
Araştırma Makalesi / Research Article

Bitlis İli'ndeki Obez Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Obeziteye ve Çocuklarına Yaklaşımı

Aziz AKSOY¹, Seda OĞUR^{2*}, Esmâ AKSOY KENDİLCİ¹

¹Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Rahva Yerleşkesi, Bitlis

²Bitlis Eren Üniversitesi, Mühendislik-Mimarlık Fakültesi, Gıda Mühendisliği Bölümü, Rahva Yerleşkesi, Bitlis

Özet

Bu çalışmada 2014 yılında, Bitlis İlinde ikamet eden, obez çocuğa sahip ebeveynlerin (s=50) çocukluk çağı obezitesine ve obez çocuklarına olan yaklaşımları ile ailenin yapısı ve sosyo-demografik özelliklerinin çocukluk çağı obezitesinin gelişimini nasıl etkilediği, obeziteyle ne kadar mücadele edebildikleri, bu mücadeleleri esnasında çocuklarına ne şekilde davrandıkları ve yaklaşımlarının hangi faktörlere göre değiştiğini incelemek amaçlanmıştır. Kesitsel araştırma olarak planlanan çalışmada veri toplama aracı olarak; 26 soruluk bilgi formu ve 13 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS 20® programında, sıklık ve Pearson ki-kare testleriyle değerlendirilmiş, p<0.05 düzeyi istatistiki açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Ebeveynlerin %68'i çocuklarının diğer çocuklara göre sağlıklı olduğunu ve %76'sı çocuklarının obezite sorunu olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Ebeveynlerin %72'si yeme-içme konusunda obez çocuklarına baskı yapmadığını, %28'i ise fiziksel veya psikolojik baskı uyguladığını belirtmiştir. Ebeveynlerin %40'ı bu sorunu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurmadığını dile getirmiştir. İl ve ilçede yaşayan ebeveynler çocuklarının obezitesini büyük bir sorun olarak gördüklerini ifade etmiştir (p<0.05). Köyde yaşayan ebeveynlerin %75'i ise çocuklarına obeziteyi nedeniyle alay eder şekilde tepki verdiğini belirtmiştir (p<0.05). Ebeveynlerin eğitim seviyeleri ile çocukları obez olduğu için kendini suçlama durumları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). İncelenen bazı sosyo-demografik özelliklere (ebeveynlerin eğitim durumu, mesleği ve yaşadıkları yer) göre ebeveynlerin çocukluk çağı obezitesine ve obez çocuklarına olan yaklaşımlarının farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu mücadelelerinde başarılı olabilmeleri için ebeveynlerin konuyla ilgili uzman kişilerden yardım almaları gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı obezitesi, obeziteye yaklaşım, ebeveyn, aile yapısı, Bitlis.

The Approach of Parents Had Obese Children, Residing in Bitlis, to Obesity and Their Children

Abstract

In this study has been aimed to determine the approach of parents (n=50) had obese children, residing in Bitlis, to childhood obesity and obese children and to investigate how the family structure and socio-demographic characteristics affect the development of childhood obesity, what extent they could struggle with obesity, in what way behaved to their children during these struggles and their approaches varied according to which factors in 2014. In the study planned as cross-sectional study, as the data collection tool was used 26 questions information form and a 13-item questionnaire. Obtained data has been evaluated by the IBM SPSS 20® program with frequency and Pearson chi-square tests, p<0.05 level has been accepted significantly as statistical. Some parents (68%) have been stated that they thought that their children are unhealthy than other children and 76% of parents have been stated that they thought that their children have obesity problem. Some parents (72%) have been indicated that they don't restrict to children about eating-drinking, 28% of parents have been indicated that they restrict children physical or psychological. Some parents (40%) have been expressed that they contacted to any method for eliminate this problem. Some parents living in the city and in the town have been stated that they see obesity of their children as a big problem (p<0.05). Some parents (75%) living in the village have been indicated that reacted sarcastic to their children because obesity of their children (p<0.05). The difference between education level of parents and states of self-blame for being their children obese has been found significant (p<0.05). It has been seen that parents's approach has shown to vary to childhood obesity and to their obese children according to some examined socio-demographic characteristics (parental education level, occupation and place of residence). It will be much more accurate that parents getting help from experts about this issue to be successful in this struggle.

Keywords: Childhood obesity, approach to obesity, parent, family structure, Bitlis.

* Sorumlu Yazar: sdogur@beu.edu.tr

Geliş Tarihi: 05.02.2016, Kabul Tarihi: 22.11.2016

1. Giriş

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olan obezite iş gücünü azaltması, ülke ekonomisini etkilemesi ve kişiyi toplumdan soyutlaması nedeniyle sosyal bir sorundur [1]. Obezite etiyojisinde genetik, beslenme şekli ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Sedanter hayatın verdiği rahatlık ve fiziksel aktivitelerin azalması, hazır gıdalara yöneliş, besin tüketim şekli ve çabuk yeme alışkanlıkları, vücut ağırlığı artışlarına neden olmaktadır [2]. Obezite gelişmiş ülkelerde, özellikle de batı toplumunda en yaygın sağlık tehdididir ve genel sağlık üzerinde etkisi ve prevalansı hızla artmaktadır. İnsan ömrünün çok uzun olmadığı dönemlerde obezite; güç, refah ve sağlık göstergesi iken, günümüzde tedavi edilmesi gereken bir hastalık, bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir [3].

Amerikan halkı arasında obezitenin nedenleri hakkında “aile içinde geçiş gösterir”, “oburluğun ve tembelliğin sonucudur” ve “şişmanların bünyesi onların şişman olmasına neden olmaktadır” gibi bazı inanışlar mevcuttur. Obezite konusunda yapılan çalışmalar obezite hakkındaki bu görüşlerin tam olarak doğru olmadığını göstermektedir [4].

Çocukluk çağı obezitesinin gelişimini etkileyen ilk ortam aile ortamıdır. Ailelerin obez olma durumu, sosyo-ekonomik durumu, ailenin eğitim seviyesi ve aile tipi çocukluk çağı obezitesini etkilemektedir [5]. Küçük çocuklarda düzenli yeme alışkanlığı aileler ve bakıcılar tarafından üstlenildiği için çocuğun yaşadığı ortamdaki kişiler önemli bir rol oynamaktadır. Ailenin yeme tercihleri, evdeki yemek çeşitleri, yeme şekli obezitenin oluşup oluşmamasında etkili bir role sahip olan sosyal ve duygusal çevre etkenlerindedir [6].

Hayatın ilk yılında yağ hücrelerinin büyüklükleri yaklaşık iki kat artar, ancak ileriki dönemlerde obezite gelişip gelişmeyeceğine karar vermede bu dönemdeki obezite iyi bir gösterge değildir. Çocukluk yaş grubunun ikinci dönemi 4-11 yaşları arasındadır. Bu dönemdeki obezite daha sonraki dönemde de devam etme bakımından önemlidir [7]. Bebeklik döneminde başlayan obezitenin yaşla birlikte kendiliğinden düzelmesi mümkün olmasına karşın çocukluk ve adolesan dönemde başlayan obezitenin erişkin dönemde devam etme riski yüksektir [8].

Fiziksel aktivite azalmasının obezite gelişiminde önemi büyüktür. Ekonomik olarak gelişmiş toplumlarda yaşayan insanlar, gelişmekte olan toplumlardakilere göre daha çok obez olma eğilimindedirler. Daha az enerji harcanması, televizyon karşısında daha fazla vakit geçirme vücudun kullanmadığı fazla enerjiyi yağ olarak biriktirmesine neden olmaktadır [9].

Yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şekli ilerleyen yıllarda da beslenme alışkanlığını belirlemektedir. Kalori yönünden zengin besinlere erken başlamak ve bu besinlerden fazla miktarda vermek, çocuklarda obezitenin gelişimine neden olmaktadır. Ayrıca bireyler, adolesan dönemde obeziteye neden olabilecek sağlıksız beslenme alışkanlıkları da edinmektedirler [10-12].

Obezite ve psikolojik faktörler arasında ilişki olduğu kabul edilmektedir. Ev ortamının huzursuz olması, aile içi yaşanan olumsuz ilişkiler, çocuğun anne ya da babadan ayrı yaşaması çocuğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda arkadaş edinememe, sosyal faaliyetlere katılamama gibi davranış bozuklukları gelişebilir. Bunlar ise bireyi pasif duruma getirerek aşırı yeme davranışının gelişimine ve obezitenin oluşumuna neden olmaktadır [13-16]. Ayrıca adolesan dönemde bulunan obez çocuklarda ortaya çıkan psikolojik bozukluklar da obezitenin artmasına neden olmaktadır [12].

Çocukluk çağı obezitesi özellikle gelişmiş ülkelerde olmakla birlikte, bütün dünyada artan bir prevalansa sahiptir [17]. Obezite sıklığındaki artış bir epidemi olarak tanımlanabilecek düzeyde ciddi bir artıştır. Obezite prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte tüm dünyada son 20 yılda hızla artmaktadır. Uluslararası Obezite Komisyonunun 2003 yılı raporunda dünya çapında 5-17 yaş arası 10 çocuktan birinin obez olduğu bildirilmiştir [3].

Obezite küresel boyutta bir halk sorunu haline gelmiştir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease-Kardiyovasküler Hastalıkta Trendlerin ve Belirleyicilerin Çokuluslu İzlenmesi) çalışmasında obezite prevalansında 1980-1990 yılları arasında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir [18].

Fazla vücut ağırlığına sahip olma DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki yetişkinlerin %30-80'ini etkilemektedir. Çocuk ve adölesanların %20'den fazlası fazla vücut ağırlığına sahip iken bunların üçte biri obezdir. Özellikle çocuk ve adölesanların %20'den fazlası fazla vücut ağırlığına sahip iken, bunların üçte biri obezdir. Çocukluk çağı obezitesi prevalansındaki yıllık artış oranı gittikçe yükselmektedir ve güncel oran 1970'lerdekinin 10 katı kadardır [19].

DSÖ tarafından 2007-2008 yılında yürütülen Okul Çağı Çocuklarında Sürveyans Girişimi'nin (The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI) ilk turunda elde edilen ölçüme dayalı boy uzunluğu ve vücut ağırlığı sonuçlarına göre 6-9 yaş çocuklarda fazla vücut ağırlığına sahip olma ve obezite %24 olarak bulunmuştur [20]. Aynı çalışmanın 2. Turunda (2009/2010) 6-9 yaş her 3 çocuktan birinin fazla vücut ağırlığına sahip ya da obez olduğu, ayrıca erkek çocukların %9-31'inin, kız çocukların ise %6-21'inin obez olduğu kaydedilmiştir [21].

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 2009/2010 döneminde yapılan Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışı (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC) çalışmasından elde edilen sonuçlar; 11 yaşındaki çocuklarda fazla vücut ağırlığına sahip olma ve obezite prevalansının %11-33, 13 yaşındaki çocuklarda %12-27 ve 15 yaşındaki çocuklarda %10-23 arasında olduğunu göstermiştir [22]. Küresel olarak, 2010 yılında 5 yaş altındaki fazla vücut ağırlığına sahip çocukların sayısının 42 milyondan fazla olduğu tahmin edilmektedir. Bu çocukların 35 milyona yakını gelişmekte olan ülkelere yaşamaktadır [23].

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES) 2009-2010 yılı sonuçlarına göre; yaklaşık 12.5 milyon çocuk ve adölesan (%16.9) obezdir. Bu çalışmada kızlarda obezite prevalansının %15, erkeklerde ise %18.6 olduğu saptanmıştır [24]. Yakın zamana kadar Türkiye'deki aileler tarafından çocuklardaki şişmanlık üzerinde durulmamış ve "şişman çocuk=sağlıklı çocuk" anlayışı yaygın bir biçimde kabul görmüştür. Fazla tartılı çocuklar için en fazla "boya gider" yorumu yapılmış, kaygı verici bir konu olarak görülmemiştir. Ancak son yıllarda dünya ile birlikte ülkemizde de artan obezite prevalansı ve çocukluk çağı obezitesiyle hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalık arasında yakın ilişki olduğunun anlaşılması toplumun çocukluk çağı obezitesine bakışını değiştirmiştir [25]. Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 yılı sonuçlarında 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri alınarak değerlendirilmiş ve bu yaş grubunun %8.2'sinin (Erkek:%9.1, Kız:%7.3) obez/şişman olduğu belirlenmiştir [26].

TBSA 2010 araştırmasında Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerlerine göre obezitenin en fazla görüldüğü bölgeler Doğu Marmara (%12.5), Ege (%11.4), Akdeniz (%11.4) ve İstanbul'dur (%10.8). Obezitenin en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla Güneydoğu Anadolu (%3.4), Doğu Karadeniz (%3.6), Kuzeydoğu Anadolu (%4.1) bölgeleridir [26].

Konuyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, çocukluk çağı obezitesinin oluşmasında ailede edinilen alışkanlıkların büyük rolünün olduğu ve yine çocukluk çağı obezitesiyle yapılacak mücadelede en etkin rolün aileye ait olduğu görülmektedir [5, 6].

Tüm bu nedenlerden dolayı ebeveynlerin çocukluk çağı obezitesine ve obez çocuklarına olan yaklaşımları ile ailenin yapısı ve sosyo-demografik özelliklerinin çocukluk çağı obezitesinin gelişimini nasıl etkilediği, obeziteyle ne kadar mücadele edebildikleri, bu mücadeleleri esnasında çocuklarına ne şekilde davrandıkları ve yaklaşımlarının hangi faktörlere göre değiştiği incelenmeye çalışılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Kesitsel araştırma olarak planlanan çalışmada, 2014 yılında, çalışmanın evrenini oluşturan Bitlis İlinde ikamet eden ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilen, BKİ değerlerine göre daha önce obez olduğu belirlenen 50 obez çocuk ve ebeveynleri örneklem olarak alınmıştır. Veri toplama aracı olarak; çocukların cinsiyeti, çocukların ve ebeveynlerin antropometrik özellikleri (yaş, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı), ebeveynlerin eğitim durumları ve meslekleri, ailenin bazı demografik özellikleri, annenin gebelik dönemindeki durumu, annenin çalışması durumunda çocuğa kimin baktığı gibi 26 soruyu içeren bilgi formu ve ebeveynlerin obeziteye ve obez çocuklarına olan yaklaşımlarını değerlendirmeyi sağlayacak 13 soruluk bir anket formu kullanılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak [27]; katılımcıların öz bildirimleriyle elde edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğu bilgilerinden "Vücut Ağırlığı/(Boy

uzunluğu)² (kg/m²)” formülü ile öğrencilerin BKİ değeri hesaplanmıştır. BKİ değerleri ≤18.5 (zayıf), 18.5-24.9 (normal vücut ağırlığı), 25.0-29.9 (fazla vücut ağırlığı), 30.0-34.9 (1. derece obez), 35.0-39.9 (2. derece obez) ve ≥40.0 (morbid obez) şeklinde ifade edilmektedir. Elde edilen veriler IBM SPSS 20® programında, sıklık ve Pearson ki-kare testleriyle değerlendirilmiş, p<0.05 düzeyi istatistikî açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

3. Bulgular ve Tartışma

Çalışmamıza dahil edilen obez çocukların cinsiyet, yaş aralığı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri dağılımı Çizelge 1’de verilmiştir.

Çizelge 1. Obez çocukların cinsiyet, yaş aralığı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri dağılımı

Cinsiyet	s	%	Yaş Aralığı	s	%
Kız	20	40	0-9.5	21	42
Erkek	30	60	10-14.5	22	44
			15-18	7	14
Boy Uzunluğu Aralığı			Vücut Ağırlığı Aralığı		
100-130 cm	15	30	20-45 kg	11	22
131-150 cm	15	30	46-70 kg	19	38
151-170 cm	16	32	71-90 kg	15	30
171-200 cm	4	8	91-110 kg	5	10
BKİ Değeri					
1. derece obez	49	98			
2. derece obez	1	2			

Obez çocukların %40’ının kız, %60’ının erkek olduğu tespit edilmiştir. Obez çocuklardan %42’sinin 0-9.5 yaş aralığında, %44’ünün 10-14.5 yaş aralığında, %14’ünün 15-18 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Obez çocukların %30’unun 100-130 cm aralığında, %30’unun 131-150 cm aralığında, %32’sinin 151-170 cm aralığında, %8’inin 171-200 cm aralığında olduğu saptanmıştır. Obez çocukların %22’sinin 20-25 kg aralığında, %38’nin 46-70 kg aralığında, %30’unun 71-90 kg aralığında, %10’unun 91-110 kg aralığında olduğu tespit edilmiştir. Çocuklardan %98’inin 1. derece obez, %2’sinin 2. derece obez olduğu belirlenmiştir (Çizelge 1). Obez çocukların ailelerinin bazı demografik özelliklerinin dağılımı Çizelge 2’de verilmiştir.

Çizelge 2. Obez çocukların ailelerinin bazı demografik özelliklerinin dağılımı

Aile Tipi	s	%	Evde Yaşayan Birey Sayısı	s	%
Çekirdek Aile	37	74	3	9	18
Geniş Aile	8	16	4	9	18
Parçalanmış Aile	5	10	5	10	20
			6	3	6
			≥7	19	38
Ailedeki Çocuk Sayısı			Ailenin Aylık Geliri		
1	5	10	500-1000 TL	4	8
2	10	20	1001 -3000 TL	32	64
3	12	24	3001 -5000 TL	10	20
4	3	6	5001 -10000 TL	4	8
≥5	20	40			
Ailenin Sosyo-Ekonomik Durumu			Ailenin Yaşadığı Yer		
İyi	20	40	Köy	12	24
Orta	20	40	İlçe	12	24
Kötü	10	20	İl	26	52
Ailenin Yaşadığı Konut Tipi					
Müstakil Ev	29	58			
Apartman Dairesi	21	42			

Ailelerin %74'ünün çekirdek aile yapısında, %16'sının geniş aile yapısında, %10'unun parçalanmış aile yapısında olduğu tespit edilmiştir. Obez çocukların aynı evi paylaştıkları birey sayısı incelendiğinde; %18'inin 3 birey ile, %18'inin 4 birey ile, %20'sinin 5 birey ile, %6'sının 6 birey ile, %38'inin ≥ 7 birey ile aynı evi paylaştıkları belirlenmiştir. Ebeveynlerin %10'unun 1 çocuk, %20'sinin 2 çocuk, %24'ünün 3 çocuk, %6'sının 4 çocuk, %40'ının ≥ 5 çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Ailelerin aylık gelir dağılımları değerlendirildiğinde; %8'inin 500-1000 TL aralığında, %64'ünün 1001-3000 TL aralığında, %20'sinin 3001-5000 TL aralığında, %8'inin 5001-10000 TL aralığında aylık gelir sahibi olduğu görülmüştür. Ailelerin öz değerlendirmelerine göre %40'ı sosyo-ekonomik durumunun iyi, %40'ı orta, %20'si kötü olduğunu belirtmiştir. Ailelerin %24'ünün köyde, %24'ünün ilçede, %52'sinin ilde yaşadığı tespit edilmiştir. Ailelerin yaşadığı konut tipleri değerlendirildiğinde; %58'i müstakil evde, %42'si apartman dairesinde yaşadığını ifade etmiştir (Çizelge 2).

Obez çocukların BKİ değerleri ile ailenin aylık geliri arasındaki farkın önemli ($p < 0.05$, $X^2 = 872.096$) olduğu bulunmuştur.

Sonuçlardan anlaşılacağı üzere bu çalışmaya dahil edilen obez çocukların çoğunluğunun yaşadığı ailedeki birey sayısının ve çocuk sayısının fazla, ailelerin çoğunluğunun sosyo-ekonomik durumlarının orta veya iyi, aylık gelirlerinin orta düzeyde olduğu ve ilde, müstakil evde yaşadıkları görülmüştür.

Gibson vd. [28], tek ebeveynli aileye sahip olma olasılığının ve evde birkaç kişinin yaşaması olasılığının artmasının çocuğun BKİ değerini ve sosyal dezavantajı arttırdığını belirtmiştir. Pirinççi vd. [29] aynı evde yaşayan kardeş sayısı arttıkça aşırı vücut ağırlığında olma ve obezite oranının düştüğünü ifade etmiştir.

Çocukta obezite görülme sıklığı ile ailenin gelir düzeyi, yaş, ırk ve cinsiyet faktörleri arasındaki ilişkinin değişkenlik gösterdiğine dair farklı bulgular mevcuttur [14]. ABD'nin Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES)'na göre çocukta obezite görülme sıklığı ile ailenin gelir düzeyi, yaş, ırk ve cinsiyet faktörleri arasında bağlantı gösterilememiştir [24].

Obezite geliştirmekte olan ülkelerdeki düşük gelir gruplarında yaygın [30, 31] iken; gelişmiş ülkelerdeki yüksek gelir gruplarında daha yaygındır [32, 33]. Türkiye geliştirmekte olan bir ülke olduğu için, hem sosyo-ekonomik ve hem de sosyo-demografik olarak aşırı vücut ağırlığı ve obezite, gelir durumundan doğrusal şekilde etkilenmektedir. Daha yüksek aylık gelire sahip ailelerin çocuklarında aşırı vücut ağırlığı ve obezite yaygınlığı orta ve daha düşük aylık gelire sahip ailelerin çocuklarındakinden önemli derecede daha yüksektir. Çünkü ailenin gelir düzeyi arttıkça çocuklar tarafından tüketilen yiyeceklerin çeşitliliği de artmaktadır [29].

Diğer ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalarda sosyo-ekonomik düzey ve obezite arasında değişken sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçların bazıları yüksek sosyo-ekonomik düzeyde ve bazıları da düşük sosyo-ekonomik düzeyde obezitenin prevalansının arttığı görüşündedir. Ancak geliştirmekte olan ülkelerde yapılan obezite prevalans araştırmalarında 50 ülkeden 32'sinde obezite prevalansının %2.3'ün altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun teşkil etmediği ifade edilmiştir [34, 35].

DSÖ'nün 2009/2010 yılında gerçekleştirdiği Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışı (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC) çalışması daha düşük sosyo ekonomik düzeyi olan bazı ülkelerde daha yüksek oranda fazla vücut ağırlığına sahip olma prevalansı olduğunu göstermiştir, bunun da obezitenin çevre (sağlıklı beslenmeye sınırlı erişim ve daha kısıtlı fiziksel aktivite imkanları) ile ilgili olduğu düşünülmektedir [22].

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ailelerin okul çağındaki çocuklarında obezite prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir [17, 36-38]. Sosyo-ekonomik olarak orta düzeydeki ailelerde görülmesi ülkemizdeki orta sosyo-ekonomik düzeydeki insanların gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini düşündürmektedir [36].

Sosyo-ekonomik durumu iyi olan annelerin çocukları, aşırı beslenme nedeniyle şişmanlarken, iyi olmayan ailelerin çocukları dengesiz beslenme nedeniyle şişmanlamaktadır. Dengeli beslenme alışkanlığı kazanmamış okul çağı çocuklarında ve gençlerde, yağ ve şeker içeriği yüksek, hazır yemek türü gıdalarla beslenme eğilimi yüksektir [39].

Kentte çok katlı konutlarda yaşama, oyun alanlarının yetersizliği, okullarda artmış bilgi yükü ve ödevler, seçme sınavlarına hazırlanma, televizyon seyretme ve bilgisayar kullanımının çocukların hareketlerini kısıtlayarak obeziteye zemin hazırladığı gözlenmiştir [40]. Ebeveynlerin BKİ değerleri, eğitim ve meslek durumları dağılımı Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 3. Ebeveynlerin BKİ değerleri, eğitim ve meslek durumları dağılımı

Annenin BKİ Değeri	s	%	Babanın BKİ Değeri	s	%
Zayıf	1	2	Normal	2	4
Normal	17	34	Pre-obez	41	82
Pre-obez	22	44	1. derece obez	5	10
1. derece obez	10	20			
Annenin Eğitim Durumu			Babanın Eğitim Durumu		
Eğitimi yok	11	22	Eğitimi yok	1	2
İlköğretim mezunu	27	54	İlköğretim mezunu	24	48
Lise mezunu	4	8	Lise mezunu	11	22
Üniversite mezunu	8	16	Üniversite mezunu	12	24
Annenin Mesleği			Babanın Mesleği		
Ev Hanımı	35	70	Devlet Memuru	11	22
Devlet Memuru	7	14	Serbest Meslek Sahibi	14	28
Serbest Meslek Sahibi	2	4	İşçi	7	14
İşçi	4	8	Özel Sektör Çalışanı	6	12
Özel Sektör Çalışanı	2	4	Çiftçi	10	20

Obez çocukların annelerinin özbildirimlerine dayalı olarak %2'sinin zayıf, %34'ünün normal vücut ağırlığında, %44'ünün fazla vücut ağırlığında (pre-obez), %20'sinin 1. derece obez olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %54'ünün ilköğretim mezunu, %8'inin lise mezunu, %16'sının üniversite mezunu olduğu ve %22'sinin hiçbir eğitim almadığı belirlenmiştir. Annelerin meslek durumları ele alındığında; %14'ünün devlet memuru, %4'ünün serbest meslek sahibi, %8'inin işçi, %4'ünün özel sektör çalışanı ve %70'inin ev hanımı olduğu görülmüştür (Çizelge 3).

Obez çocukların babalarının özbildirimlerine dayalı olarak %4'ünün normal vücut ağırlığında, %82'sinin fazla vücut ağırlığında (pre-obez), %10'unun 1. derece obez olduğu tespit edilmiştir. Babaların %48'inin ilköğretim mezunu, %22'sinin lise mezunu, %24'ünün üniversite mezunu olduğu ve %2'sinin hiç eğitim almadığı belirlenmiştir. Babaların meslek durumları ele alındığında; %22'sinin devlet memuru, %28'inin serbest meslek sahibi, %14'ünün işçi, %12'sinin özel sektör çalışanı ve %20'sinin çiftçi olduğu görülmüştür (Çizelge 3).

Bu çalışmadaki obez çocukların anne ve babalarının çoğunluğunun fazla vücut ağırlığında ve ilköğretim mezunu olduğu, ayrıca annelerin çoğunluğunun ev hanımı olduğu görülmüştür.

Annenin mesleği, anne ve babanın öğrenim düzeyi ve ebeveyn obezitesi çocukluk çağı obezitesinin gelişimini etkilemektedir [29, 41-46].

Ebeveynlerden birinin ya da ikisinin obez olmasının çocukluk çağı obezitesini arttırdığı bildirilmektedir [38, 47, 48]. Her iki ebeveyn obez ise çocuğun obez olma şansı %80, yalnızca biri obez ise oran %50, ikisi de obez değilse çocuğun obez olma oranı %9 olarak bulunmuştur [13, 14, 49].

Pirinççi vd. [29] ebeveynlerin aşırı vücut ağırlığında veya obez olmalarının çocukların aşırı vücut ağırlığında veya obez olma oranını arttırdığını bulmuşlardır. Birçok çalışmada obez ailelerin çocuklarının obez olma riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir [48, 50, 51]. Örneğin; Aktaş [52]'in çalışmasındaki obez öğrencilerin annelerinin %39.1'inin ve babalarının %31.6'sının 1. derecede obez olduğu belirlenmiştir.

Bazı çalışmalarda anne-baba eğitim düzeyi ile çocuğun obez olması arasında bağlantı kurulamazken, diğer bir kısım çalışmada da ters ilişki saptanmıştır [28, 53]. Sağlam ve Tarım [43] tarafından annesi veya babası obez ya da aşırı vücut ağırlığında, yüksek eğitim seviyesine sahip çocuklarda obezite riski daha fazla bulunmuştur.

Diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi yüksek ailelerin çocuklarında obezite prevalansının daha yüksek olduğu [54, 55], annenin eğitim düzeyi arttıkça aşırı vücut ağırlığında olma ve obezitenin oranının arttığı [56], Pirinççi vd. [29] tarafından da anne ve babanın öğrenim düzeyi azaldıkça, obezite riskinin azaldığını belirtilmiştir. Ancak diğer bazı çalışmalar

ebeveyn eğitim düzeyinin çocukluk çağı ağırlık durumunda artık önemli bir faktör olmadığını göstermiştir [48, 57].

Ebeveynin eğitim durumu ve meslek sahibi olmaları ile obezite arasındaki ilişki için de farklı iddalar olsa da, zor yaşam şartlarında ve kötü ortamlarda büyüyen çocukların obezite riskleri daha yüksektir [58, 59].

Pirinççi vd. [29] anne meslek durumu ve çocukların aşırı vücut ağırlığında ya da obez olması arasında ilişki bulamamışlardır.

Obez çocukların annelerinin gebelik dönemindeki beslenme, gestasyonel diyabet (GD) geçirme ve iştah durumu dağılımı Çizelge 4'te verilmiştir.

Çizelge 4. Annelerin gebelik dönemindeki beslenme, gestasyonel diyabet (GD) geçirme ve iştah durumu dağılımı

Annenin Gebelik Dönemindeki Beslenme Durumu	s	%
İyi	21	42
Orta	28	56
Annenin Gebelik Döneminde GD Geçirme Durumu		
Evet	11	22
Hayır	38	76
Annenin Gebelik Dönemindeki İştah Durumu		
İyi	26	52
Orta	23	46

Annelerin gebelik dönemindeki beslenme durumları değerlendirildiğinde; %42'sinin beslenme durumunun iyi, %56'sının orta olduğu tespit edilirken; 1 anne (%2) gebelik dönemindeki beslenme durumu hakkında görüş bildirmemiştir. Annelerin gebelik döneminde gestasyonel diyabet (GD) geçirip geçirmeme durumları incelendiğinde; %22'sinin gestasyonel diyabet geçirdiği, %76'sının gestasyonel diyabet geçirmediği belirlenirken; 1 anneden (%2) gestasyonel diyabet geçirme durumu hakkında yanıt alınamamıştır. Annelerin gebelik dönemindeki iştah durumları ele alındığında; %52'sinin iştah durumunun iyi, %46'sının orta olduğu tespit edilmiş, ancak yine 1 anne (%2) iştah durumu hakkında görüş bildirmemiştir (Çizelge 4).

Obezite gestasyonel diyabet için güçlü bir risk faktörü olup [60], obez annelerin ve gebelikte aşırı vücut ağırlığında olan annelerin çocukları, çocukluk döneminden erken yetişkinliğe kadar daha fazla vücut ağırlığında olmaya eğilimlidirler [61]. Yapılan bir çalışmada 11.994 adölesanda "Growing Up Today" çalışmasının sonuçlarına yer verilmiş, gestasyonel vücut ağırlığı artışının BKİ ile doğrudan ilişkili olduğu ve adölesanda obezite için risk faktörü olduğu belirtilmiştir [62]. Gebelik döneminde görülen gestasyonel diyabetin de çocuklarda obezite ve tip 2 diyabet riskini arttırdığı belirtilmektedir [41, 63-65].

Anne karnındaki ortam insan yavrusunun gelişiminde karşılaştığı ilk çevredir. Annenin sağlık durumu, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı, metabolik özellikleri fetusu etkiler. Fetusun bu dönemde annesinde hiperglisemi veya fetusta intauterin büyüme geriliği görülmesi durumunda obezite için risk etmeni oluşabilir. Obezite gelişimindeki başka bir faktör intrauterin dönemin ikinci yarısında başlayan yağ dokusu oluşumudur. Doğumda yağ dokusunun oluşumunu etkileyen etmenler, genetik yatkınlık, annenin obez olması, gebelikte aşırı vücut ağırlığında olması, gestasyonel veya pregestasyonel diyabetin varlığı, annenin malnütrisyon, sigara içme, plasental yetmezlik ve postmatüredir. Obezite gelişimini etkileyen diğer bir faktör de hipotalamik gelişimdir. Hipotalamusta açlık-tokluk merkezlerinin olgunlaşması fetal yaşamın son trimesterinde oluşur. İntrauterin enerji yetersizliği hipotalamik gelişimi etkilemekte ve iştah dengesini bozarak postnatal dönemde obeziteye neden olabileceği bildirilmektedir. Gebelikte fizyolojik olmayan yeme davranışları, aşırı yeme, diyabet varlığı daha sonra obezite için risk etmeni oluşturabilir. Gebelikte alınan ağırlık 16 kg'ın üzerinde ise, çocukların 17 yaşında beden kitle indekslerinin 90. persentilin üzerinde olma olasılığı artmaktadır [2].

Çizelge 4'teki verilere bakıldığında; gebelik dönemindeki beslenme durumunu "orta" olarak değerlendiren, gestasyonel diyabet geçirmeyen, orta derecede iştahı olan annelerin çocuklarının da obez olması, bu durumun oluşumunda diğer faktörlerin daha etken olduğunu göstermektedir.

Annelerin çalışma durumu ve obez çocukların bakımını üstlenen kişilerin dağılımı Çizelge 5'te verilmiştir.

Çizelge 5. Annelerin çalışma durumu ve obez çocukların bakımını üstlenen kişilerin dağılımı

Annenin Çalışma Durumu	s	%
Çalışıyor	15	30
Çalışmıyor	35	70
Obez Çocuğun Bakımını Üstlenen Kişiler		
Bakıcı	4	8
Aile Büyüğü	7	14
Komşu	1	2
Akraba	2	4
Kendisi	1	2

Annelerin %30'unun çalıştığı, %70'inin çalışmadığı saptanmıştır. Annelerden çalışıyor durumda olanların mesai saatleri içerisinde çocuklarının bakım ve gereksinimlerini kimlerin üstlendiği değerlendirildiğinde; çocukların %8'ine çocuk bakıcısının, %14'üne aile büyüklerinin, %2'sine komşunun, %4'üne akrabasının, %2'sine annenin kendisinin baktığı belirlenmiştir (Çizelge 5).

Annenin dışarıda çalışmasının obezite riskini arttırdığı [29] belirtilmektedir. Arluk vd. [66] çocuklarda obezite görülmesi ve çalışan ebeveynlere sahip olunması arasında pozitif bir ilişki kurmuşlardır. Düşük eğitim düzeyine sahip annelerin çalışma eğilimde olmadıklarını, çalışan annelere göre daha çok yemek pişirme ve çocuklarını besleme eğilimde olduklarını, çalışmayan annelerin çocuklarına hem okulda hem de evde yiyebilecekleri yiyecekler hazırlamak için daha çok zaman bulduklarını gözlemlemişlerdir.

Ebeveynlerin obez çocuklarıyla ilgili bazı düşüncelerinin ve obeziteyle mücadele amacıyla yaptıkları bazı davranışların dağılımı Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 6. Ebeveynlerin obez çocuklarıyla ilgili bazı düşüncelerinin ve obeziteyle mücadele amacıyla yaptıkları bazı davranışların dağılımı

	Evet		Hayır	
	s	%	s	%
Obez Çocuğun Sağlıklı Olduğu Düşüncesi	16	32	34	68
Çocuğun Obezite Sorunu Olduğu Düşüncesi	38	76	12	24
Obez Çocuğun Her İsteddiği Yiyecek ve İçeceği Temin Etme Durumu	25	50	25	50
Obez Çocuğun Yemesi-İçmesini Kısıtlama Durumu	21	42	29	58

Ebeveynlerin obez olan çocuklarının diğer çocuklara göre sağlıklı olup olmamaları konusundaki düşünceleri değerlendirildiğinde; %32'sinin obez çocuklarının diğer çocuklara göre sağlıklı olduğunu, %68'inin ise obez çocuklarının diğer çocuklara göre sağlıklı olmadığını düşündüğü tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %76'sının obez çocuklarının obezite sorunu olduğunu, %24'ünün obezite sorunu olmadığını düşündüğü belirlenmiştir. Çocuklarının her istediği yiyecek ve içeceği temin edip etmeme durumları ele alındığında; ebeveynlerin %50'sinin obez çocuklarının her istediği yiyecek ve içeceği temin ettiği, %50'sinin ise obez çocuklarının her istediği yiyecek ve içeceği temin etmediği bulunmuştur. Ebeveynlerin %42'sinin obez çocuklarına yönelik yeme-içme konusunda kısıtlama yaptığı, %58'inin kısıtlama yapmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 6).

Aile, çocuğun sağlıklı ev şartlarını sağlayan en önemli göreve sahiptir. Çocuk ve gençler aileden model alarak yeme alışkanlıklarını geliştirmektedir [67]. Aşırı yeme olanakları ve evde bulunan yiyecekler bir çocuğun beslenmedeki seçiciliğini etkilemektedir. Evde bulunan ve ulaşılabilen besinlerden ebeveynler sorumludur. Anne ve babanın beslenme alışkanlıkları çocuğa örnek olacak beslenme modelidir [2].

Ebeveynlerin obez çocuklarına karşı gösterdikleri bazı davranışların dağılımı Çizelge 7'de verilmiştir.

Çizelge 7. Ebeveynlerin obez çocuklarına karşı gösterdikleri bazı davranışların dağılımı

	Evet		Hayır	
	s	%	s	%
Obezite Durumundan Dolayı Çocuğu Suçlama Durumu	13	26	37	74
Obezite Durumundan Dolayı Kendisini Suçlama Durumu	14	28	36	72
Obez Çocuğa Baskıda Bulunma Durumu	14	28	36	72
Obez Çocuğu ile Alay Etme Durumu	18	36	32	64
Çocuğun Obez Olmasının Sorun Olması Durumu	29	58	21	42
Obez Çocuğu ile İletişimlerinin Tam Olduğu Düşüncesi	41	82	9	18

Ebeveynlerin obez çocuklarını obezite durumundan dolayı suçlayıp suçlamadığı sorusuna; %26'sının evet, %74'ünün ise hayır dediği tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %28'i çocuklarının obezite durumundan dolayı kendilerini suçladığını, %72'si çocuklarının obezite durumundan dolayı kendilerini suçlamadığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin obez çocuklarına karşı herhangi bir şekilde psikolojik veya fiziksel baskıda bulunup bulunmama durumları ele alındığında; %28'inin baskı yaptığı, %72'sininin baskı yapmadığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin, çocuklarının obezite durumundan dolayı alay eder şekilde tepki verip vermeme durumları değerlendirildiğinde; %36'sının bu duruma alay eder şekilde tepki verdiği, buna karşın %64'ünün alay eder şekilde tepkide bulunmadığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin %58'i çocuğun obez olmasının kendileri için sorun olduğunu, %42'si sorun olmadığını belirtmiştir. Ebeveynlerin %82'sinin çocukları ile iletişimlerinin tam olduğunu, %18'inin çocukları ile iletişimlerinin tam olmadığını düşündüğü belirlenmiştir (Çizelge 7).

Aile içi yaşanan olumsuz ilişkiler, çocuğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda çeşitli davranış bozuklukları, psikolojik bozukluklar gelişmekte; bunlar ise bireyi pasif duruma getirerek aşırı yeme davranışının gelişimine ve obezitenin oluşumuna neden olmaktadır [13-16].

Obezite ve psikolojik etmenler arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Anne-baba-çocuk arasındaki olumsuz ilişkiler, okulda başarısızlık, arkadaş edinememe çocuğun ruhsal yapısını etkileyip aşırı yemeye neden olabilmektedir [13, 68].

Ailenin ilgisizliği, aile bakımının yetersiz olması yeme alışkanlıklarını belirlemektedir. Ailenin yoğun ve telaşlı yaşam tarzı çocuğu ile daha az zaman geçirmesine, yemek hazırlama fırsatının azalmasına, çocukların tv, bilgisayar başında daha çok zaman geçirmesine ve dolayısıyla obezitenin artışına neden olmaktadır [67].

Ebeveynlerin obez çocuklarının obezite durumunu ortadan kaldırabilmek için yaptıkları uygulamaları ile ilgili dağılım Çizelge 8'de verilmiştir.

Çizelge 8. Ebeveynlerin obez çocuklarının obezite durumunu ortadan kaldırabilmek için yaptıkları uygulamaları ile ilgili dağılım

Herhangi Bir Yönteme Başvurma Durumu	s	%
Evet	30	60
Hayır	20	40
Başvurulan Yöntem		
Spor Salonu	4	13.3
Diyetisyen	10	33.3
Spor Salonu+Diyetisyen	6	20
Spor Salonu+Diyetisyen+Başka Yöntemler	2	6.7
Spor Salonu+Diyetisyen+Diğer Diyetler	1	3.3
Diyetisyen+Başka Yöntemler	4	13.3
Spor Salonu+Başka Yöntemler	2	6.7
Hepsi	1	3.3
Olumlu Sonuç Alma Durumu		
Evet	13	43.3
Hayır	16	53.3

Ebeveynlerin obez çocuklarının obezite durumunu ortadan kaldırabilmek için herhangi bir yönteme başvurup başvurmadıkları değerlendirildiğinde; %60'ının herhangi bir yönteme başvurduğu, %40'ının hiçbir yönteme başvurmadığı tespit edilmiştir. Herhangi bir yönteme başvuran ebeveynlerin

%13.3'ü spor salonuna, %33.3'ü diyetisyene, %20'si hem spor salonu hem de diyetisyene, %6.7'si spor salonu, diyetisyen ve başka yöntemlere, %3.3'ü spor salonu, diyetisyen ve internet ve televizyondan edindiği bilgilerle diyet uygulamaya, %13.3'ü diyetisyen ve diğer başka yöntemlere, %6.7'si spor salonu ve diğer başka yöntemlere, %3.3'ü ise bütün yöntemlere başvurduğunu ifade etmiştir. 30 ebeveynin başvurdukları yöntemlerden olumlu sonuçlar alıp almadıkları ele alındığında; %43.3'ünün olumlu sonuç aldığı, %53.3'ünün olumlu sonuç alamadığı tespit edilmiş olup, sonuçlar konusunda görüş bildirmeyen 1 ebeveyn olmuştur (Çizelge 8).

Araştırmada ayrıca obez çocukların aile tipi ve aynı evi paylaştıkları birey sayısı, ailedeki çocuk sayısı, ailenin aylık geliri, sosyo-ekonomik durumu ve yaşadığı konut tipi, ebeveynlerin eğitim durumları, meslekleri ve yaşadıkları yere göre obeziteye ve obez çocuklarına olan yaklaşımlarının değerlendirilmesini sağlayan sorulara verdikleri yanıtlar arasında fark olup olmadığını belirlemek için Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

Obez çocukların aile tipi ve aynı evi paylaştıkları birey sayısı, ailedeki çocuk sayısı, ailenin aylık geliri, sosyo-ekonomik durumu ve yaşadığı konut tipi ile ebeveynlerin sorulara verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunamazken ($p>0.05$); ebeveynlerin eğitim durumları, meslekleri ve yaşadıkları yer ile aşağıda belirtilen bazı sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) görülmüştür.

Babanın mesleği ve eğitim durumu ile çocuklarının obezite sorununu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurma sorusuna verdikleri cevap arasındaki ilişkinin anlamlı ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur. Devlet memurlarının %81.8'i bu soruya evet yanıtını verirken; çiftçilerin %80'i hayır demiştir. Yine, çocukların obez olmasının aile içerisinde sorun olup olmadığı sorusuna devlet memurlarının %81.8'i evet yanıtını verirken; çiftçilerin %80'i hayır demiştir ($X^2=13.858$). Üniversite mezunu babalardan %91.7'si çocuklarının obezite sorununu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurma sorusuna evet derken; lise mezunu babaların %95.8'si, ilköğretim mezunu babaların %58.3'ü hayır demiştir ($X^2=8.608$).

Babanın mesleği ve eğitim durumu ile çocukları obez olduğu için kendini suçlamaları sorusuna verdikleri cevap arasındaki farkın önemli ($p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Çiftçilerin hiçbirisi, serbest meslek sahibi ve işçilerin %85.7'si kendini suçlamadığını belirtirken; devlet memurlarının %54.5'i bu konuda kendini suçladığını söylemiştir ($X^2=14.417$). Üniversite mezunu babaların %77.7'si çocukları obez olduğu için kendini suçladığını; ilköğretim mezunu babaların %95.8'i, lise mezunu babaların ise %63.6'sı kendini suçlamadığını belirtmiştir ($X^2=16.754$).

Annenin mesleği ile çocuklarının obezite sorununu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurma sorusuna ve çocukları obez olduğu için kendini suçlamaları sorusuna verdikleri cevap arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. Devlet memuru, serbest meslek sahibi ve özel sektörde çalışan annelerin %100'ü bu sorunu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurduğunu söylerken; ev hanımlarının %47.2'si, işçi annelerin ise %66.7'si evet yanıtını vermiştir ($X^2=9.838$). Ev hanımlarının %83.3'ü ve özel sektör çalışan annelerin %66.7'si çocukları obez olduğu için kendini suçlamadığını; devlet memuru annelerin ise %85.7'si bu konuda kendini suçladığını ifade etmiştir ($X^2=17.640$).

Annenin eğitim durumu ile çocukları obez olduğu için kendini suçlamaları ve gebelik döneminde beslenmeleri sorusuna verdikleri cevap arasındaki farkın önemli ($p<0.05$) olduğu görülmüştür. İlköğretim mezunu annelerin %77.8'i, eğitimsiz annelerin %90.9'u, lise mezunu annelerin %100'ü çocukları obez olduğu için kendini suçlamadığını; üniversite mezunu annelerin ise %87.5'i bu konuda kendini suçladığını belirtmiştir ($X^2=18.002$). Eğitimsiz annelerin %45.5'i, ilköğretim mezunu annelerin %26.9'u, lise mezunu annelerin %25'i, üniversite mezunu annelerin ise %100'ü gebelik döneminde iyi beslendiğini söylemiştir ($X^2=13.913$).

Ebeveynlerin yaşadığı yer ile çocuklarının obezite sorununu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurma, çocuklarının obez olmasının kendileri için sorun olup olmadığı ve çocuklarına obezite konusunda alay eder şekilde tepki verip vermedikleri sorularına verdikleri cevaplar arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. Köyde yaşayan ebeveynlerin %75'i, ilçede yaşayan ebeveynlerin %33.3'ü, ilde yaşayan ebeveynlerin ise %26.9'u çocuklarının obezite sorununu ortadan kaldırmak için herhangi bir yöntemle başvurmadıklarını ifade etmiştir ($X^2=8.200$). Yine ilde yaşayan ebeveynlerin %63.4'ü, ilçede yaşayan ebeveynlerin %75'i, köyde yaşayan ebeveynlerin ise sadece %25'i çocuklarının obez olmasının kendileri için sorun olduğunu söylemiştir ($X^2=7.370$).

Ancak köyde yaşayan ebeveynlerin %75'i, ilçede yaşayan ebeveynlerin %25'i, ilde yaşayan ebeveynlerin ise %23.1'i çocuklarına obeziteyi konusunda alay eder şekilde tepki verdiklerini ifade etmiştir ($X^2=10.437$).

Aktaş [52]'in araştırmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak; öğrencilerde, ebeveyn eğitim durumu ve mesleğinin yanısıra, ailedeki birey ve kardeş sayısı, öğün sayısı, sevinçli-heyecanlı olduğunda yemek yeme durumu, öğle yemeğinin yenildiği yer, ara öğünlerde tüketilen şeker, çikolata, kuruyemiş ve kolalı içeceklerin tüketim durumu, obeziteyi etkileyen faktörler olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

4. Sonuç ve Öneriler

İncelenen bazı sosyo-demografik özelliklere (ebeveynlerin eğitim durumu, mesleği ve yaşadıkları yer) göre ebeveynlerin çocukluk çağı obezitesine ve obez çocuklarına olan yaklaşımlarının farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu mücadelelerinde başarılı olabilmeleri için, ebeveynlerin konuyla ilgili uzman kişilerden yardım almaları gerektiği düşünülmektedir. Çünkü obez çocuk sahibi olan ailelerin çocuklarına karşı yaklaşımları, davranışları, çocukların ve aile sağlığının olumlu veya olumsuz yönde devam etmesine neden olmaktadır.

Çocukların obezite sorunlarının ortadan kaldırılması için küçük adımlarla başlanarak ufak değişiklikler yapılmalı, ev içerisinde şekerli, yağlı ve yüksek kalorili yiyecekler bulundurulmamalı, çocukların yeterli posa alması için meyve-sebze tüketimini desteklenmeli, besin dışında yiyecekler, avutmak, ödül gibi nedenlerle kullanılmamalı, televizyon ve bilgisayar başında geçen süre için bir limit olmalı, hareketli oyunlar için çocuklar desteklenmeli, düzenli, birlikte yapılabilecek aktiviteler geliştirilmelidir. Obez olmasalar da bütün çocukların dengeli beslenmeye özen göstermeleri, ailelerinin de bu konuda onlara yeterince destek olmaları gerekmektedir.

Teşekkür

Araştırmanın verilerinin toplanmasında bizlere yardımcı olan, Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden Muhammed DURU ve Hasret MARAŞLI'ya çalışmamıza yaptıkları katkılarından dolayı çok teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013a. *Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 904, 150s, Ankara.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı 2008. *Okul Öncesi Dönemde Obezite*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 904, 32s, Ankara.
3. WHO 2007. Conference Report, in WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, 36p, 15-17 November 2006, İstanbul, Turkey.
4. Pietrobelli A., Faith M.S., Allison D.B., Gallagher D., Chiumello G., Heymsfield S.B. 1998. Body Mass Index as a Measure of Adiposity Among Children and Adolescents: A Validation Study, *The Journal of Pediatrics*, 132 (2): 204-210.
5. Dietz W.H., Robinson T.N. 1993. Assessment and Treatment of Childhood Obesity, *Pediatrics in Review*, 14 (9): 337-344.
6. Golan M., Weizman A., Apter A., Fainaru M. 1998. Parents as the Exclusive Agents of Change in the Treatment of Childhood Obesity, *the American Journal of Clinical Nutrition*, 67 (6): 1130-1135.
7. Dursun A. 2003. Obezite, *Katkı Pediatri Dergisi*, Sosyal Pediatri III-IV, 25 (3): 277-295.
8. Dietz W.H., Bandini L.G., Morelli J.A., Peers K.F., Ching P.L. 1994. Effect of Sedentary Activities on Resting Metabolic Rate, *the American Journal of Clinical Nutrition*, 59 (3): 556-559.

9. Kut A. 2009. Obezite ve Sağlıklı Yaşam Tarzı, Sağlıklı Yaşam Dergisi, Tanıtım Sayısı: 8-27.
10. Gürel F.S., İnan G. 2001. Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2 (3): 39-46.
11. Coşansu G., Demirezen E., Erdoğan S. 2005. Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler: Bir Okul Sağlığı Çalışması, Hemşirelik Forumu Dergisi, Temmuz-Ağustos, 7 (4): 1-5.
12. Parlak A., Çetinkaya S. 2007. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (5): 27-33.
13. Babaoğlu K., Hatun Ş. 2002. Çocukluk Çağında Obezite. STED, 11 (1): 8-10.
14. Cinaz P., Bideci A. 2003. Obezite, in *Pediatric Endokrinoloji*, Ed. Günöz H., Öcal G., Yordam N., Kurtoğlu S., 1. Basım, Ankara, 487-512.
15. Gümüşler A. 2006. Rize İli Çayeli İlçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları. Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 83 s, Trabzon.
16. Öztora S., Hatipoğlu S., Barutçugil M.B., Salihoğlu B., Yıldırım R., Şevketoğlu E. 2006. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması, Bakırköy Tıp Dergisi, 2: 11-14.
17. Süzek H., Arı Z., Uyanık B.A. 2005. Muğla'da Yaşayan 6-15 Yaş Okul Çocuklarında Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı, Turkish Journal of Biochemistry, 30 (4): 290-295.
18. Molarius A., Seidell J.C., Sans S., Toumlehto J., Kuulasmaa K. 1999. Varying Sensitivity of Waist Action Levels to Identify Subjects with Overweight or Obesity in 19 Populations of the WHO Monica Project, The Journal of Clinical Epidemiology, 52 (12): 1213-1224.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013b. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017), 101s, Ankara.
20. Wijnhoven T.M.A., van Raaij J.M.A., Spinelli A., Rito A.I., Hovengen R., Kunesova M., Starc G., Rutter H., Sjöberg A., Petrauskiene A., O'Dwyer U., Petrova S., Farrugia Sant'Angelo V., Wauters M., Yngve A., Rubana I.-M., Breda J. 2013. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: Weight, Height and Body Mass Index in 6–9-Year-old Children, Pediatric Obesity, 8 (2): 79-97.
21. Wijnhoven T.M.A., van Raaij J.M., Spinelli A., Starc G., Hassapidou M., Spiroski I., Rutter H., Martos E., Rito A.I., Hovengen R., Pérez-Farinós N., Petrauskiene A., Eldin N., Braeckvelt L., Pudule I., Kunešová M., Breda J. 2014. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Body Mass Index and Level of Overweight among 6–9-Year-old Children from School Year 2007/2008 to School Year 2009/2010, BMC Public Health, 14: 806.
22. WHO 2012. Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1. (Erişim Tarihi: 12.10.2016).
23. WHO 2014. Childhood Overweight and Obesity, In Diet Health Topic: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>. (Erişim Tarihi: 12.10.2016).
24. Ogden C.L., Carroll M.D., Kit B.K., Flegal K.M. 2012. Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010, Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2009-2010, NCHS Data Brief, No: 82, January, 8p.
25. İnal S., Canbulat N., 2013. Çocukluk Çağı Obezitesine Genel Bakış, Güncel Pediatri, 11: 27-30.
26. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2014.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, 636s, Ankara.

27. WHO 2006. BMI Classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Erişim Tarihi: 15.03.2015).
28. Gibson L.Y., Byrne S.M., Davis E.A., Blair E., Jacoby P., Zubrick S.R. 2007. The Role of Family and Maternal Factors in Childhood Obesity, *Journal of the Australian Medical Association*, 186 (11): 591-595.
29. Pirinççi E., Durmuş B., Gündoğdu C., Açık Y. 2010. Prevalence and Risk Factors of Overweight and Obesity Among Urban School Children in Elazığ City, Eastern Turkey, 2007, *Annals of Human Biology*, 37 (1): 44-56.
30. Power C., Parsons T. 2000. Nutritional and Other Influences in Childhood as Predictors of Adult Obesity, *Proceedings of the Nutrition Society*, 59 (2): 267-272.
31. Hardly R., Watsworth Kuh D., 2000. The Influence of Childhood Weight and Socioeconomic Status on Change in Adult Body Mass Index in a British National Birth Cohort, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24 (6): 725-734.
32. Popkin B.M., Paeratakul S., Zhai F., Ge K. 1995. A Review of Dietary and Environmental Correlates of Obesity with Emphasis on Developing Countries, *Obesity Research*, 3 Suppl 2: 145S-153S.
33. Wang Y., Monterio C., Popkin B.M. 2002. Trends of Obesity and Underweight in Older Children and Adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia, *the American Journal of Clinical Nutrition*, 75 (6): 971-977.
34. Klish W.J. 1995. Childhood Obesity: Pathophysiology and Treatment, *Acta Paediatrica Japonica*, 37 (1): 1-6.
35. Kromeyer K., Hauspie R.C., Susanne C. 1997. Socioeconomic Factors and Growth during Childhood and Early Adolescence in Jena Children, *Annals of Human Biology*, 24 (4): 343-353.
36. Tüzün M., Kabalak T., Yılmaz C., Yılmaz R., Hamulu F., Çoker M., Darcan Ş., Özgen G., Çetinkalp Ş., Aksakal E.Ç., Donduran S. 1999. *Obezite ve Tedavisi*, Ed. Yılmaz C., Mart Matbaacılık, İzmir.
37. DüNDAR Y., Evliyaoğlu O., Hatun Ş. 2000. Okul Çocuklarında Boy Kısalığı ve Obezite: İhmal Edilen Bir Sorun, *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 9 (1): 19-22.
38. Çalışır H., Karaçam Z. 2011. The Prevalence of Overweight and Obesity in Primary Schoolchildren and its Correlation with Sociodemographic Factors in Aydın, Turkey, *International Journal of Nursing Practice*, 17 (2): 166-173.
39. Çiftçi Doğu A. 2006. Obez Çocuklarda Erken Aterosklerotik Risk Faktörlerinin ve Hiperhomosisteineminin Değerlendirilmesi, Erken Aterosklerotik Bulguların Varlığının Araştırılması ve Mevcut Risk Faktörleri ile İlişkilerinin Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, 86s, İstanbul.
40. Altay İ.S., 2000. Obezite Tedavisinde Diyetin Özellikleri, V. Ulusal Pediatrik Endokronoloji Kongre Kitabı, 64-7.
41. Lobstein T., Baur L., Uauy R. 2004. Obesity in Children and Young People: A Crisis in Public Health, *the International Association for the Study of Obesity, Reviews* 5 (Suppl. 1): 4-85.
42. Owen C.G., Martin R.M., Whincup P.H., Smith G.D., Cook D.G. 2005. Effect of Infant Feeding on the Risk of Obesity Across the Life Course: A Quantitative Review of Published Evidence, *Pediatrics*, 115 (5): 1367-1377.

43. Sağlam H., Tarım O. 2008. Prevalence and Correlates of Obesity in School Children from the City of Bursa, Turkey, *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 1 (2): 80-88.
44. Garipağaoğlu M., Budak N., Süt N., Akdikmen O., Öner N., Bundak R. 2009. Obesity Risk Factors in Turkish Children, *International Pediatric Nursing*, 24 (4): 332-337.
45. Birch L.L., Ventura A.K. 2009. Preventing Childhood Obesity: What Works?, *International Journal of Obesity*, 33 Suppl 1: S74-81.
46. Biro F.M., Wien M. 2010. Childhood Obesity and Adult Morbidities, *the American Journal of Clinical Nutrition*, 91 (5): 1499S-1505S.
47. Takahashi E., Yoshida K., Sugimori H., Miyakawa M., Izuno T., Yamagani T., Kagamimori S. 1999. Influence Factors on the Development of Obesity in 3 Years-old Children Based on the Toyama Study, *Preventive Medicine*, 28 (3): 293-296.
48. Hui L.L., Nelson E.A., Yu L.M., Li A.M., Fok T.F. 2003. Risk Factors for Childhood Overweight in 6- to 7-y-old Hong Kong Children, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27 (11): 1411-1418.
49. Aydın A., Koca F., Fıçıcıoğlu C., Çam H., Mıkla Ş. 1995. Çocukluk Çağı Obezitesi, *İstanbul Çocuk Kliniği Dergisi*, 30: 66-72.
50. Stettler N., Bovet P., Shamlaye H., Zemel B., Stalling V.A., Paccaud F.M 2002. Prevalence and Risk Factors for Overweight and Obesity in Children from Seychelles, a Country in Rapid Transition: The Importance of Early Growth, *International Journal of Obesity*, 26 (2): 214-219.
51. Padez C., Mourao I., Moreira P., Rosado V. 2005. Prevalence and Risk Factors for Overweight and Obesity in Portuguese Children, *Acta Paediatrica*, 94 (11): 1550-1557.
52. Aktaş N. 2001. Konya İl Merkezinde Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 9-11 Yaş Grubu Öğrencilerin Obezite Prevalansı ve Bunu Etkileyen Etmenler. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
53. Huerta M., Bibi H., Haviv J., Scharf S., Gdalevich M. 2006. Parental Smoking and Education as Determinants of Overweight in Israeli Children, *Preventing Chronic Disease*, 3 (2): 1-5.
54. Johnson C.A., Xie B., Liu C., Reynolds K.D., Chou C.P., Koprowski C., Gallagher P., Spruitj-Metz D., Guo Q., Sun P., Gong J., Palmer P. 2006. Socio-demographic and Cultural Comparison of Overweight and Obesity Risk and Prevalence in Adolescents in Southern California and Wuhan, China, *The Journal of Adolescent Health*, 39 (6): 925.e1-8.
55. Khader Y., Irshaidat O., Khasawneh A.Z., Amarin Z., Alomari M., Batiha A. 2009. Overweight and Obesity Among School Children in Jordan: Prevalence and Associated Factors, *Maternal and Child Health Journal*, 13 (3): 424-31.
56. Al-Saeed W.Y., Al-Dawood K.M., Bukhari I.A., Bahnassy A. 2007. Prevalence and Socioeconomic Risk Factors of Obesity among Urban Female Students in Al-Khobar City, Eastern Saudi Arabia, 2003, *Obesity Reviews*, 8 (2): 93-99.
57. He Q., Ding, Z.Y., Fong D.Y.T., Karlberg J. 2000. Risk Factors for Obesity in Preschool Children in China: A Population Based Case-Control Study, *International Journal of Obesity*, 24 (11): 1528-1536.
58. Patterson M.L., Stern S., Crawford P.B., McMahon R.P., Similo S.L., Schreiber G.B., Morrison J.A., Waclawiw M.A. 1997. Sociodemographic Factors and Obesity in Preadolescent Black and White Girls: NHLBI's Growth and Health Study, *Journal of the National Medical Association*, 89 (9): 594-600.
59. Gnavi R., Spagnoli T.D., Galotto C., Pugliese E., Carta A., Cesari L. 2000. Socioeconomic Status, Overweight and Obesity in Prepuberal Children: A Study in an Area of Northern Italy, *European Journal of Epidemiology*, 16 (9): 797-803.

60. Majumdar A., Saleh S., Candelier C.K. 2010. Failure to Recognise the Impact of ‘Moderate’ Obesity (BMI 30-40) on Adverse Obstetric Outcomes, *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 30 (6): 567-570.
61. Walters M.R., Taylor J.S. 2009. Maternal Obesity: Consequences and Prevention Strategies, *Nursing for Womens Health* December, 13 (6): 486-494; quiz 495.
62. Lee C.Y., Koren G. 2010. Maternal Obesity: Effects on Pregnancy and the Role of Pre-conception Counselling, *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 30 (2): 101-106.
63. Dubois L., Girard M. 2006. Early Determinants of Overweight at 4.5 Years in a Population-Based Longitudinal Study, *International Journal of Obesity*, 30 (4): 610-617.
64. Dabelea D. 2007. The Predisposition to Obesity and Diabetes in Offspring of Diabetic Mothers, *Diabetes Care*, 30 (2): S169-S175.
65. Sanigorski A.S., Prosser L., Carpenter L., Honisett S., Gibbs L., Moodie M., Sheppard L., Swinburn B., Waters E. 2010. Evaluation of the Childhood Obesity Prevention Program Kids-“Go for your life”, *BMC Public Health*, 10: 288-295.
66. Arluk S.L., Branch J.D., Swain D.P., Dowling E.A. 2003. Childhood Obesity’s Relationship to Time Spent in Sedentary Behavior, *Military Medicine*, 168 (7): 583-586.
67. Yaman Ö. 2013. Çocukluk Çağında Obezite ve Sağlıklı Beslenme, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Programlar Şubesi. <http://slideplayer.biz.tr/slide/2864992/> (Erişim Tarihi: 15.03.2015).
68. Günöz H. 1993. Şişmanlık, in *Pediatric 1*, Ed. Neyzi O., Ertuğrul T., Nobel Tıp Kitabevi, 411-415.