

Bölüm 15

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ VE BESLENME

Halil Uğur HATİPOĞLU¹

GENEL BİLGİLER

Obezite; alınan fazla enerjiye bağlı olarak vücutta fazla yağ depolanması ile ortaya çıkan bir enerji metabolizması bozukluğudur. Neden olduğu fiziksel sorunların yanı sıra ruhsal problemlere de yol açabilen bir hastalıktır. 'Obez' kelimesi, 'yemekten dolayı' anlamına gelen 'obesus' sözcüğünden gelmektedir¹. Günümüzde önlenebilir ölümlerin ilk nedeninin sigara içmek, ikinci en sık nedeninin ise obezite olduğu kabul edilmektedir².

Çocukluk çağı obezitesi; yaşamın ilk bir yılı, 5-6 yaşları ve ergenlik döneminde artış göstermektedir³. Obez her üç çocuktan biri, her beş adolesandan ise dördü erişkinlik döneminde de obez bireyler olarak karşımıza çıkmaktadır. Erişkin obezite vakalarının %30 kadarı çocukluk çağlarında başlamaktadır⁴. Obez bir çocukta obezitenin erişkin yaşlarda da devam edeceğinin en önemli göstergeleri; obezitenin çok erken yaşlarda başlamış olması, ağır derecede obezite varlığı ve ebeveynlerin de obez olmasıdır⁵.

Obezite, harcanan enerjiden daha yüksek enerji alınmasına bağlı olarak vücutta aşırı yağ birikimi sonucu ortaya çıkar. Ancak, vücut yağ yüzdesini belirlemek zor olduğundan obezite, aşırı yağdan ziyade fazla kilo olarak tanımlanmaktadır. Çocuk ve adolesanlarda obezitenin tanımı ve ağırlık derecelendirmesi beden kitle indeksi (BKİ) persantil ve z skoruna göre yapılır² (Tablo 1).

Tablo 1. BKİ'ye göre Çocuk ve Adolesanlarda Antropometrik Değerlendirme

	BKİ-z Skoru	BKİ Persantil
Zayıf	<-2,00 SD	<%5
Normal	-2,00-1,00 SD	≥%5 ve <%85
Fazla Kilolu	1,01-2,00 SD	≥%85 ve <%95
Obez	>2,00 SD	%95 ve üzeri
Hafif Obez	2,00-2,33 SD	95. persantile karşılık gelen BKİ'nin %100-120'si
Orta Derece Obez	≥2,33 SD	95. persantile karşılık gelen BKİ'nin %120-140'si
Morbid Obez	-	95. persantile karşılık gelen BKİ'nin >%140'ı

SD: Standart Deviasyon

EPİDEMİYOLOJİ

Günümüzde obezitenin görülme sıklığı, erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da tüm yaş gruplarında artmaktadır. Bu durum, modern çağın beslenme alışkanlıklarında fazla miktarda yağ ve karbonhidrat tüketiliyor olmasının ve çocukların fiziksel aktiviteden uzaklaşarak, bilgisayar oyunları ve televizyona bağımlı sedanter bir yaşam tarzına yönelmelerinin bir sonucudur^{6,7}.

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda erişkinlerin yarısına yakınının, çocuk ve adolesanla-

¹ Doktor Öğretim Üyesi. İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. huhatipoglu@gmail.com

önermektedir. Öncelikle hızlı yeme davranışı değiştirilmeli ve gıda alımı yavaşlatılmalıdır. Yemek esnasında tetikleyici olaylardan (televizyon izlemek, telefonla uğraşmak vb.) kaçınmak gerekir. Yüksek enerjili gıdalar diyetten çıkartılmalıdır. Davranış terapisi planı, uygulayan terapist ve uygulanan bireye göre değişiklikler göstermekle birlikte genelde; 'kendini izleme', 'hedef koyma-sosyal destek', 'uyaran-dürtü kontrolü', 'davranışsal yerine koyma' ve 'pozitif pekiştirme-kendi kendini ödüllendirme' olmak üzere beş basamaktan oluşur. Kendi kendini izleme, tedavinin temelini oluşturur ve bu basamakta kişinin obeziteye neden olan hatalı davranışlarının farkına varmasının sağlanması hedeflenir²⁸.

4) İlaç Tedavisi

Çocukluk çağının eksojen obezitesinin tedavisinde ilaçların yerinin olmadığı, ilaç kullanılması gereken durumlarda ise elde edilecek yarar yanında olası yan etkilerin çok iyi hesaplanması gerektiği genel bir kanıdır³. Erişkinlerde yağ emilimini azaltıcı ve iştah kesici etkileri nedeniyle obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar, çocukların tedavisinde kullanılmamalıdır⁹. Oldukça nadir olan leptin eksikliğine bağlı gelişen obezite tedavisinde rekombinant leptin kullanılması etkinliği kanıtlanmıştır²⁹. Amerika Birleşik Devletlerinde orlistat, adolesanlarda kilo verme endikasyonu ile kullanımı onaylanmış tek ilaçtır³⁰. Adolesanlarda yapılmış olan ve bir antidiyabetik olan metforminin endikasyon dışı kullanıldığı çeşitli randomize çalışmalarda, metforminin BKİ'de plaseboya göre sadece 1,1-1,4 kg/m² birimlik çok mütevazı bir miktarda daha fazla düşüş sağladığı görülmüştür³¹.

5) Cerrahi Tedavi

Çocukluk döneminde bariatrik cerrahi çok önerilmemekle beraber, son yıllarda özellikle geleneksel diyet uygulamaları, egzersiz ve davranışsal tedaviler uygulanmasına rağmen kilo veremeyen, tıbbi komorbiditelerin eşlik ettiği morbid obezitesi olan adolesanlarda cerrahi uygulamalar artmaya başlamıştır³¹.

SONUÇ

Obezite sıklığı hem çocuklarda hem de erişkinlerde giderek artmaktadır. Modern çağda önlenemez ölümlerin sigaradan sonraki en sık ikinci nedeni-

nin obezite olduğu ve çocukluk çağı obezitesinin erişkin yaşlarda gittikçe artan oranlarda devam ederek görüleceği düşünüldüğünde; obezite ilişkili mortalite ve morbiditelerin önlenmesi için zamanında önlem alınması gerektiği aşikârdır. Bu önlemleri almaya; gebelik öncesi annenin BKİ'sini normal sınırlarda tutup sigara içmemesiyle başlanıp, sağlıklı bir gebelik süreci ve doğum sonrasını kapsayan 'Yaşamın İlk 1000 Günü' uygun beslenme stratejileri ile devam edilmelidir. Doğum sonrasında bebeklerin anne sütü ile beslenmesi, tıbben gerekli durumlar dışında formül mama ile beslenmeye geçilmemesi ve tamamlayıcı beslenmeye uygun zamanda başlanması gibi temel doğrular aslında obezitenin önlenmesi için de atılacak ilk önemli adımlardır. Etiyolojide yer alan çevresel faktörler değiştirilebilir olmaları nedeniyle özellikle çok önemlidir. Hem önleyici hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinde bu faktörler üzerinde durulmalıdır. Çünkü bu faktörler (yanlış beslenme davranışları, yetersiz fiziksel aktivite vb.) obezite gelişiminde rol oynadıkları için düzeltilmeleri obeziteyi önleyeceği gibi obezite geliştirse tedavinin ilk basamağı da yine bu faktörler üzerinden (uygun diyet, fiziksel aktivitenin artırılması vb.) yürütülecektir. Unutulmamalıdır ki; obezitenin bireysel bazda önlenmesi ve tedavisi için atılacak olan her adımda başarının artırılabilmesi için çocukların aileleri tarafından desteklenmeleri, hedeflenen değişimlerin ailece benimsenip uygulanması, ayrıca bu doğrultuda siyasal otoriterler ve sivil toplum kuruluşları tarafından kitlesel eylem planları geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Tüzün M, Kabalak T, Yılmaz C, Yılmaz R, Hamulu F, Çoker M, Darcan S, Özgen G, Çetinkalp S, Aksakal E, Donduran S. Obezite ve Tedavisi. Yılmaz, C (ed.). Mart Matbaacılık. İzmir 1999; 22-23.
2. TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu (2018) Obezitenin Değerlendirilmesi. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (6. baskı; s.11-71). Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
3. Cinaz P, Bideci A. Obezite. In: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoglu S.(eds).Pediatrik Endokrinoloji. 1. Basım. Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları 1. Kalkan Matbaacılık 2003; 487-505.
4. Lobstein T, Baur L, Uauy R; IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev 2004; 5: 4-85.
5. Uptodate (2020). Definition, epidemiology, and etiology of obesity in children and adolescents. (01.03.2020

- tarahinde <https://www.uptodate.com/contents/definition-epidemiology-and-etiology-of-obesity-in-children-and-adolescents> adresinden ulaşılmıştır.)
6. Raine JE, Donaldson MDC, Gregory JW, Savage MO. Obesity. In: Raine JE, Donaldson MDC, Gregory JW, Savage MO (eds). Practical Endocrinology and Diabetes in Children. United Kingdom. Blackwell Science. 2001; 161-71.
 7. Alemzadeh R, Lifshitz F. Childhood obesity In: Lifshitz F.(ed). Pediatric Endocrinology 4th ed. New York. Marcel Dekker. 2003; 823-58.
 8. Bundred P, Kitchiner D, Buchan I. Prevalence of overweight and obese children between 1989 and 1998: Population based series of cross sectional studies. BMJ 2001; 10: 313-4.
 9. Günöz H. Şişmanlık. In: Neyzi O, Ertuğrul T (eds), Pediatri 4.Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 2010; 251-7.
 10. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014. Available from: URL:http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf.
 11. Soylu A, Kavukçu S, Türkmen M, Çabuk N, Duman M. Effect of socioeconomic status on the blood pressure in children living in a developing country. Pediatrics International. 2000; 42: 37-42.
 12. Garn SM, Sullivan TV, Hawthorne VM. Fatness and obesity of the parents of obese individuals. Am J Clin Nutr 1989; 50: 1308-13.
 13. Garipağaoğlu M, Sabuncu H, Günöz H, Büyükdevrim AS. 3-6 yaş arası İstanbul çocuklarında beslenme özellikleri ve obeziteyi etkileyen faktörler. Klinik Gelişim 1993; 6: 2692-8.
 14. Alikasıfoğlu M, Tunçbilek E. Vücut ağırlığının düzenlenmesinde genetik faktörler. In: Özalp İ, Kutluk T (eds). Katkı Pediatri Degisi. Takav yayıncılık. Ankara 2000; 21: 509-517.
 15. Committee on Nutrition (2009). Pediatric Obesity. In Kleinman R.E. (Ed.), Pediatric Nutrition Handbook (6th ed., pp. 733-782).USA:Elk Grove Village.
 16. Tsai AG, Wadden TA. In the Clinic: Obesity. Ann Intern Med 2013; 159:ITC3-1.
 17. Armstrong J, Reilly JJ. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. Lancet 2002; 359: 2003-4.
 18. Kandemir D. Obezitenin Sınıflandırılması ve Klinik Özellikleri. In: Özalp İ, Kutluk T (eds). Katkı Pediatri Degisi. Takav yayıncılık. Ankara. 2000; 21: 500-6.
 19. Speiser P, Eliakim A, Chiarelli F, Freemerk M, Lusting R. Consensus development childhood obesity. Journal of Clinical Endocrinoloji & Metabolism 2004; 1: 1-57.
 20. Büyükgebiz A. Obezite tanımı ve tanı kriterleri. Pediatric Endokrinoloji ve Oksoloji Dernegi Eğitim Kursu Kitabı, Çocuk ve Ergen obezitesi. Ankara. THK Basımevi 2002; 1-6.
 21. Kristensen ST. Social and cultural perspectives on hunger, appetite and satiety. Eur J Clin Nutr 2000; 54: 473-8.
 22. Olcay Neyzi, Hülya Günöz, Andrzej Furman, Rüveyde Bundak, Gülbin Gökçay Feyza Darendeliler, Firdevs Baş, Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi Ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 1-14.
 23. Arslan N. Obezite tedavisinde güncel yaklaşımlar. 7. Ulusal Pediatric Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kongresi Özet Kitabı. İzmir 2006; 85-6
 24. Yanovski JA. Intensive therapies for pediatric obesity. Pediatric Clinic of North America 2001; 48: 1041-54.
 25. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (2008). Köksal G, Gökmen Özel H. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite (1). Ankara:Klasmat Matbaacılık.
 26. Bilginturan N. Çocukluk yaşı obezitealarında tedavi. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21: 527-36.
 27. Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials. Ann Intern Med. 1993; 119: 688-93.
 28. Arslan P, Karaağaoğlu N, Mercanlıgil S, Erge G. Yeterli-dengeli Beslenme ve Zayıflama Rehberi. Özgür Yayınları. İstanbul 2001.
 29. Yanovski JA. Aggressive treatment for childhood and adolescent obesity. Nestle Nutrition Workshop Series Pediatric Program 2001; 49: 41-3.
 30. Chanoine JP, Hampl S, Jensen C, et al. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:2873.
 31. Uptodate (2020). Surgical management of severe obesity in adolescents. (01.03.2020 tarihinde <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-severe-obesity-in-adolescents> sitesinden ulaşılmıştır)