



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBEZİTE TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ,
YAŞAM KALİTESİ VE EBEVEYN TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Arif Önder

Antalya, 2015



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OBEZİTE TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ,
YAŞAM KALİTESİ VE EBEVEYN TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Arif Önder

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2015

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Esin ÖZATALAY'a, psikiyatri eğitimim sırasında tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum hocalarıma, eğitimim ve tez hazırlama çalışmalarımda yardımlarını esirgemeyen Çocuk Psikiyatrisi ve Endokrinoloji ekibine, yardımları ve verdikleri destekten dolayı Dr. Emine Çıgıl FETTAHOĞLU'na ve Prof Dr. Taha KARAMAN'a, araştırma görevlisi Dr. Aziz KARA'ya, hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan anne, babama; bu zorlu süreçte sürekli yanımda olan emeği, manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Necla Burcu'ya ve çok değerli hocam Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Obezite Tanımı	3
2.2. İnsidans ve Epidemiyoloji	3
2.3. Etyoloji	5
2.4. Obezitenin Tanısı	8
2.5. Tedavi	9
2.6. Obezite ve Psikiyatri	12
2.7. Anne Baba Tutumları ve Obezite	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
7. ÖZET	48
8. ABSTRACT	49
9. KAYNAKLAR	50
10. EKLER	62

KISALTMALAR DİZİNİ

AHÇYTÖ	Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği
BÇSÖ	Baş çıkma stratejisi ölçeği
BDT	Bilişsel davranışçı terapi
BKİ	Beden kitle indeksi
BTL	Belirti tarama listesi
ÇDŞG-ŞY/ K-SADS-PL	Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu
ÇİYKÖ	Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSTP	Fiziksel sağlık toplam puanı
ÖTP	Ölçek toplam puanı
PSTP	Psikososyal sağlık toplam puanı
RBSÖ	Rosenberg benlik saygısı ölçeği
SS	Standart sapma
VKİ	Vucüt kitle indeksi

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Standart Sapmaya Göre Boy ve Ağırlık Hesaplanması	9
4.1. Grupların Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması	22
4.2. Demografik Özellikler	23
4.3. Obez Grupta Komplikasyon ve Diyet Uyumu	23
4.4. Gruplar Arası Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	24
4.5. Obez ve Kontrol Gruplarında Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	25
4.6. Obez ve Kontrol Gruplarında Başa Çıkma Stratejisi Puanlarının Karşılaştırılması	25
4.7. Obez Grupta Ruhsal Hastalık Tanı Alma Sıklığı	26
4.8. Obez Olguların Aldıkları Tanılar	27
4.9. Ruhsal Hastalık Tanısı Açısından İki Grubun Karşılaştırılması	27
4.10. Ders Başarısı Açısından İki Grubun Karşılaştırılması	28
4.11. Aile Yapısı Açısından İki Grubun Karşılaştırılması	28
4.12. Aylık Gelir Açısından İki Grubun Karşılaştırılması	29
4.13. Ailede Kronik Hastalık Açısından İki Grubun Karşılaştırılması	29
4.14. Ailede Ruhsal Hastalık Açısından İki Grubun Karşılaştırılması	30
4.15. Anne ve Babada Obezite Açısından İki Grubun Değerlendirilmesi	30
4.16. Düzenli Spor Yapma Açısından Grupların Karşılaştırılması	31
4.17. Ruhsal Hastalığın Demografik Verilerle İlişkisi	31
4.18. Obez Grupta Ruhsal Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları	32

4.19. Obez Grupta Anne-Baba Tutumları ile Ruhsal Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki	33
4.20. Obez Grupta Anne-Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Ruhsal Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki	34
4.21. Obez Grupta Diyete Uyum Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişki	34
4.22. Obez Grupta Diyete Uyum Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişki	35
4.23. Obez Grupta Diyete Uyum Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	36
4.24. Obez Grupta Diyete Uyum Ebeveyn Eğitim, Yaş ve Eğitim Sürelerinin Kıyaslanması	36
4.25. Obez Grupta Anne-Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	37
4.26. Obez ve Kontrol Gruplarında Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile Anne-Baba Eğitim Süresi İlişkisi	38
4.27. Obez ve Kontrol Gruplarında Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği ile Anne-Baba Eğitim Süresi İlişkisi	39
4.28. Obez ve Kontrol Gruplarında Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile Anne-Baba Eğitim Süresi İlişkisi	40

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Obezitenin çocuk ve ergenlerdeki sıklığı gitgide artmaktadır. Obezite gelişmiş toplumlarda ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir (1). Türkiye’de büyük şehirlerde ergenlerin %10-15’i obezdir (2). Obezite tek başına çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir veya beraberinde var olan bir sağlık sorununu ağırlaştırabilir. Özellikle hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, diabetes mellitus (Tip 2) gelişimi veya bazı malignitelerin insidansında artıştan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca obezite osteoartrit, obstrüktif uyku apnesi sendromu, solunum problemleri, safra kesesi hastalıkları, inme gibi sağlık sorunları ile ilişkili morbiditeyi arttıran bir durum olarak kabul edilmektedir (3).

Obezitenin oluşmasında genetik, sosyoekonomik koşullar, çevresel faktörler ve beslenme alışkanlıklarının yanı sıra, psikososyal sorunların da etkili olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda obez ergenlerde depresyon, düşük benlik saygısı, sosyal etkileşimde problemler, yeme tutumlarında bozulmalar, beden algısı bozukluğu ile ilgili psikolojik rahatsızlıklar obez olmayanlara göre daha sık bulunmuştur (4, 5, 6). Obez çocukların okul başarılarının yaşitlarına göre daha düşük olduğu, diğer çocuklara nazaran aile içi ve arkadaşlar arasında daha fazla problem yaşadıkları belirtilmektedir (7). Obezite tanısı alan çocukların anne baba tutumları değerlendirildiğinde obezite tanısı alan çocukların ebeveynlerinin obezite tanısı almayan çocukların ebeveynlerine göre daha izin verici tutumda oldukları saptanmıştır (8, 9). Yapılan araştırmalarda otoriter tutum ve kayıtsız tutum gösteren ebeveynlerin çocuklarının obezite açısından büyük risk taşıdığı saptanmıştır (10, 11).

Bu çalışmada obezitesi olan çocuk ve ergenlerde psikopatolojiyi, ebeveyn tutumlarını, yaşam kalitesi algılarını, benlik saygılarını, bazı psikosoyal özellikleri ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda bazı varsayımlar öne sürülebilir:

1. Çocuk ve ergenlerde obezite varlığı psikopatoloji sıklığını arttırabilir.
2. Obezitesi olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde anne baba tutumlarında ve başa çıkma stratejilerinde farklılıklar olabilir.

3. Obezite varlığında ailelerin ve çocuklarının yaşam kalitesine yönelik algıları bozulmuş olabilir.

4. Obez çocukların ebeveynlerinde obezite daha sık olabilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite Tanımı

En basit tanımı ile obezite vücutta aşırı yağ depolanmasıdır. Obezite gıdalarla alınan kaloringin harcanan kalorigin fazla olması ile ortaya çıkan, psikososyal ve tıbbi problemelere yol açan önemli kronik bir sağlık sorunudur. Günümüz dünyasının getirdiği yeni alışkanlıklar nedeni ile görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır (1).

Obezite vakalarının çoğunda obeziteye neden olan organik bir sebep yoktur. Kilo fazlalığı basitçe alınan enerji dengesizliği nedeni ile oluşur. Basit, idiopatik ve primer obezite olarak adlandırılır. Vakalarının ufak bir kısmında ise altta yatan organik bir neden vardır. Endojen ya da sekonder obezite olarak sınıflanır (12, 13).

Obezite sınıflandırmasında çok sayıda yöntem vardır. DSÖ obezite tanımını vücut kitle indeksini kilogram ve ağırlığın karesi üzerinden hesaplayarak yapmaktadır. Her yaş ve cinsiyet grubundan çocuk ve ergen için hazırlanmış vücut kitle indeksi persantil tablolarında VKİ 85–95 persantil dilimlerinin arasında ise fazla kiloluluk, 95 persantil dilimi ve üzeri olması obezite olarak tanımlanmıştır (14).

2.2. İnsidans ve Epidemiyoloji

Tüm dünya genelinde özellikle gelişmekte olan ülkelerde obezite sıklığı her yaş grubunda hızlı bir şekilde artmaktadır. Bu artış özellikle çocuk ve ergenlerde ciddi düzeydedir (13, 15).

DSÖ tarafından yapılan MONICA çalışmasına göre 1980 yılından beri obezite prevalansı iki kat artmıştır. 2014 yılında 19 milyar erişkin aşırı kilolu bulunmuştur. Bunların 600 milyonu obezdir. Aynı araştırmada 42 milyon çocuk ve ergenin obez olduğu saptanmıştır. Bunların büyük bir çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (16, 17).

Tüm dünyada çocuk ve ergenlerde obezite sıklığında artış görülmektedir (18). Amerika’da çocuk ve genç popülasyonda yapılan iki çalışmada %12 ve %17

oranlarında obezite prevalansı saptanmıştır. Siyah ırkta ve kızlarda obezitenin beyaz ırka ve erkeklere göre daha fazla olduğu anlaşılmıştır (19, 20). Avrupa'da çocuk ve ergenlerde kilolu ve şişman olma prevalansının en fazla olduğu ülke %35 ile İspanya, en düşük olduğu ülke ise %18 ile İspanya'dır (21).

Türkiye' de yapılan araştırmalarda ise çocuklarda obezite prevalansı %2 ile %30 arasında değişmektedir. Türkiye' deki obezite oranı yaklaşık olarak %6–7 bulunmuştur. 1985 yılında 11–15 yaş arası çocuk ve ergenlerde şişmanlık oranı kızlarda %7,1, erkeklerde ise %3,5 olarak bulunmuştur (22). İstanbul ilinde 2001 yılında yapılan bir çalışmada fazla kilolu- obez olma prevalansının kızlarda ve erkeklerde ergenlik dönemi başlarında en yüksek düzeye çıktığı görülmüştür. Erkeklerde %25, kızlarda ise %20 oranında obezite veya kilolu olma saptanmıştır (23, 24).

“Ankarada yürütülen “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması - 2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye’de 0-5 yaşta obezite sıklığı erkeklerde % 10,1, kızlarda % 6,8’dir. 6-18 yaşta obezite sıklığı erkeklerde % 9,1, kızlarda % 7,3 olarak bulunmuştur. 0-5 yaş grubu 2567 çocuğun %8,5’i obez/şişman, %17,9’u hafif şişman, %10,3’ü zayıf ve %5,6’sının ise çok zayıf olduğu belirtilmiştir. 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun ise %8,2’i obez/şişman, %14,3’ü hafif şişman, %14,9’u zayıf ve %3,9’unun ise çok zayıf olduğu raporlanmıştır. Beden kütle indeksi değerlerine göre şişmanlık sorununun en fazla görüldüğü bölgeler Ege (%12,5), Doğu Marmara ve Batı Anadolu (%11,4) ile İstanbul’dur (%10,8). Şişmanlığın en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla Güneydoğu Anadolu (%3,4), Doğu Karadeniz (%3,6) ve Kuzeydoğu Anadolu (%4,1) bölgeleridir. Fazla kiloluluk 6-18 yaş grubunda tüm bölgelerde %8,8 (Ege) ile %24,6 (İstanbul) arasında bir dağılım göstermekte ve bölgesel olarak dikkate alınması gereken bir sorun olarak dikkati çekmektedir (18).”

Obezite son yıllarda ciddi oranlarda artarak en sık görülen kronik rahatsızlıklar arasında yerini almıştır. Obezite ile mücadeleye hayatın erken dönemlerinde başlamanın önemi anlaşılmaktadır. Obez çocukların %30’u obez adolesanların ise %80’ininde bu durum erişkin yaşamda da devam etmektedir.

Erişkinlerde görülen obezitenin %30 kadarında, obezitenin çocukluk döneminde başladığı bilinmektedir (18, 21).

2.3. Etiyoloji

Erişkin yaşamdaki obezitenin yaşamın ilk evrelerinden itibaren başladığı ifade edilmektedir. Doğum ağırlığının yaşamın devam eden dönemlerinde obezite üzerine etkisi vardır. Erken yaşlarda görülen obezitenin ilerleyen dönemlerde obezite riskini arttırdığına yönelik çok sayıda yayın vardır (25-28).

Yağ dokusunun düzenlenmesi, anne karnında başlar. Gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren yağ dokusu oluşumu başlar. Doğumda ağırlığın 1/8'ini oluşturan yağ dokusu hayatın ilk bir yılında ikiye katlanır. Doğum öncesi, beş-yedi yaş ve ergenlik dönemleri obezite gelişimde kritiktir (18, 29, 30).

0-6 ay arasında obezite ileriki yaşlara göre daha sıktır. Bebeğin 6 aydan sonra artan hareketliliği ve 1 yaşında başlayan yürümesiyle birlikte obezite sıklığı prepubertal döneme kadar azalır. Şişmanlık prevelansındaki ikinci artış prepubertal dönemde görülür. Ergenlik döneminde yağ hücrelerinin çoğalması tamamlandığı için bu evre obezite açısından son derece önemlidir (19, 21).

Obezite oluşumunda pek çok genin rol aldığı bilinmektedir. Kilo üzerine etki eden yaklaşık 200 tane gen tespit edilmiştir. Yapılan evlat edinme ve ikiz çalışmaları göre genetik nedenlerin obezite oluşumunda son derece ciddi etkileri olduğu saptanmıştır. Ebeveynleri obez olmayan bir çocuğun obez olma riski %14 iken ebeveynlerinin her ikisi de obez ise bu risk %80, yalnızca biri obez ise %40 olarak bulunmuştur (31). Tek yumurta ikizlerinden biri obez ise diğerrinin de obez olma ihtimali, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir. Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ebeveynlerde obezite varlığının çocukta obezite ihtimalini yükselttiği anlaşılmıştır (32).

Obezite oluş nedenlerine göre endojen ve eksojen obezite olarak ikiye ayrılabilir.

2.3.1 Endojen Obezite

Çocuk ve ergenlik çağındaki obezitenin küçük bir bölümünde (< %10) alta yatan organik bir neden tanımlanabilir, buna endojen, sekonder obezite adı verilir (13, 33). Endojen obezitenin nedenleri ise endokrin nedenler (Cushing Sendromu, Hipotiroidi, Hiperinsülinizm, Büyüme Hormonu Eksikliği, Turner Sendromu, Klienefelter Sendromu, Kallmann Sendromu), hipotalamik bozukluklar (Prader Willi, infiltrasyonlar, tüberküloz, tümörler, ensefalit, travma), genetik sendromlar ve ilaçlar olabilir.

2.3.2. Eksojen Obezite

Obezitenin %90'ından fazlasında altta yatan herhangi bir organik sebep yoktur. Buna eksojen (idyopatik) obezite denir. İştah normale göre artmıştır. Bu bireyler yüksek miktarlarda kalorisi yüksek yağlı, şekerli besinleri tüketmektedirler (34). Obezite oluşumunda pek çok gen rol alsa da; tüketilen besinlerin miktarı ve çeşidi, spor etkinliklerinin ve hareketliliğin azalması, arkadaş ve oyun ortamının, televizyon ve bilgisayar karşısında geçen sürenin obezite oluşumuna etkisi anlaşılmıştır (13).

2.3.3. Bebeklik Döneminde Beslenme

Erişkin yaşlardaki beslenme yaşamın erken dönemlerindeki beslenme davranışlarından ciddi anlamda etkilenir. Uygun süre anne sütü almanın ve ek gıdalara zamanından önce başlamamanın obezite gelişme ihtimalini azalttığı saptanmıştır (35). Zamanından önce ek gıdalara başlanmasının obezite oluşumuna neden olabileceği anlaşılmıştır (36). Yeterli süre anne sütü ile beslenmiş çocuklarda obezite sıklığının, anne sütüyle beslenmeyenlere göre yarı yarıya daha az olduğu anlaşılmıştır (37). 6. aydan sonra sağlıklı ek gıdalarla beraber anne sütüne devam edilmesinin obeziteye karşı koruyucu olabileceği saptanmıştır (38).

2.3.4. Aile ve Sosyal Çevre

Çocuklarda beslenme alışkanlıkları ebeveynler ve diğer bakım verenler tarafından oluşturulur (39, 40). Obezlerde görülen aşırı ve hızlı yemek yeme

davranışının aileden ve bakım verenlerden öğrenildiği ve bu davranışların obezite gelişiminde ciddi rol oynadığı anlaşılmıştır (21).

Çocukların okula başlaması ile birlikte beslenme alışkanlıkları okul ve arkadaş ortamından etkilenmeye başlar. Bu dönemde yemek arkadaşlar ile vakit geçirilen sosyal bir etkinlik halini alır. Okullarda sunulan çikolata, fast food gibi hazır ve yüksek kalorili gıdaların obezite gelişiminde ciddi düzeyde etkisi vardır (41). Obezite gelişimde ailenin gelir ve eğitim seviyesi de rol oynar. Daha düşük sosyoekonomik seviyedeki ailelerde sağlıklı besinlerin daha az tüketilmesi, hazır ucuz gıdaların daha fazla tüketilmesi, çevresel koşulların spor yapma ve ev dışı aktivitelere uygun olmaması, anne babaların çocuğun bilinçsiz bir şekilde beslenmesine neden olması bu grupta obeziteye yol açabilir (41). Yapılan bir çalışmada asitli içeceklerin fazla tüketilmesinin obeziteye neden olabileceği saptanmıştır (42). Başka bir çalışmada ise çocuk çağı obezitesinin anne kilosu, düşük gelir ve eğitim seviyesi ile ilişkisi bulunurken, ebeveynde psikopatoloji ile ilişkisiz bulunmuştur (43).

2.3.5. Fiziksel Aktivite

Obezite tek başına fazla beslenmeye değil, aynı zamanda hareketliliğin azalmasına da bağlıdır. Çocukların fiziksel aktivitede bulanabileceği, oyun oynatabileceği alanlar her geçen gün azalmaktadır. Çocuklar zamanlarını daha çok evde televizyon veya bilgisayar karşısında, evin dışında ise internet kafeler gibi kapalı alanlarda geçirmektedir. Hareketsiz bireyler; hareketli, spor yapan kişilere göre daha kiloludurlar. Hareketsizlik obezitenin nedeni olabileceği gibi, obeziteyi arttıran bir durum da olabilir. Hareketliliğin azalmasına bağlı azalan enerji tüketimi kilo artışına sebep olabilir (13, 21, 44).

Son yıllarda çocuk ve ergenlerin televizyon ve bilgisayar karşısında daha fazla zaman geçirmesiyle artan obezite insidansının ilişkisini inceleyen bir çalışmada, televizyon ve bilgisayar kullanım süresi ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (45, 46). Çocuklarda televizyon karşısında geçen sürenin artması ile beden kitle indeksinin arttığı saptanmıştır. Bu hem televizyon karşısında geçen süre boyunca çocuğun spor ve oyun aktivitelerinden uzaklaşmış olmasına hem de

televizyon karşısında kalorisi yüksek gıdalarının tüketiminin artması bağlı olduğu saptanmıştır (16, 21,47).

2.3.6. Psikolojik Nedenler

Çocuk ve ergenlerin ev, okul ve sosyal ortamlarda yaşadıkları sorunlar çocuğun ruhsal durumunu etkileyerek obeziteye neden olabilir. Obezitenin kendisi de arkadaş çevresinde dalga geçilme, spor faaliyetlerinde ve oyunlarda başarısızlığa, özgüven sorunları nedeniyle arkadaş çevresi edinememe gibi sosyal problemlere yol açarak, psikoloji üzerinede olumsuz etkilere neden olabilir. Bunun sonucu artan hareketsizliğe bağlı obezite daha da artabilir (48). Erişkin obez bireylerde yapılan bir çalışmada; çocukluk döneminde kontrol grubuna göre çok daha yüksek oranda ihmal ve istismar saptanmıştır (49).

2.4. Obezitenin Tanısı

Çocuk ve erişkinlerde birbirinden farklı çok sayıda tanı yöntemi vardır. Boya göre ağırlık, vücut kitle oranı, deri kıvrım kalınlığı ölçümü bunların başlıcalarıdır (50).

2.4.1. Rölatif Ağırlık

Çocuk ve adolesanda rölatif ağırlık hesaplanırken boy, kilo ve yaşa göre ideal ağırlık karşılaştırılmaktadır. Her yaş ve cinsiyete göre düzenlenmiş olan boy ve vücut ağırlığını içeren tablolardan yararlanılarak çocuğun boyuna uygun ağırlığı bulunur. İdeal ağırlık boyunun 50p'de olduğu yaşın 50p'e denk gelen ağırlığıdır. İdeal ağırlığın çocuğun ölçülen ağırlığına oranlanması ile rölatif ağırlık hesaplanır. Sonuç %110-120 arasında ise fazla kilolu, %120'nin üzerinde ise obezite olarak kabul edilir (18, 50, 51).

2.4.2. Vücut Kitle Oranı

Ağırlığın (kg) boyun karesine (m²) bölünmesi ile hesaplanır. Yetişkinlerde kullanımı güvenilir ve kolaydır; ancak çocuk ve ergen popülasyonda vücut kitle

oranı yaşla birlikte değiştiği için kullanımı uygun değildir. Bu nedenle çocuklar için vücut kitle oranı değerleri her topluma göre farklı belirlenmiş yaş ve cinsiyete özgü olan referans değerlerle kıyaslanır (52). Diğer bir yöntem de yaşa göre BKİ'nin standart sapmasını kullanmaktır (51).

2.4.3. Standart Sapma

En çok kullanılan, en sağlıklı yöntemlerden biridir (53). Yaşa göre BKİ veya boya göre ağırlık kullanarak hesaplanır. 2-3 Standart sapma(SS) arası kilolu, 3 SS üzeri ise aşırı kilolu kabul edilir (Çizelge 2.1).

Çizelge (2.1) Standart Sapmaya Göre Boy ve Ağırlık Hesaplanması.

Z skor	Yaşa göre ağırlık	Boya göre ağırlık	Yaşa göre BKİ
>3 SD		Şişman	Şişman
>2 SD		Kilolu	Kilolu
>1 SD		Kilo riski	Kilo riski
Medyan (0)	Normal		
< -1 SD			
< -2 SD	Düşük kilo	Zayıf	Zayıf
< -3 SD	Çok düşük kilo	Çok zayıf	Çok zayıf

2.4.4. Deri Kıvrım Kalınlığı Ölçümü

Obezite tanısında kullanılacak bir diğer yöntemde deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapmaktır. Kaliper adı verilen bir cihaz ile vücudun farklı noktalarından ölçüm yapılır. Ölçümü değerlendirmek için de her yaşa ve cinsiyete özgü tablolardan faydalanılır (54, 55).

2.5. Tedavi

Çocukluk çağı obezite tedavisi eğitim, diyet, aktivite, egzersiz programı, yaşam biçimi değişimini içeren farklı disiplinlerden birçok davranışın beraber

kullanımını gerektirir. Birçok farklı branştan destek alınması gerekebilir. Tedavide hedeflenen çocuğun gelişimini yavaşlatmayacak biçimde, kalıcı olarak uygun kilosuna ulaşmasıdır (56). Çocuk ve ergenlerde tedavide ilk aşamada diyet ve davranışçı tedavinin uygulanması, yanıt alınamayan olgularda bu tedaviye ilaç tedavisinin eklenmesi, komplikasyonların çok yoğun olduğu olgularda en son basamak olarakta cerrahi tedavilerin uygulanması uygundur (57).

Amerikan Pediatri Akademisi(AAP) çocukluk obezitesinde dört adımdan oluşan bir tedavi yaklaşımı önermektedir. İlk üçü aşamada beslenme, fiziksel aktivite, yaşam tarzı değişikliği uygulanır. İlk üç aşamada sonuç elde edilemezse ilaç ve daha sonrasında cerrahi yöntemlere başvurulabilir (58, 59).

2.5.1 Diyet ve Egzersiz

Diyet tedavisinde temel amaç alınan enerjiyi azaltarak kilo kaybının sağlanmasıdır. Bunun için yemek zamanlarının planlanması, yağlı, şekerli ve hazır gıda tüketiminin sınırlanması, ekmek tüketiminin azaltılması, insülin salınımını arttırarak acıkmayı hızlandıran asitli içecek tüketiminin sınırlanması planlanır. (60)

Diyetin yanında mutlaka fiziksel aktivite artışının da sağlanması gereklidir. Düzenli egzersiz hem bazal metabolizmayı hızlandır hem de iştahı azaltır (60, 61).

2.5.2. Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT)

BDT çok uzun süredir çok sayıda psikiyatrik rahatsızlığın tedavisinde kullanılmaktadır. Obezitede diyet ve egzersiz tedavilerindeki başarısızlıkların ardından yeni bir tedavi yöntemi olarak denenmeye başlamıştır (62,63).

Obezite tedavisinde ilk olarak davranışçı yöntemler denenmiştir. Yemek sırasında davranışçı tekniklerin kullanımı, diyet için pozitif pekiştireçler, spor yapmayı ödüllendirme ve sorun çözme terapisi yöntemleri kullanılmıştır. İlk dönemde umut vadeden sonuçlar elde edilse de ilerleyen yıllarda kaybedilen kiloların tekrar alındığı saptanmıştır (64, 65).

Davranışçı tedavilerin uzun vadeli başarısız sonuçları kilo alımına neden olan bilişsel süreçler üzerine yoğunlaşılmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda

davranışçı yöntemlere bilişsel yöntemler eklenmiştir (60).

BDT yönteminde kilo alımına neden olan düşünceler saptanır ve bu düşüncelerin daha işlevsel olan düşüncelerle değiştirilmesi hedeflenir. İlk aşamadaki hedef motivasyonun sağlanmasıdır. Bunun için diyetle başlama sürecini baltalayan otomatik düşünceler üzerine odaklanılır. Daha sonra da davranışçı ödevler ile ara inanç ve temel inançların değiştirilmesi hedeflenir. Açlığın bilişsel olarak tanınması ve ertelenebileceğinin öğrenilmesi, açlık hissinin hemen yok edilmesi gereken kötü bir duygu olmadığının öğrenilmesi amaçlanır. Kilo kaybının yavaşladığı ilerleyen dönemlerde hayal kırıklığı ve başarısızlık hissinin ele alınıp, diyeti terk etmenin engellenmesi hedeflenir (61).

Yakın dönemde çocuk ve ergenlerde uygulanan bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin çocuklarda BKİ değerlerinde azalmaya yol açtığı, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ölçek alt puanlarında yükselmeye yol açtığı gösterilmiştir (66).

2.6 Obezite ve Psikiyatri

Çocuk ve ergenlerde obezitenin eş zamanlı ruhsal bir rahatsızlıkla ilişkili olup olmadığı hakkında bilinenler kısıtlıdır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen obezitede, psikiyatrik bozuklukların bir neden mi, yoksa sonuç mu olduğu bilinmemektedir. Obezite ilerleyen yaşlarda çok sayıda bedensel hastalığa neden olabilmekle birlikte, psikolojik sorunlara da yol açabilir. Bazı çocuklarda ruh haline tepki olarak iştahsızlık görülebileceği gibi, bazı çocuklarda da bu tepki fazla yeme şeklinde ortaya çıkabilir. Bireyin ruhsal yapısını etkileyen ders başarısızlığı, okul arkadaş ve aile içi ilişkilerdeki bozulmalar, depresyon kaygı bozuklukları bireyin ruhsal durumunu etkileyerek beslenme bozukluklarına yol açabilmektedir (67).

Çocuk ve ergenlerde obezite yaygın olarak görülmesine rağmen; bu dönemlerdeki psikososyal sonuçları tam olarak anlaşılmamış, bu alandaki ilişki netleştirilememiştir (68).

Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişki de tam olarak anlaşılamamıştır. Klinik temelli çalışmalarda obez çocuk ve ergenlerin daha düşük öz kavrama sahip bulunduğu gösteren çalışmalar olmakla birlikte, toplum kökenli

çalışmalarda bu ilişki bulunamamıştır (69-72). Klinik temelli çalışmalarda obezitenin depresyon ve benlik saygısı sorunlarıyla ilişkisi, toplum taramalarından daha fazla bulunmuştur. Çok sayıda çalışmada obez ocuk ve ergenlerde psikiyatrik rahatsızlıkların (zellikle somatoform bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları) daha sık görüldüğü anlaşılmıştır (68).

İleri derecede obez ocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini ölçen bir çalışmada obez ocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde düşük bulunmuştur (73).

Yapılan başka bir çalışmada obez çocuklar, yaşam kalitesi leğinin fiziksel, sosyal ve okul alt puanlarında normal kilodaki çocuklara göre belirgin derecede düşük puan almışlardır. Orta derecede şışman olarak sınıflanan ocukların (BKİ z skoru 1.62–2.96 (ortalama $\pm$ SS: 2.32 ± 0.41)) emosyonel ve okul alt ölçeklerinden kontrol grubuna benzer puan almışlardır. Sadece aşırı derecede obez olan çocuklar yaşam kalitesi fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık alt ölçek puanlarında belirgin derecede daha düşük puan almışlardır. Tüm obez gruplarda (orta ve ağır derecede obezlerde) anne babalar, yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinde çocuklarına göre daha düşük puan alacak şekilde puanlamışlardır (74).

Obez hastalarda benlik saygısını araştıran bir çalışmada ise obez bireylerin benlik saygısı obez olmayan bireylerden faklı bulunmamıştır. Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu anlaşılmıştır (75). Yazında benlik saygısı ile kilo arasında ters orantı olduğunu gösteren çalışmalar çoğunluktadır.

Obez kızlarda yapılan bir çalışmada depresif semptomların aynı yaş grubundaki normal ve normalin altında kilodaki kızlara göre daha fazla görüldüğü ve bunun kiloyla ilgili kaygılarla ilişkilendirilebileceği saptanmıştır. Ancak kızlarda görülen bu fark erkek ocuk ve adolesanlarda grubunda saptanmamıştır (76).

Obez adolesanlarla yürütülen bir takip çalışmasında ilk görüşmeden 7 yıl sonrasında değerlendirildiklerinde kontrol grubuna göre eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu, daha az oranda evlendikleri, daha düşük ölçekte işlerde çalıştıkları

ve daha az para kazandıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar birçok kronik hastalıkta görülen sonuçlardan daha ağırdır (77).

10-16 yaş arası 73 fazla kilolu ergenle, anne babaları ve öğretmenleri ile yapılan bir çalışmada obez ergenlerin ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından ergenin kendisine göre daha fazla davranım problemi tarif edilmiştir. Özellikle kızlarda daha düşük benlik saygısı gözlemlenmiştir. Obez erkeklerde ise benlik saygısı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (78).

Fazla kilolu ve obez adolesanlarla yapılan yaşam kalitesini ölçen bir çalışmada genel ve fiziksel sağlık puanları her iki grupta da normal kilodaki kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır. Psikososyal alt ölçekte anlamlı bir fark saptanmamıştır (79).

Yapılan başka bir yazın taramasında obez çocuk ve ergenlerde benlik saygısını inceleyen 25 çalışmanın 13'ünde obez bireylerde benlik saygısının azaldığı saptanmıştır. Ancak diğer çalışmalarda tutarsız sonuçlar saptanmıştır. Yapılan 6 müdahale çalışmasında kilo kaybının benlik saygısını artırdığı anlaşılmıştır (69).

4. ve 5.sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada obez çocukların benlik saygılarını korumak için normal kiloda olan sınıf arkadaşlarına göre daha fazla bilişsel çarpıtma kullandığı, bu çocukların dış görünüş ve sosyal kabullenilme algılarının kontrol grubundan daha düşük olduğu anlaşılmıştır (80).

Türkiye'de yapılan 30 obez ve 30 normal kiloda ergenin kıyasladığı bir çalışmada obez ergenlerin yarısının bir DSM IV tanısı aldığı, alınan en sık tanının 10 ergen ile major depresyon olduğu anlaşılmıştır. Aynı çalışmada yapılan Güçler Güçlükler Anketi'nde duygusal belirti, sosyal davranışlar, akran sorunları ve toplam güçlük puanlarının tanı alan obez grupta, tanı almayan obez gruba ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Çocuklar için depresyon ölçeğinde obez grup obez olmayana göre daha yüksek puan almıştır (81). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise obezitenin beden algısı üzerine olumsuz etkileri saptanmıştır (82).

Türkiye de yapılan diğer bir araştırmada ise lise öğrencileri arasındaki yeme bozukluğu olgularının belirlenmesi ve psikiyatrik belirti dağılımını Belirti Tarama Listesi-90 (BTL-90) ile sorgulanıp normal kontrollerle karşılaştırılması

amaçlanmıştır. Sonuç olarak yeme bozukluğu grubunun BTL-90'daki alt ölçeklerin tümünde; ayrıca genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti düzeyinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan ortalamaları olduğu bulunmuştur (67).

Fransa'da yapılan başka bir çalışmada 155 obez çocuktan 88'i bir DSM IV tanısı almıştır. Bu çalışmada 63 çocukta anksiyete bozukluğu (4 sosyal fobi, 14 yaygın anksiyete bozukluğu, 11 ayrılık anksiyetesi, 2 agorafobi, 2 travma sonrası stres bozukluğu), 19 çocukta (16 kız, 3 erkek) afektif bir bozukluk (9 major depresyon ve 10 distimik bozukluk), 25 çocukta (11 kız, 14 erkek) yıkıcı davranım bozukluğu (18 karşıt olma karşıt gelme, 5 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve 2 davranım bozukluğu) saptanmıştır. Tanı alan çocukların çoğunun annelerinde de bir psikopatoloji saptanmıştır (83).

İsviçre'de kız lise öğrencilerini VKİ, psikiyatrik tanı ve beden algılarını inceleyen bir araştırmada kilolu olmakla olumsuz beden algısı ve olumsuz beden algısı ile psikiyatrik tanı alma arasında yüksek derecede ilişki saptanmıştır (84).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile obezitenin ilişkisini inceleyen bir çalışmada dikkat eksikliği olup ilaç kullanmayan çocuk ve ergenlerin sağlıklı akranlarına göre 1,5 kat daha fazla obez oldukları anlaşılmıştır (85). 8-11 yaş arası 800 çocukla yapılan başka bir araştırmada dışa vurum problemleri ile obezite ilişkili bulunmuştur (86).

Psikoanalitik teorilerde obez bireylerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplandıkları vurgulanır. Libido kuramına göre oral dönem obezite ve yeme davranışı arasında en çok bağ kurulan dönemdir. Oral dönemde doyum sağlayan bölgeler ağız ve çevresidir. Emme ve çiğneme yoluyla olan içe alım, bu evrenin egemen işlevidir (87). Yemek yeme gibi oral etkinlikler yaşamın ilk yılında sevgi, güven ve yakınlığa eşdeğerdir. Eğer birey oral dönemde saplanıp kalmışsa ileriki dönemlerde sevgi, güven ve yakınlığa olan gereksinim yemek yiyerek sağlanır. Oral ihtiyaçların aşırı doyurulması ya da engellenmesine bağlı olarak iyimserlik, bağımlılık, cömertlik ya da düşmanlık, kıskançlık, başkalarını kullanma, aşırı hırs gibi kişilik özellikleri ortaya çıkabilir. Birey üzüntü kızgınlık gibi tüm olumsuz duygularına yemek yiyerek tepki verir (87, 88). Aşırı yeme,

depresyon ve anksiyete ile kötü uyumlu baş etme tepkisi olarak görülmektedir (89, 90).

2.7. Anne ve Baba Tutumları ve Obezite

Çocukluk çağı obezitesi düşük sosyoekonomik geliri olan ailelerde daha fazla görülür. Ailenin beslenme tarzı (yağlı ve şekerli gıdalar tüketme, asitli içecekler tüketme) ve yaşam tarzı (hareketsizlik, bilgisayar ve TV karşısında fazla zaman geçirmek vb.), yaşanan çevre (oynanabilecek kısıtlı sayıda güvenli mekan), okul (kafeteryada ambalajlı hazır gıdalar bulunması, oyun oynanacak alanın kısıtlı olması) çocuklarda obeziteyi doğrudan etkiler (91).

Ebeveynlerin çocuğun fiziksel aktivitesi, yemek yeme tarzı, hareketsiz yaşam tarzı üzerine büyük bir etkisi olduğu için anne baba stilleri üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır (91-93). Bu çalışmalarda aşırı koruyucu anne baba tutumlarının (yüksek ilgi ve yüksek kontrol) fazla sebze meyve tüketme, fiziksel aktivite miktarında artma, çocukluk çağı obezite riskinde azalmaya yol açtığı anlaşılmıştır (10, 11, 94). 2006 yılında yapılan başka bir çalışmada otoriter anne baba tutumlarının (düşük ilgi, yüksek kontrol), çocuktan obezite görülmesinde en büyük riski oluşturduğu anlaşılmıştır (11). Başka bir çalışmada da izin verici/hoşgörülü (yüksek ilgi, düşük kontrol) ve ihmalkar (düşük ilgi, düşük kontrol) anne baba tutumlarının en büyük riski oluşturduğu saptanmıştır (10).

Ebeveyn tutumlarının kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenmesi nedeni ile ebeveyn tutumlarının obezite üzerine etkisi her bir kültürel çevrede farklıdır (95, 96). Meksika’da düşük sosyoekonomik seviyede ailelerde yapılan 4 yıllık bir takip çalışmasında izin verici/hoş görülü anne baba tutumlarına sahip çocukların aşırı koruyucu ve otoriter anne baba tutumlarına sahip çocuklara göre takipte daha fazla obez oldukları anlaşılmıştır (97). Türkiye’de yapılan bir tez çalışmasında 13-18 yaş arası 25 kız 25 erkek olmak üzere 50 obez hasta ile 13-18 yaş arası 25 kız, 25 erkek olmak üzere 50 normal kiloya sahip ergenler değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında; obez ergenlerin ebeveynlerinin, normal ergenlerin ebeveynlerine göre daha fazla davranış kontrolüne sahip olduğu ve obez grubun normal gruba göre anne-baba tepkisellik puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (98). Hollanda’da yapılan başka bir çalışmada koruyucu anne

baba tutumlarına sahip ebeveynlerin çocuklarının daha sağlıklı beslendiği, daha düşük beden kitle indeksine sahip olduğu anlaşılmıştır (99).

Obeziteyi önleyici müdahaleler üzerine yapılan başka bir çalışmada da koruyucu anne baba tutumlarına sahip olmanın ileri dönemde çocukta obezite riskini azalttığı anlaşılmıştır (100). Birçok çalışmada obez çocukların disfonksiyonel ailelerden (aile içi çatışma, organizasyon eksikliği, ihmal) gelme eğilimi olduğu görülmüştür (101, 102). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada da obezite, diyabet ve gelişim geriliği tanısı alan çocukların annelerinin kronik hastalığı olmayan çocukların annelerine göre daha izin verici bir ana-baba tutumuna sahip oldukları görülmüştür (9).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Kasım 2014 – Ocak 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Endokrinolojisi Bölümü'ne başvuran obezite tanısı almış 8-18 yaş arası, Beden Kitle İndeksi standart sapması ikinin üzerinde olan gönüllü 30 çocuk ve ergen dahil edildi. Zihinsel gelişim geriliği olan, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş olan ve eşlik eden obezite dışında kronik hastalığı olan olgular çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu olarak normal kilo (Beden Kitle İndeksi -1 SS ile 1 SS arasında olan), ciddi bir kronik hastalığı olmayan, daha önce psikiyatriye başvurmamış, sağlıklı gönüllüler alındı. Obez ve kontrol grubundaki gönüllülerin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından yakın olmasına dikkat edildi. Obez ve kontrol grubundaki olgularda var olabilecek psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) kullanıldı. Her iki gruba da benlik saygılarını değerlendirmeye yönelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği verildi. Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik çocuk, ergenlerin kendilerine ve ebeveynlerine ayrı ayrı “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” (ÇİYKÖ) verildi.

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve stresle başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi için, her iki gruba Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ) verildi. Çalışma için gerekli olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır. Helsinki bildirgesine uygun olarak tüm aileler çalışma hakkında bilgilendirilip gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Kullanılan Gereçler

1. Demografik Bilgi Formu

Tarafımızca oluşturulan bu formda sosyodemografik özelliklerin saptanması amaçlandı. Ad-soyad, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, okul başarısı, aile yapısı, ailede tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlık, ailede obezite, çocuğun boyu, kilosu, spor

alışkanlığı, anne babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, ailenin aylık geliri, ailede sigara kullanımı, iletişim bilgileri, özgeçmişte hastalık ve operasyon öyküsü; hasta grubunda ise tanı alınan yaş, obeziteye yönelik ilaç kullanıp kullanmadığı, hastaneye yatış sayısı, komplikasyon gelişip gelişmediği kaydedildi (Ek-1).

2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children–Present and Lifetime Version, K-SADSPL]

Bu test 1997 yılında Kaufman ve ark. tarafından geliştirilmiş çocuk ve ergenlerde DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine geçmişteki ve şu andaki psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (103). 2004 yılında Gökler ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

ÇDŞG-ŞY-T ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar ebeveyninden ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen hastalıkların temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV’e göre tanı konulmaktadır. Ölçeğin son bölümünde ise çocuğun genel işlevselliği belirlenmektedir (104).

3. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Varni ve arkadaşları tarafından 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek amacıyla 1999 yılında geliştirilmiş olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir (105). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106). 2–4, 5–7, 8–12, 13–18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için ebeveyn formu ve 5–7, 8–12, 13–18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam 7 formdan oluşmaktadır.

Ölçek 23 maddeden oluşur. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. İlk 8 maddenin toplam puanının 8'e bölünmesiyle fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), sonraki 15 maddenin toplam puanının 15'e bölünmesiyle psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP), 23 maddenin toplam puanının 23'e bölünmesiyle ölçek toplam puanı (ÖTP) hesaplanır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. (Ek-2).

4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)

60 maddeden oluşan Shaffer ve Bell tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir (107). Bu ölçek ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi için kullanılır ve anne-babalar tarafından doldurulur. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği 5 farklı faktörden oluşmaktadır. F1 Aşırı annelik: Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemek, annenin son derece fedakar olması ve çocuğun da bunu anlaması gerektiğine inanmasını içerir. F2 Demokratik tutum: Aile içi kurallar çocukla birlikte oluşturulur, kabul edilmeyen davranışların nedenleri olumlu bir şekilde açıklanır, çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini istemesini içerir. F3 Düşmanca ve reddedici tutum: Sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalmaktan hoşlanmama gibi konuları içerir. F4 Geçimsizlik: Eşler arası geçimsizliğin çocuk yetiştirmede rolü, kocanın düşüncesizliği, anneye yardımcı olmayışı gibi konuları içerir. F5 Otoriter tutum: Cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babanın mutlak hakimiyetine inanma gibi konuları içerir.

Tüm maddeler 1- 4 arasında puanlanır. 2, 29, 44. maddeler ise ters çevrilerek puanlanır. F1: 1-3-4-7-11-12-14-26-27-28-32-34-36-46-51-57 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F2: 2-13-18-22-29-37-44-45-59 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F3: 6-9-16-17-21-23-31-38-41-42-49-52-55 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F4: 8-19-33-40-48-54 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. F5: 5-10-15-20-24-25-30-35-39-

43-47-50-53-56-58-60 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte faktör puanları değerlendirilmektedir. Faktör puanları ayrı ayrı toplanıp 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanır. “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” boyutu dışındaki boyutlarda puan artışı olumsuz anne-baba tutumlarını gösterir. AHÇYTÖ’nin alt ölçeklerinden alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64’tür (108) **(Ek-3)**.

5. Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği (BÇSÖ)

BÇSÖ Amirkhan tarafından 1994 yılında geliştirilip, Aysan tarafından aynı yıl içinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplamda 33 maddeden oluşan bu ölçek her biri 11 maddeden oluşan problem çözme (PÇ), sosyal destek arama (SDA), ve kaçınma (K) alt gruplarına ayrılmıştır (109,110). Ölçeğin tüm maddeleri tersine döndürülerek hesaplanır. Alt ölçek puan aralığı 11-33’tür. PÇ: 2-3-8-9-11-15-16-17-20-29-33 numaralı maddelerin toplam puanı ile, SDA: 1-5-7-12-14-19-23-24-25-31-32 numaralı maddelerin toplam puanı ile, K: 4-6-10-13-18-21-22-26-27-28-30 numaralı maddelerin toplam puanı ile hesaplanır. Alt ölçek puan aralığının yüksek olması tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir (111) **(Ek-4)**.

6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Araştırmada, benlik saygısı ölçümü için kullanılan bu ölçek, 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra birçok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroglu tarafından yapılmıştır (112, 113). Bu araştırmada sadece ilk 10 sorudan oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. Benlik Saygısı” alt testinde 0 –1 puan alanların “yüksek”; 2–4 puan alanların “orta” ve 5–6 puan alanların “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir (113) **(Ek-5)**.

7. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS(Statistical Package for social Sciences) for Windows 20.0” programı ile değerlendirildi. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında Student’s t testi kullanıldı. Kategorik veriler (cinsiyet dağılımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü vs.) ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Devamlı verilerin (yaş, ölçek puanları vs.) ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel değerleri belirtildi. Hastaların ve kontrollerin sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için parametrik verilerde Pearson ve nonparametrik verilerde Spearman bağıntı analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

İki gruptaki toplam olguların 27'si (%45) erkek, 33'ü (%48) kızdı. Obez ve kontrol grubu cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiki olarak fark anlamsızdı (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Grupların Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.

n=30	Erkek n (%)	Kız n (%)	p
Obez Grup	13(43,3)	17(56,7)	0,795
Kontrol Grubu	14(46,7)	16(53,3)	

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Obez grupta ortalama VKİ z skoru 2.78 ± 0.051 olarak bulundu. Ortalama yaş 12.08 ± 2.67 olarak hesaplandı. Çalışmamızda iki grup arasında çocuk ve ergenlerin eğitim süreleri, kardeş sayıları, anne-baba yaşı açısından ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kontrol grubunda anne baba eğitim süreleri obez gruptaki anne babalara göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Demografik Özellikler.

n=60	Obez Grup		Kontrol Grubu		P değeri
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	12,30	2,65	11,86	2,72	0,535
Eğitim süresi (yıl)	6,87	2,58	6,20	2,61	0,324
Anne yaşı	38,43	6,21	39,86	5,26	0,338
Baba yaşı	42,44	6,99	43,96	5,26	0,410
Anne eğitim süresi	7,66	4,00	11,20	3,87	0,01
Baba eğitim süresi	8,65	3,85	12,00	4,16	0,02

T testi; p: Önemlilik sınır düzeyi

Obez hastaların 6'sında (%20) komplikasyon (glikoz intoleransı) saptanırken, % 80'inde komplikasyon saptanmadı. Obez hastalar diyetle uyum açısından iyi orta kötü sınıflandırıldığında obezlerin %10'u iyi, %16,7'si orta, 73,7'sinde ise kötü diyet uyumu saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Obez Grupta Komplikasyon ve Diyet Uyumu.

n=30		Obez Grup n (%)
Komplikasyon*	Var	6(20)
	Yok	24(80)
Diyet uyumu	İyi	3(10)
	Orta	5(16,7)
	Kötü	22(73,7)

*(Glikoz intoleransı)

Obez ve kontrol grubu aile ve çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığına obez grupta ailenin değerlendirdiği yaşam kalitesi puanları istatistiki olarak anlamlı derecede daha düşük çıktı. Çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanlarında ise anlamlı bir fark saptanmadı (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Gruplar Arası Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları.

	Obez Grup	Kontrol Grubu	
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	P
ÖTPÇ	71,08±10,26	75,52±12,09	0,131
FSTPÇ	71,77±11,79	74,58±12,09	0,381
PSTPÇ	70,72±11,87	76,02±13,56	0,113
ÖTPA	58,12±16,35	76,49±12,41	<0.001
FSTPA	55,83±16,35	76,04±18,36,	<0.001
PSTPA	59,33±14,90	76,42±11,58	<0.001

T testi, p: Önemlilik sınır düzeyi **T-testi**. **ÖTPA**: Ölçek toplam puanı-aile, **FSTPA**: Fiziksel sağlık toplam puanı-aile, **PSTPA**: Psikososyal sağlık toplam puanı –aile, **ÖTPÇ**: Ölçek toplam puanı-çocuk, **FSTPÇ**:Fiziksel sağlık toplam puanı-çocuk, **PSTPÇ**: Psikososyal sağlık toplam puanı- çocuk

Obez ve kontrol grubunda aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği faktör puanları kıyaslandığında F1, F3, F4 ,F5 puanları obez grupta daha yüksek olmakla birlikte istatistiki derecede anlamlı bir fark bulunamadı (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Obez ve Kontrol Gruplarında Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.

		Obez Grup	Kontrol Grubu	p
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
AHÇYTÖ	F1	44,73±9,41	40,40±10,84	0,104
	F2	27,27±2,55	28,46±2,99	0,100
	F3	28,67±7,69	28,50±7,50	0,866
	F4	16,20±40,46	14,16±4,95	0,087
	F5	38,93±10,02	34,17±10,55	0,078

T testi, p: Önemlilik sınır düzeyi Faktör 1: Aşırı annelik, Faktör 2: Demokratik tutum, Faktör 3: Düşmanca ve reddedici tutum, Faktör 4: Eşler arası geçimsizlik, Faktör 5: Otoriter tutum

Obez ve kontrol grubunda başa çıkma stratejisi alt ölçek puanları kıyaslandığında gruplar arasında istatistiki bir anlam oluşturacak farklılık saptanmamıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Obez ve Kontrol Gruplarında Başa Çıkma Stratejisi Puanlarının Karşılaştırılması.

		Obez Grup	Kontrol Grubu	p
		Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
BÇSÖ	PÇ	27,73±3,850	27,46±4,19	0.798
	SDA	21,66±4,66	23,40±4,36	0,142
	K	21,17±3,66	20,80±4,54	0.732

T testi, p: Önemlilik sınır düzeyi **SDA**: Sosyal destek arama, **PÇ**: Problem çözme, **K**: Kaçınma

Obez grupta yapılan ÇDŞG-Y göre en az 1 psikiyatrik tanısı olan 18 (%60) çocuk veya ergen saptandı. Obez çocukların 12'si bir tanı, 4'ü 2 tanı, 2'si ise 3 tanı aldı (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Obez Grupta Ruhsal Hastalık Tanı Alma Sıklığı.

	Tanı almayan	1 Tanı Alan	2 Tanı Alan	3 Tanı Alan	Toplam
n (%)	12(%40)	12(%40)	4(%13)	2(%7)	30(%100)

Obez grupta tanı alma sıklığına bakıldığında 5 olguda Özgül Fobi, 4 Olguda Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu; ikişer olguda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Enürezis Nokturna, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu; birer olguda Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Uyum Bozukluğu, Major Depresyon, Tütün Bağımlılığı ve Enkoprezis saptandı. Anksiyete bozuklukları bir arada sayıldığında 10 olgu (%30) anksiyete bozuklukları başlığında yer aldı (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Obez Olguların Aldıkları Tanılar.

Ruhsal Hastalık	n
Özgül Fobi	5
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	5
Enürezis nokturna	4
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	2
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	2
Major Depresyon	2
Uyum Bozukluğu	1
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1
Toplam	24

Obez grubun yüzde 60'ı en az bir tanı aldı. Kontrol grubunda ise bu oran %30'du. İki grup arasında tanı alma sıklığı istatistiki olarak anlamlıydı, ki kare homojen dağılmamıştır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Ruhsal Hastalık Tanısı Açısından İki Grubun Karşılaştırılması.

Ruhsal Hastalık	Obez n=30	Kontrol n=30	χ^2	p
Var	18(60)	9(30)	0.009	0,020
Yok	12(40)	21(70)		

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

İki grup arasında okul başarısı iyi ve iyi olmayan(orta ve kötü) olarak karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı bir fark bulunamadı (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Ders Başarısı Açısından İki Grubun Karşılaştırılması.

Ders Başarısı	Obez n=30	Kontrol n=30	χ^2	p
İyi	19 (%63,3)	22(%73,3)	0,202	0,405
Orta-Kötü	11(%36,7)	8(%26,7)		

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Aile yapısı açısından iki grup karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmadı (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Aile yapısı açısından İki Grubun Karşılaştırılması.

Aile Yapısı	Obez n=30	Kontrol n=30	P
Geniş	4(%13,3)	4(%13,3)	P>0,99
Çekirdek	26(%86,7)	26(%86,7)	

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Obez grubu ve kontrol grubu aylık gelir açısından kıyaslandığında kontrol grubu daha üst gelir grubunda yer aldı. Bulunan fark anlamlıydı (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. Aylık Gelir Açısından İki Grubun Kıyaslanması.

Aylık Gelir	Obez Grup	Kontrol Grubu	P
<2000 n(%)	14(%46)	1(%33)	0,001
2000-5000 n(%)	12(%40)	21(%70)	
>5000 n(%)	4(%33)	8(%26,7)	

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Ailede kronik hastalık varlığı açısından iki grup kıyaslandığında, obez grupta ailede kronik hastalık varlığı yüksek derecede anlamlı bulundu (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Ailede Kronik Hastalık Açısından İki Grubun Karşılaştırılması.

Ailede Kronik Hastalık	Obez n=30	Kontrol n=30	P
Var n(%)	22(%73,3)	8(%26,7)	0.001
Yok n(%)	8, (%26,7)	22(%73,3)	

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Obez grupta 11 olguda ailede ruhsal hastalık saptanırken, kontrol grubunda ebeveynlerden 12'sinde ruhsal hastalık saptanmadı. İki grup arasında ailede ruhsal hastalık anlamında istatistiksel bir fark saptanmadı (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14. Ailede Ruhsal Hastalık Açısından İki Grubun Karşılaştırılması.

Ailede Ruhsal Hastalık	Obez n=30	Kontrol n=30	χ^2	P
Var n(%)	11(%36,7)	12(%40)	0,395	0,791
Yok n(%)	19(%63,3)	18(%60)		

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Annede obezite açısından iki grup birbiri ile kıyaslandığında obez çocukların annelerinin daha yüksek oranda obez oldukları anlaşıldı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Babalar obezite açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark saptandı (Çizelge 4.15). Obez çocukların en az %55’inde ebeveynlerden en az birinin obez olduğu saptandı.

Çizelge 4.15. Anne ve Babada Obezite Açısından İki Grubun Değerlendirilmesi.

	Obez Grup	Kontrol Grubu	χ^2	P
AnnedeObezite (BMI>30)	22(%73,3)	13(%43,3)	0,009	0,018
Babada Obezite (BMI>30)	16(%55)	15(%51.7)	0,40	0.79

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Düzenli spor yapıp yapmama açısından iki grup karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Düzenli Spor Yapma Açısından Grupların Karşılaştırılması.

Düzenli spor	Obez n=30	Kontrol n=30	χ^2	p
Evet n(%)	7(23,3)	10(%33,3)	0.195	0,390
Hayır n(%)	23(76,7)	20(66,7)		

Ki Kare testi, p: Önemlilik sınır düzeyi

Obez grupta ruhsal hastalık varlığının demografik verilerle kıyaslandığında ruhsal hastalık olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17. Ruhsal Hastalığın Demografik Verilerle İlişkisi.

	Ruhsal Hastalık				P değeri
	Yok		Var		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	12,91	2,67	11,89	2,63	0,250
Eğitim Süresi (Yıl)	7,08	2,54	6,72	2,67	0,622
Baba Yaşı	43,58	7,57	41,65	6,68	0,520
Anne Yaşı	39,75	6,31	37,55	6,15	0,279
Anne Eğitim Süresi (Yıl)	7,25	4,47	7,94	3,76	0,660
Baba Eğitim Süresi (Yıl)	7,58	3,51	9,41	4,00	0,290

T testi

Obez grupta ruhsal hastalık varlığının yaşam kalitesi ölçeği alt puanları ile ilişkisi incelendiğinde ruhsal hastalık olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark görülmedi (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Obez Grupta Ruhsal Hastalık Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları.

	Ruhsal Hastalık				p değeri
	Yok		Var		
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	
ÖTPÇ	73,28	7,62	69,62	11,68	0,625
FSTPÇ	73,18	10,19	70,83	12,95	0,718
PSTPÇ	73,18	9,82	68,98	13,05	0,782
ÖTPA	58,24	12,08	58,03	14,40	0,916
FSTPA	55,47	12,87	56,07	18,67	0,932
PSTPA	59,72	14,16	59,07	15,78	0,983

T testi ÖTPÇ: Ölçek Toplam Puanı -Çocuk, **FSTPÇ:** Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Çocuk **PSTPÇ:** Psikososyal Sağlık Toplam Puanı-Çocuk, **ÖTPA:** Ölçek Toplam Puanı-Aile, **FSTPA:** Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Aile, **PSTPA:** Psikososyal Sağlık Toplam Puanı-Aile

Obez grupta ruhsal hastalık varlığının anne baba tutumları ve benlik saygısı ile ilişkisi incelendiğinde, ruhsal hastalık olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark görülmedi (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Obez Grupta Anne-Baba Tutumları ile Ruhsal Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki.

	Obez Grupta Ruhsal Hastalık		
	Var	Yok	p
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
F1	43,08±11,65	45,83±7,73	0,433
F2	26,33±1,56	27,88±2,93	0,093
F3	26,67±8,95	29,17±6,83	0,168
F4	15,66±4,87	16,56±3,50	0,686
F5	37,67±11,60	39,78±9,08	0,611
Benlik Saygısı	1,17±0,74	1,24±0,83	0,782

T Testi, Faktör 1: Aşırı annelik, **Faktör 2:** Demokratik tutum, **Faktör 3:** Düşmanca ve reddedici tutum, **Faktör 4:** Eşler arası geçimsizlik, **Faktör 5:** Otoriter tutum

Obez grupta ruhsal hastalık varlığının başa çıkma stratejisi ile ilişkisi incelendiğinde, ruhsal hastalık olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Obez Grupta Anne-Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Ruhsal Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki.

BÇSÖ	Obez Grupta Ruhsal Hastalık		
	Yok	Var	p
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
SDA	23,67±5,38	20,33±3,68	0,089
PÇ	26,33±4,54	28,67±3,11	0,186
K	21,47±3,70	21,00±3,70	0,655

T testi : PÇ: Problem Çözme, SDA: Sosyal Destek Arama, K: Kaçınma

Diyete uyum ve anne baba tutumları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.21. Obez Grupta Diyetle Uyum Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişki.

		İyi-orta	Kötü	P
AHÇYTÖ	F1	45,38±5,01	44,50±10,66	0,963
	F2	28,00±3,34	27,00±2,25	0,720
	F3	29,50±8,28	27,68±7,62	0,622
	F4	58,24 ±12,08	58,03±14,40	0,916
	F5	16,75±3,11	16,00±4,39	0,604

T testi Faktör 1: Aşırı annelik, Faktör 2: Demokratik tutum, Faktör 3: Düşmanca ve reddedici tutum, Faktör 4: Eşler arası geçimsizlik, Faktör 5: Otoriter tutum

Diyete uyum ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki araştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.22. Obez Grupta Diyet Uyum Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişki.

BÇSÖ	İyi-Orta	Kötü	p
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
SDA	21,38±4,53	21,77±4,80	0,851
PÇ	29,37±2,92	27,13±4,03	0,186
K	19,88±3,09	21,64±3,80	0,238

T testi : PÇ: Problem Çözme, SDA: Sosyal Destek Arama, K: Kaçınma

Diyet uyum ve yaşam kalitesi ölçek puanları kıyaslandığında diyet uyumu iyi olan çocukların Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Çocuk alt ölçek puanının diyet uyumu kötü olanlara göre anlamlı derecede iyi olduğu anlaşıldı (Çizelge 4.23).

Çizelge 4.23.Obez Grupta Diyete Uyum Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.

	İyi-Orta	Kötü	p
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
ÖTPÇ	73,82±8,77	70,45±10,87	0,638
FSTPÇ	78,12±11,33	69,46±11,33	0,046
PSTPÇ	70,00±9,34	70,98±12,87	0,452
ÖTPA	62,77±11,32	56,42±13,80	0,336
FSTPA	56,28±18,68	55,68±15,89	0,963
PSTPA	66,25±12,14	56,,80±15,26	0,115

T testi, **ÖTPÇ**: Ölçek Toplam Puanı-Çocuk, **FSTPÇ**: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Çocuk **PSTPÇ**: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı-Çocuk, **ÖTPA**: Ölçek Toplam Puanı-Aile, **FSTPA**: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Aile, **PSTPA**: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı-Aile

Obez grupta anne baba eğitim süresi ve diyete uyum kıyaslandığında diyete uyumu iyi orta olan grubun baba eğitim süresinin daha iyi olduğu anlaşıldı (Çizelge 4.24).

Çizelge 4.24. Obez Grupta Diyete Uyum Ebeveyn Eğitim, Yaş ve Eğitim Sürelerinin Kıyaslanması.

	İyi-Orta	Kötü	p
	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
Yaş	11,87±3,04	12,45±2,56	0,555
Eğitim	6,63±2,88	6,95±2,54	0,704
Baba Eğitim	11,43±3,51	7,77±3,58	0,024
Anne Eğitim	8,50±2,82	7,36±4,37	0,251

T testi

Obez grupta anne-baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, otoriter tutum puanı ile aile psikososyal sağlık toplam puanı arasında negatif korelasyon izlenirken ($p<0,05$), diğer tutum yöntemleri ve başa çıkma yöntemleri ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Çizelge 4.25).

Çizelge 4.25. Obez Grupta Anne-Baba Tutumları ve Başa Çıkma Yöntemleri ile Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.

		ÖTPÇ	FSTPÇ	PSTPÇ	ÖTPA	FSTPA	PSTPA
Faktör1	r	-0,05	-0,06	-0,04	-0,15	0,06	-0,26
	p	0,78	0,72	0,84	0,45	0,74	0,15
Faktör2	r	-0,07	0,02	-0,23	-0,04	0,11	-0,08
	p	0,68	0,91	0,28	0,82	0,56	0,64
Faktör3	r	0,04	0,06	0,02	-0,15	0,02	-0,02
	p	0,82	0,72	0,92	0,40	0,90	0,17
Faktör4	r	0,20	0,11	-0,02	-0,13	0,60	-0,22
	p	0,91	0,53	0,93	0,46	0,75	0,23
Faktör5	r	-0,22	-0,22	-0,18	-0,16	0,19	-0,38
	p	0,24	0,23	0,35	0,31	0,31	0,04
SDA	r	0,09	-0,01	0,23	-0,11	-0,19	-0,05
	p	0,61	0,97	0,22	0,56	0,29	0,72
PÇ	r	0,21	0,16	0,21	0,06	-0,06	0,13
	p	0,26	0,37	0,27	0,75	0,74	0,47
K	r	-0,12	-0,07	-0,07	-0,25	-0,06	-0,33
	p	0,54	0,69	0,71	0,19	0,74	0,07

Spearman Bağınltı Analizi

Obez ve kontrol gruplarında anne-baba tahsil süreleriyle aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği alt faktörleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, obez grupta anne tahsil süresi ile F3, F4 ve F5 puanları arasında negatif korelasyon izlendi. Kontrol grubunda anne tahsil süresi ile F1, F4 ve F5 puanları arasında negatif korelasyon izlendi (Çizelge 4.26).

Çizelge 4.26. Obez ve Kontrol Gruplarında Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile Anne-Baba Eğitim Süresi İlişkisi.

			OBEZ GRUP		KONTROL GRUBU	
			Anne eğitim süresi	Baba eğitim süresi	Anne eğitim süresi	Baba eğitim süresi
AHÇYTÖ	F1	r	-0,291	-0,253	-0,438	-0,193
		p	0,119	0,186	0,015	0,315
	F2	r	-0,039	-0,063	-0,031	0,154
		p	0,838	0,746	0,873	0,425
	F3	r	-0,357	-0,076	-0,214	-0,084
		p	0,050	0,696	0,255	0,664
	F4	r	-0,402	-0,159	-0,362	-0,234
		p	0,028	0,410	0,049	0,223
	F5	r	-0,473	-0,252	-0,421	-0,108
		p	0,008	0,187	0,021	0,578

Spearman Bağınrtı Analizi, F1: Faktör 1 (Aşırı Annelik), **F2:** Faktör 2 (Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma), **F3:** Faktör 3 (Düşmanca ve Reddedici Tutum), **F4:** Faktör 4 (Eşler Arası Geçimsizlik), **F5:** Faktör 5 (Otoriter Tutum)

Obez ve kontrol grubunda anne baba tahsil süresi ile karşılaştırıldığında problem çözme ile anne ve baba tahsil süreleri arasında pozitif bir korelasyon saptandı. Kaçınma tutumu ile baba tahsil süresi arasında negatif bir korelasyon izlendi (Çizelge 4.27).

Çizelge 4.27. Obez ve Kontrol Gruplarında Başa Çıkma Stratejisi ile Anne-Baba Eğitim Süresi İlişkisi.

			OBEZ GRUP		KONTROL GRUBU	
			Anne eğitim süresi	Baba eğitim süresi	Anne eğitim süresi	Baba eğitim süresi
BÇSÖ	SDA	r	0,026	0,014	0,065	0,303
		p	0,890	0,943	0,734	0,110
	PÇ	r	0,408	0,528	0,047	0,345
		p	0,025	0,003	0,806	0,067
	K	r	-0,216	-0,466	-0,331	0,069
		p	0,251	0,011	0,219	0,724

Spearman Bağintı Analizi , PÇ: Problem Çözme, SDA: Sosyal Destek Arama, K: Kaçınma

Anne eğitim süresi ile PSTP-A ve PSTP-Ç arasında ve baba eğitim süresi ile PSTP-A ve ÖTP-Ç arasında pozitif korelasyon saptandı (Çizelge 4.28).

Çizelge 4.28. Obez ve Kontrol Gruplarında Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile Anne-Baba Eğitim Süresi İlişki.

			OBEZ GRUP		KONTROL GRUBU	
			Annede Eğitim	Babada Eğitim	Annede Eğitim	Babada Eğitim
Yaşam Kalitesi	ÖTPA	r	0,326	0,317	0,112	0,161
		p	0,079	0,094	0,555	0,403
	FSTPA	r	-0,029	0,078	0,129	0,120
		p	0,878	0,689	0,497	0,536
	PSTPA	r	0,516	0,453	0,156	0,213
		p	0,004	0,014	0,409	0,268
	ÖTPÇ	r	0,293	0,370	0,145	-0,084
		p	0,116	0,048	0,445	0,666
	FSTPÇ	r	0,089	0,242	0,211	-0,247
		p	0,639	0,206	0,263	0,197
	PSTPÇ	r	0,405	0,357	0,049	0,07
		p	0,027	0,058	0,797	0,971

Spearman Bağlantı Analizi **ÖTPÇ**: Ölçek Toplam Puanı-Çocuk, **FSTPÇ**: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Çocuk **PSTPÇ**: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı-Çocuk, **ÖTPA**: Ölçek Toplam Puanı-Aile, **FSTPA**: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Aile, **PSTPA**: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı-Aile

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda anne ve babaların eğitim düzeyleri ve aylık gelirleri obez grupta kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durum hastaların sosyoekonomik olarak eşleştirilmemiş olması ile açıklanabilir. Ancak sosyoekonomik ve kültürel olarak düşük seviyeden gelen çocuk ve ergenlerde obezite sıklığının çok daha fazla olması ile ilgili yazında çok sayıda yayın mevcuttur. Daha düşük sosyoekonomik seviyedeki ailelerde sağlıklı besinlerin daha az tüketilmesi, hazır ucuz gıdaların daha fazla tüketilmesi, çevresel koşulların spor yapma ve ev dışı aktivitelere uygun olmaması, anne babaların çocuğun bilinçsiz bir şekilde beslenmesine neden olması bu grupta obeziteye yol açabilir (114, 115). Araştırmalar sonucunda obezitenin gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik seviyede, gelişmekte olan ülkelerde ise yüksek sosyoekonomik düzeye sahip kesimlerde daha sık olduğu görülmüştür. Şiddetli obezite ise sosyoekonomik durumdan bağımsızdır (116). Obez grupta daha düşük anne baba eğitimi ve sosyoekonomik seviye bu bağlamda açıklanabilir.

Obez grupta ailede (anne-babada) herhangi bir ruhsal hastalık varlığı araştırıldığında obez çocukların ailelerinde ruhsal hastalık daha fazla olmakla birlikte gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Yazında ebeveynde psikopatoloji ile çocukta obezite ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma vardır. Gibson ve ark. yaptığı bir çalışmada çocukta obezite varlığı anne kilosu, sosyoekonomik seviyesi ile ilişkili bulurken, depresyon anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bir rahatsızlıkla ilişkisi saptanmamıştır (43). Epstein ve ark. yaptığı başka bir çalışmada da benzer şekilde obezite ile anne psikopatolojisi arasında ilişki bulunamamıştır (117).

Obez çocuklarda erken menarş, hiperlipidemi, artmış kalp hızı, hepatik steatoz, akantozis nigrikans ile bozulmuş glikoz metabolizması, uyku apnesi, psödotümör serebri, polikistik over sendromu, kolelitiazis ve hipertansiyon gibi birçok komplikasyon görülebilmektedir.(116). Çalışmamızda insülin direnci, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi obezite nedeni ile oluşabilecek komplikasyonlar değerlendirildiğinde obez hastaların 6'sında (%20) komplikasyon saptanırken, % 80'inde komplikasyon saptanmadı.

Çalışmamızda gruplar arası yaşam kalitesi alt ölçek puanları kıyaslandığında çalışma grubunda ailenin ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı ve psikososyal sağlık toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu. Gruplar arası çocuk alt ölçek puanları kıyaslandığında kontrol grubunda tüm alt ölçek puanları çalışma grubuna göre yüksekti. Ancak fark anlamlı değildi. Obez çocuklarda yaşam kalitesi ile ilgili yazın tarandığında ağır obez çocuk ve ergenlerin incelendiği çalışmalarda hem ebeveyn hem de çocuk ve ergenin öz bildirim formlarında tüm ölçek alt puanları ve toplam puanında kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur (73). Ancak orta derecede şişman çocuklarda yapılan başka bir çalışmada (BMI z skoru 1.62–2.96 (ortalama $\pm$ s.d. 2.32 $\pm$ 0.41)) emosyonel ve okul alt ölçeklerinden kontrol grubuna benzer puan almışlardır. Sadece aşırı derecede obez olan çocuklar yaşam kalitesi fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık alt ölçek puanlarında belirgin derecede daha düşük puan almışlardır. Tüm obez gruplarda (orta ve ağır derecede obezlerde) anne babalar, yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinde çocuklarına göre daha düşük puan alacak şekilde puanlamışlardır (74, 126). Çalışmamızda da çocuk alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmamasının nedeni örneklem grubunun ortalama z skorunun 2.78 $\pm$.051 olması olabilir.

Bu gruptaki çocuklarda obezite ve meydana getirdiği sorunlarla ilgili çocukların farkındalığı henüz tam gelişmemişken anne babanın farkındalığı tam olabilir. Örneklem grubunda z skoruna göre ağır obez sınıfına alabilecek çocuk sayısının bu durumu incelemek için uygun olamaması çalışmanın kısıtlılığı olabilir.

Obez ve kontrol grubunda aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği faktör puanları; F1, F3, F4, F5 puanları obez grupta daha yüksek olmakla birlikte istatistiki derecede anlamlı bir fark bulunamadı. İstatistiki olarak anlamsız olsa da kontrol grubunun daha yüksek puan aldığı tek alt ölçek F2 demokratik tutumdur. Bu alt ölçek aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeğin tek olumlu tutumunu gösterir. Diğer tüm olumsuz faktörler obez grupta istatistiki olarak anlamlı olmasa da daha yüksek bulunmuştur.

Obez ve kontrol grubunda başa çıkma stratejisi alt ölçek puanları kıyaslandığında gruplar arasında istatistiki bir anlam oluşturacak farklılık

saptanmamıştır. Başa çıkma stratejisi kronik hastalıklara sahip çocukların ebeveynlerinde birçok kez kullanılsa da obez bireylerin ebeveynlerini inceleyen herhangi bir çalışmada kullanılmamıştır. Diyabet olan çocukların anne babalarında başa çıkma stratejisini ölçen bir tez çalışmasında diyabetik çocukların ebeveynlerinde kaçınma davranışı kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur (118).

Obez grupta ruhsal hastalık tanısı alma sıklığı kontrol grubuna göre çok daha fazlaydı. Yapılan ÇDŞG-Y göre en az 1 psikiyatrik tanısı olan 18 (%60) çocuk veya ergen saptandı. Obez çocuklarda 12'si (%40) bir tanı, 4'ü (%13) 2 tanı, 2'si (%7) ise 3 tanı aldı.

Obez grupta tanı alma sıklığına bakıldığında 5 olguda Özgül Fobi, 4 Olguda Ayrılık Anksiyetesi bozukluğu, 2şer Olguda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Enürezis Nokturna, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu; birer olguda Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Uyum Bozukluğu, Major Depresyon, Tütün Bağımlılığı, Enkoprezis saptandı. Anksiyete bozuklukları bir arada sayıldığında 10 olgu (%30) anksiyete bozuklukları başlığında yer aldı. Obez grubun yüzde 60'ı en az bir tanı aldı. Kontrol grubunda ise bu oran %30'du. İki grup arasında tanı alma sıklığı istatistiki olarak anlamlıydı ($p<.05$). Türkiye'de yapılan 30 obez ve 30 normal kiloda ergenin kıyasladığı bir çalışmada obez ergenlerin yarısının Bir DSM IV tanısı aldığı, alınan en sık tanının 10 ergen ile Major Depresyon olduğu anlaşılmıştır. Aynı çalışmada yapılan Güçler Güçlükler anketinde duygusal belirti, sosyal davranışlar, akran sorunları ve toplam güçlük puanlarının tanı alan obez grupta, tanı almayan obez gruba ve kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Çocuklar için depresyon ölçeğinde obez grup obez olmayana göre daha yüksek puan almıştır (81). Fransa'da yapılan başka bir çalışmada 155 obez çocuktan 88'i bir DSM IV tanısı almıştır. Bunlarda 63 tanesi anksiyete bozukluğu (4 sosyal fobi, 14 yaygın anksiyete bozukluğu, 11 ayrılık anksiyetesi, 2 agorafobi, 2 travma sonrası stres bozukluğu), 19 çocukta (16 kız, 3 erkek) afektif bir bozukluk (9 major depresyon ve 10 distimik bozukluk), 25 çocukta (11kız, 14 erkek) yıkıcı davranım bozukluğu (18 karşıt olma karşıt gelme, 5 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve 2 davranım bozukluğu) saptanmıştır

(83). Çalışmamızda bulunan oranlar yazındakilere uygundur. En sık tanının anksiyete bozukluğu olması genel çocukluk ve ergenlik çağında en sık tanı alan rahatsızlığın anksiyete bozuklukları olması ile açıklanabilir (116). Depresyon sıklığının yazına göre daha düşük olmasının nedeni ise örneklem grubunun aşırı şişman grubunda yer almaması olabilir. Yazında obezitenin aşırı olduğu gruplarda depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuştur (120).

Ailede kronik hastalık varlığı açısından iki grup kıyaslandığında, obez grupta ailede kronik hastalık varlığı yüksek derecede anlamlı bulundu ($p<0.05$). Yapılan çok sayıda araştırmada annede obezite varlığı, çocukta obezitenin en önemli yordayıcısıdır (43,119). Obeziteninse pek çok bedensel komplikasyona yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca daha önce bahsedilmiş olan obez çocukların ailelerinde daha kötü beslenme, daha az fiziksel aktivite, daha düşük sosyoekonomik seviyede olmaları nedeni ile daha fazla hastalık görülmesi olağandır (114, 115).

Annede obezite açısından iki grup birbiri ile kıyaslandığında obez çocukların annelerinin daha yüksek oranda obez oldukları anlaşılmıştır. Bu fark istatistiki olarak anlamlıdır. Babalar obezite açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bulgular yazın ile uyumludur. Çocukluk çağında obezitenin en önemli yordayıcısı annede görülen obezitedir (43, 119). Genel olarak bakıldığında obez çocukların anne ve babalarında da obezite olduğu anlaşılmaktadır. Bu da çocukluk ve gençlik çağında saptanan obezitenin esas olarak bir aile problemi olduğunu göstermektedir.

Diyete uyum ve yaşam kalitesi ölçek puanları kıyaslandığında diyeteye uyumu iyi olan çocukların Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Çocuk Alt ölçek puanının diyeteye uyumu kötü olanlara göre anlamlı derecede iyi olduğu anlaşıldı. Diyeteye uyan çocuklarda önerilen spor, yürüyüş gibi aktivitelere katılımın daha fazla olması beklenir. Bu nedenle bu grupta Fiziksel Sağlık Toplam Puanı-Çocuk Alt ölçek puanının artmış olması beklenebilir.

Obez grupta anne baba tahsil süresi diyeteye uyum ile kıyaslandığında diyeteye uyumu iyi-orta olan grubun baba eğitim süresinin daha iyi olduğu anlaşılmıştır. Diyeteye uyumu daha iyi olan grupta anne tahsil süresi daha iyi olmakla birlikte

istatistiki anlamlı değildir. Sosyoekonomik seviye ve eğitim arttıkça daha sağlıklı beslenme beklenir (114, 115).

Obez grupta anne-baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, otoriter tutumu puanı arttıkça aile psikososyal sağlık toplam puanının azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Otoriter tutum ile psikopatoloji ilişkisini inceleyen çok sayıda yayın vardır. Annede otorite arttıkça içe kapanma, arkadaş ilişkilerinde sorunlar, duygusal problemler görülebilmektedir (127).

Obez ve kontrol gruplarında anne-baba tahsil süreleriyle aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu ölçeği alt faktörleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, obez grupta anne tahsil süresi ile düşmanca ve reddedici tutum, eşler arası geçimsizlik ve otoriter tutum puanları arasında negatif korelasyon izlendi. Kontrol grubunda anne tahsil süresi ile aşırı annelik, eşler arası geçimsizlik ve otoriter tutum puanları arasında negatif korelasyon izlendi. Obez ve kontrol grubunda anne baba tahsil süresi ile problem çözme alt faktörü karşılaştırıldığında problem çözme ile anne ve baba tahsil süreleri arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Kaçınma tutumu ile baba tahsil süresi arasında negatif bir korelasyon izlendi.

Anne tahsil süresi arttıkça, düşmanca ve reddedici tutum, eşler arası geçimsizlik, ve otoriter tutum gibi olumsuz davranışların azalması beklenebilir. Benzer sonuçlar kontrol grubunda da gözlemlenmiştir. Problem çözme ve sosyal destek arama gibi pozitif davranım tutumlarının eğitimle beraber artıp, kaçınma gibi negatif bir tutumun eğitimle azalması beklenebilir (124). Çalışmamızda bunu destekler niteliktedir.

Anne tahsil süresi ile PSTP-A ve PSTP-Ç arasında ve baba tahsil süresi ile PSTP-A ve ÖTP-Ç arasında pozitif korelasyon saptandı. Obez grupta düşük olan PSTP-A puanının anne ve babanın eğitim seviyesi ile yükseldiği saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Obez çocuklarda psikopatolojinin obez olmayanlara göre daha fazla olduğu hipotezi doğrulandı. Obez grubun yüzde 60'ı en az bir tanı aldı. Kontrol grubunda ise bu oran %30'du. Obez grupta en az 1 psikiyatrik tanısı olan 18 (%60) çocuk veya ergen saptandı. Obez çocuklarda 12'si (%40) bir tanı, 4'ü (%13) 2 tanı, 2'si (%7) ise 3 tanı aldı. Anksiyete bozuklukları bir arada sayıldığında 10 olgu (%30) anksiyete bozuklukları başlığında yer aldı. Bu bulgu obez çocuk ve ergenlerde rutin çocuk psikiyatrisi kontrollerinin ne kadar gerekli olduğunu vurgulaması açısından önemlidir.
2. Obez ve kontrol grubu aile ve çocuk yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında obez grupta ailenin çocukları ile ilgili yaşam kalitesi algısı anlamlı derecede daha düşük çıktı. Obezite varlığında ailelerin çocuklarının yaşam kalitesini olduğundan daha kötümser olarak algıladıkları düşünüldü.
3. Obez ve kontrol grupları anne baba tutumları ve başa çıkma yöntemleri açısından karşılaştırıldığında herhangi bir anlamlılık saptanmadı. Obez çocukların ailelerinde farklı tutum ve başa çıkma stratejileri olduğu varsayımı doğrulanmadı.
4. Obez çocukların ebeveynlerinin daha sık obez olduğu varsayımı da doğrulandı. Annede obezite açısından iki grup bir biri ile kıyaslandığında obez çocukların annelerinin daha yüksek oranda obez oldukları anlaşılmıştır. Bu fark istatistiki olarak anlamlıdır. Babalar obezite açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç olarak bu çalışmada obezitesi olan çocuk ve ergenlerde yüksek psikiyatrik rahatsızlık oranı saptanmıştır. Obez gruptaki çocukların ailelerinin yaşam kalitesi algısı daha düşüktür. Obez olan çocukların ailesinde obeziteye çok daha sık rastlanmaktadır. Bu da obezitenin bir aile sorunu olduğunu göstermektedir. Obezitesi olan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, ebeveyn

tutumları, yaşam kalitesi algıları ve bunların birbiriyle ilişkisinin daha iyi anlaşılması için daha geniş örnekleme olan kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.



7. ÖZET

Bu çalışmada obezite tanılı çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojiyi, yaşam kalitesi algılarını, yeme tutumlarını, benlik saygılarını araştırmak, ayrıca ebeveyn tutumlarını ve başa çıkma stratejilerini ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmamız AÜTF Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrinoloji Bölümüne başvuran, 8-18 yaşında VKİ standart sapması ikinin üzerinde olan, zihinsel gelişim geriliği ve psikiyatrik başvurusu olmayan 30 hasta ile yürütüldü. Kontrol grubuna 8-18 yaşlar arasında herhangi bir tıbbi hastalık öyküsü olmayan ve daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmeyen, hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, gönüllü 30 çocuk ve ergen alındı.

Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenlere Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu uygulandı. Benlik saygısını değerlendirmek için ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanıldı. Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik, çocuk ve ergenlere ve ebeveynlerine Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği verildi. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının ve stresle başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi için anne-babalarına Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği verildi.

Ebeveyn tutumları ve Başa çıkma stratejileri açısından her iki grupta fark bulunmadı. Obez grupta yüksek oranda psikiyatrik hastalık saptandı. Benlik saygısı obez çocuk ve ergenlerde kontrol grubundan farklı değildi. Ebeveynlerinin çocuklarıyla ilgili yaşam kalitesi algıları sağlıklı kontrollere göre düşük saptandı. Annede obezite açısından iki grup bir biri ile kıyaslandığında obez çocukların annelerinin daha yüksek oranda obez oldukları anlaşıldı.

Obezitesi olan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, ebeveyn tutumları, yaşam kalitesi algıları ve bunların birbiriyle ilişkisinin daha iyi anlaşılması için daha geniş örnekleme olan kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Obezite, Psikopatoloji, Anne Baba Tutumları, Başa Çıkma Stratejisi, Çocuk Ergen

8. ABSTRACT

This study aims to investigate the psychopathology, quality of life, perception, eating behaviours and self-image of children and adolescents who were diagnosed with obesity; as well as their parents behaviours, coping skills and the relations between these conditions.

Our study was conducted on 30 patients between the age of 8 -18 years who consulted the University of Akdeniz Pediatric Endocrinology Department and had BMI standard deviation above 2 and had no mental retardation or previous psychiatric consultations. A control group were included of 30 healthy children and adolescents who were matched on gender and age with the patient group, and had no previous medical or psychiatric illnesses.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version was applied to both groups, and the Rosenberg Self Image Scale was used to determine their self-images. The Quality of Life Scale for Children was applied to the children and adolescents as well as their parents. To determine the methods of child rearing and coping strategies with stress, parents were given the Family Life and Child Rearing Demeanours Scale and the Coping Strategies Scale.

There were no significant sociodemographic differences between the two groups except for parents' educational level and socioeconomic status. While no differences were found on parenting styles and coping strategies, a higher percentage of psychiatric illnesses were detected and the quality of life perception of parents was found lower in the obese group. Self-image scores were not varied between obese children and healthy controls. When mothers of the two groups were compared, higher obesity was observed in the mothers of the obese children.

Keywords: Obesity, Psychopathology, Parents' Behaviours, Coping Strategies, Children Adolescents

9. KAYNAKLAR

1. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *Eur J. Pediatr.* 2000;159 14–34
2. Kurdoglu G. Obesity. In: Neyzi O, Ertugrul T (eds). *Pediatrics 1*, Nobel. Medical Publishing, Istanbul, 1989; 378–82
3. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Practical Guide Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Evidence Report : NIH Publications 1998; No 98-4083
4. Borzekowski DLG, Bayer AM, Body image and media use among adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, 2005; 16:289-313
5. Dallar Y, Erdeve ŞS, Çakır İ, Köstü M, Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006;48:1-3
6. Strauss CC, Smith K, Frame C, Forehand R. Personal and interpersonal characteristics associated with childhood obesity. *J. Pediatric Psychol.* 1985;10: 337–43
7. Braet C, Mervielde I, Vandereycken W, Psychological Aspects of Childhood Obesity: A Controlled Study in a Clinical and Nonclinical Sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 1997; 22:59-71
8. Olvera N, Power TG (2010). Brief report: parenting styles and obesity in Mexican American children: a longitudinal study. *J Pediatr Psychol* 35:243-249
9. Keser N, Kapçı EG, Odabaş E, Farklı Kronik Hastalığı olan ve olmayan çocukların benlik algısı, duygusal-davranışsal sorunlar ve anne baba tutumları açısından karşılaştırılması *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*:19(2) 2012
10. Wake, M., Nicholson, J. M., Hardy, P., & Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics*, 120, 1520–1527.

11. Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117, 2047–2054
12. Türkiye Endokronoloji ve Metabolizma Derneği Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu ISBN: 978-605-4011-19-3 Mayıs 2014
13. Arman AR, Yılmaz S. Obezite ve Çocuk Psikiyatrisi. Ed: Ayla Soykan, Yasemen Taner. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul Asimetrik Paralel, 2007. 587–603.
14. Cınaz P, Bideci A. Obezite. Ed: Hülya Günöz, Gönül Öcal, Nurşen Yordam, Selim Kurtoglu. Pediatrik Endokrinoloji. Ankara Kalkan Matbaacılık, 2003. 488–505
15. American Journal of Clinical Nutrition 2010;92:1257–64
16. Abdullah Bereket, Zeynep Atay. Current Status of Childhood Obesity and its Associated Morbidities in Turkey *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 2012;4(1):1-7
17. World Health Organization. Obesity and overweight, Factsheet N311, Updated May 2012
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
18. Yeşiller E. Bolu’da İlköğretim Çocukları arasında aşırı kilo-obezite sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, 2013
19. Styne DM . Childhood and adolescent obesity. Prevalence and significance. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:823–54.
20. Ogden CL, Flegal KM. Changes in terminology for childhood overweight and obesity. *National health statistics reports*; no 25. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2010.
21. Parlak A., Cetinkaya Ş. Cocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktorler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;5:24–35.
22. Kocaoğlu, B. A.; Köksal, O. The effect of socioeconomic conditions on growth, development and obesity among adolescents in Turkey. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 1985, 14: 25-32.

23. Erden, S. Poliklinik hastalarında obezite sıklığı ve klinik özellikleri. *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2001, 64.4: 249-254.
24. Pekcan G. Türkiye’de Beslenme ve Sağlık Durumu Antropometrik Ölçümler ve Ölçüm Teknikleri. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması - 2010Saha Uygulaması Toplantısı 1-14 Şubat 2010, Antalya.
25. Walker SP, Gaskin PS, Powell CA, Bennett FI. The effects of birth weight and postnatal linear growth retardation on body mass index, fatness and fat distribution in mid and late childhood. *Public Health Nutr* 2002;5:391– 6.
26. Ercan S, Dallar YB, Önen S, Engiz Ö. Prevalence of obesity and associated risk factors among adolescents in Ankara, Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2012 Dec;4(4):204-7.
27. Potter CM, Uliaszek SJ. Predicting adult obesity from measures in earlier life. *J Epidemiol Community Health*. 2013 Sep 18.
28. Günöz H. Şişmanlık. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatrici* 1. cilt 4. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010
29. Barker M, Robinson S, Osmond C, Barker DJ. Birth weight and body fat distribution in adolescent girls. *Arch Dis Child* 1997;77:381–3.
30. Salbe AD, Weyer C, Lindsay RS, Ravussin E, Tataranni PA . Assessing risk factors for obesity between childhood and adolescence: I. Birth weight, childhood adiposity, parental obesity, insulin, and leptin. *Pediatrics* 2002;110:299–306.
31. Garn SM, Sullivan TV, Hawthorne VM. Fatness and obesity of the parents of obese individuals. *Am J Clin Nutr* 1989;50:1308–13
32. Aguilera CM, Olza J, Gil A. Genetic susceptibility to obesity and metabolic syndrome in childhood. *Nutr Hosp*. 2013 Sep;28 Suppl 5:44-55.
33. Öncü İ. Çocukluk çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diet ve Egzersizlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, 2009.
34. Kiess W., Galler A., Reich A. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obesity reviews*, 2001, 2:29- 36.
35. Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2008;359:2003–4.

36. Bonuck KA, Kahn R . Prolonged bottle use and its association with iron deficiency anemia and overweight: a preliminary study. Clin Pediatr (Phila) 2002 ;41:603–7.
37. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E . Does breast–feeding protect against childhood obesity? Adv Exp Med Biol 2000;478:29–39
38. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk Çağında Obezite. sted 2002, cilt 11, sayı 1, 8-10
39. Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. Am J Clin Nutr 1998;67:1130–5.
40. Golan M, Fainaru M, Weizman A. Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. Int J Obes Relat Metab Disord 1998; 22: 1217– 24.
41. Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R, Baş F. Büyüme - Gelişme Endokrinoloji rutinleri. Ömer Devocioğlu ve Talat Cantez (Editörler). Pediatrie Rutinler, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000, s : 241 – 299.
42. Saelens BE, Daniels SR. Childhood obesity causes and therapies. Curr Opin EndocrinolDiabetes 2003;10: 3-8.
43. Lisa Y Gibson, Susan M Byrne, Elizabeth A Davis, Eve Blair, Peter Jacoby and Stephen R Zubrick The role of family and maternal factors in childhood obesity MJA 2007; 186: 591–595
44. Michalopoulou M, Gourgoulis V, Kourtessis T, Kambas A, Dimitrou M, Gretziou H. Step counts and body mass index among 9-14 years old greek schoolchildren. J Sports Sci Med. 2011 Mar 1;10(1):215-21
45. Songül Yalçın S, Tuğrul B, Naçar N, Tuncer M, Yurdakök K . Factors that affect television viewing time in preschool and primary schoolchildren. Pediatr Int 2002;44:622–7.
46. Davison KK, Birch LL . Weight status, parent reaction, and self–concept in five–year–old girls. Pediatrics 2001;107:46–53.

47. Guran T, Turan S, Akcay T, Degirmenci F, Avcı O, Asan A, Erdil E, Majid A, Bereket A. Content analysis of food advertising in Turkish television. *J Paediatr Child Health* 2010;46:427-430
48. Yiğit, H.; Ertekin, V.; Altınkaynak, S. Çocukluk çağında obesite. Sendrom, 2002, 14: 66-73.
49. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *South Med J* 1993;86:732-6.
50. Camcı N. Çocuk beslenme anketinin geçerliliğinin ve güvenilirliğinin saptanması ve Türk ebeveynlere uygulanması, Yüksek lisans tezi, Başkent üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü beslenme ve diyetetik bilim dalı, Ankara, 2010.
51. Maqbool A, Olsen IE, Stallings VA. Clinical assessment of nutritional status. In: *Nutrition in Pediatrics*. Duggan C, Watkins III JB, Walker WA (eds), 4th ed. BC Decker Inc, Ontario, Canada, 2008;5-13
52. Flegal KM, Wei R, Ogden C . Weight-for-stature compared with body mass index-for-age growth charts for the United States from the Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Clin Nutr* 2002;75:761-6.
53. Freedman DS, Ogden CL, Blanck HM, Borrud LG, Dietz WH. The abilities of body mass index and skinfold thicknesses to identify children with low or elevated levels of dual-energy X-ray absorptiometry-determined body fatness. *J Pediatr*. 2013 Jul;163(1):160-6.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.12.093. Epub 2013 Feb 11
54. Fox RA, Mejer DJ. Obesity: Diagnostic and measurement issues in: Rotatar AF, Fox RA(eds) obesity in children and youth measurement Characteristic, Causes and treatment. 1989; 3-18.
55. Çiftçi AD. Obez Çocuklarda Erken Aterosklerotik Risk Faktörlerinin ve Hiperhomosisteineminin Değerlendirilmesi, Erken Aterosklerotik Bulguların Varlığının Araştırılması Ve Mevcut Risk Faktörleri ile ilişkilerinin değerlendirilmesi”, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
56. Kandemir D. Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000;21 (4): 500-506

57. Wing RR: Behavioral weight control. In *Handbook of Obesity Treatment*. Wadden TA, Stunkard AJ, Eds. New York, Guilford Press, 2002, p. 301–316
58. Goldfield GS, Raynor HA, Epstein LH, Pediatrik obezitenin tedavisi. Wadden TA, Stunkard AJ; Obezite Tedavi El Kitabı Türkçesi 2.Cilt, AND yayıncılık, 2003; 532-555
59. Barlow SE; Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. 2007 Dec;120 Suppl 4:S164-92.
60. Wadden TA, Osei S; Obezite Tedavisi, ed. Arif Nihat Dursun, Obezite Tedavi E Kitabı, 2003:229-248
61. De Miguel-Etayo P, Bueno G, Garagorri JM, Moreno LA Interventions for treating obesity in children. *World Rev Nutr Diet*. 2013;108:98-106. doi: 10.1159/000351493. Epub 2013 Sep 6.
62. Moss A, Kunze D, Wabitsch M. (2011). [Evidence-based therapy guideline of the German Working Group on Obesity in Childhood and Adolescence]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54(5):584-90.
63. ESCAP Congress – Symposium T6-06 – Madrid, June 23rd 2015
64. Wilson GT, Brownell KD: Behavioral treatment for obesity. In *Eating Disorders and Obesity*. 2nd ed. Fairburn CG, Brownell KD, Eds. New York, Guilford Press, 2002, p. 67-93
65. Wing RR, Jeffery RW, Burton LR, Thorson C, Nissinoff K, Baxter JE: Food provisions vs. structured meal plans in the behavioral treatment of obesity. *J Consult Clin Psychol* 20:56–62, 1996
66. Vos, R.C., Huisman, S.D., Houdijk, E.C.A.M., Pijl, H., & Wit, J.M. (2012) The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity. *Quality of Life Research*, 21(9), 1587-1594

67. Demir T, Eralp Demir D, Kayaalp ML, Büyükkal B. Yeme bozukluğu olan ergenlerde BTL-90 ile psikiyatrik belirti ve dağılımının araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1998;5(2).
68. E.S. Gökten, Y. Taneli. Assessment of Self Perception and Psychiatric Symptoms in Obese Children and Adolescents. *Acta Oncol Tur.* 2014; 47(3): 32-35
69. French SA, Story M, Perry CL . Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obes Res* 1995;3:479-90.
70. Pesa JA, Syre TR, Jones E . Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *J Adolesc Health* 2000;26:330-7.
71. Strauss RS . Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics* 2000;105:15.
72. Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S . Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:134-50.
73. Jeffrey B. Schwimmer, MD; Tasha M. Burwinkle, MA; James W. Varni, PhD Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents *JAMA*. 2003;289(14):1813-1819.doi:10.1001/jama.289.14.1813
74. O. Pinhas-Hamiel, S. Singer, N. Pilpel, A. Fradkin, D. Modan, and B. Reichman, "Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity," *International Journal of Obesity*, 2006 vol. 30, no. 2, pp. 267-272,
75. Deveci A, Demet M, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z; Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:84-91
76. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD . Are overweight children unhappy?: Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:931-5.
77. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH . Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993;329:1008-12.

78. Stradmeijer M, Bosch J, Koops W, Seidell J. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters Int J Eat Disord 2000;27:110–4.
79. Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):340-7
80. Manus HE, Killeen MR. Maintenance of self-esteem by obese children. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 1995;8:17–27.
81. Erermiş S, Çetin N, Tamar M et al. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? Pediatrics International 2004;46:296–301.
82. Özmen D, Özmen E, Ergin D et al. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. BMC Public Health 2007;7:80.
83. Vila G., et all (2004) Mental Disorders in Obese Children and Adolescents. Psychosomatic Medicine 66:387–394 (2004)
84. Buddeberg B., et all (1999) Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female Adolescents. Psychotherapy and Psychosomatics; Nov/Dec 1999; 68, 6
85. Waring, M.E. & Lapane, K.L. (2008). Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample, Pediatrics, 122 , e1 – 6.
86. Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Holling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2012). Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry , 2 , 39 – 49.
87. Cengiz Y, Obez ergenlerde beden algısı, benlik saygısı ve ruhsal durum değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul 2011
88. Odağ C, Ruhsal (psiloseksüel) gelişme dönemleri. Nevrozlar 1, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir 1999; 27-36

89. Gönül Ö. Aysun BG Ceren P. Obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 3
90. Hamulu F (1999). Obezite komplikasyonları. (Ed. Tüzün M, Kabalak T, Yılmaz C ve ark.), Obezite ve Tedavisi. I. Basım, Mart Matbaacılık, İstanbul, 152- 57.
91. Gorin, A. A., & Crane, M. M. (2008). The obesogenic environment. In E. Jelalian, & R. Steele (Eds.), Handbook of childhood and adolescent obesity (pp. 145–162). New York: Springer
92. Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. Child Development, 37, 887–907
93. Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Eds.), Handbook of child psychology: Vol.
94. Wiley. 4 Kremers, S., Brug, J., de Vries, H., & Engels, R. (2003). Parenting style and adolescent fruit consumption. Appetite, Socialization, personality, and social development. New York: 41, 43–50.
95. Roche, K. M., Ensminger, M. E., & Cherlin, A. J. (2007). Variations in parenting and adolescent outcomes among African American and Latino families living in low-income, urban areas. Journal of Family Issues, 28, 82–909.
96. Steinberg, L., Dornbusch, S. M., & Brown, B. B. (1992). Ethnic differences in adolescent achievement: An Olvera and Power ecological perspective. American Psychologist, 47, 723–729
97. Norma Olvera,¹ PHD, and Thomas G. Power,² PHD Brief Report: Parenting Styles and Obesity in Mexican American Children: A Longitudinal Study Journal of Pediatric Psychology 35(3) pp. 243–249, 201
98. Gözde Erdoğan; 3-18 Yaş Obez Tanısı Almış Ergenlerin Anne-Baba Tutumu Ve Sosyal Fizik Kaygı İle İlişkisinin Normal Ergenlerle Karşılaştırılması yüksek lisans tezi Maltepe Üniversitesi

99. Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, de Vries NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *InternalPediatrObes*. 2011Jun;6(22):e1227.doi:10.3109/17477166.2011.566339. Epub 2011 Jun 9.
100. Gerards SM, Sleddens EF, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *Int J Pediatr Obes*. 2011 Jun;6(2-2):e28-45. doi: 10.3109/17477166.2011.575147. Epub 2011 Jun 10.
101. Banis HT, Varni JW, Wallander JL, et al. Psychological and social adjustment of obese children and their families. *Child Care Health Dev* 1988; 14: 157-173.
102. Beck S, Terry K. A comparison of obese and normal-weight families' psychological characteristics. *Am J Fam Ther* 1985; 13: 55-59.
103. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 980-88.
104. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-16.
105. Varni JW, Rode CA, Seid M, Katz ER, ve ark. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32). II. Feasibility and range of measurement. *J Behav Med*. 1999;22(4):397-406
106. Memik NC, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri OS, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:353-363.
107. Schaffer ES, Bell R. Development of a parental attitude research instrument (PARI). *Child Dev* 1958; 29: 339-61.
108. Küçük S. The Validity of the Turkish Form of PARI Subscales. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Boğaziçi Üniversitesi İstanbul; 1987

109. Amirkhan JH. Criterion validity of a coping measure. J Pers Assess 1994; 62: 242-61.
110. Aysan F. Basa Çıkma Stratejisi Ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği, Güvenirliliği. 1. Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı, Çukurova Üniversitesi Basımevi Adana 1994; ss:1158-68
111. Addison CC, Campbell-Jenkins BW, Sarpong DF, et al. Psychometric Evaluation of a Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study Cohort. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2007;4(4):289-295
112. Rosenberg M. Society and The Adolescent Self-Image. New Jersey: Princeton University Press 1965.
113. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara 1986.
114. Zahnd WE, Rogers V, Smith T, Ryherd SJ, Botchway A, Steward DE. Gender-specific relationships between socioeconomic disadvantage and obesity in elementary school students. Prev Med. 2015 Sep 5;81:138-141. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.08.021
115. Agras WS, Hammer LD, Mcnicholas F. Risk Factors For Childhood Overweight: A Prospective Study From Birth To 9. 5 Years. The Journal Of Pediatrics. 2004; 145: 20-25
116. Babaoğlu, Ş Hatun Çocukluk çağında obezite- Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002 - ttb.org.tr
117. Leonard H. Epstein Dr.' Michelle D. Myers and Katarina Anderson The Association of Maternal Psychopathology and Family Socioeconomic Status with Psychological Problems in Obese Children 1996 North American Association for the Study of Obesity (NAASO)
118. Eiser C, Morse R (2001b) Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. Qual Life Res 10: 347-57
119. Nilüfer Şahin Tip 1 diyabetes mellitus tanılı ergenlerde psikopatoloji yaşam kalitesi ve anne baba tutumlarının değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık tezi Kayseri 2010

120. Alan Zametkin, MD Childhood Obesity and Psychopathology September 01, 2006 Schizophrenia, Comorbidity In Psychiatry, Cultural Psychiatry, Amphetamine Related Disorders
121. Strauss, Richard S., and Judith Knight. "Influence of the home environment on the development of obesity in children." *Pediatrics* 103.6 (1999): e85-e85.
122. Lianne Woodward , Eric Taylor and Linda Dowdney The Parenting and Family Functioning of Children with Hyperactivity Journal of Child Psychology and Psychiatry / Volume 39 / Issue 02 / February 1998, pp 161-169
123. Carver, C.S., Scheier, M.F. and Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283

10. EKLER

Ek-1

Araştırma Grubu Veri Formu

1Adı, soyadı:

2Cinsiyeti: 1)Erkek 2)Kadın

3Doğum tarihi ve yeri:

4Eğitim durumu(yıl)

5Okul başarısı : 1)iyi 2)orta 3)kötü

6Aile yapısı: 1Çekirdek 2 Geniş

7Kardeş sayısı, yaşları, cinsiyetleri :

8Baba Adı :

Anne Adı:

Yaşı:

Yaşı:

Mesleği:

Mesleği:

Eğitim durumu:

Eğitim durumu:

9Anne baba: 1)beraber 2)ayrı yaşıyor 3)boşanmış 4)anne ölü 5)baba ölü 6)ikisi de ölü

10Adres ve Telefon:

11Ekonomik durum(eve giren para miktarı):

12Özgeçmiş:

Hamilelik ve gelişim öyküsü:

Yürüme:

Konuşma

Nöbet öyküsü:

Operasyon öyküsü:

Sigara ,alkol ,madde kullanım öyküsü:

Ebeveynin sigara ,alkol ,madde kullanım öyküsü:

13Ailede tıbbi hastalık varlığı: 1)var 2)yok

14Ailede psikiyatrik hastalık varlığı: 1)var 2)yok

15Annede obezite: 1) var 2)yok

16Babada obezite: 1var 2 yok

17Kardeşlerde obezite: 1var 2 yok

18Boy: Kilo: BKİ:

19Obezite başlangıç yaşı:

20Diyete uyum: İyi/Orta/Kötü

21Obeziteye yönelik ilaç kullanıyor mu? 1)evet 2)hayır

22Spor yapıyor mu? 1)evet 2)hayır

23Komplikasyon gelişip gelişmediği: 1var 2yok

24Daha önce psikiyatrik semptom varlığı, tedavi alıp almadığı:



ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

(8- 12 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer senin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (8-12 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

(13-18 YAŞ)

Ad Soyad: Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer senin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularımla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU
(13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula	0	1	2	3	4

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Hiç Uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü ifadelemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.

22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenir.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüyü karşılanamaz.
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.

- 53.Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
- 54.Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
- 55.Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
- 56.Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
- 57.Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
- 58.Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
- 59.Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
- 60.Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.



BAŞA ÇIKMA STRATEJESİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu çalışmada bireylerin yaşamlarında sorunlarla ve problemlerle nasıl başa çıktığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Aşağıda çeşitli başa çıkma yolları verilmiştir. Sizden bunları ne derece kullandığınızı belirtmeniz istenmektedir. Tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Geçtiğimiz altı aylık süre içerisinde karşılaştığınız bir problemi düşünmeye çalışın. Bu problemin sizin için “ **ÖNEMLİ**” olup kaygılanmanıza neden olması gerekiyor. Lütfen aşağıya bu probleminizi birkaç kelime ile yazınız. (unutmayınız ki yanıtınız gizlilik ilkesine uygun olarak değerlendirilecektir).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bu problemi aklınızda tutarak, nasıl başa çıktığınızı sizin için en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her maddeyi işaretleyiniz.

“O” stresli olayı aklınızda bulundurarak ne dereceye kadar.....

	Çok	Biraz	Hiç
1. Duygularınızı bir arkadaşınıza açtınız?			
2. Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?			
3. Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?			
4. Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?			
5. Bir kişinin size gösterdiği sempati ve anlayışı kabul ettiniz?			
6. Başkalarının yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu görmemesi için elinizden geleni yaptınız?			
7. Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz. Çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?			
8. Durumla baş edebilmek için kendinize bazı amaçlar edindiniz?			
9. Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız?			
10. Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?			
11. Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?			
12. Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya bir akrabanıza açtınız?			
13. Zamanınızı her zamankinden çok yalnız olarak geçirdiniz?			
14. Sadece konuşmanız bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?			
15. Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?			
16. Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?			
17. Aklınızda bir eylem planı şekillendirdiniz?			

	Çok	Biraz	Hiç
18. Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?			
19. Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş ya da profesyonel bir kişi) gittiniz?			
20. Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?			
21. Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?			
22. Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemten kaçındınız?			
23. Problemlle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?			
24. Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurdunuz?			
25. Aynı problemi yaşamış olan arkadaşınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?			
26. Her zamankinden daha fazla uyudunuz?			
27. “Her şey daha farklı olabilirdi” diye hayal kurdunuz?			
28. Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?			
29. Problemi çözmeye çalıştınız?			
30. İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?			
31. Arkadaşınız veya akrabanızın size yardımcı olmasını kabul ettiniz?			
32. Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?			
33. Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planlamaya çalıştınız?			

Ek.5

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

- 1.** Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 2.** Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 3.** Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 4.** Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 5.** Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 6.** Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 7.** Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 8.** Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 9.** Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 10.** Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ