

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**ANNELERİN ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL
ODAĞI ALGISININ 0-6 YAŞ ÇOCUKLUK ÇAĞI
OBEZİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

ECENUR ÖZKUL

İSTANBUL, 2019

**T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ANNELERİN ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL
ODAĞI ALGISININ 0-6 YAŞ ÇOCUKLUK ÇAĞI
OBEZİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

ECENUR ÖZKUL

Tez Danışmanı: DR. ÖĞR. ÜYESİ CAN ERGÜN

İSTANBUL, 2019

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Annelerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Algısının 0-6 Yaş Çocukluk Çağı Obezitesi İle İlişkisi

Öğrencinin Adı Soyadı: Ecenur ÖZKUL

Tez Savunma Tarihi: 07.08.2019

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Doç.Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN
Enstitü Müdürü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

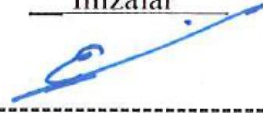
Jüri Üyeleri


Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Can ERGÜN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ARDUZLAR KAĞAN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Jale ÇATAK

İmzalar







ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda değerli bilgilerinin ve katkılarının yanı sıra bana göstermiş olduğu ilgi, sabır, anlayış ve özveriden dolayı değerli hocam, tez danışmanım Bahçeşehir Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Bölüm Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Can Ergün'e Kazandığım her başarıyı benden daha fazla hak eden anneme, Hayatım boyunca desteğini asla esirgemeyen benim bugünlere gelmemi sağlayıp öğrenim hayatım boyunca sabır ve anlayışlarını her daim hissettiren ve her daim yanımda olan aileme;

Bu süreçte ve daima manevi desteğini hissettirerek yanımda olan Utkan Erdoğan'a Tez sürecimde kendi deneyimlerini anlatarak sürekli motive eden Hazal Öksüz'e En önemlisi bu günlere gelebilmemizi sağlayan ulu önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e ve bu dönemde bana yardımcı olan, desteğini esirgemeyen tüm sevdiklerime

Sonsuz Teşekkür Ederim.

ÖZET

ANNELERİN ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI ALGISININ 0-6 YAŞ ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Ecenur Özkul

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Can ERGÜN

Ağustos 2019, 44

Kişilerin sağlığa olan bakış açılarını kontrol odağı yönelimleri şekillendirmektedir. Bireyler sağlık durumlarının farklı etkenlere bağlı olarak değişebileceği inancını taşımaktadırlar. Etkilerin iç veya dış etmenlerden kaynaklanmasına göre sağlık kontrol odağı yönelimi belirlenmektedir. Alışkanlıkların büyük bir kısmının çocukluk çağında aileden kazanıldığı düşünüldüğünde, çocuklarının içsel veya dışsal kontrol odağının ailelerin çocuklarını yetiştirme tarzları, aile bireylerinin inançları, kültürel bağları ile oluştuğu düşünülebilir. Yapılan çalışmada 0-6 yaş arasında çocuğu bulunan 401 anne ile anket çalışması yapılmıştır. Anket formu Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı ölçeğini, 22 adet sosyo- demografik ve çocuklarının beslenme alışkanlıklarını sorgulayan soruyu içermektedir. Yapılan değerlendirmelerde katılımcıların iç odak kontrol yönelimleriyle çocuklarının Z score değerleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer odak yönelimlerinde fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Katılımcıların sosyo-ekonomik ve medeni durumlarına göre odak yönelimlerinde ise anlamlı farklar elde edilmiştir ($p < 0.05$). Eğitim seviyesi ve anne sütü verme süresi arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0.05$); odak yönelimi ile anne sütü verme süresi karşılaştırıldığında, dış odak kontrol yönelimine göre 6 ay anne sütü veren annelerle daha fazla anne sütü verenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Ek gıda çeşitlendirilmesine bakıldığında ise;annelerin ilk altı aydan sonra yüzde 39,8 oranında anne sütü vermeye devam ettikleri, ek gıda tercihi olarak da yüzde 20,0 oranında yoğurt, yüzde 13,9 oranında sebze püresi, yüzde 12,7 oranında hazır mama, yüzde 10,6 oranında su, yüzde 2,9 oranında ise meyve suları olduğu tespit edilmiştir. Çocukların beslenme alışkanlıklarının ebeveyn tutum ve davranışları ile olan ilişkisi unutulmamalıdır. Annelerin sağlık odak noktası yönelimlerinin ise davranışlarını

belirlediği düşünülerek, çocukları üzerinde olan etkisini belileyebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı, Sağlık Kontrol Odağı Algısı, Çocukluk Çağı Obezitesi



ABSTRACT

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTHER'S MULTIDIMENSIONAL HEALTH LOCUS OF CONTROL AND O-6 AGE CHILDHOOD OBESITY

Ecenur ÖZKUL

Nutrition and Dietetic Master Programme

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Can ERGÜN

August 2019, 44

People's perspectives on health are shaped by locus of control. Individuals have the belief that their health status may change due to different factors. According to internal or external factors that show up from the effects of health locus of control is determined. Considering that most of the habits are acquired from the family in childhood, it can be thought that the internal or external locus of control of their children is formed by the way families raise their children, beliefs of family members and cultural ties. In this study, 401 mothers with children between 0-6 years were surveyed. The questionnaire included the Multidimensional Health Locus of Control Measure Scale, 22 socio-demographic questions and questions about the nutritional habits of their children. In the evaluations, a significant difference was found between the participants' internal focus control orientations and their children's Z score values ($p < 0.05$). There was no difference in other focus orientations ($p > 0.05$). Significant differences were found in focus orientations according to the socio-economic and marital status of the participants ($p < 0.05$). There was no significant difference between education level and duration of breastfeeding ($p > 0.05$); When focal orientation and breastfeeding time were compared, a significant difference was found between mothers who gave breast milk for 6 months and those who gave more breast milk compared to external focus control orientation ($p < 0.05$). When the additional food diversification was examined, it was observed that mothers continue to give breast milk at the rate of 39.8 percent after the first six months, 20.0 percent yoghurt, 13.9 percent vegetable puree, and 12.7 percent ready-to-eat food, 10.6 percent of the water and 2.9 percent of the fruit juices. The relationship between children's eating habits and parental attitudes and behaviors should not be forgotten.

Considering that the mothers' health focus orientations determine their behavior, further studies are needed to determine the effect on their children.

Keywords: Multidimensional Health Locus of Control, Health Locus of Control, Childhood Obesity



İÇİNDEKİLER

TABLOLAR.....	x
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR TARAMASI.....	3
2.1. OBEZİTE.....	3
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ.....	4
2.2.1. Tanımı	4
2.2.2. Risk Faktörleri.....	6
2.2.3. Dünya’ da ve Türkiye’de Çocukluk Çağı Obezitesi Prevelansı...7	
2.2.4. Obezite İle İlgili Türkiye’ de Yapılan Önlem Çalışmaları	8
2.3. KONTROL ALGISININ DÜZENLENMESİ	9
2.3.1. Kontrol Odağı.....	10
2.3.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	15
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	15
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ÖZELLİKLERİ.....	15
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	15
3.4.1.Araştırmanın Evreni	15
3.4.2.Araştırmanın Örnekleme	16
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	16
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	16
3.7. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....	17
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI.....	17
3.8.1. Veri Toplama Araçları.....	17
3.9. VERİLERİN ANALİZ EDİLMESİ	20
3.10. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ	20
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	35

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKÇA.....	45
EKLER	
EK 1: Anket Formu	54
EK 2: Etik Kurul Kararı.....	58



TABLolar

Tablo 2. 1 :Yetişkinlerde VKİ'ye göre obezitenin sınıflandırılması.....	4
Tablo 2. 2 :Z skoruna göre obezite sınıflandırması.....	5
Tablo 3. 1 :Çok boyutlu sağlık kontrol odağı lçeğinin sorularının alt boyutları.....	18
Tablo 4. 1 : Katılımcılara ait genel bilgiler.....	21
Tablo 4. 2 :Katılımcılara ve çocuklarına ait vücut değerlendirmeleri	22
Tablo 4. 3 :Katılımcıların sağlık odak yönelimi derecelendirmeleri	23
Tablo 4. 4 :Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlık odak yönelimleri derecelendirmesi	24
Tablo 4. 5 :Çocuklarının yaşına göre katılımcıların sağlık odak yönelimlerinin belirlenmesi	25
Tablo 4. 6 :Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık odak yönelimlerinin belirlenmesi	26
Tablo 4. 7 :Katılımcıların alışma, eğitim ve gelir durumlarına göre sağlık odak yönelimi değerlendirmeleri	27
Tablo 4. 8 :Katılımcıların anne sütü verme süresine göre sağlık odak yönelimleri değerlendirmesi	28
Tablo 4. 9 :Katılımcıların VKİ değerlendirmelerine göre sağlık odak yönelimi derecelendirmeleri	29
Tablo 4. 10:Katılımcıların çocuklarının z skoru değerlendirmelerine göre sağlık odak noktası değerlendirmeleri	30
Tablo 4. 11:Katılımcıların VKİ değerlerine göre çocuklarının z skoru değerlendirmesi.....	31
Tablo 4. 12:6. Aydan itibaren çocuklara başlanan ek besinler	31
Tablo 4. 13:Çocuğa bakan kişiye göre yemek yeme alışkanlıklarının değerlendirilmesi	32
Tablo 4. 14:Çocukların obezite derecelendirmelerine göre öğün saatlerinin belirlenmesinin değerlendirilmesi	33

KISALTMALAR

- VKİ : Vücut Kütle İndeksi
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- WAZ : Weight-for-age z-score (Yaşa Göre Vücut Ağırlığı Z-Skoru)
- BAZ : BMI-for-age z-score (Yaşa Göre VKİ Z-Skoru)
- HAZ : Height-for-age z-score (Yaşa Göre Boy Uzunluğu Z-Skoru)

1. GİRİŞ

Obezite, prevalansındaki hızlı artış sebebiyle 21. yüzyılın en ciddi halk sağlığı sorunlarından birisi olarak kabul edilmektedir (World Health Organization 2011, s. 3). Çocukluk çağı obezitesi, yetişkin obezitesi için risk faktörlerinden birisidir ve obez çocukların obez yetişkinlere dönüşeceği öngörülmektedir (Jaarsveld ve Gulliford 2015,s. 5). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 yılı verilerine göre 0-5 yaş arası çocukların yüzde 8.5'i obez, yüzde 17.9'u hafif şişmandır (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu 2014, s. 32).

Tüm fiziksel ve çevresel etmenlerin etkisiyle oluşan yaşam biçimi ve alışkanlıklar kişilerin kendi irade ve kontrolleri ile verdikleri kararların doğrultusunda oluşmaktadır. Bireylerin tercihlerini belirleyen kontrol algı mekanizması ise yaşam şekli ve alışkanlıkları belirleyen temel faktörlerdendir. Kişilerin karar mekanizmalarını etkileyen faktörlerden biri olan yaşadığı çevrenin etkisi göz önünde bulundurulduğunda özellikle sağlık ile ilgili verilen kararların incelenmesi halk sağlığı açısından önem arz etmektedir (Rotter 1966, s. 9). Davranışları belirleyen asıl faktör ise kişinin hedefine ulaşma isteğini belirleyen nedenlerdir. Bu nedenler kişinin kontrol algısını oluşturmaktadır.

Kontrol algısı; kişinin davranışlarının içsel denetim mekanizmaları ile ve/veya çevresel faktörlerin etkisiyle oluştuğuna yönelik inancıdır (Wallston ve diğ.1987, s. 2). Kontrol algısını oluşturan ve değiştiren pek çok alt yapı bulunmaktadır. Kişinin özyeterliliği ile birlikte nedensel nitelikleri, öğrenilmiş çaresizlik durumu ve kontrol odağı bu alt yapılardandır (Rotter 1966, s. 4).

Kontrol odağı; davranışların sergilenmesine neden olan inançların ve sonuçlarının değerlendirilmesi açısından özellikle sağlıkla ilgili değerlendirilmelerde kullanılan en önemli parametredir. Kontrol odağı sistemi Julian Rotter'in (1975) sosyal öğrenme teorisinin bir türevidir. Teoride bireylerin davranışlarını kurgulaması dört temel prensibe dayandırılmıştır: davranışlar, beklentiler, davranışların sonuçları ve psikolojik durumlar. Kontrol odağı bu değişkenlerden beklentilere ilişkindir. Kontrol odağı temel anlamda; 'kişinin kendi davranışı ve sonuçları arasındaki nedensel ilişkinin niteliğine ilişkin genel

bir tutum, inanç veya beklenti'' olarak tanımlanabilir (Cobb-Clark 2015, s. 3). Bu prensiplere göre kontrol odağı bireylerin gelişen sonuçların bireyin kendi davranışlarıyla doğrudan ilişkili olduğuna inandığı ölçüde iç kontrol odağına, kontrolünün dışında gelişen sebeplerle sonuçların oluştuğuna inanmasıyla dış kontrol odağına sahip olduğunu göstermektedir (Rotter 1954, s. 5).

Kişilerin sağlığa olan bakış açılarını kontrol odağı yönelimleri şekillendirmektedir. Bireyler sağlık durumlarının farklı etkenlere bağlı olarak değişebileceği inancını taşımaktadırlar. Etkilerin iç veya dış etmenlerden kaynaklanmasına göre sağlık kontrol odağı yönelimi belirlenmektedir (Wallston ve Wallston 1982, s. 21).

Aile yapısı, yaş, cinsiyet, kültürel yapı, öz yeterlilik ve stres olarak sınıflandırılabilir olan bu etkenler, bireylerin sağlığa bakış açılarını ve çok boyutlu sağlık kontrol odağı değerlendirme sonuçlarını etkilemektedir. Alışkanlıkların büyük bir kısmının çocukluk çağında aileden kazanıldığı düşünüldüğünde, çocuklarının içsel veya dışsal kontrol odağının ailelerin çocuklarını yetiştirme tarzları, aile bireylerinin inançları, kültürel bağları ile oluştuğu öngörülebilir (Wang ve Lv 2017, s. 8).

Konuyla ilgili literatürde daha önce benzer bir çalışma yapılmamış olması sebebiyle eksiklik de göz önünde bulundurularak, maternal süreç ve sonrasında çocukla en çok ilgilenen ebeveyn olan annenin sağlık kontrol odağının yöneliminin çocuklarda görülebilecek bir çocukluk çağı obezitesi için belirleyici bir faktör olduğu düşünülmektedir.

2.LİTERATÜR TARAMASI

2.1. OBEZİTE

Obezite tüm dünyada ve yaş gruplarında epidemik boyutlarda olan ve gittikçe daha fazla görülen bir halk sağlığı problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre obezite, yağ dokusunun sağlık ile alakalı olumsuz sonuçlara yol açacak derecede artması şeklinde ifade edilmektedir (Çayır ve diğ. 2011, s. 14).

Yetişkin obezitesinin tanımlanmasında antropometrik ölçümler ve bunlar arasındaki oranlardan faydalanılmaktadır. Bu ölçümler arasında sıklıkla kullanılan Vücut Kütle İndeksi (VKİ) değeri, vücut ağırlığının kilogram cinsinden ölçümünün, boy uzunluğunun metre cinsinden ölçümünün karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. VKİ değerinin $> 30 \text{ kg/m}^2$ ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanmaktadır (Ogden ve diğ. 2012, s. 82, Çiftçi 2009, s. 27).

DSÖ'ne göre VKİ sınıflandırması Tablo 1' de gösterilmiştir. Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan diğer antropometrik ölçüm bel çevresi ölçümüdür. Obezite tedavisinde hastanın karın bölgesi yağlanma durumundaki değişiklik, bel çevresi ölçümü ile tespit edilir. Cinsiyete göre bel çevresi için riskli kabul edilen değerler erkekler için $>102 \text{ cm}$, kadınlar için $>88 \text{ cm}$ ' dir. Bel çevresindeki kalınlaşma, VKİ ve bel/kalça oranı abdominal yağlanmanın birer belirteci olarak başta ateroskleroz olmak üzere birçok kronik hastalıkların gelişiminde rol oynamaktadır. (Çiftçi 2009, s. 30).

Obezitenin görülme nedenleri arasında yanlış beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik özellikler, yaşam şekli, genetik, sosyo-kültürel özellikler, yetersiz fiziksel aktivite gibi faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerden beslenme alışkanlıkları, yaşam şekli, fiziksel aktivite gibi değiştirilebilecek olanların değişimi ile problemin çözümü ve obezitenin yaygınlığının azaltılabileceği düşünülmektedir (Çayır ve diğ 2012 s. 13; National Institute of Health 1998, s.9).

Tablo 2. 1: Yetişkinlerde VKİ'ye göre obezitenin sınıflandırılması

VKİ (kg/m ²)	Derecelendirme
<18,5	Protein enerji malnütrisyonu
18,5-19,9	Kabul edilebilir derecede zayıf
20,0-24,9	Normal
25,0-29,9	Hafif şişman
30,0-34,9	1. derece obez
35,0-39,9	2. derece obez
>40,0	3. derece obez (morbid)

(Kaynak: DSÖ, 2016)

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ

2.2.1. Tanımı

Obezite, prevalansındaki hızlı artış sebebiyle 21. yüzyılın en ciddi halk sağlığı sorunlarından birisi olarak kabul edilmektedir (WHO 2011, s. 13). Fazla ve sağlıksız miktarda yağ dokusunun birikimi olarak tanımlanan obezite yetişkinlerle birlikte adölesan ve çocukluk çağındaki bireyler için de gittikçe önemi artan bir risk oluşturmaktadır (WHO 2016, s. 6). Yetişkin çağ obezitesi için çocukluk çağı obezitesi önemli bir sebep olarak gösterilmekte ve obez çocukların obez yetişkinlere dönüşeceği öngörülmektedir (Jaarsveld ve Gulliford 2015, s. 5).

Çocuklarda obezite tanımlaması için kullanılan pek çok yöntem vardır. Doğrudan ve dolaylı yöntemler olarak sınıflandırılabilir bu yöntemler arasında doğrudan ölçüm yöntemleri pahalı oldukları ve pratik olmadıkları gerekçesi ile klinikte kullanımı yaygınlaşmamıştır. Verilerin doğru elde edilmesini en kolay şekilde sağlayan yöntemler olduğu için dolaylı yöntemler obezite tespitinde sıklıkla kullanılmaktadır. En sık kullanılan dolaylı yöntemler; yaşa ve boya göre ağırlık, deri kıvrım kalınlığı, çevre ölçümleri, ve VKİ' dir (Gönç 2012, s. 39-41). Cinsiyet ve yaşa göre oluşturulmuş ağırlık

ve boy verilerini değerlendiren tablolardan yararlanılarak boy ve yaşa uygun olması gereken ağırlık tespit edilmektedir (Onis ve diğ. 2012, s. 1605-1607).

Klinikte en sık kullanılan yöntemlerden diğeri ise VKİ' dir. VKİ değerleri çocuklarda yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. DSÖ tarafından "Uluslararası Büyüme Standartları" farklı ülke verileri kullanılarak belirlenmiştir. Belirlenen standartların referans olarak kullanılabilmesi belirtilmekle birlikte toplumlarda farklılıklar olabileceği için pek çok ülke kendi beden ölçülerine göre skorlama kriterlerini geliştirmiştir (WHO 2016, s. 6).

Ülkemizde Neyzi O ve diğ. 2008 yılında Türk çocukları için 0-17 yaş arası cinsiyete göre değişen skorlama ölçeğini hazırlamışlardır. Bu skorlama yöntemi yaşa göre boy uzunluğu ve vücut ağırlığı eğrileri göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. VKİ değeri 85-97. persentil arasında olan değerler kilolu, 97. persentil ve üzerinde olan değerler ise obezite olarak kabul edilmektedir. VKİ z skoru da değerlendirmelerde kullanılmaktadır. VKİ z skoru değerinin referans değere göre artı bir ile artı iki standart sapma (+1SD - +2SD) arasında olması kilolu, artı iki standart sapma (+2SD) ve üzerinde olması ise obezite olarak kabul edilmektedir. DSÖ' ye göre Z skoru değerlendirme tablosu Tablo 2' de gösterilmiştir (Onis ve diğ. 2012, s. 1605-1607).

Tablo 2. 2: Z skoruna göre obezite sınıflandırması

Z Skoru	Yaş Göre Ağırlık (WAZ)	Yaş Göre Boy Uzunluğu (HAZ)	Yaş Göre VKİ (BAZ)
>+ 3 SS		Çok Uzun	Şişman
>+ 2 SS - <= +3 SS		Uzun	
>+ 1 SS - <= + 2 SS	NORMAL	NORMAL	Hafif Şişman
<=+ 1 SS Ortanca / Median >= -2 SS			NORMAL
>= - 3 SS - < - 2 SS			Zayıf
< - 3 SS	Çok Zayıf	Ciddi Bodur	Çok Zayıf

(Kaynak: DSÖ, 2011)

Fazla kilo ve obezitenin ciddi sağlık sonuçları vardır. Artmış VKİ; yüksek kolesterol düzeyleri, yüksek tansiyon ve anormal glikoz toleransı ile karakterizedir. Bu sebepler kardiyovasküler hastalıklar için önemli birer risk faktörüdür (Kavey ve diğ. 2003, s. 369).

Uzun takipli kohort çalışmalarında obez çocuklarda kardiyovasküler hastalık riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Gunnel ve diğ. 1998, s. 1117).

Çocukluk ağı obezite prevalansının artmasıyla çocuklarda da tip 2 diyabet görölme sıklığı gittikçe artmaktadır (Hannon 2005, s. 474). Çocuklarda obeziteye bağlı erken yaşta görölen metabolik sendrom, tip 2 diyabet dışında pek çok hastalıkla birlikte ilerlemektedir. Yapılan çalışmalarla obez çocuklarda astım gibi solunum yolu hastalıkları riskinin arttığı gösterilmiştir (Martinez ve diğ. 2016, s. 40). Solunum yolu hastalıklarına ek olarak henüz tam patofizyolojisi açıklanamamış olsa da obeziteye bağlı olarak uyku apnesi de gelişebilmektedir (Acioğlu ve diğ. 2010, s. 746). Sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve hareketsizlik çocukluk ağı obezitesinde metabolik inflamasyona sebep olarak çeşitli kanser türleri için risk düzeyini artırabilir (AICR 2007, s. 18, WHO 2004, s. 12).

Bu hastalıklar erken ölümler ve uzun süreli morbiditeye sebep olmaktadır. Obezite bireylerin yaşam kalitesini sağlığın yanında sosyal olarak da düşürmektedir. Çocukluk ağı obezitesi çocukların zorbalıklara maruziyetinin bir sonucu olarak sosyal izolasyonuna yol açabilir (Lobstein ve diğ. 2004, s. 7-8).

2.2.2. Risk Faktörleri

Çocukluk ağı obezitesine yol açan sebepler genetik ve çevresel faktörler olarak iki temel gruba ayrılabilir.

Genetik faktörler: Obez ebeveyne sahip olan çocukların daha fazla obezite riski altında olduğu kanıtlanmıştır (Jaarsveld ve Gulliford 2015, s. 5). Obezite ile ilgili genler çevresel faktörler eşlik etmediği sürece tek başına bir obezite kriteri olmamakla birlikte leptin metabolizma bozuklukları gibi bazı genetik sorunlar çevresel faktörlerden bağımsız olarak görölebilen obezite durumlarını açıklayabilmektedir (Gürel ve İnan 2001, s. 42-44). Aile alışmaları, besin seçimi ve tüketiminde genetik yapının önemli etkenlerden biri olduğunu ve alınan enerjiye karşılık vücudun verdiği cevabın genetiğe göre belirlendiğini

göstermiştir (Perusse ve Bouchard 1999, s. 20). Fakat obezite fenotipinin en fazla yüzde 30-50 oranında kalıtımla geçebileceği düşünüldüğünde obezite prevalansında genetik faktörlerin yüzdesel etkisi açıklanamamaktadır (Freidman 1997, s. 120, Zhang ve diğ. 1994, s. 430).

Çevresel faktörler: Obeziteye etki eden çevresel faktörler prenatal dönemde başlamaktadır. Annenin gereğinden fazla veya az karbonhidrat tüketimi, gestasyonel diyabet, annenin gebelikte obezite veya malnütrisyon riskinin olması gibi faktörler çocuklarda obezite görülme riskini artırmaktadır. Prenatal dönemde hiperglisemi veya hipoglisemi yaşamının pankreatik beta hücrelerinde bozukluklara sebep olabileceği hayvan çalışmaları ile gösterilmiştir (Gürel ve İnan 2001, s. 45).

Anne sütü tüketiminden başlayarak ilerleyen dönemlerde ebeveynlerin besin seçimleri ve yeme davranışlarının çocukluk çağı obezitesinde en önemli çevresel nedenlerden biri olduğu gösterilmiştir (Gülden 2012, s. 27). Yeme davranışı yaşamın ilk iki yılında kazanılmakta ve ebeveyn tercihleri bu dönemi şekillendirmektedir (El-Behadli ve diğ. 2015, s.55). Aileler çocuklarına sağlıklı yeme alışkanlıkları kazandırarak obezite riskini azaltabilecekleri gibi yanlış yeme davranışları kazandırarak riski artırabilmektedirler (Özer 2014, s.67). Aynı zamanda görsel ve işitsel medyada yapılan tanıtımların yemek yeme isteğini tetikleyici mesajlar vermesi de yemek seçimine etki etmektedir (Taras 1989, s. 177). Sosyoekonomik durumun obeziteyi nasıl etkilediğine dair net bir sonuç bulunmamaktadır. Sosyo ekonomik durumun yüksek ve düşük olduğu durumlarda da obezite prevalansının arttığı görülmektedir (Martorell ve diğ. 2000, s. 6). Yanlış besin tercihleri ve tüketim davranışına ek olarak sedanter yaşam tarzının da obeziteye yol açması, farklı çevresel sebeplerle çocukların fiziksel aktiviteye yönlendirilememeleri, asansör kullanımı gibi sebepler de obezite risk faktörlerindedir (Gnavi 2000, s. 797).

2.2.3. Dünya’ da ve Türkiye’de Çocukluk Çağı Obezitesi Prevelansı

Obezite 21. yüzyılın en önemli epidemik hastalıklarındandır. Dünya Sağlık Örgütü 2016 verilerine göre obezite 2014 yılında dünyada 5 yaş altında olan 41 milyon çocuğu etkilemiştir (WHO 2016, s. 6). Geçtiğimiz 20 yılda prevalansı ülkeler arası farklılıklar gösterse de hızla artmaktadır. Uluslararası Obezite Komisyonu’ nun 2003 yılında yayınlanan raporuna göre dünyada 5-17 yaş arasında 10 çocuktan birinin obez veya kilolu

olduğu bildirilmiştir (WHO 2007, s. 11). Dünyadaki 5 yaş altı obez çocukların yüzde 50'si Asya ve Afrika kıtalarında yaşamaktadır. Afrika'da bulunan obez çocuk sayısı 1990-2014 yılları arasında 2 kat artmış; 5.4 milyondan 10.3 milyona yükselmiştir (WHO 2016, s. 6). Çocukluk çağı obezitesi, diğer ülkelerde olduğu gibi Amerika Birleşik Devletleri için de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (NHANES) sonuçlarına göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1988–1994 ve 2003–2004 yılları arasında 2-5 yaş arası çocuklarda aşırı kilolu olma sıklığının yüzde 7,2'den yüzde 13,9'a; 6-11 yaş arası çocuklarda ise yüzde 11'den yüzde 19'a yükseldiği bildirilmiştir. Obezite görülme sıklığı 2011-2014 yılları arasında 2-19 yaş grubunda yüzde 17 oranında sabit kalmış fakat ortalama 12.7 milyon çocuk ve adölesanı etkilemiştir (Ogden ve diğ. 2015, s. 2-4). Avrupa'da çocukların yüzde 20'sinin kilolu ve bu çocukların 1/3' ünün şişman olduğu bildirilmiştir (Ergül ve Kaklım 2011, s. 223). Türkiye'de ise 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre 0-5 yaş arası çocukların yüzde 8.5'i obez, yüzde 17.9'u hafif şişman, yüzde 10.3'ü zayıf ve yüzde 5.6'sı ise çok zayıftır. Obezite prevalansının kız çocuklarda erkeklere oranla daha az olduğu belirtilmiştir. Yaş grubu ve cinsiyete göre VKİ z-skorları incelendiğinde 0-5 yaş grubunda obez ($\geq +2SD$) çocuklar arasında 19-24 ay yaş grubunda obezite görülme sıklığının en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı 2014, s. 34). Farklı bölgelerde 2001 ile 2011 yılları arasında yapılan çalışmalarda obezite ve aşırı kilolu prevalansları sırasıyla yüzde 1.6-10.6 ve yüzde 8.3-22.4 bulunmuştur (Erem 2015, s. 39). Bununla birlikte; Türkiye'de geniş ölçekli yapılan başka bir araştırmada, annenin eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik durumun yükselmesiyle okul öncesi çağ obezite prevalansında yükseliş görülmüştür. Ülkenin batısında ve kentsel yaşama sahip bölgelerde yaşayan çocuklarda obezite görülme sıklığının yükseldiği bulunmuştur. Bu sonuçlar ise alım gücü, yiyeceğe ulaşım ve çeşitlilik çoğaldıkça alınan kalorinin artmasıyla bağdaştırılmıştır (Santas ve Santas 2018, s.80-83).

2.2.4. Obezite İle İlgili Türkiye' de Yapılan Önlem Çalışmaları

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire başkanlığı obezite ile mücadele kapsamında “Türkiye Beslenme ve Sağlıklı Yemek Tabakasıyla Fiziksel Aktivite Piramidi”, “Türkiye Beslenme Rehberi” ve “Obezite ile Mücadele Hareketi” gibi beslenme ve fiziksel aktivite odaklı önleme çalışmaları

sürdürmektedir. Çocukluk çağı obezitesine yönelik özel çalışmalarda bulunmaktadır. ‘‘Beslenme Dostu Okul Programı’’, ‘‘Okul Sütü Programı’’, ‘‘Okul Kantinlerinin Kontrolü ve Hijyen Kurallarının Uyumunu’’, ‘‘Beslenme Önerileri ve Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocukları İçin Menü Programı’’ yürütülen çalışmalardandır (Santas ve Santas 2018, s.80-83). Fakat bu uygulamalar okul çağı çocukları kapsamaktadır. Okul öncesi oyun dönemi perioduyla okul çağı çocuklarının obezite prevelanslarında ve obezite gelişim faktörlerinde fark olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Meral 2018, s. 473).

2.3. KONTROL ALGISININ DÜZENLENMESİ

Yaşam biçimi ve alışkanlıklar, kişilerin kendi irade ve kontrolleri ile verdikleri kararların doğrultusunda oluşmaktadır. Bireylerin yaşam boyu tercihlerinin altında yatan ana sebeplerin belirlenmesi sağlık durumlarındaki iyilik halinin devamlılığı ve sağlığın kontrolü için ana düzenleyicilerdendir. Diğer bir deyişle sağlık tercihlerini belirleyen kontrol algı mekanizması yaşam şekli ve alışkanlıkları belirleyen temel faktörlerdendir. Kişilerin karar mekanizmalarını etkileyen faktörlerden biri olan yaşadığı çevrenin etkisi göz önünde bulundurulduğunda sağlık ile ilgili verilen kararların incelenmesi halk sağlığı açısından önem arz etmektedir (Ajzen 2002, s. 670-672).

Bireysel olarak bakıldığında ise kişilerin sağlıkları ve kilo kontrollerini belirleyen faktörler, bireyin özgür seçimlerini yapabilmesi için kararları üzerinde hissettiği kontrol yetkisi ve yaşadığı toplumsal baskı gibi sebeplerle değişebilmektedir. Diğer bir deyişle davranışları belirleyen asıl faktör, kişinin ulaşmak istediği hedefe ulaşma isteğini belirleyen nedenlerdir. Bu nedenler kişinin kontrol algısını oluşturmaktadır. Kontrol algısı; kişinin davranışlarının içsel denetim mekanizmaları ile ve/veya çevresel faktörlerin etkisiyle oluştuğuna yönelik inancıdır (Wallston ve diğ. 1987, ss. 7-8). Kontrol algısını oluşturan ve değiştiren pek çok alt yapı bulunmaktadır. Kişinin özyeterliliği ile birlikte nedensel nitelikleri, öğrenilmiş çaresizlik durumu ve kontrol odağı bu alt yapılardandır. Kontrol odağı; davranışların sergilenmesine neden olan inançların ve sonuçlarının değerlendirilmesi açısından özellikle sağlıkla ilgili konularda kullanılabilecek önemli parametrelerdendir (Rotter 1966, s. 22).

2.3.1. Kontrol Odağı

Kontrol odağı sistemi Julian Rotter'in sosyal öğrenme teorisinin bir türevidir. Teoride bireylerin davranışlarını kurgulaması dört temel prensibe dayandırılmıştır: davranışlar, beklentiler, davranışların sonuçları ve psikolojik durumlar. Kontrol odağı bu değişkenlerden beklentilere ilişkindir (Rotter 1975, s. 57-62). Kontrol odağı temel anlamda "kişinin kendi davranışı ve sonuçları arasındaki nedensel ilişkinin niteliğine hakkındaki genel bir tutum, inanç veya beklenti" olarak tanımlanabilir (Cobb-Clark 2015, s. 17). Diğer bir deyişle bireylerin yaşadıklarının sonucu olarak karşılaştığı olumlu ya da olumsuz sonuçların hangi nedenlere göre gerçekleştiğini ve hangi faktörlerin bu sonuçları kontrol ettiğine dair inançlarıdır (Türkoğlu ve diğ. 2017, s. 4). Bu prensiplere göre bireyler gelişen sonuçların kendi davranışlarıyla doğrudan ilişkili olduğuna inandığı ölçüde iç kontrol odağına, kontrolünün dışında gelişen sebeplerle sonuçların oluştuğuna inanmasıyla dış kontrol odağına sahiptir denilebilir (Rotter 1954, s. 147-150). Kontrol merkezi kavramı temel olarak bireylerin yaşadığı olayların sonuçlarını kendi davranış ve yetenekleri doğrultusunda ya da kader, şans gibi farklı dış değişkenlerin etkileri olarak değerlendirmesi eğilimidir (Rotter 1966, s. 2-4).

İç kontrol odağı yönelimi yüksek olan bireyler, davranışlarıyla örtüşmeyen dış etmenlerle karşılaştıklarında inandığı ilkelere olan güveni daha da sağlamlaştırır. Buna karşın, dış kontrol odağı yönelimi yüksek olan bireyler, dış etmenleri daha bilgili veya sağlam bir otorite olarak değerlendirdiklerinde, dış etmenlerin gücüne daha fazla inanıp, kararlarını dış etmenlerin etkisi altında değiştirebilmektedirler (Dönmez 1986, s. 260-262). Fakat, kontrol odağı, iç ve dış yönelim olarak net ayrımı yapılabilen iki kategori olarak değerlendirilmemelidir. Bireyler bazı durumlarda iç ve dış yönelime benzer yakınlıkta bulunabilmektedir. Genelleme yapıldığında; bireyler başarılı sonuçlar elde ettiklerinde iç kontrol, başarısız sonuçlarda ise dış kontrol odaklı olma yönelimindedirler (Karataş ve Uzun 2018, s. 1270-1272).

2.3.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı

Kontrol odağı algısı pek çok alanda kullanılabilir bir parametredir. Pazarlama politikası olarak kontrol odağı yönelimine göre bireylere hitap edecek ürün üretiminin artışı pek

çok alan için kontrol odağı algısını kullanılabilir bir hale getirmiştir (Cobb-Clark 2015, s. 5).

İç kontrol odağı yönelimi yüksek bireyler iyi sonuçlara ulaşmak için gerekli olan niteliklere sahip olduklarına inanırlar. Davranışlarını bireysel yeterliliklerine göre planlama eğilimindedirler. Dış kontrol odağı yönelimi yüksek bireyler ise sonuçta elde edecekleri iyi veya kötü sonuçların kişisel çabalarının dışında dış etmenlere bağlı olduğuna inanmaktadır. Şans, kader gibi faktörler bu bireyler için çoğu zaman önemli bir etkidir. Özbenlik saygısı, kişisel yeterlilik, nevroitiklik, olayları algılama biçimi gibi pek çok davranışları belirleyen etken bireylerin kontrol odağı yönelimine göre şekillenmektedir (Runyon 1973, s. 290).

Kontrol odağı yönelimleri kişilerin sağlığa olan bakış açılarını da şekillendirmektedir. Bireyler sağlık durumlarının iç ve/veya dış etkenlere bağlı olarak değişebileceği inancını taşımaktadırlar. Bu bakış açısının değişimiyle sağlık kontrol odağı yönelimi belirlenmektedir (Wallston 1982, s. 71). Beslenmenin sağlığın en önemli belirleyici faktörlerinden biri olduğu göz önünde bulundurularak örnek verilirse; fazla yağlı diyet tüketen bir bireye düşük yağlı diyetle ilgili fikirleri sorulduğunda; birey iç sağlık kontrol odağı yönelimi yüksek bir bireyse ‘düşük yağlı diyet tüketimi sağlam bir irade gerektirir’ olarak düşünecektir. Fakat dış sağlık kontrol odağı yönelimi yüksek olan bireyler ‘az yağlı diyet tüketimi için yeterli zamanım veya param yok’ gibi dış etkenleri öne süreceklerdir (Ajzen 2002, s. 670-672).

Sağlık kontrol odağı değerlendirmesi ilk ileri sürüldüğünde tek boyutlu olduğu düşünülerek Rotter’in iç-dış sağlık kontrol odağı ölçeği ile değerlendirilmiştir. Tek boyutlu değerlendirmede, 29 ifade içerisinden bir ifade seçilerek uygulanmaktadır. Örneğin, “İyi bir lider, bireylerin kendileri için ne yapmaları gerektiğine kendilerinin karar vermelerini bekler” veya “İyi bir lider, bireylere yapmaları gerekenleri açıkça gösterir” seçenekleri kişilerin iç-dış kontrol odağı hakkındaki yönelimleri ile ilgili bilgi vermektedir (Rotter 1966, s. 20-22). Fakat sağlıkla ilgili konularda değerlendirme yapmanın birden fazla boyutu olduğu ve farklı boyutlarda değerlendirmenin daha net bilgi verdiği düşünülmüş ve çok boyutlu sağlık odağı değerlendirme sistemi oluşturulmuştur. Çok boyutlu sağlık odağı değerlendirmesinde kişinin deneyimleri,

hissettikleri, duygu ve düşünceleri göz önüne alınarak kendi sağlığı hakkındaki kontrol duygusuna olan inancı değerlendirilmektedir (Wallston ve diğ. 1978, s. 162-165).

Çok boyutlu sağlık odağı ölçeği temelde 2 alt boyutu değerlendirmektedir: iç sağlık odağı yönelimi ve dış sağlık odağı yönelimi. İç sağlık yöneliminde bireyin sağlık durumunun büyük ölçüde kendi elinde olduğu inancını ölçer. Dış sağlık yönelimi ise; bireyin sağlığının dış etmenlere bağlı olduğu inancını ölçer ve iki ayrı boyutu vardır. İlk boyut kişinin sağlığının şans, kader gibi etmenlere bağlı olduğu inancını değerlendirir. İkinci boyut ise bireyin sağlığının sağlık çalışanlarına bağlı olduğu inancını ölçer.

Bireylerin sağlığa bakış açılarını ve çok boyutlu sağlık kontrol odağı değerlendirme sonuçlarını etkileyen pek çok etken bulunmaktadır. Bunlar temel olarak; aile yapısı, yaş, cinsiyet, kültürel yapı, öz yeterlilik ve stres olarak sınıflandırılabilir (Wallston ve Wallston 1982, s. 68)

2.3.2.1. Aile yapısı

Ailelerin çocuklarını yetiştirme tarzları, aile bireylerinin inançları, kültürel bağları çocuklarının içsel veya dışsal kontrol odağı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Wang ve Lv 2017, s. 3). Çocuklarına sorumluluk vererek çabalarını destekleyen, ödül sistemi içerisinde çocuklarının başarılarını ödüllendirip verdikleri sözleri yerine getirerek özbenlik saygısının oluşmasını destekleyen ebeveynlerle büyüyen çocukların iç kontrol odağı yönelimi yüksek bireyler olduğu görülmüştür. Buna karşın; özellikle sosyo-ekonomik düzeyin düşmesiyle birlikte yaşamlarında olan değişimlerin dış etkenlere bağlı olduğunu düşünen ebeveynlerle büyüyen çocukların dış kontrol odağı yönelimleri daha yüksektir. Kadınların yönettiği tek ebeveynli ailelerde de dış kontrol odaklı bireylerin yetişme ihtimalinin yüksek olduğu düşünülmektedir (Blanchard ve Scarboro 1973, s. 124).

2.3.2.2. Yaş

Sağlık kontrol odağı algısı, bireylerin kendi davranışlarının sağlıklarına olan etkisinin bilincinde olup, olmalarına dayanmaktadır. Bireylerin sağlık durumlarını etkileyecek durumlara göre verdikleri kararlar; kontrol odaklarına göre şekillenir. Hastalıklarla karşılaşma riski arttıkça bireylerin tutumları değişmekle birlikte sağlık kontrol algıları

yön değiştirebilmektedir. Yetiřkinlerin yař aldıkça sağlık sorunlarının artması net bir veri bulunmasa da sağlık kontrol odaklarını değiştirici bir etkiye sahip olabileceği varsayılmaktadır. Dięer bir deyişle; yař aldıkça bireylerin i sağlık kontrol odağı yönelimlerinde dūřuř grleebileceği dūřnlmektedir (Jacobs-lawson ve dię. 2011, ss. 178-180).

Çocukluk ağı ve yetişkinlik dönemi karşılaştırıldığında ise; doğumlarından 30 yaşına kadar kontrol edilen ve yapılan testler sonucunda 10 yaşında iken iç kontrol odağı yönelimi gösteren 7.500 İngiliz yetişkinin 30 yaşında yapılan kontrolde obez ve/veya aşırı kilolu olma olasılığının daha dūřk olduğu görülmüştür (Novak 2012, s. 229). Hamilelik döneminde ise özellikle 35 yaşından daha ileri yaşlarda ocuk sahibi olan bireylerin i sağlık odak yönelimlerinin daha fazla olabileceği dūřnlmektedir (Clarke ve Gross 2004, ss. 138).

2.3.2.3. Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda cinsiyet farklılıklarına göre iç kontrol algısı yönelimleri arasında net bir ayırım bulunamamakla birlikte, farklı konularda cinsiyetlerin farklı kontrol algısı yöneliminde oldukları görülmüştür. Örneğin; erkelerin akademik başarı açısından daha fazla i kontrol odağı algısına sahip olduğu saptanmıştır (Oskamp ve Schultz 2005, s. 127).

Sağlık kontrol odağı yönelimi açısından bakıldığında ise; kadınların erkeklere göre i denetimlerinin daha yüksek olduğu, erkeklerin sağlık profesyonellerinin önerdiği ilaç ve tavsiyelere daha fazla uyum gösterdiği tespit edilmiştir (Takaki ve Yano 2006, s. 9).

2.3.2.4. Kültürler arası farklılıklar

Kültürlerin sağlık kontrol odağı yönelimlerinin farklılıkları sosyal psikologların ilgisini çeken konulardandır (Mannerstrm ve diğ. 2017, s. 254). Avrupa ve Amerika'da yaşayan insanların sağlık odağı kontrol algılarında önemli bir fark görülmezken; Japon halkı ve ABD' deki insanlar karşılaştırıldığında Japon halkının sağlık kontrol odağı yöneliminin daha dışsal olma eğiliminde olduğu görülmektedir. Etnik gruplar karşılaştırıldığında ise; bireylerin de daha yüksek dışsal odak yöneliminde olduğu bildirilmiştir (Cohen ve diğ. 2001, s. 729-730).

2.3.2.5. Öz yeterlilik

Öz-yeterlilik, kişinin belirli bir faaliyeti gerçekleştirebileceğine olan inancıdır. Yetkinlik ile ilişkilendirildiği için kontrol odağı algısından ayrılmaktadır. Bireyler yüksek bir iç sağlık kontrol odağı yönelimine sahip olsalar dahi sağlıklarını sürdürmek için gerekli olan spesifik bir tedavinin uygulanmasında etkili olmayabilirler (Oskamp ve Schultz 2005, s. 127). Öz-yeterlilik sağlık konusunda önemli bir faktördür. Bireyler sağlık durumları üzerinde öz-yeterliliğe sahip olduklarını hissettiklerinde, sağlıklarının etkileri stres yaratan bir faktör haline gelebilir (Roddenberry ve Renk 2010, ss. 361-363). Öz-yeterlilik ile sağlık kontrol odağı yönelimleri arasında doğru bir ilişki bulunamamıştır. Kontrol odağının öz-yeterliliği zayıf bir şekilde ölçtüğü ileri sürülmüş; bireylerin iç denetim odağı yönelimleri sonucu elde ettikleri hastalıklarla başa çıkma yetenekleri doğrultusunda öz-yeterlilik algısının zayıf bir şekilde etkilenebileceği öne sürülmüştür (Hsu ve diğ. 2017, s. 27).

2.3.2.6. Stres

Stres sağlık açısından önemli bir etken olmakla birlikte sağlık odağı yönelimleri üzerinde de etkilidir. Stres, öz-yeterlilik ve sağlık kontrol odağı algısının incelendiği çalışmalarda; daha düşük düzeyde öz-yeterlilik ve daha yüksek dış kontrol odağı yönelimine sahip olan bireylerin hastalıkla ilişkili psikolojik sıkıntı yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Roddenberry ve Renk 2010, s. 360). Dış kontrol odağı yönelimi yüksek olan bireylerin daha yüksek stres düzeyine sahip olduğu düşünülmektedir. Bu bireyler dış etkilere karşı daha savunmasız hissettikleri için strese daha duyarlı hale gelebilmektedirler (Saarikallio ve diğ. 2018, s. 18).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma annelerin sağlık kontrol odağı merkezi yönelimlerinin, 0-6 yaş aralığındaki çocuklarında çocukluk çağı obezitesi görülme riski ile ilişkisini araştırmak amacıyla; Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı A formu kullanılarak tanımlayıcı araştırma olarak yapılması planlanmış ve yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- a) Annenin sağlığa bakış açısının yönelimi çocuğunda çocukluk çağı obezitesi görülmesinde etkilidir.
- b) Annenin eğitim düzeyi çocuğunu besleme yönetimini etkiler.
- c) Annenin sosyo-ekonomik düzeyi çocuğu için seçtiği besinleri etkiler.
- d) Anne ve babanın birlikte yaşaması veya yaşamaması annenin sağlığa bakış açısını etkiler.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma 0-6 yaş çocuğu olan 400 anne ile Mart 2019- Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerdir.

3.4.2.Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın amacı doğrultusunda uygun örnekleme (Kolayda örnekleme) yöntemi seçilmiştir. Uygun örneklemede (convenience sampling), araştırmacılar katılımcıları ulaşması kolay, araştırma için uygun ve gönüllü bireylerden seçmektedir (Gravetter ve Forzano 2012, s. 78). Araştırmacıya yakın bir okulun araştırma için seçilmesi, bir alışveriş merkezi girişinde giriş ya da çıkış yapan müşterilerle görüşme yapma veya bir akademisyenin ulaşması kolay olduğu için öğrencileri üzerinde araştırma yapması, boşanma süreci ile ilgili olarak aile mahkemelerinin veya boşanma avukatları ile görüşme uygun örnekleme türüne örnektir (Baydar, Gül ve Akçıl, 2007, s. 24). Bu doğrultuda, örnek büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır (hata payı: yüzde 5, güven düzeyi: yüzde 95). Bu sebeple; araştırmanın çalışma gurubuna 400 kişi dâhil edilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada alt ve üst yaş sınırı arasındaki yelpazenin dar olması, annelerin 0-6 yaş arası olan çocuklarının genellikle ilk çocukları olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur. Bireylerin çok boyutlu sağlık kontrol odağı yönelimleri yaş ile birlikte değişebilmekte ve bu durum değişen bakış açılarıyla birlikte annelerin çocuklarını yetiştirme biçimlerinde değişikliklere yol açabileceği düşünülmektedir. Annelerin yaşlarının geniş bir yelpazede olmaması olası bir fark gözlemlenebilmesini engellemiş olabilir. Benzer bir şekilde annelerin çocuklarıyla ilgili deneyimleri arttıkça sağlığa bakış açıları ve çocukları üzerinde olan kaygıları değişebilmektedir. Annelerin ilk çocukları ve daha sonra doğan çocuklarını yetiştirme tarzlarında farklılıklar olduğu düşünülebilir. Genelde ilk çocuğu olan anneler ile çalışılmış olması olası bir anlamlılığı gözlemlemeyi engellemiş olabileceği düşünülmüştür.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmada annelerin 0-6 yaş arası çocuklarının olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları ve iletişim ve mental bir sorunlarının olmaması dahil edilme kriterleridir.

3.7. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Annelerin çalışmanın yapıldığı tarihlerde 0-6 yaş arası çocuğunun olmaması, araştırmaya katılmaya gönüllü olmamaları ve iletişim ve mental bir sorunun olması araştırmaya dahil edilmeme kriterleridir.

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

3.8.1. Veri Toplama Araçları

“Anne Sağlık Kontrol Odağı Algısının Çocukluk Çağı Obezitesi İle İlişkisi” anket formu ile veriler toplanacaktır. Anket formunun ilk bölümü, 5 adedi sosyo-demografik özellik belirleme, 2 adedi katılımcının ve eşinin kilosunu - boyunu öğrenme ve 15 adedi çocuğuna dair doğum tarihi, kilo – boy ve beslenme alışkanlıklarının sorgulandığı toplam 22 adet araştırmacı tarafından belirlenmiş soru içermektedir. İkinci bölümü ise; Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeğini içermektedir.

Walltson, Wallston ve DeVellis (1978) Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği’ni (Multidimensional Health Locus of Control Scale-MHLC) sağlığa bakış açısının yönelimini değerlendirebilmek amacıyla oluşturmuşlardır (Walltson ve diğ. 1978, s. 161). Ölçek sağlık davranışlarının belirlenmesinde ve tedavi sonrasında elde edilen sonucun kişinin sağlık kontrol odağı inancına göre değişip değişmediğinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin A, B ve C formu olmak üzere 3 ayrı formu bulunmaktadır. B formu sağlıklı bireylerde ve genel popülasyonda sağlık kontrol odağını ölçmek için kullanılabilirdiği gibi, güçlü kanıtlar olmamasına karşın kronik hastalıklı kişilerde de kullanılabilir. C formu ise kronik hastalık söz konusu olduğunda kullanılmaktadır (Krespi ve Arslan 2014, s. 46) A formu ise genel popülasyonda herhangi bir kronik hastalık gibi ayırıcı bir durum olmaksızın kullanılabilen formudur. Ayrıca A formu literatürde en çok kullanılan formudur. Bu açıdan elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde daha kıyaslanabilir sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır (Güzel, A., 2017, s. 92). Çalışmada kullanılan formu A’dır. Ölçekte değerlendirilen 18 soru Tablo 3’te görüleceği gibi altışar olarak 3 alt boyuta ayrılmaktadır. Bunlar; iç sağlık kontrol odağı (Internal Health Locus of Control) dış sağlık kontrol odağı (Powers Others Health Locus of Control) ve şans kontrol odağı (Chance Health Locus of Control) dır. Kontrol

odağı iç yönelimi sağlıkla ilgili konularda içsel denetimin gücünü belirlemektedir. Dış ve şans kontrol odağı alt boyutları, sağlık çalışanları, aile bireyleri, şansın veya kaderin etkisi gibi bireyin dışsal etkenlere yönelimini değerlendirmektedir.

Tablo 3. 1: Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeğinin sorularının alt boyutları

Maddeler	Geliştirme Çalışmasında ki Alt Boyut Karşılıkları
3. Hastalıktan kaçınmanın en iyi yolu düzenli olarak doktorumu görmektir.	Dış
5. Kendimi iyi hissetmediğimde bir sağlık uzmanına başvurmalıyım.	Dış
10. Sağlık durumumun iyi olup olmaması doktorlara bağlıdır.	Dış
14. Bir hastalığı atlatmam çoğunlukla doktor, hemşire, aile fertleri ve arkadaşlar gibi başka insanların bana iyi bakıyor olmasından kaynaklanır.	Dış
18. Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediklerini yaparım.	Dış
7. Ailemin hasta olmam veya sağlıklı kalmam ile büyük ilgisi vardır.	Dış
1. Hasta olursam çabuk iyileşmek benim kendi davranışlarıma bağlıdır.	İç
6. Sağlığımın iyi olup olmaması benim kontrolümdedir.	İç
8. Hastalandığım zaman suçlanacak kişi benimdir.	İç
12. Sağlığımı etkileyen esas şey benim kendi yaptıklarımdır.	İç
13. Kendime iyi bakarsam hastalıklardan kaçınabilirim.	İç
17. Eğer doğru hareket edersem sağlıklı olurum.	İç
2. Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam, olurum.	Şans
15. Ne yaparsam yapayım hastalanma ihtimalim vardır.	Şans
16. Kaderde varsa sağlıklı olurum.	Şans
4. Sağlığımı etkileyen çoğu şey kaza ile başıma gelir.	Şans
9. Bir hastalıktan toparlanmamda şansın büyük bir payı vardır.	Şans
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde şans işidir.	Şans

Sorulara katılım puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum=0” “kesinlikle katılıyorum=5” olarak yapılmıştır. Farklı her bir alt boyut 0-30 arasında puanlamaya sahiptir. Alt boyutların iç tutarlık katsayıları dış sağlık kontrol odağı boyutu için 0.67, iç sağlık kontrol

odağı boyutu için 0.77 ve şans-kader sağlık kontrol odağı boyutu için 0.75" olarak belirtilmiştir. Ölçek, Türkçe'ye Üstündağ-Budak (1999) tarafından uyarlanmıştır (Üstündağ-Budak 1999, ss. 59-65). Geçerlilik güvenilirliği ise; Güzel (2017) tarafından yapılmıştır (Güzel, A., 2017, s. 92).

Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık katsayısı ve test-tekrar test yöntemleri ile tespit edilmiştir. İç ve dış alt boyutları gerekli güvenilirlik seviyesine ulaşırken, şans-kader alt boyutunun gerekli güvenilirlik seviyesine ulaşamadığı görülmüştür.

Yapılan araştırmada kullanılan ölçeğin orijinalinde ki alt boyut sayısı 3'tür. Fakat, uyarlama çalışmasında ölçüm aracının 4 alt boyutlu versiyonunun da kullanılması önerilmiştir. 4 boyutlu ölçme modelinde kader alt boyutunun ilişkilendirildikleri sorular, faktör analizi sonuçlarına göre 0.39 iç tutarlılık katsayısında bulunmuştur. Bu sebeple geliştirme çalışmasında ölçeğin faktör yapısı yeniden incelenmiş 3 ve 4 alt boyutlu olarak iki alternatif ölçme modelinin de kullanılabilmesi gösterilmiştir. Güvenirlik katsayısı 0.39 seviyesindedir ve alt boyutun güvenilir biçimde değerlendirilemeyeceğini göstermekle birlikte bu alt boyutun değerlendirme dışında tutulmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu çalışmada, 3 boyutlu ölçme modeli bulguların güvenilirliği yönünden tercih edilmesi en uygun versiyon olarak görülmüş ve uygulanmıştır (Üstündağ-Budak 1999, ss. 59-65, Wallston ve diğ. 1978, ss. 167-169).

Ölçeğin istatistiksel değerlendirmesi yapılırken; bazı sorularda 3 ayrı odak yönelimi gruplarından aldığı puanlar tek tek incelendiğinde fark saptanmışken, ortalama puanlara göre değerlendirme alındığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Bu durumlarda farkı ortaya koyabilmek amacıyla; toplamda her bir grup için en yüksek puan 30 olacağından 0-10 puan arası düşük yönelim, 11-19 puan arası orta yönelim ve 20-30 puan arası yüksek yönelim olarak gruplandırılmıştır. Böylece her bir odak yönelimi sadece diğer odaklarla değil, kendi içerisinde de yönelim kuvvetlerine göre değerlendirilmiştir.

Çalışmada yaş ile birlikte değişebilecek odak yönelimini incelemek amacıyla; gruplar riskli gebelik yaşı olarak nitelendirilebilecek 35 yaş sınır kabul edilerek; 35 yaş altı genç, 35 yaş üzeri yetişkin olarak iki grupta incelenmiştir.

Yetişkinlerin vücut ağırlıkları değerlendirmelerinde VKİ değerleri hesaplanmış ve DSÖ referanslarına göre Tablo 1 de belirtilen şekilde gruplandırılmıştır. Değerlendirme VKİ değeri; 18,5 altında ise kronik protein enerji malnütrisyonu, 18,5 ile 19 arasında ise, kabul

edilebilir derecede zayıf, 20,0 ile 24,9 arasında ise normal, 25,0 ile 29,9 arasında ise hafif şişman, 30,0 ile 34,9 arasında ise birinci derece obez, 35,0 ile 39,9 arasında ise ikinci derece obez, 40,0 ve üzerinde ise üçüncü derece veya morbid obez olarak değerlendirilmiştir.

Çocukların vücut ağırlıkları değerlendirmesi ise; DSÖ referansları kullanılarak VKİ değerine göre z score hesaplamaları yapılarak değerlendirilmiştir. Tablo 2 de gösterildiği üzere; VKİ z skoru değerinin referans değere göre artı bir ile artı iki standart sapma (+1SD - +2SD) arasında olması kilolu, artı iki standart sapma (+2SD) ve üzerinde olması obezite, artı bir ile eksi iki standart sapma (+1SD - -2SD) arasında olması normal, eksi üç ile eksi iki standart sapma (-3 SD - -2SD) arasında olması zayıf, eksi üç standart sapma (-3SD) ve altında olması çok zayıf olarak kabul edilmiştir.

3.9. VERİLERİN ANALİZ EDİLMESİ

İstatistiksel analizler için SPSS 21.00 programı kullanılmıştır. Normallik testi uygulandıktan sonra gruplar arasında farklılık analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Annelerin sağlık kontrol odağı ile çocukluk çağı obezitesi arasındaki ilişkiyi inceleyebilmek için normallik testi sonucunda parametrik test gereksinimleri sağlanmış ve ANOVA testi uygulanmıştır. Çoklu cevap alınmış olan sorular için yüzdesel değerlendirmeler ki-kare testi ile elde edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırma 2018 yılı Ekim ayında planlanarak, 2018 yılı Aralık ayında tez önerisi hazırlanmış ve Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne sunulmuştur. Mart 2019- Şubat 2019 tarihlerin de veriler toplanarak, değerlendirilmiş ve hazırlanan rapor, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Uygulamaya başlamadan önce Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve katılımcılardan bilgilendirilmiş 19 Aralık 2018 tarih ve 2018-17/08 sayılı karar ile onay izin alınmıştır (Bkz. EK 2).

4. BULGULAR

Çalışma 401 katılımcı ile gerçekleştirilmiş olup, elde edilen sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 4. 1: Katılımcılara ait genel bilgiler

Genel Bilgiler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Annenin Yaşı	Genç anneler < 35 yıl	265	66,1
	Yetişkin anneler ≥ 35 yıl	136	33,9
Eğitim Durumu	İlkokul	41	10,1
	Ortaokul	30	7,5
	Lise	72	18,0
	Üniversite	198	49,4
	Yüksek lisans – Doktora	60	15,0
Medeni Hal	Çocuğumun babası ile birlikteyim	390	97,3
	Çocuğumun babasından boşandım	11	2,7
Çalışma Durumu	Ev hanımı	207	51,6
	Çalışıyor	190	47,4
	Emekli	4	1,0
Gelir Durumu	Gelirim yok	4	1,0
	1600 TL ve altı	20	5,0
	1601-3000 TL	63	15,7
	3001-5000	109	27,2
	5001-7000	87	21,7
	7001 TL ve üzeri	118	29,4
Çocuğun Cinsiyeti	Erkek	225	56,1
	Kız	176	43,9

Katılımcı annelerin yüzde 66,1' inin 35 yaşının altında yüzde 33,9' unun 35 yaşının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde, yüzde 10,2 oranında ilkokul, yüzde 7,5 oranında ortaokul, yüzde 18 oranında lise, yüzde 49,4 oranında üniversite ve yüzde 15 oranında yüksek lisans- doktora mezunu oldukları görülmüştür. Annelerin yüzde 97,3' ü çocuklarının babasıyla evli iken, yüzde 2,7' si eşleriyle boşanmışlardır. Katılımcıların yüzde 51,6' sı ev hanımı , yüzde 47,6' sı çalışıyor ve

yüzde 1'i ise emeklidir. Annelerin gelir durumları incelendiğinde, yüzde 1 oranında gelirlerinin olmadığı, yüzde 5 oranında 1.600 TL ve altında gelirleri olduğu, yüzde 15,7 oranında 1601- 3000 TL arasında gelirlerinin olduğu, yüzde 27,2 oranında 3001-5000 TL arasında gelir elde ettikleri, yüzde 21,7 oranında 5001-7000 TL gelirlerinin olduğu ve yüzde 29,4 oranında 7001 TL ve üzeri gelir kazandıkları görülmüştür. Katılımcılar yüzde 56,1 oranında erkek çocuğa, yüzde 43,9' u kız çocuğa sahiptir.

Tablo 4. 2: Katılımcılara ve çocuklarına ait obezite durumu değerlendirmeleri

Obezite Durumu Değerlendirmeleri		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Anne VKİ Değerlendirmesi	Normal kilolu	227	56,6
	Kilolu	118	29,4
	Obez	56	14,0
Çocukların Z skoruna Göre Sınıflandırılması	Obez	45	17,65
	Kilolu	48	18,83
	Normal	139	54,5
	Zayıf	22	8,63
	Çok zayıf	1	0,39
*146 çocuğun güncel kilo-boy verisi bulunmamaktadır.	Toplam	255	63,6

Katılımcıların VKİ değerlendirmelerine göre; yüzde 56,6' sı normal kilolu, yüzde 29,4' ü kilolu ve yüzde 14' ü obezdir. Çocuklarının ise yüzde 11,2' si obez, yüzde 12'si kilolu, yüzde 34,7' si normal kiloda, yüzde 5,5' i zayıf ve yüzde 0,2' si çok zayıftır.

Tablo 4. 3: Katılımcıların sağlık odak yönelimi derecelendirmeleri

Odak Yönelimi Derecelendirmeleri		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İç Odak Kontrol Yönelimi Derecelendirmesi	Düşük	61	15,2
	Orta	191	47,6
	Yüksek	149	37,2
Dış Odak Kontrol Yönelimi Derecelendirmesi	Düşük	125	31,2
	Orta	240	59,9
	Yüksek	36	9,0
Şans Kontrol Odağı Yönetimi Derecelendirmesi	Düşük	232	57,9
	Orta	159	39,7
	Yüksek	10	2,5

Katılımcıların yüzde 15,2' si düşük iç sağlık odak yönelimine sahipken, yüzde 47,6' sı orta derecede, yüzde 37,2' si yüksek derecede iç sağlık yönelimine sahiptir. Dış sağlık odak yönelimi incelendiğinde, yüzde 31,2 oranında düşük, yüzde 59,9 oranında orta ve yüzde 9 oranında yüksek yönelimdedirler. Şans sağlık yöneliminde ise düşük, orta ve yüksek olarak sırasıyla yüzde 57,9, yüzde 39,7, yüzde 2,5 yönelimde oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4. 4: Katılımcıların yaş gruplarına göre sağlık odak yönelimleri derecelendirmesi

Odak Yönelimi Derecelendirmeleri		Kişi Sayısı (N)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Gruplar arası anlamlılık
İç Odak Kontrol Yönelimi	Genç anneler	265	16,7245	0,45474	0,32
	Yetişkin anneler	136	17,4779	0,59454	
Dış Odak Kontrol Yönelimi	Genç anneler	265	12,4340	0,39132	0,32
	Yetişkin anneler	136	12,6471	0,51243	
Şans Kontrol Odağı Yönetimi	Genç anneler	265	9,7736	0,32943	0,33
	Yetişkin anneler	136	10,2941	0,38942	

Katılımcılardan 35 yaş altında olanların iç sağlık odak yönelimleri ortalama puanı 16,72, 35 yaş üzerinde olanların ise ortalama puanları 17,47 bulunmuştur. Dış odak yöneliminde genç anne grubunun ortalama puanı 12,43 bulunmuş, yetişkin anne grubunun puanı 12,64 olarak belirtilmiştir. Şans odak yönelimi incelendiğinde ise, 35 yaş altı annelerin ortalama puanı 9,77, yetişkin annelerin ortalama puanı 10,29 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4. 5: Çocuklarının yaşına göre katılımcıların sağlık odak yönelimlerinin belirlenmesi

Odak Yönelimi Derecelendirmeleri		Kişi Sayısı (N)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Gruplar arası anlamlılık
İç Odak Kontrol Yönelimi Derecelendirmesi	2 yaş ve altı	161	17,0116	0,05060	0,831
	2 yaş üzeri	240	16,7895	0,04663	
Dış Odak Kontrol Yönelimi Derecelendirmesi	2 yaş ve altı	161	12,4564	0,04016	0,695
	2 yaş üzeri	240	12,8070	0,04167	
Şans Kontrol Odağı Yönetimi Derecelendirmesi	2 yaş ve altı	161	9,9070	0,04112	0,678
	2 yaş üzeri	240	10,205	0,03628	

Katılımcıların yüzde 40,14' ünün çocuğu 2 yaş ve altındayken, yüzde 59,86' sının çocuğu 2 yaşından büyüktür. Katılımcılardan, çocukları 2 yaş ve altı olanların iç sağlık odak yönelimleri ortalama puanları 17,01, 2 yaş üzeri çocuğu olanların 16,78 olarak bulunmuştur. Dış sağlık odak yönelimleri incelendiğinde, 2 yaş altı olanların ortalama puanı 12,45, 2 yaş ve üzeri çocuğu olanların ortalama puanı 12,80' dir. Şans odak yöneliminde ise 2 ve altı ve 2 yaş üzeri olanların ortalama puanı sırasıyla, 9,90 ve 10,21 bulunmuştur. Gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4. 6: Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık odak yönelimlerinin belirlenmesi

Odak Yönelimleri		Kişi Sayısı (N)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Gruplar arası anlamlılık
İç Odak Kontrol Yönelimi	Çocuğumun babası ile birlikteyim	390	16,8205	0,36809	0,09
	Çocuğumun babasından boşandım	11	22,6364	0,90727	
Dış Odak Kontrol Yönelimi	Çocuğumun babası ile birlikteyim	390	12,3436	0,31343	0,02
	Çocuğumun babasından boşandım	11	18,2727	1,53203	
Şans Kontrol Odağı Yönelimi	Çocuğumun babası ile birlikteyim	390	9,8231	0,25600	0,03
	Çocuğumun babasından boşandım	11	14,4545	1,44199	

Katılımcıların iç odak yönelimleri incelendiğinde, çocuğunun babasıyla birlikte olanların ortalama puanı 16,82 iken çocuğunun babasından boşanmış olanların ortalama puanı 22,63'dür. Gruplar arasında anlamlı fark vardır. Gruplar arası anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Dış sağlık odak yöneliminde ise, evli katılımcıların ortalama puanı 12,34, eşiyile boşanmış bireylerin ortalama puanı 18,27' dir. Gruplar arasında anlamlı fark mevcuttur ($p < 0,05$). Şans odak yönelimi ortalama puanları evli bireylerde 9,82, eşinden boşanmış bireylerde 14,45'dir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 4. 7: Katılımcıların çalışma, eğitim ve gelir durumlarına göre sağlık odak yönelimi değerlendirmeleri

Odak Yönelimleri / Çalışma-Eğitim ve Gelir Durumları		Kişi Sayısı (N)	Standart Sapma	Anlamlılık Derecesi	Gruplar Arası Anlamlılık	
İç Odak Kontrol Yönelimi	Ev hanımı (N:207)	Çalışıyor	190	0,72684	0,168	0,184
		Emekli	4	3,65200	0,860	
	1600 TL ve altı (N:20)	Gelirim yok	4	3,94890	0,865	0,106
		1601-3000	63	1,85042	0,275	
		3001-5000	109	1,75381	0,398	
		5001-7000	87	1,78786	0,069	
	>7001	118	1,74341	0,096		
	İlkokul (N:41)	Ortaokul	30	1,72552	0,155	2,82
		Lise	72	1,40516	0,309	
		Üniversite	198	1,23231	0,020	
Yüksek lisans – Doktora		60	1,45525	0,030		
Dış Odak Kontrol Yönelimi	Ev hanımı (N:207)	Çalışıyor	190	0,62729	0,855	0,741
		Emekli	4	3,15180	0,815	
	1600 TL ve altı	Gelirim yok	4	3,32713	1,000	0,00
		1601-3000	63	1,55906	0,000	
		3001-5000	109	1,47766	0,001	
		5001-7000	87	1,50635	0,015	
	>7001	118	1,46890	0,000		
	İlkokul	Ortaokul	30	1,48263	0,069	3,007
		Lise	72	1,20736	0,990	
		Üniversite	198	1,05884	0,320	
Yüksek lisans – Doktora		60	1,25040	0,133		
Şans Kontrol Odağı Yönetimi	Ev hanımı (N:207)	Çalışıyor	190	0,51320	0,843	0,728
		Emekli	4	2,57855	0,809	
	1600 TL ve altı	Gelirim yok	4	2,74832	0,899	0,03
		1601-3000	63	1,28784	0,008	
		3001-5000	109	1,22060	0,119	
		5001-7000	87	1,24430	0,217	
	>7001	118	1,21336	0,094		
	İlkokul	Ortaokul	30	1,23039	0,987	0,148
		Lise	72	1,00195	0,999	
		Üniversite	198	0,87870	1,000	
Yüksek lisans – Doktora		60	1,03767	1,000		

İç sağlık odak kontrol yönelimine göre; ev hanımı ve çalışan katılımcılar arasında, gelir durumuna göre dağılım yapılan gruplarda ve eğitim durumlarına göre yapılan kıyaslamalarda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Dış odak yönelimi incelendiğinde, çalışma durumuna göre ev hanımı ve çalışan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim seviyesine göre belirlenmiş gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Asgari ücret temel alınarak gruplandırılan gruplardan, 1600 TL ve altı geliri olan grupta, 1600 TL üzerinde geliri olan tüm gruplar arasında değişik seviyelerde anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Şans kontrol odağı incelemesinde ise, çalışma durumu ve eğitim seviyesinde anlamlı bir fark elde edilmemişken ($p > 0,05$), 1600 TL ve altı geliri olan grupta, 1601- 3000 TL arasında geliri olan grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 4. 8: Katılımcıların anne sütü verme süresine göre sağlık odak yönelimleri değerlendirmesi

Odak Yönelimleri		Kişi Sayısı (n)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Gruplar arası anlamlılık
İç Odak Kontrol Yönelimi	0-6 ay arası	85	17,2941	0,85893	0,729
	7 ay ve üzeri	256	16,9805	0,43704	
Dış Odak Kontrol Yönelimi	0-6 ay arası	85	13,8824	0,73057	0,049
	7 ay ve üzeri	256	12,3359	0,37973	
Şans Kontrol Odağı Yönetimi	0-6 ay arası	85	10,3647	0,64687	0,545
	7 ay ve üzeri	256	9,9805	0,29546	

Annelerin yüzde 21,2' si 0-6 ay arası anne sütü vermişken, 7 ay ve üzeri anne sütü verenlerin oranı yüzde 78,8' dir. İç odak yönelimine göre incelendiğinde, 0-6 ay anne sütü verenlerin ortalama puanı 17,29 iken, 7 ay ve üzeri veren grubun ortalama puanı 16,98' dir. Dış odak kontrol yöneliminde sırasıyla 0-6 ay anne sütü verenlerin ve 7 ay üzerinde anne sütü verenlerin ortalama puanları 13,88 ve 12,33' dür. Şans kontrol odak yönelimi ortalama puanları ise 0-6 ay anne sütü verenlerde 10,36, 7 ay ve üzeri anne sütü verenlerde 9,98' dir. İç ve şans odak yönelimlerinde gruplar arasında anlamlı fark

bulunmazken ($p>0,05$), dış odak yöneliminde gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4. 9: Katılımcıların VKİ değerlendirmelerine göre sağlık odak yönelimi derecelendirmeleri

Odak Yönelimi Derecelendirmeleri		Kişi Sayısı (n)	Standart Sapma	Anlamlılık Derecesi	Gruplar Arası Fark	
İç Odak Kontrol Yönelimi Derecelendirmesi	Normal kilolu (n:227)	Kilolu	118	0,07751	0,076	0,05
		Obez	56	0,10190	0,009	
Dış Odak Kontrol Yönelimi Derecelendirmesi	Normal kilolu	Kilolu	118	0,06738	0,600	0,265
		Obez	56	0,08859	0,281	
Şans Kontrol Odağı Yönetimi Derecelendirmesi	Normal kilolu	Kilolu	118	0,06185	0,277	0,227
		Obez	56	0,08132	0,475	

Tabloda katılımcıların VKİ değerlerine göre sağlık kontrol yönelimleri değerlendirilmiştir. VKİ'ye göre iç odak kontrol yönelimi derecelendirmesi incelendiğinde diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), normal kilolu katılımcılarla obez katılımcılar arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Dış odak kontrol yönelimlerine göre; gruplar arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p<0,05$). Şans kontrol odağı derecelendirmesi incelendiğinde, hiçbir grup arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p<0,05$).

Tablo 4. 10: Katılımcıların çocuklarının z skoru değerlendirmelerine göre sağlık odak noktası değerlendirmeleri

Odak Yönelimi Derecelendirmeleri		Kişi Sayısı (n)	Ortalama Puan	Standart Sapma	Gruplar arası anlamlılık
İç Odak Kontrol Yönelimi	Obez	45	15,1778	1,15876	0,039
	Kilolu	48	18,4583	1,02580	
	Normal	139	17,6763	0,67456	
	Zayıf	22	15,9545	1,70748	
	Çok zayıf	1	0,0000		
Dış Odak Kontrol Yönelimi	Obez	45	12,4222	0,97416	0,278
	Kilolu	48	13,6667	0,87485	
	Normal	139	12,5252	0,53764	
	Zayıf	22	12,1364	1,84730	
	Çok zayıf	1	0,0000		
Şans Kontrol Odağı Yönetimi	Obez	45	9,5111	0,82304	0,264
	Kilolu	48	10,7292	0,59081	
	Normal	139	9,7698	0,47646	
	Zayıf	22	9,0455	1,32651	
	Çok zayıf	1	0,0000		

Katılımcıların sağlık odak yönelimlerine göre çocuklarının Z skoru değerlendirmeleri yapıldığında, iç sağlık odak yönelimi ortalama puanları sırasıyla obez, kilolu, normal ve zayıf olarak 15,1778, 18,4583, 17,6763, 15,9545' dir. Gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Dış kontrol odak yönelimi değerlendirildiğinde, ortalama puanlar sırasıyla obez, kilolu, normal ve zayıf olarak 12,4222, 13,6667, 12,5252, 12,1364 olarak bulunmuştur. Şans odak yöneliminde ise aynı sırayla ortalama puanlar; 9,5111, 10,7292, 9,7698, 9,0455' dir. Dış ve şans odak yöneliminde gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4. 11: Katılımcıların VKİ değerlerine göre çocuklarının z skoru değerlendirmesi

Katılımcıların VKİ Değerlendirmeleri	Kişi Sayısı (n)	Ortalama Z skor (VKİ)	Standart Sapma	Gruplar arası anlamlılık
Normal kilolu	130	25,308	0,07581	0,822
Kilolu	90	26,000	0,09050	
Obez	35	25,143	0,18503	

Katılımcıların VKİ değerlerine göre çocuklarının Z skoru değerlendirmeleri normal kilolu annelerde 25,3, kilolu annelerde 2,60 ve obez annelerde 2,51 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p<0,05$).

Tablo 4. 12: 6. aydan itibaren çocuklara başlanan ek besinler

Ek Besinler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Toplam Yüzde (%)
Anne sütü	397	39,8	99,0
Mama	127	12,7	31,7
Su	106	10,6	26,4
Yoğurt	199	20,0	49,6
Sebze püreleri	139	13,9	34,7
Meyve suları	29	2,9	7,2
Toplam	997	100,0	248,6

Katılımcıların yüzde 99' u 6. aydan sonra anne sütüne devam ettiklerini beyan etmişlerdir. Ek besinler açısından annelerin yüzde 49,6' sının yoğurt, yüzde 34,7' sinin sebze püreleri, yüzde 31,7' sinin hazır mama, yüzde 26,4' ünün su, yüzde 7,2' sinin meyve suları ile ek besine başladıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4. 13: Çocuğa bakan kişiye göre yemek yeme alışkanlıklarının değerlendirilmesi

Çocuğa Bakan Kişi		Sofra	TV/Tablet/ Telefon	Oyun oynar	Sürekli hareket eder	Toplam
Anne	Kişi Sayısı (N)	220	122	60	68	342
	Yüzde (%)	64,3	35,7	17,5	19,9	
	Toplam Yüzde(%)	55,1	30,6	15,0	17,0	85,7
Yakınlar & Akrabalar	Kişi Sayısı	81	46	33	28	123
	Yüzde (%)	65,9	37,4	26,8	22,8	
	Toplam Yüzde(%)	20,3	11,5	8,3	7,0	30,8
Ücretli Bakıcı	Kişi Sayısı	27	17	8	4	43
	Yüzde (%)	62,8	39,5	18,6	9,3	
	Toplam Yüzde(%)	6,8	4,3	2,0	1,0	10,8
Kreş	Kişi Sayısı	70	44	12	27	111
	Yüzde (%)	63,1	39,6	10,8	24,3	
	Toplam Yüzde(%)	17,5	11,0	3,0	6,8	27,8

Katılımcıların çocuklarına bakan kişilere göre yemek yeme alışkanlıkları incelendiğinde, çocuğuyla kendisi ilgilenen annelerin çocuklarının sofrada sadece yemek ile ilgilenlerin oranı yüzde 64,3, tv/tablet veya telefonla yemek yiyen çocukların oranı yüzde 35,7, oyun oynayarak yemek yiyenlerin oranı yüzde 17,5 ve sürekli hareket edenlerin oranı yüzde 19,9 olarak bulunmuştur. Yakınlarının ilgilendiği çocuklardan; sofrada sadece yemek ile ilgilenlerin oranı yüzde 65,9, tv/tablet veya telefonla yemek yiyen çocukların oranı yüzde 37,4, oyun oynayarak yemek yiyenlerin oranı yüzde 26,8 ve sürekli hareket edenlerin oranı yüzde 22,8 olarak tespit edilmiştir. Ücretli bakıcının ilgilendiği çocuklardan ise; sofrada sadece yemek ile ilgilenlerin oranı yüzde 62,8, tv /tablet veya telefonla yemek yiyen çocukların oranı yüzde 39,5, oyun oynayarak yemek yiyenlerin oranı yüzde 18,6 ve sürekli hareket edenlerin oranı yüzde 9,3 bulunmuştur. Kreşe giden çocukların ise; sofrada sadece yemek ile ilgilenlerin oranı yüzde 63,1, TV/tablet veya telefonla yemek yiyen çocukların oranı yüzde 39,6, oyun oynayarak yemek yiyenlerin oranı yüzde 10,8 ve sürekli hareket edenlerin oranı yüzde 24,3 bulunmuştur.

Tablo 4. 14: Çocukların obezite derecelendirmelerine göre öğün saatlerinin belirlenmesinin değerlendirilmesi

Çocukların Obezite Değerlendirmeleri		Saatlik düzenlerim	Çocuğum istedikçe veririm	Belirli bir düzenim yok	Diğer	Toplam
Obez	Kişi Sayısı	24	12	5	4	45
	Yüzde (%)	19,7	13,8	15,2	30,8	17,6
	Toplam (%)	9,4	4,7	2,0	1,6	17,6
Kilolu	Kişi Sayısı	21	18	6	3	48
	Yüzde (%)	17,2	20,7	18,2	23,1	18,8
	Toplam (%)	8,2	7,1	2,4	1,2	18,8
Normal	Kişi Sayısı	72	43	20	4	139
	Yüzde (%)	59,0	49,4	60,6	30,8	54,5
	Toplam (%)	28,2	16,9	7,8	1,6	54,5
Zayıf	Kişi Sayısı	5	13	2	2	22
	Yüzde (%)	4,1	14,9	6,1	15,4	8,6
	Toplam (%)	2,0	5,1	0,8	0,8	8,6
Çok zayıf	Kişi Sayısı	0	1	0	0	1
	Yüzde (%)	0,0	1,1	0,0	0,0	0,4
	Toplam (%)	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4
Toplam	Kişi Sayısı	122	87	33	13	255
	Yüzde (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Toplam (%)	47,8	34,1	12,9	5,1	100,0

Katılımcıların çocuklarının obezite derecelendirmesine göre öğün saatlerinin belirlenmesi karşılaştırıldığında; obez çocukların annelerinin yüzde 19,7 oranında öğünleri saatlik düzenledikleri, yüzde 13,8 oranında çocuğu istedikçe yemek yedirdikleri, yüzde 15,2 oranında belirli bir düzen izlemedikleri ve yüzde 30,8 oranında başka diğer düzenlemelere göre çocuklarını besledikleri saptanmıştır. Kilolu olanların annelerinin ise; yüzde 17,2 oranında öğünleri saatlik düzenledikleri, yüzde 20,7 oranında çocuğu istedikçe yemek yedirdikleri, yüzde 18,2 oranında belirli bir düzen izlemedikleri ve yüzde 23,1 oranında başka diğer düzenlemelere göre çocuklarını besledikleri belirlenmiştir. Normal olan çocukların annelerinin yüzde 59,0 oranında öğünleri saatlik düzenledikleri, yüzde 49,4 oranında çocuğu istedikçe yemek yedirdikleri, yüzde 60,6 oranında belirli bir

düzen izlemedikleri ve yüzde 30,8 oranında başka diğer düzenlemelere göre çocuklarını besledikleri bulunmuştur. Zayıf olanların annelerinin; yüzde 4,1 oranında öğünleri saatlik düzenledikleri, yüzde 14,9 oranında çocuğu istedikçe yemek yedirdikleri, yüzde 6,1 oranında belirli bir düzen izlemedikleri ve yüzde 15,4 oranında başka diğer düzenlemelere göre çocuklarını besledikleri tespit edilmiştir. Çok zayıf olan çocuğun annesinin ise; yüzde 1,1 oranında çocuğu istedikçe, yüzde 0,4 oranında ise diğer seçeneklerle çocuğunu beslediği saptanmıştır.



5.TARTIŞMA

Çocukluk çağı obezitesi günümüzde gittikçe önemi artan bir hastalıktır. Halk sağlığı sorunu haline gelmiş olan çocukluk çağı obezitesinde ailenin, özellikle annenin etkisi son yıllarda üzerine çalışılan alanlardan biri olmuştur. Annenin sosyo ekonomik durumu, eğitim seviyesi, bakış açısı çocuğunu etkileyen önemli faktörlerden olduğu düşünülmektedir (Watt ve diğ. 2001, s. 1230). Özellikle sağlıkla ilgili konular ele alındığında annenin bakış açısı çocuğu ile ilgili kararlarını belirleyecek ve sağlık davranışlarının temelini oluşturacaktır. Çok boyutlu sağlık kontrol odağı baz alınarak düşünüldüğünde; teorik olarak, iç boyutun sağlıklı davranışla pozitif olarak, şans boyutunun negatif olarak ilişkili olduğu varsayılırken, dış boyut ile sağlıklı davranış arasındaki ilişki hakkında net bir kesinlik olmadığı varsayılmaktadır (Levenson 1972, ss. 261-262). Yapılan bu araştırma annelerin sağlık odak noktası yönelimlerinin 0-6 yaş çocuklarında görülebilecek obezite ile ilişkisini gözlemleyebilmek için yapılmıştır.

Yaşın sağlık odağına olan etkisi incelendiğinde; Grotz ve diğ. (2011) yaptığı çalışmada artan yaşla birlikte sağlık kontrol odağının dış ve şans boyutlarına yöneldiği gözlemlenmiştir (Grotz 2011, s. 137). Benzer sonuçlar Türkiye’de Özçakır ve diğ. (2014) yaptığı çalışmada da elde edilmiştir. Yaş farkının sağlık odağı yönelimine olan etkisi; yaşlanmaya bağlı olarak yaşanan kronik hastalıklar sonucu sağlık profesyonellerine, fiziksel kısıtlamalar ile birlikte yaşanabilecek kazalara karşın çevrelerinde ki kişilere ve şansa olan inancının arttığı olarak açıklanabilir (Özçakır 2014, s. 3868). Yapılan bu çalışmada gruplar riskli gebelik yaşı olarak nitelendirilebilecek 35 yaş sınır kabul edilerek; 35 yaş altı genç, 35 yaş üzeri yetişkin olarak değerlendirilmiş ve gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır. Bunun sebebi araştırmaya katılmayı kabul eden 0-6 yaş çocuğu olan annelerin herhangi birinin sağlıklarının profesyonellere veya çevreye ihtiyaç duyacak kadar fiziksel gücünü kaybetmiş olmaması olarak yorumlanmıştır.

Annelerin kendi ilerleyen yaşlarına karşılık, çocuklarının yaşı büyüdükçe annenin sağlık odağının değişmesi ile ilgili olarak farklı çalışma sonuçları mevcuttur. De Vellis ve diğ. (1993) yaptığı çalışmada çocuğun yaşı ilerledikçe annelerin sağlık odağının değiştiği gözlemlenirken (De Vellis ve diğ. 1993, s. 220), Bonichini ve diğ.(2009) yaptığı çalışmada herhangi bir fark gözlenmemiştir (Bonichini ve diğ. 2009, s. 3).

Yapılan çalışmada ise; çocukların yaşları ile annelerin odak yönelimleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çocukların tamamının okul öncesi olması, yaş aralığının alt ve üst sınırı arasındaki farkın çalışma sonuçlarını etkilediği düşünülebilir. Konu ile ilgili çocuklar arasında daha fazla yaş farkı olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Medeni hal insan davranışları üzerinde önemli bir etkisi olan sosyo demografik durumdur. Psikolojik açıdan değerlendirildiğinde; mutlu bir evliliğin sosyal izolasyonu engellediği, güven duygusunu arttırdığı ve depresyon riskinde azalma ile karakterize olduğu gösterilmiştir (Holt-Lunsta ve diğ. 2008, ss. 240-242). Bekar bireylerin ise yalnızlık, korku gibi duyguları evli bireylerden daha yüksek seviyelerde yaşayabilecekleri ve mental olarak fazla yük taşıdıklarından dolayı depresyona daha eğilimli olabilecekleri bildirilmiştir. Bu duruma ek olarak sosyal hayatında görebileceği baskınında eklenmesiyle daha fazla stres yaşayabilecekleri ve stres kaynaklı kronik hastalıkları yaşama risklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Khanfer ve diğ. 2013, ss. 1264-1267). Yapılan çalışmalarda evli kadınların kardiyovasküler hastalıklarda bekar kadınlara göre daha az riske sahip olduğu gösterilmiştir (Gallo 2003, s. 461).

Sağlığa bakış açısı olarak ise; medeni hal ile sağlık odak noktası yönelimi üzerine çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Jacobs-Lawson ve diğ. yaptığı çalışmada; dış kontrol odak noktasının evli bireylerde bekar bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Jacob- Lawson 2011, s. 179). Fakat yapılan bu çalışma ileri yaşlı bireylerde olmakla birlikte cinsiyet ayrımı gözetmemektedir. Literatürdeki kısıtlılıkla birlikte bu sonuç evli bireylerin eşini kendisinden güçlü görme ve onun telkinlerini doğru kabul edip davranışlarını buna göre belirleme eğiliminde olabilecekleri bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmada ise; üç ayrı odak yöneliminin tamamında belirgin farklar gözlemlenmiştir.

İç odak yöneliminde evli annelerin, eşlerinden ayrılan annelere göre daha düşük yönelimli oldukları görülmüştür. Bu sonuç annelerin eşlerini güçlü kabul etmiş olabileceği bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Farklı bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde ise; çalışmaya katılan bekar anneler eşlerinden boşanmış annelerdir. Boşanmanın kişiler üzerindeki psikolojik etkisi incelendiğinde temelde 3 ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar pragmatik konular, kişiler arası-sosyal problemler ve aileyle ilgili sorunlardır (İlgar 2009, ss.256-268). Kişiler arası-sosyal problemlerden birisi boşanmanın bireyler üzerinde bağlanma sorunu oluşturmalarıdır. Bu nedenle boşanmış bireylerin duygulara daha az odaklanan çözüm yollarını kullandıkları ve kendilerini yıkıcı etkilere karşı

koruyabildikleri gözlemlenmiştir (Eryorulmaz 2010, s. 296-304). Bu durum bekar annelerin iç odak noktası yönelimlerinin yüksek olmasına sebep olarak gösterilebilir.

Dış odak yönelimi incelendiğinde ise; yapılan araştırmada eşinden boşanmış annelerin dış yönelimlerinin evli bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Boşanmanın pragmatist etkilerine bakıldığında maddi ve manevi desteğe ihtiyaç duyma gibi durumların gözlemlendiği bildirilmiştir. Boşanmış bireylere verilecek desteğin sonraki süreçleri kolaylaştırdığı düşünülmektedir (Raschke ve Raschke 1979, s. 367). İhtiyaç duyulan destek bireylerin dış yönelimlerinin yüksek olması olarak yorumlanabilir. Sosyal destek dışında maddi destekte yalnız bireylerde dışa yönelimin önemli bir sebebi olarak yorumlanabilir. Ülkemizde boşanmış kadınların maddi sebeplerle tekrar evlenmeye ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir (İlgar 2009, ss.256-268).

Şans odak yönelimleri incelendiğinde ise, araştırmada boşanmış bireylerin şans odağına yönelimlerinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Bu sonuç toplumumuzda ki kadın algısı ile ilişkilendirilebilir. Bulut' un (2008) yaptığı araştırmada Türk toplumunda boşanmış kadınların sosyal çevrelerinden uzaklaştıkları, ekonomik durumlarının kötüleştiği ve aileleri tarafından denetime tabii oldukları bildirilmiştir. Kültürel değerlerden kaynaklanan, kadının korunmaya ihtiyaç duyması ve başı boş bırakılmaması gibi ifade edilen sebeplerle yetişkin dahi olsalar denetim altında tutulmaları boşanmış kadınlarda stres yaratmakta ve ağırlaşan toplum baskısı ile bunu içselleştirmektedirler (Bulut 2008, s. 115). Bu durumda çevreye güvensizlik ve dışarıdan başına gelebilecek iyi veya kötü olayların hayatını etkileyeceği fikrini bireylerde oluşturabilir. Medeni hal ve sağlık bakış açısı genel olarak literatürde yeterli kaynak bulunan bir çalışma alanı değildir. Konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bireylerin davranışlarını belirleyen diğer bir faktör ise sosyo-ekonomik durumdur. Sağlığa bakış açısı temel alındığında maddi gücün dış ve şans odak yönelimlerinde farklılıklar yarattığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Taylor ve Seman 1999, ss. 221-222, Norman ve Bennet 1995, s. ss. 76-79). Yapılan çalışmada literatürü destekleyen sonuçlar bulunmuştur. Maddi durum skalasında belirlenen gruplar arasında dış ve şans odak yönelimlerinde anlamlı farklar bulunmuştur. Fakat ilgi çekici olan birbirine yakın ekonomik gruplar arasında daha büyük anlamlı farkın oluşmuş olmasıdır. Çalışma sonuçlarına benzer olarak Browning ve Cagney'in yaptığı araştırmada özellikle kadınlar arasında kolektif yaşam etkisinin sağlığa olan bakış açısını etkilediği gösterilmiştir. Bir

nevi komşu etkisi olarak adlandırılan bu durum; birbirine yakın maddi güce sahip ve yakın alanlarda olan bireylerin sağlıkları ile ilgili konularda birbirlerinden etkilendikleri gözlemlenmiştir. Benzer bir şekilde çalışan veya ev hanımı anne gruplarının da birbirinden etkilenebileceği düşünülmektedir (Browning ve Cagney 2002, ss. 388-392). Aynı bakış açısıyla; çevreden ve dışarıdan gelecek etkilere karşı sağlıkla ilgili bakış açılarının değiştiği ve bireylerin dış sebeplerden kaynaklanan depresyona karşı risk altında oldukları bildirilmiştir (Poortinga ve diğ. 2008, s. 376).

Annenin eğitim seviyesinin sağlık kontrol odağına olan etkisini; Cousins ve diğ. (1993) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça annelerin dış kontrol odağından uzaklaştığı yönünde tespit etmiştir (Cousins ve diğ. 1993, s. 264-268). Gerçekleştirilen bu araştırmada ise; annelerin üniversite ve üstü dereceli eğitim seviyesine sahip olanlarla ilkökul mezunu olan anneler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bunun sebebi; gelişen teknolojiyi aktif kullanarak araştırma yapabilmek, anne ve çocuk üzerine eğitici öğrenme kanallarının artmasıyla eğitim seviyesi yüksek annelerin iç donanımlarını arttırmasına karşılık; eğitim seviyesi düşük bireylerin kültürel gelenekleri daha fazla uygulaması olarak açıklanabilir. Nitekim; Holroyd ve diğ. (2017) yaptığı çalışmada; iç odak yönelimi arttıkça hamilelerin daha fazla araştırma yapmaya ve interneti sağlıkla ilgili konularda bilinçlenmek amacıyla daha aktif kullanmaya yöneldiği, buna karşılık diğer odak yönelimlerinde –özellikle şans odak yöneliminde- araştırma yapmalarının azaldığı bildirilmiştir (Holroyd ve diğ. 2017, ss. 905-907).

Eğitim seviyesinin diğer bir göstergesi olarak, maternal süreçten itibaren annenin kendi bakış açısı doğrultusunda bebeğini beslediği düşünüldüğünde eğitim seviyesinin sağlık odak noktasına olan etkisi doğrultusunda anne sütüne verilecek olan önemi değiştirdiği düşünülebilir. Öncü ve diğ. (2013) yaptığı çalışmada; Türkiye’de sosyo ekonomik eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış annelerin bebek beslenmesi ile ilgili bilgi kaynaklarının eğitim seviyesi arttıkça çevredeki kişilerden bilgi almak yerine sağlık profesyonellerine danışmaya doğru yöneldiği görülmüştür. Fakat eğitim seviyesi düşük ve yüksek gruplar arasında anne sütü verme süresi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Öncü ve diğ. 2013, s. 70). Yapılan bu çalışmada da eğitim seviyesi ve anne sütü verme süresi arasında anlamlı bir fark bulunmazken; odak yönelimi ile anne sütü verme süresi karşılaştırıldığında, dış odak kontrol yönelimine göre 6 ay anne sütü veren annelerle daha fazla anne sütü verenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Dış odak kontrol yönelimi

arttıkça annelerin 6 ay üzerinde anne sütü verme süresinin azaldığı gözlemlenmiştir. Bu durumun sebebinin dış odak kontrol yönelimine bağlı olarak bireylerin dışarıdan gelen tavsiyelerle, kültürel etkilerle 6 ay anne sütünün gerekli olan kısmı olduğu ve devam etmemesinin bir problem olmayacağı veya 6 ay sonunda ek besine başlamasıyla birlikte bebeğini gereğinden fazla besleyerek bebeğin anne sütüne devam etmemesini dolaylı yoldan sağladığı olarak düşünülebilir. Kaya ve Pirinçci'nin (2009) yaptığı araştırmada; anne sütü verme oranının yüksek olduğu fakat emzirmeyi devam ettirme, ek gıdaya başlama zamanı ve uygun gıdanın miktarının belirlenmesi gibi konularda bilgi düzeyinin düşük olduğunun tespit edilmesi de bu fikri destekler niteliktedir (Kaya ve Pirinçci 2009, s. 482).

Sağlık kontrol odağının yönelimi ile bireylerin VKİ değeri arasındaki ilişki hakkında farklı sonuçlar mevcuttur. Egan ve diğ. (2018) yerli Amerikalılar üzerinde yaptığı çalışmada yüksek bel-kalça ve VKİ oranı kadın katılımcılarda, yüksek dış ve şans kontrol odağı yönelimi ile ilişkilendirilmiştir (Egan ve diğ. 2018, s. 341). Radcliff ve diğ. (2018) Latinler üzerinde yaptığı araştırmada ise; VKİ ve iç sağlık odağı yönelimi arasında negative yönlü bir ilişki saptanmıştır. Obezite görülme oranının yüksek olduğu belirtilen Latinler arasında iç sağlık odağı yönelimi yüksek bireylerin VKİ değerleri daha düşük bulunmuştur (Radcliff ve diğ. 2018, ss. 199-200). Kuwahara ve diğ. (2004) Japonlar üzerinde ve Helmer ve diğ. (2012) Almanlar üzerinde yaptığı çalışmalarda ise; VKİ ile sağlık odak yönelimi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmalardaki farklılıkların kültürel değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülebilir (Helmer ve diğ. 2012, s. 6, Kuwahara ve diğ. 2004, s. 42). Fakat tüm çalışmalarda yüksek iç kontrol odağına sahip olan katılımcıların olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Yüksek iç kontrol odağı yönelimi sigara ve alkol tüketiminin azalması ve egzersiz seviyesinin artması ile ilişkilendirilmiştir. Farklı bir bakış açısı ile bireylerin kilo verme sürecinden sonra sağlık kontrol odaklarının değişimleri incelendiğinde ise; Borkoles ve diğ. (2016) 12 ay takipli olarak menapoz öncesi obez kadınlarda yaptığı çalışmada VKİ değerleri azaldıkça bireylerin iç kontrol odağı yönelimlerinin arttığı ve buna karşılık şans kontrol odağı yönelimlerinin azaldığı bildirilmiştir (Borkoles ve diğ. 2016, s. 55). Benzer bir şekilde; Paxton ve diğ. (1999) yaptığı çalışmada da her 6 kilogramda bireylerin sağlık kontrol odağı yönelimlerinde iç sağlık odağı yönelimlerinin arttığı bildirilmiştir. Bu sonuç bireylerin kilo verdikçe daha özgüvenli ve kendilerini daha

iyi hissetmeleriyle bağdaştırılmıştır (Paxton ve Sculthorpe 1999, ss. 425-427). Yapılan çalışmada ise; dış ve şans odaklarında anlamlı bir fark bulunmazken, iç sağlık odağı yönelimlerinde normal kilolu bireylerle obez olarak sınıflandırılmış bireyler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Katılımcıların doğum yaptığı ve hamilelik döneminde aldıkları kilo miktarı ve kilo değişimlerine bağlı olarak sağlık kontrol odağı yönelimlerinin değişebilecek olduğu göz önüne alınmalıdır. Konu ile ilgili daha detaylı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Annelerin sağlık odak noktasına göre değerlendirilmesi gereken diğer bir parametere ise çocuklarının Z skoru değerlendirmeleridir. Yapılan araştırmada; iç odak yönelimi incelendiğinde; çocuğu normal kiloda ve kilolu olanlar ile zayıf ve obez olanlar arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. Çocuğu normal kiloda ve/veya kilolu olan katılımcıların iç sağlık odağı yönelimleri daha yüksek olarak saptanmıştır. Literatürde benzer gruplarla yürütülen çalışmalara rastlanmamakla birlikte; Gross ve diğ. (2016) yaptığı çalışmada çocuk obezitesiyle ilgili endişelerin düşük iç sağlık kontrol odağı yönelimi ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Fakat çok çalışma düşük gelirli bir grup üzerinde yapıldığı için obeziteden önce gıda güvenliği ve yiyecek bulma problemleri öncelikli olup, yüksek iç sağlık odağıyla ilişkilendirilmiştir. Çalışmanın kısıtlılıklarında da belirtildiği üzere özel bir grup üzerinde çalışıldığı için genelleme yapılması uygun olmayacaktır (Gross ve diğ. 2016, s. 471). Annelerin odak noktası ile ilgili çalışmalar çocukluk çağından ergenliğe kadar geniş bir skalada incelendiğinde ise; annelerin iç odak yönelimleri arttıkça çocuklarında düzenli kahvaltı etme gibi sağlıklı diyet tüketim alışkanlıklarının arttığı bildirilmiştir. Ayrıca; iç sağlık odak yönelimi yüksek annelerin aile içi eğitim dolayısıyla çocuklarına da sağlıklı diyet alışkanlıkları kazandırdıkları 3 yıllık takipli bu çalışmada bulunan sonuçlardandır (Ystrom ve diğ. 2010, s. 110). Bu bağlamda incelendiğinde; 10 yaşından 30 yaşına kadar takip edilen 11 563 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada; iç sağlık odak yönelimi yüksek çocukların ilerleyen yaşlarda görülebilecek obezite riskinin daha az olduğu bildirilmiştir (Gale ve diğ. 2008, s. 400). Benzer bir şekilde ülkemizde yapılan araştırmada iç sağlık odak yönelimi yüksek adölesanların sağlıklı diyet tüketim prensipleri olduğu saptanmıştır (Tabak ve diğ. 2009, s. 639). İç sağlık odağı yüksek annelerin daha önce çalışmalarla gösterildiği üzere sağlık ile ilgili konularda bilinçli bireyler oldukları düşünüldüğünde çocuklarına da sağlıklı alışkanlıklar kazandırarak ideal kilo sınırları içerisinde büyütme beklenebilecek bir sonuç olmakla birlikte, geniş

gruplarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Dış odak sağlık yönelimleri incelendiğinde ise; yapılan çalışmada çocuğu kilolu olan annelerle zayıf olanlar arasında anlamlı fark mevcuttur. Konu ile ilgili çalışmalarda yetersizlik bulunsa da dış odak yönelimi yüksek olan bireylerin kültürel gelenekleri daha fazla yaşadığı ve bu doğrultuda davranışlarını belirlediği unutulmamalıdır. Cousins ve diğ. (1993) yaptığı çalışmada da çocukların kiloları ile ilgili bir çalışma olmasada sağlık davranışları ile ilgili olarak benzer sonuçlardan bahsedilmektedir. Dış odak yöneliminin artması kültürel etkiler doğrultusunda yeme davranışlarını etkiler (Cousins ve diğ. 1993, s. 273). Bu açıdan ülkemizdeki kültürel yapı düşünüldüğünde; çocuğu kilolu sınıfında olan annelerin dış sağlık odak yönelimlerinin zayıf olanlarda yüksek olması öngörülebilir sonuçtur.

Genetik ve çevresel faktörler çocukların Z skor değerlendirmeleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ebeveyn obezitesinin çocuklarında gelişebilecek obeziteye etkisi net değildir. Bu konuda farklı sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır. Danielzik ve diğ. (2002) 3306 çocukla yaptıkları çalışmada ebeveynlerin VKİ değerleriyle çocuklarının VKİ değerleri ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Danielzik ve diğ. 2002, s. 136). Avustralya Ulusal Beslenme Araştırması analizine göre, annesi kilolu ve/veya obez olan çocuklarda obezite görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Wang ve diğ. 2002, s. 203). Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları da buna paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmada; ailesinde obez birey bulunan çocuklarda obezite görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur (Metinoğlu ve diğ. 2012, s. 120). Benzer bir şekilde; Savaşhan ve diğ. 2015 yılında yaptığı ve Erdem ve diğ. 2017 yılında yaptıkları çalışmalarda; anne ve babaların VKİ oranları arttıkça çocuklarının VKİ oranlarının da arttığı bildirilmiştir (Erdem ve diğ. 2017, s. 8, Savaşhan ve diğ. 2015, s. 18). Yapılan çalışmada anne VKİ oranlarıyla çocuklarının z skoru değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ebeveyn obezitesi ile çocuk obezitesi doğru orantılı gibi görünse de çocukluk çağı obezitesini etkileyen pek çok sebep olduğu unutulmamalıdır. Bunlar arasında en önemli sebeplerden birisi olarak boş kalori alımı gösterilebilir. Semiz ve diğ. (2008) yaptığı çalışmada; alım gücünün arttıkça çocukların boş kalori alımına yönelmesiyle obezite oranının arttığı ve toplumumuzda çocukluk çağı obezitesinin risk faktörleri arasında çevresel faktörlerin önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Semiz ve diğ. 2008, s. 3). İncelenen yaş grubu düşünüldüğünde; aileleri tarafından beslenen çocukların,

annelerin çocuk beslenmesi konusunda ki bilinç düzeylerinin de artmasıyla doğru besinlere yönlendirilerek beslenmesinin önemli olabileceği düşünülmelidir.

Ek gıdaya başlama bebeklerin bedensel, zihinsel gelişimi ve beslenme alışkanlıklarının oluşması için önemli adımdır. Annelerin bu dönemde hangi ek besini seçtikleri de dolayısıyla önem arz etmektedir. Tamamlayıcı beslenme döneminde bebeğe verilen ilk gıdalar pek çok farklı sebeple farklı olabilmektedirler. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Yücecan ve diğ. (1993) yaptığı araştırmada annelerin ek gıdaya başlamak için tercih ettikleri gıdaların sırasıyla meyve suyu, hazır mama, inek sütü ve muhallebi olduğunu bildirmişlerdir (Yücecan ve diğ. 1993, s. 40). Gürakan ve diğ. (1993) gerçekleştirdiği araştırmada annelerin ek gıdaya başladıkları gıdaların sırasıyla hazır mama, muhallebi (pirinç unu ve süt), yoğurt ve inek sütü olduğu gösterilmiştir (Gürakan ve diğ. 1993, s. 8). Öztürk ve Öktem'in (2000) yapmış olduğu çalışmada ise; ilk verilen tamamlayıcı besinlerin sırasıyla hazır mama, muhallebi, meyve suyu ve yoğurt olduğu bildirilmiştir (Öztürk ve Öktem 2000, s. 56). Kaya ve diğ. (2016) gerçekleştirdiği çalışmada ise annelerin tercih ettiği ilk tamamlayıcı gıdaların yüzde 28,4 oranında ev yapımı çorba, yüzde 24 oranında hazır yoğurt, yüzde 12,4 oranında ev yapımı yoğurt, yüzde 10 oranında meyve, yüzde 8,8 oranında hazır kaşık/kavanoz maması, yüzde 7,6 oranında kahvaltılık tarzı gıdalar (çay ile birlikte ekmek içi ve peynir, çay veya inek sütü ile bisküvi vs.), yüzde 6,8 oranında muhallebi, yüzde 2 oranında ise hazır çorba olduğu saptanmıştır (Kaya ve diğ. 2016, s. 73). Yapılan çalışmada ise; annelerin ilk altı aydan sonra yüzde 39,8 oranında anne sütü vermeye devam ettikleri, ek gıda tercihi olarak da yüzde 20,0 oranında yoğurt, yüzde 13,9 oranında sebze püresi, yüzde 12,7 oranında hazır mama, yüzde 10,6 oranında su, yüzde 2,9 oranında ise meyve suları olduğu bildirilmiştir. Çocukların ne yedikleri kadar nasıl yedikleri de önemli bir konudur. Dereli'nin yaptığı araştırmada bulunan sonuçlara göre; çocukların yüzde 57,3'ü televizyon karşısında, yüzde 31,3'ü ayakta gezerek yemek yemektedir (Dereli 2006, ss. 76-80). Oğuz ve Derin'in (2013) yaptığı araştırmada televizyon karşısında yemek yiyenlerin oranı yüzde 34,7, oyun oynayarak yiyenlerin oranı yüzde 3,6, arkasından takip edilerek yiyenlerin oranı yüzde 7,2 olarak bulunmuştur (Oğuz ve Derin 2013, s. 510). Kobak ve Pek' in (2015) ana çocuk sağlığı merkezine başvuran ve anaokula giden okul öncesi çocukların karşılaştırmasını yaptığı çalışmada, anaokuluna giden çocuklarının yüzde 30'una

annesinin baktığı, yüzde 70'inin ücretli bakıcısının ilgilendiği, anne çocuk sağlığı merkezine başvuran çocukların yüzde 100'üne annesinin baktığı bildirilmiştir. Bu çocukların yüzde 42.3'ünün yemek masasında, yüzde 20.0'sinin televizyon karşısında, yüzde 8.5'inin masal anlatılarak, yüzde 13.8'inin oyun oynayarak, yüzde 15.4'ünün de arkasından takip edilerek yemek yedirildikleri tespit edilmiştir (Kobak ve Pek 2015, s. 54). Terzi'nin (2005) yaptığı çalışmada ise; çocuklar yüzde 24 oranında yemek masasında ve/veya televizyon karşısında yemek yerken, yüzde 17.3 oranında yemek masasında, yüzde 12.5 oranında televizyon karşısında, yüzde 5.8 oranında arkasından takip edilerek yemek yediği bulunmuştur (Terzi 2005, ss. 96). Yapılan çalışmada ise; çocuğa bakan kişiye göre yemek yeme alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Çocuğa bakan kişi değişmeksizin daha yüksek oranlarda sofrada yemek yedikleri, ikinci sırada tv/tablet/telefon kullanarak yemek yedirdikleri tespit edilmiştir. Genel olarak ülkemizde ki yemek kültürü düşünüldüğünde; yemek aileleri birleştiren önemli bir etkinliktir. Ailelerin çocuklarına da bu kültürel alışkanlıkları kazandırması öngörülebilir bir sonuçtur. Fakat çocukların teknoloji ile olan bağlarının artması teknolojik aletler eşliğinde yemek yedirme oranlarının azalması için ailelerin konu ile ilgili bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Çocukların masa düzenine erken yaşlarda alıştırılması böylelikle yediği yemek ve miktarı hakkında farkındalık oluşturulmasının sağlanması beslenme alışkanlıklarını önemli oranda etkileyen bir etmen olduğu gösterilmiştir (Watt ve diğ. 2001, s. 1231).

Çocuğun öğün saatlerinin düzenlenmesinin de kazanacağı beslenme alışkanlıkları açısından önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Güneyli' nin (1988) yaptığı araştırmada; katılımcıların yüzde 31, 9' unun annenin belirlediği saatlerde, yüzde 16, 9' unun ise çocuğun karnı acıktıkça çocuklarını beslediklerini saptamıştır (Güneyli 1988, s. 44). Dereli' nin (2006) yaptığı araştırmada ise; katılan annelerin çocuklarını yüzde 72, 4 oranında düzenli aralıklarla beslediği, yüzde 18, 9' unun çocuğu acıktıkça, yüzde 8, 7' sinin de düzensiz bir şekilde çocuğunu beslediği belirtilmiştir (Dereli 2006, s. 81). Yapılan çalışmada; çocukların Z skoruna göre değerlendirilmiş verileri ile öğün zamanları karşılaştırılmıştır. Çocukların obezite değerlendirmelerine göre dikkat çekici bir öğün zamanı düzenlemesi göze çarpmamaktadır. Literatürde çocuğun obezite değerlendirmesiyle öğünlerinin belirlenme şekillerini kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Algısının 0-6 Yaş Çocukluk Çağı Obezitesi İle İlişkisi başlıklı araştırma annelerin sağlık odak yönelimlerinin 0-6 yaş çocuklarında görülebilecek obezite ile ilişkisini gözlemleyebilmek için yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; sağlık odak yönelimlerinin her birinin farklı etkenlerle yönelimlerinin değişebildiği görülmüştür.

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde; iç sağlık odak yönelimi yüksek bireylerin sağlıklı alışkanlıklar kazanma ve sürdürme konusunda dış ve şans sağlık odak yönelimi yüksek bireylere göre daha uyumlu ve başarılı oldukları düşünülmektedir. Beslenme açısından ise litertürdeki eksik göz önünde bulundurularak sağlık odak yönelimlerinin etkisi yapılan çalışma ile daha net bir şekilde anlaşılmıştır.

Bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve obezite ile mücadele gibi konularda sağlık odak yönelimi değerlendirilmesi gereken önemli bir faktör olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Diyetisyenin rolü olarak ise; bireysel veya toplum üzerinde yapılacak beslenme tedavi ve eğitimlerinde kişilerin odak yönelimleri belirlenerek ilerlemek çok daha sağlıklı bir yöntem olabilir. Bu konuda bireylerin iç odak yönelimlerini arttırmanın başarı oranını arttıracığı unutulmamalıdır.

Verilecek doğru beslenme eğitimleri ile bilinçlendirilmiş bireylerin, bu konuda iç sağlık odak yönelimlerinin yükselmesi doğrultusunda daha sağlıklı bir toplum elde edilebileceği öngörülebilir.

Çocuklara aileden başlayan doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılmalıdır. Çocuklarda sofraya alışkanlıkları ile, yeme farkındalığı oluşturulmalıdır. Yemek yemenin beslenme dışında, ailecek yapılan bir etkinlik olduğu unutulmamalıdır. Erken yaşta kazandırılacak doğru alışkanlıkların odak yönelimlerini olumlu yönde etkileyeceği unutulmamalıdır. Bu bağlamda; ebeveyn tutum ve davranışlarının çocuklarının sağlık davranışlarını etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır.

Odak yönelimlerini etkileyen önemli faktörlerden olan kültürler arası değişim göz önünde bulundurularak, geniş çaplı yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Baydar, M. L., Gül, H., Akçıl, A., 2007. *Bilimsel araştırmanın temel ilkeleri*. 3. Baskı. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Yayınları.
- Eryorulmaz, A., 2010. *Evlilik ve Boşanma Sürecinde Bağlanma*. 1. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Gravetter, F. J., Forzano, L. B., 2012. *Research Methods for the Behavioral Sciences*. 4. Baskı. New York: Pre-Press..
- Gülden, K.H., Özel., 2012. *Okul Öncesi Dönemde Obezite*. ANKARA: T.C. Sağlık Bakanlığı
- İlgar, Ş., 2009. *Evlilik Birlikteliğinin Bozulması – Boşanma*. 3. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Khanfer, R., Ryan, J., Aizenstein, H., Mutti, S., Busse, D., Yim, I. S., Ditzen, B., 2013. *Multidimensional Health Locus of Control Scales*. 1. Baskı. New York: Springer.
- Norman, P., Bennett, P., 1995. *Health locus of control*. 2. Baskı. Buckingham: Open University Press.
- Novak J.D. (2012). *Learning, Creating, and Using Knowledge*. 2. Baskı. New York: Routledge press.
- Oskamp S, Schultz P,W . (2005). *Attitudes and Opinions*. 3. Baskı. New York: Psychology Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall

Sürelî Yayınlar

- Acioğlu, E., Yiğit, Ö., Sunter, A. V., Taşkin, Ü., Inal, B. B., & şahin, M., 2010. Obesity and obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, **39** (6), 744–751.
- Ajzen, I., 2002. Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*. **32** (4), pp. 665-683.
- Blanchard, E.; Scarboro, M., 1973. "Locus of control and the prediction of voting behavior in college students". *Journal of Social Psychology*. **89** (1), pp. 123–129.
- Bonichini, S., Axia, G., & Bornstein, M. H., 2009. Validation of the parent health locus of control scales in an Italian sample. *Italian Journal of Pediatrics*, **35** (13), pp. 1–5.
- Borkoles, E., Carroll, S., Clough, P., Polman, R., 2016. Effect of a non-dieting life style randomized control trial on psychological well-being and weight management in morbidly obese pre-menopausal women. *Maturitas*. **83**, pp. 51-58.
- Browning, C.R., Cagney, K.A., 2002. Neighborhood structural disadvantage, collective efficacy, and self-rated health in an urban setting. *J. Health Soc. Behav.* **43**, pp. 383–399.
- Bulut, M., 2008. Kadınlarda Boşanma ve Kùltür İlişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. **19** (2), pp. 111-118.
- Clarke, P. E., Gross, H., 2004. Women’s behaviour, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery*. **20** (2), pp. 133–141.
- Cobb-Clark, D., 2015. Locus of control and the labor market. *IZA Journal of Labor Economics*. **4** (3), pp. 2-19.
- Cohen, A., Vigoda, E., Samorly, A., 2001. "Analysis of the mediating effect of personal psychological variables on the relationship between socioeconomic status and political participation: A structural equations framework". *Political Psychology*. **22** (4), pp. 727–757.
- Cousins, J. H., Power, T. G., & Olvera-Ezzell, N., 1993. Mexican-American Mothers’ Socialization Strategies: Effects of Education, Acculturation, and Health Locus of Control. *Journal of Experimental Child Psychology*, **55** (2), pp. 258–276.
- Çayır, A., Atak, N., Köse, S. K., 2011. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakùltesi Mecmuası*. **64** (1), pp. 13-19.
- Danielzik, S, Langnäse, K, Mast, M., 2002. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *Eur J Nutr*, **41**, pp. 132-8.
- De Vellis, RF, De Vellis, BM, Blanchard, LW, Klotz, ML, Luchtok, K, Voyce, C., 1993. Development and validation of the Parent Health Locus of Control Scales. *Health Educ Q*. **20**, pp. 211–225.
- Dönmez, A., 1986. Kontrol odağı: temel araştırma alanları. *Ankara Üniversitesi. Eğitim Fakùltesi Dergisi*. **19** (1), pp. 259-280.
- Egan, T. J., Leonardson G., Best G. L., Welty T., Calhoun D., Beals C. 2018. Multidimensional Health Locus of Control in American Indians: The Strong Heart Study. *HHS Public Access Journal*. **19** (3), pp. 338–344.
- El-Behadli, A.F., 2015. Maternal depression, stres and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *British Journal of Nutrition*. **113** (1), pp. 55-71.

- Erdem, S., Gökmen Özel, H., Çınar, Z., Yılmaz Işıktan S., 2017. Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip Çocuklarda Ailenin Beslenme Tutum ve Davranışlarının Çocuğun Beslenme Durumuna Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. **45** (1), pp. 3-11.
- Erem, C., 2015. Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine*. **8**, pp. 38-41.
- Ergül, Ş., Kaklım, A., 2011. Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **10** (2), pp. 223-230.
- Friedman, J.M., 1997. Obesity: The alphabet of weight control. *Nature*. **385** (6612), pp. 119-120.
- Gale, C. R., Batty, G. D., & Deary, I. J., 2008. Locus of Control at Age 10 Years and Health Outcomes and Behaviors at Age 30 Years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, **70** (4), pp. 397-403.
- Gallo, L. C., Troxel, W. M., Matthews, K. A., & Kuller, L. H. 2003. Marital status and quality in middleaged women: Associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychology*. **22**, pp. 453-463.
- Gnavi, R., 2000. Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: a study in an area of Northern Italy. *European journal of epidemiology*. **16** (9), pp. 797-803.
- Gönç, E. N., 2012. Çocuklarda obezite değerlendirilmesinde kullanılan antropometrik ölçümler. *Türkiye Çocuk Hast Derg.*; **1** (2), pp. 37-47.
- Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., Gross, M. B., Scheinmann, R., & Messito, M. J., 2016. Material Hardship and Internal Locus of Control Over the Prevention of Child Obesity in Low-Income Hispanic Pregnant Women. *Academic Pediatrics*, **16** (5), pp. 468-474.
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., Baumeister, H., 2011. Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health & Medicine*. **16** (2), pp. 129-140.
- Gunnell, D. J., Frankel, S. J., Nanchahal, K., Peters, T. J., Davey Smith, G., 1998. Childhood obesity and adult cardiovascular mortality: a 57-y follow-up study. *Am J Clin Nutr*. **67**, pp. 1111-1118.
- Güneyli, U., 1988. 4-6 yaş grubu çocuklarında beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen etmenler konusunda bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. **17**, pp. 37-45.
- Gürakan, B., Özcebe, H., Bertan, M., 1993. Multipar annelerin anne sütü ile ilgili deneyimleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. **36**, pp. 1-10.
- Gürel, S. F., İnan, G., 2011. Çocukluk Çağı Obezitesi Tani Yöntemleri, Prevalansı Ve Etiyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. **2** (3), pp. 39-46.
- Hannon, T. S., 2005. Childhood Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus. *Pediatrics*. **116** (2), pp. 473-480.
- Helmer, S. M., Kramer, A., Mikolajczyk, R. T., 2012. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Reserch*. **703** (5), pp. 1-8.
- Holroyd, L. E., Anders, S., Robinson, J. R., Jackson, G.P., 2017. Use of the Multidimensional Health Locus of Control to Predict Information-Seeking Behaviors and Health-Related Needs in Pregnant Women and Caregivers. *AMIA Annu Symp Proc*. **4** (2), pp. 902-911.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q., 2008. Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network

- social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*. **35**, pp. 239–244.
- Hsu D.K, Wiklund J. Cotton,R.D. (2017). Success, Failure, and Entrepreneurial Reentry: An Experimental Assessment of the Veracity of Self-Efficacy and Prospect Theory. *22(4)*.19-29.
- Jacobs-Lawson, J. M., Waddell, E. L., & Webb, A. K., 2011. Predictors of Health Locus of Control in Older Adults. *Current Psychology*, **30** (2), pp. 173–183.
- Karataş, Z., Uzun, K., 2018. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün yordayıcısı olarak endişe ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlar. *Kastamonu Education Journal*. **26** (4), pp. 1267-1276.
- Kavey, R. E. W., Daniels, S. R., Lauer, R. M., Atkins, D. L., Hayman, L. L., Taubert, K., 2003. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Journal of Pediatrics*, **142** (4), pp. 368–372.
- Kaya, D., Pirinçci, E., 2009. 0–24 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **8** (6), pp. 479-484.
- Kaya, Z., Yiğit, Ö., Erol, M., Bostan Gayret, Ö., 2016. Altı-Yirmi Dört Ay Arası Yaş Grubunda Beslenmeyle İlgili Anne ve Babaların Bilgi ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Med Bull Haseki*, **54**, pp. 70-5.
- Kobak, C., Pek, H., 2015. Okul Öncesi Dönemde (3-6 Yaş) Ana Çocuk Sağlığı ve Anaokulundaki Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. **30** (2), pp. 42-55.
- Krespi, M.R., Arslan, I., 2014. Çok boyutlu sağlık denetim odağı ölçeğinin C formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *PSİDE Psikolojik Danışma ve Eğitim Dergisi*. **1** (1):45-67.
- Kuwahara, A., Nishino, Y., Ohkubo, T., Tsuji, I., Hisamichi, H., Hosokawa, T., 2004. Reliability and Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: Relationship with Demographic Factors and Health-Related Behavior. *Tohoku J. Exp. Med*. **203**, pp. 37-45.
- Levenson, H., 1972. Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*. **7** (3), pp. 261–262.
- Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R., 2004. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*. **5** (1), pp. 4–104.
- Mannerström, R., Lönnqvist, J.-E., Leikas, S., 2017. Links Between Identity Formation and Political Engagement in Young Adulthood. *Identity*. **17** (4), pp. 253–266.
- Martinez, F. J., Mannino, D., Leidy, N. K., Malley, K. G., Bacci, E. D., Barr, R. G., Thomashow, B., 2016. American Thoracic Society. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. **5**, pp. 1–43.
- Martorell, R., 2000. Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*. **24**(8), pp. 1-7.
- Meral,G., 2018 . Is digital addiction a reason for obesity?. *Annals of Medical Research*. **25** (3), pp. 472-475.
- Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. (2012). Kastamonu’da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**(2):117-23.

- Neyzi, O. Günöz, H., Furman, A., Bundak, R., 2008. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kütle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. **51** (1), pp. 1-14.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., 2012. Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010. *NCHS*. **4**, pp. 82.
- Ogden, C.L., 2015. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*. **219**, pp. 1-8.
- Oğuz, Ş., Derin, D., 2013. An Investigation Of Some Nutrition Habits Of 60-72 Month-Old Children. *Elementary Education Online*. **12** (2), pp. 498-511.
- Oncu, U., Nalbantoglu, B., Guzel, E., Nalbantoglu, A., Demirsoy, U., & Cakan, M. 2013. Effect of Socioeconomic Level of the Family, and Mother's Knowledge of Nutrition on Percentiles of Children Aged Between One, and Five Years. *Tuberculin Skin Test in Children*, **11** (2), pp. 64-72.
- Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., 2012. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. **15** (9), pp. 1603-10.
- Ozcakir, A., 2014. Health Locus of Control, Health Related Behaviors and Demographic Factors: A Study in a Turkish Population. *British Journal of Medicine and Medical Research*. **4** (21), pp. 3856-3869.
- Özer, S., 2014. Obezite Tanılı Çocuklarda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi. *Journal of the Child/Cocuk Dergisi*. **14** (2), pp. 66-71.
- Öztürk, M., Öktem, F., 2000. Isparta Yeni Şehir Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 4-24 aylık çocuklarda ek besinlere geçiş döneminin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **7**, pp. 53-8.
- Paxton, S. J., Sculthorpe, A., 1999. Weight and health locus of control beliefs in an australian community sample. *Psychology & Health*, **14** (3), pp. 417-431.
- Perusse, L., Bouchard, C., 1999. Role of genetic factors in childhood obesity and in susceptibility to dietary variations. *Annals of medicine*. **31**, pp. 19-25.
- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L., 2008. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Preventive Medicine*, **46** (4), pp. 374-380.
- Poskitt, E., T. Cole, 1978. Nature, nurture, and childhood overweight. *Br Med J*. **1** (6113), pp. 603-605
- Radcliff, Z., Al Ghriwati, N., Derlan, C. L., Velazquez, E., Halfond, R., & Corona, R., 2018. The relationship between Latina/o youth's internal health locus of control, cultural factors, and body mass index. *Journal of Latina/o Psychology*. **6** (3), pp. 190-203.
- Raschke, H. J., & Raschke, V. J., 1979. Family Conflict and Children's Self-Concepts: A Comparison of Intact and Single-Parent Families. *Journal of Marriage and the Family*. **41** (2), pp. 367.
- Roddenberry, A., Renk, K., 2010. "Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stres, Illness, and Utilization of Health Services in College Students". *Child Psychiatry & Human Development*. **41** (4), pp. 353-370.
- Rotter JB., 1975. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **43** (1), pp. 56-67
- Rotter, J. B., 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, **80** (1), pp. 1-28.

- Runyon, K., 1973. Some interactions between personality variables and management styles. *Journal of Applied Psychology*. **57** (3), pp. 288–294.
- Saarikallio, S.H., Johanna P., William, M., Randall M., 2018. Relaxed and connected: Insights into the emotional–motivational constituents of musical pleasure. *Psychology of Music*. **4**, pp. 1–19.
- Santas, F., Santas, G., 2018. Prevalence of pre-school children for overweight/obesity in Turkey. *World Journal of Pediatrics*. **14**, pp. 77–83.
- Savaşhan, Ç., Sarı, O., Aydoğan, Ü., Erdal, M., 2015. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*. **19** (1), pp. 14-21.
- Semiz, S., Özdemir, M. A., Sözeri Özdemir, A., 2008. Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. *Pamukkale Tıp Dergisi*. **1**, pp. 1-4.
- Stunkard, A.J., 1986. An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine*. **314** (4), pp. 193-198.
- Tabak, R. S., Piyal, B., Çelen, Ü., Karakoç, Ş., & Özen, Y., 2009. The Relationship Between Adolescents' Locus of Control and Healthy Dietary Behaviours and its Implications for School Psychologists and Other Health Related Professionals. *School Psychology International*, **30** (6), pp. 626–643.
- Takaki, J., Yano, E., 2006. "Possible Gender Differences in the Relationships of Self-efficacy and the Internal Locus of Control with Compliance in Hemodialysis Patients". *Behavioral Medicine*. **32** (1), pp. 5–11.
- Tanamas, S. K., Reddy, S. P., Chambers, M. A., Clark, E. J., Dunnigan, D. L., Hanson, R. L., Sinha, M., 2018. Effect of severe obesity in childhood and adolescence on risk of type 2 diabetes in youth and early adulthood in an American Indian population. *Pediatric Diabetes*. **19** (4), pp. 622–629.
- Taras, H.L., 1989. Television's influence on children's diet and physical activity. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. **10** (4), pp. 176-180.
- Taylor, S.E., Seeman, T.E., 1999. Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* **896**, pp. 210–225.
- Türkoğlu, T., Tetik, S., Açıkgöz, A., 2017. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ile girişimci kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması. *Journal of Yasar University*, **45** (12), pp. 1-13.
- Van Jaarsveld, C. H. M., Gulliford, M. C., 2015. Childhood obesity trends from primary care electronic health records in England between 1994 and 2013: Population-based cohort study. *Archives of Disease in Childhood*. **100** (3), pp. 214–219.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., 1982. Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. *Social Psychology of Health and Illness*. **5**, pp.65-95.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., DeVellis, R., 1978. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*. **6**, pp. 160-170.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S., & Dobbins, C. J., 1987. Perceived control and health. *Current Psychology*. **6** (1), pp. 5–25.
- Wang, L., Lv, M., 2017. Internal-External Locus of Control Scale. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. **8**, pp. 1–4.
- Wang, Z, Patterson, CM, Hills, AP., 2002. Association between overweight or obesity and household income and parental body mass index in Australian youth: analysis of the Australian National Nutrition Survey, 1995. *Asia Pac J Clin Nutr*, **11** (3), pp. 200-5.

- Watt, R.G., Dykes, J., Sheiham, A., 2001. Socio-economic determinants of selected dietary indicators in british preschool children. *Public Health Nutrition*. **4** (2) , pp. 1229-1233.
- Ystrom, E., Barker, M., & Vollrath, M. E., 2010. Impact of mothers' negative affectivity, parental locus of control and child-feeding practices on dietary patterns of 3-year-old children: The MoBa Cohort Study. *Maternal & Child Nutrition*, **8** (1), pp. 103–114.
- Yücecan, S., Pekcan, G., Akal, E., 1993. Ankara, İstanbul, Muğla, Yozgat, Sivas ve Tokat illerinde 0-2 yaş grubu çocuk sahibi anneleri beslenme bilgi düzeyi ve uygulamalarının saptanmasına yönelik bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. **22**, pp. 27-42.
- Zhang, Y., 1994. Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*. **372** (6505), pp. 425-432.



Diğer Yayınlar

- Çiftçi, H., 2009. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisinde Öğün Sayısının Vücut ağırlık Kaybı, Vücut Kompozisyonu ve Bazı Biyokimyasal Bulgulara Etkisi. *Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dereli, F., 2006. 2-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul : Marmara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ezzati, M., 2004. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. World Health Organization. April. Geneva.
- Güzel, A., 2017. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- National Institute of Health. 1998. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report* . May. New York.
- Terzi, A. Ö., 2005. Bir-üç yaş grubu sağlıklı çocuklarda beslenme alışkanlıkları ve günlük posa alım düzeyleri. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. 2014. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Mayıs. Ankara.
- Üstündağ-Budak, A. M., 1999. The Role of Personality Variables in Predicting The Reported Physical Symptoms of Male And Female College Students. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. 2007. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. June. Washington, DC.
- World Health Organization. 2007. *Obesity*. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report. July. Geneva.
- World Health Organization. 2011. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. January. Geneva.
- World Health Organization. 2016. *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. April. Geneva.

