

T.C
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

**EBEVEYNLERİN ÇOCUK BESLEME TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ ÇOCUĞUN VÜCUT KÜTLE
İNDEKSİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

DAMLA GÜNGÖR

İSTANBUL, 2019

T.C.

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK

**EBEVEYNLERİN ÇOCUK BESLEME TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ ÇOCUĞUN VÜCUT KÜTLE
İNDEKSİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

DAMLA GÜNGÖR

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ARDUZLAR KAĞAN

İSTANBUL, 2019

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Ebeveynlerin Çocuk Besleme Tutum ve Davranışlarının Çocuğun Vücut
Kütle İndeksi Üzerine Etkisi
Öğrencinin Adı Soyadı: Damla GÜNGÖR
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.

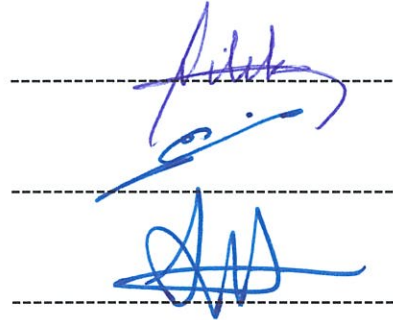
Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Arduzlar KAĞAN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Can ERGÜN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Jale ÇATAK

İmzalar



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca gerekli bütün yardım, tavsiye ve yönlendirmeleri yapan, karşılaőtığım problemlerin çözümünde bilgisine başvurduğum ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Dilek ARDUZLAR KAĞAN ve Dr. Öğr. Üyesi Can ERGÜN'e,

Eğitim ve öğretim hayatımın her adımında maddi, manevi desteğini esirgemeyen babam Mehmet AKBAŐ, annem Sema AKBAŐ, kardeşim Doruk AKBAŐ'a,

Tez çalıőmamı hazırladığım süre boyunca her aşamada bana destek olan ve beni yüreklendiren eşim ağdaő GÜNGÖR'e sonsuz teşekkür ederim.

İSTANBUL 2019

Damla GÜNGÖR

ÖZET

EBEVEYNLERİN ÇOCUK BESLEME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ÇOCUĞUN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Damla GÜNGÖR

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ARDUZLAR KAĞAN

Ağustos 2019, 100

Bu araştırmada ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin (6-7 yaş grubu) ebeveynlerinin çocuğun beslenmesindeki tutum ve davranışları ile çocuğun vücut kütle indeksi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmaya, Balıkesir ili Susurluk ilçesindeki ilkokul birinci sınıfa giden 6-7 yaş arası 143'ü erkek ve 211'i kız olan toplam 354 çocuk ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Balıkesir İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olan 2019-05/08 numaralı etik kurul iznini takiben ebeveynlere belirlenen ölçekler uygulanmıştır.

Katılımcıların; genel özellikleri ve beslenme alışkanlıkları araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile elde edilmiştir. Ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve uygulamaları Çocuk Besleme Anketi (ÇBA) kullanılarak saptanmıştır. Çocuk Besleme Anketi ebeveynlerin çocuk besleme davranışlarının değerlendirilmesinde en fazla tercih edilen ölçütlerindedir. Ebeveynlerin ve çocukların antropometrik ölçümleri yapılmış ve Vücut Kütle İndeksi (VKİ) değerlendirilmiştir. Araştırmanın verileri ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin velilerinin verdikleri cevaplardan oluşmuştur. Araştırma verileri toplandıktan sonra analiz edilmek üzere bir araya getirilmiş ve SPSS istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan çocukların yüzde 54,8'i normal ağırlıkta, yüzde 13'ü şişman/obez, yüzde 12,4' ü hafif şişman/kilolu, yüzde 11,9'u zayıf ve yüzde 7,9'u ise çok zayıftır. Ebeveynlerin ÇBA alt boyutundan aldıkları puanların korelasyonlarına göre; çocukların VKİ değeri arttıkça ebeveynlerin ölçeğin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar artmaktadır ($p<0,05$). Erkek çocukların ebeveynlerinin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar kız çocuklarının ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca ebeveynlerin cinsiyetleri ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$). Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin ÇBA'nın 'kısıtlama' ve 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan almış oldukları puanlar bilgi almamış olan ebeveynlere kıyasla daha

yüksektir ($p<0,05$). Ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç saptanmamıştır ($p>0,05$). Ek olarak ailedeki kişi sayısı arttıkça ebeveynlerin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan almış oldukları puanların düştüğü görülmüştür ($p<0,05$). Ebeveynlerin eğitim düzeyi, çocuk besleme anketinin algılanan çocuk vücut ağırlığı' ve 'yeme baskısı' alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Anahtar Sözcükler: Ebeveyn Besleme Davranışı, Vücut Kütle İndeksi, Çocukluk Çağı Obezitesi



ABSTRACT

THE EFFECT OF PARENTAL CHILD NUTRITION ATTITUDES AND BEHAVIOURS ON FOR CHILD BODY MASS INDEX

Damla GÜNGÖR

Master Program of Nutrition and Dietetics

Thesis Supervisor: Assistant Professor Dilek ARDUZLAR KAĞAN

August 2019, 100

In this research; elementary school 1st grade students the relationship between the families attitudes and behaviors of child nutrition and the child's body mass index were examined.

Totally 354 elementary school 1st grade students from Susurluk district of the province of Balıkesir between 6-7 years of age have participated in there search along with their families and the sample group consisted of 143 boys and 211 girls. The 2019-05/08 numbered ethics committee permission is taken from Balıkesir City Provincial Directorate of National Education and Bahcesehir University Clinical Research Institute and after this procedure designated scales applied to the adults.

The participant's general characteristics, nutritional habits have been obtained with the help of a questionnaire prepared by researcher. Child feeding attitudes and behavior of families were determined using 'Child Feeding Questionnaire-CFQ'. Anthropometric measurements of families and children were taken and body mass index (BMI) was evaluated. The data of the research consist of the answers of primary school 1st class students families. After all of the research data collected, these data brought together for analyzing and evaluated via package SPSS statistics application.

The questionnaire results revealed that, 54.8 percent of the children have normal weight, 13.0 percent of the children obese, 12.4 percent of the children are overweight, 11.9 percent of the children are thin and 7.9 percent of the children are extremely thin. The correlation analysis between 'CFQ' results subdimension scores show that as the BMI of childs increase, the scores of the 'CFQ' subdimensions, 'Perceived Parent Weight' and 'Perceived Child Weight', increase as well ($p < 0.05$). In our 'CFQ', the scores of the parents of the boys from 'Perceived Parent Weight' and 'Perceived Child Weight' subscales were significantly higher than the scores of the parents of the girls ($p < 0.05$). In addition, according to this research there are no meaningful relation between adults sex and 'CFQ' scores ($p > 0.05$). Parents who received information about child nutrition had higher scores on the 'Restriction' and 'Perceived Parent Weight' subscales of the 'CFQ' than the uninformed parents ($p < 0.05$).

No statistically significant result was found between the working status of the parents and the scores they received from the 'CFQ' ($p > 0.05$). As the number of people in the family increased, the scores of the parents 'Perceived Parent Weight' subscale of the 'CFQ' decreased ($p < 0.05$).

In addition, the education level of the parents was found to be statistically significant with the 'Perceived Child Weight' and 'Pressure to Eat' subscales of the 'CFQ' ($p < 0.05$).

Keywords: Parental Feeding Attitude, Body Mass Index, Childhood Obesity



İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	xi
KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. LİTERATÜR TARAMASI.....	4
2.1. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA BESLENME	5
2.1.1. Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri	5
2.1.1.1. Enerji.....	5
2.1.1.2. Karbonhidrat	6
2.1.1.3. Yağ.....	6
2.1.1.4. Protein.....	7
2.1.1.5. Posa	8
2.1.1.6. Vitamin ve mineraller.....	8
2.1.2. Okul Çağı Çocuklarının Beslenme Alışkanlıkları	9
2.1.3. Okul Çağı Çocuklarında Görülen Beslenmeye İlişkin Problemler	10
2.1.3.1. Demir eksikliği anemisi	10
2.1.3.2. Vitamin ve mineral yetersizlikleri	12
2.1.3.3. Diş çürükleri.....	13
2.1.3.4. Malnütrisyon	13
2.1.3.5. Şişmanlık / Obezite	15
2.1.3.5.1. Okul çağı çocuklarında obezite prevalansı	16
2.1.4. Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin Değerlendirilmesi	18
2.1.4.1. Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan standartlar ve referans değerler.....	19
2.1.4.2. Uluslararası büyüme eğrileri ve referans değerler	20
2.1.4.3. Ulusal büyüme eğrileri ve referans değerler	23

2.1.5. Okul Çağı Çocuğunun Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler	23
2.1.5.1. Aile.....	24
2.1.5.2. Sosyal çevre	26
2.1.5.3. Okul.....	27
2.1.5.4. Medya ve televizyon.....	28
2.1.5.5. Hastalık varlığı.....	29
2.1.5.6. Sosyo-Ekonomik durum.....	29
2.2. ÇOCUK BESLENMESİNDE EBEVEYN TUTUMU	31
2.2.1. Ebeveynlerin Kontrolcü-Baskılayıcı Besleme Davranışları.....	32
2.2.2. Ebeveynlerin Ödüllendirici Besleme Davranışları	33
2.2.3. Ebeveyn Çevresi ve İnanışları	34
3. VERİ VE YÖNTEM.....	35
3.1. ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	35
3.2. ARAŞTIRMANIN GENEL PLANI	35
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	36
3.3.1. Ebeveyne İlişkin Genel Bilgiler	36
3.3.2. Çocuğa İlişkin Genel Bilgiler	36
3.3.3. Çocuk Besleme Anketi (Child Feeding Questionnaire-CFQ)	36
3.3.4. Antropometrik Ölçümler	37
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRMESİ.....	38
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
KAYNAKÇA.....	101
EKLER	
EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu	116

EK 2: Anket Formu	117
EK 3: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu.....	124

TABLolar

Tablo 4.1: Ebeveynlerin demografik özelliklerine göre dağılımı	40
Tablo 4.2: Ebeveynlerin ve çocukların tanı konmuş hastalık durumu dağılımı	41
Tablo 4.3: Çocukların demografik özellikleri	41
Tablo 4.4: Ebeveynlerin ve çocukların VKİ değerleri dağılımı.....	42
Tablo 4.5: Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynakların dağılımı	43
Tablo 4.6: Ebeveyn ve çocukların ana öğünlerini birlikte tüketme durumu.....	43
Tablo 4.7: Çocukların bebeklik dönemine ilişkin beslenme verileri	44
Tablo 4.8: Çocukların sevmediği/tüketmediği besinlerin dağılımı.....	45
Tablo 4.9: Çocukların sevmediği/tüketmediği besinlere karşı ebeveynlerin yaklaşımları	46
Tablo 4.10: Çocukların öğün tüketme davranışı dağılımı.....	46
Tablo 4.11: Çocukların öğünlerini tükettiği ortamların dağılımı.....	47
Tablo 4.12: Genellikle çocukların beslenme çantasını hazırlayan bireylerin ve beslenme çantasına konulan besinlerin dağılımı	48
Tablo 4.13: Ailelerin dışarıda yemek yeme sıklığı dağılımı ve çocukların dışarıda yemek tercihi dağılımı	49
Tablo 4.14: Ebeveynlerin çocuk besleme anketi yanıtlarının dağılımı.....	50
Tablo 4.15: Ebeveynlerin çocuk besleme anketi ortalama puanlarının dağılımı.....	53
Tablo 4.17: Ebeveynlerin gelir durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi	55
Tablo 4.18: Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi.....	55
Tablo 4.19: Ana öğünleri birlikte tüketme durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi	56
Tablo 4.20: Çocukların doğum ağırlığına göre mevcut VKİ değerlendirmesi	57
Tablo 4.21: Çocukların anne sütü alma süresine göre VKİ değerlendirmesi	58
Tablo 4.22: Çocukların antropometrik değerleri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları ölçek puanları arasındaki korelasyonlar	59

Tablo 4.23: Ebeveynlerin antropometrik ölçümleri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları ölçek puanları arasındaki korelasyonlar	60
Tablo 4.24: Çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması	61
Tablo 4.25: Çocuğun beslenmesinden sorumlu olan ebeveynin cinsiyeti ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması	62
Tablo 4.26: Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması...	63
Tablo 4.27: Ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması	64
Tablo 4.28: Gelir düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması	65
Tablo 4.29: Ailedeki kişi sayısı ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması	66
Tablo 4.30: Ebeveynlerin eğitim düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması	67

KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
BİA	:Biyoelektrik İmpedans Analiz
CDC	:Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
CFQ	:Child Feeding Questionnaire
cm	:Santimetre
ÇBA	:Çocuk Besleme Anketi
COSİ TR	:Çocukluk Çağı Obezite Araştırması
DEXA	:Dual-Energy X-ray Absorptiometry
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
g	:Gram
IOTF	:International Obesity Task Force
Kcal/Kkal	:Kilokalori
kg	:Kilogram
KKTC	:Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
mg	:Miligram
MGRS	:Multicentre Growth Reference Study
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
n	:Sayı
NCHS	:National Center for Health Statistics
NHANES	:National Health and Nutrition Examination Survey
SD	:Standart Deviasyon
SS	:Standart Sapma
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
TBSA	:Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
VKİ	:Vücut Kütle İndeksi
WHO	:World Health Organization
TOÇBİ	:Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi

UNICEF :United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

X :Aritmetik Ortalama



1. GİRİŞ

Obezite, vücutta aşırı yağ birikimi ile oluşan, fizyolojik ve psikolojik problemlere sebep olabilen bir enerji metabolizması bozukluğudur. İlerleyen yaşla ortaya çıkabilmekle birlikte küçük yaşlardan itibaren de görülebilmektedir (Savaşhan ve diğ. 2015, s. 15).

Geçmişten bu yana şehirleşme, globalleşme ve çeşitli ekonomik değişiklikler insanların hayat standartlarını değiştirmiş ve yaşam tarzında değişikliklere neden olmuştur. Beslenmede özellikle; yüksek kalorili besinlerin tercih edilmesi (yağ içeriği yüksek, düşük lifli, şeker ilaveli içecekler ve besinler) artmış, fiziksel aktivite azalmış ve hareketsizlik bir yaşam tarzı haline gelmiştir (Kanioğlular 2015, s. 2). Beslenme sorunları özellikle okul çağı çocukları için büyük bir tehdittir (Büyük ve Topçu, 2015, s. 10). Diyet, çocukluk çağındaki fazla kilo ve obezitenin gelişimde önemli bir çevresel faktördür (Clark ve diğ. 2007, s. 132). Çocuklarda obezite, ulusal bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Hastalık kontrol merkezlerine (CDC) göre, 2007-2008 yılları arasında, 2–19 yaşları arasındaki çocukların yaklaşık yüzde 31,7'si aşırı kilolu veya obezdir (Tompkins ve diğ. 2015, s. 1384). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) çalışmasına göre 2003-2006 yılları arasında 2-19 yaş grubu çocuklar ve ergenlerin yüzde 16,3' ünün şişman olduğu gösterilmiştir. Avrupa' da okul çağı çocuklarında şişmanlığın en yaygın görüldüğü ülkeler sırasıyla İspanya (6-9 yaşta yüzde 35) ve Portekiz (7-9 yaşta yüzde 32), en az görüldüğü ülkeler ise sırasıyla Slovakya (7-9 12 yaşta yüzde 15), Fransa (7-9 yaşta yüzde 18), İsviçre (6-9 yaş yüzde 18) ve İzlanda (9 yaşta yüzde 18) olarak bulunmuştur (Epözdemir 2013, s. 11). Ülkemizde okul çağı çocuklarında obezite sıklığını araştıran çalışmalar yeterli olmamakla birlikte il kapsamında yapılan mevcut çalışmalarda obezite sıklığı yüzde 9 ile yüzde 27 aralığında gösterilmiştir (Savaşhan ve diğ. 2015, s. 15). Çocuklukta oluşan diyet alışkanlıklarının yetişkinliğe kadar devam etmesi muhtemeldir, bu nedenle çocuklukta sağlıksız bir diyetin yaşam boyunca sağlığa etkileri vardır (Clark ve diğ. 2007, s. 132). Çocukluk çağı obezitesi, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, tip 2 diyabet bunun yanında depresyon ve diğer psikolojik problemleri de içeren artmış kronik hastalık riski ile ilişkilidir.

Ayrıca, kilolu veya obez yaşamlarına başlayan çocuklar, yetişkin obezite ve ilişkili komorbidite riskini artırmaktadır (Sylvetsky-Meni ve diğ. 2015, s. 1).

Çocukların yanlış beslenme alışkanlığı kazanmalarıyla beslenme alışkanlıklarında önemli problemler ortaya çıkmaktadır (Epözdemir 2013, s. 2). Çocukların diyetleri ebeveynler, arkadaşlar, okul, medya, kendi zevkleri ve tercihleri tarafından etkilenebilir. Ebeveynlerin erken çocukluk döneminde, uygulayıcılar ve rol modelleri olarak davrandığı zaman, etkisinin en güçlü olduğu düşünülmektedir (Faith ve diğ. 2004, s. 1073).

Ebeveyn besleme biçimi; çocuğun kilosu, ebeveynin çocuğun kilosunu algılayabilme durumu, ailenin vücut ağırlığı, çocuğun cinsiyeti, eğitim ve sosyo ekonomik statü gibi birçok bileşenden etkilenmektedir (Muslu ve diğ. 2014, s. 225). Aşırı kilolu veya obez bir ebeveynin sahip olmanın da çocuğun obezite riskini büyük ölçüde artırdığı bilinmektedir (Sylvetsky-Meni ve diğ. 2015, s. 1).

Ebeveynlerin besleme stratejileri, çocuklarda aşırı kilolu olmanın gelişiminde rol oynayabilir çünkü çocuk beslenmesindeki aşırı kontrol, artan vücut kütlesi ve kötü beslenme regülasyonu ile ilişkilendirilmiştir (Faith ve diğ. 2004, s. 1711). Çocuklara hangi besinin ne zaman, hangi ölçüde tüketileceği açısından uygulanan aşırı ebeveyn baskısı, çocuğun açlık ve tokluğa ilişkin vücudun regülasyonunu bozarak açlık hissini algılamayı güçleştirmektedir. Bu durumda çocuğun kalori alımını düzenlemesi zorlaşmakta ve vücut ağırlığı olumsuz etkilenmektedir (Erdim ve diğ. 2017, s. 101). Bu kavramsallaştırma ile tutarlı olarak, en kesitsel çalışmalar ebeveynlerin gıda kısıtlamalarının çocukların daha yüksek ağırlık durumuna bağlı olduğunu ve yeme baskısının çocukların düşük ağırlık durumundan etkilendiğini bildirmişlerdir (Nowicka ve diğ. 2014, s. 233).

Bu çalışmada ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve davranışlarının çocuğun vücut kütle indeksi üzerindeki rolü incelenmektedir. Çalışma kapsamında 6 ve 7 yaş grubundaki ilkokul birinci sınıf öğrencileri ile bu öğrencilerin beslenmesinden birinci derecede sorumlu olan ebeveynler çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuğun beslenme alışkanlıkları ile vücut ağırlığının ebeveynlerin çocuk besleme uygulamalarından büyük ölçüde etkilendiği düşünüldüğünde, yürütmüş olduğumuz bu çalışmanın günümüzde artmakta

olan obezite oranları açısından topluma daha sağlıklı nesiller için katkı sağlaması hedeflenmektedir. Bununla birlikte literatür incelendiğinde özellikle ülkemizde çocuk besleme tutum ve davranışlarının etkilerine ilişkin yeteri kadar bilimsel araştırmanın yapılmadığı görülmüştür. Balıkesir ili kapsamında da ilkokul öğrencilerinin vücut ağırlıkları ve beslenme durumlarının saptanmasına yönelik herhangi bir çalışma bulunmadığından yapmış olduğumuz bu çalışmanın literatürdeki bu eksikliğin giderilmesi açısından da önemlilik arz ettiği düşünülmektedir.



2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA BESLENME

Hayatın devamlılığı, büyüme ve gelişme, sağlık durumunun iyileştirilmesi, mevcut sağlığın korunması ve geliştirilmesi, yaşam niteliğinin yükseltilmesi, üretkenliğin devamı için vücudun ihtiyaç duyduğu besin maddeleri ile biyoaktif maddeleri içeren besinlerin tüketilerek vücutta değerlendirilmesi beslenme olarak tanımlanmaktadır (TCSB 2015, s. 26). Doğumla birlikte yaşlılık da dahil olmak üzere beslenme insan hayatının her evresinde hayati öneme sahiptir. Hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavi edilmesi, hayat standartlarının artırılması için yeterli ve dengeli beslenmeyi bilmek ve öğrenmek şarttır. Yeterli ve dengeli beslenme cinsiyet, yaş, fiziksel aktivite düzeyi, kalımsal özellikler, yapısal özellikler, hastalık varlığı gibi çeşitli faktörlere göre enerji ve besin maddelerinin yeterli düzeyde alınması, ayrıca bu besin öğelerinin besleyici değerlerini kaybetmeden ve sağlığa zararlı hale getirilmeden işlenip tüketilmesidir (Arlı ve diğ. 2017, s. 1).

Çocuklar doğumla birlikte başlayan ve süregelen bir hareket eğilimi gösterirler. En başta refleks, zaman geçtikçe istemli olarak hareket etme ibareleri gösterirler (Büyük ve Topçu 2015, s. 10). En hızlı büyüme bebeklik döneminde meydana gelir ve vücut ağırlığı başına gereken kalori miktarı en fazladır. Ardından büyüme yavaşlar ve vücut ağırlığı başına kalori sayısı azalır. Ancak çocuk sürekli büyüdüğü için, gereken toplam kalori miktarı her zaman artmaktadır. Kalsiyum gibi diğer besinler için ihtiyaçlar ergenlik döneminde artan bir ihtiyaç ile yaşa göre değişir (Corkins ve diğ. 2016, s. 1218). 6-14 yaş grubu yani okul çağı çocuğu dönemi, çocukların eğitim-öğretimini sürdürdüğü, fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişim ile büyümenin hızlandığı, hayat boyu sürecek alışkanlıkların şekillendiği, öğrenme ve davranışların gelişiminde en verimli dönemdir (Köksal ve Karaçil 2014, s. 151). Sürekli büyüme ve gelişmenin devam ettiği bu süreçte, enerji ve besin öğelerinin yetersiz veya fazla alınması çocukluk döneminde veya yaşamın ilerleyen evrelerinde, obezite, şeker hastalığı (diyabet) ve hipertansiyon gibi sağlık problemlerine sebep olabilir (TCSB 2015, s. 109).

2.1.1. Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri

Çocukların görevi, büyümek, oynamak ve öğrenmektir. Bu hedeflere ulaşmak için, optimal enerji ve besin sağlayan doğru gıdalara ihtiyaçları vardır (Temple ve Struble 2010, s. 196).

Besinlerin içeriğindeki besin maddelerinin herhangi biri alınmadığında veya ihtiyacından az ya da fazla alındığında, büyüme ve gelişme ile birlikte sağlığın olumsuz etkilendiği görülmektedir. Besinlerin içeriğini oluşturan ve insan vücudu için önem taşıyan 50 den fazla besin ögesi veya besin ögesi benzeri kimyasal madde (biyoaktif bileşenler veya fitokimyasallar) bulunmaktadır. Besinlerin içerisindeki bu besin öğeleri kendi içerisinde iki genel gruba ayrılır. Günlük diyetle daha fazla tüketilenlere “makro besin öğeleri”, vücutta işlevleri çok önemli olsa da düşük seviyelerde ihtiyaç duyulan ve tüketilenlere “mikro besin öğeleri” denilmektedir. Karbonhidratlar, yağlar ve proteinler makro besin öğeleri, vitaminler ve mineraller ise mikro besin öğeleri olarak kabul edilmektedir. Su hayatın devamlılığı için gereklidir ve besin ögesi olarak kabul görmektedir (TCSB 2015, s. 31). Çocukluk çağında doğru büyüme için, çocukların gerekli oranda karbonhidrat, yağ, protein, vitamin, mineral ve su oranlarıyla vücut metabolizmasının sürdürülmesi için yeterli enerjiye ihtiyacı vardır (Sengupta ve diğ. 2019, s. 110).

2.1.1.1. Enerji

Vücudun mevcut düzeninin sürdürülmesi, vücut ısısının sabit tutulması, aktivitenin düzenlenmesi sadece uygun miktarda vücuda alınan enerji ile mümkün olur (Merdol 2008, s. 11). Besinlerle alınan enerji, büyüme ve gelişme, dokuların oluşumu ve hayatın sürdürülmesi için gerekli olan biyokimyasal olayların oluşturulabilmesi için gereklidir (TÇGHBD 2017, s. 12). Vücudun enerji harcaması bazal metabolik hız, fiziksel aktivite seviyesi ve yiyeceklerin termik düzeyi olmak üzere üç gruba ayrılır. Yaş, cinsiyet, fiziksel aktiflik düzeyi, mevcut beden durumuna (gebe veya emziren), sağlık durumuna, kalıtsal faktörlere ve çevre şartlarına göre günlük enerji ihtiyacı değişiklik göstermektedir (TCSB 2015, s. 31).

Harcanan enerji ile sağlanan enerji dengeli olmalıdır. Alınan enerji harcanan enerjiden düşük ise büyüme istenen seviyede gerçekleşmez. Alınan enerjinin harcanan enerjiden yüksek olması durumunda ise obezite görülür (Merdol 2008, s. 11).

Enerji İhtiyacı = Her yaş için 1100 kilokalori (kcal) + Alınan her bir yaş için 100 kcal formülüyle hesaplanır (TÇGHBD 2017, s. 12). Tahmini toplam enerji ihtiyacı çocukluk boyunca artar (Temple ve Struble 2010, s. 197).

Buna göre 6 yaşında 1700, 7 yaşında 1800 kcal enerji almaları gerekir (Merdol 2008, s. 11). Bu değerler ortalama değerler olmakla birlikte, çocuğun persentil değerine göre alması gereken enerji artar veya azalır. Çocuğun aldığı kalorinin yeterli olup olmadığının anlaşılması açısından izlem önemlidir (TÇGHBD 2017, s. 12).

Yaş için yüzde 5'in altındaki bir vücut kütle indeksi (VKİ) düşük kilolu, 85 ile 95'inci yüzde arasındaki VKİ aşırı kilo için yüksek risk gösterirken, yüzde 95' ten büyük VKİ aşırı kilolu olduğunu gösterir (Temple ve Struble 2010, s. 197).

2.1.1.2. Karbonhidrat

Karbonhidratlar; basit şekerler veya monosakaritler (glikoz, galaktoz, fruktoz ve mannoz), çift şekerler veya disakaritler (sakaroz, laktoz ve maltoz) ve kompleks karbonhidratlar veya polisakaritler (nişasta, dekstrinler) halinde sınıflandırılabilirler. 1 gram (gr) karbonhidrat 4 kilokalori enerji verir (Medina ve Peña 2018, s. 358).

Birincil enerji kaynağı olarak görev yaparlar, esas olarak diğer işlevler için protein ve yağ gereklidir (Medina ve Peña 2018, s. 358). Enerji açısından karbonhidratlar vücut için en verimli ve en çabuk kullanılabilen kaynak olarak kabul edilir. 1 yaşından sonra karbonhidrat ihtiyacı, beynin ihtiyaç duyduğu glikoz miktarına göre 130 g / gün olarak belirlenir (Temple ve Struble 2010, s. 198). Karbonhidratlar acil durumlarda kan şekerini regülasyonunu sağlar ve enerji ihtiyacını giderir (TCSB 2015, s. 32). Toplam kalori alımının yaklaşık yüzde 50-55'ini oluşturmalarıdır (Medina ve Peña 2018, s. 358).

2.1.1.3. Yağ

Yağlar kalori bakımından en yoğun olan makro besinlerdir. 1 gramı 9 kilokalori enerji sağlar. Enerjinin yanı sıra yapısal ve biyolojik işlevler için de kullanılırlar. Bununla birlikte A, D, E ve K gibi yağda eriyen mikro besinlerin emilimine yardımcı olurlar. Nörolojik ve oküler gelişim için de yağların beslenmeyle yeterli düzeyde alınması

gereklidir. Yağlar toplam kalori alımının yaklaşık yüzde 30-35'ini oluşturmaktadır (Medina ve Peña 2018, s. 358).

Yağlardan alınan toplam enerjinin yüzde 10'u (tercihen yüzde 7-8 oranında) doymuş yağlardan (tereyağ, hayvansal kaynaklı yağlar, iç yağ, kuyruk yağı), yüzde 12-15'i tekli doymamış yağ asitlerinden (findık, zeytin, kolza-kanola yağları) ve yüzde 7-10 oranında ise çoklu doymamış yağ asitlerinden (omega 6 yağ asidi içeren soya, ayçiçeği mısır, pamuk yağı, keten tohumu ve omega 3 yağ asidi içeren ceviz, balık yağı) alınmalıdır (TCSB 2015, s. 32).

Yağ alımında toplam enerjinin yüzde 5-10'u omega-6 (LA: linoleik asit), yağ asitlerinden, yüzde 0.6-1.2'si ise omega - 3 (ALA: alfa linolenik asit) yağ asitlerinden, karşılanmalıdır (TCSB 2015, s. 33). Omega 6 ve omega 3 yağ asitleri arasındaki 4.5-5:1 oranı hastalık riskini azaltmada faydalı olabilir (Medina ve Peña 2018, s. 358).

2.1.1.4. Protein

Proteinlerin “yapı taşları” olarak da adlandırılan amino asitlerden oluşurlar. Genel olarak, her bir proteine kendi yapısını ve dolayısıyla fonksiyonunu veren, çok sayıda farklı kombinasyon oluşturan yaklaşık 20 farklı amino asit vardır (Shang ve diğ. 2018, s. 301).

Yeterince karbonhidrat ve yağ kaynağı yoksa, enerji kaynağı olarak da kullanılabilirler. 1 gram protein 4 kilokalori enerji sağlar (Medina ve Peña 2018, s. 358). Gerekli miktarda protein tüketimi, insan gelişimi ve sağlığı için esastır (Shang ve diğ. 2018, s. 304). Proteinlerin immün sistem ile vücuttaki sistemlerin düzenlenmesinde rol alan hormonlar ve enzimler için de mutlaka vücuda sağlanmaları gerekmektedir. Çocukların sağlıklı büyüebilmesi ve gelişebilmesi için proteinden zengin besinleri yeteri kadar tüketmeleri gerekmektedir (Merdol 2008, s. 11).

Protein ihtiyacı, hayvansal ve bitkisel kaynaklardan gelen gıdaların alımıyla karşılanabilir (Shang ve diğ. 2018, s. 304). Bunun yanı sıra hayvansal kaynaklı proteinlerin biyolojik değeri bitkisel kaynaklı proteinlerden yüksektir. Et, süt, yumurta gibi yüksek kalite hayvansal kaynaklı proteinler protein ihtiyacının yarısını oluşturmaktadır.

Haftada iki defa balık, haftada 4-5 adet yumurta tüketimi oyun çocuğu döneminde önemlidir. İşlenmiş et ürünlerinin (sosis, salam gibi) çocuk beslenmesinde tercih edilmemelidir. Ceviz, fındık, badem gibi kuruyemişler, kuru baklagiller (mercimek, fasulye, nohut, barbunya) bitkisel proteinlerdir (TÇGHBD 2017, s. 13). Günlük diyetle toplam kalori alımının yaklaşık yüzde 15'i proteinlerden sağlanmalıdır (Medina ve Peña 2018, s. 358).

2.1.1.5. Posa

Nişasta olmayan polisakkaritler, sindirilmeyen oligosakkaritler, lignin ve dirençli nişasta diyet lifini oluşturmaktadır. Posa, diğer karbonhidratlardan farklıdır ve enerjiye dönüşmez, kullanılmadan vücuttan uzaklaştırılır (TCSB 2008a, s. 7). Kuru baklagiller (yüzde 11-26), ve sert kabuklu meyvelerin (yüzde 5-14) lif içeriği yüksektir. Tahıl ürünleri (yüzde 4-7.5), sebzeler (yüzde 3-4) ve meyvelerin (yüzde 1-2) lif içeriği de yüksek olarak kabul edilmektedir (TCSB 2008a, s. 9). Çiğ besinler pişmiş besinlerden, kabuklu besinlerse kabuksuzlardan fazla lif barındırır. Çocuklar için, taze meyve ve sebzeler, kepekli tahıllar ve baklagiller tarafından sağlanan lif bakımından zengin bir diyet kabızlığın önlenmesi için gereklidir. Çeşitli çalışmalara göre az diyet lifi tüketen çocukların çocukluk çağı obezitesi, kronik kabızlık ve bozulmuş glukoz metabolizması oluşumu riski daha yüksektir (Maćkowiak ve diğ. 2016, s. 105). Ek olarak, yüksek lifli diyetleri tüketen çocukların besin ögesi açısından daha zengin yiyecekleri tüketme olasılıkları daha yüksektir (Temple ve Struble 2010, s. 199).

1995 yılında Amerikan Sağlık Vakfı, günlük “yaş + 5” gram kuralı geliştirmiştir (Maćkowiak ve diğ. 2016, s. 105). Lif alımı için, “yaş + 5 kuralı”, hem lif hem de fonksiyonel lif içeren toplam lif için daha spesifik önerilerle değiştirilmiştir (Temple ve Struble 2010, s. 199). Yapılan düzenlemelere göre her yaş grubundan insanın 1000 kcal başına 14 gr lif alması gerekmektedir (Maćkowiak ve diğ. 2016, s. 105). Buna göre 1 ve 3 yaş arası çocuklar için 19 gram, 4-8 yaş grubu çocuklar için 25 gram posa alımı uygun görülmektedir (Temple ve Struble 2010, s. 199).

2.1.1.6. Vitamin ve mineraller

Vitaminler ve mineraller de yeterli büyüme ve gelişme için gereklidir. Enerji sağlamadıkları halde, farklı gerekli metabolik yollara müdahale ederler (Medina ve Peña 2018, s. 358).

Vitaminler kendi aralarında; yağda eriyenler ve suda eriyenler olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar (TCSB 2015, s. 33).

Yağda çözünen vitaminler A, D, E, K vitaminleri, suda çözünen vitaminler ise tiamin (B1 vitamini), riboflavin (B2 vitamini), niasin, pridoksin, kobalamin, pantotenik asit, biyotin, askorbik asit (C vitamini) ve folik asittir. Yağda çözünen vitaminler depolanabilirler ve diyetle her gün tüketilmelerine gerek yoktur. Vitamin yetersizliği bulguları geç oluşur ve fazla alındıkları takdirde toksik etki görülebilir. Suda eriyen vitaminler vücutta depolanamadığı için diyetle düzenli olarak tüketilmeleri önemlidir. Vitamin yetersizliği belirtileri hızlı oluşur (Merdol 2008, s. 12).

Vitaminler gibi mineraller ve eser elementler de birçok fizyolojik reaksiyonda katalizördür (TÇGHBD 2017, s. 16). Yetişkin bir bireyin vücudunun ortalama yüzde 6'sını mineraller oluşturur (TCSB 2015, s. 34). Mineraller majör mineraller ve iz elementler olmak üzere iki gruba ayrılırlar. Majör minerallerden potasyum, kalsiyum, fosfor, magnezyum, sodyum, sülfür ve klor, iz elementlerden selenyum, demir, iyot, çinko, molibden, manganez, krom, bakır ve flor insanlar için elzemdir (Merdol 2008, s. 13).

Diş sağlığı ve iskelet sisteminde kalsiyum, fosfor, magnezyum; kan yapımında demir, kobalt ve immün sistemde çinko rol alır. Kalsiyum, demir, iyot, çinko özellikle oyun çağı çocukları için büyük önem taşımaktadır (TÇGHBD 2017, s. 16).

2.1.2. Okul Çağı Çocuklarının Beslenme Alışkanlıkları

Yeterli ve dengeli beslenme insan yaşamında hayata adım atılmaya çalışılan dönemde çocuğun fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlığını doğrudan etkilemektedir (Arlı ve diğ. 2017, s. 48).

Çocuklar evleri dışında, ailelerinin denetimi olmadan beslenmeye başlarlar. Beslenmeleri ebeveynleri tarafından sağlansa ve denetlenmeye devam edilse de, bu süreçte çocuklar yiyecek ve içecek tercihlerinde okul öncesi döneme kıyasla daha bağımsızdırlar. Bu yaş grubu, aileler için çocuklarda sağlıklı beslenme alışkanlıklarını oluşturmak ve bağımsızlıktan önce, iştaha ilişkin davranışları düzenlemek açısından önemli bir süreçtir (Corkins ve diğ. 2016, s. 1222).

Özellikle küçük çocuklarda, ev ortamı ve dolayısıyla ebeveynleri, çocukların kilo durumunun belirlenmesinde çok önemli sayılabilir (Gerards ve Kremers 2015, s. 30).

Ebeveynler evde hangi yiyeceğin mevcut olduğunu belirleyerek çocukların çoğu beslenme alışkanlığının oluşmasına katkıda bulunurlar (Gerards ve Kremers 2015, s. 30). Plansız öğünler, çocuğun besin ihtiyaçlarının ve ihtiyaç miktarının bilinmemesi, sağlıksız besinlerin tercih edilmesi bununla birlikte besinlerin hazırlanması, yemeye hazır hale getirilmesi ve depolanması sürecinde yanlış uygulamaların tercih edilmesi, okullarda sağlığa zararlı yiyeceklerin sunulması çeşitli beslenme problemlerine sebep olabilir (Uzşen 2016, s. 32).

Meyve ve sebzelerin, posa, mevsim balıkları ve proteinden zengin besinlerin 4 ila 12 yaş grubu çocuklar için yeterli düzeyde alımı önerilmektedir. Kalsiyum kemik gelişimi için ayrıca önem taşımaktadır. Çocuklar için tatlı, şekerli içecek, fast food ve tuzlu yiyeceklerin minimum düzeyde alınmaları önerilir (Corkins ve diğ. 2016, s. 1222).

Çocukluk döneminde sağlıksız beslenme davranışlarının benimsenmesi yetişkinlikte obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi hastalıkların temelini oluşturmaktadır. Türkiye’de okul çağı çocuklarında ve adölesanlarda; guatr, şişmanlık, demir eksikliği anemisi, diş çürükleri, vitamin ve mineral yetersizlikleri ile obeziteye bağlı kronik hastalıkların prevalansı yüksektir (Uzşen 2016, s. 33).

2.1.3. Okul Çağı Çocuklarında Görülen Beslenmeye İlişkin Problemler

2.1.3.1. Demir eksikliği anemisi

Demir kırmızı kan hücrelerinin içinde oksijen taşıyan hemoglobinin yapısında bulunan bir eser elementtir. İnsan vücudu, kırmızı kan hücrelerinin parçalanmasından sonra demirin geri dönüşümü ve bir atılım mekanizması olmadan demirin tutulması da dahil olmak üzere, demirin çeşitli şekillerde korunması için gelişmiştir. Demir, solunum, enerji üretimi, DNA sentezi ve hücre çoğalması dahil olmak üzere biyolojik fonksiyonlar için çok önemlidir (Camaschella 2015, s. 1832). Demir özellikle kan hücrelerinin yapımı için gereklidir (TÇGHBD 2017, s. 16).

Demir eksikliği anemisi, hızlı büyüme, diyet ve vücut depolarının demir gereksinimlerini karşılayamadığı herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

Demir eksikliği anemisinin en önemli nedeni, büyümenin hızlı olduğu bebeklik dönemi ve çocukluk döneminde yetersiz alımıdır (Lanzkowsky 2016, s. 71). Demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi küresel sağlık sorunlarından biridir ve günlük klinik uygulamalarda görülen yaygın tıbbi durumlardandır. Demir eksikliği anemisinin prevalansı yakın zamanda bir miktar azalmış olsa da, dünya çapında aneminin en üst sırada yer almaya devam etmektedir (Camaschella 2015, s. 1832). Ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre demir eksikliği anemisinin prevalansı değişiklik göstermektedir (TÇGHBD 2017, s. 17).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan rapora göre gelişmiş ülkelerde 5 yaşından küçük çocukların yüzde 12'sinde, gelişmekte olan ülkelerdeyse yüzde 52'sinde anemi görülmektedir (Küçük ve diğ. 2013, s. 38). Anemisinin prevalansı ekonomik durumla ters orantılıdır (Lanzkowsky 2016, s. 69). Önleme programları, dünya genelinde demir eksikliği anemisi oranlarını azaltmıştır; yaygınlık şu anda Orta ve Batı Afrika ve Güney Asya'da en yüksektir (Camaschella 2015, s. 1833).

Çocukluk çağı anemisi; bilişsel gelişimi bozabilir, nöropsikolojik problemler, farklı dokularda kapasite düşüklüğüne ve en önemlisi de enfeksiyonlara yatkınlığı artırarak çocukların gelişiminde olumsuz etkilere neden olabilir (Arlı ve diğ. 2017, s. 58). 2011 yılında DSÖ, anemi prevalansının yüzde 20 olduğu kadın ve adölesan kızlara demir eksikliğini önlemek için 60 mg elementer demir ile günlük demir takviyesi önermiştir. Bununla birlikte 0-5 yaş arası çocuklar için günde 2 mg / kg ve 5-12 yaş arası çocuklar için günlük 30 mg demir takviyesi önermiştir (Lopez ve diğ. 2016, s. 907).

Dengeli beslenme demir eksikliğini doğrudan etkilemektedir (TÇGHBD 2017, s. 17). Hem demir içeren besinler (kırmızı et) vücut tarafından kolaylıkla emilmesiyle çocuk beslenmesinde özellikle tercih edilmelidir. Bununla birlikte demir emilimini arttırmak için hem olmayan demirin (kuru meyveler, yumurta, kümes hayvanları, tam tahıl, kurubaklagiller, pekmez, ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri) C vitamini içeriği yüksek besinler (sebze ve meyve) ile tüketimine özen gösterilmelidir. Demir eksikliği anemisinin erken tespit edilmesi ve doğru tanı ve tedavi yöntemleriyle birçok komplikasyonun oluşumu engellenebilir (Arlı ve diğ. 2017, s. 58).

2.1.3.2. Vitamin ve mineral yetersizlikleri

Mikro besin neredeyse tüm normal hücrel ve moleküler fonksiyonları sürdürmek için diyetten istenen temel vitamin ve mineralleri temsil etmek için kullanılan terimdir (Bailey ve diğ. 2015, s. 22). Küçük miktarlarda gerekli olsa da mikro besinler, insan vücudunun düzgün bir şekilde büyümesi ve gelişmesi için gereklidir (Gonmei ve Toteja 2018, s. 511).

Mikro besin eksiklikleri yaygın görülür ve dünya çapında 2 milyar kişiyi etkilemektedir. En yaygın eksiklikler A vitamini, folat, demir, iyot ve çinko eksiklikleridir. Genellikle birden fazla mikro besin öğesinin yetersizliği birlikte gözlemlenir (Bailey ve diğ. 2015, s. 22).

Sağlık durumunun iyi olması için birçok vitamin ve mineral gerekmele birlikte, özellikle çocuklarda yeterli düzeyde demir, D vitamini ve kalsiyum tüketimine özen gösterilmelidir (Suliga ve diğ. 2018, s. 794). Çocukların büyümesini ve gelişimini desteklemenin yanı sıra yaşam boyu genel sağlığı korumak için yeterli miktarda mikro besin alımı gereklidir. Temel mikro besinlerin uzun süre yetersiz alımı, sağlığı olumsuz yönde etkileyen eksikliklerle sonuçlanır. Eksiklik semptomları arasında; A vitamini eksikliğiyle bağışıklık sisteminin zayıflaması, büyüme ve gelişme problemleri, gece körlüğü, C vitamini eksikliği sonucu yaralarda iyileşememe ve kanama, demir eksikliğinden anemi ve D vitamini eksikliğinden raşitizm ve osteomalazi görülmektedir (Bird ve diğ. 2017, s. 1).

B vitaminlerindeki eksiklikler farklı tipte anemilere yol açar; folat eksikliği megaloblastik anemiye, B6 vitamini eksikliği mikrositik anemiye neden olurken, B12 vitamini eksikliği pernisyöz anemiye neden olur ve nörolojik hasara neden olabilir. Vücuttaki birçok önemli süreç için yeterli miktarda mikro besin bileşimi gereklidir (Bird ve diğ. 2017, s. 2). “Gizli Açlık” olarak adlandırılan mikro besin eksiklikleri sağlık, öğrenme yeteneği, yüksek hastalık oranları ve yetersiz beslenme ile yoksulluk döngüsüne katkıda bulunur ve sakatlık oranı nedeniyle üretkenliği ve verimliliği olumsuz etkilemektedir (Gonmei ve Toteja 2018, s. 511).

2.1.3.3. Diş çürükleri

Diyet, diş fırçalama alışkanlıkları, korunma amaçlı uygulamalar ve düzenli doktor kontrolü, ağız sağlığı için temeldir. Bu alışkanlıkların oluşturulmasında erken çocukluk dönemi en doğru zaman olarak görülmektedir (Altun ve diğ. 2005, s. 114). Koruyucu uygulamalar ile çocukların ağız diş sağlığının korunmasında önemli gelişmeler olmasına rağmen diş çürükleri hala çocukluk döneminin önemli problemlerinden birini oluşturmaktadır (Özer ve diğ. 2003, s. 133).

Aşırı kilo ve şişmanlığın artmasının ana nedenlerinden biri, şekerli içeceklerin yüksek tüketimi ve işlenmiş karbonhidrat alımıdır. Şekersiz diyet ürünleri de diş çürüğü gelişimi için en önemli risk faktörüdür (Tschammler ve diğ. 2019, s. 1). Doğru yemek seçenekleri diş çürüğü ve periodontal hastalık riskini önlemenin veya azaltmanın bir parçasıdır (Słotwińska ve Słotwiński 2015, s. 201). Ana öğünlerde sağlıklı yemek seçenekleri tercih edilmelidir. Çocuklar havuç, elma gibi besinleri ısırarak tüketmelidir. Bununla birlikte diş çürüklerinden korunmak için çocukların dişlerini her gün düzenli bir şekilde fırçalamaları gerekmektedir (TCSB 2015, s. 110).

DSÖ, 2015 yılında yetişkinler ve çocuklar için şeker alımına ilişkin bir kılavuz yayınlamıştır. Kılavuz, çocuklara ve yetişkinlere günlük serbest şeker alımlarını toplam enerji alımlarının yüzde 10'un altına düşürmelerini önermektedir. Beden sağlığı ve ağız sağlığını hayat boyunca korumak için ise serbest şeker alımını toplam enerjinin yüzde 5 in de altına düşürmeleri önerilmektedir (Phantumvanit ve diğ. 2018, s. 4).

2.1.3.4. Malnütrisyon

Malnütrisyon, besin maddelerinin alımı, ihtiyacı ve vücutta kullanımı arasındaki regülasyonun bozulması sonucu organizmanın yapısal ve işlevsel anlamda gelişimini bozan durum olarak tanımlanır (Pekmez ve diğ. 2015, s. 206). Çocuklukta malnütrisyon, ciddi bir halk sağlığı problemidir (Aheto ve diğ. 2015, s. 552). 2016 yılında, 5-19 yaş grubu 340 milyondan fazla çocuğun hafif şişman veya şişman, 192 milyon çocuğun ise yetersiz beslenme sonucu aşırı zayıf olduğu bildirilmiştir (WHO 2018, s. 128). Okul çağındaki çocuklarda malnütrisyon; düşük vücut kütle indeksi, gecikmiş olgunlaşma, kas kuvveti ve iş kapasitesi eksiklikleri, ilerleyen dönemlerde

kemik yoğunluğunun azalmasıyla sonuçlanabilir (Best ve diğ. 2010, s. 405). Malnütrisyonun başlıca nedenleri arasında kaliteli gıda eksikliği, bebek ve çocukları yetersiz besleme ve suboptimal emzirme gibi bakım uygulamaları, A vitamini ve çinko gibi mikro besin öğelerinin yetersizlikleri ve çoğunlukla intestinal parazitler tarafından tekrarlayan ataklar bulunur (Chowdhury ve diğ. 2016, s. 1).

Malnütrisyon sadece yetersiz beslenen çocuklar için hastalık ve gelişme sorunlarını ortaya çıkarmaz, aynı zamanda zayıf sanitasyon ve sıtma gibi hastalıklarla beraber çocuk ölümlerinin önemli bir nedenidir (Aheto ve diğ. 2015, s. 552). Bununla birlikte çevresel vesosyo-ekonomik koşullar da malnütrisyon oluşumu için önemli faktörlerdir. Malnütrisyon günümüz şartlarında özellikle az gelişmiş ve gelişme sürecinde olan ülkelerde çocuk sağlığı için ciddi bir tehdittir. Sosyoekonomik seviyesi yetersiz ve eğitim hizmetlerinden faydalanamayan ülkelerde, proteinden zengin gıdaların tüketimi önemli ölçüde azalmıştır. Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda da düşük sosyoekonomik statünün, annelerin yetersiz eğitim seviyelerinin, ailelerin geleneksel alışkanlıklarının, olumsuz çevre şartlarının, anne sütü ile beslenme süresinin ve tamamlayıcı beslenmeye başlama sürelerinin malnütrisyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Atman 2006, s. 30).

Birincil hastalıklarla ilişkili yetersiz beslenmenin dünya çapında çocukluk ölümlerinin yaklaşık yüzde 50-60’ından sorumlu olduğu bilinmektedir. Ölüm oranının artmasına ek olarak, yetersiz beslenmenin zihinsel gerilik, okul performansındaki düşüş ve zihinsel kapasite ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Tutar ve diğ. 2012, s. 129).

UNICEF raporunda, dünya çapında çocuk ölümlerinin ana nedenlerinden birinin yetersiz beslenmeye atfedilebileceğini ve tüm çocuk ölümlerinin en az yarısına neden olacağı tahmin ediliyor (De ve Chattopadhyay 2019, s. 2). Ülkemizde farklı zamanlarda ve farklı bölgelerde yürütülmüş olan çalışmalarda malnütrisyon sıklığının düştüğü bildirilmiş ve günümüz koşullarında sağlıklı çocuklar ve hastanede yatan çocuklar için malnütrisyon hala önem taşıdığı unutulmamalıdır (Güleç ve diğ. 2011, s. 125).

2.1.3.5. Şişmanlık / Obezite

Obezite terimi, aşırı yağ anlamı taşır. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi “adipoz dokuda sağlığın bozulabileceği ölçüde anormal veya fazla yağ birikimi” olarak tanımlamaktadır (Jarouliya ve Keservani 2019, s. 137). Çocukluk döneminde obezite tüm yaş gruplarında görülür ancak fiziksel olarak yağ depolanmasının hızlı olduğu yaşamın ilk yılı, beş-altı yaş grubu ve ergenlik döneminde daha yaygın görülmektedir (Kürklü ve Özel 2015, s. 100).

Günümüz koşullarında şehirleşmeyle birlikte ekonomik değişimler ve globalleşme, ve hayat tarzı beslenme şeklinde farklılaşmaya neden olmuştur (Yılmaz ve Özel 2016, s. 4). Son otuz yılda, çoğu yüksek gelirli ülkede kilolu ve obez çocuk prevalansı önemli ölçüde artmıştır (Lobstein ve diğ. 2015, s. 1). Son tahminler, ABD’de 5 okul çağı çocuğundan (yani, 6-11 yaş arası) yaklaşık 1’inin obez olduğunu göstermiştir (Olfert ve diğ. 2019, s. 684).

Çocuklukta aşırı kilo ve obezite tüm dünyada büyük bir endişe haline gelmesine rağmen, düşük gelirli ülkelerde, özellikle Afrika’da erken ölüm ve sakatlığın başlıca itici gücü olmaya devam etmektedir (Song ve diğ. 2019, s. 402). Ebeveynlerin sosyo-ekonomik statüsü, aile yapısı, eğitim seviyesi, anne ve babanın şişman olma durumu, ebeveynlerin yiyecek seçimleri, evdeki beslenme yapısı şişmanlığın oluşumunda etkilidir (Kürklü ve Özel 2015, s. 101).

Enerjisi yoğun gıdaların alımının artması, porsiyon büyüklükleri ve dışarıda yemek yeme sıklığının artması, birçok insanda aşırı enerji alımına katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda fiziksel aktivitenin azalması ve hareketsiz zamanın artması pozitif bir enerji dengesini desteklemektedir (Lanigan ve diğ. 2019, s. 1).

Obez çocuklar kalp hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları (osteoartrit vb.), diyabet ve çeşitli kanserler (örneğin, kolon, endometriyal, meme) gibi kronik rahatsızlıklar açısından riskli gruptadır (Wang ve Wang 2017, s. 590). Her üç obez çocuktan birinin ve obez adölesanların yüzde 80’inin yetişkinlikte de obez oldukları görülmektedir. Bununla birlikte yetişkin obezlerin yüzde 30’unun çocukluk döneminde de obez oldukları bildirilmektedir (Akçam ve diğ. 2013, s. 152).

Çocuklarda ve ergenlerde obezitenin önlenmesinde, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının yanı sıra hareket düzeyinin artırılması önerilmektedir. Bu yaşlarda düzenli olarak her gün minimum 60 dakika orta şiddetten daha yüksek şiddetli fiziksel aktiviteler tercih edilmeli ve ekran süresi günlük 2 saati geçmemelidir (TCSB 2015, s. 111).

2.1.3.5.1. Okul çağı çocuklarında obezite prevalansı

Çocukluk çağında gelişen şişmanlık yirmi birinci yüzyılın büyük bir halk sağlığı problemidir (Wang ve Wang 2017, s. 590). 1980'lere kadar gelişmekte olan ülkeler en düşük obezite oranlarına sahip olmakla birlikte, aşırı kilo ve obezite prevalansı çocuklarda giderek artmıştır (Jarouliya ve Keservani 2019, s. 137). Küresel olarak, 2013'te 2-19 yaş arası erkeklerin yüzde 23,8'i, kızların ise yüzde 22,6'sının aşırı kilolu veya obez olduğu bildirilmiştir (Velardo ve Drummond 2019, s. 17). Çeşitli anketlerden ve 34 ülkedeki ergenler arasında öz raporlarından elde edilen verilere dayanarak çocuk obezitesinin prevalansının, Kuzey Amerika, güneybatı Avrupa, doğu Akdeniz ve Büyük Britanya ülkelerinde özellikle yüksek olduğu görülmüştür (Freedman ve diğ. 2011, s. 31).

National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES); 1976-1980 ve 2003-2006 çalışmasına göre obezite prevalansının 2-5 yaş grubu çocuklarda yüzde 5'den yüzde 12,4'e; 6-11 yaş grubu çocuklarda yüzde 6,5'ten yüzde 17'ye; 12-19 yaş arası çocuklarda yüzde 5'ten yüzde 17,6'ya yükseldiği görülmüştür (Akçam ve diğ. 2013, s. 152).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'ne göre obezite erkeklerde kızlardan daha fazla görülmekle birlikte Avrupa'da 11 yaşındaki çocuklarda obezite ve hafif şişmanlık prevalansının yüzde 5,0-30,0 arasında, 13 ve 15 yaş arası ise yüzde 4,0-30,0 arasında olduğu belirtilmiştir (Kürklü ve Özel 2015, s. 101).

İspanya'da obezite prevalansı yüzde 14,5'tir, çocuklar ve gençler arasında ise yüzde 13,9' a kadar ulaşmaktadır (Ramos ve Navas 2015, s. 2). 2015' te Avustralya'da 2-17 yaş aralığındaki çocukların yüzde 25'inin fazla kilolu veya obez olduğu belirtilmiştir (Velardo ve Drummond 2019, s. 17).

Massachusetts'te 6 yaşın altındaki 120.000'den fazla çocuğu 22 yıl boyunca inceleyen başka bir çalışmada aşırı kilolu çocukların prevalansının yüzde 6,3'ten yüzde 10'a ardından da yüzde 59'a kadar arttığı gözlemlenmiştir (Wang ve Wang 2017, s. 592).

2003 ile 2006 yılları arasında Amerika' da yürütölmüş olan beslenme ve sağlık taramasında çocuk ve adölesanların yüzde 16,3'ünün obez olduğu görölmüştür. 2015-16 senelerinde, Amerika Birleşik Devletleri' nde, çocuklukta obezite oranı yüzde 18,5'tir, bu da her beş çocuk ve gençten (6-19 yaş) birinin obez olduğunu göstermektedir (Ghosh ve diğ. 2019, s. 271).

Meksika, gelişmekte olan ekonomiler içerisinde hem yetişkinlerde hem de çocuklarda en yüksek obezite oranlarından birine sahiptir. Meksika'daki Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması'na göre (Instituto Nacional de Salud Púbrica, 2016), yetişkinlerin yüzde 72,5' i ve çocuklarını yüzde 34,4'ü artmış vücut ağırlığına sahiptir (Zacarias ve diğ. 2019, s. 28). Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 18 yaş altı 120 milyon Çinli çocuğun aşırı şişman veya obez olduğunu bildirmiştir (Chen ve diğ. 2018, s. 2).

Hong Kong' da 3-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler üzerinde yürütölmüş olan bir araştırmada obezite prevalansı erkek çocuklarda 11,8, kız çocuklarda ise yüzde 8,93 ve toplam çocuklar için ise yüzde 10,8 olarak bulunmuştur (Gürel ve İnan 2001, s. 41).

Ürdün'de 2009' da aşırı kilo ve obezite prevalansı 7-12 yaş arası çocuklar için yüzde 11,5 ve Lübnan'da 6-11 yaş arası çocuklar için yüzde 32,1 olarak bildirilmiştir. Suudi Arabistan' da ulusal aşırı kilo ve obezite prevalansı okul çağındaki çocuklarda yüzde 19,6 iken, 2010 yılında yapılan daha yeni çalışma, başkent Riyad' da obezite prevalansının yüzde 34,9'a kadar yükseldiğini bildirmiştir. Lübnan ve Suudi Arabistan' da okul çağındaki çocuklarda obezite prevalansındaki artan seküler eğilim endişe vericidir (Nasreddine ve diğ. 2018, s. 13).

Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması'nda da (COSİ-TUR) 7-8 yaşlarındaki çocuklarda obezite prevalansının yüzde 8,3, hafif şişmanlık prevelansının ise yüzde 14,2 olduğu gösterilmiştir. Türkiye'de Okul Çağı Çocukları Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi kapsamında 6-10 yaşları arası çocukların yüzde 6,5'inin obez, yüzde 14,3'ünün hafif şişman olduğu, 2010' da yürütölen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

(TBSA) sonuçları incelendiğinde şehirlerde yaşayan 6-18 yaşları arası çocuk ve ergenlerin yüzde 15,7'sinin, kırsalda yaşayanların ise yüzde 10,8'inin hafif şişman ve obez olduğu görülmüştür (Kürklü ve Özel 2015, s. 101).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), 1998-2008 yılları arasındaki eğilimleri inceledi. Düşük gelirli, okul öncesi çocuklar arasındaki obezite prevalansının, 1998'de yüzde 12,4'ten 2003'te yüzde 14,5'e kadar sürekli arttığını buldu. O zamandan beri, oranlar 2008'de yüzde 14,6 oranında yaygınlaştı. Fazla kilolu olan 500'den fazla çocuğun takip çalışması, 40 yıl sonra çocukların yüzde 47'sinin hala yetişkinler kadar kilolu olduğunu buldu. Ergenlikte fazla kilonun ciddiyeti, yetişkinlikte kiloya bağlı morbidite ve mortalite ile yüksek derecede ilişkiliydi (Maloney 2011, s. 958).

2.1.4. Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin Değerlendirilmesi

Obezite ve yetersiz beslenme, adipozite spektrumundaki zıt uçları temsil eder ve her ikisi de çocuğun yaşına göre ağırlık ve boy cinsinden rutin olarak ölçülür. Çocukluk obezitesi kalp hastalıkları, hipertansiyon, hiperlipidemi, hiperinsülinemi ve ateroskleroz gibi diğer kronik hastalıklar için çeşitli risk faktörleriyle ilişkilidir (Cole ve diğ. 2000, s. 1). Obezite, çocuklarda çeşitli komplikasyonlara neden olmakla birlikte, kendini beğenmeme, sinirlilik, yalnızlık duygusu, üzüntü duygularına da sebep olabildiğinden şişmanlık kararının gerçeği yansıtması gerekmektedir (Bodur ve Uğuz 2007, s. 21). Bununla birlikte, çocuk obezitesinin eğilimleri uluslararası ölçekte ölçmek veya karşılaştırmak zordur (Cole ve diğ. 2000, s. 1).

Çocuklarda, büyüme durumunu değerlendirmek için en yaygın kullanılan üç gösterge boya göre ağırlık, yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy göstergeleridir. Boya göre ağırlık ve yaşa göre boy göstergeleri kilit göstergelerdir çünkü bodur ve fazla kilolu çocukların ayırımına izin vererek müdahalelerin uygun şekilde hedeflenmesini sağlar. Uzunluk ve boy ölçümlerinin rutin toplanması önemlidir, çünkü bu sadece boya göre ağırlık değerinin yorumlanmasını değil, aynı zamanda vücut kitle indeksini de takip edebilmek için değerli bir göstergedir (De Onis 2017, s. 120).

Vücut yağını ve boyunu doğrudan ölçen düşük maliyetli, vücut ağırlığı ve boyundan elde edilen vücut kütle indeksi (VKİ), 2 yaş ve üstü çocuklar için kabul edilen klinik

standart aşırı kilo ve obezite ölçütü olarak ortaya çıkmıştır (Jarouliya ve Keservani 2019, s. 137). Çocukluk döneminde büyüme durumunu tanımlamak için kullanılan diğer antropometrik göstergeler arasında orta-üst kol çevresi (MUAC), vücut kütle indeksi (VKİ), deri kıvrım kalınlığı (DKK) ve baş çevresi bulunur. MUAC, şiddetli ve orta derecede akut yetersiz beslenmesi olan çocukların tanımlanmasında ve yönetiminde sıklıkla kullanılır. Deri ölçümleri gibi bu ölçümlerin bazıları için, teknik zorluklar birey içi ve bireyler arasında yüksek varyasyonlara neden olmakta ve uzman kişilerin ölçümleri doğru ve tam olarak gerçekleştirmesini gerektirmektedir (De Onis 2017, s. 120). Bu amaçla çocuklarda kolay ölçüm sağlayan, ayrıca vücut yağını en gerçekçi haliyle belirleyen teknikler kullanılabilir. Vücut kompozisyonunun saptanmasında kullanılan yöntemlerden bir kaç; hidrostatik dansitometri, X ray absorpsiyometri (DEXA), skinfold testleri, biyoelektrik impedans analizi (BİA) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'dir (Bodur ve Uğuz 2007, s. 22). Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), karın içi yağın oranını doğrudan ölçse de maliyeti yüksektir. Antropometri, yağ dağılımını sağlık ve sonuçları ile ilişkilendirmek için en güvenilir ölçü olarak kanıtlanmıştır (Sengupta ve diğ. 2019, s. 115).

Antropometrik değerlerin, kabul edilebilir bir referans değerleri setiyle ilişkili olarak bireyler veya popülasyonlar arasında karşılaştırılması gerekir. Çocuklukta aşırı obezite, okul çağına uygun büyüme eğrilerinin geliştirilmesine olan ilgiyi artırmıştır (De Onis 2017, s. 121).

2.1.4.1. Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan standartlar ve referans değerler

Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi, sağlık durumunu izlemek, normallikten sapmaları belirlemek ve müdahalelerin etkinliğini belirlemek için önemlidir (De Onis ve diğ. 2012, s. 1603). Büyüme çizelgeleri, çocuk sağlığı taramalarında ve pediatrik klinik çalışmalarda önemli araçlardır (Li ve diğ. 2016, s. 54). Büyüme referans çizelgeleri ister bireysel, ister topluluk ister ulusal düzeyde olsun, çocuk sağlığının temel değerlendirme aracıdır. Bir çocuğun boyuna veya kilosuna bir referans numunesinin yükseklik veya ağırlık dağılımının karşılaştırılması normalliğin veya başka türlü büyüme sürecinin kanıtlarını sağlar (Cameron ve Hawley 2010, s. 151). Çocuk ve ergenlerde, uluslararası ve ulusal olmak üzere birçok büyüme eğrisi kullanılmaktadır.

Kullanılan bu büyüme eğrilerinin kesişim noktalarının farklılık göstermesiyle birlikte obezitenin yorumlanması ve değerlendirilmesi zorlaşmaktadır. Standart değer; çocuğun büyüme sürecinde izlemesi gereken örüntüyü gösterir. Büyüme eğrisinde sapmaların olması anormal gelişim olarak nitelendirilir. Referans değer ise, bir topluluktaki çocukların gelişme profilini göstermektedir. Referans değerler genellikle standart olarak ele alınmakta ve hatalı kullanılarak değerlendirilmektedir (TCSB 2011, s. 10).

2.1.4.2. Uluslararası büyüme eğrileri ve referans değerler

a. WHO/CDC/NCHS Referans Değerleri (1983):

1983 yılında DSÖ tarafından 0-18 yaş aralığındaki çocuklarda yaşa göre vücut ağırlığı, boya göre vücut ağırlığı, cinsiyet ve yaşa göre boy uzunluğunun saptanması amacıyla kullanılmaya başlanmış olup 2006 yılında çeşitli değişiklikler yapılmıştır (TCSB 2011, s. 10). WHO/CDC verilerinin yenilenebilmesi ve yıllar içerisinde eğilimlerdeki değişimleri izleyebilmek için algoritmeler geliştirilmiştir. Çocuklarda büyümenin takibinde, beslenme düzeyinin belirlenmesinde, toplumsal araştırmalarda z skorunun kullanılması önem taşımaktadır. Antropometrik ölçümün referans değerinin ortalamasından standart sapma (SS) cinsinden uzaklığının ölçülmesiyle Z skoru saptanmaktadır (Uskun 2005, s. 20). Günümüzde önerilmekte olan büyüme ölçütleri yeni WHO-MGRS (WHO-MGRS, 2006) büyüme standartlarıdır (TCSB 2011, s. 10).

Değerlendirme:

- i. Çok zayıf/ Çok kısa (bodur): $<-2SD$ (Z-skor) veya $<5.$ persentil
- ii. Zayıf/ Kısa boy: $-2SD$ - $-1SD$ veya 5.-15. persentiller arası
- iii. Normal: $-1SD$ - $1SD$ veya 15. - 85. persentiller arası
- iv. Kilolu/Uzun boy: $1SD$ - $2SD$ veya 85.- 95. persentiller arası
- v. Şişman (obez)/Çok uzun: $\geq 2SD$ veya $\geq 95.$ persentil

b. Euro-Growth 2000 Büyüme Eğrileri:

Avrupa Ülkeleri için tasarlanmış büyüme standartlarıdır (TCSB 2011, s. 11).

c. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Büyüme Eğrileri:

Vücut kütle indeksi ve yaş için vücut ağırlığı değerlerini kapsamaktadır. Çocuklarda ve ergenlerde NHANES standart değerleri kullanılmakta olup ve 5.-85. persentiller aralığı normal olarak nitelendirilmektedir. CDC, fazla kilolu olma durumunu; aynı yaş ve cinsiyetten çocuk ve ergenlerin VKİ (vücut kütle indeksi) değerlerinin 85. persentilin üzerinde ve 95. persentilin altında, obeziteyi ise, belirli bir yaş grubu ve cinsiyetten

çocuklar ve ergenler için VKİ değerinin 95. persentil veya üzerinde olması olarak kabul etmektedir (Ghosh ve diğ. 2019, s. 271). CDC 2010' dan beri 0-2 yaşlarındaki çocuklarda anne sütü almış olan çocuklar üzerinde geliştirildiğinden WHO-MGRS Büyüme Standartlarının kullanılmasını tavsiye etmiştir (TCSB 2011, s. 11).

Değerlendirme:

- i. Zayıf/ Kısa: <5. persentil
- ii. Normal: 5. - 85. persentiller arası
- iii. Kilolu/Uzun boy: 85.- 95. persentiller arası
- iv. Şişman (obez)/Çok uzun: ≥ 95 . Persentil

d. International Task Force (IOTF):

IOTF'un Çocukluk Çağı Obezitesi Çalışma Grubu, 2000 yılında yetişkinler için fazla kilolu ve aşırı şişmanlığı tanımlamak için kullanılan VKİ kesim noktalarına denk gelen kız ve erkek cinsiyetleri ve yaşa özgü VKİ kesim noktası setini kullanarak, 2-18 yaş grubu için yeni bir uluslararası referans değeri önermiştir. IOTF referansı, farklı ve güçlü yönlerinden dolayı uluslararası kullanım için önerilmiştir. IOTF referansı, yalnızca ABD referans verilerine veya belirli bir popülasyonun belirli bir yüzdeliğine bağlı olmayan uluslararası çocukluk obezitesi prevalansını kıyaslamak için oluşturulmuştur. Ayrıca, IOTF referansı için bazı endişeler de bulunmaktadır (Wang ve Wang 2017, s. 591).

e. WHO-MGRS Büyüme Eğrileri (2006-2009):

Çocuklar ve ergenlerin persentil değerlerinin saptanması için, bireysel ve toplumsal değerlendirilmelerde de özellikle Z-skor (SD) ve ihtiyaç durumunda persentillerin kullanılması tavsiye edilmektedir. Bu ihtiyaçtan yola çıkılarak günümüzde yeni büyüme standartları (WHO-MGRS) oluşturulmuştur. WHO-MGRS 0-5 yaş büyüme eğrilerinin kullanılması, "International Union of Nutrition Sciences", "UN Standing Committee on Nutrition", "International Pediatric Association", ve "The European Childhood Obesity Group" tarafından önerilmektedir. Şu anda 111 ülkede bu değerler kullanılmaktadır (TCSB 2011, s. 11).

WHO MGRS (Multicentre Growth Reference Study) Standart/Referans Büyüme Eğrileri

i. 0-5 yaş grubu çocuklar:

DSÖ' nün oluşturmuş olduğu yeni büyüme standartlarıdır. Yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu (ayakta ve yatarak) ve boy uzunluğuna (ayakta ve yatarak) göre vücut ağırlığının saptanmasında 0-5 yaş grubunda bu yeni geliştirilmiş olan WHO-2006 ve 2007 Büyüme Eğrileri'nin kullanılması önerilmektedir. Bu standartlar, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, VKİ, baş çevresi, triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlıkları, üst orta kol çevresi, ölçüm değerlerini bulundurmaktadır (TCSB 2008b, s. 14).

ii. 0-24 ay büyüme hızı değerleri:

2009 yılında 0-24 ay arası bebekler için büyüme hızı referans değerleri oluşturulmuştur. Bu değerler boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve baş çevresi ölçümlerini kapsamaktadır. Bebeklerde 0-12 ay için bir ay ara ile, 0-24 ay için 2, 3, 4 ve 6 ay ara ile vücut ağırlığının ölçülmesi ve bu dönemlerde ağırlık kazanımının titizlikle incelenebilmesini sağlanmıştır. Doğum ağırlığına göre 1-2 hafta ara ile vücut ağırlığı artışının gözlemlenmesi yenidoğan bebeğin ve intrauterin malnutrisyonun saptanması ve yorumlanmasına olanak sağlamaktadır. Boy uzunluğu 0-24 ay arası bebeklerde 2, 3, 4 ve 6. aylarda, baş çevresi ise 1-12 ay arası bebeklerde 2, 3, 4 ve 6. ayda gözlemlenebilmektedir (TCSB 2011, s. 11).

iii. 5-19 yaş arası çocuk ve adölesanlar:

6-18 yaş arası erkekler ve kızlar için WHO/NCHS/CDC-1983 referansları kullanılmaktayken, yetersizlikleri sebebiyle WHO tarafından tekrar çalışma yapılmış ve WHO-2007 Standart Değerleri 5-19 yaş arası için sunulmuştur. Bu referans değerleri 5-10 yaş için yaş için vücut ağırlığı, 5-19 yaş için yaşa göre boy uzunluğu ve yaş için vücut kütle indeksi değerlerini kapsamaktadır. Yaş için vücut ağırlığı referanslarının 5-10 yaş arası çocuklar için oluşturulmasının sebebi bu yaş grubunda ani büyüme artışlarıyla birlikte çocuklar arası farklılıkların gözlemlenmesidir. İlerleyen yıllarda uluslararası WHO-2007 referans değerlerinin kullanılması tavsiye edilmektedir (TCSB 2008b, s. 15).

VKİ Değerlendirme (WHO önerisi):

- a. Çok zayıf: $< -3SD$ (Z skor)
- b. Zayıf: $< -2SD$
- c. Kilolu/uzun boylu: $> + 1SD$
- d. Şişman (obez): $> + 2SD$

2.1.4.3. Ulusal büyüme eğrileri ve referans değerler

0-18 yaş grubu çocuk ve ergenler için için Bundak ve diğ. (2006) ile Neyzi ve diğ. (2006; 2008), boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve VKİ değerlerini ve 0-3 yaşları arası baş çevresi referans değerlerini geliştirmişlerdir. Bununla birlikte Fredricks ve diğ. (2003) Hollanda'da yaşayan Türk çocuklarının büyümelerine ilişkin büyüme standartları oluşturmuşlardır (Filiz 2015, s. 17).

2.1.5. Okul Çağı Çocuğunun Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler

İlkokul yıllarında çocukların sağlıklı beslenmesinin eğitim başarısına, büyümesine ve gelişmesine katkıda bulunduğunu kabul edilmektedir. Bununla birlikte yetersiz veya aşırı beslenmenin çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimini engelleyebileceği bilinmektedir (Best ve diğ. 2010, s. 400).

Çocukların diyetleri ebeveynler, arkadaşlar, okul, medya, kendi zevkleri ve tercihleri tarafından etkilenebilir (Faith ve diğ. 2004, s. 1073). Okul çocukluğu döneminde çocuklarda besin tercihinde ebeveynlerin etkisi azalırken, dış ortamın etkisi değer kazanmaya başlar. Okul çağı çocukluğu dönemi çocuğun ev ortamından ayrılarak toplum yaşantısına bilinçli olarak dahil olduğu zaman dönemdir. Artan bağımsızlıkla okul çağındaki çocuklar ve gençler kısıtlayıcı diyetleri denemeye başlayabilir ve yiyecek seçimini yaparken akran baskısı ve reklamlara açıktırlar (Bartleman 2019, s. 3).

Beslenme alışkanlıklarının oturduğu bu dönemde kazanılabilecek hatalı beslenme ve yaşam stili davranışlarının ilerleyen yaşlarda düzeltilmesi zor olacaktır. Bu yıllarda, örneğin okula geç kaldığından veya canının istememesi gibi sebeplerle kahvaltı öğününü evde yapmama, öğün atlama gibi durumlar sık görülebilir (Öztürk ve Aktürk 2011, s. 51).

Çocuklarda okul dönemi ve dış ortam değişimiyle alışveriş yapma durumları gözlemlenebilir (Arlı ve diğ. 2017, s. 181). Beslenme düzeninin hazır besinlerden oluşması, ayaküstü tüketilen tost, pizza, sandviç, hamburger, patates kızartması gibi (fastfood) yiyeceklerin fazla tüketilmesi beslenme durumunda olumsuz etkilere neden olur (Uskun ve diğ. 2005, s. 20). Bu tip beslenme alışkanlıkları da obezite oluşumuna katkı sağlayabilmektedir. Bu sebeple, okul çağı çocuklarında obezite durumunun ve beslenme örüntüsü ile altta yatan nedenlerin erken dönemde saptanarak önlemlerin alınması önemlidir (Uskun ve diğ. 2005, s. 20). Çocuğun beslenmesinin düzenlenmesinde öğretmen rehberliğinin önemi de unutulmamalıdır (Arlı ve diğ. 2017, s. 181).

2.1.5.1. Aile

Çocuklar için aileler sağlık davranışlarının erken gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Gable ve diğ. 2007, s. 53). Aile ortamı içerisinde çocukların yeme davranışlarını ve sonuçta kilolarını etkileyebilecek birçok değişken vardır. Tüketilen yiyecek türleri, yiyecek tercihleri, ailenin yemek saatleri ve hane halkının yaşam tarzı (hareketsiz veya fiziksel olarak aktif), çocukların yediği yiyecekleri etkileyerek çocuklukta obezite olasılığını yükseltmektedir (Ghosh ve diğ. 2019, s. 272).

Aile yeme ortamları, ebeveynlerin kendi yeme davranışlarını ve çocuk besleme uygulamalarını içerir (Scaglioni ve diğ. 2008, s. 23). Çocuğun yediği yiyecekleri sağlamanın yanı sıra, ebeveynlerin yiyecek tüketimine yönelik tutumları ve uygulamalarının da çocuğun yeme davranışına katkıda bulunduğu bilinmektedir (Sutin ve Terracciano 2018, s. 3).

Ebeveynlerin diyet kalitesini artırmak ve çocuklukta obeziteyi önlemek için ev ortamını olumlu yönde kullanabilmeleri, çocukların yemek hazırlama becerilerini geliştirmek ve aile yemeklerini hazırlayabilecekleri bir alan oluşturmak önemlidir. Genellikle beslenme gereksinimleri, gıda hazırlama bilgisi ve becerisinin sınırlı olmasından dolayı karşılanamamaktadır. Sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir bileşeni olarak, sağlıklı gıdalar üretmek için gıda hazırlama becerilerine ihtiyaç vardır. Evde yemek pişirme, daha fazla meyve, sebze, makro ve mikro besin alımları (artan protein ve C vitamini alımı dahil) ve daha az miktarda yağ, kızarmış yiyecek ve şekerli içecek alımı sonuç

olarak daha iyi bir diyet kalitesi ile ilişkilidir (Olfert ve diğ. 2019, s. 685). Ailenin çocukları restoranda, evde, aile yemeklerinde masadan uzak oturtması da çocuğun beslenme davranışlarını dolayısıyla obezite riskini etkileyen etmenler arasındadır. Sosyal etkileşim ve gıdayla ilgili davranışı teşvik etmek için düzenli aile öğünleri oluşturulması da önem taşımaktadır (Scaglioni ve diğ. 2008, s. 23). Her öğünde çocuklar sofrada en az 10 dakika oturtulmalı ve birlikte yemek yeme özendirilmelidir. Çocuğun kendi kendine beslenmesine müsaade edilmelidir. Yetişkinler ve çocuklar birlikte yemeye heveslendirilmelidir. Çocuklar için ayrı sofraya kurulmamalıdır (Köroğlu 2009, s. 21).

Ebeveyn besleme biçimi; çocuğun kilosu, ebeveynin çocuğun kilosunu algılayabilme durumu, ailenin vücut ağırlığı, çocuğun cinsiyeti, eğitim ve sosyo ekonomik statü gibi birçok bileşenden etkilenmektedir (Muslu ve diğ. 2014, s. 225). Eğitimli ebeveynlerin çocukları daha fazla meyve ve daha az sağlığa zararlı besin tüketmektedir ayrıca anlatılanları daha kolay algılamakta ve uygulamaktadır. Annenin yaş grubu da tecrübe açısından önemlidir, annenin yaşı arttıkça çocukların beslenme durumu olumlu yönde etkilenmektedir (Ünal 2011, s. 80).

Çocuğun beslenmesi ve gelişmesinde aile ve ev ortamı önemli bir yer tutar (Erdim ve diğ. 2017, s. 101). Çocuklar tarafından tüketilen kalorilerin yaklaşık yüzde 70'i ve atıştırmalıkların yüzde 80'i evde tüketilmektedir (Fulkerson ve diğ. 2018, s. 2). Ev ortamında çocukların beslenme davranışlarını etkileyebilecek ebeveynlik uygulaması, yemek zamanları (akşam yemeği için rutin bir zaman, televizyon karşısında yenmeyen yemekler), sağlıklı yemeğin modellenmesi ve varlığı ile ev içi gıda kurallarının uygulanmasını içerir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı beslenmenin ebeveyn modellemesinin, çocukların meyve ve meyve / sebze suyu tüketimiyle pozitif ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Lopez ve diğ. 2018, s. 210). Ebeveynlerin çocukların yeme davranışlarını öğrendikleri ana modeller oldukları unutulmamalıdır (Erdim ve diğ. 2017, s. 101). Bu nedenle, çocukluk çağı kilo sorunlarının başlangıcı ve sürekliliği ile ilişkili ve daha da önemlisi ebeveynlerin kontrolünde olan faktörlerin belirlenmesi, etkili önleme ve tedavi çabaları için esastır (Gable ve diğ. 2007, s. 54).

2.1.5.2. Sosyal çevre

Yetişkinlik obezitesinin aksine, çocukluk çağı obezitesi, genetik geçiş ek olarak, hem ebeveynlerin yaşam tarzı hem de çocuğun sosyal ortamından büyük ölçüde etkilenir (Costa-Font ve Gil 2013, s. 29). İyi beslenme, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, refahı ve çocuklar arasında sosyal ve duygusal gelişimi destekler (Velardo ve Drummond 2019, s. 17). Çocuğun en yakın sosyal ortamı ailesi, arkadaş grubu ve televizyondur. Anne karnından başlayarak insanlar bu çevresel faktörlerle etkileşime girmeye başlarlar (Gürel ve İnan 2001, s. 42). Fazla kilo için genetik eğilimi olan bireylerin, fazla kilo alımını teşvik eden düşük aktivite seviyeleri ve yüksek yağ alımını barındıran bir ortam seçmeleri muhtemeldir (Birch ve Davison 2001b, s. 893).

Evdeki, okuldaki ve toplumdaki çevresel faktörler çocukların yiyecek alımını ve fiziksel aktivitelerini etkiler, böylece obezite oluşumuna katkıda bulunur. Bu ortamlarda sağlıklı gıdaların erişilebilirliği ve satın alınabilirliği, çocuklukta obezitenin azaltılmasına yardımcı olabilir (Ghosh ve diğ. 2019, s. 271).

Yapılan bir çalışma bir süpermarkete olan uzaklığın fazla kilolu çocuklarla ilişkili olabileceğini, diğer bir çalışma ise evden 0,25 mil uzakta bir marketin bulunmasının genç kızlar arasında aşırı kilo / obezite riski ile ilgili olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise sağlıksız yiyecek satış yerlerine (örneğin fast-food restoranları) yakın oturan çocukların vücut kütle indeksi değerlerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Saelens ve diğ. 2012, s. 58).

Ek olarak, yetersiz fiziksel aktivite çocuklukta obeziteye neden olabilir (Ghosh ve diğ. 2019, s. 271). Düşük fiziksel aktivite seviyeleri, çocuklukta fazla kilonun en önemli nedenlerindedir (Gubbels ve diğ. 2011, s. 84). Eğlence ve oyun alanı tesislerine, yürüyüş yollarına erişimin sağlanması artan fiziksel aktiviteye, hareketsiz yaşamın azalmasına ve beraberinde vücut kütle indeksinde düşümlere katkı sağlayacaktır (Carroll-Scott ve diğ. 2013, s. 106). Fiziksel aktivite alışkanlıkları genç yaşta ve bir kez kurulduktan sonra çoğu zaman sürdürüldüğü için obezitenin önlenmesi için erken çocuklukta fiziksel aktivitenin hedeflenmesi esastır (Gubbels ve diğ. 2011, s. 84).

2.1.5.3. Okul

Okul ve okul içi aktiviteler çocukların zamanının büyük bir bölümünü geçirdikleri ortamlardır (Ergül ve Kalkım 2011, s. 227). Sağlık kapsamında düzenlenen programların sunulması, sağlığın güçlendirilmesi ve sürdürülebilirliği için okullar müsait ortamlardır. Çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi ve azaltılması, bununla birlikte beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesinde okullardan faydalanılabileceği düşünülmektedir. Okul temelli yaklaşımlar çocuklarda sağlıklı beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının gelişiminde kolaylık sağlar (Törüner ve Şavaşer 2010, s. 153). Okul yemekleri, çocuğun günlük yemek tüketiminde önemli bir unsurdur. Bu nedenle, sağlıklı yiyecek ve içeceklerin yanı sıra düşük enerjili ve yoğunluklu yiyecek seçeneklerine odaklanmak önemlidir. Okul yemeği temelli müdahaleler çocukluk çağı obezitesinin önlenmesine yardımcı olabilir (Ghosh ve diğ. 2019, s. 273). Okul ortamında kazandırılan sağlık alışkanlıklarının erişkinlik döneminde de devam etmesi ile kronik hastalık gelişimi azaltılabilir (Törüner ve Şavaşer 2010, s. 153).

2013 yılında, Birleşik Devletler Eğitim Bakanlığı okul yemeklerinde bazı düzenlemeler getirmiştir. Bu düzenlemeler: Okulda verilen yiyeceklerin besleyici ve kaliteli olmasını sağlamak ve iyi yeme davranışlarının teşvikidir. Aynı zamanda yağ miktarını azaltmayı, meyve ve sebze miktarını ve çeşitliliğini arttırmayı ve şeker miktarını kısıtlamayı amaçlamışlardır. 2014 yılından itibaren, devlet tarafından finanse edilen okullardaki, birinci ve ikinci yıl her çocuğun okul öğle yemeği ücretsiz karşılanmaya başlamıştır. Bununla birlikte müfredatın bir parçası olarak, ilkokul çağındaki çocuklara yiyecek ve içeceklerin enerji içeriği ve mevcut sağlıklı beslenme önerileri doğrultusunda diyetle çeşitli yiyeceklerin nasıl gerekli olduğu konusunda eğitim verilmektedir (Wang ve Wang 2017, s. 592).

Avrupa' dan 17 ülke kapsamında DSÖ'nün 'Nutrition Friendly Schools Initiatives - Beslenme Dostu Okul Girişimi' 2010 yılı itibariyle Türkiye'de de gerçekleştirilmiştir. Beslenme Dostu Okul Projesine Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı özel ya da kamu kurumları olmak üzere; okul öncesi, ilkokul, ortaokul ve liseler dahil edilmiştir. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Projesinin Okullarda Obezite ile Mücadelede Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının

Kazandırılması dahilinde, ‘Beslenme Dostu Okul Projesi’ ile okullarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması konularında toplumun bilinçlendirilmesi ve bu konuda yapılan projelere destek sağlanması ile okul sağlığının üst düzeylere çıkarılması amaçlanmıştır (Arıkan 2017, s. 8).

2.1.5.4. Medya ve televizyon

Çocukların ve yetişkinlerin medyayı nasıl kullandıkları ve yiyecek pazarlama etkinliklerine maruz kalmaları hem yiyecek tüketimini hem de fiziksel etkinlik düzeylerini etkiler (Yavuzer ve Şirin 2013, s. 245). Televizyon izlerken yemek yemek, düşük beslenme kalitesi ile ilişkilidir (Fulkerson ve diğ. 2018, s. 2). Bazı kesitsel ve prospektif çalışmalarda, sağlıksız beslenme davranışlarının ve çocuklarda TV izlemenin birlikte ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bununla birlikte daha uzun ekran süresinin (TV / video izlemek, video oyunları oynamak vb. Dahil) sağlıklı çocuklar arasında artmış enerji alımına neden olabileceği bildirilmektedir (Shang ve diğ. 2015, s. 266).

Çocuklar tarafından izlenen reklamların büyük bir kısmı besin maddeleriyle ilişkili reklamlardır. Yapılan araştırmalara göre bu reklamları en fazla seven grubun 8 yaş ve altındaki çocuklar olduğu görülmüştür. Televizyon reklamlarında genellikle çocukların kendi birikimleriyle elde edebilecekleri besin maddelerinin reklamları gösterilmektedir. Bu reklamlar; şekerleme, gazlı içecekler, bisküvi, sakız ve fast food tarzındaki yiyeceklerdir. Tüm bunlara ek olarak televizyon izlemenin hareketsiz yaşamın en önemli etkenlerinden olduğu, alınan toplam enerji ve atıştırmalık besin tüketimi ile aralarında pozitif bir korelasyon olduğu bir takım çalışmalarda gösterilmiştir (Tokuç ve diğ. 2009, s. 454).

İngiltere’de Mali Araştırmalar Enstitüsü, çocuklar tarafından görülen yiyecek ve içecek reklamlarının yarısının yüksek düzeyde yağ, tuz veya şeker içeren ürünler için olduğunu gösteren veriler yayınlamıştır (Burki 2018, s. 1).

Müdahale çalışmaları dahil olmak üzere daha önce belgelenmiş kanıtlar, televizyon izleme süresini ve çocuklarda obezite risklerini birbirine bağlamış ve televizyon izleme süresinin azaltılmasının çocukların obezite gelişme riskini azaltmaya yardımcı olacağını göstermiştir (Wang ve Wang 2017, s. 597).

2.1.5.5. Hastalık varlığı

Doğumla birlikte büyüme-gelişmenin sürdürülmesi için sağlık durumunun korunması şarttır. Çocuklarda birçok sağlık problemi iştah kaybına sebep olabilir. Enfeksiyon gelişimi, viral hepatit, ateş, tüberküloz, hipotroid, karaciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, emilim bozuklukları, duodenal ülser ve kanserler gibi birçok hastalık iştah kaybına neden olur (Ünal 2011, s. 80). Uzun süreli sağlık problemleri çocuklarda, iştah kaybı, büyüme ve gelişmede problemler, yetersiz beslenme veya yetersiz sindirim, kronik asidoz, kronik hipoksi gibi metabolizmanın olumsuz etkilenmesi sonucu büyüme üzerinde negatif etki göstererek gelişimin baskılanmasına sebep olurlar (Saritekin 2010, s. 23). Olumsuz sağlık sorunlarının birçoğu çocuklukta fazla kilo ile bağlantılıdır ve kilo arttıkça sağlık riskleri de artar (Brann ve Skinner 2005, s. 1411). Genel olarak hastalık döneminde önerilen bir besin yerine, sağlıklıyken severek tüketilen bir besin tercih edilir (Scaglioni ve diğ. 2008, s. 23). Bu süreçte çocukları beslenmeleri konusunda baskılamak ters etki oluşturabilir (Ünal 2011, s. 80).

2.1.5.6.Sosyo-ekonomik durum

Çocukların sağlıklı beslenmesi, büyümesi, kas-iskelet sistemi gelişimi, kardiyovasküler ve zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkileri ile ilişkilidir. Beslenme alışkanlıkları tüm diyetleri karakterize etmenin yararlı bir yoludur ve çeşitli sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir (Petrauskienė ve diğ. 2015, s. 1). Sosyoekonomik ortam, mevcut kaynakların sayısı ve niteliği ile ilgili olan mahalle sakinlerinin bireysel ve kolektif sosyoekonomik yapılarını ifade eder (Carroll-Scott ve diğ. 2013, s. 106). Beslenme durumu sosyo-ekonomik düzeye göre değişim göstermektedir (Çınar ve Çavuşoğlu 2016, s. 113).

Çocukluk çağı obezite literatüründe, ulusal çalışmalar coğrafi bölgenin sosyoekonomik ve irksal / etnik karışımının obezite prevalansı ve fiziksel aktivite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Carroll-Scott ve diğ. 2013, s. 107). Gelir seviyesi yüksek olan aileler protein içeriği yüksek besinleri daha fazla tüketmektedirler. Proteinlerin, demir, B vitamini, kalsiyum, çinko içeriği yüksektir ve yeterli tüketimi önem taşımaktadır. Bununla birlikte tavuk, balık, et, kuru baklagiller ile süt ürünleri gelir düzeyi yetersiz aileler tarafından yeterince alınamamaktadır (Erdem ve diğ. 2017, s. 4).

Araştırmalardan bazıları, düşük gelirli ailelerden gelen çocuk ve adölesanların, yüksek sosyal statüdeki hanelere kıyasla meyve ve sebze tüketiminin daha düşük, şeker, yağ, alkolsüz içecek, işlenmiş et, tuzlu atıştırmalık tüketiminin ise daha yüksek olduğunu göstermiştir (Petrauskienė ve diğ. 2015, s. 1). Gelir düzeyi düşük ailelerde, gelir düzeyi yüksek olan ailelere göre kahvaltı öğünü tüketimi de daha az olmaktadır. (Erdem ve diğ. 2017, s. 4). Araştırmacılara göre nedensel mekanizmalar, sağlıklı yiyeceklerin daha pahalı olması ve düşük gelirli ailelerin, eğitim ve yemek kültürü bakımından daha sağlıklı yiyecek seçimleri yapmalarındır (Petrauskienė ve diğ. 2015, s. 1).

Bilgi yetersizliği ve ekonomik statü öğrencilerdeki beslenme problemlerinin başlıca nedenlerindedir (Baysal 2003, s. 71). Çeşitli çalışmalarda da yüksek gelirli, yüksek eğitimli bir çevre varlığının okul çağındaki çocukların davranışsal, bilişsel başarıları üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu göstermiştir (Carroll-Scott ve diğ. 2013, s. 107).

2.2. ÇOCUK BESLENMESİNDE EBEVEYN TUTUMU

Ebeveynler ve ebeveynlik stilleri, çocuklarının beslenme davranışları ve genel diyetleri üzerinde birincil etkiye sahiptir (Gerards ve Kremers 2015, s. 30). Ebeveyn besleme uygulamaları, ebeveynlerin yemek sırasında kullandıkları sağlıklı yiyecekler için baskı yapma, daha az sağlıklı yiyeceklerin kısıtlanması, çocuğun yiyecek alımının izlenmesi veya yiyecek tüketimi için ödüllerin kullanılması gibi spesifik uygulamalardır. Besleme stilleri, bir ebeveynin çocuğuyla beslenme konusunda etkileşime girme yollarını ifade ederken, ebeveynlik uygulamaları çocukların ne zaman, ne yiyeceğini yöneten duruma özgü davranışlar veya stratejilerdir (Gerards ve Kremers 2015, s. 31).

İzleme davranışı, çocukların yüksek yağlı veya şekerli yiyecek tüketimini izleme; enstrümantal besleme, çocukların yeme davranışlarını ödüllendirmek; duygusal besleme, çocuklara onları sakinleştirmek veya yatıştırmak için yiyecek vermek; yağ kısıtlaması, çocukların yiyecek veya kalori alımını kontrol etmek veya kısıtlamak; ağırlık kısıtlaması, çocukların kilosunu kontrol etme girişimleri ve yeme baskısı ise çocukları daha fazla veya belirli besleyici yiyecekler yemeye zorlama olarak tanımlanabilir (Damiano ve diğ. 2016, s. 192).

Ebeveyn besleme stillerinin, çocukların yeme davranışları ve besin alımları yoluyla çocukların kilo alımını etkilediği düşünülmektedir (Tschann ve diğ. 2015, s. 1). Ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin çift yönlü olduğu kabul edilmelidir. Ebeveynlik, çocukları ve çocuklar da ebeveynliği etkiler. Bu nedenle ebeveyn-çocuk besleme uygulamaları önemli bir faktördür ve çocukların beslenme düzenlerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir (Yang ve diğ. 2018, s. 91). Davison ve Birch (2001a, s. 162), ebeveynlerin vücut ağırlığının, kendi yeme düzenleri ve çocuk besleme uygulamalarıyla bağlantılı olduğunu, dolayısıyla da çocuklarının yeme davranışlarını ve buna bağlı olarak da çocuklarının vücut ağırlıklarını etkilediğini göstermektedir. Ebeveynlerin yemek tercihleri, ebeveynlerinin çocuklarına sağladıkları ve kısıtladıkları yiyecekler ve ebeveyn yeme stilleri, ebeveynlerin vücut ağırlığını etkilemektedir. Buna karşılık, ebeveyn yeme davranışları, sosyal modellemenin bir sonucu olarak çocukların yeme davranışlarını ve çocuklara sunulan yiyeceklerin seçimini şekillendirir (Birch ve Davison 2001b, s. 895).

Ebeveynlerin yiyecek seçimlerinin çocukları tarafından öğrenilmesi ve zaman içinde tekrarlanması koşuluyla ebeveynler çocuklarının ağırlığını hem doğrudan hem de genetik etmenlerle çevresel etkileyebilirler (Costa-Font ve Gil 2013, s. 29).

Aşırı kilolu veya obez bir ebeveyne sahip olmanın çocuğun obezite riskini büyük ölçüde artırdığı bilinmektedir (Sylvetsky-Meni ve diğ. 2015). Yapılan çalışmalar, ergenlikte obez olma olasılığının, ebeveynlerinden birinin obez olması durumunda yüzde 20 oranında arttığını ortaya koymaktadır (Costa-Font ve Gil 2013, s. 29).

Potansiyel olarak olumsuz ebeveyn besleme uygulamalarını en aza indirmek için bu beslenme uygulamalarını etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi önem sağlayacaktır (Damiano ve diğ. 2016, s. 193). Gıda ile ilgili ebeveynlik uygulamalarının ve ebeveynlik tarzının çocukların diyet kalitesini nasıl etkilediğini anlamak, çocuklukta obeziteyi önlemeye yönelik gelecekteki ebeveyn bazlı müdahaleler için önemlidir (Lopez ve diğ. 2018, s. 210).

2.2.1. Ebeveynlerin Kontrolcü-Baskılayıcı Besleme Davranışları

Ebeveyn kontrolü çocukların abur cuburlara erişimini ve toplam alınan yiyecek miktarını kısıtlamayı içeren kısıtlama ile çocukların sağlıklı yiyecekler (genellikle meyve ve sebzeler) yemesi ve genel olarak daha fazla yemeleri için uygulanan baskı olarak iki temelde incelenebilir. Ebeveynler, istenen bir sonucu elde etmek için bu yöntemlerin bir kombinasyonunu kullanabilir. Ebeveyn kısıtlamasının, çocukların besin alımı üzerinde kısa vadeli ve uzun vadeli etkileri vardır. Çocuk ilk başta besin alımını artırır, daha sonra açlığın olmadığı durumlarda yemeyi artırır ve diyeti kendi kendini düzenleme becerisi yaratamaz, bunun sonucu olarak 5 ila 11 yıl arasında daha fazla kilo alımı gerçekleşir (Scaglioni ve diğ. 2008, s. 23). Bu kavramsallaştırma ile tutarlı olarak, yapılan çalışmalar ebeveynlerin gıda kısıtlamalarının çocukların daha yüksek ağırlık durumuna bağlı olduğunu bildirmişlerdir (Erdim ve diğ. 2017, s. 101).

Yemek yemeye yönelik daha fazla ebeveyn teşviki ise sürekli olarak çocuk vücut kütle indeksinin (VKİ) azalması ile bağlantılı olmuştur (Johnson ve diğ. 2018, s. 1). Çocukların yemeğe erişimini kısıtlama ve belirli yiyecekleri yemeye zorlama gibi çocuk besleme uygulamaları, büyük ölçüde ebeveynlerin kendi yeme davranışlarını,

çocuklarının mevcut ağırlıklarını ve çocuklarının gelecekteki vücut ağırlığını şekillendirir. (Birch ve Davison 2001b, s. 895). Yürütülmüş olan bir araştırmada ebeveynlerin besleme stilleri ve vücut ağırlığı ile ilgili sonuçların çelişkili olduğunu, ancak daha büyük bir ebeveyn baskısının uzun vadede daha düşük adipositeye ve daha düşük vücut ağırlığına etki ettiğini bulmuştur (Gerards ve Kremers 2015, s. 31). Babaların dahil olduğu birkaç çalışmadan birinde, bir baba bir kız çocuğuna kısıtlayıcı bir beslenme tarzı uygulandığında, kız çocuğunun daha yüksek bir yağ yüzdesine sahip olduğu görülmüştür (Boucher 2016, s. 2). Yapılan başka bir çalışmada annelere kıyasla, babaların çocuklara vücut ağırlıkları ile ilgili nedenlerden dolayı baskı yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu, bununla birlikte atıştırma sınırlarına sınır koymaları ya da çeşitli yiyeceklerin tüketimini kısıtlama olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çocukların kilosu ile ilgili olarak, babaların vücut kütle indeksi daha yüksek olan çocuklar için daha yüksek düzeyde kısıtlama uyguladığı bildirilmiştir (Gerards ve Kremers 2015, s. 31).

2.2.2. Ebeveynlerin Ödüllendirici Besleme Davranışları

Annelerin duygusal problemleriyle başa çıkabilmek için yiyecek teklifinde bulunmaları, bir ödül şekli olarak yiyecek sunmaları, çeşitli besinlerin tüketilmesini kontrol etmeye çalışmaları, çocuğu yiyebileceğinden daha fazla yemeye zorlamaları obezitenin oluşumuna sebep olabilecek önemli davranış şekilleridir (Özçetin ve diğ. 2010, s. 125).

Yapılan çalışmalarda çocuğa sağlıklı beslendikleri takdirde şekerli abur cuburlardan oluşan rüşvet veya ödül kullanarak baskı yapılması gibi uygulamalar kısa vadede çocukları daha fazla sebze yemeye teşvik etse de, uzun vadede ebeveyn kontrolü girişimlerinin çocukların beslenme tercihlerini azaltarak diyetleri üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini göstermektedir (Scaglioni ve diğ. 2008, s. 23).

Bunun yanı sıra sosyoekonomik statüsü yüksek olan ebeveynlerin beslenmeye teşvik etmek için, ödül sunma gibi teknikleri daha çok kullandığı, hatta babaların özellikle erkek çocuklar üzerinde baskı, annelerin ise kız çocuklara daha fazla ödül sunma uygulamalarını kullandıkları görülmüştür (Ünal 2011, s. 81).

2.2.3. Ebeveyn Çevresi ve İnanışları

Ebeveynlik tarzı, ebeveynlerin tutumları, inançları ve davranışlarından oluşur. Farklı ırk ve etnik gruplar, çocukların beslenme davranışları için farklı hedeflere sahiptir ve farklı ebeveynlik uygulamalarını içerir (Lopez ve diğ. 2018, s. 211).

Annelerin kilolu çocukların daha sağlıklı olduğunu düşünmeleri, bebekleri az yediği için katı gıdaya erken geçmeleri ve bunun yanında besinleri ödül olarak kullanma uygulamaları çocuklarda obezite gelişimine neden olmaktadır. Çeşitli çalışmalara göre çocuğun kilosunun hafif şişman veya şişman olma durumunun aile çevresinde ebeveynin ilgili olduğu konusunda ebeveynlerin ortak düşüncede olduğunu göstermektedir (Kanioğluları 2015, s. 36).

Ebeveynlerin, çocuklarının fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranışlara katılımını teşvik edip etmemeleri, ebeveynlerin çocuklarının ağırlığına ilişkin algıları içinde olabilir (Tompkins ve diğ. 2015, s. 1384). Çocuğun ağırlığının bir sağlık sorunu olarak tanınması, çocuğun fiziksel aşırı kilo belirtilerinin erken algılanması ve çocuğun kilosu ile ilgili endişelerin algılanması, ebeveynlerin ailenin diyet kalitesini artırmaya ve çocuğun yeme ve egzersiz davranışlarını etkin bir şekilde yönetmeye hazır olma durumuyla ilişkilendirilmiştir (Gomes ve diğ. 2017, s. 491).

Bir ebeveyn, çocuklarının aşırı kilolu veya obez durumlarını ve aşırı kiloların bir sonucu olarak potansiyel sağlık riskini doğru algılamıyorsa, çocuğuna sağlıklı beslenme biçimlerini ve fiziksel aktiviteyi özendirmek için daha az eğilimli olabilir. Özellikle aşırı kilolu ve obez çocuklar için, ebeveyn desteği ve obezite tedavisine aktif katılım, en iyi kilo sonuçlarına yol açar. Bununla birlikte, şişmanlığın tedavisinde ilk adım, bunu tanımlamaktır (Tompkins ve diğ. 2015, s. 1384).

3. VERİ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma 2019-05/08 protokol numaralı etik kurul iznini takiben Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma örneklemini Balıkesir'in Susurluk ilçesinde bulunan Milli Eğitim Bakanlığı' kapsamında bulunan belirlenen ilkokullardaki 6 ve 7 yaş grubu ilkokul birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan ilkokullar:

- i. Susurluk Beşeylül İlkokulu
- ii. Susurluk Fatih İlköğretim Okulu
- iii. Susurluk Atatürk İlkokulu

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında, 490 kişi evren kabul edildiğinde ve gerekli değerler formülde yerine konulduğunda toplanması gereken minimum öğrenci sayısı 215 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Yürütmüş olduğumuz araştırmaya 143'ü erkek ve 211'i kız olmak üzere toplam 354 ilkokul birinci sınıf öğrencisi ve bu öğrencilerin ebeveynleri dahil edilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN GENEL PLANI

Araştırma ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve davranışlarının çocuğun vücut kütle indeksi üzerindeki rolünün incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma kapsamında 6 ve 7 yaş grubundaki ilkokul birinci sınıf öğrencileri ile bu öğrencilerin beslenmesinden birinci derecede sorumlu olan ebeveynler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın Balıkesir ili Milli Eğitim Bakanlığı kapsamında bulunan ilköğretim okullarında yapılabilmesi için Balıkesir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden araştırma izni alınmıştır. İl Milli Eğitim Müdürlüğü iznini takiben Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019-05/08 protokol numaralı Etik Kurul onayı alınmıştır. Araştırmacı tarafından ilkokul birinci sınıf öğrencileri rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Ebeveynlere aydınlatılmış onam formu okutulup imzalandıktan, onay verildikten sonra çalışmaya ilişkin veriler toplanmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere; ebeveyne ilişkin genel bilgiler, çocuğa ilişkin genel bilgiler, Çocuk Besleme Anketi (ÇBA) ve antropometrik ölçümlerin yer aldığı bir anket uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından çocukların ve ebeveynlerin antropometrik ölçümleri edinilmiştir. Anket belirtilen ilkokullarda, okullar için uygun görülen tarih ve saatlerde çocukların ebeveynlerine yüz yüze uygulanmıştır.

3.3.1. Ebeveyne İlişkin Genel Bilgiler

Ebeveynlerin cevaplandığı bilgi formu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, ailedeki kişi sayısı, tanı konmuş hastalık durumu, çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu, günlük tüketilen öğün sayısı, öğünlerini birlikte tüketme durumlarını sorgulamayı amaçlayan sorular içermektedir. Ayrıca ebeveynlerin ve çocuklarının boy, kilo ve VKİ değerlerine ilişkin bilgilerde ankette yer almaktadır.

3.3.2. Çocuğa İlişkin Genel Bilgiler

Ebeveynler tarafından doldurulan çocuğa ilişkin bilgiler bölümünde, çocuğun yaşı, cinsiyeti, tanı konmuş hastalık durumu, alerji durumu, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi, ek gıda alımına ilişkin sorular, sevmediği/tüketmediği besinler, öğün tüketimine ilişkin sorular, dışarıda yemek yeme sıklığı ve yemek tercihi, beslenme çantasına konulan besinlere ilişkin sorular yer almaktadır.

3.3.3. Çocuk Besleme Anketi (Child Feeding Questionnaire-CFQ)

Çocuk Beslenme Anketi (ÇBA), ebeveyn besleme uygulamalarının ve tutumlarının en yaygın kullanılan ölçütlerinden biridir. ÇBA, çocukların yemek yemesinin ebeveyn kontrolünün çocuğun doğal olarak enerji alımını kendi kendine düzenleme yeteneğini nasıl bozduğunu tanımlayan Obezite Pronellik Modeli'nden etkilenmiştir (Sans ve diğ. 2016, s. 2). 2-11 yaş arası çocukların ailelerin çocuklarının obezite düzeyine ilişkin algı, kaygı ve çocuk beslemesine ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesine yardımcı olan araçtır (Erdim ve diğ. 2017, s. 101). ÇBA'nın ilk versiyonu 24 sorudan oluşmakla birlikte 1994 yılında Johnson ve Birch tarafından çocukların obezite düzeyinin belirlenebilmesi için ebeveynlik davranışlarını konu alan Costanzo ve Woody'nin

kuramından yola çıkılarak oluşturulmuştur. Çocuk Besleme Anketi 2001 yılında güncellenmiş ve madde sayısı 31'e yükseltilmiştir (Birch ve diğ. 2001, s. 203).

Ailelerin çocuk beslenmesi üzerindeki kontrollerini ölçen 3 alt boyut (Kısıtlama, Yeme Baskısı, İzlem) ve ebeveynlerin çocuk besleme tutumunu değerlendiren 4 alt boyut (Algılanan Sorumluluk, Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkındaki İlgi, Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı, Algılanan Aile Vücut Ağırlığı) Çocuk Besleme Anketini oluşturmaktadır. Anketin mevcut maddeleri maddeler likert skalası ile değerlendirilmektedir. Anketin alt ölçeklerden 'Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı'; çocuğun büyüme sürecinde ebeveynin çocuğun fazla kilolu olma durumunu kabullenme derecesini; 1 (zayıf) ile 5 (fazla kilolu) arasında seviyelendiren alt boyuttur.

Ebeveynin, çocuğu besleme durumu, besinlerin porsiyonlarının oluşturulması ve çocuğun sağlıklı beslenmesinin sağlanması için hissettiği sorumluluk düzeyi 'Algılanılan Sorumluluk' alt boyutu ile ölçülür.

'Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkındaki İlgi' alt boyutu, ailenin çocuğun kilo alma durumuyla ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir.

Ebeveynin, çocuğun tükettiği besinlerin kalori düzeyiyle ve alım miktarıyla ne kadar ilişkili olduğu ve bu besinlerin alımını ne kadar kısıtladığı 'Kısıtlama' alt boyutu ile değerlendirilir.

Ebeveynlerin, çocuğu yeterince beslenmesi konusunda ne derece baskıladığını saptamak için 'Yeme Baskısı' alt boyutu kullanılır.

'İzlem' alt boyutu ise ebeveynin, çocuğun yediği abur cubur, tatlı, yağlı ve şekerli besinlerin tüketim düzeyini gözlemlemesi ile ilişkilidir (Camcı 2010, s. 28). Çocuk Besleme Anketi alt boyutları ile birlikte uygulanacak olan ankette yer almaktadır.

3.3.4. Antropometrik Ölçümler

Ankette yer alan antropometrik ölçümlerin alınabilmesi için ölçüm cihazları kullanılmıştır. Ağırlık ölçümü için kalibrasyonu yapılmış, 200 kg kapasiteli, 0.1 kg'a duyarlı Xiaomi Mi 2 akıllı dijital baskül kullanılmıştır. Boy ölçümü için esnemeyen, 205 kapasiteli, 1mm aralıklı Seca mezura kullanılmıştır.

Boy uzunluğu ölçümü vücut dik durur pozisyonda, kalça ve omuz duvara dayalı, ayaklar bitişik ve baş Frankfurt düzleminde olacak biçimde ölçülmüştür. Ebeveynlerin ve çocukların VKİ değeri, vücut ağırlığı (kg)/boy uzunluğu (m²) formülü ile hesaplanarak değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin VKİ değeri; 18.5 kg/m² ve altı zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arası normal vücut ağırlığında, 25-29.9 kg/m² hafif şişman, 30.0 kg/m² ve üzeri şişman (obez) olarak yorumlanmıştır (Baysal ve diğ. 2013, s. 45). Çocukların VKİ değerleri WHO-MGRS Büyüme Eğrilerinin kullanılarak değerlendirilmiştir. Büyüme standartlarına göre 3. Persentilin altı çok zayıf/çok kısa, 3. - 15. persentil arası zayıf/kısa, 15. - 85. persentil arası normal ağırlıkta 85. - 97. persentil arası hafif şişman/uzun 97. persentil ve üzeri şişman/çok uzun olarak değerlendirilmiştir (WHO 2006, s. 97).

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRMESİ

Araştırma sonucu anketlerden elde edilen sonuçlar Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 programına veri girişi yapıldıktan sonra istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Çalışma dahilindeki ebeveynler ve çocukların demografik verileri, beslenme özellikleri, tanı konmuş hastalık durumu, ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu, çocuklara ek gıda olarak verilen ilk besin dağılımı, çocukların ve ebeveynlerin öğün tüketim davranışları ve ebeveynler ile çocukların VKİ değerleri dağılımı sıklık tabloları ile gösterilmiştir.

Çocukların doğum ağırlığı ve anne sütü alma süresi, ebeveynlerin çocuk besleme anketi yanıtlarının dağılımı, ebeveynlerin çocuk besleme anketi ölçek puanlarının dağılımı ve ebeveynlerin eğitim durumuna göre çocuk VKİ dağılımı frekans tablolarıyla gösterilmiştir.

Ebeveynlerin gelir durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi, ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi, ana öğünleri birlikte tüketme durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi, çocukların doğum ağırlığına göre mevcut VKİ değerlendirmesi ve çocukların anne sütü alma süresi ile VKİ değerleri arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için Ki-kare analiz testi uygulanmıştır.

Ebeveynlerin ve çocukların antropometrik verileri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden almış oldukları puanlar arasındaki korelasyonların değerlendirilmesi için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

Çocukların cinsiyeti, çocuğun beslenmesinden sorumlu olan ebeveynin cinsiyeti, ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu, ebeveynlerin çalışma durumu, gelir düzeyi, ailedeki kişi sayısı ve ebeveynlerin eğitim düzeyi gibi değişkenler ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan ebeveynler en az 22, en fazla 87, ortalama ise $35,1 \pm 6,8$ yaşındadır.

Tablo 4.1' de ebeveynlerin demografik özellikleri verilmektedir.

Tablo 4.1: Ebeveynlerin demografik özelliklerine göre dağılımı

Ebeveyn Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde(%)
Kadın	320	90,4
Erkek	34	9,6
Toplam	354	100,0
Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lise mezunu	155	43,8
Ortaokul mezunu	71	20,1
Üniversite mezunu	67	18,9
İlkokul mezunu	47	13,3
Okur-yazar	8	2,3
Yüksek lisans/Doktora	5	1,4
Okur-yazar değil	1	0,3
Toplam	354	100,0
Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışmıyor	236	66,7
Çalışıyor	118	33,3
Toplam	354	100,0
Medeni Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	332	93,8
Diğer	22	6,2
Toplam	354	100,0
Gelir Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir ve gider eşit	253	71,1
Gelir giderden az	53	15,0
Gelir giderden fazla	48	13,6
Toplam	354	100,0

Çocukların beslenmesinden yüzde 90,4 oranında kadınların, yüzde 9,6 oranında ise erkeklerin sorumlu olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin yüzde 43,8'i lise mezunu, yüzde 20,1'i ortaokul mezunu, yüzde 18,9'u üniversite mezunu, yüzde 13,3'ü ilkokul mezunu, yüzde 2,3'ü okur-yazar, yüzde 1,4'ü ise yüksek lisans/doktora mezunu ve yüzde 0,3' ü okur-yazar değildir. Ebeveynlerin yüzde 66,7'si herhangi bir kurumda çalışmazken, yüzde 33,3'ü çalışmaktadır. Ebeveynlerin yüzde 93,8'i evlidir.

Gelir düzeyine bakıldığında yüzde 71,1'inin gelir ve gideri eşit, yüzde 15'inin geliri giderinden az, yüzde 13,6'sının ise gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan ailelerdeki birey sayısı en az 2, en fazla 7, ortalama ise $4,02 \pm 0,7$ 'dir.

Tablo 4.2'de Ebeveynlerin ve çocukların tanı konmuş hastalık durumu dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.2: Ebeveynlerin ve çocukların tanı konmuş hastalık durumu dağılımı

Tanı Konmuş Hastalık Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ebeveyn		
Hayır	323	91,2
Evet	31	8,8
Toplam	354	100,0
Çocuk		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	351	99,2
Evet	3	0,8
Toplam	354	100,0

Tablo 4.2 verilerine göre ebeveynlerin yüzde 91,2'sinin ve çocukların yüzde 99,2'sinin herhangi bir sağlık problemi bulunmamaktadır.

Tablo 4.3'te çocukların demografik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.3: Çocukların demografik özellikleri

Çocuk Yaşı	Sayı (n)	Yüzde (%)
7	271	76,6
6	83	23,4
Toplam	354	100,0
Çocuk Cinsiyeti		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kız	211	59,6
Erkek	143	40,4
Toplam	354	100,0

Tablo 4.3 verilerine göre çalışmaya katılan ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin yüzde 76,6'sının 7, yüzde 23,4'ünün ise 6 yaşında olduğu görülmektedir. Çalışmanın yüzde 59,6'sını kız öğrenciler, yüzde 40,4'ünü ise erkek öğrenciler oluşturmaktadır.

Tablo 4.4'te ebeveynlerin ve çocukların vücut kütle indeksi değerleri dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.4: Ebeveynlerin ve çocukların VKİ değerleri dağılımı

Ebeveynlerin VKİ Dağılımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Normal	191	54,0
Hafif şişman/Kilolu	116	32,8
Şişman/Obez	41	11,6
Zayıf	6	1,7
Toplam	354	100
Çocukların VKİ Dağılımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Normal	194	54,8
Şişman/Obez	46	13,0
Hafif şişman/Kilolu	44	12,4
Zayıf	42	11,9
Çok zayıf	28	7,9
Toplam	354	100

Tablo 4.4 verilerine göre çalışmaya katılan ebeveynlerin yüzde 54' ü normal ağırlıkta, yüzde 32,8'i hafif şişman/kilolu, yüzde 11,6'sı şişman/obez ve yüzde 1,7'si zayıftır. 6-7 yaş grubu ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin vücut kütle indeksi değerlerine göre yüzde 54,8'i normal ağırlıkta, yüzde 13'ü şişman/obez, yüzde 12,4'ü hafif şişman/kilolu, yüzde 11,9'u zayıf ve yüzde 7,9'u ise çok zayıftır.

Tablo 4.5'te ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynakların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.5: Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ve bilgi alınan kaynakların dağılımı

Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi Alma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	239	67,5
Evet	115	32,5
Toplam	354	100,0
Bilgi Kaynakları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doktor	55	15,5
Aile büyükleri	28	7,9
Kitap ve dergi	21	5,9
Televizyon	6	1,7
Diyetisyen	5	1,4
Toplam	115	32,5

Tablo 4.5'e bakıldığında ebeveynlerin yüzde 67,5'inin ise herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı görülmektedir. Ebeveynlerin yalnızca yüzde 32,5'inin çocuk beslenmesi konusunda bilgi almıştır. Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin yüzde yüzde 15,5'i doktordan, yüzde 7,9'u aile büyüklerinden, yüzde 5,9'u kitap ve dergilerden, yüzde 1,7'si televizyondan ve yüzde 1,4'ü diyetisyenden bilgi almıştır.

Tablo 4.6'te ebeveyn ve çocukların ana öğünlerini birlikte tüketme durumu dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6: Ebeveyn ve çocukların ana öğünlerini birlikte tüketme durumu

Ana Öğünleri Birlikte Tüketme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	12	3,4
Evet	342	96,6
Toplam	354	100,0

Tablo 4.6 verilerine göre ebeveynler ve çocukların yüzde 96,6'sı ana öğünlerini birlikte tüketirken, yüzde 3,4'ü birlikte tüketmemektedir.

Tablo 4.7'de çocukların bebeklik dönemine ilişkin verileri gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Çocukların bebeklik dönemine ilişkin beslenme verileri

	Sayı (n)	Min.	Max.	$\bar{x} \pm SS$
Çocuk Doğum Ağırlığı (gr)	354	1,100 gr	5,200 gr	3,299 \pm 0,5 gr
Sadece Anne Sütü Alma Süresi (Ay)	354	Hiç	8 ay	5 \pm 1,7 ay
Toplam Anne Sütü Alma Süresi (Ay)	354	Hiç	40 ay	14,3 \pm 8,1 ay
Ek Gıdaya Başlama Zamanı (Ay)	354	1. ay	8. ay	5,1 \pm 1,6 ay
Ek Gıda Olarak Verilen İlk Besin	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Çorba çeşitleri	81	22,9		
Yoğurt	81	22,9		
Bebek maması (hazır ticari)	57	16,1		
Meyve/Meyve suyu/Meyve püresi	37	10,5		
Sebze/Sebze püresi	37	10,5		
Mama (Pirinç unu maması)	22	6,2		
Su/Şekerli su	15	4,2		
Pişmiş yemek suyu	13	3,7		
Muhallebi	10	2,8		
İnek/Keçi sütü	1	0,3		
Toplam	354	100,0		

Çocukların doğum ağırlıkları en az 1,100 gram, en fazla 5,200 gram, ortalama ise 3,299 \pm 0,5 gram olarak verilmiştir. Sadece anne sütü alma süresi en fazla 8 ay, ortalama ise 5 \pm 1,7 aydır. Ek gıdayla birlikte anne sütü alma süresinin ise en fazla 40 ay, ortalama ise 14,3 \pm 8,1 ay olduğu görülmüştür. Ek gıdaya en erken bebekliğin 1. ayında en geç 8. ayında, ortalama olarak bebekliğin 5,1 \pm 1,6 ayında geçildiği görülmektedir. Ebeveynlerin yüzde 22,9'u çorba çeşitleri, yüzde 22,9'u yoğurt, yüzde 16,1'i bebek maması (hazır ticari), yüzde 10,5'i sebze/sebze püresi, yüzde 10,5'i meyve/meyve suyu/meyve püresi, yüzde 6,2'si mama (pirinç unu maması), yüzde 4,2'si su/şekerli su, yüzde 3,7'si pişmiş yemek suyu, yüzde 2,8'i muhallebi ve yüzde 0,3'ü inek/keçi sütü vererek ek gıdaya başlamışlardır.

Tablo 4.8'de çocukların sevmediği/tüketmediği besinlerin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.8: Çocukların sevmediği/tüketmediği besinlerin dağılımı

Çocuklar Tarafından Sevilmeyen/Tüketilmeyen Besin Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	270	76,3
Hayır	84	23,7
Toplam	354	100,0
Çocuklar Tarafından Sevilmeyen/Tüketilmeyen Besinler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Peynir	89	33,0
Sebze	89	33,0
Kurubaklagiller (nohut, kuru fasulye, mercimek vb.)	66	24,4
Balık	48	17,8
Kırmızı et	44	16,3
Yumurta	37	13,7
Tavuk eti	26	9,6
Süt	18	6,7
Yoğurt, ayran	9	3,3
Tahıl grubu (ekmek, makarna, pirinç, bulgur vb.)	9	3,3
Meyve	8	3,0

Çocukların yüzde 23,7'sinin sevmediği/tüketmediği besin bulunmazken, yüzde 76,3'ü çeşitli besinleri tüketmemektedirler. Çocuklar tarafından en fazla sevilmeyen/tüketilmeyen besinler yüzde 33 oranıyla sebze, yüzde 33 oranıyla peynir, yüzde 24,4 oranıyla kurubaklagiller, yüzde 17,8 oranıyla balık ve yüzde 16,3 oranıyla kırmızı ettir. Yumurta yüzde 13,7 oranıyla, tavuk eti yüzde 9,6 oranıyla, süt yüzde 6,7 oranıyla, yoğurt, ayran yüzde 3,3 oranıyla, tahıl grubu yüzde 3,3 oranıyla ve meyve grubu yüzde 3 oranıyla sevilmemekte, tüketilmemektedir.

Tablo 4.9'da çocukların çocukların sevmediği/tüketmediği besinlere karşı ebeveynlerin yaklaşımları verilmektedir.

Tablo 4.9: Çocukların sevmediği/tüketmediği besinlere karşı ebeveynlerin yaklaşımları

Ebeveynlerin Çocukların Sevmediği/Tüketmediği Besinleri Farklı Yöntemlerle Verme/Yedirme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sevmediği besinleri sevdiği besinler ile sundum.	137	50,7
Sevmediği besinleri çorbaların içerisine karıştırdım.	133	49,3
Sevmediği besinleri börek, gözleme, tost vb. içerisine koydum.	126	46,7
Çocuğumun dikkatini çekecek, eğlenceli tabaklar hazırladım.	98	36,3
Sevmediği besinlerden kızartma yaptım.	37	13,7

Tablo 4.9 verilerine göre ebeveynlerin yüzde 50,7'si çocuklarının sevmediği besinleri sevdiği besinler ile sunarak, yüzde 49,3'ü çocuğunun sevmediği besinleri çorbaların içerisine karıştırarak, yüzde 46,7'si sevmediği besinleri börek, gözleme, tost vb. içerisine koyarak, yüzde 36,3'ü çocuğunun dikkatini çekecek, eğlenceli tabaklar hazırlayarak ve yüzde 13,7'si sevmediği besinlerden kızartma yaparak çocuklarına yedirmeye çalışmışlardır.

Tablo 4.10'da çocukların öğün tüketme davranışı dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.10: Çocukların öğün tüketme davranışı dağılımı

Çocukların Öğün Tüketme Davranışı Değerlendirmesi	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kahvaltı	Her gün tüketir	307	86,7
	Bazen tüketir	35	9,9
	Tüketmez	12	3,4
Ara Öğün (Kuşluk)	Her gün tüketir	158	44,6
	Bazen tüketir	149	42,1
	Tüketmez	47	13,3
Öğle	Her gün tüketir	335	94,6
	Bazen tüketir	18	5,1
	Tüketmez	1	0,3
Ara öğün (İkinci)	Her gün tüketir	179	50,6
	Bazen tüketir	145	41,0
	Tüketmez	30	8,5
Akşam	Her gün tüketir	349	98,6
	Tüketmez	4	1,1
	Bazen tüketir	1	0,3
Ara öğün (Gece)	Her gün tüketir	157	44,4
	Bazen tüketir	143	40,4
	Tüketmez	54	15,3
Toplam	354	100,0	

Tablo 4.10 verilerine göre çocuklar tarafından en fazla tüketilen, öğünler ana öğünlerdir. Çocukların yüzde 86,7'si kahvaltı öğününü her gün tüketirken, yüzde 3,4'ü tüketmemektedir. Öğle öğünü çocukların yüzde 94,6' sı tarafından her gün tüketilmekle birlikte, yüzde 0,3'ü öğle öğününü tüketmemektedir. Çocukların yüzde 98,6 oranında akşam yemeğini her gün tükettikleri ve çocukların yalnızca yüzde 1,1'inin akşam yemeği yemediği görülmüştür. Çocukların ebeveynlerinin yüzde 44,6'sı kuşluk ara öğününü, yüzde 50,6'sı ikindi ara öğününü, yüzde 44,4'ü ise çocuklarının gece ara öğününü her gün tükettiğini bildirmiştir.

Tablo 4.11'de çocukların öğünlerini tükettiği ortamların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.11: Çocukların öğünlerini tükettiği ortamların dağılımı

Öğünler	Çocukların Öğünlerini Tükettiği Ortamlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kahvaltı	Ev	325	91,8
	Okul (Beslenme Çantası)	11	3,1
	Tüketmeyen	12	3,4
	Okul (Yemekhane)	4	1,1
	Anneanne/Babaanne	2	0,6
Ara Öğün (Kuşluk)	Okul (Beslenme Çantası)	198	55,9
	Okul (Yemekhane)	73	20,6
	Tüketmeyen	47	13,3
Öğle	Ev	36	10,2
	Okul (Yemekhane)	154	43,5
	Ev	112	31,6
	Okul (Beslenme Çantası)	73	20,6
	Anneanne/Babaanne	10	2,8
	Lokanta	3	0,8
	Diğer	1	0,3
	Tüketmeyen	1	0,3
Ara öğün (İkinci)	Ev	287	81,1
	Tüketmeyen	30	8,5
	Anneanne/Babaanne	15	4,2
	Okul (Yemekhane)	13	3,7
	Okul (Beslenme Çantası)	7	2,0
	Lokanta	2	0,6
Akşam	Ev	326	92,1
	Anneanne/Babaanne	24	6,8
	Tüketmeyen	4	1,1
Ara öğün (Gece)	Ev	295	83,3
	Tüketmeyen	54	15,3
	Anneanne/Babaanne	5	1,4
Toplam		354	100,0

Tablo 4.11 verilerine göre çocukların yüzde 91,8'i kahvaltı öğününü evde yapmaktadır. Öğle öğününü çocukların yüzde 43,5'i okul yemekhanesinde yemektedir. Öğle öğününü beslenme çantasından tüketen öğrencilerin oranı ise yüzde 20,6'dır. Çocukların yüzde 83,3'ü akşam yemeğini evde yemektedir. Kuşluk ara öğününü öğrencilerin yüzde 55,9'u beslenme çantasından sağlamaktadır. İkinci ara öğünü yüzde 81,1 oranında evde, gece ara öğünü de çocukların yüzde 83,3'ü tarafından evde tüketilmektedir.

Tablo 4.12'de genellikle çocukların beslenme çantasını hazırlayan bireylerin ve beslenme çantasına konulan gıdaların dağılımı verilmektedir.

Tablo 4.12: Genellikle çocukların beslenme çantasını hazırlayan bireylerin ve beslenme çantasına konulan besinlerin dağılımı

Çocukların Beslenme Çantasının Hazırlanması	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anne/baba	334	94,4
Aile büyüğü (Anneanne/babaanne)	19	5,4
Yardımcı/bakıcı	1	0,3
Toplam	354	100,0
Çocukların Beslenme Çantasına Konulan Gıdaların Dağılımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sert kabuklu meyveler (ceviz, fındık, badem)	111	127,4
Kraker, bisküvi vb.	180	50,8
Meyve suyu	179	50,6
Taze/kuru meyveler	162	49,7
Poğaç, simit, börek vb.	159	44,9
Süt, yoğurt, ayran	150	42,4
Sandviç, tost, galeta, grisini vb.	113	31,9
Ev yemekleri/sulu yemekler	45	12,7
Çikolata, gofret, cips vb.	29	8,2
Diğer	3	0,8

Verilere göre çocukların beslenme çantasını yüzde 94,4 oranında anne ve babaları, yüzde 5,4 oranında aile büyüğü (Anneanne/babaanne) ve yüzde 0,3 oranında yardımcı/bakıcı hazırlamaktadır. Çocukların beslenme çantalarına konulmak üzere en fazla tercih edilen gıdalar; sert kabuklu meyveler (ceviz, fındık, badem) ve kraker, bisküvi türevi besinlerdir. Yüzde 50,6 oranıyla meyve suyu, yüzde 49,7 oranıyla taze/kuru meyveler, yüzde 44,9 oranıyla poğaç, simit, börek ve yüzde 42,4 oranıyla

süt, yoğurt, ayran beslenme çantasına konulmak üzere tercih edilen besinler arasındadır. Ayrıca ebeveynlerin yüzde 31,9'u beslenme çantasına sandviç, tost, galeta, grisini, ebeveynlerin yüzde 12,7'si ev yemekleri/sulu yemekler sert kabuklu meyveler, yüzde 8,2'si çikolata, gofret, cips gibi gıdaları koymaktadır.

Tablo 4.13'te ailelerin dışarıda yemek yeme sıklığı dağılımı ve çocukların dışarıda yemek tercihi dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.13: Ailelerin dışarıda yemek yeme sıklığı dağılımı ve çocukların dışarıda yemek tercihi dağılımı

Dışarıda Yemek Yeme Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ayda 1	195	55,1
15 günde 1	69	19,5
Haftada 1-2	62	17,5
Hiçbir zaman	19	5,4
Her gün	9	2,5
Toplam	354	100,0
Çocukların Dışarıda Yemek Seçimi Dağılımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fastfood (Hamburger, döner vb.)	227	64,1
Kebab/dürüm	66	18,6
Simit, poğaç, börek, pasta	22	6,2
Ev yemekleri/sulu yemekler	20	5,6
Tüketmeyenler	19	5,4
Toplam	354	100,0

Tablo 4.13 verilerine göre çalışmaya katılan ailelerin yüzde 55,1' i ayda 1 kez, yüzde 19,5'i 15 günde 1 kez, yüzde 17,5'i haftada 1-2 kez, yüzde 2,5'i her gün dışarıda yemek yediklerini bildirmişlerdir. Ailelerin yüzde 5,4'ü ise hiçbir zaman dışarıda yemek yemeyi tercih etmediklerini bildirmişlerdir. Dışarıda yemek yendiğinde çocuklar tarafından yüzde 64,1 oranıyla en fazla fast food tercih edilmiştir. Bu oranı yüzde 18,6 ile kebab/dürüm, yüzde 6,2 ile simit, poğaç, börek, pasta, yüzde 5,6 ile ev yemekleri/sulu yemekler takip etmiştir.

Tablo 4.14’te ebeveynlerin çocuk besleme anketine vermiş oldukları yanıtların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.14: Ebeveynlerin çocuk besleme anketi yanıtlarının dağılımı

Alt Boyutlar	Sorular	Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
Algılanan Sorumluluk	Çocuğunuz evde olduğunda, onu beslemek için kendinizi ne düzeyde sorumlu hissedersiniz?	0,6	1,4	7,3	28,2	52,5
	Çocuğunuzun yediklerinin porsiyon büyüklüğüne karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	2,3	3,4	13,6	23,7	57,1
	Çocuğunuzun doğru besinler tüketip tüketmediğine karar verirken kendinizi ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?	0,3	4,0	7,1	20,6	68,1
		Çok Zayıf	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Çok Şişman
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Siz çocukluk çağınızda (5-10 yaş)	5,9	28,0	60,7	5,1	0,3
	Siz ergenlik çağınızda (12-19 yaş)	2,8	28,5	60,5	7,6	0,6
	Siz 20 'li yaşlarınızda	2,3	23,7	65,3	8,5	0,3
	Sizin şu anki ağırlığınız	0,6	4,2	56,8	35,3	3,1
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Çocuğunuzun 0-1 yaş arası ağırlığı	2,8	9,6	72,6	13,6	1,4
	Çocuğunuzun yürümeye başladığındaki ağırlığı	0,6	11,9	76,8	9,9	0,8
	Çocuğunuzun şu andaki ağırlığı	1,1	21,5	69,2	7,6	0,6
		İlgisizim	Biraz İlgisizim	İlgiliyim	Oldukça İlgiliyim	Çok İlgiliyim
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgisi	Çocuğunuz yanınızda olmadığında, onun çok fazla yemesi ile ne kadar ilgilisiniz?	2,3	5,4	30,5	42,4	19,5
	Çocuğunuzun ağırlığını koruyabilmesi için, beslenme şekliyle ne düzeyde ilgilisiniz?	0,8	6,2	22,0	35,9	35,0
	Çocuğunuzun şişmanlaması durumu ile ne kadar ilgilisiniz?	5,4	5,1	20,1	37,3	37,2

Tablo 4.14: Ebeveynlerin çocuk besleme anketi yanıtlarının dağılımı (Devamı)

Alt Boyutlar	Sorular	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum
Kısıtlama	Çocuğumun çok fazla şekerleme (şeker, dondurma, çikolata, pasta vb.) yemediğinden emin olmak zorundayım.	4,8	4,5	1,4	20,3	68,9
	Çocuğumun aşırı yağlı yiyecekleri fazla yemediğinden emin olmak zorundayım.	5,1	4,2	2,0	17,8	70,9
	Çocuğumun çok sevdiği yiyecekleri fazla yemediğinden emin olmak zorundayım.	5,9	7,1	4,0	24,0	59,0
	Bazı yiyecekleri çocuğumun ulaşacağı yerlerden bilerek uzak tutarım.	11,0	3,1	1,7	22,6	61,6
	İyi bir davranış karşılığında şekerlemeleri (şeker, dondurma, pasta vb.) çocuğuma ödül olarak sunarım.	28,5	13,3	5,4	29,7	23,2
	İyi bir davranış karşılığında çocuğuma sevdiği yiyecekleri teklif ederim.	19,2	15,5	5,9	25,7	33,6
	Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum çok fazla abur cubur yer.	8,5	2,8	1,7	14,4	72,6
Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum en sevdiği yiyecekleri çok fazla yer.	11,6	4,2	3,4	18,6	62,1	
Yeme Baskısı	Çocuğum her zaman tabağındaki yiyeceklerin hepsini yemelidir.	20,6	15,3	4,0	24,3	35,9
	Çocuğumun yeterince yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmak zorundayım.	9,0	6,8	2,5	25,7	55,9
	Çocuğum aç olmadığını söylese de, yemek yemesi için ısrar ederim.	29,9	18,6	3,7	29,9	17,8
	Çocuğumun yiyeceklerini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum gerekenden daha az yer.	16,1	10,2	3,1	20,3	50,3
		Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
İzlem	Çocuğunuz tükettiği şekerli yiyecekleri (şeker, çikolata, pasta vb.) ne kadar takip edersiniz?	0,6	2,5	9,3	36,7	50,8
	Çocuğunuzun tükettiği atıştırılabilir yiyecekleri (cips vb.) ne kadar takip edersiniz?	1,1	1,1	7,6	30,5	59,6
	Çocuğunuzun tükettiği aşırı yağlı yiyecekleri ne kadar takip edersiniz?	0,3	1,4	6,2	31,9	60,2

Tablo 4.14 verilerine bakıldığında ‘algılanan sorumluluk’ alt ölçeğine göre ebeveynlerin yüzde 52,5’i çocuğu evde olduğu takdirde onu beslemek için kendisini her zaman sorumlu hissetmektedir. Ebeveynlerin yüzde 57,1’i çocuğunun yediği besinlerin porsiyon boyutunu belirlerken kendisini her zaman sorumlu hissetmektedir.

Ebeveynlerin birçoğu (yüzde 68,1) çocuğunun doğru besinler tükettiğine her zaman emin olması gerektiğini bildirmiştir.

‘Algılanan aile vücut ağırlığı’ alt ölçeğine göre ebeveynlerin yüzde 60,7’si çocukluk çağında normal ağırlıkta, yüzde 60,5’i ergenlik döneminde normal vücut ağırlığında, yüzde 65,3’ü 20’li yaşlarında normal vücut ağırlığında olduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 56,7’si şu an normal ağırlıktayken, yüzde 35,3’ü hafif şişman, yüzde 3,1’i ise çok şişmandır.

‘Algılanan çocuk vücut ağırlığı’ alt ölçeğine verilen yanıtların dağılımına göre ebeveynler çocuklarının 0-1 yaş arası ağırlıklarını yüzde 72,6 oranında normal, çocuklarının yürümeye başladığındaki ağırlığını da yüzde 76,8 oranında normal olarak değerlendirmektedirler. Ebeveynlere göre şu an çocukların yüzde 69,2’si normal vücut ağırlığında, yüzde 21,5’i zayıf, yüzde 7,6’sı hafif şişman, 1,1’i çok zayıf, yüzde 0,6’sı ise çok şişmandır.

‘Çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’ alt ölçeğine göre ebeveynlerin yüzde 42,4’ü çocukları yanında olmadığında çocuklarının çok fazla yeme durumuyla oldukça ilgili olduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 35,9’u çocuklarının ağırlığını koruyabilmesi için beslenme biçimiyle oldukça ilgili olduklarını, ebeveynlerin yüzde 35’i ise bu durumla çok ilgili olduklarını bildirmişlerdir. Ebeveynlerin bir kısmı (yüzde 37,3) çocuklarının şişmanlama durumuyla oldukça ilgiliyken yüzde 37,2’si çocuklarının obezite düzeyiyle çok ilgilidir.

ÇBA’ nın ‘Kısıtlama’ alt boyutuna verilen cevapların dağılımlarına göre ebeveynlerin büyük çoğunluğu çocuklarının şekerleme, aşırı yağlı yiyecekler, abur cubur yeme durumunu takip ederek kısıtlamaktadır. Ebeveynlerin yüzde 61,6’sı bazı yiyecekleri çocuklarının ulaşabileceği yerlerden uzak tuttuklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin büyük bir kısmı (yüzde 29,7) iyi bir davranış karşılığında çocuklarına şekerleme, dondurma gibi besinleri ödül olarak sunduklarını ve ebeveynlerin yüzde 33,6’sı iyi bir davranış karşılığında çocuklarına sevdiği yiyecekleri teklif ettiklerini ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (yüzde 72,6) müdahale etmedikleri takdirde çocuklarının çok fazla abur cubur tüketeceği endişesi taşımaktadır.

‘Yeme baskısı’ alt ölçeğine verilmiş olan yanıtlara göre ebeveynlerin yüzde 35,9’u çocuklarının tabaklarındaki tüm yiyecekleri bitirmeleri gerektiğini düşünmektedir. Ebeveynlerin yüzde 55,9’u çocuklarının yeterince yemeleri konusunda emin olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 29,9’u çocukları aç olmasa da yemek yemeleri için ısrarcı olurken, yüzde 29,9’u ise ısrarcı olmamaktadır. Ebeveynlerin yüzde 50,3’ü müdahale etmedikleri takdirde çocuklarının gereğinden az yiyeceği konusunda endişe taşımaktadırlar. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu çocuklarının tükettiği şekerli, yağlı yiyecekleri ve atıştırmalıkları her zaman takip ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.15’te ebeveynlerin çocuk besleme anketinden almış oldukları ortalama puanların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.15: Ebeveynlerin çocuk besleme anketi ortalama puanlarının dağılımı

Alt Boyutlar	$\bar{x} \pm SS$	Min.	Max.
Kısıtlama	32,3 ± 6,8	8	40
Yeme Baskısı	14,1 ± 4,1	4	20
Algılanan Sorumluluk	13,3 ± 2,1	3	15
İzlem	13,3 ± 2,0	5	15
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgil	11,5 ± 2,6	4	15
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	11,5 ± 1,8	5	17
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	8,8 ± 1,2	5	13
Toplam	105±12,0	62	126

Ebeveynler çocuk besleme anketinden en yüksek puanı (32,3 ± 6,8) ‘kısıtlama’ alt ölçeğinden almış olup en düşük puanı ise (8,8 ± 1,2) ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ alt boyutundan almışlardır. Sırasıyla ‘yeme baskısı’ puan ortalaması 14,1 ± 4,1, ‘algılanan sorumluluk’ alt ölçek ortalaması 13,3 ± 2,1, ‘izlem’ alt ölçek ortalaması 13,3 ± 2,0, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’ alt boyutundan aldıkları puan ortalama 11,5 ± 2,6, ve ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutundan aldıkları puan ortalama 11,5 ± 1,8 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları toplam puan ortalaması 105 ± 12,0’dir.

Tablo 4.16’da ebeveynlerin eğitim düzeyine göre çocukların VKİ dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.16: Ebeveynlerin eğitim durumuna göre çocuk VKİ dağılımı

Ebeveyn Eğitim Düzeyi	Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Okur-yazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Okur-yazar	3	37,5	0	0,0	3	37,5	0	0,0	2	25,0	8	100,0
İlkokul mezunu	7	14,9	7	14,9	21	44,7	6	12,8	6	12,8	47	100,0
Ortaokul mezunu	5	7,0	10	14,1	37	52,1	11	15,5	8	11,3	71	100,0
Lise mezunu	9	5,8	17	11,0	94	60,6	17	11,0	18	11,6	155	100,0
Üniversite mezunu	4	6,0	8	11,9	36	53,7	8	11,9	11	16,4	67	100,0
Yüksek lisans/ Doktora	0	0,0	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	5	100,0

Ebeveynlerin yüzde 2,3’ü okur-yazar, yüzde 13,3’ü ilkokul mezunu, yüzde 20,1’i ortaokul mezunu, yüzde 43,8’i lise mezunu, yüzde 18,9’u üniversite mezunu, yüzde 1,4’ü ise yüksek lisans/doktora mezunudur. Ebeveyni okur-yazar olan öğrencilerin yüzde 37,5’i çok zayıf, yüzde 37,5’i normal ağırlıkta, yüzde 25’i şişmandır. Ebeveyni ortaokul mezunu olan öğrencilerin yüzde 7’ si çok zayıf, yüzde 14,1’ i zayıf, yüzde 52,1’i normal ağırlıkta, yüzde 15,5’i hafif şişman, yüzde 11,3’ü şişmandır. Ebeveyni lise mezunu olan öğrencilerin yüzde 5,8’i çok zayıf, yüzde 11’i zayıf, yüzde 60,6’sı normal ağırlıkta, yüzde 11’i hafif şişman, yüzde 11,6’sı şişmandır. Ebeveyni üniversite mezunu olan öğrencilerin yüzde 6’sı çok zayıf, yüzde 11,9’u zayıf, yüzde 53,7’si normal ağırlıkta, yüzde 11,9’u hafif şişman, yüzde 16,4’ü şişmandır.

Tablo 4.17’de ebeveynlerin gelir durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi verilmiştir.

Tablo 4.17: Ebeveynlerin gelir durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi

Gelir Düzeyi	Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gelir giderden az	6	11,3	5	9,4	28	52,8	8	15,1	6	11,3	53	100,0	0,279
Gelir ve gider eşit	15	5,9	33	13,0	142	56,1	27	10,7	36	14,2	253	100,0	
Gelir giderden fazla	7	14,6	4	8,3	24	50,0	9	18,8	4	8,3	48	100,0	

* $p < 0,05$

Geliri giderden az olan ebeveynlerin çocuklarının yüzde 52,8’inin normal ağırlıkta, yüzde 15,1’inin hafif şişman, yüzde 11,3’ünün çok zayıf, yüzde 11,3’ü şişman ve yüzde 9,4’ünün zayıf olduğu görülmektedir. Gelir ve gider durumları eşit olan ebeveynlerin çocuklarının yüzde 56,1’i normal ağırlıkta, yüzde 14,2’si şişman, yüzde 13’ü zayıf, yüzde 10,7’si hafif şişman ve yüzde 5,9’u çok zayıftır. Geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin çocuklarının yüzde 50,0’si normal ağırlıkta, yüzde 18,8’i hafif şişman, yüzde 14,6’sı çok zayıf, yüzde 8,3’ü zayıf ve yüzde 8,3’ü ise şişmandır. Ebeveynlerin gelir düzeyi ve çocukların vücut kütle indeksi değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.18’de ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi verilmiştir.

Tablo 4.18: Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi

Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi Alma Durumu	Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	3	2,6	14	12,2	70	60,9	14	12,2	14	12,2	115	100,0	0,121
Hayır	25	10,5	28	11,7	124	51,9	30	12,6	32	13,4	239	100,0	

* $p < 0,05$

Tablo 4.18’de ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumuna göre çocukların VKİ değerlendirmeleri verilmiştir. Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan

ebeveynlerin çocuklarının yüzde 60,9'u normal ağırlıkta, 12,2'si zayıf, yüzde 12,2'si hafif şişman, yüzde 12,2'si şişman ve yüzde 2,6'sı çok zayıftır.

Çocuk beslenmesi konusunda bilgi almayan ebeveynlerin çocuklarının ise yüzde 51,9'u normal ağırlıkta, yüzde 13,4'ü şişman, yüzde 12,6'sı hafif şişman, yüzde 11,7'si zayıf, yüzde 10,5'i çok zayıftır. Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ile çocukların vücut kütle indeksleri arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19'da ana öğünleri birlikte tüketme durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi verilmiştir.

Tablo 4.19: Ana öğünleri birlikte tüketme durumuna göre çocuk VKİ değerlendirmesi

Ana Öğünleri Birlikte Tüketme Durumu	Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Evet	26	7,6	42	12,3	188	55,0	42	12,3	44	12,9	342	
Hayır	2	16,7	0	0,0	6	50,0	2	16,7	2	16,7	12	100,0	

* $p<0,05$

Aile ortamında ana öğünlerin birlikte tüketilmesine göre çocukların vücut kütle indeksi değerlerinin değerlendirmesine bakıldığında, ana öğünlerini birlikte tüketen ailelerin çocuklarının yüzde 55'inin normal ağırlıkta, yüzde 12,9'unun şişman, yüzde 12,3'ünün zayıf, yüzde 12,3'ünün hafif şişman ve yüzde 7,6'sının çok zayıf olduğu görülmektedir.

Ana öğünlerini birlikte tüketmeyen ailelerin çocuklarının ise yüzde 50' si normal ağırlıkta, yüzde 16,7'si çok zayıf, yüzde 16,7'si hafif şişman ve yine yüzde 16,7'si şişmandır. Ailelerin ana öğünlerini birlikte tüketme durumları ile çocukların VKİ değerleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20’de çocukların doğum ağırlığına göre mevcut VKİ değerlendirmesi verilmiştir.

Tablo 4.20: Çocukların doğum ağırlığına göre mevcut VKİ değerlendirmesi

Çocuk Doğum Ağırlığı	Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1500 g ≤	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0,423
1500-2500 g	1	8,3	1	8,3	6	50,0	4	33,3	0	0,0	12	100,0	
2500-3500 g	22	10,2	26	12,0	119	55,1	24	11,1	25	11,6	216	100,0	
≥ 3500 g	5	4,0	15	12,0	68	54,4	16	12,4	21	16,8	125	100,0	

* $p < 0,05$

Doğum ağırlığı 1500-2500 g olan çocukların şu an yüzde 50’si normal ağırlıkta, yüzde 33,3’ü hafif şişman, yüzde 8,3’ ü çok zayıf ve yüzde 8,3’ü zayıftır. Doğum ağırlığı 2500-3500 g arası olan çocukların şu an yüzde 55,1’i normal ağırlıkta, yüzde 12’si zayıf, yüzde 11,6’sı şişman, yüzde 11,1’i hafif şişman ve yüzde 10,2’si çok zayıftır. 3500 g ve üzeri doğum ağırlığına sahip olan çocukların şu an yüzde 54,4’ ü normal ağırlıkta, yüzde 16,8’i şişman, yüzde 12,4’ü hafif şişman, yüzde 12’si zayıf ve yüzde 4’ü çok zayıftır. Çocukların doğum ağırlığı ile mevcut ağırlıkları arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir bağlantı saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.21’de çocukların anne sütü alma süresine göre mevcut VKİ değerlendirmesi verilmiştir.

Tablo 4.21: Çocukların anne sütü alma süresine göre VKİ değerlendirmesi

		Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sadece anne sütü alma süresi	3 aydan az	4	6,8	5	8,5	33	55,9	7	11,9	10	16,9	59	100,0	0,537
	4-6 ay	21	7,9	34	12,7	148	55,4	35	13,1	29	10,9	267	100,0	
	6 aydan fazla	3	10,7	3	10,7	13	46,4	2	7,1	7	25,0	28	100,0	
Toplam anne sütü alma süresi	6 aydan az	6	13,6	4	9,1	23	52,3	5	11,4	6	13,6	44	100,0	0,864
	6-12 ay	6	5,6	14	13,1	58	54,2	16	15,0	13	12,1	107	100,0	
	12 aydan fazla	16	7,9	24	11,8	113	55,7	23	11,3	27	13,3	203	100,0	

* $p < 0,05$

Toplam anne sütü alma süresi 6 aydan düşük olan çocukların yüzde 52,3’ü normal ağırlıkta, yüzde 13,6’sı çok zayıf, yüzde 13,6’sı şişman, yüzde 11,4’ü hafif şişman ve yüzde 9,1’i zayıftır. Anne sütü alma süresi 12 ay ve üzeri olan çocukların yüzde 55,7’si normal ağırlıkta, yüzde 13,3’ü şişman, yüzde 11,8’i zayıf, yüzde 11,3’ü hafif şişman ve yüzde 7,9’u çok zayıftır. Çocukların anne sütü alma süreleri ile mevcut VKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.22’de çocukların antropometrik değerleri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları ölçek puanları arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir.

Tablo 4.22: Çocukların antropometrik değerleri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

Alt Boyutlar	Çocuk			
		Vücut ağırlığı (kg)	Boy uzunluğu (cm)	VKİ (kg/ m ²)
Algılanan Sorumluluk	r	0,03	-0,07	0,10
	p	0,52	0,18	0,05
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	r	0,24	0,36	0,26
	p	0,00*	0,50	0,00*
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	r	0,36	0,13	0,35
	p	0,00*	0,01*	0,00*
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	r	0,02	-0,00	0,01
	p	0,58	0,88	0,74
Kısıtlama	r	-0,05	0,04	-0,10
	p	0,33	0,41	0,05
Yeme Baskısı	r	-0,09	0,00	-0,09
	p	0,07	0,99	0,07
İzlem	r	0,08	-0,03	0,09
	p	0,12	0,55	0,07

* $p < 0,05$

Çocukların vücut ağırlığı ile ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutları arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmış olup, çocukların vücut ağırlığı ile ebeveynlerin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar paralel olarak yükselmektedir ($p < 0,05$).

Çocukların vücut kütle indeksi ile ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutları istatistiksel açıdan ilişkilidir ($p < 0,05$). Çocukların VKİ değeri ile ebeveynlerin ölçeğin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar paralel olarak artış göstermektedir.

Tablo 4.23'te ebeveynlerin antropometrik ölçümleri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları ölçek puanları arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir.

Tablo 4.23: Ebeveynlerin antropometrik ölçümleri ile ebeveynlerin çocuk besleme anketinden aldıkları ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

Alt Boyutlar	Ebeveyn			
		Vücut ağırlığı (kg)	Boy uzunluğu (cm)	VKİ (kg/ m ²)
Algılanan Sorumluluk	r	-0,05	0,08	-0,06
	p	0,28	0,12	0,20
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	r	0,39	-0,03	0,46
	p	0,00*	0,56	0,00*
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	r	0,04	0,01	0,47
	p	0,41	0,77	0,37
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	r	0,04	0,07	0,03
	p	0,35	0,15	0,54
Kısıtlama	r	0,02	-0,04	0,06
	p	0,69	0,41	0,20
Yeme Baskısı	r	-0,00	-0,05	0,04
	p	0,97	0,34	0,38
İzlem	r	0,04	0,08	0,01
	p	0,42	0,12	0,74

* $p < 0,05$

Ebeveynlerin vücut ağırlığı ve VKİ değerleri ile çocuk besleme anketinin ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyu arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Ebeveynlerin vücut ağırlığı ve VKİ değerleri yükseldikçe anketin ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutundan aldıkları puanlar yükselmektedir.

Tablo 4.24'te çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.24: Çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Çocuk Cinsiyeti	n	Sıra Ort.	p
Algılanan Sorumluluk	Erkek	143	181,66	0,507
	Kız	211	174,68	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Erkek	143	190,57	0,043*
	Kız	211	168,64	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Erkek	143	195,22	0,004*
	Kız	211	165,49	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgisi	Erkek	143	184,77	0,266
	Kız	211	172,57	
Kısıtlama	Erkek	143	183,92	0,330
	Kız	211	173,15	
Yeme Baskısı	Erkek	143	169,54	0,227
	Kız	211	182,89	
İzlem	Erkek	143	179,98	0,693
	Kız	211	175,82	

* $p < 0,05$

Çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerin 'algılanan sorumluluk', 'çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi', 'kısıtlama', 'yeme baskısı' ve 'izlem' alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çocuk besleme ölçeğinin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından alınan puanlar ile çocukların cinsiyeti arasında anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Erkek çocukların ebeveynlerinin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar kız çocuklarının ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 4.25’te çocuğun beslenmesinden sorumlu olan ebeveynin cinsiyeti ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.25: Çocuğun beslenmesinden sorumlu olan ebeveynin cinsiyeti ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Ebeveyn Cinsiyeti	n	Sıra Ort.	p
Algılanan Sorumluluk	Kadın	320	175,91	0,717
	Erkek	32	182,41	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Kadın	320	176,96	0,782
	Erkek	32	171,86	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Kadın	320	175,86	0,686
	Erkek	32	182,94	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	Kadın	320	174,62	0,267
	Erkek	32	195,33	
Kısıtlama	Kadın	320	179,60	0,070
	Erkek	32	145,53	
Yeme Baskısı	Kadın	320	176,77	0,875
	Erkek	32	173,81	
İzlem	Kadın	320	174,97	0,348
	Erkek	32	191,78	

* $p < 0,05$

Tablo 4.25 verilerine göre ebeveynlerin cinsiyetleri ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.26’da Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması görülmektedir.

Tablo 4.26: Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi Alma Durumu	n	Sıra Ort.	p
Algılanan Sorumluluk	Evet	115	170,19	0,326
	Hayır	239	181,02	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Evet	115	194,53	0,026*
	Hayır	239	169,31	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Evet	115	178,29	0,914
	Hayır	239	177,12	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	Evet	115	183,19	0,463
	Hayır	239	174,76	
Kısıtlama	Evet	115	197,67	0,010*
	Hayır	239	167,79	
Yeme Baskısı	Evet	115	176,83	0,931
	Hayır	239	177,82	
İzlem	Evet	115	174,65	0,702
	Hayır	239	178,87	

* $p < 0,05$

Çocuk besleme anketi alt boyutlarından ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’, ‘yeme baskısı’ ve ‘izlem’ puanları ile çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak çocuk besleme anketinin ‘kısıtlama’ ve ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutları ile çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur. Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin ÇBA’nın ‘kısıtlama’ ve ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutundan almış oldukları puanlar bilgi almamış olan ebeveynlere kıyasla daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 4.27’de Ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.27: Ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Ebeveyn Çalışma Durumu	n	Sıra Ort.	p
Algılanan Sorumluluk	Çalışıyor	118	183,15	0,439
	Çalışmıyor	236	174,67	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Çalışıyor	118	184,33	0,364
	Çalışmıyor	236	174,09	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Çalışıyor	118	168,86	0,227
	Çalışmıyor	236	181,82	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	Çalışıyor	118	170,14	0,333
	Çalışmıyor	236	181,18	
Kısıtlama	Çalışıyor	118	182,41	0,522
	Çalışmıyor	236	175,04	
Yeme Baskısı	Çalışıyor	118	188,20	0,163
	Çalışmıyor	236	172,15	
İzlem	Çalışıyor	118	179,33	0,802
	Çalışmıyor	236	176,58	

* $p < 0,05$

Tablo 4.27’de ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.28’de ebeveynlerin gelir düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.28: Gelir düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Gelir Düzeyi	n	Sıra Ort.	p
Algılanan Sorumluluk	Gelir ve gider eşit	253	174,02	0,566
	Gelir giderden fazla	48	186,05	
	Gelir giderden az	53	186,37	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Gelir ve gider eşit	253	181,16	0,546
	Gelir giderden fazla	48	170,01	
	Gelir giderden az	53	166,83	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Gelir ve gider eşit	253	177,21	0,414
	Gelir giderden fazla	48	165,04	
	Gelir giderden az	53	190,15	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	Gelir ve gider eşit	253	180,25	0,711
	Gelir giderden fazla	48	172,41	
	Gelir giderden az	53	168,99	
Kısıtlama	Gelir ve gider eşit	253	177,95	0,324
	Gelir giderden fazla	48	160,42	
	Gelir giderden az	53	190,80	
Yeme Baskısı	Gelir ve gider eşit	253	174,97	0,660
	Gelir giderden fazla	48	178,14	
	Gelir giderden az	53	189,00	
İzlem	Gelir ve gider eşit	253	180,16	0,672
	Gelir giderden fazla	48	167,18	
	Gelir giderden az	53	174,15	

* $p < 0,05$

Tablo 4.28 verilerine göre ebeveynlerin gelir düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 4.29’da ailedeki kişi sayısı ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.29: Ailedeki kişi sayısı ile ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Ailedeki Kişi Sayısı	n	Sıra Ort.	P
Algılanan Sorumluluk	2	6	125,50	0,150
	3	70	147,69	
	4	203	186,04	
	5	60	181,18	
	6	13	176,54	
	7	2	172,92	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	2	6	194,10	0,015*
	3	70	202,50	
	4	203	119,94	
	5	60	162,26	
	6	13	165,73	
	7	2	188,68	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	2	6	178,92	0,162
	3	70	209,30	
	4	203	190,00	
	5	60	125,44	
	6	13	145,05	
	7	2	174,31	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgi	2	6	192,75	0,250
	3	70	170,19	
	4	203	234,00	
	5	60	127,00	
	6	13	177,50	
	7	2	195,00	
Kısıtlama	2	6	184,55	0,122
	3	70	179,89	
	4	203	161,19	
	5	60	67,60	
	6	13	37,50	
	7	2	144,31	
Yeme Baskısı	2	6	197,95	0,495
	3	70	159,46	
	4	203	187,71	
	5	60	166,10	
	6	13	158,90	
	7	2	184,50	
İzlem	2	6	179,44	0,137
	3	70	224,69	
	4	203	169,82	
	5	60	176,53	
	6	13	151,41	
	7	2	218,20	

* $p < 0,05$

Çocuk besleme anketi alt boyutlarından ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’, ‘kısıtlama’, ‘yeme baskısı’ ve ‘izlem’ ailedeki kişi sayısı ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır. ‘Algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutu ile ailedeki kişi sayısı arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık saptanmıştır.

Ailedeki kişi sayısının artmasıyla ebeveynlerin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan almış oldukları puanlar düşmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.30'da Ebeveynlerin eğitim düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.30: Ebeveynlerin eğitim düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırması

Alt Boyutlar	Ebeveyn Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ort.	P
Algılanan Sorumluluk	Okur-yazar değil	1	125,50	0,936
	Okur-yazar	8	147,69	
	İlkokul mezunu	47	186,04	
	Ortaokul mezunu	71	181,18	
	Lise mezunu	155	176,54	
	Üniversite mezunu	67	172,92	
	Yüksek lisans/Doktora	5	194,10	
Algılanan Aile Vücut Ağırlığı	Okur-yazar değil	1	202,50	0,298
	Okur-yazar	8	119,94	
	İlkokul mezunu	47	162,26	
	Ortaokul mezunu	71	165,73	
	Lise mezunu	155	188,68	
	Üniversite mezunu	67	178,92	
	Yüksek lisans/Doktora	5	209,30	
Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı	Okur-yazar değil	1	190,00	0,028*
	Okur-yazar	8	125,44	
	İlkokul mezunu	47	145,05	
	Ortaokul mezunu	71	174,31	
	Lise mezunu	155	192,75	
	Üniversite mezunu	67	170,19	
	Yüksek lisans/Doktora	5	234,00	
Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkında İlgisi	Okur-yazar değil	1	127,00	0,137
	Okur-yazar	8	177,50	
	İlkokul mezunu	47	195,00	
	Ortaokul mezunu	71	184,55	
	Lise mezunu	155	179,89	
	Üniversite mezunu	67	161,19	
	Yüksek lisans/Doktora	5	67,60	
Kısıtlama	Okur-yazar değil	1	37,50	0,153
	Okur-yazar	8	144,31	
	İlkokul mezunu	47	197,95	
	Ortaokul mezunu	71	159,46	
	Lise mezunu	155	187,71	
	Üniversite mezunu	67	166,10	
	Yüksek lisans/Doktora	5	158,90	
Yeme Baskısı	Okur-yazar değil	1	184,50	0,016*
	Okur-yazar	8	179,44	
	İlkokul mezunu	47	224,69	
	Ortaokul mezunu	71	169,82	
	Lise mezunu	155	176,53	
	Üniversite mezunu	67	151,41	
	Yüksek lisans/Doktora	5	218,20	
İzlem	Okur-yazar değil	1	178,00	0,493
	Okur-yazar	8	106,63	
	İlkokul mezunu	47	184,12	
	Ortaokul mezunu	71	180,28	
	Lise mezunu	155	177,35	
	Üniversite mezunu	67	181,55	
	Yüksek lisans/Doktora	5	139,60	

* $p<0,05$

Tablo 4.30 verilerine göre ebeveynlerin eğitim düzeyi ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan aile vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’, ‘kısıtlama’ ve ‘izlem’ alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan ilişkili bulunmamıştır. Eğitim düzeyi, çocuk besleme anketinin ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ ve ‘yeme baskısı’ alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Artmış vücut ağırlığındaki pandemi, günümüz gençliğinin karşılaştığı büyük bir halk sağlığı sorunudur. Aşırı vücut ağırlığı, benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Ayrıca yaşam süresinin azalmasıyla sonuçlanan hipertansiyon, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık ve çoklu kanserler gibi çeşitli komorbiditelere katkıda bulunmaktadır (Veugelers ve diğ. 2005, s. 432).

Çocuklukta oluşan diyet alışkanlıklarının yetişkinliğe kadar devam etmesi muhtemeldir, bu nedenle çocuklukta sağlıksız bir diyetin yaşam boyunca sağlığa etkileri vardır (Clark ve diğ. 2007, s. 132). Çocuğun beslenme davranışları çocuğun mizacından, ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşimlerden, çocuğun ve ebeveynin diğer aile üyeleriyle etkileşimlerinden etkilenir. Çalışma hayatına ilişkin ebeveyn stresi, yüksek kaliteli yiyecek elde edebilmek, sosyal izolasyon ve yoksulluk, mezosistem / mikrosistem etkileşimleriyle çocuklarda büyümeye ve gelişmeye katkıda bulunur (Reifsnider ve diğ. 2016, s. 107). Bu süreklilik içinde ebeveynler çocuğun yiyecek ortamını şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Çocuğun yediği yemeği sağlamanın yanı sıra, ebeveynlerin yiyecek tüketimine yönelik tutumları ve uygulamaları da çocuğun yeme davranışını ve çocuğun vücut ağırlığını belirler (Sutin ve Terracciano 2018, s. 3). Ebeveyn besleme uygulamaları, ebeveynlerin yemek sırasında kullandıkları sağlıklı yiyecekler için baskı yapma, daha az sağlıklı yiyeceklerin kısıtlanması, çocuğun yiyecek alımının izlenmesi veya yiyecek tüketimi için ödüllerin kullanılması gibi spesifik uygulamalardır. Ebeveyn-çocuk besleme uygulamaları önemli bir faktördür ve çocukların beslenme düzenlerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir (Yang ve diğ. 2018, s. 91).

TÜİK (2018) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre; Balıkesir' in Susurluk İlçesi'nde 39.058 birey yaşamakta olup, bu bireylerin 19.295' i erkek, 19.763' ü ise kadındır. Yine TÜİK verilerine göre 5-9 yaş grubu çocukların 1087'si erkeklerden, 1005'i ise kızlardan oluşmaktadır (TÜİK 2018). Tablo 4.3 verilerine göre araştırma kapsamına alınan çocukların yüzde 40,4' ü erkek, yüzde 59,6' sı ise kızdır. Bu çocukların yüzde 23,4' ü 6 yaşında, yüzde 76,6' sı ise 7 yaşındadır.

Ebeveyn besleme biçimi; çocuğun kilosu, ebeveynin çocuğun kilosunu algılayabilme durumu, ailenin vücut ağırlığı, çocuğun cinsiyeti, eğitim ve sosyo ekonomik statü gibi birçok bileşenden etkilenmektedir (Muslu ve diğ. 2014, s. 225). TÜİK 2018 verilerine göre Balıkesir İli Susurluk İlçesi'nde 776 okuma-yazma bilmeyen, 1.717 birey okuma-yazma bilen, 11.210 birey ilkokul mezunu, 4.147 birey ortaokul mezunu, 7.527 birey lise mezunu, 3.646 birey yüksekokul-üniversite mezunu, 159 birey yüksek lisans mezunu, 15 birey ise doktora mezunu birey ikamet etmektedir (TÜİK 2018). Tablo 4.1'de çalışmaya katılan ebeveynlerin yüzde 0,3'ü okur-yazar olmamakla birlikte, yüzde 2,3'ü okur-yazar, yüzde 13,3'ü ilkokul mezunu, yüzde 20,1'i ortaokul mezunu, yüzde 43,8'i lise mezunu, yüzde 18,9'u üniversite mezunu, yüzde 1,4'ü ise yüksek lisans/doktora mezunudur.

Çalışmalara göre eğitim düzeyi yüksek olan anneler öğrenilenleri daha kolay uygulamakta ve dolayısıyla eğitilmiş annelerin çocukları daha az abur cubur, daha fazla meyve yemektir (Ünal 2011, s. 80). İtalya' da 9-14 yaşları arasında 2.025 çocuk üzerinde yapılan araştırmada düşük / orta eğitim seviyesine sahip bir ebeveyne sahip olmanın çocuklukta obezite için bir risk faktörü olduğunu gösterilmektedir. Kuzey İtalya'da (Toskana) daha önce yapılmış olan bir araştırmada, baba eğitimi seviyesinin etkisinin anneninkinden daha güçlü olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine Çin' de 3-4 yaş grubu 1.311 çocuk üzerinde yapılan çalışmada babanın yüksek eğitim düzeyi, obezite için risk faktörü olarak görülmüştür (Jiang ve diğ. 2009, s. 815). Portekiz' de yapılan bir çalışmada da 7-9.5 yaş arası 4.511 çocuğu kapsayan bir araştırmada, babanın eğitim düzeyi, erkeklerin hafif şişman ve obez olma durumuyla ilişkilirken, kızların ise hafif şişman olma durumu ile önemli derecede ilişkili bulunmuştur (Padez ve diğ. 2005, s. 1553). Fertig ve diğ. (2009) araştırma verilerine göre, annenin yüksek eğitim düzeyi ile çocukta görülen şişmanlık riski arasında ilişki olduğu belirlenmiş ve eğitim düzeyi yüksek olan çalışan annelerin evde yemek hazırlamaya yeterli zamanı ayıramamaları ve çocukların da hazır gıda tüketiminde daha rahat olmaları göz önüne alınmıştır. Tola ve diğ. (2007) Isparta' da ilkokul ve lise öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada obez çocukların anne ve babasının eğitim düzeyi ile obez olmayan vakaların anne ve babasının eğitim düzeyi karşılaştırıldığında, obez bireylerin ailelerinin eğitim seviyeleri istatistiksel açıdan ilişkili bulunmuştur. Tablo 4.16 verilerine göre yürütmüş olduğumuz araştırmada ebeveyni okur-yazar olan çocukların büyük bir kısmı çok zayıf veya normal

vücut ağırlığındadır. Ebeveyni ilkokul mezunu olan öğrencilerin çoğu (yüzde 44,7) ve ortaokul mezunu ebeveynlerin çocuklarının yarısı (yüzde 52,1) normal ağırlıktadır. Ebeveyni lise mezunu olan çocukların büyük bir kısmı (yüzde 60,6) normal vücut ağırlığında olmakla birlikte üniversite veya yüksek lisans/doktora mezunu ebeveynlerin çocukları da genellikle normal ağırlıktadır. Filiz (2015) tarafından 5-7 yaş grubu obez olan ve olmayan öğrenciler üzerinde yürütülmüş olan çalışmada da normal ağırlıktaki çocukların büyük bir kısmının annesi lise mezunu iken, şişman ve hafif şişman çocukların çoğunun annesi lise ve üniversite mezunudur. Çocukların normal ağırlıkta veya hafif şişman olma durumları, annenin eğitim durumundan etkilenmemiştir.

Tablo 4.1 verilerine göre ebeveynlerin yüzde 33,3'ü herhangi bir kurumda çalışırken, yüzde 66,7'si çalışmamaktadır. İstanbul Maltepe'de 9-24 aylık bebekler ve ebeveynleri üzerinde yapılan bir çalışmada çalışan annelerin oranı yüzde 24,6 iken babaların çalışma oranı ise yüzde 96,7 bulunmuştur (Gürün 2017, s. 44). Samsun' da ilkokul birinci sınıflar üzerinde yürütülmüş olan bir araştırmada ise annelerin yüzde 24,5'inin çalışırken, yüzde 75,5'inin ise ev hanımı olduğu, babaların ise tamamının çalıştığı görülmüştür (Büyük ve Topçu 2015, s. 11). KKTC' de yürütülen benzer bir çalışma sonucu annelerin yüzde 93,3'ünün herhangi bir kurumda çalışmakta olduğu görülmüştür (Kanioğulları 2015, s. 46).

Literatür taramaları hane halkının gelir düzeyinin çocukluk çağında obezitenin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir (Nghiem ve Khanam 2016, s. 1). Araştırma verilerimize göre Tablo 4.1 incelendiğinde ailelerin yüzde 15'inin gelirinin giderinden az olduğu, yüzde 71,1'inin gelir ve giderinin eşit olduğu, yüzde 13,6'sının ise gelirinin giderinden fazla olduğu görülmüştür. Balıkesir ili Savaştepe ilçesinde ortaokul öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş olan bir araştırmada öğrencilerinin ebeveynlerinin yüzde 3,8'inin gelir düzeyin düşük, yüzde 34,1'inin orta, yüzde 50'sinin iyi ve yüzde 12,1'inin gelir durumunun çok iyi olduğu görülmüştür (Akan 2019, s. 28). Literatür taramalarında gelişmiş ülkelerde düşük gelirli ailelerde obezite prevalansının daha yüksek olduğu ancak gelişmekte olan ülkelerde obezite prevalansının düştüğü görülmektedir (Nghiem ve Khanam 2016, s. 2). Kahvaltı yapma durumu gelir düzeyine göre farklılık göstermekle birlikte, gelir seviyesi düşük ailelerin, yüksek olan ailelere oranla taze sebze ve meyve tüketim sıklıklarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Düşük gelir düzeyine sahip aileler tuzlu, yüksek yağlı, şekerli yiyecekleri ve tuzlu besinleri daha sık tüketmektedirler (Erdem ve diğ. 2017, s. 4). Ekonomik kalkınma ve işbirliği örgütü (OECD) kapsamında 27 endüstrileşmiş ülkede 1990-2013 yılları arasında yapılan 158 adet çalışmanın değerlendirildiği bir makalede, çalışmaların yüzde 60,0'ında sosyoekonomik seviye (SES) ile obezite arasında ters bir ilişki saptanmış, ailenin sosyo ekonomik seviyesi arttıkça çocuklarında obezite insidansının azaldığı gözlenmiştir (Yılmazbaş 2018, s. 9). Avustralya' da 4-18 yaş arası 27.808 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada ilkokul çocuklarında, fazla kilolu olma olasılığı, düşük gelirli çocuklarda, sırasıyla 2010 ve 2015 yıllarında yüksek gelirli çocuklara kıyasla yüzde 32 ve yüzde 77 oranında daha yüksek olarak bulunmuştur (Hardy ve diğ. 2017, s. 77). Cardel ve diğ. (2012) Birmingham, Alabama' da 7-12 yaş arası 267 çocuk üzerinde yapmış olduğu çalışmanın verilerine göre düşük gelirli evlerden gelen çocukların orta gelirli ailelere göre daha fazla kilolu olma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu verilerin aksine Çin' de 3-4 yaş grubu 1.311 çocuk üzerinde yapılan araştırmada yüksek hane halkı geliri ve kentsel yaşamın, obezite için risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (Jiang ve diğ. 2009, 2. 815). Ankara' da 6-11 yaş arasındaki 3.963 çocuk üzerinde yürütülmüş olan bir çalışmada anne ve babanın gelir seviyelerinin çocukluk çağı obezitesi ile ilişkili olduğu, ailelerin gelir seviyesi yükseldikçe çocuklarda şişmanlığın arttığı görülmüştür (Savaşhan ve diğ. 2015, s. 17). Tablo 4.17 verilerine göre geliri giderinden fazla olan ailelerin çocuklarının yüzde 14,6'sı çok zayıf, yüzde 50,0'si normal ağırlıkta, yüzde 8,3'ü ise şişmandır. Geliri giderinden az olan ailelerin çocuklarının yüzde 11,3'ünün çok zayıf, yüzde 52,8'inin normal ağırlıkta ve yüzde 11,3'ünün şişman olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyine ilişkin çocukların vücut kütle indeksi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ebeveynlerin beslenme bilgi düzeyinin, çocuklarının beslenme davranışları üzerinde etkili olabileceği varsayılmaktadır (Yabancı ve diğ. 2014, s. 4477). KKTC' de kreş öğrencileri ve anneleri üzerinde yapılan çalışma sonucu annelerin yüzde 65,8'i çocuk beslenmesi hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi almış ve yüzde 34,2'si bilgi edinmemiştir (Kanioğulları 2015, s. 48). Tablo 4.5'te verilmiş olan sonuçlara göre ebeveynlerin yüzde 67,5'inin herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı, ebeveynlerin yalnızca yüzde 32,5'inin çocuk beslenmesi konusunda bilgi aldığı görülmektedir.

Bu araştırmada ebeveynlerin çocuk beslenmesinde bilgi edinme oranının düşük olmasının eğitim durumuyla ilişkili olabileceği düşünölmektedir. Kaniöglulları (2015) tarafından yürütölmüş olan çalışmada çocuk beslenmesi hakkında bilgi edinen annelerin yüzde 30,8'inin bilgiyi doktordan, yüzde 17,5'inin kitaplardan ve dergilerden edindiği görölmektedir. Susurluk ilçesi ilkokullarında yürüttüğümüz çalışmada da çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin yüzde 15,5'inin doktordan, yüzde 7,9'unun ise aile büyüklerinden, yüzde 5,9'unun kitap ve dergilerden, yüzde 1,7'sinin televizyondan bilgi aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Annenin eğitim seviyesi çocukluk çağı obezitesinin gelişiminde önemli bir faktördür, bunun yanında çocukların beslenme davranışları çoğunlukla annenin bilgisi dahilinde şekillenir (Törüner 2009, s. 10). Hirvonen ve diğ. (2017) tarafından Etiyopya' da gerçekleştirilmiş olan araştırmada ebeveyn beslenme bilgisi puanındaki yüksekliğin, çocuk tarafından tüketilen besin grubu sayısını arttırdığı görölmüşür. Tablo 4.18'de ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumuna göre çocukların VKİ değerlendirmesi incelendiğinde çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin çocuklarının yüzde 60,9'u normal ağırlıkta, yüzde 12,2'si hafif şişman, yüzde 12,2'si şişman, yüzde 12,2'si zayıf, yüzde 2,6'sı ise çok zayıftır. Çocuk beslenmesi konusunda bilgi almayan ebeveynlerin çocuklarının ise yüzde 51,9'u normal ağırlıkta, yüzde 13,4'ü şişman, yüzde 12,6'sı hafif şişman, yüzde 11,7'si zayıf, yüzde 10,5'i ise çok zayıftır. Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ile çocukların vücut kütle indeksi değerleri arasında istatistiksel düzeyde önemli bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çocuğun beslenmesi ve gelişmesinde aile ve ev ortamı önemli bir yer tutar (Erdim ve diğ. 2017, s. 101). Birlikte yemek yeme deneyiminin paylaşılması çocukların meyve ve sebzelerden gerekli besinleri almaları için potansiyel bir mekanizma olabilir (Surjadi ve diğ. 2017, s. 1). Literatür taramalarına göre çocuklar ve adölesanlar için aile ile birlikte tüketilen yemekler daha iyi diyet sonuçları, düşük kilo ve düşük obezite oranlarıyla ilişkili bulunmuştur. Aile ile birlikte tüketilen yemeklere ilişkin yapılan çalışmalarda çocukların yanı sıra, ebeveynlerin vücut kütle indeksi de aile yemeği sıklığı ile ters orantılı bulunmuştur. Ohio' da yapılan bir araştırmada da ergenler arasında aile yemeği sıklığının artması daha kaliteli ve sağlıklı diyetlerle ilişkilendirilmiştir (Tumin ve Anderson 2017, s. 939). Tablo 4.6 verilerine göre ebeveynler ve çocukların yüzde 96,6'sı ana öğünlerini birlikte tüketirken, yüzde 3,4'ü birlikte tüketmemektedir.

Filiz (2015) tarafından yürütülmüş olan, 5-7 yaş arası okul çağı çocukları üzerinde yapılan çalışmada çalışmamızla tutarlı olarak çocukların yüzde 97'si öğünleri ailesiyle birlikte tüketirken, yüzde 3'ü ailesiyle birlikte tüketmemektedir. Çalışmamızda ana öğünlerin birlikte tüketilmesine göre çocukların vücut kütle indeksi değerlerinin değerlendirilmesine bakıldığında (Tablo 4.19), ana öğünlerini birlikte tüketen ailelerin çocuklarının yüzde 55'inin normal vücut ağırlığında, yüzde 12,9'unun şişman, yüzde 12,3'ünün zayıf, yüzde 12,3'ünün hafif şişman ve yüzde 7,6'sının çok zayıf olduğu saptanmıştır. Ana öğünlerini birlikte tüketmeyen ailelerin çocuklarının ise yüzde 50'si normal ağırlıkta, yüzde 16,7'si hafif şişman, yüzde 16,7'si şişmandır ve yüzde 16,7'sinin çok zayıf olduğu görülmüştür. Ana öğünlerini aile ile birlikte tüketme durumları ile çocukların VKİ değerleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Filiz (2015) tarafından yürütülmüş olan çalışmada da öğünlerini ailesiyle birlikte tüketen çocukların yüzde 64,8'i normal ağırlıkta, yüzde 35,2'si obez veya kiloludur. Öğünlerini ailesiyle birlikte tüketmeyen çocukların ise yüzde 66,7'sinin normal, yüzde 33,3'ünün şişman veya hafif şişman/kilolu olduğu görülmüştür. Çalışmamız verilerinde de olduğu gibi aile sofraları çocukların VKİ değerleri üzerinde anlamlı bir ilişki göstermemiştir.

Bebeğin doğum ağırlığı, doğumdan sonra kaydedilen ilk ağırlıktır. Düşük doğum ağırlığı (LBW), Dünya Sağlık Örgütü' ne (WHO) göre 2500 gramdan az doğum ağırlığı olarak tanımlanmaktadır. Düşük doğum ağırlığı, erken doğum (PTB,<37 hafta), intrauterin büyüme kısıtlaması veya her ikisinin bir sonucudur. Düşük doğum ağırlığı, daha düşük doğum ağırlığı (VLBW,<1500 g) ve aşırı düşük doğum ağırlığı (ELBW,<1000 g) olarak kategorize edilir (Cutland ve diğ. 2017, s. 6492). Çalışmamız kapsamına alınan çocukların doğum ağırlıkları en az 1100 g, en fazla 5200 g, ortalama ise $3299 \pm 0,5$ g olarak verilmiştir. Gürün (2017) tarafından 9-24 aylık bebekler üzerinde yürütülmüş olan araştırmada çocukların doğum kilosu ortalama $3,244 \pm 538,24$ g; çocukların yüzde 8,1'i 2500 g'ın altında, yüzde 86,1'i 2500-4000 g arasında, yüzde 5,7'si 4000 g ve üzerinde doğmuştur.

Düşük doğum ağırlığı, metabolik sendromun bileşenleri olan artmış şişmanlık, insülin direnci ve tip 2 diyabet ile bağlantılıdır (Jornayvaz ve diğ. 2016, s. 3). Jornayvaz ve diğ. (2016) tarafından yürütülmüş olan bir araştırmaya göre düşük kilolu doğan çocukların

diyabet prevalansının yüksek olduğunu ve hem düşük hem de yüksek doğum ağırlığının normal kilolu doğanlara kıyasla obezite belirteçleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Tablo 4.20' de doğum ağırlığı 1500-2500 g olan çocukların şu an yüzde 50'sinin normal ağırlıkta, yüzde 33,3'ünün hafif şişman, yüzde 8,3' ünün çok zayıf, yüzde 8,3'ünün ise zayıf olduğu görülmektedir. Çocukların doğum ağırlığı ile mevcut vücut ağırlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Başka bir araştırma 12 ülkede verilerini kapsamakta olup, 9-11 yaş arası çocuklarda, doğum ağırlığı 3500 g ve üzeri olarak tanımlanan yüksek doğum ağırlığı seviyelerinin artan obezite riski ile pozitif olarak ilişkili olduğu görülmüştür (Qiao ve diğ. 2015, s. 76). Yine 26 ülkeden, 66 çalışmanın meta-analizi, yüksek doğum ağırlığının (4400 g), normal doğum ağırlığına (2500-4000 g) kıyasla çocuklukta fazla kilo alma ihtimaliyle pozitif yönde ilişkili olduğunu sonucuna varılmıştır (Schellong ve diğ. 2012, s. 2). Çin'de 3-4 yaş grubu 1.311 çocuk üzerinde yapılan çalışmada da yüksek doğum ağırlığı, okul öncesi çocuklarda obezite için risk faktörü olarak belirtilmiştir (Jiang ve diğ. 2009, s. 816). Yapılan çalışmaların aksine yürütmüş olduğumuz çalışma kapsamında ≥ 3500 g ve üzeri doğum ağırlığına sahip olan çocukların şu an yüzde 54,4'ü normal ağırlıkta, yüzde 16,8'i şişman, yüzde 12,4'ü hafif şişman, yüzde 12'si zayıf ve yüzde 4'ü çok zayıf olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Anne sütü, bebekleri beslemek ve kendi bağışıklık sistemi olgunlaşırken onları hastalıktan korumak için bin yıldan beri gelişen son derece karmaşık ve değişken bir biyo-akışkandır (Andreas ve diğ. 2015, s. 2). Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin altı ayın sonuna kadar sadece emzirmelerini, emzirmenin bebek en az iki yaşına gelinceye kadar diyetin önemli bir parçası olmaya devam etmesini önerir (Mosca ve Gianni 2017, s. 47). Tablo 4.7 verilerine göre sadece anne sütü alma süresi en fazla 8 ay, ortalama ise $5 \pm 1,7$ aydır. Ek gıdayla birlikte anne sütü alma süresi en fazla 40 ay, ortalama ise $14,3 \pm 8,1$ aydır. Ortalama emzirme süresi TNSA (2013) verilerine göre 16,7 aydır. Yalnız anne sütü alan bebeklerde ortanca emzirme süresinin çok kısa olduğu, lise ve üzeri eğitim seviyesindeki kadınlar dışında tüm alt gruplar için iki aydan az olduğu saptanmıştır. Ünsür ve diğ. (2014) tarafından yapılan çalışmada toplam emzirme süresi yüzde 15,7'sinde 24 ay ve üzerinde yüzde 49,5'inde 19-24 ay, yüzde 13,6'sında 13-18 ay, yüzde 13,1'inde 9-12 ay, yüzde 3,2'sinde altı-dokuz ay, yüzde 4,9'unda altı aydan az olarak bulunmuştur.

Ankara’da 6-60 aylık çocuklar üzerinde yürütülmüş olan çalışmada çocukların yüzde 61,3’ünün 3-6 ay arası, yüzde 10,0’unun 6-12 ay arası ve yüzde 1,7’sinin 12 aydan daha fazla anne sütü ile beslendiği gözlemlenmiştir (Karadağ 2009, s. 46). Hassan ve diğ. (2018) tarafından Mısır’ da gerçekleştirdiği çalışmada hiç anne sütü almayan çocukların oranı yüzde 12,8 iken, çocukların çoğunluğunun (yüzde 77,8) 6 aydan fazla süreyle anne sütü aldığı görülmüştür. Çocukların yaklaşık yüzde 60’ı ise 12 aydan fazla süreyle anne sütü almıştır. Yapılan araştırmalara göre anne sütüyle beslenen bebeklerin fazla kilolu veya obez olma olasılıkları, formülle beslenen bebeklere göre daha düşüktür. Anne sütü alan bebeklerin doyumluğa ulaşana kadar alımı kontrol etmelerine izin verdiğini ve bu şekilde emzirmenin sağlıklı beslenme düzenini desteklediği öne sürülmektedir (Hassan ve diğ. 2018, s. 9). Tablo 4.21’de çocukların anne sütü alma süreleri ile mevcut VKİ düzeylerinin değerlendirmesine bakıldığında toplam anne sütü alma süresi 12 aydan uzun olan çocukların yüzde 55,7’si normal ağırlıkta, yüzde 13,3’ü şişman, yüzde 11,8’i zayıf, yüzde 11,3’ü hafif şişman ve yüzde 7,9’unun çok zayıf olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Ankara’da 6-60 aylık çocuklar üzerinde yapılan araştırma kapsamında çocukların anne sütü alma sürelerinin vücut ağırlığı persentilleri üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde, vücut ağırlığı düşük olan çocukların anlamlı olarak daha kısa süre anne sütü aldıkları görülmüştür (Karadağ 2009, s. 47). Mısır’da yapılan çalışmada ise 6-9 yaş grubu çocuklarda 12 aydan uzun süre anne sütü alan çocukların yüzde 64,3’ünün fazla kilolu/obez olduğu görülmüştür (Hassan ve diğ. 2018, s. 11).

Bebeklikte ilk altı ay sonrasında sadece anne sütü alımı çinko, demir, A vitamini ve enerji ihtiyacını karşılayamaz. Anne sütüne ilaveten bazı besinlerin verilmesi şarttır. Bebeklere anne sütüne ilaveten verilen bu besinlere “tamamlayıcı besin” denmektedir. Bebeğe verilen bu ilave besinler anne sütünü tamamlamaktadır. Ancak anne sütünün yerini tutmayacağı unutulmamalıdır. Sağlıklı ve gelişimi normal olan her bebekte 6. ayında ek gıdaya başlanmalıdır (TCSB 2015, s. 94). Tablo 4.7 verileri incelendiğinde ek gıdaya ortalama olarak bebekliğin $5,1 \pm 1,6$ ayında geçildiği gözlemlenmiştir. Gürün (2017) tarafından yürütülmüş olan çalışmada da ortalama $5,6 \pm 0,6$ aylıkken ek gıdaya geçildiği görülmüştür. Karadağ (2009) tarafından Ankara’ da 6-60 aylık çocuklar üzerinde yapılan çalışmada çocukların yüzde 53,3’ünde bebekliğin 3. ayında ek gıdaya başlandığı görülmektedir. Mısır’ da yürütülen bir çalışmada da çocukların yüzde 73.2’sinde ek gıdaya giriş başlangıcı 4. aydan sonra başlamıştır (Hassan ve diğ.

2018, s. 11). Yılmazbaş (2018) yapmış olduğu araştırmada anne sütü hariç başka bir besine başlama süresi ortalaması 4,6 ay \pm 1,9 ay idi. Kaya ve diğ. (2016) yürütmüş olduğu çalışmada annelerin yüzde 71,2'si beş-altı ayda ek gıda tüketmeye başlarken yüzde 10,8'inin dördüncü aydan erken, yüzde 16'sının yedinci aydan geç, yüzde 2'sinin bir yaşından sonra ek gıdaya başladığı saptanmıştır. Çeşitli hayvansal kaynaklı besinler (yoğurt, peynir, yumurta, süt, et, balık, tavuk) ve bitkisel kaynaklı besinler (sebze, meyve, baklagil, tahıl) tamamlayıcı beslenmede yer almalıdır (TCSB 2015, s. 97). Kaya ve diğ. (2016) yürütmüş olduğu araştırma verileri dahilinde ek gıdaya yüzde 28,4 oranında ev yapımı çorba ile, yüzde 24 oranında hazır yoğurt ile, yüzde 12,4 oranında ev yapımı yoğurt ile, yüzde 10 oranında meyve ile, yüzde 8,8 oranında hazır kaşık/kavanoz maması ile, yüzde 7,6 oranında kahvaltı tarzı gıdalar ile (çay ve bisküvi, çay ile birlikte ekmek içi ve peynir, inek sütü ve bisküvi vs.), yüzde 6,8 oranında muhallebi ile, yüzde 2 oranında hazır çorba ile başladığı görülmüştür. Yılmazbaş (2018) yapmış olduğu çalışmada tamamlayıcı beslenmeye en fazla formüla mamalar ile geçildiği bildirilmiştir. Dört ve altıncı aylar arasında ise en fazla ev yapımı çorbalar, meyve suları ve püreleri, yoğurt, hazır çorba, inek sütü, bisküvi, yemek suları ek gıda olarak tercih edilmiştir. Araştırmamızın tablo 4.7 verilerine göre daha önce yapılan çalışmalarla paralel olarak ebeveynlerin yüzde 22,9 oranıyla en fazla çorba çeşitleri ve yoğurt ile ek gıdaya başladıkları görülmektedir. Ebeveynlerin yüzde 16,1'i bebek maması (hazır ticari), yüzde 10,5'i sebze/sebze püresi, yüzde 10,5'i meyve/meyve suyu/meyve püresi, yüzde 6,2'si mama (pirinç unu maması), yüzde 4,2'si su/şekerli su, yüzde 3,7'si pişmiş yemek suyu, yüzde 2,8'i muhallebi, yüzde 0,3'ü inek/keçi sütü vererek ek gıdaya başlamışlardır.

Çocukluk döneminde yeme problemleri ile sık karşılaşmaktadır (Kurt ve Örün 2016, s. 129). Çocukluk çağında çocukların yüzde 20-35'i iştahsızlık ve yeme problemleri nedeniyle hekim desteği almaktadır (Önal ve diğ. 2017, s. 94). Çocukluk döneminde besin ihtiyacının artmasına rağmen, birçok çocuk önerilen meyve ve sebze miktarını tüketmemektedir (Surjadi ve diğ. 2017, s. 1). Tablo 4.8'e göre çalışmamıza katılan çocukların yüzde 23,7'sinin sevmediği/tüketmediği besin bulunmazken, yüzde 76,3'ü çeşitli besinleri tüketmedikleri görülmüştür. İngiltere'de yürütülmüş olan bir çalışmada 30 aylık 455 çocuğun yüzde 20'sinin yemek yeme problemlerinin bulunduğu ve

ebeveynlerin bu çocukların yüzde 42'sini yemek seçen, yüzde 39'unu ise yetersiz beslenen olarak nitelendirdikleri görülmüştür (Kurt ve Örün 2016, s. 130).

Okul çağı çocuklarının beslenmesinde bazı iyileşmelerin olduğu görülse de güncel çalışmalarda, okul çağı çocuklarının karbonatlı içeceklerle şekerli besinleri ve paketli meyve sularını ve karbonatlı içecekleri daha çok tükettiği, süt ürünü, sebze ve meyve gibi sağlıklı besinleri daha az tükettikleri gösterilmiştir. Bu sebeple çocukların demir, kalsiyum, antioksidan ve lif bakımından yetersiz beslendikleri gözlemlenmektedir (Garipağaoğlu ve Özgüneş 2008, s. 152). Tablo 4.8 sonuçlarına göre araştırmamız dahilindeki çocuklar tarafından en fazla sevilmeyen/tüketilmeyen besinler yüzde 33 oranıyla sebze, yüzde 33 oranıyla peynir, yüzde 24,4 oranıyla kurubaklagiller, yüzde 17,8 oranıyla balık ve yüzde 16,3 oranıyla kırmızı ettir. Yumurta yüzde 13,7 oranıyla, tavuk eti yüzde 9,6 oranıyla, süt yüzde 6,7 oranıyla, yoğurt, ayran yüzde 3,3 oranıyla, tahıl grubu yüzde 3,3 oranıyla ve meyve grubu yüzde 3 oranıyla sevilmemekte, tüketilmemektedir. Ünüsan (2001) tarafından yapılmış olan araştırmada, çocukların yüzde 46,6'sı balık, yüzde 50'si sucuk/salam/sosis, yüzde 50,7'si et, yüzde 58,3'ü meyve, yüzde 58,9'u süt, yüzde 60,3'ü yumurta, hamburger/pizza, yüzde 69,4'ü pasta/börek, yüzde 79,5'i şekerli yiyecekler, yüzde 82,2'si asitli içeceklerin severek tüketmektedir. En fazla sevilen besinler şeker içerikli besinler ile gazlı içeceklerdir.

Ebeveynlerin beslenme tavrı ve davranışları çocuklarda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişmesini etkilemektedir (Arslan ve Erol 2014, s. 17). Tablo 4.9'a göre ebeveynlerin yüzde 50,7'si çocuklarının sevmediği besinleri sevdiği besinler ile sunarak, yüzde 49,3'ü çocuğunun sevmediği besinleri çorbaların içerisine karıştırarak, yüzde 46,7'si sevmediği besinleri börek, gözleme, tost vb. içerisine koyarak, yüzde 36,3'ü çocuğunun dikkatini çekecek, eğlenceli tabaklar hazırlayarak ve yüzde 13,7'si sevmediği besinlerden kızartma yaparak çocuklarına yedirmeye çalışmışlardır.

Okul çağı çocukluğu dönemi ergenliğe giriş dönemi olarak da tanımlanmaktadır (Arlı ve diğ. 2017, s. 181). Okul çağı çocukluğu fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimin sağlandığı, hayat boyu sürecek davranış kalıplarının oluştuğu, öğrenme ve alışkanlıkların gelişimine açık oldukları bununla birlikte erişkinlik hastalıklarının ortaya çıkması açısından da en kritik dönemdir (TCSB 2015, s. 107). Öğün atlama bu süreçte

en fazla görülen olumsuz beslenme alışkanlıklarından biridir. Yapılan çeşitli çalışmalara göre çocuklar tarafından en fazla atlanan öğünün kahvaltı olduğu bildirilmiştir (TCSB 2015, s. 107). Düzenli kahvaltı tüketimi daha fazla miktarda mikro besin ögesi alımı, meyve ve sebzeleri içeren daha iyi bir diyet ve daha az meşrubat kullanımı ile ilişkilidir (Currie ve diğ. 2009, s. 107). Albashtawy (2017) tarafından okul çocuklarında yapılan araştırma sonucunda kahvaltı tüketimi prevalansının yüzde 80,4 olduğu, öğrencilerin yaklaşık yüzde 20'sinin kahvaltı öğününü tüketmediği görülmüştür. Ayrıca kahvaltı tüketiminin ilerleyen yaşla birlikte, 6-9 yaş grubunda yaklaşık yüzde 10 olmak üzere, 9-12 yaş grubunda yaklaşık yüzde 30' a kadar düştüğü saptanmıştır. İlkokul öğrencileri üzerinde yapılmış olan başka bir çalışmada, öğrencilerin yarıdan fazlasının yüzde 59,0'ının düzenli olarak her gün kahvaltı yaptığı görülürken, yüzde 40,4'ü bazen kahvaltı yapmaktadır (Günlü 2010, s. 126). Konya' da ilköğretim öğrencileri üzerinde yürütülmüş olan araştırmaya katılan 561 öğrencinin yüzde 88,4'ü sabah kahvaltısını atlamakta, yüzde 11,6'sı kahvaltıyı atlamamaktadır (Özdoğan 2006, s. 85). Tablo 4.10 verileri incelendiğinde çocukların yüzde 86,7'sinin kahvaltı öğününü her gün tükettiği, yüzde 3,4'ünün ise tüketmediği saptanmıştır. Kaniogluları (2015) tarafından yürütülen çalışmada da öğrencilerin yüzde 96,7'sinin sabah kahvaltısını her gün tükettiği görülmektedir. Kaniogluları (2015) tarafından yürütülen çalışma verilerine göre öğrencilerin yüzde 98,3'ü öğle yemeği ve yüzde 94,2'si akşam yemeğini her gün yemektedir. Ayrıca çocukların yüzde 8,3'ü her gün günde bir ara öğün olmak üzere, yüzde 53,3'ü iki ve yüzde 38,3' ü üç veya daha çok ara öğün yapmaktadır (Kaniogluları 2015, s. 48). Tablo 4.10'a göre öğle öğünü çocukların yüzde 94,6'sı, akşam yemeği çocukların yüzde 98,6'sı tarafından her gün tüketilmektedir. Çocukların yüzde 50,6'sı ikindi ara öğününü, yüzde 44,6'sı kuşluk ara öğününü, yüzde 44,4'ü ise gece ara öğününü her gün tüketmektedir.

Okul çağı çocuklarında öğrenme ile beslenme yakından ilişkilidir. Dengesiz ve yetersiz beslenen çocukların sağlıklı beslenen çocuklara kıyasla akademik başarılarının daha iyi olduğu kanıtlanmıştır. Ülkemizde özel okullar dışında diğer okulların birçoğunda öğrencilere yemek hizmeti verilmemektedir, yalnızca öğrencilerin evden getirdiği veya okul kantinlerinden sağlanan besinler tüketilmektedir (Şimşek ve diğ. 2009, s. 100). Tablo 4.12 verilerine göre çocukların beslenme çantasını yüzde 94,4 oranında anne ve babaları, yüzde 5,4 oranında aile büyüğü (Anneanne/babaanne) ve yüzde 0,3 oranında

yardımcı/bakıcı hazırlamaktadır. Filiz (2015) tarafından İstanbul’ da 5-7 yaş grubu çocuklar üzerinde yürütülmüş olan araştırmada mevcut çalışmamızla paralel olarak çocukların beslenme çantalarını en fazla (yüzde 91,5) anne ve babaları hazırlarken, çocukların beslenme çantasını yüzde 8,5 oranında aile büyükleri hazırlamaktadır. Tablo 4.12 veri sonuçlarına göre çocukların beslenme çantalarına konulmak üzere en fazla tercih edilen gıdalar; sert kabuklu meyveler (ceviz, fındık, badem) ve kraker, bisküvi türevi besinlerdir. Ayrıca meyve suyu, taze/kuru meyveler, poğaç, simit, börek ve süt, yoğurt, ayran gibi besinler de beslenme çantasına konulmak üzere tercih edilen besinler arasındadır. Şimşek ve diğ. (2009) ilkököl öğrencilerinin beslenme çantalarının değerlendirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada beslenme çantalarında en fazla hazır ekmek, börek-poğaç, meyve suyunun yer aldığı saptanmıştır. Sebze, meyve, ayran, süt gibi sağlıklı besinlerin beslenme çantasında tüketilme oranı düşük, kolalı içecekler, cips, çikolata, şeker, işlenmiş et ürünleri gibi besinlerin ise tüketiminin yüksek olduğu görülmüştür. Büyük ve Topçu’ nun (2015) ilkököl birinci sınıf öğrencileri üzerinde yürütmüş olduğu çalışmaya göre ailelere yüzde 55,8’inin çocuklarının beslenme çantalarına genellikle sağlıksız yiyecekleri koydukları görülmüştür.

Ev dışında hazırlanan yiyecekler, özellikle de fast-food tüketimindeki artış, son 50 yılda gıda tüketimindeki en önemli değişikliklerden biri olmuştur. Ev dışındaki yiyecek alımları, özellikle Amerikalıların yıllık toplam yemek harcamalarının yaklaşık yüzde 50’sini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, her üç çocuktan neredeyse bir tanesi günlük olarak fast food tüketmektedir. Ev dışında yemek tüketimi 1970’ den bu yana beş kattan fazla artmıştır (Newman ve diğ. 2014, s. 1573). İlkoköl birinci sınıf öğrencileri üzerinde yürütmüş olduğumuz çalışmada tablo 4.13 verilerine göre öğrencilerin yüzde 55,1’i ise ayda 1 kez, yüzde 19,5’i 15 günde 1 kez, yüzde 17,5’i haftada 1-2 kez, yüzde 2,5’i her gün, dışarıda yemek yerken, yüzde 5,4’ü ise hiçbir zaman dışarıda yemek yemediklerini bildirmişlerdir. Sert ve Kapusuz’ un (2010) Ankara’ da üniversite öğrenci üzerinde yapmış olduğu araştırmada öğrencilerin yüzde 75,2’si ara sıra, yüzde 12,7’si genellikle, yüzde 3,1’i her zaman dışarıda yemek yediğini ve yüzde 9,0’ u hiçbir zaman dışarıda yemek yemediğini belirtmiştir. Tablo 4.13 incelendiğinde ilkököl birinci sınıf öğrencilerinin dışarıda en fazla (yüzde 64,1) fast food türevi yiyecekler tercih ettikleri görülmüştür. Öğrencilerin yüzde 18,6’ sı kebab/dürüm, yüzde 6,2’si simit, poğaç,

börek, pasta ve yüzde 5,6'sı ev yemekleri/sulu yemekleri tercih etmektedir. Filiz (2015) tarafından ilkokullarda yapılan araştırma verilerine göre çocukların yüzde 69,6'sının fast food veya kebab/dürüm, yüzde 30,4'ünün simit, börek, pasta ve ev yemekleri tükettiği saptanmıştır.

Çocukların yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeyine göre dengeli ve yeterli beslenmelidir (Kanioğluları 2015, s. 9). Boy, büyüme hızı, ağırlık ve vücut kütle indeksi (VKİ), çocuk sağlığı ve toplumun refahının biyomarkerlarıdır (Carrascosa ve diğ. 2018, s. 145). Çocuklarda obezite prevalansı son yıllarda belirgin şekilde artmıştır (Waysfeld ve Cassuto 2019, s. 3). Küresel olarak, 2013'te 2-19 yaş arası erkeklerin yüzde 23,8 oranında kızların ise yüzde 22,6 oranında aşırı kilolu veya obez olduğu bildirilmiştir (Velardo ve Drummond 2019, s. 17). Türkiye Okul Çağı Çocukları Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi'ne göre 6-10 yaşları arası çocukların yüzde 14,3'ünün hafif şişman ve çocukların yüzde 6,5'inin obez olduğu, Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması'nda da (COSİ-TUR) 7-8 yaşları arası çocuklarda obezite sıklığının yüzde 8,3, hafif şişmanlık sıklığının ise yüzde 14,2 olduğu gösterilmiştir (Kürklü ve Özel 2015, s. 101). Çocukluk döneminde obezite her yaş aralığında görülmekle birlikte, fizyolojik olarak hızlı yağ depolanmasının gerçekleştiği yaşamın ilk yılı, beş-altı yaş grubu ve ergenlik döneminde daha yaygın görülmektedir (Kürklü ve Özel 2015, s. 100). Tablo 4.4 verileri kapsamında çalışmamıza katılan 6-7 yaş grubu ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin vücut kütle indeksi değerleri incelendiğinde yüzde 54,8'inin normal ağırlıkta, yüzde 13'ünün şişman/obez, yüzde 12,4'ünün hafif şişman/kilolu, yüzde 11,9'unun zayıf ve yüzde 7,9'unun ise çok zayıf olduğu görülmektedir. Kanioğluları (2015) tarafından kreş ve anaokuluna devam eden öğrenciler üzerinde yürütülmüş olan araştırma verilerine göre kız çocukların yüzde 1,7'si zayıf, yüzde 57,9'u normal ağırlıkta, yüzde 22,8'i hafif şişman ve yüzde 17,5'i şişmandır. Erkek çocukların yüzde 4,8'i zayıf, yüzde 52,4'ü normal ağırlıkta, yüzde 19,1'i hafif şişman ve yüzde 23,8'i şişmandır. Filiz (2015) tarafından 5-7 yaş arası çocukların dahil edildiği çalışmada öğrencilerin yüzde 6' sının zayıf, yüzde 61'inin normal ağırlıkta, yüzde 23'ünün hafif şişman ve yüzde 10'unun şişman/obez olduğu görülmektedir. Yılmazbaş (2018) tarafından 6 yaş grubu ve 11 yaş grubunu kapsayan çalışma verilerine göre öğrencilerin yüzde 64,2'si normal ve az kilolu, yüzde 21,2'si fazla kilolu, yüzde 14,5'i obezdir.

Çocukluk çağı obezite uzmanları, erken çocukluk döneminde fazla kilonun önlenmesinin, ebeveyn uygulamalarının ve aile ortamının, çocukların diyet davranışlarında etkili değişiklikler sağlamada oynadığı rolün artan kanıtlarına dayanarak, ebeveynlere odaklanmaları gerektiğini önermektedir (Gomes ve diğ. 2017, s. 491). Fazla kilolu anne-babaların çocuklarının kilolu olması, kilolu olmayan anne-babalardan daha muhtemeldir (Birch ve Davison 2001b, s. 895). Tablo 4.4 verilerine bakıldığında yürütmüş olduğumuz araştırmaya katılan ebeveynlerin yüzde 54' ü normal ağırlıkta, yüzde 32,8'i hafif şişman/kilolu, yüzde 11,6'sı şişman/obez ve yüzde 1,7'si zayıftır. Kaniogluları (2015) tarafından KKTC' de yürütülmüş olan çalışmaya göre annelerin VKİ değerleri incelendiğinde, yüzde 68,3'ü normal ağırlıkta, yüzde 26,7'si hafif şişman ve yüzde 5,0'inin şişman olduğu saptanmıştır. Filiz (2015) tarafından 5-7 yaş grubu çocuklar üzerinde yapılmış olan çalışmada annelerin VKİ ortalaması $24,44 \pm 4,1$, iken babaların VKİ ortalaması ise $27,27 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Ayrıca çocukların şişman/hafif şişman veya normal ağırlıkta olma durumlarının, ebeveynlerinin kilolu/şişman ve normal ağırlıkta olma durumlarından bağımsız olduğu görülmüştür (Filiz 2015, s. 31). Gürün (2017) tarafından 9-24 aylık bebekler ve anneleri üzerinde yapılmış olan çalışmada annelerin vücut kütle indeksi ortalaması $26,07 \pm 4,89$ olarak bulunmuş ve annelerin vücut kütle indeksleri ile çocukların vücut kütle indeksleri arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çoğu küçük çocuk için aile, yeme alışkanlıklarının kurulduğu ilk ve en temel sosyo-çevresel bağlamdır. Ebeveynler çocukların beslenmesini ailenin diyeti için yiyecekleri seçerek, yeme davranışını modelleyerek ve ne zaman, nerede, ne ve ne kadar tüketileceği konusunda doğrudan talimat vererek etkiler (Anderson ve diğ. 2005, s. 521). Çocuk Beslenme Anketi (ÇBA), ebeveyn besleme uygulamalarının ve tutumlarının en yaygın kullanılan ölçütlerinden biridir. ÇBA, çocukların ve ebeveynlerin fazla kilo algılarını, fazla kilo hakkındaki endişeleri ve ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve uygulamalarını ölçen bir öz bildirim anketidir (Birch ve Fisher 2000, s. 1059). ÇBA, çocukların yemek yemesinin ebeveyn kontrolünün çocuğun doğal olarak enerji alımını kendi kendine düzenleme yeteneğini nasıl bozduğunu tanımlayan Obezite Pronellik Modeli'nden etkilenmiştir (Sans ve diğ. 2016, s. 2). Ailelerin çocuk beslenmesi üzerindeki kontrollerini ölçen 3 alt boyut (Kısıtlama, Yeme Baskısı, İzlem) ve ebeveynlerin çocuk besleme tutumunu değerlendiren 4 alt boyut (Algılanan

Sorumluluk, Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkındaki İlgi, Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı, Algılanan Aile Vücut Ağırlığı) Çocuk Besleme Anketini oluşturmaktadır. Anketin mevcut maddeleri maddeler likert skalası ile değerlendirilmektedir.

Ebeveynin, çocuğu besleme durumu, besinlerin porsiyonlarının oluşturulması ve çocuğun sağlıklı beslenmesinin sağlanması için hissettiği sorumluluk düzeyi 'Algılanan Sorumluluk' alt ölçeği ile değerlendirilmektedir (Camcı 2010, s. 28). Tablo 4.14 verilerine göre ebeveynlerin yüzde 52,5'i çocuğu evde olduğu takdirde çocuğunu beslemek için kendisini her zaman sorumlu hissetmektedir. Ebeveynlerin yüzde 57,1'i çocuğunun yediği besinlerin porsiyon boyutunu belirlerken kendisini her zaman sorumlu hissetmektedir. Yine ebeveynlerin birçoğu (yüzde 68,1) çocuğunun doğru besinler tükettiğine her zaman emin olması gerektiğini bildirmiştir. Kaniogluları (2015) tarafından yürütülmüş olan çalışmada da ailelerin yüzde 66,7'si çocuğu evdeyken, onu beslemek için her zaman kendini sorumlu hissettiğini ve yine ebeveynlerin büyük bir kısmının (yüzde 50,8) çocuğunun tükettiği porsiyon boyutunu belirlerken kendisini her zaman sorumlu hissettiğini bildirmiştir. Kaniogluları' nın (2015) verilerine göre ebeveynlerin yüzde 65,8'i çocuğunun sağlıklı besinler tüketmesi konusunda karar verirken kendisini her zaman sorumlu hissetmektedir. Balaban ve diğ. (2018) yapmış olduğu araştırmada ebeveynlerin yüzde 24,7'si çocuğunu beslemek için kendisini her zaman sorumlu hissetmekte ve yine ebeveynlerin yüzde 24,7'si çocuğunun yediği besinlerin porsiyonuna her zaman dikkat etmektedir. Çalışmaya katılmış olan ebeveynlerin yarısı (yüzde 50,2) çocuğunun doğru besinler tüketme durumuyla her zaman ilgilidir.

Çalışmamıza göre ebeveynlerin yüzde 60,7'si çocukluk çağında normal ağırlıkta, yüzde 60,5'i ergenlik döneminde normal ağırlıkta, yüzde 65,3'ü 20'li yaşlarında normal ağırlıkta olduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 56,7'si şu an normal ağırlıktayken, yüzde 35,3'ü hafif şişman, yüzde 3,1'i ise çok şişman olduklarını bildirmişlerdir. Kaniogluları (2015) tarafından yürütülmüş olan araştırma verilerine göre annelerin yüzde 53,3'ü çocukluk çağında normal ağırlıkta, yüzde 45,0'i ergenlik döneminde normal ağırlıkta, yüzde 56,7'si 20'li yaşlarında normal ağırlıkta ve büyük bir kısmı (yüzde 64,2) şu an normal ağırlıkta olduklarını belirtmişlerdir.

Ebeveynlerin çocuk kilosu ve aşırı kilo ile ilgili endişeleri, kaygıları, çocukların yiyecek alımını düzenlemek için stratejiler uygulama motivasyonunu açıklayabilir (Gomes ve diğ. 2017, s. 491). ÇBA'nın 'Algılanan Çocuk Vücut Ağırlığı' alt ölçeği; çocuğun büyüme sürecinde ebeveynin çocuğun fazla kilolu olma durumunu kabullenme derecesini; 1 (zayıf) ile 5 (fazla kilolu) arasında seviyelendirmektedir (Camcı 2010, s. 28). 6-7 yaş grubu ilkokul birinci sınıf öğrencileri üzerinde yapmış olduğumuz çalışma kapsamında ebeveynler çocuklarının 0-1 yaş arası ağırlıklarını yüzde 72,6 oranında normal, çocuklarının yürümeye başladığındaki ağırlığını da yüzde 76,8 oranında normal olarak değerlendirmektedirler. Ebeveynlere göre şu an çocukların yüzde 69,2'si normal ağırlıkta, yüzde 21,5'i zayıf, yüzde 7,6'sı hafif şişman, yüzde 1,1'i çok zayıf ve yüzde 0,6'sı ise çok şişmandır. Ebeveynler genellikle çocuklarının vücut ağırlıklarını 'normal' veya 'zayıf' olarak nitelendirmektedirler. Kaniogluları (2015) tarafından yürütülmüş olan çalışmada da annelerin büyük çoğunluğuna göre çocuklarının 0-1 yaş arası ağırlıkları ve yürümeye başladığındaki ağırlığı normaldir. Çocuklarının şu an ki ağırlığı ise annelerin yüzde 75,0'ine göre normal ağırlıkta, yüzde 13,3'üne göre zayıf, yüzde 7,5'ine göre hafif şişman, yüzde 2,5'ine göre çok zayıf ve yüzde 1,7'sine göre şişmandır.

'Çocuk Vücut Ağırlığı Hakkındaki İlgi' alt ölçeği, ailenin çocuğun kilo alma durumuyla ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir (Camcı 2010, s. 28). Tablo 4.14'te ebeveynlerin yüzde 42,4'ü çocukları yanında olmadığında çocuklarının çok fazla yeme durumuyla oldukça ilgili olduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 35,9'u çocuklarının ağırlığını koruyabilmesi için beslenme biçimiyle oldukça ilgili olduklarını, ebeveynlerin yüzde 35'i ise bu durumla çok ilgili olduklarını bildirmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 37,3'ü çocuklarının şişmanlama durumuyla oldukça ilgiliyken yüzde 37,2'si çok ilgili olduklarını bildirmişlerdir. KKTC'de yürütülmüş olan çalışmada annelerin büyük çoğunluğunun (yüzde 40,8) çocuğu yanında olmasa da onun gereğinden fazla yemesi ile, yüzde 30,8'inin çocuğunun ağırlığını koruyabilmesi ile, yüzde 30,0'unun ise çocuğunun şişmanlama durumu ile oldukça ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (Kaniogluları 2015, s. 57). Balaban ve diğ. (2018) tarafından yapılan çalışmada annelerin yüzde 29,4'ü çocuklarının kiloları konusunda endişe duymaktadır. Annelerin bir kısmı (yüzde 36,9) ise çocuğundan ayrıyken çocuğunun çok yemesi durumuyla hiçbir zaman endişeli olmadığını belirtmiştir. Ayrıca ebeveynlerin yüzde

62,4' çocuklarının vücut ağırlığını korumak için beslenme biçimine dikkat etmek zorunda olmadıklarını belirtmişlerdir.

Ebeveynin, çocuğun tükettiği besinlerin kalori düzeyiyle ve alım miktarıyla ne kadar ilişkili olduğu ve bu besinlerin alımını ne kadar kısıtladığı 'Kısıtlama' alt ölçeği kapsamında değerlendirilir (Camcı 2010, s. 28). Tablo 4.14 incelendiğinde ebeveynlerin büyük çoğunluğunun çocuklarının şekerleme, aşırı yağlı yiyecekler, abur cubur yeme durumunu takip ederek kısıtladığı görülmüştür. Kaniogluları (2015) tarafından yürütülmüş olan çalışmada da annelerin büyük bir kısmı çocuklarının şekerleme, yağlı yiyecekler ve abur cubur yeme konusunda çocuklarını kısıtladıklarını belirtmişlerdir. Balaban ve diğ. (2018) tarafından yürütülmüş olan çalışmada annelerin yüzde 68,6'sı çocuklarının şekerli besinleri (kek, pasta, dondurma) tüketmesi gerekenden fazla tüketmediğinden kesinlikle emin olmak isterken, annelerin yüzde 67,8'i çocuğunun yağlı besinleri tüketmediğinden kesinlikle emin olmak istediğini belirtmiştir. Çalışmaya dahil olan annelerin yüzde 52,9'u çocuğunun sevdiği besinleri yemediğinden kesinlikle emin olmak istemektedir. Yine çalışmamızda ebeveynlerin yüzde 61,6'sı bazı yiyecekleri çocuklarının ulaşabileceği yerlerden uzak tuttuklarını ve ebeveynlerin yüzde 29,7'si iyi bir davranış karşılığında çocuklarına şekerleme, dondurma gibi besinleri ödül olarak sunduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebeveynlerin yüzde 33,6'sı iyi bir davranış karşılığında çocuklarına sevdiği yiyecekleri teklif ettiklerini bildirmişlerdir. Balaban ve diğ. (2018) çalışmasında anneler büyük bir kısmı (yüzde 37,3) bazı besinleri kasıtlı olarak çocuklarının ulaşamayacağı yerlerde saklamaktadır. Çocuğuna ödül olarak tatlı (pasta, kek, dondurma vb.) hazırlama konusunda çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin yüzde 33,7'si olumlu düşünmektedir. Kaniogluları'nın (2015) çalışmasında da annelerin büyük bir kısmı (yüzde 66,7) bazı yiyecekleri çocuklarından uzak tutmaktadır. Bununla birlikte annelerin yalnızca yüzde 20,0'si iyi bir davranış karşılığında çocuklarına şekerleme, dondurma gibi besinleri ödül olarak sunduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ebeveynlerin büyük çoğunluğu (yüzde 72,6) müdahale etmedikleri takdirde çocuklarının çok fazla abur cubur tüketeyeceği endişesi taşımaktadır. Kaniogluları'nın (2015) çalışmasında da annelerin yüzde 60,0' ı aynı endişeyi taşımaktadır. Balaban ve diğ. (2018) yürütmüş olduğu çalışmada da annelerin büyük bir kısmı çocuklarının yediği besinleri kontrol etmezlerse veya onlara yol göstermezlerse çocuklarının çok

fazla abur cubur (yüzde 36,5) ve kendi sevdikleri besinleri (yüzde 36,5) yiyeceklerini düşünmektedirler.

Ebeveynlerin, çocuğu yeterince beslenmesi konusunda ne derece baskıladığını saptamak için ‘Yeme Baskısı’ alt ölçeği kullanılır (Camcı 2010, s. 28). Araştırmamızda ebeveynlerin yüzde 35,9’u çocuklarının tabaklarındaki tüm yiyecekleri bitirmeleri gerektiğini bildirmişlerdir. Ayrıca ebeveynlerin yüzde 55,9’u çocuklarının yeterince yemeleri konusunda emin olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin yüzde 29,9’u çocukları aç olmasa da yemek yemeleri için ısrarcı olurken, yüzde 29,9’u ise ısrarcı olmamaktadır. Ebeveynlerin yüzde 50,3’ü müdahale etmedikleri takdirde çocuklarının gereğinden az yiyeceği konusunda endişe taşımaktadırlar. Kaniöğluları’nın (2015) yürütmüş olduğu çalışmada annelerin yüzde 20,0’si çocuklarının tabaklarındaki tüm yiyecekleri bitirmeleri gerektiğini, annelerin büyük bir kısmı (yüzde 54,2) çocuklarının yeterince yemeleri konusunda emin olmaları gerektiğini ve yine annelerin yüzde 20,8’i çocuklarının yemek yemeleri için ısrarcı olduklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte annelerin yüzde 43,3’ünün müdahale etmedikleri takdirde çocuklarının gereğinden az yiyeceği konusunda endişe taşıdığı görülmüştür (Kaniöğluları 2015, s. 58). Balaban ve diğ. (2018) çalışma verilerine göre annelerin yüzde 30,2’ si çocuklarının tabaklarındaki besinin tamamını her zaman bitirmesi gerektiği düşüncesine katılmamaktadır. Ebeveynlerin yüzde 40,4’ü çocuklarının yeterince yemek yediğinden emin olmak için çaba sarf etmektedir. Annelerin bir kısmı (9,4) çocuğu aç olmasa da ona yemek yedirmek için her zaman çabaladıklarını belirtmişlerdir. Yine annelerin bir kısmı (yüzde 16,9) sıklıkla çocuğunu beslemek için çaba gösterdiğini belirtmiştir. Annelerin yüzde 23,9’u kontrol etmedikleri takdirde çocuklarının gereğinden az yiyeceğini belirtmiştir.

‘İzlem’ alt ölçeği ebeveynin, çocuğun yediği yağlı, tatlı ve şekerli besinler ile abur cuburların tüketim düzeyinin gözlemlenmesi ile ilişkilidir (Camcı 2010, s. 28). Tablo 4.14’e göre ebeveynlerin yarısından fazlası çocuklarının tükettiği şekerli, yağlı yiyecekleri ve atıştırmalıkları her zaman takip ettiklerini belirtmişlerdir. Kaniöğluları (2015) tarafından yapılmış olan çalışmada da annelerin yine yarısından fazlasının çocuklarının tükettiği şekerli, yağlı yiyecekleri ve atıştırmalıkları sürekli takip ettikleri görülmüştür. Balaban ve diğ. (2018) tarafından Ankara’ da yapılan çalışmada da tutarlı

olarak annelerin büyük bir kısmı çocuklarının tükettiği şekerli, yağlı yiyecekleri ve atıştırmalıkları her zaman takip ettiklerini belirtmişlerdir.

Camcı (2010) tarafından yürütülmüş olan araştırmada ailelerin çocukların cinsiyetine göre ÇBA alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında, erkek ve kız çocuğa sahip ailelerin 'izlem' alt boyutundan almış oldukları puanın en yüksek olduğu görülmüştür. ÇBA' da en düşük puan ortalaması ise 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan alınmıştır. Kanoğluları (2015) tarafından yürütülmüş olan çalışmada anneler toplamda en fazla puanı 'kısıtlama' (ortalama 30,0±7,3) alt boyutundan, en az puanı ise 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' (ortalama 8,8±1.) alt boyutundan almışlardır. 'Algılanan sorumluluk' (ortalama 13,2±2,1), 'izlem' (ortalama 13,2±2,4) ve 'yeme baskısı' (ortalama 13,1±4,3), puan ortalamaları birbirine yakın değerlerde çıkmıştır. Epözdemir (2013) tarafından İzmir'de ilkökul birinci sınıf öğrencileri üzerinde yürütülmüş olan çalışmada ÇBA alt faktörlerinin puan ortalamalarına bakıldığında, ebeveynlerin en fazla puanı 'kısıtlama' (ortalama 31,33) alt boyutundan, en az puanı ise 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' (ortalama 8,92) alt ölçeğinden almışlardır. Balaban ve diğ. (2018) tarafından Ankara'da 2-6 yaş arası çocukların dahil edildiği çalışmada, çocukların ebeveynlerinin ÇBA' da aldıkları en yüksek puan (ortalama 30,3±4,9) 'kısıtlama' alt ölçeğindedir. Ebeveynler en düşük puanı (ortalama 7,2±3,4) ise 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt ölçeğinden almışlardır (Balaban ve diğ. 2018, s. 6). Tablo 4.15 verilerine göre mevcut çalışmalarla tutarlı olarak çalışmamızda ÇBA' da en yüksek puan 'kısıtlama' alt ölçeğinden, en düşük puan ise 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt ölçeğinden alınmıştır. Araştırmamız dahilindeki ebeveynler genellikle çocuklarının fazla miktarlarda ve kalorisi yüksek olan besinleri kısıtlamakta ve genellikle çocuklarının vücut ağırlıklarını düşük olarak nitelendirmektedirler.

Ebeveyn besleme tarzının, çocuklukta görülen obezite salgınına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (Montgomery ve diğ. 2006, s. 1149). Spruijt-Metz ve diğ. (2002) Birmingham, Alabama'da yapmış olduğu çalışmaya 120 çocuk ve anneleri katılmıştır. Annelerin çocuk besleme uygulamaları ile çocukların adipoziteleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışma sonuçlarına göre çocuklarda toplam yağ kütlesi, 'çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi' ve 'kısıtlama' faktörleri ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Montgomery ve diğ. (2006) İskoçya'da 117 çocuk ve ebeveynleri üzerinde yapmış

oldukları çalışmada erkek çocukların VKİ değerleri sadece ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ alt boyutu ile pozitif yönlü ancak zayıf bir korelasyon göstermiştir. Kız çocuklarının VKİ değerlerine bakıldığında çocuk besleme anketinin ‘algılanan ebeveyn vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’ ve ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ alt boyutları ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir (Montgomery ve diğ. 2006, s. 1151). Faith ve diğ. (2004) 57 aile üzerinde yürütmüş olduğu prospektif çalışmada, ebeveyn besleme stilleri ile çocuk VKİ düzeyi arasındaki ilişkinin, çocuklardaki obezite yatkınlığına bağlı olarak ortaya çıkabileceğini dolayısıyla bunun da gen-çevre etkileşimi ile olduğunu açıklamaktadır. Çalışma verilerine göre çocuk vücut ağırlığı endişesinin, obezite açısından yüksek riskli aileler arasında 5. ve 7. yaşlarda çocuk VKİ skorları ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmektedir. ‘Algılanan çocuk vücut ağırlığı’ alt boyutu, 5 yaşında obezite açısından yüksek riskli ailelerde, 7 yaşında düşük riskli ve yüksek riskli ailelerde çocuk VKİ skorlarıyla pozitif yönde ilişkili olarak bulunmuştur (Faith ve diğ. 2004, s. 1718). Keller ve diğ. (2006) Philadelphia’ da yapmış olduğu çalışmaya göre ÇBA alt ölçeklerinden ‘algılanan sorumluluk’ ve ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’ çocuk VKİ değeri ile ilişkili bulunmuştur. Anne besleme stillerine göre, sadece ‘izleme’ alt boyutunda önemli bir ilişki olduğu görülmüştür. Anneler, vücut ağırlığı fazla olan çocuklarının ağırlığı konusunda zayıf çocuklarının ağırlığından daha fazla endişe duyduklarını ve vücut ağırlığı yüksek olan çocuklarına zayıf olan çocuklarından daha az baskı yaptıklarını bildirmişlerdir. Her ne kadar ebeveynlerin beslenme uygulamalarına ve çocuk kilosu durumuyla ilişkilerine ilişkin çalışmalar karışık sonuçlar vermiş olsa da, en tutarlı iki bulgu, çocukların yiyeceğe erişimlerinin ebeveyn ‘kısıtlaması’ ve çocuğun kilo durumuyla zıt ilişkileri olan ‘yeme baskısı’ ile ilgilidir. ‘Kısıtlama’, çocuklarda daha yüksek ağırlıkla ilişkili olma eğilimindeyken, ebeveynlerin ‘yeme baskısı’ ise çocuklarda düşük ağırlıkla ilişkilidir (Powers ve diğ. 2006, s. 2027). Ebeveynler, çocukların aşırı yemek yeme ve kilo özelliklerine cevaben kısmen çocuğun besin alımını kısıtlar (Faith ve diğ. 2008, s. 627). Powers ve diğ. (2006) tarafından Cincinnati’ de 24-59 aylık çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan çalışmada, maternal ‘yeme baskısı’, VKİ skoru ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, düşük VKİ değerine sahip çocukların annelerinin, çocuklarına yemek için daha fazla baskı uyguladığı belirtilmiştir (Powers ve diğ. 2006, s. 2030). Camcı’nın (2010) Ankara’ da yapmış olduğu, 490 öğrenci ve ebeveynlerinin dahil

edildiği araştırma verilerine bakıldığında düşük vücut ağırlığına sahip çocuğu olan ebeveynler ÇBA' dan en düşük puan ortalamasını 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt faktöründen, en yüksek puan ortalamasını ise 'yeme baskısı' alt faktöründen almışlardır. Normal vücut ağırlığında ve kilolu çocuğu olan ebeveynler ÇBA' da en düşük puan ortalamasını 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasını ise 'izlem' alt boyutundan almışlardır. Çocukları şişman olan ebeveynler ise ÇBA' da en düşük puan ortalamasını 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasını ise 'kısıtlama' alt boyutundan almışlardır. Kaniogluları (2015) tarafından kreş ve anaokulu öğrencileri üzerinde KKTC' de gerçekleştirilmiş olan çalışmada erkek çocukların vücut ağırlığı ile annelerin 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' ve 'vücut ağırlığı hakkındaki ilgi' alt ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir. Kız çocuklarının vücut ağırlığı ile annelerin 'çocuk vücut ağırlığı hakkındaki ilgi' alt ölçek puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunduğu gösterilmiştir. Ayrıca kız çocuklarının VKİ değeri yükseldikçe, annelerin 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' ve 'kısıtlama' alt ölçeklerinden aldıkları puanlar da yükselmektedir (Kaniogluları 2015, s. 61). Tablo 4.22 verilerine göre çocukların vücut ağırlığı ile ölçeğin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutları arasında pozitif yönlü bir korelasyon görülmektedir. Çocukların vücut kütle indeksi ile ölçeğin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlıdır. Çocukların VKİ değeri yükseldikçe ebeveynlerin ölçeğin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar da paralel olarak yükselmektedir ($p<0.05$).

Davison ve Birch (2001a), ebeveynlerin vücut ağırlığının, kendi yeme düzenleri ve çocuk besleme uygulamalarıyla bağlantılı olduğunu, dolayısıyla da çocuklarının yeme davranışlarını ve buna bağlı olarak da çocuklarının vücut ağırlıklarını etkilediğini göstermektedir. Ebeveynlerin yemek tercihleri, ebeveynlerinin çocuklarına sağladıkları ve kısıtladıkları yiyecekler ve ebeveyn yeme stilleri, ebeveynlerin vücut ağırlığını etkilemektedir. İngiltere' de 23 aile ile gerçekleştirilen çalışmada, hem annelerin hem de babaların VKİ düzeyi ile çocuklar üzerinde uygulanan 'yeme baskısı' ilişkili bulunmuştur (Haycraft ve diğ. 2008, s. 1555). Montgomery ve diğ. (2006) İskoçya' da 117 çocuk ve ebeveynleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada da yapılan birçok çalışmayla paralel olarak, ebeveyn VKİ değeri çocuk besleme anketinin 'kısıtlama' alt

boyutuyla da ilişkili bulunmuştur. Powers ve diğ. (2006) tarafından Cincinnati’ de 24-59 aylık çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan çalışmada ‘kısıtlama’, obez anneler arasında çocuk VKİ skoru ile pozitif, obez olmayan anneler arasında ise çocuk VKİ skoru ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Kaniogluları (2015) tarafından kreş ve anaokulu öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada annelerin vücut ağırlığı ÇBA’ nın ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ ve ‘çocuk vücut ağırlığı hakkındaki ilgi’ alt ölçek puanları ile istatistiksel açıdan önemli, pozitif yönlü ve zayıf korelasyon göstermektedir. Annelerin vücut ağırlığı değeri yükseldikçe ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ ve ‘çocuk vücut ağırlığı hakkındaki ilgi’ alt ölçek puanları da yükselmektedir. Annelerin VKİ değeri ile ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ ve ‘çocuk vücut ağırlığı hakkındaki ilgi’ alt ölçek puanları da benzer korelasyon göstermiştir (Kaniogluları 2015, s. 64). Tablo 4.23 verileri incelendiğinde ebeveynlerin vücut ağırlığı ve VKİ değerleri ile çocuk besleme anketinin ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutu arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($p < 0,05$). Ebeveynlerin vücut ağırlığı ile VKİ değerleri yükseldikçe ölçeğin ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutundan aldıkları puanların da yükseldiği görülmektedir.

Ebeveyn besleme biçimi; çocuğun kilosu, ebeveynin çocuğun kilosunu algılayabilme durumu, ailenin vücut ağırlığı, çocuğun cinsiyeti, eğitim ve sosyo ekonomik statü gibi birçok bileşenden etkilenmektedir (Muslu ve diğ. 2014, s. 225). Montgomery ve diğ. (2006) İskoçya’ da 117 çocuk ve ebeveynleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, erkek çocuklarına ilişkin veriler incelendiğinde, ebeveyn kısıtlaması, çocuğun enerji alımı ile pozitif olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmakla birlikte, çocuk beslenmesi üzerindeki kontrol yönlerini ölçen diğer ÇBA faktörleri (yeme baskısı, izlem) VKİ skoru veya ağırlık durumuyla anlamlı bir korelasyon göstermemiştir. Kız çocuklarına ilişkin verilerin sonuçlarına göre çocuk beslenmesi üzerindeki kontrol boyutlarını (kısıtlama, yeme baskısı, yemeğin izlenmesi) ölçen ÇBA faktörlerinin hiçbiri, ebeveyn VKİ değeri, çocuk enerji alımı veya çocuk kilo durumu ile anlamlı bir şekilde ilişkili değildi. Ebeveynlerin kilo durumlarına ve çocuklarının kilo durumlarına ilişkin ebeveyn algıları, ebeveyn VKİ değeri ve çocuk vücut ağırlığı ile pozitif olarak ilişkiliydi. Çalışmada yer alan annelerin, çocuklarının cinsiyeti ne olursa olsun, hem kendi hem de çocuklarının kilo durumlarını algıladıkları görülmüştür (Montgomery ve diğ. 2006, s. 1153). Bu çalışmanın aksine Spruijt-Metz ve diğ. (2002) Birmingham, Alabama’ da 120

çocuk ve anneleri anneleri üzerinde yürütmüş olduğu çalışmada, çocuklarının cinsiyetine göre 'izleme' alt boyutunda önemli farklılıklar gözlemlenmiştir. Erkek çocukların abur cubur, tatlı ve yağ alımını 'izleme' kız çocuklarına göre daha yüksek puan almıştır. 13 devlet okulundan 8-9 yaş arası katılımcıların alındığı bir anket çalışmasında, ebeveyn kontrolü ile erkek çocuklarında VKİ arasında bir ilişki yoktu, kızlarda ise ebeveyn 'yeme baskısı' düşük VKİ değeri ile ilişkili bulunmuştur (Wardle ve Carnell 2007). Epözdemir (2013) tarafından İzmir'de ilkököl birinci sınıf öğrencileri üzerinde yürütülmüş olan çalışmada öğrencilerin cinsiyetleri ile ebeveynlerinin çocuk beslenmesindeki tutum ve davranışlarının hiçbir boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tablo 4.24 verilerine ilişkin çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerin 'algılanan sorumluluk', 'çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi', 'kısıtlama', 'yeme baskısı' ve 'izlem' alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmasa da çocuk besleme ölçeğinin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından alınan puanlar ile çocukların cinsiyeti istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Erkek çocukların ebeveynlerinin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar kız çocuklarının ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$). Kanoğluları (2015) tarafından kreş ve anaokulu öğrencileri üzerinde yapılmış olan çalışmada ebeveynlerin 'algılanan vücut ağırlığı' ve 'izlem' alt ölçeğinden aldıkları puanlar çocukların cinsiyeti ile istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Erkek çocuklarının annelerinin 'algılanan vücut ağırlığı' ve 'izleme' alt ölçek puanları kız çocukların annelerinin puanlarından yüksek olarak bulunmuştur (Kanoğluları 2015, s. 64).

Brann ve Skinner (2005) tarafından yapılan çalışmada ebeveyn cinsiyeti ile ÇBA alt boyutlarından alınan puanların ilişkisi incelenmiştir. Annelerin VKİ değeri yüksek olan çocuklarda, 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutuna verdikleri puanlar babalara kıyasla anlamlı bulunmuştur. Ayrıca hem annelerin, hem de babaların VKİ değeri yüksek olan çocuklardansa, VKİ değeri ortalama olan çocuklara daha fazla 'yeme baskısı' uyguladığı görülmüştür. Bununla birlikte ortalama VKİ'si olan çocukların annelerinin, oğullarına yiyecek sağlamaktan daha fazla sorumlu hissettiği ve yeme baskısını babalardan daha az sıklıkta kullandıkları görülmüştür. Ayrıca VKİ değeri yüksek olan çocukların anneleri, oğullarına yiyecek sağlamak ve oğullarının yiyecek

alımlarını babalarinkinden daha sık izlemekten daha sorumlu hissettiklerini bildirmişlerdir. Haycraft ve diğ. (2008) tarafından İngiltere’de 23 aile ile gerçekleştirilen çalışmada ise, annelerin ve babaların ‘kısıtlama’ ve ‘yeme baskısı’ puanları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Çalışma kapsamında anne ve babaların beslenme uygulamalarında hiçbir fark olmayacağı sonucuna varılmıştır (Haycraft ve diğ. 2008, s. 1555). Bu çalışmada da (Tablo 4.25) ebeveynlerin cinsiyetleri ile çocuk besleme anketi alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sağlıklı, üretken ve yetenekli insan gücü ülkelerin asıl zenginlik kaynağıdır. Bunun sürdürülebilmesi için ise insanların ömürleri boyunca yeterli ve dengeli beslenmekle birlikte bu konuda bilinçlendirilmeleri sağlanmalıdır. Ülkemizde beslenme yetersizlikleri, temel besinlerin satın alınamaması ve beslenme bilgisinin yeterli olmamasından kaynaklanmaktadır (Şanlıer ve Güler 2005, s. 32). Çalışmamız kapsamında tablo 4.26 verileri incelendiğinde çocuk besleme anketi alt boyutlarından ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’, ‘yeme baskısı’ ve ‘izlem’ puanları ile çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak çocuk besleme anketinin ‘kısıtlama’ ve ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutları ile çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur. Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin ÇBA’ nın ‘kısıtlama’ ve ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutundan almış oldukları puanlar bilgi almamış olan ebeveynlere kıyasla daha yüksektir ($p<0.05$).

Günümüzde endüstriyel gelişmeyle birlikte şehirleşmenin artmış olması, ebeveynlerin çalışma düzeyi ve çalışan ebeveyn sayısının artması obezite oluşumuna katkı sağlayan endüstriyel besinlerin tüketiminin artmasına neden olmuştur (Savaşhan ve diğ. 2015, s. 15). Anne istihdamının çocuklukta obezite ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda araştırma belgesi bulunmaktadır (Cawley ve Liu 2012, s. 352). Tablo 4.27’de ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt ölçeklerinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Cardel ve diğ. (2012) Birmingham, Alabama’ da 7-12 yaş arası 267 çocuk üzerinde yapmış olduğu çalışmada yüksek gelirli çocuklarla karşılaştırıldığında, ebeveynlerin

kontrolcü besleme uygulamaları düşük gelirli evlerde daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ayrıca gelir düzeyi ile ‘yeme baskısı’ ve ‘kısıtlama’ davranışları arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Spruijt-Metz ve diğ. (2002) Alabama’ da 74 çocuk üzerinde yapmış olduğu çalışmada sosyoekonomik durumun çocuğun yiyecek alımının izlenmesi dışında tüm çocuk besleme uygulamalarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Erdem ve diğ. (2017) tarafından yapılan bir çalışmada erkek çocuğu olan ebeveynlerin düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik durumlarda en yüksek puan ortalamasının ‘algılanan sorumluluk’ alt faktöründe olduğu bulunmuştur. Kız çocuğa sahip ebeveynlerde de en yüksek puan ortalaması düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeyde ‘algılanan sorumluluk’, orta-sosyoekonomik durumda ise ‘izlem’ alt faktöründedir. Bu çalışmada (Tablo 4.28) ise ebeveynlerin çocuk besleme anketi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile ebeveynlerin gelir düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$).

Erişik (2012) tarafından Erzurum’ da yapılan bir çalışmada annelerin çocuk sayısına göre ÇBA toplam ve alt puan ortalamaları karşılaştırılmış ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’, ‘kısıtlama’, ‘izlem’ ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ayrıca çocuk sayısı 4 ve üzeri olanların algılanan sorumluluk, kısıtlama, izleme puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ailedeki çocuk sayısının fazla olması, aile gelirinden bireylere düşen oranı azaltması ve düşük sosyoekonomik düzeye sebep olmasının yanında, çocuklara verilen önemi özellikle de beslenmelerine verilen önemi ve ilgiyi azaltacağı da yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (Erişik 2012, s. 40). Tablo 4.29 verilerine göre çocuk besleme anketi alt boyutlarından ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’, ‘kısıtlama’, ‘yeme baskısı’ ve ‘izlem’ ailedeki kişi sayısı ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır. ‘Algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutu ile ailedeki kişi sayısı arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık görülmüştür. Ailedeki kişi sayısı arttıkça ebeveynlerin ÇBA’nın ‘algılanan aile vücut ağırlığı’ alt boyutundan aldıkları puanların düştüğü gözlemlenmiştir ($p<0.05$).

Erişik (2012) tarafından Erzurum’ da yapılan çalışmada annelerin eğitim düzeylerine göre ÇBA toplam ve alt puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ ve ‘izlem’ puan ortalamaları arasındaki farkın

istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Annelerin eğitim gruplarına göre ÇBA toplam ve alt puan ortalamalarına bakıldığında, eğitim durumu lise ve üzeri olanların, ‘algılanan sorumluluk’ ve ‘izleme’ alt ölçek puan ortalamalarının diğer gruplarla kıyaslandığında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; eğitim seviyesi yüksek olan annelerin çocuğun sağlıklı beslenmesi konusunda duyarlılığının arttığı sonucuna varılmıştır (Erişik 2012, s. 34). Tablo 4.30’ da ebeveynlerin eğitim düzeyi ‘algılanan sorumluluk’, ‘algılanan aile vücut ağırlığı’, ‘çocuk vücut ağırlığı hakkında ilgi’, ‘kısıtlama’ ve ‘izlem’ alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan ilişkili bulunmamıştır. Eğitim düzeyi, çocuk besleme anketinin ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ ve ‘yeme baskısı’ alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe ebeveynlerin ÇBA’nın ‘algılanan çocuk vücut ağırlığı’ ve ‘yeme baskısı’ alt boyutların almış oldukları puanlar yükselmektedir ($p<0,05$).

Yapılan analizlere göre ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve davranışları ile çocukların vücut kütle indeksleri arasında istatistiksel açıdan önemli kabul edilebilecek sonuçlara ulaşılmış ve diğer ülkelerde yürütülmüş olan benzer araştırmalarla birbirini destekler nitelikte sonuçlara ulaşılmıştır. Bununla birlikte ülkemizde çocuk besleme tutum ve davranışlarının etkilerine ilişkin yeterli bilimsel çalışma olmadığı görülmüştür. Balıkesir ilinde de ilkokul öğrencilerinin vücut ağırlıkları ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi ile ebeveyn yaklaşımlarının gözlemlenmesi kapsamında herhangi bir çalışma bulunmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen verilerin ebeveyn tutum ve davranışları ile çocukluk çağı obezitesi arasındaki bağlantının anlaşılabilmesi ve mevcut literatürdeki eksikliğin giderilmesi açısından da katkı sağladığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve davranışlarının çocuğun vücut kütle indeksi üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüş olan bu çalışmada aşağıda verilmiş olan sonuçlara ulaşılmıştır.

Çocukların beslenmesinden yüzde 90,4 oranında kadınların, yüzde 9,6 oranında ise erkeklerin sorumlu olduğu görülmektedir. Ebeveynler en az 22, en fazla 87, ortalama ise $35,1 \pm 6,8$ yaşındadır. Ebeveynlerin yüzde 93,8'i evlidir.

Ebeveynlerin yüzde 43,8'i lise mezunu, yüzde 20,1'i ortaokul mezunu, yüzde 18,9'u üniversite mezunu, yüzde 13,3'ü ilkokul mezunu, yüzde 2,3'ü okur-yazar, yüzde 1,4'ü ise yüksek lisans/doktora mezunu ve yüzde 0,3'ü okur-yazar değildir. Ebeveynlerin yüzde 66,7'si herhangi bir kurumda çalışmazken, yüzde 33,3'ü çalışmaktadır.

Ailelerin yüzde 71,1'inin gelir ve gideri eşit, yüzde 15'inin geliri giderinden az, yüzde 13,6'sının ise gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin yüzde 76,6'sının 7, yüzde 23,4'ünün ise 6 yaşında olduğu görülmektedir. Çalışmanın yüzde 59,6'sını kız öğrenciler, yüzde 40,4'ünü ise erkek öğrenciler oluşturmaktadır.

Ebeveynlerin yüzde 91,2'sinin ve çocukların yüzde 99,2'sinin herhangi bir sağlık problemi bulunmamaktadır.

Ebeveynlerin yüzde 54'ü normal ağırlıkta, yüzde 32,8'i hafif şişman/kilolu, yüzde 11,6'sı şişman/obez ve yüzde 1,7'si zayıftır.

Araştırmaya dahil edilen 6-7 yaş grubu ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin vücut kütle indeksi değerlerine göre yüzde 54,8'i normal ağırlıkta, yüzde 13'ü şişman/obez, yüzde 12,4'ü hafif şişman/kilolu, yüzde 11,9'u zayıf ve yüzde 7,9'u ise çok zayıftır.

Ebeveynlerin yüzde 67,5'inin ise herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı görülmektedir. Ebeveynlerin yalnızca yüzde 32,5'inin çocuk beslenmesi konusunda bilgi almıştır. Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin yüzde yüzde 15,5'i doktordan,

yüzde 7,9'u aile büyüklerinden, yüzde 5,9'u kitap ve dergilerden, yüzde 1,7'si televizyondan ve yüzde 1,4'ü diyetisyenden bilgi almıştır.

Ebeveynler ve çocukların yüzde 96,6'sı ana öğünlerini birlikte tüketirken, yüzde 3,4'ü birlikte tüketmemektedir.

Çocukların doğum ağırlıkları en az 1,100 g, en fazla 5,200 g, ortalama ise $3,299 \pm 0,5$ g olarak verilmiştir. Sadece anne sütü alma süresi en fazla 8 ay, ortalama ise $5 \pm 1,7$ aydır. Ek gıdayla birlikte anne sütü alma süresinin ise en fazla 40 ay, ortalama ise $14,3 \pm 8,1$ ay olduğu görülmüştür. Ek gıdaya en erken bebekliğin 1. ayında en geç 8. ayında, ortalama olarak bebekliğin $5,1 \pm 1,6$ ayında geçildiği görülmektedir.

Ebeveynlerin yüzde 22,9'u çorba çeşitleri, yüzde 22,9'u yoğurt, yüzde 16,1'i bebek maması (hazır ticari), yüzde 10,5'i sebze/sebze püresi, yüzde 10,5'i meyve/meyve suyu/meyve püresi, yüzde 6,2'si mama (pirinç unu maması), yüzde 4,2'si su/şekerli su, yüzde 3,7'si pişmiş yemek suyu, yüzde 2,8'i muhallebi ve yüzde 0,3'ü inek/keçi sütü vererek ek gıdaya başlamışlardır.

Çocukların yüzde 23,7'sinin sevmediği/tüketmediği besin bulunmazken, yüzde 76,3'ü çeşitli besinleri tüketmemektedirler. Çocuklar tarafından en fazla sevilmeyen/tüketilmeyen besinler yüzde 33 oranıyla sebze, yüzde 33 oranıyla peynir, yüzde 24,4 oranıyla kurubaklagiller, yüzde 17,8 oranıyla balık ve yüzde 16,3 oranıyla kırmızı ettir. Yumurta yüzde 13,7 oranıyla, tavuk eti yüzde 9,6 oranıyla, süt yüzde 6,7 oranıyla, yoğurt, ayran yüzde 3,3 oranıyla, tahıl grubu yüzde 3,3 oranıyla ve meyve grubu yüzde 3 oranıyla sevilmemekte, tüketilmemektedir.

Ebeveynlerin yüzde 50,7'si çocuklarının sevmediği besinleri sevdiği besinler ile sunarak, yüzde 49,3'ü çocuğunun sevmediği besinleri çorbaların içerisine karıştırarak, yüzde 46,7'si sevmediği besinleri börek, gözleme, tost vb. içerisine koyarak, yüzde 36,3'ü çocuğunun dikkatini çekecek, eğlenceli tabaklar hazırlayarak ve yüzde 13,7'si sevmediği besinlerden kızartma yaparak çocuklarına yedirmeye çalışmışlardır.

Çocukların yüzde 86,7'si kahvaltı öğününü her gün tüketirken, yüzde 3,4'ü tüketmemektedir. Öğle öğünü çocukların yüzde 94,6'sı tarafından her gün tüketilmekle

birlikte, yüzde 0,3'ü öğle öğününü tüketmemektedir. Çocukların yüzde 98,6 oranında akşam yemeğini her gün tükettikleri ve çocukların yalnızca yüzde 1,1'inin akşam yemeği yemediği görülmüştür. Çocukların ebeveynlerinin yüzde 44,6'sı kuşluk ara öğününü, yüzde 50,6'sı ikindi ara öğününü, yüzde 44,4'ü ise çocuklarının gece ara öğününü her gün tükettiğini bildirmiştir.

Çocukların yüzde 91,8'i kahvaltı öğününü evde yapmaktadır. Öğle öğününü çocukların yüzde 43,5'i okul yemekhanesinde yemektir. Öğle öğününü beslenme çantasından tüketen öğrencilerin oranı ise yüzde 20,6'dır. Çocukların yüzde 83,3'ü akşam yemeğini evde yemektir. Kuşluk ara öğününü öğrencilerin yüzde 55,9'u beslenme çantasından sağlamaktadır. İkinci ara öğünü yüzde 81,1 oranında evde, gece ara öğünü de çocukların yüzde 83,3'ü tarafından evde tüketilmektedir.

Çocukların beslenme çantasını yüzde 94,4 oranında anne ve babaları, yüzde 5,4 oranında aile büyüğü (Anneanne/babaanne) ve yüzde 0,3 oranında yardımcı/bakıcı hazırlamaktadır. Çocukların beslenme çantalarına konulmak üzere en fazla tercih edilen gıdalar; sert kabuklu meyveler (ceviz, fındık, badem) ve kraker, bisküvi türevi besinlerdir. Yüzde 50,6 oranıyla meyve suyu, yüzde 49,7 oranıyla taze/kuru meyveler, yüzde 44,9 oranıyla poğaç, simit, börek ve yüzde 42,4 oranıyla süt, yoğurt, ayran beslenme çantasına konulmak üzere tercih edilen besinler arasındadır. Ayrıca ebeveynlerin yüzde 31,9'u beslenme çantasına sandviç, tost, galeta, grisini, ebeveynlerin yüzde 12,7'si ev yemekleri/sulu yemekler sert kabuklu meyveler, yüzde 8,2'si çikolata, gofret, çips gibi gıdaları koymaktadır.

Ailelerin yüzde 55,1'i ise ayda 1 kez, yüzde 19,5'i 15 günde 1 kez, yüzde 17,5'i haftada 1-2 kez, yüzde 2,5'i her gün dışarıda yemek yediklerini bildirmişlerdir. Ailelerin yüzde 5,4'ü ise hiçbir zaman dışarıda yemek yemeyi tercih etmediklerini bildirmişlerdir. Dışarıda yemek yendiğinde çocuklar tarafından yüzde 64,1 oranıyla en fazla fast food tercih edilmiştir. Bu oranı yüzde 18,6 ile kebab/dürüm, yüzde 6,2 ile simit, poğaç, börek, pasta, yüzde 5,6 ile ev yemekleri/sulu yemekler takip etmiştir.

Ebeveynler çocuk besleme anketinden en yüksek puanı ($32,3 \pm 6,8$) 'kısıtlama' alt ölçeğinden almış olup en düşük puanı ise ($8,8 \pm 1,2$) 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutundan almışlardır.

Ebeveynlerin gelir düzeyi ve çocukların vücut kütle indeksi değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ebeveynlerin çocuk beslenmesi konusunda bilgi alma durumu ile çocukların vücut kütle indeksleri arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ailelerin ana öğünlerini birlikte tüketme durumları ile çocukların VKİ değerleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocukların doğum ağırlığı ile mevcut ağırlıkları arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir bağlantı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocukların anne sütü alma süreleri ile mevcut VKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocukların vücut ağırlığı ve VKİ değerleri ile ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutları istatistiksel açıdan ilişkilidir ($p<0,05$).

Ebeveynlerin vücut ağırlığı ve VKİ değerleri ile çocuk besleme anketinin 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyu arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Çocuk besleme ölçeğinin 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından alınan puanlar ile çocukların cinsiyeti arasında anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Erkek çocukların ebeveynlerinin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' ve 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' alt boyutlarından aldıkları puanlar kız çocuklarının ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Çocuk beslenmesi konusunda bilgi alan ebeveynlerin ÇBA'nın 'kısıtlama' ve 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan almış oldukları puanlar bilgi almamış olan ebeveynlere kıyasla daha yüksektir ($p<0,05$).

Ebeveynlerin çalışma durumu ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ebeveynlerin gelir düzeyi ile çocuk besleme anketi alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

'Algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutu ile ailedeki kişi sayısı arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık saptanmıştır. Ailedeki kişi sayısının artmasıyla ebeveynlerin ÇBA'nın 'algılanan aile vücut ağırlığı' alt boyutundan almış oldukları puanlar düşmektedir ($p<0,05$).

Eğitim düzeyi, çocuk besleme anketinin 'algılanan çocuk vücut ağırlığı' ve 'yeme baskısı' alt boyutlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

Beslenme davranışlarının oluştuğu bu dönemde ebeveynlerin çocuklar için rol model olduğu unutulmamalı, ailelerin kendi 'seçiciliklerinin' veya 'aşırı yeme' davranışlarının çocukların beslenme alışkanlıklarının gelişiminde etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Ebeveynler genellikle çocuklarının vücut ağırlıklarını 'düşük' olarak nitelendirmektedir. Bu bağlamda 'kilolu' çocukların sağlıklı olduğu algısından uzaklaşarak çocuğun büyüme ve gelişme durumu genetik faktörler çerçevesinde izlenmeli, çocuğun aşırı yeme davranışı desteklenmemelidir.

Aile ortamında yemek saatlerinin düzenli olması, evde yemek pişirme uygulamalarına özen gösterilmesi ve sofrada aile ile birlikte yemek yeme deneyimlerinin paylaşılması çocuklarda olumlu beslenme alışkanlıklarının gelişiminde etkili bir mekanizma olabilir.

Çocuğun sevdiği sağlıksız besinlere karşı uygulanan aşırı ebeveyn kısıtlaması çocuğun beslenme alışkanlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Çocuğun besine erişiminin kısıtlanması durumunun kilo artışı ile sonuçlanabileceği unutulmamalıdır.

Çocuğun olumlu davranışları karşılığı ödül, sürpriz amacı ile çeşitli besinler teklif edilmemelidir. Bu besleme yaklaşımının çocuklarda obezite gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir.

Yemek seçen çocuklara karşı yeme baskısı uygulanmamalı, sevmedikleri ve tüketmedikleri besinlere karşı ısrarcı olunmamalıdır. Yeme baskısı sonucu çocuğun besinden uzaklaşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Yemek seçen çocuklarda öğün saatinde açlık hissinin oluşumu için, ara öğünlerde besin tüketimi azaltılmalı, sınırlandırılmalıdır. Öğün aralarında abur cubur ile şekerli, yağlı besinlerin tüketilmemesine özen gösterilmelidir.

Ayrıca ebeveynlerin bilgi düzeyinin artırılması, diyetisyenler tarafından çeşitli eğitim merkezlerinde ve sağlık kuruluşlarında eğitimler verilmesi, öğrenilen doğru bilgiler kapsamında çocuklarının beslenme alışkanlıklarının kazandırılması çocukluk çağı obezitesi ve dolayısıyla toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır.



KAYNAKÇA

Kitaplar

Arlı, M., Şanlıer, N., Küçükkömürler, S & Yaman, M., 2017. *Anne ve Çocuk Beslenmesi*. 8. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.

Baysal, A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Keçecioglu., Mercanlıgil, S., Merdol, T., Pekcan, G & Yıldız, E., 2013. *Diyet el kitabı*. 7. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

De Onis, M., 2017. Child growth and development. *In Nutrition and Health in a Developing World*. NY: Humana Press.

Freedman, D. S., Ogden, C. L., & Cusick, S. E., 2011. The measurement and epidemiology of child obesity. I. Epidemiology and Prevalence. USA: Academic Press.

Ghosh, N., Das, A., & Sen, C. K., 2019. Childhood Obesity: Factors, Consequences and Intervention. *In Global Perspectives on Childhood Obesity*. Columbus: Academic Press.

Jarouliya., U., & Keservani., R., 2019. Pathways Leading to Child Obesity: An Overview. *II. Pathophysiology*. Bhopal: Academic Press.

Lanzkowsky, P., 2016. Iron-deficiency anemia. *In Lanzkowsky's manual of pediatric hematology and oncology*: Academic Press.

Merdol, T., 2008. *Okul öncesi dönem çocuklarının beslenmesi*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Sengupta, R., Ghorai, N., Basu, S. K., Zandi, P., & Cetzal-Ix, W., 2019. A Review on the Nutritional Challenges of School Children From the Perspective Developing Countries. *In The Role of Functional Food Security in Global Health*. Academic Press.

Shang, N., Chaplot, S., & Wu, J., 2018. Food proteins for health and nutrition. *In Proteins in Food Processing*. Woodhead Publishing.

Temple, N. J., & Struble, M. B., 2010. *Nutrition guide for physicians*, pp. 196-203, T. Wilson, & G. A. Bray (Eds.). USA: Humana Press.

Waysfeld, B., & Cassuto, D. A., 2019. Salient Features on Child Obesity from the View point of a Nutritionist. *In Global Perspectives on Childhood Obesity*. Academic Press.

WHO., 2006. *Child Growth Standards*. Geneva: WHO Press.

Sürekli Yayınlar

Arslan, N., & Erol, S., 2014. Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **16**(3), ss. 16-27.

Aheto, J. M. K., Keegan, T. J., Taylor, B. M., & Diggle, P. J., 2015. Childhood Malnutrition and Its Determinants among Under-Five Children in Ghana. *Paediatric and perinatal epidemiology*, **29**(6), pp. 552-561.

Akçam, M., Boyacı, A., Pirgon, Ö., & DüNDAR, B., 2013. Isparta ilindeki on okulda çocukluk çağı şişmanlık sıklığı değişiminin değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*. **48**(2), ss. 152-155.

Albashtawy, M., 2017. Breakfast eating habits among school children. *Journal of pediatric nursing*, **36**, pp. 118-123.

Alpcan, A., & Durmaz, Ş. A., 2015. Çağımızın dev sorunu: çocukluk çağı obezitesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. **6**(1), ss. 30-38.

Altun, C., Güven, G., Başak, F., & Akbulut, E., 2005. Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. **47**(2), ss. 114-118.

Anderson, C. B., Hughes, S. O., Fisher, J. O., & Nicklas, T. A., 2005. Cross-cultural equivalence of feeding beliefs and practices: the psychometric properties of the child feeding questionnaire among Blacks and Hispanics. *Preventive medicine*, **41**(2), pp. 521-531.

Andreas, N. J., Kampmann, B., & Le-Doare, K. M., 2015. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early human development*, **91**(11), pp. 629-635.

Atman, Ü., 2006. Manisa 1 nolu ana çocuk sağlığı merkezine başvuran çocuklarda malnütrisyon sıklığı ve malnütrisyonla ilişkili faktörlerin saptanması. *Ege Pediatri Bülteni*. **13**(1), ss. 29-35.

Bailey, R. L., West Jr, K. P., & Black, R. E., 2015. The epidemiology of global micronutrient deficiencies. *Annals of Nutrition and Metabolism*, **66**(2), pp. 22-33.

Balaban, S., Özdoğan, Y., & Uçar, A., 2018. Annelerin Çocuk Besleme Uygulamaları ve Çocukların Yemek Yeme Davranışları. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **7**(1), ss. 1-13.

Bartleman, J., 2019. Infant and child nutrition. *Medicine*. **47**(3), ss. 195-198.

Baysal, A., 2003. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. **25**(4), ss. 66-72.

Best, C., Neufingerl, N., Van Geel, L., van den Briel, T., & Osendarp, S., 2010. The nutritional status of school-aged children: why should we care?. *Food and nutrition bulletin*. **31**(3), pp. 400-417.

Birch, L. L., & Davison, K. K., 2001. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics*, **48**(4), pp. 893-907.

Birch, L. L., & Fisher, J. O., 2000. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American journal of clinical nutrition*, **71**(5), pp. 1054-1061.

Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L., 2001. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, **36**(3), pp. 201-210.

Bird, J., Murphy, R., Ciappio, E., & McBurney, M., 2017. Risk of deficiency in multiple concurrent micronutrients in children and adults in the United States. *Nutrients*, **9**(7), pp. 655.

Bodur, S., & Uğuz, M. A., 2007. 11-15 yaş çocuklarda vücut yağ yüzdesinin beden kütle indeksi ve biyoelektriksel impedans analizi ile değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, **17**(1), ss. 21-27.

Boucher, N. L., 2016. Feeding Style and a Child's Body Mass Index. *Journal of Pediatric Health Care*. **30**(6), pp. 583-589.

Brann, L. S., & Skinner, J. D., 2005. More controlling child-feeding practices are found among parents of boys with an average body mass index compared with parents of boys with a high body mass index. *Journal of the American Dietetic Association*, **105**(9), pp. 1411-1416.

Burki, T. K., 2018. TV advertising and childhood obesity in the UK. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. **6**(8), pp. 604.

Büyük, E. T., & Topçu, S., 2015. İki Farklı İlkokulda Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme ve Fiziksel Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **5**(1), ss. 10-15.

Cardel, M., Willig, A. L., Dulin-Keita, A., Casazza, K., Beasley, T. M., & Fernández, J. R., 2012. Parental feeding practices and socioeconomic status areas associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children. *Appetite*. **58**(1), pp. 347-353.

Camaschella, C., 2015. Iron-deficiency anemia. *New England journal of medicine*. **372**(19), pp. 1832-1843.

Cameron, N., & Hawley, N. L., 2010. Should the UK use WHO growth charts? *Paediatrics and Child Health*. **20**(4), pp. 151-156.

Carrascosa, A., Yeste, D., Moreno-Galdó, A., Gussinyé, M., Ferrández, Á., Clemente, M., & Fernández-Cancio, M., 2018. Pubertal growth of 1,453 healthy children according to age at pubertal growth spurt onset. The Barcelona longitudinal growth study. *Anales de Pediatría (English Edition)*, **89**(3), pp. 144-152.

Carroll-Scott, A., Gilstad-Hayden, K., Rosenthal, L., Peters, S. M., McCaslin, C., Joyce, R., & Ickovics, J. R., 2013. Disentangling neighborhood contextual associations with

child body mass index, diet, and physical activity: the role of built, socioeconomic, and social environments. *Social Science & Medicine*. **95**, pp. 106-114.

Cawley, J., & Liu, F., 2012. Maternal employment and childhood obesity: A search for mechanisms in time use data. *Economics & Human Biology*, **10**(4), pp. 352-364.

Chen, J. L., Esquivel, J. H., Guo, J., Chesla, C. A., & Tang, S., 2018. Risk factors for obesity in preschool-aged children in China. *International Nursing Review*, **65**(2), pp. 217-224.

Chowdhury, M. R. K., Rahman, M. S., Khan, M. M. H., Mondal, M. N. I., Rahman, M. M., & Billah, B., 2016. Risk factors for child malnutrition in Bangladesh: a multilevel analysis of a nation wide population-based survey. *The Journal of pediatrics*. **172**, pp. 194-201.

Clark, H. R., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L., & Peters, J., 2007. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of public health*, **29**(2), pp. 132-141.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H., 2000. Establishing a Standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*, **320**(7244), pp. 1240.

Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A., 2007. Body mass index cutoffs to define thinness in children and adolescents: international survey. *Bmj*, **335**(7612), pp. 194.

Corkins, M. R., Daniels, S. R., de Ferranti, S. D., Golden, N. H., Kim, J. H., Magge, S. N., & Schwarzenberg, S. J., 2016. Nutrition in children and adolescents. *Medical Clinics*, **100**(6), pp. 1217-1235.

Costa-Font, J., & Gil, J., 2013. Inter generational and socioeconomic gradients of child obesity. *Social science & medicine*. **93**, pp. 29-37.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., & Barnekow, V., 2009. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the, 2010*, pp. 271.

Cutland, C. L., Lackritz, E. M., Mallett-Moore, T., Bardaji, A., Chandrasekaran, R., Lahariya, C & Muñoz, F. M., 2017. Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. **35**(48Part A), pp. 6492.

Çınar, S., & Çavuşoğlu, H., 2016. Farklı Sosyo-ekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubu Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. **8**(2), pp. 112-121.

Damiano, S. R., Hart, L. M., & Paxton, S. J., 2016. Correlates of parental feeding practices with pre-schoolers: Parental body image and eating knowledge, attitudes, and behaviours. *Appetite*, **101**, pp. 192-198.

- Davison, K. K., & Birch, L. L., 2001. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews*, **2**(3), pp. 159-171.
- De Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Blössner, M., & Lutter, C., 2012. Worldwide implementation of the WHO child growth standards. *Public health nutrition*, **15**(9), pp. 1603-1610.
- De, P., & Chattopadhyay, N. 2019. Effects of malnutrition on child development: Evidence from a back warddistrict of India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. pp. 1-20.
- Erdem, S., Özel, H. G., Çınar, Z., & Işıkhhan, S. Y. ,2017. Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip Çocuklarda Ailenin Beslenme Tutum ve Davranışlarının Çocuğun Beslenme Durumuna Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. **45**(1), ss. 3-11.
- Erdim, L., Ergün, A., & Kuğuoğlu, S., 2017. Okulçağı Çocuklarında Çocuk Beslenme Anketinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Clinical and Experimental Health Sciences*, **7**(3), ss. 100-106.
- Ergül, Ş., & Kalkım, A., 2011. Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **10**(2), ss. 223-230.
- Faith, M. S., Berkowitz, R. I., Stallings, V. A., Kerns, J., Storey, M., & Stunkard, A. J., 2004. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics-Springfield*, **114**(1), pp. 1073-1073.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B., 2004. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity research*, **12**(11), pp. 1711-1722.
- Faith, M. S., Storey, M., Kral, T. V., & Pietrobelli, A., 2008. The Feeding Demands Questionnaire: Assessment of parental demand cognitions concerning parent– child feeding relations. *Journal of the American Dietetic Association*, **108**(4), pp. 624-630.
- Fertig, A., Glomm, G., & Tchernis, R., 2009. The connection between maternal employment and childhood obesity: Inspecting the mechanisms. *Review of Economics of the Household*. **7**(3), pp. 227.
- Fulkerson, J. A., Friend, S., Horning, M., Flattum, C., Draxten, M., Neumark-Sztainer, D., ... & Kubik, M. Y., 2018. Family home food environment and nutrition-related parent and child personal and behavioral outcomes of the Healthy Home Offeringsvia the Mealtime Environment (HOME) Plus program: a randomized controlled trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, **118**(2), pp. 240-251.
- Gable, S., Chang, Y., & Krull, J. L., 2007. Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *Journal of the American dietetic association*, **107**(1), pp. 53-61.
- Garipağaoğlu, M., & Özgüneş, N., 2008. Okullarda beslenme uygulamaları. *Çocuk Dergisi*, **8**(3), ss. 152-159.

- Gerards, S. M. P. L., & Kremers, S. P. J., 2015. The role of food parenting skills and the home food environment in children's weight gain and obesity. *Curren tobesity reports*. **4**(1), pp. 30-36.
- Gomes, A. I., Barros, L., & Pereira, A. I., 2017. Predictors of parental concerns about child weight in parents of healthy-weight and overweight 2–6 year olds. *Appetite*, **108**, pp. 491-497.
- Gonmei, Z., & Toteja, G. S., 2018. Micronutrient status of Indian population. *The Indian journal of medica lresearch*, **148**(5), pp. 511-521.
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Van Kann, D. H., Stafleu, A., Candel, M. J., Dagnelie, P. C., & De Vries, N. K., 2011. Interaction between physical environment, social environment, and child characteristics in determining physicalactivity at child care. *Health Psychology*, **30**(1), pp. 84-90.
- Güleç, G., Güleç, S. G., Urgancı, N., Polat, S., Yağar, G., & Hatipoğlu, N., 2011. Hastanede yatan üç yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. **45**(4), ss. 124-129.
- Gürel, F. S., & İnan, G., 2001. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. **2**(3), ss. 39-46.
- Hardy, L. L., Mhrshahi, S., Gale, J., Drayton, B. A., Bauman, A., & Mitchell, J., 2017. 30-year trends in overweight, obesity and waist-to-heigh tratioby socioeconomic status in Australian children, 1985 to 2015. *International Journal of Obesity*. **41**(1), pp. 76.
- Hassan, N. E., El-Masry, S. A., El Batrawy, S. R., Khalil, A., Ali, M. M., Al Tohamy, M., & Hashish, M. A. (2018). Relationship between breast feding duration and risk of overweight/obesity among Egyptian children. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, **66**(1), 9-14.
- Haycraft, E. L., & Blissett, J. M., 2008. Maternal and paternal controlling feding practices: reliability and relationships with BMI. *Obesity*, **16**(7), pp. 1552-1558.
- Hirvonen, K., Hoddinott, J., Minten, B., & Stifel, D., 2017. Children's diets, nutrition knowledge, and Access to markets. *World Development*. **95**, pp. 303-315.
- Jiang, F., Zhu, S., Yan, C., Jin, X., Bandla, H., & Shen, X., 2009. Sleep and obesity in preschool children. *The Journal of pediatrics*. **154**(6), pp. 814-818.
- Johnson, C. M., Henderson, M. S., Tripicchio, G., Rozin, P., Heo, M., Pietrobelli, A., veFaith, M. S., 2018. Observed parent–child feding dynamics in relation to child body mass index and adiposity. *Pediatric obesity*. **13**(4), pp. 222-231.
- Jornayvaz, F. R., Vollenweider, P., Bochud, M., Mooser, V., Waeber, G., & Marques-Vidal, P., 2016. Low birth weight leads to obesity, diabetes and increased leptin levels in adults: the CoLausstudy. *Cardiovascular diabetology*. **15**(1), pp. 73.
- Kaya, Z., Yiğit, Ö., Erol, M., & Gayret, Ö. B., 2016. Altı-Yirmi Dört Ay Arası Yaş Grubunda Beslenmeyle İlgili Anne ve Babaların Bilgi ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, **54**(2).

- Keller, K. L., Pietrobelli, A., Johnson, S. L., & Faith, M. S., 2006. Maternal restriction of children's seating and encouragement to eat as the 'non-shared environment': a pilot study using the child feeding questionnaire. *International journal of obesity*, **30**(11), pp. 1670.
- Kılınçarslan Törüner, E., & Şavaşer, S., 2010. Okul çağı Çocuklarında Şişmanlığın Önlenmesi ve Erken Tedavisine Yönelik Okula Dayalı Girişimler: Literatür Taraması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. **3**(3), ss. 153-160.
- Köksal, E., & Karaçıl M., 2014. Okul çağı çocuklarında şeker tüketiminin beden kütle indeksine etkisinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, **19**(3), ss. 151-155.
- Kurt, E., & Örün, E., 2016. Yeme Bozukluğu Olan Çocuğa Yaklaşım. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, **14**(3).
- Küçük, Ö., Göçmen, A. Y., & Biçer, S., 2013. İştahsızlığı olan çocuklarda demir eksikliği anemisi sıklığı. *Bozok Tıp Dergisi*. **3**(2), ss. 37-41.
- Kürklü, N. S., & Özel, H. G., 2015. Farklı sosyoekonomik düzeydeki ortaokul öğrencilerinin beslenme durumu ve obezite sıklığının belirlenmesi. *Journal of Nutrition and Dietetics*. **43**(2), ss. 100-110.
- Lanigan, J., Tee, L., & Brandreth, R., 2019. Childhood obesity. *Medicine*. **47**(3), pp. 1-5.
- Li, Y. F., Lin, S. J., Lin, K. C., & Chiang, T. L., 2016. Growth References of Preschool Children Based on the Taiwan Birth Cohort Study and Compared to World Health Organization Growth Standards. *Pediatrics & Neonatology*. **57**(1), pp. 53-59.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., & McPherson, K., 2015. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet*. **385**(9986), pp. 2510-2520.
- Lopez, A., Cacoub, P., Macdougall, I. C., & Peyrin-Biroulet, L., 2016. Iron deficiency anaemia. *The Lancet*, **387**(10021), pp. 907-916.
- Lopez, N. V., Schembre, S., Belcher, B. R., O'Connor, S., Maher, J. P., Arbel, R., & Dunton, G. F., 2018. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*. **128**, pp. 205-213.
- Maćkowiak, K., Torlińska-Walkowiak, N., & Torlińska, B., 2016. Dietary fibre as an important constituent of the diet. *Advances in Hygiene & Experimental Medicine /Postepy Higieny i Medycyny Doswiadczałnej*. **70**, pp. 104-109.
- Maloney, A. E., 2011. Pediatric obesity: a review for the child psychiatrist. *Pediatric Clinics*. **58**(4), pp. 955-972.
- Medina, Y. N & Peña, L. Q., 2018. Growth and Nutrition. *Encyclopedia of Food Security and Sustainability*. **2**, pp. 353-363.

- Montgomery, C., Jackson, D. M., Kelly, L. A., & Reilly, J. J., 2006. Parental feeding style, energy intake and weight status in young Scottish children. *British Journal of Nutrition*, **96**(6), pp. 1149-1153.
- Mosca, F & Gianni, M. L., 2017. Human milk: composition and health benefits. *La Pediatria Medica e Chirurgica*. **39**(155) pp. 47-52.
- Muslu, G. K., Beytut, D., Kahraman, A., Yardımcı, F., & Başbakkal, Z., 2014. Ebeveyn besleme tarzı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*. ss. 224-230.
- Nasreddine, L. M., Kassis, A. N., Ayoub, J. J., Naja, F. A., & Hwalla, N. C., 2018. Nutritional Status and Dietary Intakes of Children amidst the Nutrition Transition: the Case of the Eastern Mediterranean Region. *Nutrition research*. **57**, pp. 12-27.
- Newman, C. L., Howlett, E., & Burton, S., 2014. Implications of fast food restaurant concentration for preschool-aged childhood obesity. *Journal of Business Research*, **67**(8), pp. 1573-1580.
- Nghiem, S., & Khanam, R., 2016. Childhood obesity and the income gradient: evidence from Australia. *Applied Economics*. **48**(50), pp. 4813-4822.
- Nowicka, P., Sorjonen, K., Pietrobelli, A., Flodmark, C. E., & Faith, M. S., 2014. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. *Appetite*, **81**, pp. 232-241.
- Olfert, M. D., Hagedorn, R. L., Leary, M. P., Eck, K., Shelnett, K. P., & Byrd-Bredbenner, C., 2019. Parent and School-Age Children's Food Preparation Cognitions and Behaviors Guide Recommendations for Future Interventions. *Journal of nutrition education and behavior*. pp. 1-9.
- Önal, S., Var, E. Ç., & Uçar, A., 2017. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ)'ni Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **6**(1), ss. 93-101.
- Özçetin, M., Yılmaz, R., Erkorkmaz, Ü., & Esmeray, H., 2010. Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özgün Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*. **45**(2), pp. 24-31.
- Özer, L., Bilgin, Z., Özalp, N., & Sarı, Ş., 2003. Ankara ilinde 5-11 yaş grubu okul çocuklarında çürük prevalansının değerlendirilmesi. *AÜ Diş Hek Fak Derg*. **30**, ss. 133-9.
- Öztürk, A., & Aktürk, S., 2011. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **10**(1), ss. 53-60.
- Padez, C., Mourao, I., Moreira, P., & Rosado, V., 2005. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*. **94**(11), pp. 1550-1557.

- Pekmez, C. T., Samur, G., Aydemir, Y., Özen, H., & Yüce, A., 2015. İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Çocuklarda Malnütrisyon ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Journal of Nutrition and Dietetics*. **43**(3), ss. 205-212.
- Petrauskienė, A., Žaltauskė, V., & Albavičiūtė, E., 2015. Family socioeconomic status and nutrition habits of 7–8 year old children: cross-sectional Lithuanian COSI study. *Italian journal of pediatrics*. **41**(1), pp. 34.
- Phantumvanit, P., Makino, Y., Ogawa, H., Rugg-Gunn, A., Moynihan, P., Petersen, P. E., ... & Baez, R., 2018. WHO global consultation on public health intervention against stably childhood caries. *Community dentistry and oral epidemiology*. **46**(3), pp. 280-287.
- Powers, S. W., Chamberlin, L. A., Van Schaick, K. B., Sherman, S. N., & Whitaker, R. C., 2006. Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. *Obesity*, **14**(11), pp. 2026-2033.
- Qiao, Y., Ma, J., Wang, Y., Li, W., Katzmarzyk, P. T., Chaput, J. P. & Lambert, E. V., 2015. Birth weight and childhood obesity: a 12-country study. *International journal of obesity supplements*, **5**(S2), pp. 74.
- Ramos, C., & Navas, J., 2015. Influence of Spanish TV commercials on child obesity. *Public health*. **129**(6), pp. 725-731.
- Reifsnider, E., Shin, C. N., Todd, M., Jeong, M., Gallagher, M., & Moramarco, M., 2016. How Did They Grow: An Intervention to Reduce Stunted Growth in Low-Income Mexican-American Children. *Research in Nursing & Health*, **39**(2), pp. 105-120.
- Saelens, B. E., Sallis, J. F., Frank, L. D., Couch, S. C., Zhou, C., Colburn, T., & Glanz, K., 2012. Obesogenic neighborhood environments, child and parent obesity: the Neighborhood Impact on Kids study. *American journal of preventive medicine*. **42**(5), pp. 57-64.
- Sans, C., Gómez, B., Luque, V., Ferré, N., Ferrando, P. J., Gispert-Llauradó, M., & Closa-Monasterolo, R., 2016. Validation of the Child Feeding Questionnaire in Spanish parents of school children. *Journal of nutrition education and behavior*. **48**(6), pp. 383-391.
- Savaşhan, Ç., Erdal, M., Sarı, O., & Aydoğan, Ü., 2015. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **19**(1), ss. 14-21.
- Sert, S., & Kapusuz, F., 2010. Açıkta Satılan Gıdalar: Öğrencilerin Görüşleri ve Tercih Etme Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. **5**(3), ss. 25-35.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C., 2008. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*. **99**(1), pp. 22-25.

- Schellong, K., Schulz, S., Harder, T., & Plagemann, A., 2012. Birth weight and long-term overweight risk: systematic review and a meta-analysis including 643,902 persons from 66 studies and 26 countries globally. *PloSone*, **7**(10), pp. 47776.
- Shang, L., Wang, J., O'Loughlin, J., Tremblay, A., Mathieu, M. È., Henderson, M., & Gray-Donald, K., 2015. Screen time is associated with dietary intake in overweight Canadian children. *Preventive medicine reports*, **2**, pp. 265-269.
- Ślotwińska, S. M., & Ślotwiński, R., 2015. Host response, obesity, and oral health. *Central-European journal of immunology*, **40**(2), pp. 201-205.
- Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S., & Prochaska, J. J., 2019. National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014. *International Journal of Obesity*, **43**(2), pp. 402.
- Spruijt-Metz, D., Lindquist, C. H., Birch, L. L., Fisher, J. O., & Goran, M. I., 2002. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. *The American journal of clinical nutrition*, **75**(3), pp. 581-586.
- Suliga, E., Cieśla, E., & Pietraszkiewicz, M. J., 2018. Assessment of vitamins and minerals content in the diets of preschool children. *Journal of Education, Health and Sport*, **8**(9), pp. 794-802.
- Surjadi, F. F., Takeuchi, D. T., & Umoren, J., 2017. Racial and ethnic differences in longitudinal patterns of family mealtimes: Link to adolescent fruit and vegetable consumption. *Journal of nutrition education and behavior*, **49**(3), pp. 244-249.
- Sutin, A. R., & Terracciano, A., 2018. Mother and child personality traits associated with common feeding strategies and child body mass index. *Appetite*, **125**, pp. 295-301.
- Sylvetsky-Meni, A. C., Gillepsie, S. E., Hardy, T., & Welsh, J. A., 2015. The impact of parents' categorization of their own weight and their child's weight on healthy lifestyle promoting beliefs and practices. *Journal of obesity*, pp. 1-7.
- Şanlıer, N., & Güler, A., 2005. İlköğretimin ikinci kademesinde eğitim gören öğrencilere verilen beslenme eğitiminin öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi ve alışkanlıklarına etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, **33**(2), ss. 31-38.
- Şimşek, I., Yabancı, N., & Turan, Ş., 2009. Okul çağı çocuklarının beslenme çantalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, **19**(19), ss. 99-112.
- Tokuç, B., Berberoğlu, U., & Ekuklu, G., 2009. Reklam ve Çocuklar: Çocukların Gıda Markalarını Tanıması, Beslenme Alışkanlıklarını ve Gıda Tercihlerini Etkiliyor mu? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **8**(6), ss. 459-464.
- Tola, H. T., Akyol, P., Eren, E., Dündar, N., & Dündar, B., 2007. Isparta'daki çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığı ve obeziteyi etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi*, **7**(2), ss. 100-104.
- Tompkins, C. L., Seablom, M., & Brock, D. W., 2015. Parental perception of child's body weight: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, **24**(5), pp. 1384-1391.

- Tschammler, C., Simon, A., Brockmann, K., Röbl, M., & Wiegand, A., 2019. Erosive tooth wear and caries experience in children and adolescents with obesity. *Journal of Dentistry*. **83**,pp. 77-86.
- Tschann, J. M., Martinez, S. M., Penilla, C., Gregorich, S. E., Pasch, L. A., de Groat, C. L., & Butte, N. F., 2015. Parental feeding practices and child weight status in Mexican American families: a longitudinal analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. **12**(1), pp. 66.
- Tumin, R., & Anderson, S. E., 2017. Television, home-cooked meals, and family meal frequency: associations with adult obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. **117**(6), pp. 937-945.
- Tutar, E., Boran, P., Öktem, S., Tokuç, G., & Çalışkan, B., 2012. Malnutrition in Hospitalized Pediatric Patients: A Comparison of the National Turkish and World Health Organization (WHO) Child Growth Standards. *Marmara Medical Journal*, **25**(3). ss. 128-132.
- Uskun, E., Öztürk, M., Kişioğlu, A., & Kırbıyık, S., 2005. İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. **12**(2), ss. 19-25.
- Ünal, F., 2011. İştahsız Çocuklara Klinik Yaklaşım. *Güncel Pediatri*. **1**(9), ss. 79-84.
- Ünsür, E., Gündoğan, B., Ünsür, M & Okan, F., 2014. Emziren Annelerin Emzirme ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Euras J FamMed*.**3**(1), ss. 33-40.
- Ünüsan, N., 2001. Okul öncesi çocukların yeme problemlerinin incelenmesi. *Çocuk Forumu*, **4**(1), ss. 10-2.
- Velardo, S., & Drummond, M., 2019. Australian children's discourses of health, nutrition and fatness. *Appetite*. **138**, pp. 17-22.
- Veugelers, P. J., & Fitzgerald, A. L., 2005. Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison. *American journal of public health*. **95**(3), pp. 432-435.
- Wang, Y., & Wang, L., 2017. Child obesity and health. *International Encyclopedia of Public Health*.**2**(1), pp. 487-501.
- Wardle, J., & Carnell, S., 2007. Parental feeding practices and children's weight. *Acta Paediatrica*, **96**, pp. 5-11.
- Yabancı, N., Kısaç, İ., & Karakuş, S. Ş., 2014. The effects of mother's nutritional knowledge on attitudes and behaviors of children about nutrition. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. **116**, pp. 4477-4481.
- Yang, W. Y., Burrows, T., Mac Donald-Wicks, L., Williams, L. T., Collins, C. E., & Chee, W. S. S., 2018. Parent-child feeding practices in a developing country: Findings from the Family Diet Study. *Appetite*. **125**, pp. 90-97.
- Yılmaz, S. K., & Özel, H. G., 2016. Okul çağı çocuklarda şekerli içecek tüketimi ile obezite riski arasındaki ilişki. *Journal of Nutrition and Dietetics*. **44**(1), ss. 3-9.

Zacarías, G., Shamah-Levy, T., Elton-Puente, E., Garbus, P., & García, O. P., 2019. Development of an intervention program to prevent childhood obesity targeted to Mexican mothers of school-aged children using intervention mapping and social cognitive theory. *Evaluation and program planning*, **74**, pp. 27-37.



Diğer Yayınlar

Akan, M., (2019). Adölesanlarda Beslenme Egzersiz Davranışları ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki. *Master's thesis*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Arıkan, O., (2017). Beslenme dostu okul projesinin okul çağı çocuklarında beslenme alışkanlıklarına ve antropometri üzerine etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İzmir.

Camcı, N., (2010). Çocuk besleme anketi'nin (Child Feeding Questionnaire-CFQ) geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması ve Türk ebeveynlerine uygulaması. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Epözdemir, B., (2013). İlkokul öğrencilerinin ailelerinin aile işlevleri, çocuğun beslenmesindeki tutum ve davranışları ile çocuğun beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Erişik, E., (2012). 1-12 yaş çocuğu olan annelerin çocuk besleme ve gıda katkıları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Filiz, B., (2015). İstanbul ilinde bir ilkokulda obez olan ve olmayan 5-7 yaş arası okul çağı çocuklarında besin alımını etkileyen faktörler. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi SBE.

Günlü, Z. (2010). Okul çağı çocuklarının besin seçimi ve beslenme davranışları üzerinde reklamların etkisi. *Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Gürün, H. (2017). Ebeveynlerde Yeme Davranışı ile Ebeveyn Besleme Tarzı Arasındaki İlişki ve Erken Çocukluk Çağı Obezitesi Üzerine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Kanioğulları, A. O., (2015). Lefkoşa'da Kreş ve Anaokuluna Devam Eden Çocukların Beslenme Davranışlarına ve Vücut Ağırlığına Annenin Çocuk Besleme Tutum ve Davranışlarının Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Kuzey Kıbrıs: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karadağ, N., (2009). İştahsız çocukların büyüme, gelişme ve yemek seçimi ile anne bilgi düzeyi ve duygusal durumunun birlikte değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. Ankara: Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Köroğlu, S. (2009). Okulöncesi dönem 4-6 yaş arası çocuklarda aileden kaynaklanan beslenme bozukluklarının incelenmesi. *Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Özdoğan, Y. (2006). Konya il merkezinde farklı sosyo ekonomik düzeylerdeki ilköğretim okullarına devam eden çocukların kahvaltı yapma alışkanlıklarının saptanması. *Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sarıtekin, S., (2010). “Edirne Merkez Kreş ve Anaokullarına Kayıtlı 2-6 Yaş Grubu Çocukların Büyüme Gelişme Durumları ve Etkileyen Etmenler”. *Yüksek Lisans Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

TCSB. Beslenme durumunun saptanması, 2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Ayüzde2014.pdf> [erişim tarihi 22 Mart 2019], s.14.

TCSB, Diyet Posası ve Beslenme, 2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Byüzde2011.pdf> [erişim tarihi 20 Mart 2019], s.7.

TCSB, Türkiye Beslenme Rehberi, 2015, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>[erişim tarihi 20 Mart 2019], s.105.

TCSB. Türkiye’de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi araştırma raporu, 2011, <https://docplayer.biz.tr/30539-Turkiye-de-okul-cagi-cocuklarında-6-10-yas-grubu-buyumenin-izlenmesi-tocbi-projesi-arastirma-raporu.html> [erişim tarihi 22 Mart 2019], s.10.

TÇGHBD, Oyun Çocukluğu Dönemi Beslenme Rehberi, 2017. <http://pedgastro.org/icerik/beslenme-rehberi-1.PDF> [15 Mart 2019], s.11.

TNSA, Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı, 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf [25 Mayıs 2019].

Törüner, E., (2009). Şişman Okul Çağı Çocuklarında Kilo Yönetim Programının Uygulanması. *Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2018 <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95velocale=tr> [17 Mayıs 2019].

Uzşen, H., (2016). Okul çağı çocuklarının beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve oyunla beslenme eğitiminin beslenme alışkanlıklarına etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

WHO, Global nutrition policy review, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275990/9789241514873-eng.pdf?ua=1> [15 Nisan 2019], s.1.

Yavuzer, H., ve Şirin, M., 2013. Bildiriler Kitabı. *Türkiye Çocuk ve Medya Kongresi*. Kasım 2013 İstanbul, Nişantaşı İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları, ss. 243-253.

Yılmazbaş, P., (2018). Okul Çağı Çocuklarının Vücut Kitle İndeksi ve Vücut Yağ Oranlarını Etkileyen Faktörler. *Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.