaması 27.2 ± 3.44 , %54.1’i fazla kilolu, %44.9’u lise mezunu, %87.3’ü tam zamanlı bir işte çalışmıyordu.

Kırsal alandaki ebeveynlerin %99.1’i, kentsel alandaki ebeveynlerin %91.2’si sağ ve beraber yaşıyorlardı. Kırsal alanda yaşayan aile birey sayısı ortalaması 4.91 ± 1.12 , kentsel

alandaki yaşayan aile birey sayısı ortalaması 3.96 ± 0.84 idi. Kırsal alandaki ebeveynlerin %71'i ekonomik durumların orta düzey olduğunu, %84.3'ü haftada 5 günden daha fazla evde yemek pişirdiklerini, %56.2'si çocukları ile haftada 5 ve daha fazla öğün yemek yediklerini, %88.5'i yemek yenilen yerde televizyon olduğunu, %73.7'si çocuğunun kilosunun normal olduğunu, %63.1'i çocuğunun sağlığının iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Kentsel alandaki ebeveynlerin %65.4'ü ekonomik durumların orta düzey olduğunu, %86.2'sinin haftada 5 günden daha fazla evde yemek pişirdiklerini, %78.1'inin çocukları ile haftada 5 ve daha fazla öğün yemek yediklerini, %56.9'unun yemek yenilen yerde televizyon olduğunu, %73.5'i çocuğunun kilosunun normal olduğunu, %75.3'ü çocuğunun sağlığının iyi olduğunu belirtmişlerdir.

4.2. Çocukların Beslenme Davranışları İle İlgili Bulgular

Kırsal ve kentsel alandaki öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ) puanlarının dağılımı Tablo 4.4'de verilmiştir.

Beslenme Davranış Ölçeği puan ortalaması kırsal alandaki çocuklar için 63.85 ± 18.18 ; kentsel alandaki çocuklar için 72.02 ± 17.13 'dür. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan öğrencilerin beslenme davranış puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Kentsel alanda yaşayan çocukların kırsal alanda yaşayan çocuklara göre daha sağlıklı beslenme davranışlarına sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 4. 4. Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=500)

Çocuk	Kırsal (n:217)	Kentsel (n:283)	t	p*
Beslenme	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Davranış	63.85 ± 18.18	72.02 ± 17.13	-5.141	0.000**
Puanı				

*t testi; **p<0.001

4.3. Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları ile İlgili Bulgular

Kırsal ve kentsel alandaki ebeveynlerin “Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği”nin alt boyut puan ortalamaları Tablo 4. 5’de verilmiştir.

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği’nin alt boyut puan ortalamaları kırsal ve kentsel alandaki ebeveynler için sırası ile; *Atıştırma Miktarı* 2.36 ± 0.57 ve 2.57 ± 0.49 , *Olumlu İkna* 2.44 ± 0.42 ve 2.30 ± 0.43 , *Ödül Kullanma* 1.77 ± 0.40 ve 1.65 ± 0.35 , *Yemek Konusunda Israr* 2.0 ± 0.53 ve 2.17 ± 0.51 , *Atıştırma Modeli* 1.77 ± 0.41 ve 1.64 ± 0.40 , *Özel Yemekler* 1.42 ± 0.29 ve 1.35 ± 0.29 , *Hayvansal Yağ Azaltma* 2.00 ± 0.53 ve 2.17 ± 0.51 olup kırsal ve kentsel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kırsal alandaki ebeveynler yemek zamanında; *Olumlu İkna*, *Ödül Kullanma*, *Atıştırma Modeli*, *Özel Yemekler* davranışlarını daha fazla kullanırken, kentsel alandaki ebeveynler; *Atıştırma Miktarı*, *Yemek Konusunda Israr*, *Hayvansal Yağ Azaltma* davranışlarını daha fazla kullanmaktadırlar.

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği’nin alt boyut puan ortalamaları kırsal ve kentsel alandaki ebeveynler için sırası ile; *Günlük Meyve-Sebze Kullanımı* 2.44 ± 0.41 ve 2.49 ± 0.37 , *Birden Fazla Yemek Seçeneği* 2.08 ± 0.46 ve 2.04 ± 0.32 olup kırsal ve kentsel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4. 5. Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=500)

Alt Boyutlar	Kırsal (n: 217)	Kentsel (n:283)	t	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Atıştırma Miktarı	2.36 ± 0.57	2.57 ± 0.49	-4.323	0.000*
Olumlu İkna	2.44 ± 0.42	2.30 ± 0.43	3.735	0.000*
Günlük Meyve-Sebze Kullanımı	2.44 ± 0.41	2.49 ± 0.37	-1.234	0.218
Ödül Kullanma	1.77 ± 0.40	1.65 ± 0.35	3.545	0.000*
Yemek Konusunda Israr	2.0 ± 0.53	2.17 ± 0.51	-3.542	0.000*
Atıştırma Modeli	1.77 ± 0.41	1.64 ± 0.40	3.728	0.000*
Özel Yemekler	1.42 ± 0.29	1.35 ± 0.29	2.547	0.011**
Hayvansal Yağ Azaltma	2.00 ± 0.53	2.17 ± 0.51	-3.542	0.000*

Birden Fazla Yemek Seçeneği	2.08 $\pm$ 0.46	2.04 $\pm$ 0.32	1.210	0.227
-----------------------------	-----------------	-----------------	-------	-------

*p<0.001,** p<0.05

4.4. Çocukların Yeme Davranışlarına İlişkin Bulgular

Çocukların yeme davranışlarını değerlendirmek için ebeveynleri tarafından doldurulan Çocuk Yeme Davranış Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları Tablo 4. 6'da gösterilmiştir. Kırsal ve kentsel alandaki öğrencilerin Yeme Davranışı Ölçeği alt boyut puan ortalamaları sırası ile; Gıda Hevesliliği 10.26 $\pm$ 4.46 ve 9.35 $\pm$ 4.15, İçme Tutkusu 8.11 $\pm$ 3.31 ve 7.27 $\pm$ 3.09, Yemek Seçiciliği 8.56 $\pm$ 3.13 ve 7.78 $\pm$ 2.71 olup kırsal ve kentsel alan arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Kırsal alandaki çocuklar kentsel alandaki çocuklara göre İçme Tutkusu, Gıda Hevesliliği ve Yemek Seçiciliği yeme davranışlarını daha fazla kullanmaktadırlar.

Yeme Davranışı Ölçeği'nin alt boyut puan ortalamaları kırsal ve kentsel alandaki çocuklar için sırası ile; Duygusal Aşırı Yeme 6.79 $\pm$ 3.07 ve 6.32 $\pm$ 2.52, Gıdadan Keyif Alma 16.09 $\pm$ 4.38 ve 15.66 $\pm$ 4.17, Tokluk Hevesliliği 19.73 $\pm$ 5.01 ve 20.21 $\pm$ 5.43, Yavaş Yeme 9.57 $\pm$ 3.68 ve 10.04 $\pm$ 3.78, Duygusal Az Yeme 10.76 $\pm$ 3.60 ve 11.19 $\pm$ 3.24 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4. 6. Öğrencilerin Yeme Davranışı Anketi Puanlarının Dağılımı (N=500)

Özellikler	Kırsal (n:217)	Kentsel (n:283)	t	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Gıda Hevesliliği	10.26 $\pm$ 4.46	9.35 $\pm$ 4.15	2.347	0.019*
Duygusal Aşırı Yeme	6.79 $\pm$ 3.07	6.32 $\pm$ 2.52	1.879	0.061
Gıdadan Keyif Alma	16.09 $\pm$ 4.38	15.66 $\pm$ 4.17	1.113	0.266
İçme Tutkusu	8.11 $\pm$ 3.31	7.27 $\pm$ 3.09	2.899	0.004*
Tokluk Hevesliliği	19.73 $\pm$ 5.01	20.21 $\pm$ 5.43	-1.018	0.309
Yavaş Yeme	9.57 $\pm$ 3.68	10.04 $\pm$ 3.78	-1.392	0.165
Duygusal Az Yeme	10.76 $\pm$ 3.60	11.19 $\pm$ 3.24	-1.407	0.160
Yemek Seçiciliği	8.56 $\pm$ 3.13	7.78 $\pm$ 2.71	2.912	0.004*

*p<0.05

4.5. Çocukların Beslenme Davranışını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Öğrencilerin beslenme davranışlarını etkileyen faktörleri açıklamak için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizinde çocukların beslenme davranışını etkileyen faktörleri ortaya koymak için cinsiyet, yaşanılan bölge, EBYZ alt boyutları ve ÇYDA alt boyutları bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Çocukların beslenme davranışlarında bağımsız değişkenler varyansın %13’sını açıklamıştır. Cinsiyet, yaşanılan bölge, EBYZ atıştırma miktarı, ÇYDA gıda hevesliliği, ÇYDA gıdadan keyif alma, ÇYDA yemek seçiciliği çocukların beslenme davranışına doğrudan etkisi olan değişkenlerdir.

Tablo 4. 7. Çoklu regresyon: Çocukların Beslenme Davranışlarını Etkileyen Faktörler

	B	SE	β	t	p	R ²	F
(Constant)	45.396	11.680		3.887	.000	0.130	3.785
Cinsiyet	-3.143	1.573	-.087	-1.999	.046*		
Yaşanılan bölge	8.943	1.714	.248	5.218	.000**		
EYZDÖ Atıştırma Miktarı	3.949	1.649	.120	2.395	.017*		
EYZDÖ Olumlu İkna	1.935	1.974	.047	.980	.327		
EYZDÖ Günlük Meyve Sebze Kullanma	2.516	2.046	.055	1.230	.219		
EYZDÖ ödül kullanma	-4.417	2.317	-.094	-1.906	.057		
EYZDÖ Yemek Konusunda Israr	1.855	1.676	.055	1.107	.269		
EYZDÖ Atıştırma Modeli	1.421	1.970	.033	.722	.471		

EYZDÖ Özel Yemekler	3.870	2.803	.064	1.381	.168
EYZDÖ Hayvansal Yağ Azaltma	-1.842	1.654	-.055	-1.113	.266
EYZDÖ Birden Fazla Yemek Seçeneği	-1.107	2.130	-.024	-.520	.604
ÇYDA Gıda Hevesliliği	.790	.278	.190	2.846	.005*
ÇYDA Duygusal Aşırı Yeme	.116	.368	.018	.317	.752
ÇYDA Gıdadan Keyif Alma	-.554	.262	-.132	-2.115	.035*
ÇYDA İçme Tutkusu	-.392	.289	-.070	-1.356	.176
ÇYDA Tokluk Hevesliliği	-.224	.191	-.066	-1.175	.241
ÇYDA Yavaş Yeme	.018	.245	.004	.075	.940
ÇYDA Duygusal Az Yeme	-.167	.258	-.032	-.644	.520
ÇYDA Yemek Seçiciliği	.667	.303	.109	2.200	.028*

(Bağımlı Değişken: Beslenme Davranışı (R=0.361; df=19; * p<0.05; ** p<0.001)

(cinsiyet: 0=kız,1= erkek; yaşanılan bölge : 0=kırsal,1= kentsel)

4.6. Çocukların Kilo Durumlarını Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

Çocukların BKİ sonuçlarını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir. Çocukların BKİ sonuçlarını etkileyen faktörleri ortaya koymak için cinsiyet, yaşanılan bölge, EBYZ alt boyutları ve ÇYDA alt

boyutları bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Çocukların BKİ sonuçlarında bağımsız değişkenler varyansın %30'unu açıklamıştır. Yaşanılan bölge, EYZ Hayvansal Yağ Azaltma, EYZ Ödül Kullanma, ÇYDA Gıda Hevesliliği, ÇYDA Gıdadan keyif alma, ÇYDA Yemek Seçiciliği, ÇYDA Yavaş Yeme çocukların BKİ sonuçlarına doğrudan etkisi olan bağımsız değişkenlerdir.

Tablo 4. 8. Çoklu Regresyon: Çocukların BKİ Sonuçlarını Etkileyen Faktörler

	B	SE	β	t	p	R ²	F
(Constant)	16.600	2.067		8.032	.000	0.300	10.807
Cinsiyet	.090	.278	.013	.324	.746		
Yaşanılan Bölge	-.858	.303	-.120	-2.829	.005*		
EYZDÖ Atıştırma Miktarı	.290	.292	.045	.994	.321		
EYZDÖ Olumlu İkna	-.316	.349	-.039	-.906	.366		
EYZDÖ Günlük Meyve Sebze Kullanımı	.269	.362	.030	.744	.457		
EYZDÖ Ödül Kullanma	-.815	.410	-.088	-1.989	.047*		
EYZDÖ Yemek Konusunda Israr	-.554	.297	-.083	-1.866	.063		
EYZDÖ Atıştırma Modeli	-.194	.349	-.023	-.556	.579		
EYZDÖ Özel Yemekler	.614	.496	.051	1.238	.216		
EYZDÖ Hayvansal Yağ	1.069	.293	.161	3.652	.000**		

Azaltma					
EYZDÖ Birden Fazla Yemek Seçeneği	.359	.377	.040	.952	.342
ÇYDA Gıda Hevesliliği	.233	.049	.284	4.738	.000**
ÇYDA Duygusal Aşırı Yeme	.108	.065	.085	1.658	.098
ÇYDA Gıdadan Keyif Alma	.120	.046	.145	2.594	.010*
ÇYDA İçme Tutkusu	-.077	.051	-.070	-1.509	.132
ÇYDA Tokluk Hevesliliği	-.059	.034	-.088	-1.747	.081
ÇYDA Yavaş Yeme	-.086	.043	-.091	-1.982	.048*
ÇYDA Duygusal Az Yeme	.032	.046	.031	.704	.482
ÇYDA Yemek Seçiciliği	-.209	.054	-.173	-3.887	.000**

(Bağımlı Değişken: Beden Kitle İndeksi (BKİ) (R=0.547; df=19; * p<0.05; ** p<0.001)
(cinsiyet: 0=kız,1= erkek; yaşanılan bölge : 0=kırsal,1= kentsel)

5.TARTIŞMA

Vücutta aşırı ve anormal yağ birikmesi olarak bilinen obezite ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde son yıllarda çocuklarda da prevelansın giderek arttığı bilinmektedir (WHO, 2012; 2013;Wijnhoven ve ark., 2013; 2014, Ogden ve ark., 2014). Çocukluk döneminde gelişen obezite yetişkin dönemindeki pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel soruna neden olduğu için DSÖ tarafından acil önlem alınması gereken bir sorun olarak tanımlamaktadır (Günöz, 2002; Dublin 2010; Halfon ve ark., 2013). Ebeveynler çocuklarının yeme ve beslenme davranışlarının oluşmasını etkilerler (Erol ve Arslan, 2012). Bu nedenle ebeveyn davranışları, çocuk yeme davranışı ile çocuk beslenme davranışı ve çocukluk obezitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara gereksinim artmaktadır.

Bu çalışmada yaşanan bölgenin etkisini belirlemek amacı ile, ebeveynlerin yemek zamanı davranışları ve çocuk yeme davranışları karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, kırsal ve kentsel alana göre ebeveyn davranışlarının farklılaştığını ortaya koymuştur. Türkiye’de kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin yemek zamanı davranışlarını karşılaştıran bir çalışmaya ulaşılammıştır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalar benzer şekilde kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveyn yemek zamanı davranışlarında farklılıkların olduğunu göstermiştir. Ohly ve ark. (2012)’nın İngiltere’de kırsal ve kentsel alandaki ebeveynlerin çocukları için sağlıklı besin seçimlerini karşılaştırdığı çalışmada, kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin sıklıkla ev dışı ortamlarda sağlıklı atıştırmalıkları tercih ettiklerini ve kültürel yiyecekleri sağlıklı yiyecek seçeneğine dönüştürdüklerini ortaya koymuştur. Amerika’da kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin çocuklarını besleme davranışlarını karşılaştıran başka bir çalışma, kentsel alana göre kırsal alanda yaşayan ebeveynlerin evde daha fazla yemek yaptıklarını, çocukların daha fazla meyve, sebze, et ve balık tükettiklerini, ebeveynlerin çocuklarını beslerken kısıtlama ve baskı davranışlarını daha fazla kullandıklarını belirtmiştir (Faulkner ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda da kırsal alandaki ebeveynlerin yemek yerken sıklıkla olumlu ikna (yemek yemeye teşvik etmek için sözlü davranış kullanma), ödül kullanma (yemek yemeye teşvik etmek için aktivite ve yiyecek kullanma), atıştırma modeli (ebeveynin kendisinin atıştırmalık yiyecekleri kullanma sıklığı) ve özel yemekler (çocuk için herkesten farklı yemek hazırlama) davranışlarını daha fazla sergiledikleri, kentsel alandaki ebeveynlerin sıklıkla atıştırma miktarı (çocuklarına atıştırmalık miktarı için koydukları sınır), hayvansal yağ azaltma (yemek hazırlamada hayvansal yağ kullanımını sınırlama) ve yemek konusunda

ısrar (çocuklara yemek yemeleri için ebeveyn baskısı) davranışlarını kullandıkları belirlenmiştir. Bu bulgu, kentsel alandaki ebeveynlerin kırsal alandaki ebeveynlere göre daha olumlu ebeveyn yemek zamanı davranışları sergilediğini doğrulamaktadır. Bölgeler arasındaki bu farklılık ebeveynlerin demografik özellikleri, kültür, yaşam şekli ve çevresel koşullardaki değişiklikler ile ilişkilendirilmiştir (Evans ve ark., 2009).

Çalışmada yaşanan bölge ile çocuk yeme davranışları arasındaki ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan karşılaştırmada, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların bazı yeme davranışlarının farklı olduğu belirlenmiştir. Gıda hevesliliği (yemeye olan eğilim), içme tutkusu (içmelere olan eğilim) ve yemek seçiciliği (yeni yiyecekler olan ilgi) davranışları bölgeler arasında farklılık gösteren yeme davranışları olup, kırsal alanda yaşayan çocuklar kentsel alandaki çocuklara göre bu davranışları daha fazla sergilemektedir. Önceki çalışmalar benzer şekilde çocukların demografik özelliklerine göre yeme davranışlarının farklılaştığını ortaya koymuştur. Sleddens ve ark. (2008) ve Yılmaz ve ark. (2011), çocukların cinsiyetlerine göre yeme davranışlarının farklılık gösterdiğini; erkek çocukların gıda hevesliliği, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu gibi yeme davranışlarını, kız çocukların yavaş yeme davranışını daha fazla sergilediklerini belirtmiştir. Çocukların yeme davranışları ebeveynlerinin, akranlarının ve kardeşlerinin yeme davranışlarından etkilenmektedir. Akranları ve ailesi enerji, şeker ve yağdan zengin yiyecekler tüketen çocuklar çevreleri tarafından desteklendikleri için bu tür yiyecekleri daha fazla tüketmektedir. Ebeveynler tarafından çocukların bazı yiyecekleri tüketmelerinin kısıtlanması ya da cesaretlendirilmesi çocukların besin tercihlerinde ve enerji alımlarının düzenlenmesinde olumsuz/istenmeyen etkiye neden olmaktadır (Brich ve ark., 1998). Lien (2005)'nin Çin'de yaptığı bir çalışmada kentsel alanda yaşayan çocukların yüksek enerjili gıdaları daha fazla tükettikleri, batı tarzı yeme alışkanlığına sahip oldukları ve yaşanan bölgenin besin tercihlerini etkilediğini ortaya koymuştur. Hollanda'da yapılan bir çalışma, ilköğretim çağındaki çocukların yeme davranışlarının yaşa ve duygusal duruma göre değiştiğini, büyük yaş grubundaki (8 ve üzeri) çocuklarda aşırı yeme davranışı daha sık görülürken; emosyonel stres yaşayan çocukların daha az yemek yedikleri belirtilmiştir (Sleddens ve ark., 2008). Bu çalışmada elde edilen bulgular çocukların yeme davranışlarının sosyo-demografik özelliklere göre değişebildiğini doğrulamıştır. Sonuçlar, çocukların yeme davranışlarını değerlendirilirken yaşanan bölgenin de göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekmektedir (Sleddens ve ark., 2008; Yılmaz ve ark., 2011; Erkorkmaz ve ark., 2013).

Bu çalışma, İzmir ilinde kırsal ve kentsel alanda yaşayan, ilkokula devam eden 500 çocuğun beslenme davranışları ve kilo durumlarının sonucu olan BKİ'sine ebeveyn yemek zamanı davranışları, çocuk yeme davranışları, yaşanılan bölge ve cinsiyetin etkisini ortaya koymuştur.

Araştırmanın bulguları “*beslenme davranışlarını etkileyen bulgular*” ve “*BKİ sonucunu etkileyen bulgular*” olmak üzere iki bölümde tartışılmıştır.

5.1. Çocukların Beslenme Davranışını Etkileyen Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, çocukların beslenme davranışlarını etkileyen 6 değişken “*EYZD Atıştırma Miktarı*”, “*ÇYDA Gıda Hevesliliği*”, “*ÇYDA Gıdadan Keyif Alma*”, “*ÇYDA Yemek Seçiciliği*”, “*Cinsiyet*” ve “*Yaşanılan Bölge*” olarak belirlenmiştir. Bu değişkenlerle ilgili bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Ebeveynlerin yemek zamanı davranışlarından biri olan *atıştırma miktarı* (çocuklarına atıştırma miktarı için koydukları sınır) çocukların sağlıklı beslenme davranışlarını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bulgular, ebeveynlerin atıştırma miktarıyla ilgili koydukları sınır arttıkça çocukların daha fazla sağlıklı besin tükettiklerini göstermiştir. Çocukların beslenme davranışının gelişmesinde en önemli faktör ailedir. Olumlu aile ortamı, evde beraber yemek yeme alışkanlığı ve ebeveynlerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile çocukların sağlıklı besin tercihleri arasında olumlu ilişkiler bulunmaktadır (Perez-Lizaur ve ark.,2008; Patrick ve Nicklas, 2005). Ebeveynler çocuklarına hangi besinleri ne ölçüde vereceklerini kendi alışkanlık ve davranış modellerine (kısıtlama, model olma, cesaretlendirme, baskıcı, kontrollü, ilgisiz vb.) göre belirlerler (Nicklas ve ark., 2001; Wardle ve ark., 2002; Ritchie ve ark., 2005, Özilbey ve Ergör, 2015). Aile içerisinde çocuklara rol modeli olma görevi çoğunlukla annelere düşmektedir. Annelerin olumlu beslenme davranışları (sağlıklı besin tercihi, evde yemek yeme, evde yemek yapma vb.) çocukların sağlıklı beslenme davranışı kazanmasını artırırken, olumsuz beslenme davranışları (evde yemek hazırlamama, hazır gıda tercihi vb.) çocukların sağlıksız besin tüketimini artırmaktadır (Gibson ve ark.,1998). Bunun yanı sıra ebeveynlerin çocuklarını besleme davranışları çocuklarının kilolarını nasıl algıladıklarından da etkilenmektedir. Buna göre ebeveynler çocuklarının yiyeceği gıda türlerini, yemek yeme sıklığını ve porsiyon miktarlarını belirlemektedirler. Ebeveynlerin çocuklarının kilo durumunu algılama şekli ve obezitenin bir problem olarak algılanması yaş, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzeye göre değişmektedir (Maynard ve ark., 2003; Rhee ve

ark., 2005; Hackie ve Bowlles, 2007; Parry ve ark., 2008). Ebeveynler çocuğun kilosunu normalden daha zayıf olarak algılıyor ise daha fazla gıda alması için ısrar ve ödül kullanma davranışlarını kullanarak daha fazla kalori alımına neden olmaktadır (Nicklas ve ark., 2001; Fisher ve ark., 2002; Wardle ve ark., 2002; Ritchie ve ark., 2005; Campbell ve ark., 2006; Metinoğlu ve ark. 2012; Yılmaz ve ark., 2013; Peker ve ark., 2014). Bunun yanı sıra, çocuklarını kilolu algılayan ebeveynler çocukların bazı besinlere ulaşmasını sınırlandırmak için baskıcı ve kontrollü davranışlar sergileyerek çocuklarda yeme isteğinin artmasına neden olmaktadır (Birch ve Fisher, 1999; 2000; Musher-Eizenman ve ark., 2009; Vereecken ve Legiest, 2009). Yee, Lwin ve Ho (2017)'nin yaptığı meta analiz çalışmasında, ebeveynlerin aktif eğitim/ rehberlik, evde sağlıklı yiyecek bulundurma, olumlu rol model olma, sözel övgü ile ödüllendirme davranışları ile çocukların sağlıklı besin tüketimi; ebeveynlerin olumsuz rol model olma, yeme konusunda baskıcı olma, ödül olarak yiyecek kullanma, ev ortamında sağlıksız gıdalar bulundurma davranışları ile çocukların sağlıksız besin tüketimi arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, çocukların beslenme davranışları değerlendirilirken ebeveyn yemek zamanı davranışlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini doğrulamıştır.

Yaşanılan bölge, çocukların beslenme davranışlarını etkileyen önemli belirleyicilerden biridir. Bu çalışmada, çocukların sağlıklı besin tüketimlerini belirlemek için kullanılan beslenme davranış puanı (0-100 aralığında) kırsal alan için 63.85 ± 18.18 , kentsel alan için 72.02 ± 17.13 olup, kentsel alanda yaşayan çocukların kırsal alanda yaşayan çocuklara göre daha sağlıklı/olumlu besin tükettikleri belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan başka bir çalışma, kentsel alanda yaşayan okul çocuklarının kırsal alanda yaşayanlara göre besin değeri düşük olan ve enerji içeriği yüksek gıdaları ve içecekleri daha fazla tercih ettiklerini belirtmiştir (Alikashiğlu ve ark., 2010). Amerika ve Hırvatistan’da yapılan çalışmalar, benzer şekilde kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışlarının farklı olduğunu; kentsel alanda yaşayan çocukların sabahları daha fazla kahvaltı yaptıklarını (Davis ve ark., 2008) ve daha fazla hazır gıda, gazlı içecek ve alkol tükettiklerini, enerji ve besin içeriği bakımından daha yeterli beslendiklerini ortaya koymuştur (Colic-Baric ve ark., 2004). Çin’de yapılan bir çalışma, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların toplam enerji alımında anlamlı bir fark olmadığını ancak kırsal alandaki çocuklarındaha fazla hayvansal kaynaklı gıdaları tükettiklerini belirtmiştir (Ji Zhang ve ark., 2017). Çalışmalar, bölgesel ve toplumsal yapıya göre kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların sağlıklı beslenme davranışlarının değiştiğini

göstermektedir. Bu nedenle yaşanan bölge özelliklerine göre çocukların beslenme davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir.

Çocuk yeme davranışları, çocukların beslenme davranışlarını etkileyen önemli belirleyicilerindendir. Bu çalışmada, çocukların “*Gıda Hevesliliği*” ve “*Yemek Seçiciliği*” davranışlarının sağlıklı besin tüketimini olumlu yönde etkilediği buna karşın “*Gıdadan Keyif Alma*” davranışının sağlıklı besin tüketimi ile olumsuz yönde ilişkili olduğunu, diğer bir ifade ile yiyeceklere hevesli olmayan, çok iştahlı olmayan, yeni yemeklere ilgisi olmayan çocukların daha sağlıklı besinler tükettiğini belirlemiştir. Çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişimi 3-4 yaş döneminde başlayarak adolesan ve yetişkinliğe kadar devam etmektedir. Sağlıklı beslenme, dengeli bir yeme davranışı ve dengeli/sağlıklı besin içeriğinden oluşmaktadır. Dengeli yeme davranışı fizyolojik büyüme ve enerji harcamasını düzenlemek için açlık hissinin olduğu andaki yeme davranışından oluşur. Buna rağmen özellikle batı toplumunda açlık yokluğunda yeme ve aralıklı atıştırma eğilimi giderek artmaktadır. Çocuklarda yeme davranışı ile besin alımı (yağlı, şekerli, atıştırmalık) arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışma sayısı oldukça sınırlı olmasına rağmen, Michels ve ark. (2012), duygusal yeme davranışı ile çocukların besin tüketimleri arasında ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Moens ve Braet (2007), laboratuvar çalışmalarında duygusal yiyicilerde atıştırmalığın daha çok tüketildiğini belirtmiştir. Van Der Horst (2012) ilkökul yaş grubundaki çocuklarla yaptığı çalışmada gıdadan keyif almanın çocukların seçici yeme davranışlarını belirleyen bir faktör olarak tanımlamıştır. Ebeveynler tarafından aşırı kontrolün çocukların sağlıklı beslenme davranışlarında olumsuz etki yaratabileceğini, gıdadan keyif almayı azaltarak yemek seçiciliğini arttırdığını belirtmiştir. Başka bir çalışma, çocukları yemek seçiciliği davranışını sergileyen ebeveynlerin çocuklarının daha az sağlıklı yiyecek tüketmelerini bir problem olarak tanımladığını, yiyecekler konusunda çocukları ile daha sık mücadele ettiklerini ve çocuklarının beslenme alışkanlıkları hakkında daha fazla tartışma yaptıklarını belirtmiştir (Mascola ve ark., 2010).

Bizim çalışmamızda çocukların küçük yaş grubunda olması nedeni ile besin seçimlerinde ebeveyn kontrollerinin daha belirleyici olduğu tahmin edilmektedir. Bunun sonucu olarak da yemek seçiciliği ile sağlıklı besin tüketimi arasındaki ilişkinin ebeveyn etkisine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Cinsiyet, çocukların beslenme davranışlarını etkileyen diğer bir unsurdur. Bu çalışma, beslenme davranışlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiğini, kızların erkeklere göre daha

fazla sağlıklı besin tükettiğini ortaya koymuştur. Daha önce yapılan çalışmalar benzer şekilde kızların erkeklerden daha fazla sebze meyve tükettiklerini, yağdan zengin besinlerden daha fazla kaçındıklarını, daha fazla lifli gıdalar tükettiklerini ve tuz alımını sınırlandırdıklarını belirtmiştir (Fagerli ve Wandel, 1999; Wardle 2004; Rasmussen ve ark., 2006; Lehto ve ark., 2015). Buna karşın erkeklerin daha fazla karbonhidratlı yiyecekleri, besleyiciliği daha düşük besinler, kalori bakımından zengin içecekleri daha fazla tükettikleri belirtilmiştir (Cooke ve Wardle 2005). Çalışmalar olası cinsiyet farklılığını erkeklerin kalori gereksiniminin fazla olması nedeniyle gıda alımının artması, kızlarda da diyet davranışlarının daha yaygın olması nedeniyle sağlıklı olarak algılanan besinleri sınırlandırma çabası ile ilişkilendirmiştir (Neumark-Sztainer ve Hannan 2000; Velazquez ve ark., 2015).

5.2. BKİ Sonucunu Etkileyen Bulguların Tartışılması

Obezite, kalori bakımından zengin yiyeceklerin daha fazla tüketilmesi ve fiziksel aktivitenin azalması sonucu oluşan, yaşamı tehdit eden aynı zamanda giderek artış gösteren bir sağlık problemidir. Literatür incelendiğinde Türkiye’de çocukluk obezite oranlarının artış gösterdiği görülmektedir. TOÇBİ’nin (2009), 6-10 yaş grubundaki çocuklarla yaptığı bir çalışmada obezite oranı %6.5, Savaşhan ve ark. (2015)’nin 6-11 yaş grubundaki çocuklarla yaptığı bir çalışmada obezite oranı %11.1, Demir (2015)’in ilköğretim öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada obezite oranı %16.9 olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda kırsalda ve kentselde bu oranlar arasında farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışmada, çocukların şişmanlık durumlarının bir göstergesi olan BKİ sonucunu etkileyen 7 değişken “Yaşanılan Bölge”, “EYZDÖ Ödül Kullanma”, “EYZDÖ Hayvansal Yağ Azaltma”, “ÇYDA Gıda Hevesliliği”, “ÇYDA Gıdadan Keyif Alma”, “ÇYDA Yavaş Yeme”, “ÇYDA Yemek Seçiciliği” olarak belirlenmiştir. Bu değişkenlerle ilgili bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmada, çocukların BKİ’lerini etkileyen önemli faktörlerden birinin *yaşanılan bölge* olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan bölgeye göre bireylerin beslenme davranışları, sosyo-ekonomik durumları, kültürel ve demografik özellikleri, ebeveyn davranışları ve ebeveyn özellikleri yiyeceklere ulaşma imkanları değişiklik göstermekte ve bu durum çocukların kilo durumunu etkilemektedir (Alikashiçoğlu ve Tunabilek., 2000; Dündar ve ark., 2008; Dişçigil ve ark., 2009; Savaşhan ve ark., 2015). Bu çalışmada bulgular, kırsal alanda yaşamının

çocukların BKİ değerlerinin artmasında bir belirleyici olduğunu göstermiştir. Bu sonucun çocukların erken çocukluk dönemi beslenme davranışları ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, Sabbağ'ın (2013) yaptığı bir çalışmada, kentsel alandaki ebeveynlerin çocuklarını sadece ilk 6 ayda anne sütü ile besleyip sonrasında ek besinlere (inek sütü ve çorba daha çok) geçtiği, kırsal alandaki ebeveynlerin 1-3 aydan sonra ek gıdaya (pirinç unu ile yapılan muhallebi, çay ile birlikte bisküvi tüketimi, sebze ve meyvelerden yapılan püreler) geçtiği, ek gıdaya erken başlamanın obezite riskini artırdığı belirtilmiştir. Önceki çalışmalar, düşük ebeveyn eğitim seviyesi ve düşük sosyo-ekonomik seviye nedeniyle kırsal alanda yaşayan çocuklarda obezite gelişme riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Boumtje ve ark., 2005; O'Dea ve Wilson, 2006; Gray ve ark., 2007; Güven ve ark., 2008). Kırsal alanda yaşamak yoksulluk, sağlık güvencesinin olmaması, koruyucu bakıma ulaşmada güçlük, yetersiz fiziksel aktivite olanakları (park ve egzersiz olanaklarına ulaşmada yetersizlik, yetersiz yürüyüş yolları, yetersiz fiziksel aktivite sınıfları) gibi ilave riskleri barındırması nedeniyle çocukluk obezitesinin gelişmesinde bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (Lutfiyya ve ark., 2007).

Bu çalışmada, bulgular daha az ödül kullanan ve daha fazla hayvansal yağ kısıtlaması yapan ebeveynlerin çocuklarının BKİ değerlerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Horst ve Sleddens'nin, (2017) yaptığı çalışmada, çocuklarına karşı ilgisiz davranıp her yiyeceği yemelerine izin veren, çocuklarını sürekli kısıtlayan, çocuklarına yiyecekleri ödül olarak sunan, sinirli veya endişeli olduğu durumlarda çocuklarına daha fazla yiyecek çeşidi sunan ebeveyn davranışlarının çocukluk obezitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hendy ve ark.'nın (2009) çalışmasında ebeveynlerin günlük sebze ve meyve tüketimi, hayvansal yağları azaltması, olumlu ikna, yeme konusunda ısrar davranışları ile çocuklarda kilo artışı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Sleddens ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada, ebeveynlerin çocuklarını duygusal besleme, yiyecekleri ödül olarak kullanma davranışları ile çocukların atıştırma (abur-cubur) miktarı arasında olumlu ilişki bulunmuştur. Williams ve ark.'nın, (2011) çalışmasında ise ebeveynlerin atıştırma miktarı, olumlu ikna, özel yemekler davranışlarını sergilemeleri ile çocukların kilo durumları arasında olumlu ilişki olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise, benzer şekilde çocukların BKİ değerleri ile ebeveynlerin hayvansal yağ azaltma ve atıştırma modeli davranışları arasında olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir (Arslan ve Erol, 2012). Çalışmalar, ebeveyn yemek zamanı davranışları ile çocukluk obezitesi arasındaki ilişkinin ülkelere göre değişebildiğini göstermekle birlikte,

ebeveyn davranışlarının çocukluk obezitesinin gelişimini doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur.

Çocuklarda yeme davranışı, obezitenin gelişiminde temel nedenlerindendir. Bu çalışmada, çocukların “gıda hevesliliği”, “gıdadan keyif alma”, yavaş yeme” ve “yemek seçiciliği” davranışları BKİ sonucunu doğrudan etkileyen belirleyicilerdir. Bulgular, çocuklarda iştahın göstergesi olan gıda hevesliliği ve gıdadan keyif alma davranışı ile BKİ arasında olumlu, daha az iştahın göstergesi olan yavaş yeme ve yemek seçiciliği ile BKİ arasında olumsuz ilişki olduğunu doğrulamıştır. Demir ve Bektaş’ın (2017) çalışmasında benzer şekilde gıda hevesliliği ve gıdadan keyif alma yeme davranışları ile çocukluk obezitesi arasında olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir. Sleddens ve ark.’nın (2008) yaptıkları çalışmada, yavaş yeme ile çocuk BKİ değeri arasında olumsuz ilişki olduğu belirtilmiştir. Sanchez ve ark.’nın (2016) yaptığı çalışmada, çocuklarda gıdadan keyif alma ve gıda hevesliliği ile BKİ arasında olumlu ilişki olduğu, yavaş yeme ve yemek seçiciliği ile BKİ arasında olumsuz ilişki olduğu belirtmiştir. Bulgular, çocuk yeme davranışları ile obezite arasında ilişki olduğunu doğrulamaktadır. Çocukların yeme davranışları genetik, ailesel ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluşmaktadır. Çocukların iştah özelliklerinde genetik özellikler belirleyici olmakla birlikte çevresel özellikler (yiyeceklerle kolay ulaşabilme imkanları vb.) ve ebeveyn özellikleri de (rol model olma, ebeveyn yeme davranışları vb.) belirleyici role sahiptir (Vereecken ve ark., 2009; Scaglioni ve ark., 2011; Birch ve Fisher 2016). Bu çalışmanın sonuçları, çocuklarda obezite çalışmalarında yeme davranışlarının temel özellik olarak ele alınmasını göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadanelde ettiğimiz sonuçlar aşağıda belirtilmiştir;

1. Kırsal alandaki öğrencilerin %16.6'sı fazla kilolu, %18'i şişman, kentsel alandaki öğrencilerin %16.3'ü fazla kilolu, %14.5'i şişman bulunmuştur.
2. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan öğrencilerin fazla kilo/obezite oranları arasında fark bulunmamıştır.
3. Kırsal (63.85 ± 18.18) ve kentsel (72.02 ± 17.13) alanda yaşayan öğrencilerin beslenme davranış puanları arasında fark bulunmuştur. Kentsel alanda yaşayan öğrencilerin kırsal alanda yaşayan öğrencilere göre daha sağlıklı/olumlu beslenme davranışları sergiledikleri görülmüştür.
4. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin yemek zamanı davranışları arasında fark bulunmuştur. Kırsal alandaki ebeveynlerin yemek zamanında daha fazla kullandıkları davranışlar: olumlu ikna, ödül kullanma, atıştırma modeli, özel yemekler iken; kentsel alandaki ebeveynlerin daha fazla kullandıkları davranışlar: atıştırma miktarı, yemek konusunda ısrar, hayvansal yağ azaltma olarak belirlenmiştir.
5. Kırsal ve kentsel alandaki öğrencilerin yeme davranışları arasında fark bulunmuştur. Kırsal alandaki çocuklar kentsel alandaki çocuklara göre gıda hevesliliği, içme tutkusu, yemek seçiciliği davranışlarını daha fazla sergilemektedirler.
6. Bağımsız değişkenler çocukların beslenme davranışlarının R^2 : 0.13'ünü açıklamıştır.
7. Cinsiyet, yaşanılan bölge, atıştırma miktarı, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yemek seçiciliği çocukların beslenme davranışına doğrudan etkisi olan değişkenlerdir.
8. Bağımsız değişkenler çocukların BKİ sonuçlarının R^2 : 0.30'unu açıklamıştır.
9. Yaşanılan bölge, hayvansal yağ azaltma, ödül kullanma, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yemek seçiciliği, yavaş yeme çocukların BKİ sonuçlarına doğrudan etkisi olan değişkenlerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde sonuçlara göre aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

1. Çocuklarda beslenme davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan programlarda yaşanan bölge özelliklerine yönelik girişimlerin planlanması,
2. Sağlık profesyonelleri tarafından çocukların beslenme davranışlarını geliştirmeye yönelik yapılacak programlarda kırsal alanda yaşayan çocukların öncelikli olarak ele alınması,
3. Çocuklarda beslenme davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan programlarda “ebeveyn yemek zamanı davranışları”, “çocuk yeme davranışlarını” geliştiren uygulamalara ağırlık verilmesi,
4. Obeziteyi önlemeye ve tedaviye yönelik programlarda kırsal alanda yaşayan çocukların öncelikli olarak ele alınması,
5. Çocukluk obezitesini önlemeye ve tedaviye yönelik programlarda sağlık profesyonellerinin ebeveyn yemek zamanı davranışlarını ve çocuk yeme davranışlarını geliştiren girişimlere öncelik vermesi,
6. Okul hemşirelerinin özellikle kırsal alanda yaşayan çocukların beslenme davranışı geliştirici ve obeziteyi önleyici girişimlere öncelik vermesi önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- Alikaşıfoğlu M, Tunabilek E. Vücut ağırlığının düzenlenmesinde genetik faktörler. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2000; 21:507-12.
- Alikaşıfoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö ve ark. Kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan 11 ve 13 yaşlarındaki öğrencilerin sağlık durumları ve sağlık davranışları arasındaki farklılıklar: Türkiye sağlık davranışları araştırması 2006 sonuçları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 2010; 45:96-104.
- Akbulut G, Özmen M, Besler T, Obezite. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*, 2007; (3): 2-15.
- Akıncı A, Çocuklarda obezite ve metabolik sendrom. İn: Cinaz P, Darendeliler F, Akıncı A, Özkan B, DüNDAR BN, Abacı A, Akcay T (editörler). *Temel çocuk endokrinolojisi*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp kitapevi, 2013;15: 547-596.
- Akış N, Kayıhan P, İrgil E, Aydın N ve ark. Bursa ili Orhangazi ilçesi 6 merkez ilköğretim okulunda 6-14 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003; 29 (3):17-20.
- Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2011; 53(1): 264-270.
- Alpcan A, Arıkan Durmaz Ş. Çağımızın Dev Sorunu: Çocukluk çağı obezitesi, *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2015;6 (1):30-38.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı*. Beşinci Baskı (DSM V), E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Aslan D, Attila S. Önemli bir sağlık sorunu: Şişmanlık. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı A.D. Dergisi*, 2002; 11(5), 169-170.
- Atamtürk D. Alt sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda aşırı kiloluğun ve obezitenin yaygınlığı. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2009; 15(2): 10-14.
- Atkinson RL. Etiologies of obesity. In: Goldstein DJ editor. *The management of eating disorders and obesity 2nded*. Totova: Humana, 2005; 105-13

- Ayala GX, Baquero B, Arredondo EM, Campbell N ve ark. Association between family variables and mexican american children's dietary behaviors. J Nutr Educ Behavior, 2007; 39(2):62-69.
- Aydın N, İrgil E, Akış N, Pala K. Nilüfer halk sağlığı eğitim araştırma bölgesi'nde dört ilköğretim okulundaki öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30 (1): 1-6.
- Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk çağında obezite. Sted, 2002; 11(1): 8-10.
- Balcıoğlu İ, Başer ZS. Obezitenin psikiyatrik yönü. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 2008; 61:341-348.
- Belay B, Belamarich PR, Andrew DC. Pediatric precursors of adult atherosclerosis. Pediatrics in Review, 2004; 25(1): 4-16.
- Bergmann KE, Bergmann RL, Von Kries R, Böhm O ve ark. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: Role of breast-feeding. International Journal Of Obesity, 2003; 27(2), 162-172.
- Bilginturan N. Çocukluk yaşı obezitelerinde tedavi. Katkı Pediatri Dergisi, 2000; 21(4): 527-536.
- Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics, 1998; 101: 539-549.
- Birch LL, Fisher JO. Mother's child-feeding Practices influence daughter's eating and weight. Am J Clin Nutr, 2000; 71(5):1054-61.
- Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN ve ark. Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. Appetite, 2001; 36:201-210.
- Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. American Academy of Pediatrics, 2016.
- Blissett J, Meyer C, Farrow C, Bryant-Waugh R ve ark. Maternal corebeliefs and children's feeding problems. International Journal Of Eating Disorders, 2005; 37:127-134.

- Blissett J, Haycraft E, Farrow C. Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 2010; 92:359–65.
- Beyaz BF, Koç AA. Current Situation, Anti-policies and economic analysis. *Economics of Obesity*, 2009.
- Bozboru A. Obezitenin cerrahi tedavisi, *Ankem Dergisi*, 2002; 16(3): 337.
- Boumtje PI, Huang CL, Lee JY, Lin BH. Dietary Habits, demographics, and the development of overweight and obesity among children in the United States. *Food Policy*, 2005; 30(2): 115-128.
- Brown R, Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, 2004; 19(3): 261-271.
- Bundak R, Furman A, Günöz H, Darendeliler F ve ark. Body Mass Index references for Turkish children. *Acta Paediatrica*, 2006; 95: 194-198.
- Burdette HL, Whitaker RC, Waynira C Hall. Breast feeding, introduction of complementary foods and adiposity at 5 y of age 1-3. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 2006; 83: 550-8.
- Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ ve ark. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence. *Journal Of Nutrition Education and Behavior*, 2009; 41(2): 79–86.
- Cadenas- Sanchez C, Nyström C, Sanchez-Delgado G, Martinez-Tellez B ve ark. Prevalence of overweight/obesity and fitness level in preschool children from the north compared with the South of Europe: An exploration with two countries. *Pediatric Obesity*, 2016; 11(5): 103-410.
- Campbell KJ, Crawford DA, Ball K. Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children. *International Journal Of Obesity*, 2006; 30(8): 1272–1280.
- Campbell MW, Williams CJ, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Medical Journal*, 2006; 184: 274–277.

Carola R, Harley JP, Noback CR. In: McGraw Hill (Editör). Metabolism nutrition and the regulation of body heat in “Human Anatomy and Physiology”. Inc. USA, 1990;740.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2013). Adolescent and school health.

Erişim Tarihi: 05.05.2016 Erişim Site
adı: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/index.htm>.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2013). Adolescent and school health.

Erişim Tarihi: 10.01.2016 Erişim site adı:
<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/index.htm>.

Chen TJ, ModinB, Cheng YJ,Hjern A. Regional, socioeconomic and urban- rural disparities in child and adolescent obesity in China: A multilevel analysis. Acta Paediatrica, 2011; 100(12), 1583-1589.

Cinaz P, Bideci A. In: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S (editörler). Obezite. Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları, 2003; 487-505.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standart definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ, 2000; 320:1-6.

Colic-Baric I, Kajfez R, Satalic Z, Cvjeti S. Comparison of dietary habits in the urban and rural croatian school children. Eur J Nutr, 2004; 43: 169–174.

Cooke LJ, Wardle J. Age and gender differences in children’s food preferences. British Journal of Nutrition, 2005; 93: 741–746.

Çalışır H, Karaçam Z. The prevalence of overweight and obesity in primary school children and its correlation with sociodemographic factors in Aydın, Turkey. International Journal Of Nursing Practice, 2011;17: 166–73.

Çatlı G, Büyükgebiz A. Çocuk ve ergenlerde obezite: Tanım ve epidemiyoloji. Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatrik Sciences, 2015;11: 7- 21.

Çifçili S, Ünalın P, Kalaça Ç, Apaydın Ç ve ark. Çocukluk, obezite ve televizyon. Pediatri Dergisi, 2003; 12: 67-71.

- Çoker M, Darcan Ş. Çocukluk çağı obezitesi. In: Yılmaz C (editör). Obezite ve tedavisi. 1. Baskı. Ankara, 1999; 171-188.
- Çömlekçi N. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IWQOL-LİTE) Türkçe versiyonunun psikometrik değerlendirmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler, 2011.
- Dallar Y, Erdeve Savaş Ş, Çakır İ, Köstü M. Obezite çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu?. Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 48 (1): 1-3.
- Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. Pediatric Blood Cancer, 2005; 7(21): 32-34.
- Davis AM, Boles RE, James RL, Sullivan DK ve ark. Health behaviors and weight status among urban and rural children. Rural Remote Health, 2008; 8(2): 810.
- Davison GC, Neale J. M. Anormal psikolojisi. In: İhsan Dağ (editör). Türk Psikologlar Derneği, 7. Basım. Ankara, 2004; 213-234.
- Department of Health and Children. Changing cardiovascular health. National cardiovascular health policy 2010-2019. DoHC, Dublin, 2010.
- Demir D. İlkokul öğrencilerinin yeme davranışlarının ve ebeveynlerin besleme tarzlarının çocukluk çağında görülen obeziteye etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2015.
- Demir D, Bektas M. The Effect of children's eating behaviors and parental feeding style on childhood obesity. Eating Behaviors, 2017; 26: 137-142.
- De Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A ve ark. WHO multicentre growth reference study group. Worldwide implementation of the WHO child growth standards. Public Health Nutr, 2012; 15: 1603-10.
- Dişçigil G. Günümüzün çocukluk ve adolösan çağı epidemisi: Obezite. Turkish Journal of Family Practice, 2007; 11(2): 92-96.
- Doğusal G, Sönmez I. Çocukluk çağı obezitesi ve çocuk diş hekimliği ile ilişkisi: Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye. 2017; 4(3): 90-5.
- Dündar Y, Evliyaoğlu O, Hatun Ş. Okul Çocuklarında boy kısalığı ve obezite ihmal edilen bir sorun. T Klin J Pediatr, 2008; 9 (1): 19-22.
- Eker E, Şahin M. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Sted, 2002; 11(7): 246- 249.

- Eliana MP, Finkle PJ, Benjamin TJ. Obezitenin önlenmesi ve birinci basamak pediatristin rolü. *Current Opinion in Pediatrics*, 2007; 3(2):51-58.
- Ergül Ş, Kalkım A. Önemli bir kronik hastalık: Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Prev Med Bull*, 2011; 101(2): 223-230.
- Erkorkmaz Ü, Yılmaz R, Demir O, Sanisoğlu SY ve ark. Çocuklarda yeme davranışı ile ebeveyn besleme tarzı arasındaki ilişkinin kanonik korelasyon analizi ile incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2013; 33(1): 138-48.
- Erol S, Arslan N. Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve çocukluk çağı obezitesi ile ebeveyn yemek zamanı davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi İstanbul, 2012.
- Ersoy R, Çakır B. Obezite. *Turkish Medical Journal*, 2007; 1:107-116.
- European Commission. Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and obesity related health issues. Implementation Progress Report. 2010, http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/implementation_report_en.pdf (Erişim Tarihi: 25. 04.2014).
- European Commission. Overweight and obesity-bmi statistics. 2011, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-BMI_statistics (Erişim Tarihi: 25. 04. 2014).
- Evans A, Seth JG, Smith S, Harris KK, ve ark. Parental feeding practices and concerns related to child underweight, picky eating, and using food to calm differ according to ethnicity/race, acculturation, and income. *Matern Child Health J*, 2011; 15: 899–909.
- Fagerli R.A, Wandel M. Gender differences in opinions and practices with regard to a healthy diet. *Appetite*, 1999; 32: 171–190.
- Faulkner PE, Ralph O, Brooks K, Lynch P. Rural and urban north carolina parent's child feeding behaviours. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 2016; 108(1): 30-38(9).
- Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr*, 1999; 69(6): 1264-72.
- Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc*, 2002; 102: 58–64.

- Floriani V, Kennedy C. Çocuklarda obezitenin tedavisinde, önlenmesinde birinci basamakta fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi (Türkçe baskı). *Current Opinion in Pediatrics* 2007; 2(1): 51-58.
- Fredericka CB, Snellmana K, Putnama RD. Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. *PNAS Early Edition*, 2013;1-5. doi/10.1073/pnas.1321355110.
- Fowler-Brown A, Kahwati, LC. Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. *American Family Physician*, 2004; 69(11): 2591-8.
- Garriguet, D. Canadians' eating habits. *Health Reports*, 2007; 18(2): 17-32.
- Gee S, Chin D, Ackerson L, Woo D, Howell A. Prevalence of childhood and adolescent overweight and obesity from 2003 to 2010 in an integrated health care delivery system. *Journal of Obesity*, 2013; 1(1): 1-8.
- Geiss HC, Parhofer KG, Schwandt P. Parameters of childhood obesity and their relationship to cardiovascular risk factors in healthy prepubescent children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2001; 25(6): 830-837.
- Gibson EL, Wardle J, Watts CJ. Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite*, 1998; 31(2): 205-228.
- Glasper, A. The fat of the land: Obesity prevention over obesity treatment. *British Journal of Nursing*, 2010; 19(4): 212.
- Global Health Observatory Data Repository. Obesity (body massindex ≥ 30), age-standardized (%) Global estimates. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GLOBAL2480A?lang=en>. (Alınma Tarihi: 20.02.2017).
- Golan M, Weizman A. Familial approach to the treatment of childhood obesity: Conceptual model. *Journal of Nutrition Education*, 2001; 33:102-7.
- Gülcan E, Özkan A. Obezite. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2006; (10): 185-194.
- Gürel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, preveansı ve etyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001; 2(3): 39-46.

- Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 10(4):166-181.
- Günöz H. Çocuk ve adölesanlarda obezite. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6(2):58-61.
- Günöz H. Obezite. In: Neyzi O, Ertuğrul T (editör), Pediatri 1. Nobel Tıp Kitapevi, 2002; 221-226.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009, s. 184.
- Hackie M, Bowles CL. Maternal perception of their overweight children. Public Health Nursing, 2007; 24(6): 538-546.
- Halfon N, Larson K, Slusser W. Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of us children aged 10 to 17. Academic Pediatrics, 2013; 13: 6–13.
- Hamurcu P. Obez bireylerde benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi (İBÜ), SABE, YYLT, İstanbul, 2014; s.14.
- Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşiladağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2015; 19(3): 122 – 128.
- Haney MO, Erdogan S. Factors related to dietary habits and Body Mass Index among Turkish school children: A Cox's Interaction Model-based Study. Journal of Advanced Nursing, 2013; 69(6), 1346–1356.
- Hatipoğlu N, Kurtoğlu S. Obez çocuklarda insülin direnci. Klinikleri J Pediatric Sciences, 2015; 11(3): 49-59.
- Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. Lancet, 2004; 364:257-262.
- Hawkins SS, Law C. A review of risk factors for overweight in preschool children: A policy perspective. International Journal Pediatric Obesity, 2006; 1: 195-209.
- Hendy HM, Williams KE, Camise TS, Eckman N ve ark. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and Association with Children's Diet and Weight. Appetite, 2009; 52(2): 328–339.

- Herder WW, Eng C. Obesity, diabetes mellitus, and cancer. *Endocrine-Related Cancer*, 2012; 19: 5-7.
- Holcomb SS. Obesity in children and adolescents: Guidelines for Prevention and Management. *Nurse Practitioner*, 2004; 29: 9-15.
- Hui LL, Nelson EA, Yu LM, Li MArk. Risk factors for childhood overweight in 6 to 7 years old Hong Kong children. *Internal Journal Obesity Related Metabolic Disorders*, 2003; 27: 1411-8.
- İşık P, Naçar N. Obezitenin komplikasyonları. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2000; 21(4): 587-597.
- İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açikel M. Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2008; 6(3): 168-174.
- İskender M, Tura G, Akgül Ö, Turtulla S. Ortaokul öğrencilerinde aile ortamı, yeme tutumu ve obezite durumları arasındaki ilişki. *International Journal of Human Sciences*, 2014; 11(2): 10-26.
- Ji Zhang, Wang D, Eldridge AL, Huang F ve ark. Urban–rural disparities in energy intake and contribution of fat and animal source foods in Chinese children aged 4–17 years. *Nutrients*, 2017; 9: 526.
- Jonathon C, Wells K. The evolution human adiposity and obesity: Where did it all go wrong. *disease models* 5, 2012; 16: 595-607.
- Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cadernos Saude Publica*, 2003; (19): 77–86.
- Kaiser Family Foundation. The role of media in childhood obesity. Publication no:7030. Menlo Park, Ca: The Henry J.Kaiser Family Foundation. February 2004.
- Kankaya H, Karakovan A. Obezite ve böbrek hastalıkları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017; (12)2.
- Kiess W, Galler A, Reich A, Müller G ve ark. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obesity Reviews*, 2001; 2: 29-36.
- Kojima M, Hosoda H, Date Y, Nakazato M ve ark. Ghrelin is a growth-hormone-releasing acylated peptide from stomach. *Nature*, 1999; 402: 656-660.

- Kojima M, Hosoda H, Date Y. Ghreline: Discovery of natural endogenous ligand for the growth hormone secretagogue receptor. *Trends Endocrinol Metab*, 2001; 12: 118-122.
- Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006; 23(1): 47-54.
- Kröller K, Warschburger P. Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*, 2008; 51(1): 166-172.
- Köksal G, Özel DHG. Okul öncesi dönemde obezite. Sağlık Bakanlığı, Klasmat Matbaacılık, 2008; 729-32.
- Köksal G, Özel H. Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. Sağlık Bakanlığı Yayın No:729. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
- Laitinen J, Ek E, Sovio U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Prev Med*, 2002; 34: 29-39.
- Lehto E, Ray C, Haukkala A, Yngve A ve ark. Predicting gender differences in liking for vegetables and preference for a variety of vegetables among 11-year-old children. *Appetite*, 2015; 95: 285-292.
- Limbers CA, Turner EA, Varni JW. Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Lipidology*, 2008; 2 (3): 169–178.
- Lo K, Cheung C, Lee A, Tam WWS, Keung V. Associations between parental feeding styles and childhood eating habits: A survey of hong kong pre-school children. *Plos One*, 2015; 30: 1-11.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R for The IASO International Obesity Task Force. obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004; 5(1): 4-85.
- Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: Assessment and management in primary care. *American Family Physician*, 2001; 63: 2185-96.
- Luft VC, Schmidt MI, Pankow JS, Couper D ve ark. Chronic inflammation role in the obesity-diabetes association: A casecohort study. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 2013; 5(31): 1-8.

- Lutfiyya M. N, Lipsky M.S, Wisdom-Behounek J, Inpanbutr-Martinkus M. Is rural residency a risk factor for overweight and obesity for U.S. children. *Obesity*, 2007; 15(9): 2348-56.
- Marcus C. Pharmacological treatment of childhood obesity. In: Kiess W, Marcus C, Wabitsch M (editör). *Obesity in childhood and adolescence. Pediatr Adolesc Med.* Basel, Karger, 2004; 9: 211-218.
- Martinez-Gonzales MA, Martinez JA, Hu FB ve ark. Physical activity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *International Journal of Obesity*, 1999; 3: 1192-1201.
- Masayasu K, Hosoda H, Date Y, Nakazato M ve ark. Ghrelin is a growth-hormone-releasing acylated peptide from stomach. *Nature*, 1999; 420:656–660.
- Mascola A.J, Bryson S.W, Agras W.S. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors*, 2010; 11: 253–257.
- Maynard ML, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, 2003; 111(5): 1226-31.
- Meng Q, Mäkinen VP, Luk H, Yang X. Systems biology approaches and applications in obesity, diabetes, and cardiovascular diseases. *Curr Cardiovasc Risk Reports*, 2013; 7: 73–83.
- Metinoğlu Ğ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu’da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri. Dergisi*, 2012; 3: 117-123.
- Michels N, Sioen I, Braet C, Eiben G ve ark. Stress, emotional eating behaviour and dietary patterns in children. *Appetite*, 2012; 59: 762–76.
- Moens E, Braet C. Predictors of disinhibited eating in children with and without overweight. *Behaviour Research and Therapy*, 2007; 45: 1357–1368.
- Murasko, J.E. Trends in the associations between family income, height and body mass index in us children and adolescents. *Annals of Human Biology*, 2011; (38): 290 – 306.
- Musher-Eizenman DR, De Lauzon-Guillain B, Holub SC, Leporc E ve ark. A child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*, 2009; 52: 89–95.
- Muslu KG, Bolışık B. Çocuk ve gençlerde internet kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8(5): 445-450.

- Neumark-Sztainer D, Hannan P.J. Weight- related behaviors among adolescent girls and boys. Arch Pediatr Adolesc Med, 2000; 154: 569-577.
- Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R ve ark. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2008; 51(1): 1-14.
- Nicklas TA, Baranowski T, Baranowski JC, Cullen K ve ark. Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. Nutrition Reviews, 2001; 59(7): 224-35.
- Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. Clinical Psychology Review, 2004; 24(8): 981-1010.
- O'Dea JA, Wilson R. Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: Possibilities for childhood obesity prevention. Health Education Research, 2006; 21(6): 796–805.
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in Body Mass Index among US children and adolescents, 1999-2010. The Journal of the American Medical Association, 2012; 307(5): 483-490.
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. JAMA, 2014; 311: 806-14.
- Ohly H.R, Hayter A, Pettinger C, Pikhart H ve ark. Developing a nutrition intervention in children's centres: Exploring views of parents in rural/urban settings in the UK. Public Health Nutrition, 2012; 16(8): 1516–1521.
- Onay Beşikçi A. Erken yaşta görülen obezite nedenleri ve tedbirler. Mised, 2010; 23(24): 82-85.
- Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA ve ark. Just three more bites: An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. Appetite, 2007; 48(1): 37-45.

- Öncü İ. Çocukluk çağı obezitesinde metabolik parametrelerin diyet ve egzersizle ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, 2009.
- Önsüz M.F, Zengin Z, Özkan M, Şahin Hve ark. Sakarya’da bir ilköğretim okulu öğrencilerinde obezite ve hipertansiyonun değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 2011; 1(3): 86-92.
- Özçetin M, Yılmaz R, Erkorkmaz Ü, Esmersoy H. Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Pediatri Arşivi, 2010; 45: 124-31.
- Özhancı E, Yılmaz H. Köy ölçeğinde yerel değerler ve kırsal alan kimliği analizi: Bayburt örneği. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2017; 7: 13.
- Özilbey P, Ergör G. İzmir ili Güzelbahçe ilçesi’nde ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. Turk J Public Health, 2015; 13(1): 30-39.
- Öztora S. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. 2005.
- Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil MB, Salihoğlu B ve ark. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi, 2006; 2: 11-14.
- Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10(1): 53-60.
- Parlak A, Çetinkaya Ş. Çocuklarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(5): 25-35.
- Paola MD, Kramer RE. Pediatric obesity: Concerns and controversies. Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 168-179.
- Parcel GS, Edmundson E, Perry CL, Feldman HArk. Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. Journal of School Health, 1995; 65(1): 23-27.

- Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 2005; 24(2): 83-92.
- Pehlivanürk B. Çocuk ve ergenlerdeki obezitenin psikososyal yönleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2000; 21(4): 574-581.
- Pekcan G. Bilimsel uygulama ve beslenme durumunun saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:726, Ankara. Klasmat Matbaacılık, 2008; 13: 34-9.
- Pérez - Lizaar AB, Kaufer - Horwitz M, Plazas M. Environmental and personal correlates of fruit and vegetable consumption in low income, urban Mexican children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2008; 21(1): 63-71.
- Pinard C, Yaroch AL, Hart MH, Serrano EL. Measures of the home environment related to childhood obesity: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 2012; 15(1): 97-109.
- Pittson H, Wallace L. Weight management programme for children. *Primary Health Care*, 2010; 20 (5): 16-21.
- Poskitt, EME. The Fat child. In: *Clinical pediatric endocrinology*. Brokk GD. (editör). Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1995;210-233.
- Prasanna Kamath BT, Bengalorkar GM, Deepthi R, Muninarayan C ve ark. Prevalence of overweight and obesity among adolescent school going children (12-15years) in urban area, South India. *International Journal of Current Research and Review*, 2012; 4(20): 99-105.
- Pulungan AM, Puspitadewi A, Sekartini R. Prevalence of insulin resistance in obese adolescents. *Paediatr Endocines*, 2013; 53: 167-72.
- Pyle S, Poston C. Fighting an epidemic: The role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools*, 2006; 43(3): 361-376.
- Quak HS, Furnes R, Lavine J, Baur AL. Obesity in children and adolescents. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2008; 47(2): 254-259.
- Rabbitt A, Coyne I. Childhood Obesity: Nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 2012; 21 (12): 731-735.
- Rasmussen M, Krolner R, Klepp K, Lytle L, Brug J ve ark. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: A review of the literature.

part 1: quantitative studies. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2006; 3: 22.

Reinehr T. Obesity and thyroid function. Mol Cell Endocrinol, 2010; 316(2):165-171.

Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N ve ark. Parenting styles and overweight status in first grade. Pediatrics, 2006; 117, 2047–2054.

Ritchie LD, Welk G, Styne D, Gerstein DE ve ark. Family environment and pediatric overweight: What Is a Parent To Do. J Am Diet Assoc, 2005; 105(5 Suppl 1):S70-9.

Sabbağ Ç. Nutrition behaviours of rural and urban mothers on 0-24 month children. International Journal of Human Sciences, 2013; (10)1: 279-292.

Sağlık Bakanlığı Yayınları (2002). Şişmanlık (obezite) ve beslenme, Sağlık Bakanlığı, 2008.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye obezite ile mücadele programı ve eylem planı 2008-2012. Çalışma Grubu Eylem Planı. Ankara. 2008.

Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi Projesi Araştırma Raporu (TOÇBİ). Kuban Matbaacılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 834, ISBN: 978-975-590-370-5. Ankara. 2011.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Türkiye’de okul çağı çocuklarında (6-10 Yaş Gurubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu, Ankara. Erişim tarihi, 17 Mart 2016. Erişim adresi, http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/tocbi_kitap.pdf.

Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye sağlık beslenme ve hareketli hayat programı eylem planı (2010-2014). ISBN: 978-975-590-311-8, Sağlık Bakanlığı Yayın No:773.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Ankara, 2014.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2014.

- Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal Law Medicine Ethics*, 2007; 35(1): 22–34.
- Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *TAHUD*, 2015; 19(1): 14-21.
- Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr*, 2011; 94(suppl): 2006S–11S.
- Semerci CN. Obezite ve Genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2004; 46(4): 353-359.
- Sencer E, Yusuf O. Klinik beslenme. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul, 2005.
- Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 2013; 3(4): 171-178.
- Seyedamini B, Malek A, Ebrahimi-Mameghani M, Tajik A. Correlation of obesity and overweight with emotional-behavioral problems in primary school age girls in Tabriz, Iran. *Iranian Journal of Pediatrics*, 2012; 22 (1): 15-22.
- Shi Z, Lien N, Kumar BN, Holmboe-Ottesen G. Socio-demographic differences in food habits and preferences of school adolescents in Jiangsu Province, China. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005; 59: 1439–1448.
- Skinner A.C, Steiner M.J, Henderson F.W, Perrin E.M. Multiple markers of inflammation and weight status: Cross-sectional analyses throughout childhood. *Pediatrics*, 2010; 125(4): e801-809.
- Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The children's eating behaviour questionnaire: Factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*, 2008; 5: 49.
- Sleddens EF, Kremers SP, De Vries NK, Thijs C. Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite* 2010; 54(1): 30-6.
- Sowers MR, Karvonen-Gutierrez CA. The evolving role of obesity in knee osteoarthritis. *Pubmed*, 2010; 22 (5): 533-537.
- Spiotta RT, Luma GB. Evaluating obesity and cardiovascular risk factors in children and adolescents. *American Family Physician*, 2008; 78 (9): 1052-1058.
- St-Onge MP, Keller KL, Heymsfi Eld SB. Changes in childhood food consumption patterns: A cause for concerns in light of increasing body weights. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 2003; 78: 1068-1073.

- Strauss RS, Bradley LJ, Brolin RE. Gastric bypass surgery in adolescents with morbid obesity. *J Pediat*, 2001; 138(4): 499-504.
- Stunkard A, Sorenson T, Haris C. An adaption study of human obesity. *The New England Journal Of Medicine*, 1986; 314: 193-198.
- Süleiman A, Alboqai OK, Yasein N, El-Qudah JM ve ark. Prevalence of and factors associated with overweight and obesity among Jordan University Students. *Journal of Biological Sciences*, 2009; 9(7): 730-745.
- Süzek H Arı Z, Uyanık SB. Muğla’da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı, *Turkish Journal of Biochemistry*, 2005; 30(4): 290-295.
- Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB ve ark. Ankara’da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005; (58): 163-166.
- Taşan E. Obezitenin tanımı, değerlendirme yöntemleri ve epidemiyolojisi. *International Journal of Medical Sciences*, 2005; 1(37): 1-4.
- Taşçılar ME, Hacıhamdioğlu B. The prevalence of metabolic syndrome and frequency of cardiovascular risk factors in obese children. *Gülhane Medical Journal*, 2010; 52 (1): 32-35.
- Tee ES, Khor SC, Ooi HE, Young Sİ ve ark. Regional study of nutritional status of urban primary school children. 3 Kuala Lumpur, Malaysia. *Food Nutrition Bull*, 2002; 23: 41-47.
- Topal A.K. Kavramsal olarak kent nedir ve Türkiye’de kent neresidir?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2004; 6: 1.
- Tuncer I. Konya il merkezindeki 11-16 yaş grubu kız öğrencilerde sosyoekonomik durum, antropometrik vücut ölçümleri ve menarşla büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 14(1): 25-28.
- Türkiye Obezite ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 2010.
- Türkiye Beslenme ve sağlık araştırması. Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, 636s, Ankara, 2010.
- T.C Sağlık Bakanlığı. In: Özcebe H, Bağcı Bosı T, Yardım MS, Yardım N. Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSİ- TUR), Ankara, 2016.

- Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik, 2012. Haber Bülteni, 2013; Sayı:13509.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509>
- Türkiye İstatistik Kurumu. 2015.http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_5820151008.pdf. (Alınma Tarihi: 20.02.2017).
- Türkiye İstatistik Kurumu [TUİK]. Sağlık Araştırması Health Survey. 2008.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TUİK]. Sağlık Araştırması Health Survey. 2015.
- Türkiye Obezite ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2010.
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara, 2013.
- Van Der Horst K. Overcoming picky eating. eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*, 2012; 58: 567–574.
- Van Der Horst K, Sledden EFC. Parenting styles, feeding styles and foodrelated parenting practices in relation totoddlers' eating styles: A Cluster-analyticapproach. *Plos One*, 2017.
- Vansant G, Hulens M. The assesment of dietary habits in obese women: Influence of eating behavior patterns. *Eating Disorders*, 2006; 14: 121-129.
- Varlık Özsoy E. Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research Online*, 2017; 3(1): 255-266.
- Velazquez CE, Black JL, Billette JM, Ahmadi N ve ark. A comparison of dietary practices at or en route to school between elementary and secondary school students in Vancouver. Canada. *J Acad Nutr Diet*, 2015; 115: 1308-1317.
- Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*, 2008; 5: 15.
- Vereecken C, Legiest E, De Bourdeaudhuij I, Maes L. Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption. *American Journal of Health Promotion*, 2009; 23(4): 233–240.
- Wang Y, Liang H, Tussing L, Braunschweig C ve ark. Obesity and related risk factors among low socio-economic status minority students in Chicago. *Public Health Nutrition*, 2007; 10(9): 927-938.

- Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of The Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*, 2001; 42: 963-970.
- Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L ve ark. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, 2002; 10(6): 453–462.
- Wardle J, Haase AM, Steptoe A. Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 2004; 27(2): 107–116.
- Wen E, Aysola R. Obesity hypoventilation syndrome: Are you missing the diagnosis. *Proceedings of UCLA Healthcare*, 2012; 16: 1-4.
- Whiting L. Tackling childhood obesity. *British Journal of School Nursing*, 2008; 3 (1): 36-41.
- Wijnhoven TMA, Van Raaij JMA, Spinelli A, Rito AI ve ark. WHO European childhood obesity surveillance initiative 2008: Weight, Height and Body Mass Index in 6–9 year-old children. *Pediatric Obesity*, 2013; 8 (2): 79-97.
- Wijnhoven TMA, Van Raaij JM, Spinelli A, Starc G ve ark. WHO European childhood obesity surveillance initiative: Body Mass Index and Level of Overweight among 6–9-Year-old Children from School Year 2007/2008 to School Year 2009/2010. *BMC Public Health*, 2014; 14: 806.
- Williams KE, Hendy HM, Seiverling LJ, Can SH. Validation of The Parent Mealtime Action Scale (PMAS) when applied to children referred to a hospital-based feeding clinic. *Appetite*, 2011; 56: 553–557.
- World Health Organization Expert Committee: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva, World Health Organization, 1995.
- WHO Consultation on Obesity. (2000). Preventing and managing the Global epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Technical Report Series 894.
- World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet No:311, Geneva, WHO, 2000.
- Erişim Tarihi: 15 Ekim 2015 Erişim site adı: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html>.

- World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response: Summary. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2007; 2-3.
- WHO (2012). Global strategy on diet, physical activity and health. Erişim Tarihi: 16.01.2016. Erişim site adı: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/index.html>.
- World Health Organization [WHO] (2013). Health topics-adolescent health. Erişim Tarihi: 01.05.2016. Erişim site adı: <http://www.who.int/topics/adolescenthealth/en/>. World Health Organization. Obesity. 2013. <http://www.who.int/topics/obesity/en/> [Erişim Tarihi: 06 Haziran 2014].
- WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Erişim Tarihi: 16.01.2016. Erişim site adı: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.
- World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Alınma Tarihi: 20.02.2017.
- WHO support for the 2015–2016 data collection round, World Health Organization 2017, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>, Erişim Tarihi: 14.11.2017.
- www.vsm.gov.tr/konsol/docs/taslak2.doc. Türkiye obezite ile m¼cadele programı ve ulusal eylem planı taslağı 2008-2012 (Erişim Tarihi: 23.12.2009).
- [www.euro.WHO.int/obesity/conference](http://www.euro.who.int/obesity/conference). World Health Organization (Erişim Tarihi: 16.06.2016).
- Yaman Ç. The effects of the diet and diet-exercise on changes in weight during adolescence. Turkish Journal of Medicine Sciences, 2009; 39(2): 273-279.
- Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2017; 14: 47.
- Yıldız D, Fidancı BE, Suluhan D. Çocukluk dönemi obezitesi ve önleme yaklaşımları. GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği B.D. Ankara, 2015; 4(4): 338-345.

- Yılmaz C. Obezitenin ilaçla tedavisi. In: Kabalak T, Yılmaz C, Füzün M. (editör) Endokrinoloji el kitabı, 2004; 693-700.
- Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011; 12(4): 287-294.
- Yılmaz R, Erkorkmaz Ü, Özçetin M, Karaaslan E. How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style? Nutr Hosp, 2013; 28(3): 741-6.
- Yiğit R. Çocukluk dönemi obezitesinin yönetiminde hemşirenin rolü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2011; 13(1): 71-80.
- Yüce Ö, Bideci A. Çocukluk çağı obezitesinde genetik nedenler. Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatri Sciences, 2015; 11(3): 29-35.
- Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004; 43(2): 134-150.
- Zwiauer KFM. Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. European Journal of Pediatrics, 2000; 159: 56-68.

8. EKLER

EK- 8.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Açıklama: Sayın veli, soru formunu eksiksiz doldurmanın araştırma sonuçları için önemli olduğunu hatırlatır, katılımınız için teşekkür ederiz.

Cocuğunuz İle İlgili Sorular

1. Çocuğunuzun yaşı(doğum tarihi):.....
2. Çocuğunuzun cinsiyeti: a)Kız b)Erkek
3. Çocuğunuzun okulu ve sınıfı:.....
4. Başka çocuğunuz var mı? a)Evet (sayı ile belirtiniz)..... b)Hayır
5. Çocuğunuzun kilosunu nasıl tanımlarsınız?
a)Zayıf b)Normal c)Fazla Kilolu d)Şişman
6. Çocuğunuzun sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?(Bu soruyu cevaplarırken anketi dolduran kişi çocuğunun sağlığı hakkında kendi düşüncelerini ifade etmelidir.)
a)Mükemmel b)İyi c)Orta düzeyde d)Kötü

Aile İle İlgili Sorular

7. Annenin yaşı:.....
8. Anne vücut ağırlığı (kg):
9. Anne boyu (cm):.....
10. Annenin eğitim durumu:
a) İlkokul mezunu yada okula gitmemiş b) Ortaokul c) Lise d)Üniversite ve üzeri
11. Anne çalışma durumu:
a) Tam zamanlı çalışıyor b)Yarı zamanlı çalışıyor c) Çalışmıyor
12. Babanın yaşı:.....
13. Baba vücut ağırlığı (Kg):
14. Baba boyu (cm):.....
15. Babanın eğitim durumu:
a)İlkokul mezunu ya da okula gitmemiş b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite ve üzeri
16. Babanın çalışma durumu :
a) Tam zamanlı çalışıyor b)Yarı zamanlı çalışıyor c) Çalışmıyor
17. Aşağıdakilerden hangisi ailenizi tanımlamaktadır?
a)Anne-baba sağ ve beraber b)Anne-baba sağ değil

- c)Anne-baba sağ ve ayrılar d)Sadece anne ya da baba sağ
18. Ailedeki bireylerin sayısı (evde kaç kişi yaşıyorsunuz, sürekli olarak yaşayanlar):.....
19. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
a)Mükemmel b)İyi c)Orta düzeyde d)Kötü
20. Haftanın kaç günü evde yemek pişirilmektedir?
a)2 b)3 c)4 d)5 ve üzeri
21. Bir haftada çocuğunuzla birlikte yediğiniz toplam ana öğün sayısı nedir (kahvaltı, öğlen ve akşam yemeklerinin sayısı)?
a)2 b)3 c)4 d)5 ve üzeri
22. Çocuğunuzla birlikte yemek yediğiniz yerde televizyon var mı?:
a)Evet b)Hayır

EK- 8.2. Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği (EYZDÖ)

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği Alt Boyutları

Açıklama: Aşağıdaki soruları lütfen okuyunuz ve her soru için hiçbir zaman, bazen, her zaman yazan kutulardan birini (sadece tek seçenek) işaretleyiniz (x). Eksiksiz ve doğru yanıtalamanız araştırma sonucu için önemlidir.

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği	Hiç bir zaman	Bazen	Her zaman
1. Yemek yemeyi çocuğum için bir eğlenceye ya da oyuna dönüştürdüm.	()	()	()
2. Çocuğuma verdiğim yemeğin aynısını ben de yedim.	()	()	()
3. Çocuğumla masaya oturdum ama ben yemedim.	()	()	()
4. Çocuğumun istediğini yemesine izin verdim.	()	()	()
5. Çocuğuma yemeğine baharat, ketçap, mayonez vb. istediği tatlandırıcıları katmasına izin verdim.	()	()	()
6. İyi davranışını ödüllendirilmek için, çocuğuma sevdiği bir yiyeceği verdim.	()	()	()
7. Çocuğuma yemeğini yemesi için ödül olarak sevdiği bir faaliyet ya da oynacağı teklif ettim.	()	()	()
8. Çocuğuma yemeğini yemesi için ödül olarak sevdiği bir tathiyı vermeyi teklif ettim.	()	()	()
9. Çocuğuma, istemediği bir yemek yerine sevdiği başka bir yemeği yemesine izin verdim.	()	()	()
10. Çocuğuma, önerdiğim yemek seçeneklerinden istediğini seçmesine izin verdim.	()	()	()
11. Çocuğuma, ailemizin yediği yemeklerden farklı özel bir yemek hazırladım.	()	()	()
12. Çocuğumun aşırı yemek yemesini engelledim.	()	()	()
13. Çocuğuma yemek yemeyi ne kadar çok sevdiğimi söyledim.	()	()	()
14. Çocuğuma, eğer denerse yiyeceklerin tadının ne kadar güzel olduğunu fark edeceğini söyledim.	()	()	()
15. Çocuğuma, arkadaşlarının ya da kardeşlerinin bu yemeyi ne kadar çok sevdiklerini söyledim.	()	()	()

16. Çocuğuma yemeyin onu sağlıklı, akıllı ve güçlü yapacağını söyledim.	()	()	()
17. Çocuğuma her gün meyve verdim.	()	()	()
18. Çocuğumun yemeğindeki hayvansal yağları (margarin, kuyruk yağı, kaymak vb.) azalttım.	()	()	()
19. Her gün meyve yedim.	()	()	()
20. Her gün sebze yedim.	()	()	()
21. Her gün gazlı içecek (örn. Kola, fanta, gazoz vs.) içtim.	()	()	()
22. Her gün tatlı yiyecekler ve seker yedim.	()	()	()
23. Her gün tuzlu atıştırmalıklardan (cips vb) yedim.	()	()	()
24. Kendi yemeğimdeki hayvansal yağları (margarin, kuyruk yağı, kaymak vb.) azalttım.	()	()	()
25.Çocuğumun bir günde yiyebileceği tatlı yiyecek miktarını sınırladım.	()	()	()
26. Çocuğumun bir günde içebileceği gazlı içeceklere sınır koydum.	()	()	()
27.Çocuğumun bir günde yiyebileceği tuzlu atıştırmalıkların miktarına sınırladım.	()	()	()
28. Çocuğum “aç değilim” dese bile ona yemek yemesi için ısrar ettim.	()	()	()
29. Çocuğuma uykusu varken ve kendini iyi hissetmezken bile yemek yemesi için ısrar ettim.	()	()	()
30. Çocuğuma duygusal olarak üzgün olduğu durumlarda da yemek yemesi için ısrar ettim.	()	()	()
31. Çocuğuma her yemekten biraz verdim.	()	()	()

EK- 8.3. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Açıklama: Aşağıdaki ifadeleri lütfen okuyunuz ve sizin çocuğunuzun beslenme davranışına en uygun olan kutuyu(sadece tek seçenek) işaretleyiniz. Eksiksiz ve doğru yanıtlamanız araştırma sonucu için önemlidir.



Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
1.Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever.	()	()	()	()	()
2. Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer.	()	()	()	()	()
3. Çocuğum çok iştahlıdır	()	()	()	()	()
4.Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.	()	()	()	()	()
5.Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir.	()	()	()	()	()
6.Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.	()	()	()	()	()
7.Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	()	()	()	()	()
8.Çocuğum yavaş yer.	()	()	()	()	()
9.Çocuğum kızginken, sinirliyken daha az yer.	()	()	()	()	()
10.Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır.	()	()	()	()	()
11.Çocuğum yorgunken daha az yer.	()	()	()	()	()
12.Çocuğum sürekli yemek ister.	()	()	()	()	()
13.Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer.	()	()	()	()	()
14.İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir.	()	()	()	()	()

15.Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer.	()	()	()	()	()
16.Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.	()	()	()	()	()
17.Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır.	()	()	()	()	()
18.Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor.	()	()	()	()	()
19.Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir.	()	()	()	()	()
20.Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker.	()	()	()	()	()
21.Çocuğum yemeği bitmeden doyar.	()	()	()	()	()
22.Çocuğum yemek yemekten hoşlanır	()	()	()	()	()
23.Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.	()	()	()	()	()
24.Çocuğumun yemekle mutlu etmek zordur.	()	()	()	()	()
25.Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.	()	()	()	()	()
26.Çocuğum çabuk doyar.	()	()	()	()	()
27.Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer.	()	()	()	()	()
28.Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur.	()	()	()	()	()

29.Çocuğum şans verilirse gün boyu içecek(meşrubat, su, meyve suyu.) içecektir	()	()	()	()	()
30.Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.	()	()	()	()	()
31.Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir.	()	()	()	()	()
32.Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir.	()	()	()	()	()
33.Çocuğum tadını bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.	()	()	()	()	()
34.Şans verilirse çocuğum ağızında yemek, lokma tutar.	()	()	()	()	()
35.Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer.	()	()	()	()	()

EK- 8.4. Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ)

BESLENME DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Açıklama: İki yiyecekten en sık yediğinizi seçip daire içine alınız. Sadece bir yiyeceği işaretleyiniz.



1. ☐ kurabiye



☐ elma



2. ☐ sosisli sandviç



☐ tavuk



3. ☐ yağlı patlamış mısır



☐ yağsız patlamış mısır



4. ☐ peynirli sandviç



☐ yağda kızarmış yumurtalı ekmek



5. ☐ çikolatalı pasta



☐ portakal



6. ☐ dondurma



☐ meyveli buzlu dondurma



7. ☐ şekerli (tatlı) çörek



☐ kepekli ya da tam buğdaylı ekmek



8. ☐ hindi, balık



☐ salam, sucuk, sosis



9. ☐ yağlı süt



☐ az yağlı ya da yağsız süt



10. ☐ tuzsuz



☐ tuzlu



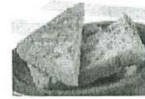
11. ☐ dondurma



☐ dondurulmuş ya da normal yoğurt



12. ☐ kepekli ya da tam buğdaylı ekmek



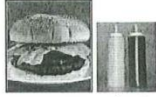
☐ yağda kızarmış yumurtalı ekmek



13. ☐ sıvı (bitkisel) yağ



☐ katı yağ (tereyağ, margarin)



14. ☐ mayonez ve ketçaplı hamburger



☐ mayonezsiz ve ketçapsız hamburger

8.5. Ölçek Kullanım İzinleri

----- Özgün Mesaj -----
Konu: İlt: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi
Gönderen: Resul Yılmaz <drresul@hotmail.com>
Tarih: 21 Temmuz 2016, Perşembe, 4:45 pm
Alıcı: "meryem.ozturk@deu.edu.tr" <meryem.ozturk@deu.edu.tr>

Sayın Meslektaşım,
Ölçeğimizin kullanılması bizi memnun eder.
Ekte Ölçeği ve makalenin tam metnini bulabilirsiniz.
Başarılar dilerim.

ölçek kullanımında grup karşılaştırması yapılacaksa her bir alt ölçeğin toplam puanı karşılaştırılabilir.
İştah yada her bir ölçeğin cut off değeri yok, ancak grup karşılaştırması için ideal bir ölçektir.



On Thursday, August 4, 2016 12:25 PM, Saime Erol <saimeerol@hotmail.com> wrote:

Merhaba Meryem hanım,
Yüksek Lisans öğrencim Nesrin Arslan'ın tez çalışmasında uyarlama yaptığı "Ebeveyn yemek zamanı davranış ölçeğini" kullanabilirsiniz.
Ekte tezin ölçekle ilgili bölümünü gönderiyorum.
Bizim uyarlama sonuçlarımızı HEMARGE dergisinde yayınlanan makalede bulabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar diliyorum.

....

Doç.Dr. Saime Erol
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tel. 0216 4181606/7 (1157)

8.6. İzmir İl Milli Eğitim İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877-604.01.02-E.14574164
Konu : Araştırma İzni

26.12.2016

Sn: Arzu CEYLAN
Göksu Mh. 688/13 Sk.No:35 Kat:3
Buca/ İZMİR

- İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07/03/2012 tarihli ve B.08.0.YET.00.20.00.0/3616 sayılı yazısı (Genelge 2012/13)
b) 05/12/2016 tarihli dilekçeniz
c) 26/12/2016 tarihli ve 14553126 sayılı Valilik Onayı.

Müdürlüğümüz Balçova İlçesine bağlı Vali Kutlu Aktaş İlkokulu, Asil Nadir İlkokulu, Seferihisar İlçesi Sığacık 80. Yıl Cumhuriyet İlkokulu, Tepecik İlkokulu, Ulaş İlkokulu, Menderes İlçesi Develi İlkokulu, Çileme İlkokulu, Şehit Binbaşı Ercan İlkokulu ve Naile Karadeniz İlkokulunda öğrenim gören 6-10 yaş arası öğrencilere ve ebeveynlerine uygulama isteğiniz "Kırsal ve Kentsel Alandaki Çocukların Beslenme Davranışları ve Kilo Durumunu Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmanız için kullanacağımız ölçekler ilgi (c) Valilik Onayı ile uygun görülmüştür.

Araştırmanın tamamlanmasından itibaren en geç iki hafta içinde Araştırmanın Teslimine İlişkin Taahhütname Tutanağı doldurulup, araştırmanın CD'ye aktarılması sağlanarak Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Mehmet Fatih VARGELOĞLU
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

Ek:

- 1- Valilik Onayı (1 sayfa)
- 2- Araştırma Değerlendirme Formu,
Anket Formları (10 sayfa)
- 3- Taahhüt Formu (1 sayfa)

Aslı ile Aynıdır
5070 sayılı yasa ile
elektronik olarak imzalanmıştır.
27 Aralık 2016
2016

Fevzi Paşa Mh.452 Sk.No:15Strateji Geliştirme Hizmetleri 1 Bölümü Konak/İZMİR
Elektronik Ağ: izmir.meb.gov.tr
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: N.GÜR
Tel: (0 232) 280 36 31

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 76ab-6367-32c3-979e-8621 kodu ile teyit edilebilir.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 12018877-604.01.02-E.14553126

26/12/2016

Konu :Arzu CEYLAN
Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07/03/2012 tarihli ve B.08.0.YET.00.20.00.0/3616 sayılı yazısı (Genelge 2012/13)
b) Arzu CEYLAN'ın 05/12/2016 tarihli dilekçesi.

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Arzu CEYLAN'ın "Kırsal ve Kentsel Alandaki Çocukların Beslenme Davranışları ve Kilo Durumunu Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışması için kullanacağı Ölçekleri Müdürlüğümüz Balçova İlçesine bağlı Vali Kutlu Aktaş İlkokulu, Asil Nadir İlkokulu, Seferihisar İlçesi Sığacık 80. Yıl Cumhuriyet İlkokulu, Tepecik İlkokulu, Ulaşmış İlkokulu, Menderes İlçesi Develi İlkokulu, Çileme İlkokulu, Şehit Binbaşı Ercan İlkokulu ve Naile Karadeniz İlkokulunda öğrenim gören 6-10 yaş arası öğrencilere ve ebeveynlerine uygulama isteği ilgi (b) yazı ile belirtilmektedir.

Söz konusu ölçeklerin uygulanmasının, yukarıda adı geçen okullarda 2016-2017 eğitim öğretim yılında eğitim öğretimi aksatmayacak ve eğitim kurumu yöneticilerinin uygun gördüğü şekilde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Ömer YAHŞI
Milli Eğitim Müdürü

Ek: Araştırma Değerlendirme Formu,
Anket Formları (10 sayfa)

OLUR
26/12/2016
Adem KARAHASANOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

Fevzi Paşa Mh. 452 Sk.No:15 Strateji Geliştirme Hizmetleri 1 Bölümü Konak/İZMİR
Elektronik Ağ: izmir.meb.gov.tr
e-posta: strateji35_1@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: N.GÜR
Tel: (0 232) 2803631

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 7bb3-d296-3b46-b1b7-cd82 kodu ile teyit edilebilir.

8.7. Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2999-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kırsal ve Kentsel Alandaki Çocukların Beslenme Davranışları ve Kilo Durumunu Etkileyen Faktörler
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Meryem ÖZTÜRK HANEY Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/04-23	Tarih:02.03.2017
	Yard.Doç.Dr.Meryem ÖZTÜRK HANEY'in sorumlusu olduğu "Kırsal ve Kentsel Alandaki Çocukların Beslenme Davranışları ve Kilo Durumunu Etkileyen Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait 16.02.2017 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Kurum izin belgeleri incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

8.8. Arbis Özgeçmiş Form



ARZU YÖRÜK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası 53935277696
Doğum Tarihi 02/02/1984
İletişim Adresi 688/13 Sokak No:35 Kat:3
Telefon (506) 052 23 38
E-posta arzu.ceylan42@gmail.com
Web Adresi

Eğitim Bilgileri

29 Ağustos 2014 - Şu Anda (4 yıl 9 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.16 / 4.0

11 Eylül 2003 - 18 Haziran 2007 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ERCIYES ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
YOZGAT SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 199
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.19 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Temmuz 2007 - Şu Anda (11 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
İdari Görev: DİĞER