

# ERİŞKİNLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI OBESİTESİ KONUSUNDA BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ<sup>(X)</sup>

Benal BÜYÜKGEBİZ, Yasemen EROĞLU, Oya ŞENLİ, Z. Hale ÖREN

D.E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

## ÖZET

*Çocukluk yaş grubunda obesite, son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de geleceği tehdit eden bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır. Obesite gelişiminin önlenmesi, tedavideki güçlükler nedeni ile çok önemlidir. Araştırmamızda, erişkinlerin çocukluk yaş grubu obesitesi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve eğitim düzeylerinin etkisinin araştırılması amaçlandı. Konuyla ilgili anket formu uygulandı ve sonuçlar istatistiksel olarak tartışıldı.*

*Anahtar sözcükler: Çocukluk çağı obesitesi*

## SUMMARY

*Obesity begins to emerge as an important health problem in developing countries especially in the last few years. The increasing prevalence of childhood obesity should be taken seriously. Since it is easier to prevent obesity at the start, populations should be made aware of the results of childhood obesity. In this research we aimed to investigate what our population knows and thinks about the childhood obesity. A certain questionnaire containing 11 questions was used and the statistical results were discussed.*

*Key words: Childhood obesity*

Çocukluk yaş grubunda obesite, son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de geleceği tehdit eden bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır (1-5). Erişkin yaş grubunda morbidite ve mortalitesi yüksek olan hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, hiperlipidemi ve Tip II diabetes mellitus gibi hastalıkların etyolojisinde obesitenin olumsuz etkisi iyi bilinmek -

tedir. Çocukluk yaş grubu obesitesi ise, erişkin obesitesinin önemli bir risk faktörüdür (5,6). Yapılan çalışmalar, çocukluk yaş grubu obesitesinde tedavide başarı oranının düşük olduğunu göstermektedir (7-9). Bu nedenle çocukluk yaş grubunda obesite gelişmesinin önlenilmesi çok önemlidir. Ancak bir sağlık sorunu ile mücadelede başarılı oluna-

(X), XXI. Ortadoğu ve Akdeniz Ülkeleri Pediatri Dernekleri Birliği Kongresinde (24-27 Ekim 1993 İzmir) poster olarak sunulmuştur.

bilmesi, toplumun bu konudaki bilgi, inanç ve davranış biçimlerinin iyi bilinmesi ve mücadele stratejisinin bu doğrultuda planlanması ile mümkündür.

Bu nedenle, çalışmamızda erişkinlerin çocukluk yaş grubu obesitesi konusundaki bilgi, inanç ve davranış biçimlerinin değerlendirilmesi ve eğitim düzeylerinin etkisinin araştırılması amaçlandı.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada, denek olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne değişik nedenlerle müracaat eden 18-70 yaş grubundaki erişkinler seçildi. Erişkinlerin çocukluk yaş grubu obesitesi hakkındaki bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan ve 11 soru içeren anket formu kullanıldı. Anketler bu konuda eğitilmiş anketörler tarafından 500 erişkine uygulandı.

Anket formundaki sorulardan ikisi obezite, yedisi çocukluk yaş grubu obesitesi ve ikisi de obezite tedavisi hakkında idi. Anketörler tarafından anket uygulanan erişkinin yaşı, öğrenim durumu kayıt edildi. Kayıt hatası bulunan sekiz anket formu analiz dışı bırakıldı. Eğitim düzeyinin etkisini araştırmak amacı ile denekler ilkökul, orta öğrenim ve yüksek okul olmak üzere üç grupta toplandı.

İstatiksel karşılaştırmalarda Chi-kare analizi kullanıldı.

### BULGULAR

Anket uygulanan deneklerin 359'u (%73) erkek, 133'ü (%27) kadın idi. Yaş ortalaması  $31.6 \pm 8.6$  yıl olup 18 ile 67 arasında değişiyordu. Ankette yer alan sorular ve verilen cevaplar Tablo I-XI'de görülmektedir.

Tablo I. Şişmanlık en çok hangisi ile ilgilidir ?

Seçenekler	n	%
Hormon bozukluğu	99	20,1
Beslenme bozukluğu	283	57,5
Bilmiyorum	110	22,4
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100,0</b>

Tablo II. Şişmanlık hastalık mıdır ?

Seçenekler	n	%
Evet	334	67,9
Hayır	111	22,6
Bilmiyorum	47	9,6
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100,0</b>

Tablo III. Çocuklarda şişmanlık hastalık mıdır ?

Seçenekler	n	%
Evet	273	55,5
Hayır	130	26,4
Bilmiyorum	89	18,1
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100,0</b>

Tablo IV. Çocukluk yaş grubundaki şişmanlık erişkin sağlığını olumsuz etkiler mi ?

Seçenekler	n	%
Evet	391	79,5
Hayır	50	10,1
Bilmiyorum	51	10,4
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100,0</b>

**Tablo V.** Bir yaşından küçük bebeklerde şişmanlık tehlikeli midir ?

Seçenekler	n	%
Evet	164	33.3
Hayır	211	42.9
Bilmiyorum	117	23.8
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100.0</b>

**Tablo VI.** Çocuklarda şişmanlığın tedavisi gerekli midir ?

Seçenekler	n	%
Evet	404	82.3
Hayır	43	8.8
Bilmiyorum	44	8.9
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100.0</b>

**Tablo VII.** Şişmanlığın tedavisinde doktora başvurmak gerekli midir ?

Seçenekler	n	%
Evet	447	90.8
Hayır	23	4.7
Bilmiyorum	22	4.5
<b>Toplam</b>	<b>492</b>	<b>100.0</b>

**Tablo VIII.** Şişmanlığın bildiğiniz olumsuz etkileri nelerdir ?

Seçenekler	n	%
Kalp hastalığı	246	66.5
Hareket kısıtlılığı	230	62.2
Şeker hastalığı	169	45.7
Kanda yağın artması	165	44.6
Sık solunum yolları hastalığı	147	39.7
Estetik bozukluk	115	31.1

**Tablo IX.** Şişman olsaydınız tedavide hangisini tercih ederiniz ?

Seçenekler	n	%
Diyet	201	41.7
Ekzersiz	133	27.6
Diyet+Ekzersiz	97	20.1
Zayıflatıcı cihazlar	23	4.8
İlaç	11	2.3

**Tablo X.** Çocuğunuz şişman olsaydı tedavide hangisini tercih ederiniz ?

Seçenekler	n	%
Diyet	217	44.5
Ekzersiz	117	23.9
Diyet+Ekzersiz	87	17.8
Zayıflatıcı cihazlar	24	4.9
İlaç	18	3.7

**Tablo XI.** Çocuğunuz şişman olsaydı tedavisine hangi yaşta başladınız ?

Seçenekler	n	%
0-2 Yaş	83	16.9
2-4 Yaş	92	18.7
4-6 Yaş	103	20.9
6-12 Yaş	117	23.7
> 12 Yaş	87	17.7
Bilmiyorum	10	2.0

Deneklerin eğitim düzeyleri ise Tablo XII'de verilmiştir. Okur yazar olmayan ve sadece okur yazar olan denek sayılarındaki istatistiksel yetersizlik nedeni ile istatistik analizlerde denekler ilkökul, orta öğrenim ve yüksek okul olmak üzere üç grupta toplandı. Okur yazar olmayanlar ve okur-yazarlar ilkökul grubu içinde değerlendirildi. Bu şekilde oluşturulan gruplarda sorulara doğru cevap

verme oranları Tablo XIII'de görülmektedir. İki, üç, beş ve altı numaralı sorulara verilen doğru cevaplar açısından gruplar arasındaki fark istatistik olarak önemli bulunmazken ( $p>0.05$ ); bir, dört ve yedi numaralı sorulara verilen cevaplar arasındaki fark anlamlı idi ( $p<0.05$ , 0.01, 0.01). İkili karşılaştırmalarda ilkokul ve yüksek okul mezunlarının oluşturdukları grupların doğru cevap verme yüzdesi arasındaki belirgin farklılık dikkati çekti ( $p<0.01$ , 0.01, 0.01) (Tablo XIV).

**Tablo XII.** Deneklerin eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	n	%
Okur yazar değil	5	1.0
Okur-yazar	10	2.0
İlkokul	133	27.0
Orta öğrenim	192	39.0
Yüksek okul	152	31.0

**Tablo XIII.** Gruplara göre doğru cevap verme oranlarının dağılımı

Soru No	İlkokul n(%)	Orta n(%)	Yüksek n(%)	P
Soru 1	69(46.6)	116 (60.4)	98(64.5)	$p<0.05$
Soru 2	99(66.9)	126(65.6)	109(71.7)	$p>0.005$
Soru 3	80(54.0)	98(51.0)	95(62.5)	$p>0.05$
Soru 4	103(69.6)	153(79.7)	134(88.7)	$p<0.01$
Soru 5	60(40.5)	57(29.7)	47(30.9)	$p>0.05$
Soru 6	115(77.7)	161(83.9)	128(84.2)	$p<0.05$
Soru 7	125(84.5)	175(91.2)	147(96.7)	$p<0.01$

**Tablo XIV.** Gruplar arası ikili karşılaştırmalar

Soru No	Genel	İlk-orta	Orta-Yük.	İlk-Yük.
1	$< 0.05$	$< 0.05$	$> 0.05$	$< 0.01$
4	$< 0.01$	$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.01$
7	$< 0.01$	$> 0.05$	$< 0.05$	$< 0.01$

## TARTIŞMA

Erişkinlerin çocukluk yaş grubu obesitesi hakkında bilgi, inanç ve davranış biçimlerini değerlendirdiğimiz bu araştırmada anket formunda yer alan sorulara doğru cevap verme oranlarının çok yüksek olmadığı belirlendi. Bilindiği gibi, çocukluk yaş grubu obesitesinin öncesinde infantil obesite önemli bir predispozisyon oluşturur (5). Anket uygulanan erişkinlerin sadece %33.3'ünün bunun önemini biliyor olmaları çok düşündürücüdür. Diğer bir deyişle, toplumun hala şişman bebeği, sağlıklı bebek olarak kabul ve tercih ettiğini göstermektedir. Yapılan çalışmaların, erişkinde ateroskleroz plaklarına zemin hazırlayan vasküler patolojilerin infantil yaş grubundan itibaren oluşmaya başladığını göstermektedir (5). Bu nedenle halk eğitiminde üzerinde durulması gereken birinci noktanın şişman bebeklerin sağlıklı bebek olarak tercih edilemeyeceğinin vurgulanması ve toplumda bu konudaki eğilimin düzeltilmesidir.

Araştırmada dikkati çeken diğer nokta ise, deneklerin sadece %20' sinin tedavide diyet ve ekzersizi tercih etmiş olmalarıdır. Bilindiği gibi obesite tedavisinde temel prensip, enerji alımı azaltılırken harcamaların artırılmasıdır. Yapılan çalışmalar düşük kalorili diyet uygulamasının ekzersiz programları ile bütünleştirilmesi gerektiğini göstermektedir (10,11). Bu nedenle araştırmamızda deneklerin obesite tedavisinde %44 oranında sadece diyet uygulamasını yeterli bulmaları bu konuda eğitim yapılması gerektiğini ortaya

koymuştur. Tedavide, hekim tarafından önerilen kombine tedavi planının uygulanmasında, özellikle ekzersiz programının entegrasyonunda ailenin ve çevrenin pozitif desteğinin de çok önemli olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur (12-14).

Eğitim düzeyleri dikkate alınmadan yapılan genel analizlerde sorulara doğru cevap verme oranlarının yüksek olmadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyleri dikkate alınarak yapılan is-

tatistiksel karşılaştırmalarda ise, eğitim düzeyinin doğru cevap verme oranında üzerindeki etkisi ortaya çıkarılmıştır. Eğitim düzeyi düşük olanlarda, doğru cevap verme oranında belirgin düşüş dikkati çekmiştir. Bu nedenle, eğitimde öncelikli grubun ilköğretim grubu olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de nüfusun büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu dikkate alınınca, sorunun önemi bir defa daha ortaya çıkmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Tech Rep Ser 1990; 792: 29-31
2. Dietz WH. Childhood obesity. Susceptibility, cause and management. J Pediatr 1983; 5: 676-86.
3. Gortmaker SL, Dietz WH JR, Sobol AM, Wehler CA. Increasing pediatric obesity in the United States. Am J Dis Child 1987; 141:535-40.
4. Fisberg M, Lopez FA, Nobrega FJ, Vitolo MR. Infantile obesity: A multidisciplinary approach. International child health: A Digest of Current Information 1993; IV(3): 77-82.
5. Dietz WH. Childhood obesity. In: Suskind RM, Suskind LL, ed. Textbook of Pediatric Nutrition, Second edition. New York: Raven Press, 1993; 279-84.
6. Rissanen AM, Heliovaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. Eur J Clin Nutr 1991; 45:419-30.
7. Garrow JS. Treatment of obesity. Lancet 1992; 340:409-13.
8. Dietz WH. Treatment of obesity. In: Suskind RM, Suskind LL, ed. Textbook of Pediatric Nutrition, Second edition. New York: Raven Press, 1993; 285-94.
9. Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten year follow-up of behavioral, family-based treatment. JAMA 1990 ; 264: 2519-23.
10. Epstein LH. Adherence to exercise in obese children. J Cardiol Rehabil 1984; 4: 185-95.
11. Epstein LH, Wing RR, Kolske R, Ossip DJ, Beck S. A comparison of lifestyle change and programmed aerobic exercise on weight and fitness changes in obese children. Behav Res Ther 1982; 13: 651-5.
12. Ward DS, Bar-Or O. Role of physician and physical education of teacher in the treatment of obesity at school. Pediatrician 1986; 13: 144-51.
13. Epstein LH, Wing RR, Steranchak L. Comparison of family based behaviour modification and nutrition education on childhood obesity. J Pediatr Psychol 1980; 5: 25-8.
14. Poskit EME. Obesity in the young child: Whither and whence. Acta Pediatr Scand Suppl 1986; 323: 24-32.