TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE ÇOCUĞUN BÜYÜMESİ İLE İLGİLİ ANNE ALGISININ ÇOCUĞUN GERÇEK BÜYÜME DURUMU, ANNENİN KAYGI DÜZEYİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Betül ÖKSÜZ AYDIN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

ANKARA
2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE ÇOCUĞUN BÜYÜMESİ İLE İLGİLİ ANNE ALGISININ ÇOCUĞUN GERÇEK BÜYÜME DURUMU, ANNENİN KAYGI DÜZEYİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Betül ÖKSÜZ AYDIN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

ANKARA
2021

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum ‘‘Erken Çocukluk Döneminde Çocuğun Büyümesi ile İlgili Anne Algısının Çocuğun Gerçek Büyüme Durumu, Annenin Kaygı Düzeyi ve Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi’’ başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından, 18.06.2020 tarihinde, İ6-321-20 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Dr. Betül ÖKSÜZ AYDIN
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

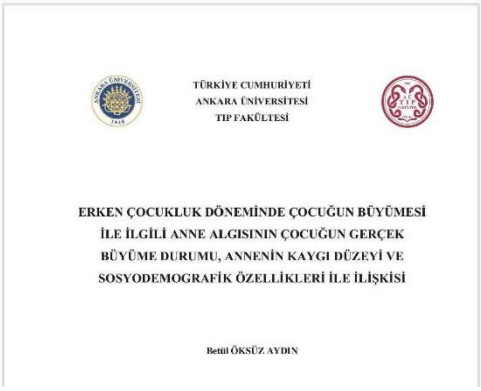
turnitin

Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	Betül Öksüz Aydın
Assignment title:	Betül Öksüz Aydın
Submission title:	ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE ÇOCUĞUN BÜYÜMESİ İLE İL...
File name:	F0-Betu_I.Tez.27.6.21._1.docx
File size:	1.81M
Page count:	119
Word count:	32,152
Character count:	213,780
Submission date:	27-Jun-2021 06:29PM (UTC+0300)
Submission ID:	1612761828



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE ÇOCUĞUN BÜYÜMESİ İLE İLGİLİ ANNE ALGISININ ÇOCUĞUN GERÇEK BÜYÜME DURUMU, ANNENİN KAYGI DÜZEYİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Betül ÖKSÜZ AYDIN

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%16	%6	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	**:** Betül ÖKSÜZ AYDIN	**Sınav tarihi:** 07/07 / 2021
Anabilim/Bilim Dalı	**:** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı	**:** Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER
Tezin Başlığı: Erken Çocukluk Döneminde Çocuğun Büyümesi ile İlgili Anne Algısının Çocuğun Gerçek Büyüme Durumu, Annenin Kaygı Düzeyi ve Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi
Tezin Niteliği: ☐ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak ☐ Kabulüne ☐ Reddine ☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine ☐ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Doç. Dr. Demet ALTUN

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlanabilme şansı bulduğum başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Saadet Arsan olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmam süresince sabırla, anlayışla ve titizlikle bana yol gösteren tez hocam Sayın Prof. Dr. Filiz Şimşek Orhon'a,

Asistanlığım süresince yanımda olan, iyi ve kötü birçok anı paylaştığım eşkıdemime, asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan zevk duyduğum uzman abla ve abilerime, hemşirelere ve yardımcı sağlık personeline,

Beni bugünlere getiren, hayatımın her döneminde koşulsuz sevgileriyle yanımda olan, sahip olduğum ve olacağım her başarıda imzaları olan canım aileme,

Her zaman yanımda olan, sonsuz sevgisi ve sabrıyla zorlukları kolaylaştıran, daimi destekçim, sevgili eşim Dr. Tahsin Aydın'a

Sonsuz teşekkürler…

Dr. Betül ÖKSÜZ AYDIN

Temmuz 2021

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar ix
Şekiller Dizini x
Tablolar Dizini xi

1. ÖZET 1

2. ABSTRACT 3

3. GİRİŞ VE AMAÇ 5

4. GENEL BİLGİLER 8

4.1. Büyüme 8

4.1.1. Büyümenin Tanımı 8

4.1.2. Büyüme Dönemleri 8

4.1.3. Büyümeyi Etkileyen Faktörler 10

4.1.4. Büyümenin İzlenmesi 13

4.1.5. Antropometrik Ölçümler 14

4.1.6. Büyüme Eğrileri 18

4.1.7. Beslenmenin ve Büyümenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Standartlar 20

4.2. Büyüme Bozuklukları 22

4.2.1. Obezite 22

4.2.2. Büyüyememe 25

4.2.3. Boy Kısalıkları 26

4.3. Çocuğun Büyümesi ile İlgili Anne Algısı ve Büyüme Sorunları 27

4.4. Ebeveyn ve Kaygı 28

5. GEREÇ VE YÖNTEMLER 31

5.1. Araştırmanın Deseni 31

5.2. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler 32

5.2.1. Sosyodemografik Anket Formu 32

5.2.2. Algı Formu 32

5.2.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği 32

5.3. Antropometrik Değerlendirme 33

5.4. Çocuğunun ve Kendisinin Vücut Yapısı ile İlgili Anne Algısını Değerlendirme **34**
5.5. İstatistiksel Analiz **35**
6. BULGULAR **36**
6.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri **36**
6.2. Çocukların Antropometrik Özellikleri **38**
6.3. Annelerin Antropometrik Özellikleri **38**
6.4. Çocuğunun ve Kendisinin Ağırlık Durumu ile İlgili Anne Algısı **39**
6.5. Annelerde Kaygı Durumu ile İlgili Bulgular **40**
6.6. Anne ve Çocuğun Antropometrik Özelliklerinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **41**
6.7. Annenin Algı Durumunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **44**
6.8. Annenin Algı Durumunun Çocuğun ve Annenin Antropometrik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi **47**
6.9. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi **48**
6.10. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Anneye Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **49**
6.11. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Babaya Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **50**
6.12. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğa Ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **51**
6.13. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Kendisine Ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **52**
6.14. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi **52**
6.15. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Anneye Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **53**
6.16. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Babaya Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **54**
6.17. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğa ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **55**
6.18. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Anneye Ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi **56**

6.19. Annenin Kaygı Durumu Açısından Çocuğunun ve Kendisinin Ağırlığı ile İlgili Algısının Değerlendirilmesi 56
6.20. DKÖ Puanları ile Anneye ve Çocuğa Ait Nicel Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Bulguları 57
6.21. SKÖ Puanları ile Anneye ve Çocuğa Ait Nicel Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Bulguları 58
7. TARTIŞMA 60
7.1. Araştırmaya Katılan Çocuk ve Annelerin Antropometrik ve Sosyodemografik Özellikleri 60
7.2. Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuğunun Büyüme Durumu ile İlgili Algısı 64
7.3. Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuğunun Büyüme Durumu ile İlgili Algı Durumunu Etkileyen Faktörler 68
7.4. Araştırmaya Katılan Annelerin Kendi Kilo Durumu ile İlgili Algısı ve Etkileyen Faktörler 71
7.5. Araştırmaya Katılan Annelerin Kaygı ile ilgili Bulguları ve Etkileyen Faktörler 71
7.6. Annenin Çocuğunun ve Kendisinin Ağırlık Durumu ile İlgili Algısının Kaygı Durumuna Göre Değerlendirilmesi 75
8. SONUÇLAR 78
9. KAYNAKLAR 84
10. EKLER 96
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 96
EK-2. Sosyodemografik Anket Formu 98
EK-3. Annenin Çocuğunun Büyümesi ile İlgili ve Kendi Vücut Yapisi ile İlgili Algı Formu 100
EK-4. Anne ve Çocuk Antropometri Bilgi Formu 101
EK-5. Durumluk Kaygi Ölçeği 103
EK-6. Sürekli Kaygı Ölçeği 104

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BGA : Boya Göre Ağırlık

BH : Büyüme Hormonu

CDC : Center for Disease Control

IGF-1 : İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü 1

DKÖ : Durumluk Kaygı Ölçeği

DSKÖ : Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FTT : Failure to Thrive

ICP : Infancy Childhood Puberty

IGFBP-3 : İnsülin Benzeri Büyüme Hormonu Bağlayıcı Protein 3

MGRS : Multicenter Growth Referance Study

NCHS : National Center for Health Statistics

SAI : State Anxiety Inventory

SD : Standart Sapma

SKÖ : Sürekli Kaygı Ölçeği

STAI : State Trait Anxiety Inventory

TAI : Trait Anxiety Inventory

TBSA : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

YGA : Yaşa Göre Ağırlık

YGB : Yaşa Göre Boy

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Süt çocukluğu-çocukluk-ergenlik döneminde boy büyüme eğrisi (ICP) modeli 9
Şekil 4.2. On gram ağırlığına duyarlı bebek terazisi 15
Şekil 4.3. Harpenden stadiometresi 15
Şekil 4.4. Baş çevresi ölçümü 16
Şekil 4.5. Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol Merkezi kız ve erkek çocuk VKİ eğrileri 17
Şekil 4.6. Deri kıvrım kalınlığı ölçümü 18
Şekil 4.7. Olcay Neyzi standartları 20

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Obezitenin gelişiminde rol oynayan faktörler 23
Tablo 4.2. Büyüme duraklamasının nedenleri 26
Tablo 4.3. Boy kısalığı nedenleri 27
Tablo 6.1. Çocukların demografik özellikleri 36
Tablo 6.2. Annelerin sosyodemografik özellikleri 37
Tablo 6.3. Babaların sosyodemografik özellikleri 38
Tablo 6.4. Çocukların antropometrik özellikleri 38
Tablo 6.5. Annelerin antropometrik özellikleri 39
Tablo 6.6. Çocuğunun ve kendisinin ağırlık durumu ile ilgili anne algısı 40
Tablo 6.7. Annenin kendi ağırlığı ve çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumunun karşılaştırılması 40
Tablo 6.8. Annelerin DKÖ ve SKÖ puanları 41
Tablo 6.9. Sosyodemografik özellikler açısından çocukların antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi 42
Tablo 6.10. Sosyodemografik özellikler açısından annelerin antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi 43
Tablo 6.11. Sosyodemografik özellikler açısından annenin çocuğun ağırlığı ile ilgili algı durumunun değerlendirilmesi 45
Tablo 6.12. Sosyodemografik özellikler açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunun değerlendirilmesi 46
Tablo 6.13. Çocuğun ağırlık sınıflamasına göre annenin algısının değerlendirilmesi 47
Tablo 6.14. Annenin kendi ağırlık sınıflamasının annenin kendi kilo durumu ile ilgili algısına göre değerlendirilmesi 48
Tablo 6.15. Annenin VKİ sınıflamasına göre annenin çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumunun değerlendirilmesi 48
Tablo 6.16. Durumluk kaygının çocuğa ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 49
Tablo 6.17. Durumluk kaygının anneye ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 50
Tablo 6.18. Durumluk kaygının babaya ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 51

Tablo 6.19. Durumluk kaygının çocuğa ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması 52
Tablo 6.20. Durumluk kaygının anneye ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması 52
Tablo 6.21. Sürekli kaygının çocuğa ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 53
Tablo 6.22. Sürekli kaygının anneye ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 54
Tablo 6.23. Sürekli kaygının babaya ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması 55
Tablo 6.24. Sürekli kaygının çocuğa ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması 56
Tablo 6.25. Sürekli kaygının anneye ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması 56
Tablo 6.26. Annenin kaygı durumu açısından çocuğun büyümesi ile ilgili algısının değerlendirilmesi 57
Tablo 6.27. Annenin kaygı durumu açısından kendi ağırlığı ile ilgili algısının değerlendirilmesi 57
Tablo 6.28. DKÖ puanları ile aileye ait nicel değişkenler arasındaki korelasyon 58
Tablo 6.29. SKÖ puanları ile aileye ait nicel değişkenler arasındaki korelasyon 59

1. ÖZET

Amaç: Annenin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algısı ve kaygısı, bu konudaki davranış biçimini etkileyerek özellikle erken çocukluk döneminde çocuğun büyümesi ile ilgili olumsuz ebeveyn müdahalelerine neden olabilir. Çalışmanın amacı; çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izlenen ve yaşı 24-36 ay arasında olan sağlıklı çocukların büyüme durumları ile ilgili anne algısının çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı düzeyi, annenin kendi kilosu ile ilgili algı durumu ve sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenen yaşları 24-36 ay arasında olan, zamanında doğmuş, ilk 6 ay sadece anne sütü almış ve 18-24 aya kadar anne sütüne devam etmiş sağlıklı çocuklar ve bilinen kronik bir hastalığı olmayan anneleri dahil edilmiştir. Çocuğun antropometrik ölçümleri alınıp, tam sistemik muayenesi yapılmıştır. Anneler tarafından sosyodemografik anket formu doldurulmuştur. Annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili ve kendi vücut yapısı ile ilgili verdiği yanıtlar, çocuğun o andaki VKİ Z skor değerlerine göre bulunduğu gerçek büyüme durumu ve annenin kendi VKİ sınıflamasındaki bulunduğu gerçek durum ile karşılaştırılarak annelerin algı düzeyi değerlendirilmiştir. Annenin kaygı düzeyi, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS version 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 105 çocuğun %47,6'sı kız, %52,4'ü erkek olup, takvim yaşı ortalaması 28,51±4,41 aydır. Annelerin yaş ortalaması 32,41±4,67, babaların yaş ortalaması ise 34,80±4,66 olup annelerin %57,1'inin, babaların ise %43,8'inin üniversite veya üstü eğitim düzeyinde olduğu öğrenilmiştir. Yaşa göre VKİ Z skoruna göre çocukların %5,7'si düşük ağırlıkta, %60,0'ı normal, %26,7'si fazla ağırlıkta ve %7,6'sı ise obez olarak tespit edilmiştir. VKİ sınıflamasına göre annelerin %47,6'sı normal ağırlıkta, %36,2'si kilolu ve %16,2'si ise obez olarak tespit edilmiştir. İlkokul veya ortaokul mezunu olan annelerde obezite ve fazla kiloluk sıklığı daha yüksek bulunmuştur (p=0,002). Annelerin %44,8'inin çocuğunun kilo durumunu yanlış tanımladığı tespit edilmiş ve çocuğunun kilo durumunu yanlış tanımlayan 47 annenin %91,5'inin çocuğun kilo durumu için olduğundan az tahminde bulunduğu tespit edilmiştir. Düşük kilolu olan çocukların annelerinin %66,7'si çocuğunun ağırlığını yanlış tahmin ederken, bu oran normal kilolu olanlarda %14,2, fazla kilolu olanlarda %92,9 ve obez olanlarda ise %100 olarak saptanmıştır (p<0,001). Annelerin %41'inin kendi kilo durumunu yanlış tanımladığı belirlenmiş ve kendi kilo durumunu yanlış tanımlayan 43 annenin %90,7'sinin ise kendi ağırlığı için olduğundan az tahminde bulunduğu tespit edilmiştir. Kendi

kilo durumunu doğru tahmin eden annelerin çoğunluğunun üniversite veya üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır (p=0,013). Annelerin DKÖ'ye göre %44,8'sinde, SKÖ'ye göre ise %65,7'sinde kaygı semptomunun olduğu belirlenmiştir. Durumluk kaygı semptomu olan annelerin %48,9'unun, sürekli kaygı semptomu olan annelerin ise %44,9'unun çocuğunun ağırlığını doğru değerlendiremediği belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda fazla kilolu ve obez çocukların, anneleri tarafından normal ya da düşük kilolu olarak değerlendirildiği belirlenmiştir. Annelerde kaygı seviyelerinin yüksek olduğu gözlenmiş olup kaygı semptomu olan annelerin neredeyse yarısının hem kendisinin hem de çocuğunun kilo durumunu yanlış değerlendirdiği belirlenmiştir. Çocuk sağlığı izlem vizitlerinde çocuğun büyümesinin düzenli olarak değerlendirilmesi, annenin çocuğunun kilo durumu ile ilgili farkındalığının ve kaygı durumunun belirlenmesi, özellikle çocuğunun kilo durumunu yanlış algılayan anneler başta olmak üzere ebeveynlere çocuğun büyümesi ile ilgili önerilerin verilmesi çocuklarda fazla kilololuk ve obezite gibi sorunların önlenmesinde etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, büyüme, obezite, anne, algı, kaygı.

2. ABSTRACT

Aim: Mother's misperception and anxiety about her child's growth may affect the behavior and cause negative parental interventions with the child's growth especially in early childhood. The aim of this study is to determine the relationship between the mother's perception of the growth status of healthy children who followed in the child health follow-up clinic and aged between 24-36 months with the child's actual growth status, mother's anxiety level, mother's perception of her own weight and sociodemographic factors.

Materials and Methods: The study included healthy children aged between 24-36 months who were only breastfed for the first 6 months and continued to breastfeed until 18-24 months and followed up in the Ankara University Faculty of Medicine, Department of Social Pediatrics and mothers with any known chronic, psychiatric disease. Anthropometric measurements of the child were taken and a complete systemic examination was performed. Sociodemographic questionnaire form was filled by the mothers. The answers given by the mother about the growth of her child and her own body structure, the perception level of the mothers was evaluated by comparing the actual growth status of the child according to the current BMI Z score values and the actual situation of the mother in her own BMI classification. The mother's anxiety level was evaluated with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). SPSS version 22.0 program was used in the statistical analysis of the data.

Results: 47,6% of the 105 children included in the study were girls and 52,4% were boys and the mean age was 28,51±4.41 months. The mean age of the mothers was 32,41±4.67 and mean age of the fathers was 34,80±4,66, it was learned that 57,1% of the mothers and 43,8% of the fathers had a university or higher education level. According to the BMI Z score for age, 5,7% of the children were underweight, 60,0% were normal, 26,7% were overweight and 7,6% were obese. According to the BMI classification, 47,6% of the mothers were of normal weight, 36,2% were overweight and 16,2% were obese. The frequency of obesity and overweight was found higher in mothers who graduated from primary or secondary school (p=0,002). It was determined that 44,8% of the mothers misperceived their child's weight status and 91,5% of 47 mothers who misperceived their child's weight status underestimated the child's weight status. 66,7% of mothers of low weight children estimated their child's weight incorrectly, this rate was 14,2% in normal weight, 92,9% in overweight, and 100% in obese children (p<0,001). It was determined that 41% of the mothers misperceived their own weight status and 90,7% of the 43 mothers who misperceived their own weight status underestimated their own weight. It was determined that most mothers who correctly predicted their own weight status had a university or higher education level (p=0,013). It was determined that 44,8% of the mothers

according to SAI and 65,7% of the mothers according to the TAI had anxiety symptoms. It was determined that 48,9% of mothers with state anxiety symptoms and 44,9% of mothers with trait anxiety symptoms could not estimate weight of their child correctly.

Conclusion: In our study, it was determined that overweight and obese children were evaluated as normal or underweight by their mothers. It was observed that the anxiety levels of the mothers were high and it was determined that almost half of the mothers with anxiety symptoms misperceived the weight status of both themselves and their child. In child health follow-up visits, regular evaluation of the child's growth, determination of the mother's awareness about the child's weight status and mother's anxiety, giving advice about the growth of the child to the parents especially mothers who misperceived their child's weight status will be effective in preventing problems such as obesity.

Keywords: Child, growth, obesity, mother, perception, anxiety.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Büyüme, hücre sayısı ve büyüklüğünün artması sonucu vücut hacminin ve kütlesinin artmasıdır. Çocukluk döneminin sürekli bir büyüme ve gelişme süreci içinde olması bu dönemin en önemli özelliğidir. Her çocuğun büyüme ve gelişme açısından kendi potansiyelini kazanmasına ve sağlıklı bir erişkin olmasına yardım etmek çocuk hekimliğinin belli başlı amaçlarındandır. Bunu başarmanın en önemli yollarından birisi normal büyüme ve gelişme açısından her çocuğun belirli aralıklarla izlenmesidir (1).

Günümüzde çocukluk döneminde büyümeyi etkileyen en önemli unsurlardan birisininbeslenme olduğu bilinmekte olup obezite ve büyüyememe de beslenme ile ilgili sorunlar olarak göze çarpmaktadır. Küçük çocuklarda büyüme sorunlarının belirlenmesi ya da bu sorunlara yol açabilecek risk etmenlerinin saptanması önleme ve müdahale stratejilerinin olabildiğince erken uygulanmasında kritik bir öneme sahiptir. Obezite ve büyüyememeyle mücadelede hedef, çocukların beslenme ve fiziksel aktivite dâhil olmak üzere sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesidir (1,2).

Ebeveynler, hangi yiyeceklerin ne kadar sunulacağına karar vererek, fiziksel aktiviteyi teşvik ederek ve herhangi bir büyüme sorunu ortaya çıktığında tanı ve tedavisi için hastaneye getirerek çocuklarının normal büyümelerinde önemli bir sorumluluğa sahiptir (2). Ebeveynlerin çocukları için yeme davranışlarını, besin çeşitlerini, öğün sayılarını ve fiziksel aktiviteyi modellemede etkili olduğu göz önüne alındığında, normal büyümenin sağlanmasında ve büyüme sorunlarına müdahale edilmesinde ebeveyn rolünün önemi ortaya çıkmaktadır (3).

Özellikle fazla kiloluluk ve obezite gibi durumlarda ebeveynlerin çocuklarında büyüme sorununu farketmeleri ve müdahalede bulunmaları bu sorunların çözümünde ve sorunun çocuğun ileri yaşamına taşınmasını önlemede etkilidir. Anneler tarafından çocuklarının kilo durumunun doğru olarak değerlendirilmemesi, dolayısıyla gerçekçi olmayan bir ebeveyn algısı 'ebeveynin yanlış algısı' olarak tanımlanır. Annenin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algısı, bu konudaki davranış biçimini etkileyerek çocuğun büyümesi ile ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilir. Ebeveynlerin, uygun yaşam tarzı seçimleri ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemeleri için öncelikle çocuklarının ağırlık durumunu zayıf, normal ya da fazla kilolu gibidoğru bir şekilde tanımaları gerekir (4). Önceki çalışmalarda; ebeveynlerin normal ağırlıktaki çocuklarını düşük kilolu olarak, fazla kilolu çocuklarını ise normal ağırlıkta olarak algıladığı gözlenmektedir. Farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalar, ebeveynlerin büyük bir kısmının çocuklarının aşırı kilolu ve obez olduğunu fark edemediğini göstermiştir (5-7). Özellikle daha küçük yaşta çocuğu olan annelerin aşırı kilo veya obeziteyi çocuğu için bir sağlık tehdidi olarak algılamadığı ve müdahale ihtiyacı duymadığı bildirilmiştir (8). Okul öncesi

çağda olan ve fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin, daha büyük çocukların ebeveynlerine kıyasla çocuklarını fazla kilolu olarak doğru tanımlama olasılıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır (9,10). Literatür genel olarak değerlendirildiğinde; özellikle okul öncesi, okul çağı ve ergenlik döneminde bu konuyla ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmasına karşın, 24-36 ay civarında olan yani süt çocukluğu döneminin hemen sonrasındaki çocuklar ve annelerinde yapılmış çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Bu dönem emzirmenin sona erdiği bir geçiş dönemi olup çocuğun beslenmesinde, yeme davranışlarının gelişiminde ve çocuğun büyümesinde önemli bir evredir (1).

Yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin çocukların ağırlığına ilişkin algılarının çocuğun yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, vücut kitle indeksi (VKİ), ebeveynin eğitim düzeyi, ebeveynin ağırlık durumu ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerden etkilendiği gösterilmiştir (11-16). Rietmeijer ve arkadaşlarının yaptığı ve 35103 çocuğu kapsayan bir çalışmada; fazla kilolu çocukların %62,4'ünün ebeveynleri tarafından normal kilolu olarak algılandığı ve fazla kilolu çocukların yanlış algılanmasının daha büyük çocukların ebeveynlerine kıyasla 2-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (17). Boutelle ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; annelerin %60'ının ergenlik çağındaki çocuklarının kilosunu doğru bir şekilde değerlendirdiği saptanmış, buna karşın anne aşırı kiloluysa doğru tahmin olasılığının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada annelerin, kızlarının kilosunu erkek çocuklarının kilosuna oranla daha doğru tahmin ettikleri tespit edilmiştir (18). Lundahl ve arkadaşlarının 69 makaleyi değerlendirdikleri bir metaanalizde; ebeveynlerin %50,7'sinin fazla kilolu/obez çocuğunu olduğundan daha az kiloda tahmin ettiği ve çocuğun yaşı ve VKİ'nin bu durumu belirleyen en önemli faktörler olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada; normal kiloya sahip çocukların ebeveynlerinin %14,3'ünün çocuğun durumunu düşük kilolu olarak tahmin ettiği saptanmıştır (11). Diğer yandan, Peyer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; fazla kilolu ebeveynlerin normal kilolu ebeveynlere göre çocuklarında fazla kilo olduğunu tespit etme ve çocuklarının kilosuyla ilgili endişelerini bildirme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (19).

Genel olarak yapılan çalışmalar, ebeveynlerin, çocuklarının fazla kilolu olduğunu tahmin edemediklerini ve sağlıklı ağırlık yönetimi konusunda rehberliğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (20). Ebeveynler, çocuklarının fazla kilolu olduğunu fark edemiyorlarsa ya da çocuklarının fazla kilosu hakkında endişelenmiyorlarsa sorunu çözme motivasyonundan da uzak olabilirler. Buna karşın, çocuklarının fazla kilolu olma durumunun farkında olan, bununla mücadele ettiğine inanan ve bu durumun ilerideki olumsuz sonuçları hakkında bilgi sahibi olan ebeveynler, sağlıklı davranışları modelleme ve çocuklarının kilosu için çözüm arama olasılığına sahip görünmektedir (21).

Anne ruh sağlığı, sadece annenin refahı ve işlevsel durumu üzerindeki etkileri nedeniyle değil, aynı zamanda anne-çocuk ilişkisi ve çocukların gelişimi üzerindeki etkileri nedeniyle de önemlidir. Annenin ruhsal sorunları bebeğin bakım, beslenme, büyüme, uyku ve gelişimi üzerine olumsuz etkilere yol açan ve anne-bebek bağlanmasını bozan önemli sorunlar olarak görülmektedir (22). Literatürde maternal depresyonun çocuğun büyümesi üzerine olan etkilerini gösteren çok sayıda araştırma bulunmasına karşın, anne kaygısının erken çocukluk döneminde büyüme üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar sınırlıdır. Maternal kaygı doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde, çocuk gelişimi ve büyümesi üzerinde birçok olumsuz sonuçlar doğurabilir. Endişeli annelerin diğer annelere göre daha müdahaleci olabildiği gözlenirken, bunun tersine anksiyetenin kişinin doğru değerlendirme yeteneğini etkilemesi sonucunda annenin duyarsız olmasına da neden olabileceği öne sürülmektedir (23). Annedeki anksiyete sorunu annenin hem kendisinin ağırlık durumu hem de çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algılarına yol açabileceğinden çocukların ağırlık kontrolü ile ilgili erken müdahale olanaklarının da kaçırılmasına neden olabilir. Özellikle büyüme ile ilgili sorun yaşayan çocuklarda, annenin kaygı düzeyinin ve annenin çocuğunun ve kendisinin kilo durumu ile ilgili algısını etkileyen etmenlerin belirlenmesi ve buna yönelik müdahalelerin yapılması çocuğun büyüme ve beslenmesine yönelik anne algısındaki bozuklukların düzeltilmesine ve çocuk için uygun programların oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı; çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izlenen ve 24-36 ay arasında olan sağlıklı çocukların büyüme durumları ile ilgili anne algısının çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı düzeyi, annenin kendi kilosu ile ilgili algı durumu ve sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisinin belirlenmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Büyüme

4.1.1. Büyümenin Tanımı

Büyüme, hücre sayısı ve hücre büyüklüğünün artması sonucu vücut hacminin ve kütlesinin artmasıdır. Gelişme ise hücre ve dokuların yapı ve bileşimindeki değişimler sonucu biyolojik işlev kazanılmasını ifade eder. Fizyolojik olarak büyüme, hücre hiperplazisi (hücre sayısında artış), hipertrofi (hücre boyutunda artış) ve apopitozu içeren dinamik bir süreçtir (1).

Çocukların en önemli özelliği sürekli bir büyüme ve gelişme süreci içerisinde olmalarıdır. Bu süreç döllenme ile başlar ve ergenliğin sonuna dek sürer. Büyüme sürekli olmakla birlikte, hep aynı hızda devam etmez. Büyümenin en hızlı olduğu dönemler; intrauterin dönem, süt çocukluğu dönemi ve ergenlik dönemidir (24,25).

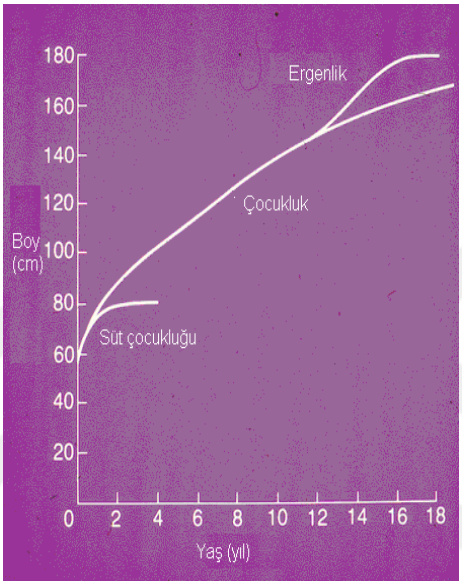
Büyüme, bebek ve çocukların sağlık ve iyilik halinin en önemli göstergesi olup büyümeden sapma patolojik bir durumun tek habercisi olabilir. Bu nedenle bir çocuğun sağlığı incelendiğinde büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesi temel kuraldır (26). Normal büyümenin sağlanabilmesi için sağlıklı hücre yapısı, yeterli besin ve uygun ortam (pH, eser elementler, substrat vb.), yeterli beslenme koşulları, etkin çalışan bir hormon sistemi ve duygusal dengenin sağlandığı güvenli bir aile ortamının olması gereklidir (27,28). Pediatristlerin çocuğun gelişmesini takip edebilmesi, gelişimdeki gecikme ya da anormallikleri tanıyabilmesi, gerekli hizmetleri sunabilmesi ve anne babaya danışmanlık yapabilmesi için normal büyüme ve gelişmeyi bilmesi gereklidir (1).

4.1.2. Büyüme Dönemleri

Çocuklarda anatomik ve fizyolojik özellikler yaşa göre farklılıklar gösterdiğinden dolayı çocukluk çağı dönemlere ayrılarak incelenir. Karlberg çocuklarda büyümeyi, süt çocukluğu dönemi, çocukluk dönemi ve ergenlik dönemi olarak üçe ayırmaktadır. ICP büyüme modeli (infancy-childhood-puberty) olarak adlandırılan bu model, mevcut dönemlerde matematiksel olarak büyüme eğrilerinin farklı olması temeline dayanır (29) (Şekil 4.1). Doğum sonrası ilk üç yılda; önce hızlıca yavaşlayan süt çocukluğu dönemi ve bunu takiben yavaşça ivme kaybetmeye devam eden çocukluk dönemi büyümesi ve daha sonra ergenlik dönemi büyümesi görülür. Süt çocukluğu ve ergenlik dönemleri hızlı büyüme dönemleri olup, çocukluk döneminde ise büyüme hızı yavaşlar, fakat sabit bir hızla devam eder (29).

Doğum öncesi dönemde büyüme en hızlı olup bu dönemde fetüsün büyümesi maternal, fetal, plasental ve çevresel faktörlerden etkilenir. Gelişmekte olan fetüs annenin yetersiz

beslenmesi, alkol, sigara, ilaç kullanımı ve psikolojik travma gibi sosyal ve çevresel değişikliklerden etkilenir ve potansiyel olarak bireyin yaşamı boyunca büyüme ve büyüme davranışı etkilenir (1). Doğum öncesi büyüme esas olarak plasental fonksiyon, maternal anatomi, kan akımı ve beslenme gibi dış faktörlerden etkilenmekte olup anne ağırlığı ve beslenme en etkili faktörlerdir. Genetik mutasyonların fetal büyüme üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Bunun dışında büyüme hormonu (BH) fetal yaşamda önemli bir role sahiptir ve bu hormonun lipogenez ve anjiyogenezde yer alan hücresel farklılaşma süreçlerinde rol oynadığı düşünülmektedir (30).



Şekil 4.1. Süt çocukluğu-çocukluk-ergenlik döneminde boy büyüme eğrisi (ICP) modeli

Süt Çocukluğu Dönemi: Süt çocukluğu dönemi doğumdan sonra başlayan ilk iki yıllık büyüme dönemini kapsamakta olup lineer büyümenin en fazla olduğu dönemdir. Bu evrede çocuğun normal büyüme ve gelişmesinde en önemli faktör ise beslenmedir (25,26).

Yaşamın ilk yılında büyüme ve ağırlık artışı fetal yaşamdaki kadar olmamakla beraber hızlıdır. Doğumdan sonraki ilk hafta çocuk ağırlığının %10'una kadar olan kısmını fizyolojik olarak kaybettikten sonra, ilk 6 ayda günde 20-30 gramlık ağırlık artışı ve 16 cm'lik boy uzaması olur. Büyüme 6. aydan sonra yavaşlar ve çocuk ikinci 6 ayda günlük 15-20 gramlık ağırlık artışı ve yaklaşık 8 cm boy uzaması gösterir. Böylece çocuk 1 yaşına geldiğinde ağırlığı doğum ağırlığının yaklaşık 3 katı kadar olur. 12-24 ay arasında çocuğun büyüme hızındaki düşüş devam eder. Bu aylarda çocuk haftada ortalama 50 gram alır ve boy uzaması yıllık 10-12 cm kadardır. 2 yaşından sonra büyüme hızı çocukluk dönemindeki durağan hızına düşer (27).

Çocukluk Dönemi: Çocukluk dönemi 2 yaşından pubertenin başladığı 8-9 yaşlarına kadar olan dönemdir. Büyüme hızı diğer dönemlere göre düşük olmasına rağmen süre olarak

en uzun olan dönemdir. Çocukluk döneminde büyümeyi etkileyen çevresel faktörlerin yanında büyümenin temel belirleyicileri tiroid hormonu ve BH'dir. Bu dönemde büyüme hızında yıl içinde mevsimsel farklılıklar ve değişken hızlanmalar görülür (27).

Çocukluk döneminde yıllık ağırlık artışı 2-2,5 kg'dır. 2-4 yaş arası yılda 7 cm boy uzaması gösteren çocuk, 4 yaşından puberteye kadar yılda 5-6 cm kadar boy uzaması gösterir (27).

Ergenlik Dönemi: Ergenlik dönemi 10-11 yaşlarında başlar. Büyümenin hızlandığı bu dönemde, büyümeyi BH ve tiroid hormonu ile birlikte cins steroidleri sağlar. Ergenliğe kadar kız ve erkek çocuklar nihai boylarının %80'ine ulaşmıştır. Ergenlik boyunca kızlar 16-20 cm, erkekler ise 25-28 cm uzar. Kızlarda yaklaşık 16 yaş, erkeklerde yaklaşık 18 yaş civarı hızlanan kemik olgunlaşması ve büyüme kıkırdaklarının kapanması ile büyüme durur. Ergenlik süresince kızlar ortalama 16 kg, erkekler ise 20 kg ağırlık artışı gösterir. Ergenlik döneminin erkeklerde iki yıl geç başlaması ve büyüme hızı doruğundaki farklılıklar nedeniyle her iki cins erişkin boyları arasında ortalama 13 cm'lik bir fark oluşur (25).

Türk kız çocuklarında ergenlik başlama yaşının ortalama 10,1 yaş olduğu, menarşın ortalama 12,2 yaşta gerçekleştiği ve ergenlik süresinin 4,9±1,2 yıl olduğu gözlenmektedir. Türk erkek çocuklarında ise ergenlik başlama yaşının ortalama 11,6 yaş olduğu, ergenlik süresinin ise ortalama 4,9±0,6 yıl olduğu gözlenmektedir. Her iki cinste de nihai boyu etkileyen en önemli faktör ergenliğin başlangıcındaki boy uzunluğudur (26).

4.1.3. Büyümeyi Etkileyen Faktörler

Çocuğun büyümesini etkileyen etmenler; genetik faktörler, metabolizma, nöroendokrin sistem ve çevresel faktörlerdir. Çevresel faktörler içinde sayılan beslenme az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyümeyi etkileyen en önemli faktördür (31).

Genetik Faktörler: Genetik faktörler hem doğum öncesi dönemde hem de doğum sonrasında büyümeyi etkiler. Çocuğun döllenme anında edindiği genetik yapı ve taşıdığı genlerin birbirleriyle karşılıklı etkileşimi büyüme ve gelişme potansiyelini belirler. Genetik faktörlerin erişkin boyu etkilediği bilinmekte olup, çocuğun boyu ile anne-baba boy ortalamasının iyi bir korelasyon gösterdiği bilinmektedir. Diğer yandan, düşük doğum ağırlığı olan annelerin ponderal indeksi düşük, zayıf bebeklere sahip olduğu gösterilmiştir (30).

Genlere bağlı özellikler yalnız normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkiler. Hipotalamo-hipofiz eksenini etkileyen genlerdeki mutasyonlar BH üretimini veya etkisini olumsuz etkileyebilir. Bunlar, BH geni, BH reseptör geni, insülin benzeri büyüme faktörü 1 (IGF-1) geni, IGF-1 reseptör geni ve hipofiz transkripsiyon faktörlerinin üretiminde rol oynayan genleri içerir. Hipofiz transkripsiyon

faktörlerinde (örneğin POUF1, PROP1, HESX1, LHX3 ve LHX4) anormallikler, ciddi boy kısalığı ve çoklu hipofiz hormonu eksiklikleri ile ilişkilidir (32).

Metabolizma: Büyüme potansiyelinin tam olarak kullanılabilmesi için organizmanın normal metabolik denge içinde olması gerekmektedir. Bunun için de normal fonksiyon gösteren enzim sistemlerine, enzimlerin etkisi için hormonal uyaranlara ve yeterli miktarda enerjiye ihtiyaç vardır (33).

Nöroendokrin Sistem: Büyüme sürecinin normal ilerleyebilmesi için bu süreci doğrudan etkilediği bilinen BH ve tiroid hormonlarının yeterli düzeyde salgılanmasının yanı sıra hormonal bütünlüğün ve normal hormonal dengenin sağlanması da gereklidir. Çocukluk döneminde büyümeyi sağlayan başlıca hormon BH ve IGF'lerdir. Bunun yanı sıra tiroid hormonu, adrenal androjenler, cins steroidleri, glukokortikoid, leptin ve insülin büyümeyi sağlar. Ergenlikte büyümenin hızlanmasını sağlayan ana etken BH ve cins steroidleridir (25).

Prenatal dönemde somatik büyüme ile BH ve tiroid hormonu arasında belirgin bir ilişki yoktur. Buna karşın, IGF'lerinfetal büyüme üzerine önemli etkileri vardır. Bu faktörlerden IGF-2, IGF-1'e göre fetal büyüme üzerinedaha etkilidir. İnsülin de fetal büyüme üzerine etkili bir hormondur (34).

Postnatal dönemde BH özellikle hücre çoğalması için önemlidir. BH'nun büyüme üzerine etkisi IGF-1 ve onun ana bağlayıcı proteini olan insülin benzeri büyüme hormonu bağlayıcı protein (IGFBP-3) aracılığı ile oluşur. Ergenlik döneminde cinsiyet hormonlarının artışı ile IGF-1 de artar. Tiroid hormonlarının büyüme üzerine etkisi ise hem doğrudan kemik büyümesi hem de dolaylı olarak BH-IGF-1 ekseni üzerindendir. Normal BH salınımı için tiroid hormonuna da gereksinim vardır (34).

Glukokortikoidlerin fazlası büyümeyi bozar. Aşırı miktarda glukokortikoid hem BH salınımını somatostatini artırmak yoluyla baskılar, hem de doğrudan kıkırdak hücrelerinde BH ve IGF-1 etkisini engeller (35).

Çevresel Faktörler: Büyümeyi etkileyen çevresel faktörler; beslenme, intrauterin etmenler, psikolojik faktörler ve fiziksel aktiviteyi içerir.

Beslenme büyümeyi etkileyen en önemli etmendir. Normal büyüme ancak yeterli ve dengeli bir beslenme ile gerçekleşebilir. Normal büyüme için dengeli beslenme, yeterli protein, vitamin ve eser elementlerin alımının yanı sıra, besinlerin sindirim ve emiliminin de yeterli olması gereklidir (33).

Beslenme, büyüme sürecinin her evresinde büyümeyi etkiler. Fetal dönemde büyüme genetik faktörlerle birlikte beslenme ve metabolik etmenler ile anne ve plasentadan sağlanan oksijen ve hormonların etkisindedir. Bu nedenle doğum ağırlığı, anne ve baba boy ortalamasından çok, annenin doğum öncesi ağırlığı ile ilişkilidir. Diğer yandan, hızlı büyüme

ve gelişme nedeni ile okul öncesi çocukların pek çok besin öğesine olan ihtiyacı hayatın diğer dönemlerine oranla daha fazla olup bu dönemde kazanılacak beslenme alışkanlıkları yaşam boyu sürmektedir (33).

Erken çocukluk dönemindeki yetersiz beslenme, büyümede geriye dönüşsüz aksamalara ve ruhsal ve işlevsel bozukluklara neden olmaktadır. Besin eksikliği erken ve kronik olduğu ölçüde boy kısalığı kalıcı olarak devam etmekte ve çocuk beklenen genetik yapısına erişememektedir. Beslenme bozukluğu uzun dönemde bilişsel gelişimde gerilik, öğrenme güçlüğü, davranış bozuklukları, dil gelişimi ve okuma yaşında gerilik gibi kalıcı değişikliklere yol açar. Diğer yandan, hızlı kilo alımı ya da fazla protein alımı ise ileri yaşlardaki obezite riskini arttırmaktadır (36).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeyi, altıncı aydan sonra yaşına uygun ve güvenli tamamlayıcı beslenmeye geçmeyi ve en az iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesini önermektedir. Emzirme ve tamamlayıcı beslenme, bebek ve küçük çocukların beslenmesinde kritik öneme sahiptir ve kısa ve uzun dönemde obezite ve kronik hastalık riskini azaltmaktadır. Doğru beslenme uygulamaları ayrıca anne ve çocuk arasında bağ kurmayı, dolayısıyla psikososyal gelişimi ve bağlanmayı destekler. DSÖ ve UNICEF Yürütme Kurulu tarafından 2002 yılında onaylanan Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi için Küresel Strateji, bebek ve küçük çocukların beslenmesini koruma, teşvik etme ve destekleme çabalarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır (31, 37).

Çocuğun doğumdan sonra yeterli anne sütü alamaması, kötü beslenmesi ve ishal gibi gastrointestinal hastalıkları geçirmesi büyümenin hızında duraklama veya yavaşlamaya neden olabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde çocuk ve bebek ölümlerinin nedenleri arasında yetersiz beslenme ilk sıralarda yer almaktadır (31).

Çocuklar her konuda olduğu gibi beslenme konusunda da yakın çevrelerini taklit ederek öğrenirler. Aile, özellikle anne, çocuğun beslenme alışkanlığının gelişmesinde en etkili kişidir. Ebeveynlerin tutum ve davranışları çocuğun motor, duygusal ve sosyal olgunlaşmasında etkili olduğu kadar beslenme becerileri ve kalıcı beslenme alışkanlığının gelişmesinde de etkilidir. Bu nedenle çocuğun en yakın çevresi olan anne baba ve bakımından sorumlu kişilerin beslenme ve bakım sırasında özenli, kararlı ve güvenli davranış içinde olmaları gerekir (38).

Büyümeyi etkileyen çevresel faktörlerden bir diğeri intrauterin etmenlerdir. İntrauterin enfeksiyonlar, preeklampsi, eklampsi, hipoksi, çoğul gebelik, plasental yetmezlik, annenin malnutrisyonu, annenin sigara kullanımı, ilaçlar ve radyasyon fetüsün büyümesini olumsuz olarak etkileyip postnatal dönemde de devam eden büyüme sorunlarına yol açabilir (30).

Akut stres büyümeyi etkileyen diğer bir çevresel faktördür. Akut stres BH salgılanmasını uyarmasına rağmen, psikososyal yoksunluk gibi durumlar kronik strese yol açarak çocuklarda

BH salgılanmasını baskılar ve bu durum da büyüme duraksamalarına neden olur. Stres ortadan kalktıktan sonra normal BH salgılanmasına bağlı olarak büyüme yakalaması gerçekleşebilir (32).

Mevsim ve rakım gibi diğer çevresel faktörlerin de büyüme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Boy uzama hızındaki mevsimsel değişim kış aylarında en düşük seviyede iken, ilkbaharda daha hızlıdır. Düşük oksijen doygunluğu olan yüksek rakımlarda yaşayan çocukların daha kısa boylu oldukları bilinmektedir (32).

Doğumsal veya edinsel hastalıklar kronik gidişleri veya bıraktıkları kalıcı bozukluklarla büyüme ve gelişmeyi durdurur ve düzenini bozar. Kronik hastalığı olan çocuklarda büyüme ve gelişme bozukluklarına yol açan nedenler; hipoksi, doku oksijenlenmesinde bozulma, asidoz, yetersiz beslenme, besin emiliminin yetersizliği, alınan besinlerin kullanımında bozukluklar, immun yetersizliğe bağlı sık enfeksiyon geçirme, metabolik bozukluklar, artmış enerji tüketimi, endokrin işlevlerde ikincil bozulma ve tedavi yan etkisidir (35).

Son üç-dört dekatta olumlu çevresel faktörlerin etkisi ile çocukların büyümesinde geçmişe göre iyileşmeler gözlenmektedir. Sosyoekonomik şartlarda, beslenmede, çevresel ortamda ve sağlık hizmetlerindeki iyileşmeye bağlı olarak çocukların büyümelerinin olumlu etkilenmesi ve düşük sosyoekonomik gruptaki çocukların büyüme durumlarının üst grupta olanların düzeyine erişmesi büyümede yüzyılın eğilimi olarak tanımlanır. Bu durum boy, ağırlık ve cinsel gelişimde belirgin olup ayrıca bacak uzunluğu ve oturma yüksekliği gibi iskelet ölçümlerinde de görülür. Yüzyılın eğilimi özellikle gelişmekte olan ülkelerde belirgindir (39). Ülkemizde Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; Ankara'da 1993 ile 2003 yılları arasında 7-15 yaş arası erkek ve kız çocuklarında özellikle boy ölçümlerinde önemli bir seküler artış bulunmuş ve bu artışlar, nüfusun genel sağlık durumunu yansıtan sosyal ve sağlık göstergelerindeki gelişmelerle açıklanmıştır (40).

4.1.4. Büyümenin İzlenmesi

Çocuğun antropometrik ölçümlerinin belirli aralıklarla yapılarak standart büyüme eğrilerine işlenmesi büyümenin izlenmesi olarak tanımlanır. Büyümenin izlenmesi, bebek ve çocuk takibinin ayrılmaz bir parçası olup her çocuğun doğumdan sonra belirli aralıklarla büyümesinin izlenmesi gereklidir. Çocuk sağlığının ve beraberinde büyümenin izlemi; çocuk ölümlerinin azaltılmasında, hastalık ve sakatlıkların önlenmesinde ve sağlıklı büyüme ve gelişimi destekleyerek çocukların sağlıklı erişkinler olarak yaşamını sürdürmesinde büyük önem taşımaktadır (1,41).

Büyümenin izlenmesi ile çocuğun sağlıklı ve yaşına uygun büyümesi sağlanır ve çocuğun sağlığını ve büyümesini tehdit eden hastalıklar ve riskler erken dönemde saptanır. Annelere

çocuklarının sağlığı, beslenmesi ve büyümesi ile ilgili eğitim verilerek sağlık hizmetlerinin verimliliği artırılır. Büyümenin izlenmesindeki amaç; malnütrisyonu saptamak olmayıp büyümedeki herhangi bir duraklamayı erken dönemde fark ederek malnütrisyonun gelişmesini önlemektir (41). Değerlendirmeler sonucu çocukluk yaşlarında birçok hastalığın ilk belirtisi olan büyüme hızında azalma ve büyüme ve gelişmedeki duraklama erken dönemde saptanarak gerekli önlemlerin alınması sağlanmaktadır (41,42).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 0–1 yaş bebeklerin her ay, 2. yılda 2 ayda bir, 3–5. yıllarda 3–4 ayda bir büyüme hızlarının değerlendirilmesi ve bu bebeklerin vücut ağırlıklarının ölçülüp kaydedilmesi önerilmektedir (42). Büyüme izlemini yapacak kişi çocuğun izleminden sorumlu sağlık personeli ve annedir.

4.1.5. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler ile büyüme durumunun değerlendirilmesi kısa ve uzun dönemde kullanılan, invaziv olmayan, kolay, ucuz ve hızlı yöntemlerdir. En sık kullanılan antropometrik ölçümler; ağırlık, boy, baş çevresi ve artma hızı ve vücut bölümlerinin birbirine oranlarıdır. Bunların yanı sıra deri kıvrım kalınlığı, orta kol çevresi, boyun çevresi, bel çevresi ve kalça çevresi de ölçülebilir (43).

Ölçümlerin olabildiğince hassas ve doğru olabilmesi için, mümkünse aynı ölçüm cihazları ile aynı kişiler tarafından yapılması, ölçüm yapılırken dikkatli ve titiz davranılması gerekir.

Vücut Ağırlığı: İki yaşından küçük çocuklar 10 gram ağırlığına duyarlı bebek terazileri kullanılarak, daha büyük çocuklar ise 100 gram ağırlığına duyarlı teraziler kullanılarak ölçülmelidir (Şekil 4.2.). Ölçüm sırasında bebek giysisiz ve bezsiz olmalıdır. 2 yaşından büyük çocuklar kalın giysilerini çıkartmış ve mümkünse çıplak olmalıdır.

Doğumdan sonraki ilk 3-4 gün içinde doğum ağırlığının %5-6'sı kadar fizyolojik tartı kaybı olur. Tartı kaybı %10'dan fazla ise patolojik kabul edilir. Bebek ortalama 10 gün civarında doğum ağırlığına yeniden ulaşır. Bebekler ilk 6 ayda günde ortalama 20-30 gr (haftada 150-250 gram), ikinci 6 ayda günde15-20 gr (haftada 100-150 gram), 12-24 ay arasında haftada 50 gr, 24 aydan sonra ise yılda 2-2,5 kg alırlar. Bebekler doğum ağırlıklarının iki katına genellikle 5. ayda, üç katına 1 yaşında, dört katına ise 2 yaşında ulaşmış olur (42).



Şekil 4.2. On gram ağırlığına duyarlı bebek terazisi

Boy: Boy uzunluğu, 2 yaşa kadar sırt üstü yatar pozisyonda, baş-ayak tahtası kullanılarak ölçülür. İki yaşın üstündeki çocukların boyu ise ayakta dik pozisyonda durabildiği en dik durumda ölçülmelidir. Ölçüm esnasında ayaklar çıplak olmalı, topuk, kalça ve skapula bölgesi ölçüm tahtasına temas etmelidir. Ayakta boy ölçümü için kullanılan en uygun araç 'Harpenden stadiometre' tipi ölçüm araçlarıdır (Şekil 4.3). Ayakta yapılan ölçümler yatar pozisyonda yapılan ölçümlerden ortalama 1 cm daha düşüktür.

Doğumda bebeğin ortalama boy uzunluğu 50 cm'dir. Bebek ilk üç ayda 8 cm, ikinci üç ayda 8 cm, üçüncü üç ayda 4 cm ve dördüncü üç ayda 4 cm uzayarak 1 yaşında ortalama 75 cm'e ulaşır. Boy uzaması; 1-2 yaş arası 10-12 cm/yıl; 2-4 yaş arası 7 cm/yıl; 4 yaştan ergenliğe kadar da 5-6 cm/yıl civarındadır. Bebekler, 4 yaşında doğum boyunun iki katına, 12 yaşında doğum boyunun üç katına erişmiş olurlar. Çocukların ulaşabilecekleri erişkin boyları (hedef boy) anne ve babanın boyları ölçülerek yaklaşık olarak hesaplanabilir (27).



Şekil 4.3. Harpenden stadiometresi

Baş Çevresi: Üç yaşın altındaki çocuklarda özellikle santral sinir sisteminin gelişimini gösteren bir parametredir. Baş çevresi, elastik olmayan bir mezura yanda pariyetal bölgeden,

önde glabelladan geçirilerek arkada oksiput çıkıntısına uzanan aralıkta ölçülür. Kulaklar mezura altında kalmamalıdır (Şekil 4.4). Ölçüm sırasında baş sabit tutulmalıdır. Ölçümün yapıldığı çevre üzerinde herhangi bir şişlik varsa (çaput succedanum, subgaleal kanama, sefal hematom, subkutan bölgeye sıvı kaçması, alerjik skalp ödemi vb) mutlaka not edilmelidir. Bu şişlikler geçtikten sonra ölçüm tekrarlanmalıdır (42).

Doğumda baş çevresi yaklaşık 35 cm'dir ve doğumdan sonraki ilk aylarda baş çevresi çok hızlı artar. İlk iki ayda ortalama 2 cm/ay, 2–6. aylarda 1 cm/ay ve 6–12. aylarda 0,5 cm/ay artış gözlenir (42).



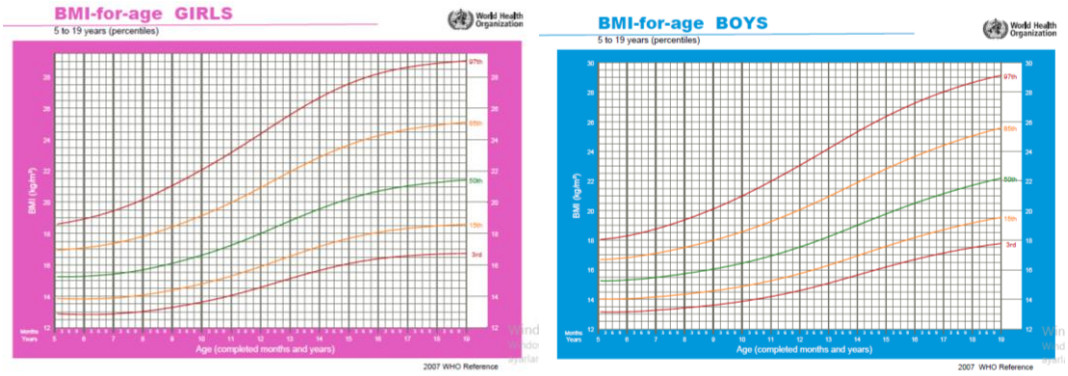
Şekil 4.4. Baş çevresi ölçümü

Vücut Kitle İndeksi: Vücut kitle indeksi (VKİ), ağırlığın (kg) boyun (m) metrekaresine bölünmesi ile hesaplanır. Fazla kiloluk ve obeziteyi gösteren önemli bir parametredir. Günümüzde çocuk ve adölesanlarda yaşa ve cinsiyete göre oluşturulmuş VKİ eğrileri, fazla kilololuluk ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılmaya başlanmıştır (Şekil 4.5).

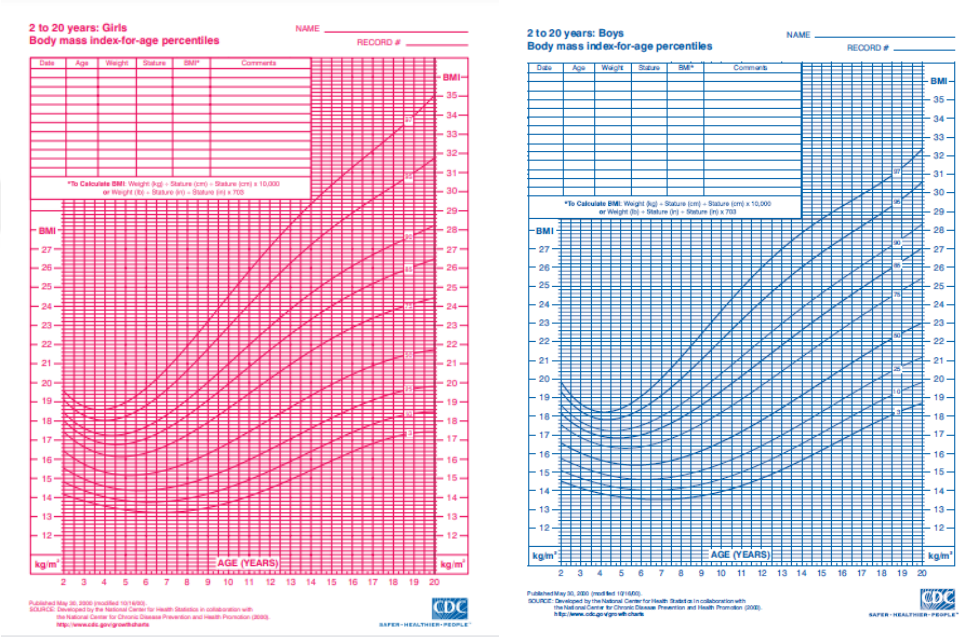
VKİ değerlerine göre yapılan sınıflamada; 5 yaşın altındaki çocuklarda fazla kilololuluk >+2 SD veya >97. yüzdelik (persentil), obezite ise >+3 SD veya >99. yüzdelik olarak tanımlanmaktadır. 5-19 yaş grubundaki çocuklar ve adölesanlarda ise fazla kilololuluk >+1 SD veya >85.yüzdeliğin üzeri, obezite ise >+2 SD veya >97. yüzdeliğin üzeri olarak tanımlanmaktadır. Tüm yaş gruplarında -2 Z skorunun altı zayıflık, -3 Z skorunun altı ciddi zayıflık olarak tanımlanmıştır (44).

Center for Disease Control (Hastalık Kontrol Merkezi, CDC) eğrilerinde VKİ'nin 95.persentil ve üzerinde olması şişman, 85-94.persentil arasında olması ise fazla kilolu olarak tanımlanmıştır (45).

DSÖ çocuk büyüme standartlarında çocukların +1 Z skorunun 19 yaş grubunun 25 kg/m^2'sine, +2 Z skorunun ise 30 kg/m^2'ye karşılık geldiği bildirilmiştir (46).



DSÖ 5-19 Yaş Çocuk VKİ Eğrileri



CDC 2-20 Yaş Çocuk VKİ Eğrileri

Şekil 4.5. Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol Merkezi kız ve erkek çocuk VKİ eğrileri

Rölatif Ağırlık Ölçümü: Yaş ve cinsiyete göre düzenlenmiş boy ve ağırlık değerlerini içeren tablolardan yararlanılarak çocuğun boy yaşına (boyunun 50.persentilde olduğu yaş) göre olması gereken ağırlık (ideal ağırlık) bulunur. Çocuklarda obezite tanısında yaygın olarak kullanılan kriterlerdendir. *Rölatif ağırlık: Ölçülen ağırlıkX100/İdeal ağırlık* formülüyle hesaplanır (35).

Rölatif ağırlık %90-100 arasında normal, %110-120 arasında fazla kilolu, %120'nin üzerinde obezite ve %140'ın üzerinde ise aşırı obezite olarak kabul edilir (35).

Orta kol çevresi: Kol çevresi hem vücut yağ depoları hem de kas kitlesinden etkilenen ve mevcut beslenme durumunu yansıtan bir parametredir. Sol kol dirsekten fleksiyona getirilerek akromiyon ve olekranon arasındaki mesafe ölçülüp orta noktası işaretlenir, daha sonra kol tekrar ekstansiyona getirilerek orta noktadan esnemeyen bir mezura ile kol çevresi

ölçülür. En sık 1-5 yaş arasında kullanılır. DSÖ'ye göre; <12,5 cm olması yetersiz beslenmeyi, <11 cm olması ise ağır malnütrisyonu gösterir (47).

Deri kıvrım kalınlığı: Deri kıvrım kalınlığı cilt altı yağ dokusunu ölçen ve vücuttaki toplam yağ miktarını gösteren bir parametredir. Calipper adı verilen aletle triseps (en sık), biseps, subskapular ve suprailiak bölgelerden 3 kez ölçüm yapılıp ortalaması alınır. İki deri tabakası altındaki yağ dokusu ile birlikte ölçülür (Şekil 4.6). Deri kıvrım kalınlığının standardın %90'ının altında olması malnütrisyonu, %110'unun üstünde olması fazla kiloyu gösterir (43).



Şekil 4.6. Deri kıvrım kalınlığı ölçümü

Vücut Bölümlerinin Birbirine Oranı: Vücut bölümlerinin birbirine oranları, orantılı ve orantısız boy kısalığının ayırıcı tanısında önemlidir. Gövde ve ekstremite büyümesinin birbirine uyumlu olup olmadığını kontrol etmek için kullanılan ölçütlerdir. Baş-pubis uzunluğu, oturma yüksekliği ve kulaç uzunluğu bu amaçla kullanılmaktadır. Oturma yüksekliği için çocuk ölçüm masasının sert, düzgün ve yatay yüzeyine popliteal çukur masa kenarıyla 90º açı yapacak şekilde oturur, sırtını arka düzleme dayar. Oturma yüksekliği, boy uzunluğuna bölünerek *%oturma yüksekliği/boy* hesaplanır (27).

Yenidoğanda baş-pubis uzunluğunun pubis-ayak uzunluğuna oranı 1.7'dir. İlk yaşlarda ekstremitelerin gövdeye kıyasla daha hızlı büyümesi ile bu oran küçülmektedir. Oran 10 yaşında 1,0 iken pubertede 1,0'den küçüktür (27,48).

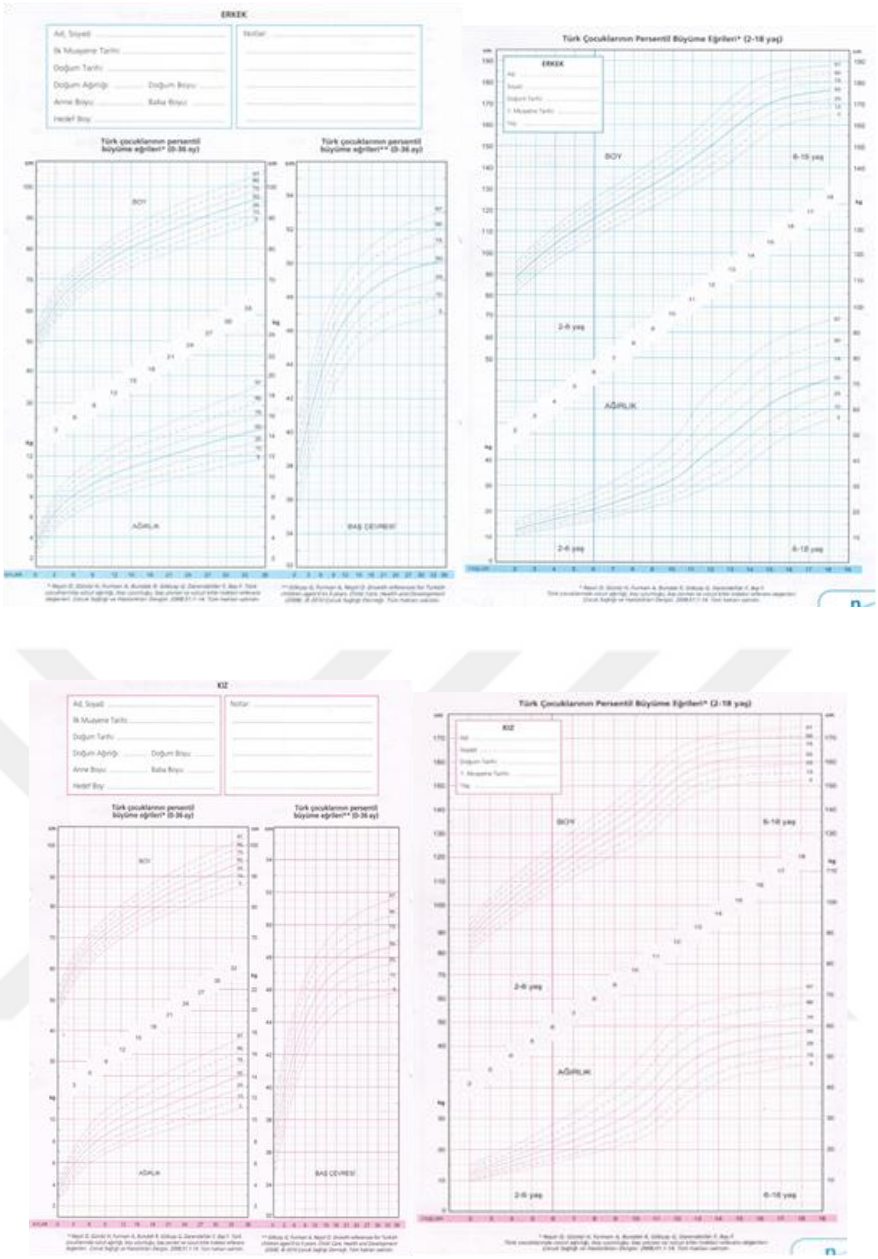
4.1.6. Büyüme Eğrileri

Persentil eğrileri, aynı yaş ve cinsiyetteki çok sayıda çocuktan elde edilen ölçümlere (kesitsel) veya doğumdan itibaren adölesan dönemin sonuna kadar izlenen normal çocuklardan elde edilen ölçümlere (longitudinal) dayanır. Büyüme durumunun değerlendirilmesi için yapılan antropometrik ölçümlerle elde edilen değerler, yaşa ve cinsiyete göre referans büyüme eğrileri ile karşılaştırılarak persentil değerleri belirlenir. Yapılan ölçümlerden elde edilen değerler büyüme grafikleri üstünde doğru bir şekilde kaydedilmelidir. Sağlıklı bir çocuğun büyüme eğrisinde kendine uygun persentile yerleşmesi ve aynı persentilde devam etmesi beklenir. İzlemde ortaya çıkacak persentil kaybının nedeni mutlaka araştırılmalıdır (41).

DSÖ tarafından 2006 yılında 0-5 yaş çocukları için büyüme standartları, 2007 yılında ise 5-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanlar için büyüme referans değerleri yayımlanmıştır. Referans büyüme eğrileri olarak en sık DSÖ, NCHS (National Center for Health Statistics; Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi) ya da CDC eğrileri kullanılır. NCHS verilerinin yalnızca beyaz ırktan bireyler kullanılarak oluşturulması nedeniyle tüm dünyada DSÖ ve CDC referans tabloları daha sık kullanılmaktadır (44). Genellikle beş yaş altında DSÖ referans büyüme eğrilerinin kullanılması kabul edilmektedir. Daha büyük çocuklarda her ülke kendi eğrilerini kullanabileceği gibi CDC eğrilerinin de kullanılması önerilmektedir. Ülkemizde DSÖ, CDC ya da ulusal olarak hazırlanmış Olcay Neyzi eğrileri kullanılmaktadır (49).

Daha önceleri DSÖ tarafından "uluslararası büyüme standartları" olarak önerilen değerler, Amerikalı çocukların ölçümlerinden türetilmiş değerler olarak oluşturulmuştur. Tüm dünyada kullanılabilecek yeni büyüme eğrileri için DSÖ, 2000'li yılların başında MGRS (Çok Merkezli Büyüme Referans Çalışması, Multicenter Growth Reference Study) isimli bir çalışma yapmıştır. Altı ülkede (Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Norveç, Gana, Umman ve Hindistan) yapılan bu çalışmada ideal koşullarda yaşayan (ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmiş, bebek dostu hastanede doğmuş, annesi belli bir eğitim düzeyinin üstünde olan) 8500 çocuğun büyümesi izlenmiş ve büyüme standartları oluşturulmuştur. MGRS büyüme eğrileri optimal koşullarda büyüyen çocukların büyüme değerlerini gösterdiğinden pek çok ülke tarafından uluslararası büyüme standardı olarak kabul edilmiştir (50).

Ülkemizde ise, Neyzi ve arkadaşları tarafından, Türk çocuklarında büyüme standartlarını güncelleştirmek amacıyla 0-18 yaş arası Türk çocuklarının vücut ağırlığı, boy, baş çevresi ve VKİ persentil eğrileri oluşturulmuştur (Şekil 4.7). Gelişmekte olan ülkelerde çocukların önemli bir bölümünün optimal çevre koşullarında yaşamadığı göz önüne alınarak referans oluşturacak antropometrik değerlerin, en iyi çevre koşullarında doğan ve büyüyen gruplardan elde edilen verilere dayandırılması gerektiğini vurgulayan Neyzi ve arkadaşları, Türk çocuklarında yerel büyüme standartlarını elde etmek amacıyla 1992-2006 yılları arasında 0-18 yaş arası 3606 sağlıklı çocuğun ağırlık ve boy ölçümlerini değerlendirmiştir. Neyzi ve arkadaşları tarafından hazırlanan ve Türk çocukları için referans oluşturan bu eğrilerin çalışma grubunun önerilenden daha az olması dışında DSÖ ölçütleri ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (49).



Şekil 4.7. Olcay Neyzi standartları

4.1.7. Beslenmenin ve Büyümenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Standartlar

Yaşa Göre Ağırlık (YGA): YGA; *(Ölçülen ağırlık/Yaş ve cinse göre medyan ağırlık) x 100* formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre YGA; %90-110 ise normal, %89-75 ise hafif, %74-60 ise orta ve <%60 ise ağır derecede malnütrisyon olarak tanımlanır. YGA Z skoru -2'den düşük olan olgular "düşük kilolu", YGA Z skoru -3'ten düşük olan olgular ise "çok düşük kilolu" olarak tanımlanır (51).

Yaşa Göre Boy (YGB): YGB; *(Ölçülen boy/Yaş ve cinse göre medyan boy) x 100* formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre YGB;>%95 ise normal, %94-90 ise hafif, %89-85 ise orta ve <%85 ise ağır derecede malnütrisyon olarak tanımlanır. YGB kronik malnutrisyonu

göstermektedir. YGB Z skoru -2'den düşük olan olgular "kısa (bodur)", YGB Z skoru -3'ten düşük olan olgular ise "çok kısa" olarak tanımlanır (51).

Boya Göre Ağırlık (BGA): BGA; *(Ölçülen ağırlık/Aynı boydaki çocuğun medyan ağırlığı) x 100* formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre BGA; %90-110 ise normal, %89-80 ise hafif, %79-70 ise orta ve <%70 iseağır derece malnütrisyon olarak tanımlanır. BGA akut malnütrisyonu göstermektedir. BGA Z skoru -2'den düşük olan olgular "zayıf (wasted)", BGA Z skoru -3'ten düşük olan olgular ise "çok zayıf" olarak tanımlanır (51).

Standart sapma skoru (Z skoru): Vücut ağırlığı, boy veya VKİ gibi ölçülen bir değerin yaş ve cinsiyet için ortalama değerden ne kadar uzakta olduğunu gösteren bir değerdir. Z skoru yaşa ve cinsiyete göre standardize edilmiş bir veri olduğu için, yaş ve cinsiyetler arasında karşılaştırma yapılabilmesini sağlar. Yaşa göre ağırlık (YGA), yaşa göre boy (YGB) ve boya göre ağırlık (BGA) Z skorunun <-2 SD olması malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır. 2-5 yaş arası çocuklarda +1 Z skoru üzeri fazla kilolu riski, +2 Z skoru üzeri fazla kilolu, +3 Z skorunun üzeri ise obez olarak belirlenmiştir. Tüm yaş gruplarında -2 Z skorunun altı zayıf, -3 Z skorunun altı ise ciddi zayıflık olarak tanımlanmıştır (46).

Hedef Boy: Hedef boy, büyüme sürecinde genetik özelliğin önemi dikkate alınarak anne ve babanın boy uzunluğundan çocuğun erişkin yaşta ulaşacağı boy uzunluğunun yaklaşık olarak belirlendiği bir yöntemdir (48). Boy uzunluğu değerlendirilirken, çocuğun persentil eğrisindeki konumunun anne ve babanın boy ortalamasını yansıtan hedef boya uygun olup olmadığını saptamak önemlidir.

Hedef boyu hesaplamak için anne ve baba boyu da aynı şekilde özenle ölçülmeli ve sözel değerlere itibar edilmemelidir. Tecrübeler genellikle annelerin babaları uzun, babaların anneleri kısa, her ikisinin de kendilerini olduğundan daha uzun olarak tanımladıklarını göstermektedir (35).

Hedef boy hesaplanırken her toplumun kendi standartlarına göre kadın ve erkek boyu arasındaki farkı göz önüne almak gerekir. Türk toplumunda kadın ve erkek boyu arasındaki fark 13 cm dir. Bu nedenle, ülkemizde hedef boy şu şekilde hesaplanmaktadır:

- Kız çocuk için hedef boy: [Anne boy + (Baba boy-13)] / 2
- Erkek çocuk için hedef boy: [Baba boy + (Anne boy+13) /2

4.2. Büyüme Bozuklukları

4.2.1. Obezite

Obezite, vücuda alınan enerji miktarının enerji harcamasından fazla olduğu durumlarda yağ dokusunun artmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. DSÖ tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (52).

Çocukluk çağı obezitesi, sıklığının artışı ve ciddi sağlık sonuçları nedeniyle yirmi birinci yüzyılın başlarının en ciddi halk sağlığı sorunlarından birisi olarak kabul edilmektedir (53). DSÖ dünyada beş yaşın altındaki 42 milyon çocuğun obez olduğunu tahmin etmektedir (54). Obezite gelişmiş ülkelerde görülmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde de sıklığının giderek artmakta olduğu belirlenmiştir (55). Ogden ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde 2-19 yaş arasındaki 4111 çocukta yaptığı bir çalışmada; çocukların yaklaşık %31,7'sinin fazla kilolu veya obezolduğu saptanmış ve bu bulgunun son 30 yılda çocukluk çağı obezitesinde üç kattan fazla artışı temsil ettiği bildirilmiştir (56). Gupta ve arkadaşlarının 94 ülkedeki temsili örneklemden alınan çalışmasında ise; özellikle gelişmekte olan ülkelerde okul öncesi çocuklar arasında fazla kilolu olma yaygınlığının ve eğiliminin arttığı vurgulanmıştır (57).

Ülkemizde ilk kez 2013 yılında okul öncesi çocuklarda obezite ve fazla kiloluluk verileri toplanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri kullanılarak yapılan araştırmada, okul öncesi çocuklara yönelik fazla kiloluluk ve obezite sıklığı incelenmiş ve 2029 örneklemden oluşan grupta okul öncesi dönemde obezite sıklığı %8,6 olarak bulunmuştur. Aşırı kilo ve obezite ülkenin batısında daha sık ve kentsel alanlarda daha yüksek bulunmuş, cinsiyete göre incelendiğinde ise kız çocuklarda obezite sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu araştırmaya göre, anne eğitim seviyesi arttıkça okul öncesi çocuklarda aşırı kilolu veya obez olma durumunun da artmış olduğu belirlenmiştir (58). Ülkemizde 1993-2016 yılları arasında çocukluk çağında büyümede yüzyılın eğilimini gösteren bir çalışmada; son 20 yıl içinde ilkokul çocukları ve ergenlerde ortalama ağırlık ve VKİ'nin artış eğiliminde olduğu gözlenmiştir (59).

Tablo 4.1 obezitenin gelişimine neden olan faktörleri göstermektedir. Davranışsal, genetik ve çevresel faktörler dâhil birçok etken çocukluk çağı obezitesine neden olmaktadır. İkizler ile yapılan çalışmalarda, farklı ortamlarda yetişen ikizlerde belirgin VKİ farkının saptanmaması genetiğin obezite üzerindeki etkisini açıklamaktadır. Ayrıca leptin, POMC, MC3R, MC4R, NPY, oreksin A ve B, galanin, nörotensin veserotonin genlerindeki mutasyonlarında obeziteye yol açtığı gösterilmiştir (60).

Genetik yatkınlığı olan bireylerde, çevresel etmenler obezite gelişimini kolaylaştırmaktadır. Çocukluk döneminde obezitenin gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri içerisinde; fiziksel aktivitede azalma, televizyon ya da bilgisayar karşısında çok fazla zaman

geçirilmesi gibi hareketsiz aktivitelerin artışı, diyette yüksek yağ alınması, paketli gıda tüketimi alışkanlığı ve "fastfood" tarzı beslenme alışkanlığının artması sayılabilir (61). Çocukluk döneminde ailede kazanılan yetersiz fiziksel aktivite ve yanlış beslenme alışkanlıkları obezite gelişiminde rol oynamaktadır.

Obezitenin gelişmesindeki faktörlerden bir diğeri, yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Yapılan çalışmalarda; obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenen çocuklarda anne sütü almayan çocuklara göre daha düşük oranlarda olduğu ve anne sütü verme süresi, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanı gibi faktörlerin obezite gelişimini etkilediği gösterilmiştir (36).

Tablo 4.1. Obezitenin gelişiminde rol oynayan faktörler

Genetik nedenler	**Endokrin nedenler**
Leptin, POMC, MC3R, MC4R, Nöropeptid-Y, oreksin, serotonin, adrenerjik reseptörlerin herhangi birindepolimorfizm ve/veya mutasyon	Cushing sendromu Hiperinsülinizm Büyüme hormonu eksikliği Hipotiroidi Psödohipoparatiroidizm
Sendromik nedenler	**Hipotalamik bozukluklar**
PraderWilli sendromu Laurence Moon Biedl sendromu Alström sendromu Carpenter sendromu Down sendromu Cohen sendromu BeckwithWidemann sendromu	Tümörler Enfeksiyon Travma İnfiltrasyon
İlaçlar	**Çevresel / eksojen faktörler**
Glukokortikoidler Trisiklikantidepresanlar Siproheptadin Antitiroid ilaçlar Sodyumvalproat Fenotiazin Östrojen Progesteron Lityum	Fiziksel aktivitede azalma Diyette yüksek yağ ve kalori içeriği olan hızlı ya da önceden paketlenmiş yiyeceklerin tüketilmesi Yalnızlık ve sosyal izolasyon Psikososyal / aile sorunları

Yaşamın erken dönemlerinde aşırı kilo durumunun, yaşam boyunca sağlık risklerini artırdığı bilinmektedir. Fazla kilolu çocukların, obez yetişkin olma olasılığı normal ağırlıklı çocuklardan daha fazladır. Nader ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; okul öncesi dönemde aşırı kilolu olan çocukların, 12 yaşında fazla kilolu olma olasılığının diğer çocuklara göre 5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (62). Özellikle, bebeklik dönemindeki erken hızlı kilo alımı, yaşam boyu obezite riskini artırdığı gibi kronik hastalık riskinde de artışa neden olmaktadır. Weng ve arkadaşlarının 1990-2011 yılları arasındaki çalışmaları incelediği bir metaanaliz çalışmasında; erken bebeklik döneminde hızlı kilo alımı, yüksek doğum ağırlığı, gebelik öncesi

aşırı kilo ve gebelikte sigara içilmesi gibi etmenlerin çocukluk döneminde fazla kilololuluk olasılığını artırdığı bulunmuştur (63).

Çocuklukta aşırı kilolu olmanın hem kısa hem de uzun dönem sonuçları vardır. Fazla kilolu ya da obez olmanın kısa dönem sonuçları arasında; femur başı epifizi kayması, karaciğer yağlanması, psödotümör serebri ve uyku apnesi gibi durumlar yer alır. Bu durumun uzun dönem sonuçları arasında ise tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve dislipidemi sayılabilir (64).

Temelinde insülin direncinin bulunduğu, obezite, hipertansiyon, trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü ve açlık kan şekerinin normal değerlerden yüksek olmasıyla belirgin bir durum olan metabolik sendrom daha çok erişkinlerin sorunu olarak bilinirken son yıllarda çocukluk ve özellikle de adölesan dönemde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Metabolik sendromun temelinde insülin direnci bulunmakta olup bu vakaların önemli bir bölümünde Tip 2 diyabet meydana gelmektedir. Fazla kilolu çocukların yaklaşık %30'unun metabolik sendroma sahip olduğu gösterilmiştir (65).

Çocukluk çağı obezitesi aynı zamanda depresyon ve azalmış özgüven gibi ciddi ruhsal sorunlara da yol açabilir (66,67). Fazla kilolu çocuğa karşı akran grupları ve çevresi tarafından yapılan baskı ve zorbalıklar çocuğun sosyalleşmesine engel olmakta ve başarı düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Obez çocuklarda ortaya çıkan psikolojik sorunlar, ileri yaşlarda özgüven eksikliği ve çevreye uyum sorunları yaşamalarına yol açabilmektedir (67). Obezite, çocukta düşük benlik saygısı, kendine değer vermeme, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi sorunlara da neden olabilmektedir (68).

Obezite, çocukların fiziksel ve psikososyal refahını etkilemesinin yanı sıra beklenen yaşam süresini de kısaltmaktadır. Obezite ile mücadele için yapılan sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturduğu belirlenmiştir (61). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkin obezite komplikasyonları sonucu tıbbi harcamalar ve kayıp gelir nedeniyle yıllık ekonomik maliyetin yaklaşık 70 milyar dolar olduğu ve kilo vermek için diyet gıdalarına, ürünlerine ve programlarına en az 30 milyar dolar harcandığı düşünülmektedir (60).

Obeziteyi tedavi etmenin ilk adımı fazla kilonun tespit edilmesidir (17). Ebeveynler çocuklarının aşırı kilolu veya obez olduğunu fark etmezlerse, çocukluk obezitesine karşı müdahale de gecikmiş olur. Yetişkinlerin aksine çocuklar yaşadıkları ortamı veya yedikleri yiyecekleri seçemezler (69). Okul öncesi dönem beslenme şekilleri, yeme davranışı ve fiziksel aktivite gibi davranışları şekillendirmek için kritik bir dönemdir. Ebeveynlerin, uygun yaşam tarzı seçimleri ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemeleri için çocuklarının kilo durumunu doğru bir şekilde tanımaları gerekir. Obezite ile ilgili müdahale programlarında, çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden bir ortam geliştirmek

için aktif ebeveyn katılımı sağlanmalıdır (69,70). Ebeveynler, çocuklarının beslenmelerini, sedanter davranışlarını ve sonuç olarak vücut ağırlığını etkilemede kendi rollerini daha iyi anlayarak, sağlıklı bir beslenme ortamı yaratmayı, fiziksel aktivite fırsatları sunmayı, televizyon izleme gibi davranışlardan vazgeçirmeyi ve rol modeli olmayı öğrenmelidir (71).

4.2.2. Büyüyememe

Büyüme duraklaması veya literatürde "failure to thrive" (FTT) olarak adlandırılan durum çocuğun aynı yaş ve cinsiyetteki akranlarına göre beklenen büyümeyi gösterememesi olarak tanımlanır. Büyüyememe tanımı konusunda fikir birliği olmamasına rağmen, bu tanım genellikle yaşa göre ağırlığı 5. persentilin altında olan çocuklar için kullanılır. Diğer tanımlar, boya göre ağırlığın 5. persentilin altında olması ve zaman içinde büyüme eğrisinde iki major persentilden fazla düşüş olması olarak tanımlanır (72). Ağırlığın boya göre ideal ağırlıktan yüzde 20 ve daha fazla düşük olması, triseps deri kalınlığının ≤ 5 mm olması, azalmış büyüme hızı veya tanımlanmış kilo kaybının olması da tanı için kullanılabilirse de yaşa göre vücut ağırlığı ile FTT tanısının, tedavisinin ve takibinin yapılması en basit ve geçerli yöntemdir (73).

Kesin prevalans bilinmemekle birlikte iki yaş altında hastaneye başvuran çocuklarda yapılan çalışmalarda FTT sıklığı %1-5 arasında değişmektedir. Bu sıklık sosyoekonomik düzeyi düşük olan ve tıbbi ve psikososyal sorunları bulunan ailelerde %10'a kadar ulaşabilmektedir (73). Nützenadel'in 1995-2010 yılları arasındaki çalışmaları değerlendirdiği bir metaanaliz çalışmasında; hastanede yatarak tedavi gören çocuklarda büyüyememe sıklığı %2-24 olarak saptanmış ve olguların çoğunda büyüyememe nedeninin altta yatan hastalık olduğu saptanmıştır (74).

Tekrarlanan ölçümlerle doğrulanırsa, altta yatan tıbbi durumlar dahil olmak üzere yetersiz beslenmenin nedenleri araştırılmalıdır. Tablo 4.2 büyüme duraklamasının nedenlerini göstermektedir. Yetersiz kalori alımı, büyüyememenin en yaygın nedeni olup besin emiliminin yetersiz olması ve artmış metabolik ihtiyaç diğer önemli nedenlerdir. Büyüyememe için en önemli risk faktörleri olarak prematürite, konjenital anomaliler, gastroözofageal reflü ve düşük doğum ağırlığı sayılırken, psikososyal açıdan zayıf ebeveynlik becerileri, postpartum depresyon, yanlış beslenme teknikleri ve düşük sosyoekonomik düzey de diğer risk faktörleri arasındadır (73).

Sürekli yetersiz beslenmenin büyümeyi olumsuz etkilemesi sonucu önce kilo, sonra boy ve baş çevresi etkilenmektedir. Beslenme bozukluğunun erken dönemleri anne babanın hatta hekimin gözünden kaçabilir. Fark edildiği zaman ise çoğu kez malnütrisyonun kalıcı komplikasyonları gelişmiş olur. Büyüyememe durumu uzun süre devam ederse bilişsel

becerilerin ve bağışıklık sisteminin gelişiminin olumsuz yönde etkilenebileceği öne sürülmektedir (75-77).

Tablo 4.2. Büyüme duraklamasının nedenleri

Yetersiz Kalori Alımı	**Yetersiz Absorbsiyon**
Yanlış mama hazırlama (çok dilüe veya çok konsantre) Uygunsuz yemek yeme alışkanlıkları (aşırı meyve suyu tüketimi) Mekanik beslenme bozuklukları (oromotordisfonksiyon, konjenital anomaliler, santral sinir sistemi hasarları ve ağır reflü) Davranış problemleri Fakirlik Çocuk ihmali Bozuk ebeveyn çocuk ilişkisi	Çölyak hastalığı Kistikfibrozis İnek sütü alerjisi Vitamin mineral eksiklikleri Bilieratrezi Karaciğer hastalığı Nekrotizanenterokolit Kısa barsak sendromu
Artmış Metabolizma	**Defektif Kullanım**
Hipertiroidizm Kronik veya sık tekrarlayan enfeksiyonlar Hipoksemi (Konjenital kalp ve akciğer hastalıkları)	Genetik anomaliler (trizomi 21, 13, 18) Konjenital enfeksiyonlar Metabolik bozukluklar (aminoasit bozuklukları, depo hastalıkları vb)

Yetersiz beslenmeye ve büyüyememeye neden olan sorunların erken tespiti ve yönetimi çocuk için erken ve geç dönemde kritik öneme sahiptir. Bu sorunların oluşumunun ve komplikasyonlarının önlenmesi için çocuk sağlığı izlem vizitlerinde ebeveynlere beslenme konusunda danışmanlık verilmeli ve düzenli ve dengeli beslenmenin önemi vurgulanmalıdır (76).

4.2.3. Boy Kısalıkları

Boy kısalığı, yaş ve cinse göre çocuğun boyunun 3.persantil altında veya ortalama boyun iki standart sapma (-2 SD) altında saptanması durumudur. Boy kısalıklarının %80'ini normalin varyantı boy kısalıkları meydana getirirken, geri kalan kısmını patolojik boy kısalıkları oluşturmaktadır (78). Tablo 4.3 boy kısalığı nedenlerini göstermektedir.

Normalin varyantı boy kısalıkları altta yatan organik hastalığın dışlandığı, büyüme hızının normal olduğu ve erişkin boyunun anne-baba boyuna göre hesaplanan hedef boya ulaşabildiği durumları tanımlar. Patolojik boy kısalığı ise altta yatan boyu olumsuz etkileyecek bir hastalığın varlığında görülmekte olup bu hastalarda büyüme hızı düşüktür. Patolojik boy kısalığına yol açan hastalıklar, gövde ekstremite oranının yaşa göre normlara uyup uymadığına göre orantılı veya orantısız boy kısalığı olarak sınıflandırılmaktadır (78).

Tablo 4.3. Boy kısalığı nedenleri

Patolojik olmayan boy kısalıkları (Normal varyantı) (%70-80)	
Yapısal (konstitüsyonel) boy kısalığı Ailevi (familyal, genetik) boy kısalığı Ailevi + Yapısal boy kısalığı	
Patolojik boy kısalıkları (%20-30)	
Orantılı boy kısalıkları	**Orantısız boy kısalıkları**
Nütrisyonel büyüme geriliği İntrauterin büyüme geriliği Kromozom anomalileri (Down, Turner sendromu vb) Dismorfik sendromlar (Seckel, Russel-Silver, Noonan sendromu vb) Kronik hastalıklar (Kronik böbrek yetmezliği, kronik hepatit, talasemilervb) Sevgi yoksunluğu sendromu Endokrin nedenler (Büyüme hormonu eksikliği, hipotiroidizm vb)	İskelet displazileri (akondroplazivb) Vitamin D dirençli (hipofosfatemik) riketsler Ekstremitelerin ışınlanması (radyasyon hasarı)

4.3. Çocuğun Büyümesi ile İlgili Anne Algısı ve Büyüme Sorunları

Ebeveynler çocuklara asıl bakım veren kişiler olup fazla kiloluluk ve obezite gibi durumlarda ebeveynlerin çocuklarında büyüme sorununu farketmeleri ve müdahalede bulunmaları bu sorunların çözümünde ve sorunun çocuğun ileri yaşamına taşınmasını önlemede etkilidir (79).

Anneler tarafından çocuklarının kilo durumunun doğru olarak değerlendirilmemesi, dolayısıyla gerçekçi olmayan bir ebeveyn algısı 'ebeveynin yanlış algısı' olarak tanımlanır. Annenin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algısı, bu konudaki davranış biçimini etkileyerek çocukta büyüme sorununun fark edilememesine ve dolayısıyla çocuğun büyümesi ile ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilir. Ebeveynlerin, uygun yaşam tarzı seçimleri ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemeleri için öncelikle çocuklarının ağırlık durumunu zayıf, normal ya da kilolu gibi doğru bir şekilde tanımaları gerekir (4). Buna karşın, önceki çalışmalarda annelerin çocuğunun kilo durumunu doğru şekilde tanıyamadığı ve sıklıkla çocuğun kilosunu hafife aldığı gösterilmiştir. Farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalar, ebeveynlerin büyük bir kısmının çocuklarının aşırı kilolu ve obez olduğunu fark edemediğini göstermiştir (5-7). Özellikle yaşı küçük olan çocuklara sahip annelerin aşırı kilo veya obeziteyi çocuğu için bir sağlık tehdidi olarak algılamadığı ve müdahale ihtiyacı duymadığı gösterilmiştir (8). Maynard ve arkadaşlarının yaptığı ve 2-11 yaşları arasındaki 5500 çocuğun katıldığı bir çalışmada; annelerin %32,1'inin fazla kilolu çocuklarını normal kilolu olarak değerlendirdiğibelirlenmiştir (80). Lundahl ve arkadaşlarının 69 makaleyi inceledikleri bir metaanalizde; ebeveynlerin %50,7'sinin fazla kilolu/obez çocuğunu olduğundan daha az kiloda tahmin ettiği ve çocuğun yaşı ve VKİ'nin bu durumu belirleyen en önemli faktörler olduğu

bildirilmiştir. Aynı çalışmada; normal kiloya sahip çocukların ebeveynlerinin %14,3'ünün çocuğun durumunu düşük kilolu olarak tahmin ettiği saptanmıştır (11).

Yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin çocukların ağırlığına ilişkin algılamalarının çocuğun yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, vücut kitle indeksi, ebeveynin eğitim düzeyi, ebeveynin ağırlık durumu ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerden etkilendiği gösterilmiştir (11-16).

Çocuğun büyüme durumu ile ilgili ebeveynin algısında gözlenen hataların çocukların büyüme ve beslenme durumları ile ilgili yanlış müdahalelere neden olabildiği gösterilmiştir. Normal büyüme sınırları içinde olan bir çocuğa annenin kilo aldırmaya çalışması ya da anne tarafından fazla kilolu olarak düşünülen fakat normal ağırlıkta olan bir çocuğa kilo verdirme gibi uygun olmayan ebeveyn davranışları gözlenebilmektedir (4). Çocuklarının fazla kilolu olduğunu fark etmeyen ebeveynlerin çocuklarının sağlığı konusunda endişelenme ve önlem alma olasılıklarının düşük olduğu gözlenmektedir. Buna karşın, çocuklarının fazla kilolu olduğunun farkında olan ve bunun öneminin bilincinde olan annelerin sağlıklı davranışları modelleme ve çocuklarının kilosu için çözüm arama olasılığına sahip olduğu gözlenmektedir (81). Rhee ve arkadaşları 872 anne-çocuk çiftinde yaptıkları bir çalışmada; çocuklarının kilosunu bir sağlık sorunu olarak gören ebeveynlerin çocuklarının yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (21).

Obezite başta olmak üzere büyüme sorunlarının önlenmesinde ve sorun geliştiğinde müdahale edilmesinde ebeveynlerin çocuklarında büyüme sorununu farketmeleri ve çocukta bir büyüme sorunu olduğunu kabul etmeleri önemlidir. Çocukta fazla kiloluk ve obezite durumunda beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri sadece çocuğun değil ona bakım veren ebeveynin de müdahaleye katılması ile başarıya ulaşır. Bu nedenle ebeveynin çocuğun büyüme durumunu doğru olarak algılaması obezite başta olmak üzere büyüme sorunlarına erken dönemde müdahale edilmesini ve bu sorunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesini sağlar (17).

4.4. Ebeveyn ve Kaygı

Anksiyete ya da kaygı; belirsiz tehlike veya organizmanın bütünlüğüne yönelik potansiyel tehdit durumlarında endişe ve artan gözetim ile karakterize organik bir yanıt olarak tanımlanır. Anksiyete uyaranla ilgili veya genel nitelikte olabilir ve panik atak, fobik reaksiyonlar veya endişe gibi farklı özelliklerde görülebilir. Durumluk anksiyete; bilinçli olarak algılanan hoş olmayan gerilim ve endişe duyguları ile birlikte otonom sinir sistemi aktivitesindeki artış ile karakterize olan geçici bir duygusal durum olarak tanımlanır. Durumluk kaygısı, yoğunluğu zamanla değişen öznel, endişe ve gerginlik duygularıyla karakterize geçici bir duygusal reaksiyona işaret eder. Birey stresli bir duruma maruz kaldığında durumluk

kaygısında yükselme beklenmektedir. Diğer bir anksiyete türü ise sürekli anksiyete olup yaşam boyunca olan stabil bir durumu ifade eder. Sürekli kaygı nispeten istikrarlı bir kişilik eğilimi olarak kabul edilir (82,83). Kaygı bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireylere göre daha yüksek oranda sürekli kaygı gösterdikleri bilinmektedir (84). Durum-sürekli anksiyete modeline göre, akut yani durumluk anksiyete reaksiyonlarının bireysel eğilimi, kısmen sürekli anksiyete düzeyine bağlıdır. Bu, sürekli kaygı ile belirli uyarıcıya bağlı durumluk kaygı türleri arasında belirli bir ilişki olması gerektiği anlamına gelir. Sonuç olarak, sürekli kaygı arttıkça, farklı tehdit durumlarında durumluk kaygı da artar (85,86).

Çocuğa bakım veren kişi olarak ebeveynlerin yaşadığı kaygılar; çocuğun bakımını ve gelişimini etkileyebilen, ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanmayı bozabilen ve çocukta sosyal, bilişsel, ruhsal ve fiziksel olumsuz etkilere neden olabilen bir durumdur. Bu durum aynı zamanda aile içi dinamikleri de etkileyerek sorunlara neden olmaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönem; biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ruhsal hastalıklar açısından yatkınlığın arttığı bir dönemdir. Bu dönemde annenin tedavi edilmemiş ruhsal hastalığı; kişinin kendisi, gelişmekte olan bebek, çocuk ve aile ilişkileri ile ilgili birçok olumsuz durumla sonuçlanabilmektedir (22).

Anne ruh sağlığı son yıllarda araştırmaların önemli bir konusu haline gelmiştir. Bu konudaki önceki araştırmaların çoğu, doğum sonrası depresyona odaklanırken, araştırmalarda anne kaygısı da çalışılmaya başlanmıştır. Anksiyete bozukluklarına sıklıkla depresyonun eşlik ettiği ve uzun süren kaygı bozukluğu belirtilerinin bir süre sonra kişinin depresif hissetmesine neden olduğu bilinmektedir (22).

Maternal kaygının değerlendirildiği çalışmalar doğum öncesi ya da doğum sonrası dönemlerde yapılmaktadır. Perinatal dönemde anksiyete bozuklukları sık görülmesine karşın depresyona kıyasla daha az tanı konmakta ve yeni anne olmuş kişilerin doğal olarak kaygılı olacakları inancı nedeniyle anksiyete bozuklukları daha az tanınmaktadır (87). Heron ve arkadaşlarının yaptığı ve 8323 gebenin katıldığı bir çalışmada; gebe kadınların %15-16'sında, doğum sonrası dönemde ise %8-9'unda anksiyete olduğu saptanmıştır (88).

Hamilelik sırasında anksiyetenin fetüsün gelişimi üzerinde etkileri belirginken, doğum sonrası dönemde anksiyete bebeğin gelişimini ve sağlıklı anne-bebek bağlanmasını etkilemektedir (22). Gebenin yaşadığı stres düzeyinin artması adaptasyon sürecinin sağlıklı olmasını sağlayan mekanizmaları olumsuz etkilemektedir. Doğum öncesi dönemdeki anksiyete; obstetrik komplikasyonlar, erken doğum, düşük APGAR skoru ve düşük doğum ağırlığı ile sonuçlanabilmektedir. Diğer yandan, doğum sonrası dönemde anksiyete ise, çocuğun bakımında ihmal, bağlanma problemleri, mental-motor gelişimde gecikme, erken çocukluk döneminde dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, yıkıcı davranışlar, akademik

başarıda düşüklük, davranışsal problemler ve adölesan dönemde depresyon görülmesi gibi sorunlara yol açmaktadır (89-92).

Anksiyete bozukluklarının ebeveynliği etkileyebildiği, aşırı kontrol ve aşırı koruma sonucu çocukları çevreleyen dünyayı keşfetme fırsatlarından mahrum bırakabildiği ve sonuçta çocukta ayrılık kaygısı, okul reddi ve sosyal sınırlamalara yol açabildiği öne sürülmektedir (92). Endişeli annelerin diğer annelere göre daha müdahaleci olabildiği gözlenirken, bunun tersine anksiyetenin annenin doğru değerlendirme yeteneğini etkileyerek duyarsız olmasına da neden olabileceği öne sürülmektedir (23).

Annedeki anksiyete sorunu annenin hem kendisinin ağırlık durumu hem de çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algılarına yol açabileceğinden çocukların ağırlık kontrolü ile ilgili erken müdahale olanaklarının da kaçırılmasına neden olabilir. Farrow ve arkadaşları, yüksek düzeyde anne kaygısının, çocuğun açlık ve tokluk durumunu yorumlama yeteneğini engelleyebileceğini, bunun sonucunda da kontrol edici veya kısıtlayıcı beslenme tekniklerinin kullanımına yol açabileceğini öne sürmüştür (93).

Ebeveyn kaygısına yönelik tanı ve müdahale çalışmalarının yapılması ebeveynin kendisi için olduğu kadar aile ve çocuklar için de olumlu etkilere yol açacaktır. Özellikle büyüme ile ilgili sorun yaşayan çocuklarda, annenin kaygı düzeyinin ve annenin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili algısını etkileyen etmenlerin belirlenmesi ve buna yönelik müdahalelerin yapılması, çocuğun büyüme ve beslenmesine yönelik anne algısındaki bozuklukların düzeltilmesine, erken müdahale yapılmasına ve çocuk için uygun programların oluşturulmasına olanak verecektir.

5. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma Haziran 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Tüm annelerden çalışmaya katılım için imzalı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Çalışma için 18 Haziran 2020 tarih ve İ6-321-20 numara ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırma kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.1. Araştırmanın Deseni

Araştırmaya Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenen 24-36 ay arasında olan çocuklar ve anneleri alınmıştır.

Çocuklar için araştırmaya alınma kriterleri; Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izleniyor olması, 24-36 ay arasında olması, zamanında doğmuş olması, sağlıklı olması, ilk altı ay sadece anne sütü almış olması, 18-24 aya kadar anne sütüne devam etmiş olması, bilinen kronik bir hastalığının olmaması, kronik bir hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor olmaması, genetik bir hastalığının olmaması, konjenital bir hastalığının olmaması ve büyüme ile ilgili bilinen bir sağlık sorunu yaşamamış olmasıdır.

Anneler için araştırmaya alınma kriterleri; bilinen kronik bir hastalığının olmaması, bilinen psikiyatrik bir hastalığının olmaması, ilaç kullanım öyküsünün olmaması, psikiyatrik ilaç kullanım öyküsünün olmaması ve aşırı zayıflık, anoreksi veya morbid obezite gibi bir sağlık sorununun olmamasıdır.

Rutin çocuk sağlığı izleminde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya girmeyi kabul eden anne-çocuk çifti için öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek 1) doldurulup annelerden yazılı onam alınmıştır.

Daha sonra sosyodemografik anket formu (Ek 2), annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili ve kendi vücut yapısı ile ilgili algı formu (Ek 3) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek 5 ve Ek 6) aile görüşme odasında anne tarafından doldurulmuştur.

Aile Görüşme Odasında anket ve ölçekler doldurulduktan sonra anne ve çocuk muayene odasına alınmıştır. Burada çocuğun antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı ve boy) alınmış ve tam sistemik muayenesi yapılmıştır. Çocuğun ve annenin antropometrik verileri antropometri bilgi forumuna (Ek 4) kaydedilmiştir.

5.2. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

5.2.1. Sosyodemografik Anket Formu

Ailenin sosyodemografik durumunu gösteren anket formunda (Ek 2); anne ve babanın yaşı, eğitim durumları, meslek durumları, gelir durumları, oturdukları evin tipi, evin kendilerine ait olup olmadığı, ailenin tipi (çekirdek aile ya da kalabalık aile), annenin gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, çocuğun başka kardeşinin olup olmadığı, kardeş sayısı, kardeşi varsa yaşı ve cinsiyeti gibi sorular bulunmaktadır.

5.2.2. Algı Formu

Annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili ve kendi vücut yapısı ile ilgili algı formunda (Ek 3); annelerden, "Çocuğunuzun ağırlık durumunu aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile açıklarsınız?" sorusuna yanıt olarak; çocuklarının ağırlık durumunu kendilerine göre en iyi tanımlayan dört seçenekten (zayıf, normal, fazla kilolu veya obez) birisini seçmeleri istenmiştir. Seçilen cevap, annelerin çocuklarının kilo durumu ile ilgili kendi algısı olarak alınmıştır.

Aynı formda; anneye kendi vücut yapısı ile ilgili olarak "Kendi ağırlık durumunuzu aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile açıklarsınız?" sorusu sorulmuş ve seçeneklerden (zayıf, normal, fazla kilolu, obez) birisini işaretlemesi istenmiştir. Seçilen cevap, annelerin kendi kilo durumu ile ilgili algısı olarak alınmıştır.

5.2.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Ebeveynin kaygı düzeyi, daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) (Ek 5 ve Ek 6) ile değerlendirilmiştir. Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (85,94). Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. DKÖ kaygının şiddet seviyesindeki değişmeleri saptamak için aynı bireylere değişik zamanlarda uygulanabilmektedir. SKÖ geçici koşullara bağlı olarak değişen duygulara duyarlı değildir. DSKÖ içinde toplam 40 madde bulunmakta olup DKÖ ve SKÖ alt ölçeklerinin her birine tahsis edilen 20'şer madde içermektedir. Katılımcılar her soruyu 4'lü likert tipi bir ölçekte cevaplandırmaktadır. DKÖ test koşullarında ortaya çıkabilecek heyecan/sinirliliğe duyarlı olduğundan SKÖ'den önce uygulanması tavsiye edilmektedir (95). Ölçeklerde olumsuz duyguları belirleyen doğrudan ya da düz, olumlu duyguları belirleyen tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Her iki ölçek için de cevap seçeneklerinin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişmektedir. DKÖ ölçeğine verilen

cevaplar “şu anda” mevcut duyguların yoğunluğunu değerlendirir: (1) hiç değil, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamı ile. SKÖ ölçeğinin yanıtları “genel olarak” duyguların sıklığını değerlendirir: (1) neredeyse hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) neredeyse her zaman. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasındadır. Puanlamada, doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı için bu değer 50, sürekli kaygı için 35’tir. En son elde edilen değer, bireyin kaygı puanı olarak belirlenir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini göstermektedir. Ölçek puanları; 0-40 puan arasındaki puanlar kaygı yok, 41-60 puan arasındaki puanlar hafif kaygı ve 61 puan ve üzerindeki puanlar ise şiddetli kaygı olarak yorumlanmaktadır. Toplam kaygı puanı 60’ın üzerinde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir. Araştırmacılar bu ölçekte, 39-40 puanın klinik olarak anksiyetenin varlığına işaret etmede kesim noktası olduğunu belirtmektedir (86,96).

Öner ve Le Compte (1977) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin alfa güvenirlik katsayısı SKÖ için çeşitli uygulamalarda 0,83-0,87 arasında, DKÖ için 0,94-0,96 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlik sayısı ise çeşitli uygulamalarda SKÖ için 0,71-0,86 arasında, DKÖ için 0,26-0,68 arasında bulunmuştur. Bu araştırmada elde edilen verilerden SKÖ alfa güvenirlik katsayısı 0,87 ve DKÖ alfa güvenlik katsayısı 0,76 olarak tespit edilmiştir. Güvenirlik katsayılarının yüksek bulunması DKSÖ’nin güvenilir olduğunu göstermektedir.

5.3. Antropometrik Değerlendirme

Antropometrik ölçümler, çocukların giysileri ve ayakkabıları çıkartılarak, aynı tartı aleti ve boy ölçer kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ağırlık ölçümleri kg olarak ve 0,1 kg duyarlılıkla, boy uzunluğu ise cm olarak ve 0,1 cm duyarlılıkla okunmuş ve kaydedilmiştir.

Çocuğun antropometrik ölçümlerinin ayrıntılı analizi DSÖ tarafından 5 yaş altı çocukların boy ve ağırlık analizini yapmak amacıyla geliştirilen WHO-Anthro version 3.2.2 programı ile yapılmıştır (97). Bu programda analizler için DSÖ büyüme standartları kullanılmıştır. Program YGA, BGA, YGB ve VKİ indeksi gibi sonuçları vermektedir. Bu program ayrıca çocuklarda malnütrisyon bildirimi yapmak ve ülkelerin veri tabanını oluşturmak için de kullanılmaktadır.

Çalışmaya katılan çocukların ağırlık ve boyları WHO-Anthro programına girilmiş ve çocukların ileri antropometrik verileri elde edilmiştir. Daha sonra DSÖ büyüme referansları kullanılarak çocuğun antropometrik ölçümleri ve VKİ değerleri yorumlanmıştır.

VKİ Z skor değerleri WHO Growth Reference Study kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Bu kriterlere göre, 2-5 yaş arasındaki çocuklarda ağırlık durumu şu şekilde tanımlanmıştır:

- Düşük ağırlık <-2 SD
- Normal ağırlık -2 SD ve 1 SD arasında
- Fazla ağırlık riski >1 SD
- Fazla ağırlık >2 SD
- Obezite>3 SD

Bu sınıflamaya göre çalışmada yer alan çocuklar VKİ Z skor değerlerine göre 4 gruba ayrılmıştır:

- Düşük ağırlıklı
- Normal ağırlıklı
- Fazla ağırlıklı (fazla ağırlık riski ve fazla ağırlıklı olanlar birlikte)
- Obez

Çocuğun antropometrik verileri araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan anne ve çocuk antropometri bilgi formuna kaydedilmiştir (Ek 4).

Çalışmaya katılan annelerin ağırlık ve boy ölçümleri poliklinikte alınmıştır. Vücut kitle indeksi vücut ağırlığı(kg)/boy(m)^2 formülü ile hesaplanıp, erişkinler için geçerli olan kriterlere göre vücut yapısı değerlendirilmiştir. Erişkinler için DSÖ VKİ sınıflamasına göre sınıflama şu şekildedir:

- Zayıf (VKİ<18,5 kg/m^2)
- Normal (VKİ ≥18.5 ve <25 kg/m^2),
- Fazla kilolu (VKİ≥25 ve <30 kg/m^2)
- Obez (≥30 kg/m2)

Annenin antropometrik verileri de anne ve çocuk antropometri bilgi formuna (Ek 4) kaydedilmiştir.

5.4. Çocuğunun ve Kendisinin Vücut Yapısı ile İlgili Anne Algısını Değerlendirme

Annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili ve kendi vücut yapısı ile ilgili algı formunda (Ek 3) çocuğunun büyümesi ile ilgili verdiği yanıtlar; çocuğun o andaki VKİ Z skor değerlerine göre bulunduğu gerçek büyüme durumu ve annenin kendi VKİ sınıflamasındaki bulunduğu gerçek durum ile karşılaştırılarak annelerin algı düzeyi değerlendirilmiştir.

I. Annelerin çocuklarının büyüme durumlarını algılamadaki doğruluk derecesi şu şekilde sınıflandırılmıştır:

i) Annenin çocuğunun gerçek ağırlık durumlarıyla eşleşen açıklaması olarak tanımlanan "doğru tahmin" (Örneğin; çocuk obez ve anne de onu obez olarak tanımlıyorsa)

ii) Annenin çocuğun büyüme durumunu çocuğun gerçek ağırlığından daha düşük açıklaması olarak tanımlanan "olduğundan az tahmin" (Örneğin; çocuk obez olmasına karşın anne onu normal kilolu ya da zayıf olarak tanımlıyorsa)

iii) Annenin çocuğun büyüme durumunu çocuğun gerçek ağırlığından daha yüksek açıklaması olarak tanımlanan "olduğundan fazla tahmin" (Örneğin; çocuk düşük ağırlıklı olmasına karşın anne onu normal kilolu ya da obez olarak tanımlıyorsa)

II. Annelerin kendi vücut yapısı ile ilgili algılamasındaki doğruluk derecesi şu şekilde sınıflandırılmıştır:

i) Annenin kendi vücut yapısı ile eşleşen "doğru tahmin" (Örneğin; anne obez ve kendisini obez olarak tanımlıyorsa)

ii) Annenin kendi ağırlık durumunu daha düşük açıklaması ile eşleşen "olduğundan az tahmin" (Örneğin; anne obez olmasına karşın kendisini normal kiloda ya da zayıf olarak tanımlıyorsa)

iii) Annenin kendi ağırlık durumunu daha yüksek açıklaması ile eşleşen "olduğundan fazla tahmin" (Örneğin; anne zayıf olmasına karşın kendisini normal kiloda ya da obez olarak tanımlıyorsa)

5.5. İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS sürüm 11.5 (Windows için SPSS 22.0, SPSS, Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak analiz edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplandığında; %5 hata payı, %88 güç ile standart etki büyüklüğü 0,6 olarak belirlenmiştir. Elde edilen verilerde temel tanımlayıcı istatistikler (frekanslar, oranlar, ortalamalar ve standart sapmalar [SD]) hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler ortalama (standart sapma), kategorik değişkenler ise sayı (yüzde) olarak sunulmuştur.

İki kategoriye sahip nitel değişkenin kategorileri arasında fark olup olmadığı; normal dağılım varsayımları sağlanıyorsa Student-t testi, sağlanmıyorsa Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İkiden fazla kategoriye sahip nitel değişkenin kategorileri arasında fark olup olmadığı, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Kruskal Wallis H testi kullanılarak analiz edilmiştir. İki nitel değişken arasında fark olup olmadığı Ki-kare ve Fisher-exact testleri kullanılarak analiz edilmiştir. İki nicel değişken arasındaki ilişki normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Spearman korelasyon testi kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 24-36 ay arasında olan çocuklar dahil edilmiştir. Çocukların takvim yaşı ortalaması 28,51±4,41 ay olup %52,4'ü (n=55) erkek ve %47,6'sı (n=50) ise kızdı (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Çocukların demografik özellikleri

Değişkenler		**Tanımlayıcılar**
Cinsiyet, n(%)	Erkek	55 (52,4)
	Kız	50 (47,6)
Takvim yaşı (ay)	Ort.±SS	28,51±4,41
	Medyan (Min.-Maks.)	28,00 (24,00-36,00)

Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

Tablo 6.2 annelerin sosyodemografik özelliklerini göstermektedir. Çalışmaya dahil edilen annelerin yaş ortalaması 32,41±4,67 yaş olup annelerin gebelik sayısı ortalaması 1,89±0,92 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise 1,69±0,74 idi. Annelerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; %8,5'inin ilkokul, %5,7'sinin ortaokul, %28,6'sının lise ve %54,2'ünün üniversite mezunu olduğu, %2,9'unun ise doktora-master sahibi olduğu öğrenilmiştir. Annelerin çalışma durumu değerlendirildiğinde; %59'unun ev hanımı, %22'sinin memur, %11,4'ünün işçi, %7,6'sının serbest meslek sahibi olduğu öğrenilmiştir.

Ailelerin %98,1'inin apartman dairesinde ve %1,9'unun ise müstakil evde oturduğu öğrenilmiştir. %54,3'ünün oturduğu evin kendilerine ait olduğu belirlenmiştir. Ailelerin aylık gelir ortalaması 5524,76±3258,70 TL olarak belirlenmiş olup %22,9'unun gelir düzeyi 3000 TL altı, %38,1'inin 3000-5000 TL arası ve %39'unun ise 5000 TL üzeri olarak saptanmıştır. Oturdukları evde yaşayan kişi sayısı ortalamasının 3,78±0,91 olduğu öğrenilmiştir.

Çocukların %53,3'ünün kardeşi olduğu öğrenilmiştir. Birinci ve ikinci kardeşlerin yaş ortalamaları sırasıyla 7,93±4,39 ve 8,98±4,53 olarak bulunmuştur. Birinci kardeşlerin %53,6'sının, ikinci kardeşlerin ise %61,5'inin erkek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2. Annelerin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		Tanımlayıcılar
Yaş	Ort.±SS	32,41±4,67
	Medyan (Min.-Maks.)	32,00 (23,00-42,00)
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	1,89±0,92
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-5,00)
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,69±0,74
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-4,00)
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul mezunu	9 (8,5)
	Ortaokul mezunu	6 (5,7)
	Lise mezunu	30 (28,6)
	Üniversite mezunu	57 (54,3)
	Doktora-mastersahibi	3 (2,9)
Çalışma Durumu, n(%)	Ev hanımı	62 (59)
	Memur	23 (22)
	İşçi	12 (11,4)
	Serbest	8 (7,6)
Oturduğu Evin Tipi, n(%)	Apartman dairesi	103 (98,1)
	Müstakil ev	2 (1,9)
Evin KendisineAit Olması, n(%)	Kendisine ait değil	48 (45,7)
	Kendisine ait	57 (54,3)
Aylık Gelir (TL)	Ort.±SS	5524,76±3258,70
	Medyan (Min.-Maks.)	5000,00 (850,00-18000,00)
Aylık Gelir Düzeyi, n (%)	<3000 TL	24 (22,9)
	3000-5000 TL	40 (38,1)
	>5000 TL	41 (39,0)
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	3,78±0,91
	Medyan (Min.-Maks.)	4,00 (3,00-8,00)
Başka çocuğu var mı? n(%)	Yok	49 (46,7)
	Var	56 (53,3)
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	7,93±4,39
	Medyan (Min.-Maks.)	7,00 (0,16-18,00)
Varsa3.Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	8,98±4,53
	Medyan (Min.-Maks.)	8,00 (0,75-15,00)
Varsa 2.Çocuğun Cinsiyeti, n(%)	Erkek	30 (53,6)
	Kız	26 (46,4)
Varsa 3.Çocuğun Cinsiyeti, n(%)	Erkek	8 (61,5)
	Kız	5 (38,5)

Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

Tablo 6.3'te babaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Babaların yaş ortalaması 34,80±4,66 yaş idi. Eğitim durumları değerlendirildiğinde; %7,6'sının ilkokul, %7,6'sının ortaokul, %41,0'inin lise ve %41,9'unun üniversite mezunu olduğu, %1,9'unun ise doktora-master sahibi olduğu öğrenilmiştir. Çalışma durumları incelendiğinde; %25,7'sinin memur, %38,1'inin işçi, %31,4'ünün serbest meslek sahibi olduğu, %4,8'inin ise işsiz olduğu öğrenilmiştir. Babaların %12,4'ünün en az bir sağlık probleminin olduğu öğrenilmiştir.

Tablo 6.3. Babaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		Tanımlayıcılar
Yaş	Ort.±SS	34,80±4,66
	Medyan (Min.-Maks.)	34,00 (25,00-47,00)
Eğitim Durumu, n (%)	İlkokul mezunu	8 (7,6)
	Ortaokul mezunu	8 (7,6)
	Lise mezunu	43 (41,0)
	Üniversite mezunu	44 (41,9)
	Doktora-master sahibi	2 (1,9)
Çalışma Durumu, n(%)	Memur	27 (25,7)
	İşçi	40 (38,1)
	Serbest	33 (31,4)
	İşsiz	5 (4,8)
Sağlık Problemi, n (%)	Yok	92 (87,6)
	Var	13 (12,4)

Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.2. Çocukların Antropometrik Özellikleri

Çocukların antropometrik özellikleri Tablo 6.4'te yer almaktadır. Boya göre ağırlık Z skoruna göre; çocukların %1,0'i düşük ağırlıkta, %65,7'si normal, %27,6'sı fazla ağırlıkta ve %5,7'si ise obez olarak değerlendirilmiştir. Yaşa göre ağırlık Z skoruna göre; çocukların %2,9'u düşük ağırlıkta, %61,9'u normal, %33,3'ü fazla ağırlıkta ve %1,9'u ise obez olarak değerlendirilmiştir. Yaşa göre VKİ Z skoruna göre ise; çocukların %5,7'si düşük ağırlıkta iken %60,0'ı normal, %26,7'si fazla ağırlıkta ve %7,6'sı ise obez olarak saptanmıştır.

Tablo 6.4. Çocukların antropometrik özellikleri

Değişkenler		Tanımlayıcılar, n(%)
Boya Göre Ağırlık Z Skoru	Düşük Ağırlıklı	1 (1,0)
	Normal Ağırlıklı	69 (65,7)
	Fazla Ağırlıklı	29 (27,6)
	Obez	6 (5,7)
Yaşa Göre Ağırlık Z Skoru	Düşük Ağırlıklı	3 (2,9)
	Normal Ağırlıklı	65 (61,9)
	Fazla Ağırlıklı	35 (33,3)
	Obez	2 (1,9)
Yaşa Göre VKİ Z Skoru	Düşük Ağırlıklı	6 (5,7)
	Normal Ağırlıklı	63 (60,0)
	Fazla Ağırlıklı	28 (26,7)
	Obez	8 (7,6)

Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.3. Annelerin Antropometrik Özellikleri

Anne VKİ ortalaması 25,52±4,17 olarak hesaplanmıştır. VKİ sınıflamasına göre; annelerin %47,6'sı normal ağırlıkta, %36,2'si kilolu ve %16,2'si ise obez olarak

değerlendirilmiştir. VKİ sınıflamasına göre zayıf olarak nitelendirilen anne bulunmamaktadır (Tablo 6.5).

Tablo 6.5. Annelerin antropometrik özellikleri

Değişkenler		**Tanımlayıcılar**
VKİ	Ort.±SS	25,52±4,17
	Medyan (Min.-Maks.)	25,00 (18,80-37,64)
VKİ, n (%)	Zayıf	0 (0)
	Normal	50 (47,6)
	Kilolu	38 (36,2)
	Obez	17 (16,2)

Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.4. Çocuğunun ve Kendisinin Ağırlık Durumu ile İlgili Anne Algısı

Tablo 6.6 çocuğunun ve kendisinin ağırlık durumu ile ilgili anne algısını göstermektedir. Annenin çocuğunun kilo durumunu tanımlaması ile ilgili olan anne algısı değerlendirildiğinde; annelerin %13,3'ünün çocuklarının kilo durumunu zayıf, %81,9'unun normal ve %4,8'inin ise fazla kilolu olarak tanımladığı belirlenmiştir.

Annelerin %55,2'sinin çocuğunun kilo durumunu doğru, %44,8'inin ise yanlış tanımladığı tespit edilmiştir. Çocuğunun kilo durumunu yanlış tanımlayan 47 annenin %8,5'inin (n=4) çocuğun gerçek ağırlığından daha yüksek açıklaması olarak tanımlanan olduğundan fazla tahminde bulunduğu, %91,5'inin (n=43) ise çocuğun gerçek ağırlığından daha düşük açıklaması olarak tanımlanan olduğundan az tahminde bulunduğu tespit edilmiştir.

Annenin kendisinin kilo durumunu tanımlaması ile ilgili olan anne algısı değerlendirildiğinde; annelerin %3,8'i kendi kilo durumunu zayıf, %59,1'i normal ve %37,1'i ise fazla kilolu olarak tanımlamıştır (Tablo 6.6).

Annelerin %59'unun kendi kilo durumunu doğru, %41'inin ise yanlış tanımladığı belirlenmiştir. Kendi kilo durumunu yanlış tanımlayan 43 annenin %9,3'ünün (n=4) kendi ağırlığı için olduğundan fazla tahminde bulunduğu, %90,7'sinin (n=39) ise kendi ağırlığı için olduğundan az tahminde bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.6. Çocuğunun ve kendisinin ağırlık durumu ile ilgili anne algısı

Değişkenler		**Tanımlayıcılar n (%)**
Anneye göre Çocuğunun Kilo Durumu	Zayıf	14 (13,3)
	Normal	86 (81,9)
	Fazla Kilolu	5 (4,8)
Annenin Çocuğunun Ağırlığını Tanımlama Durumu	Yanlış Tahmin	47 (44,8)
	Doğru Tahmin	58 (55,2)
Çocuğunun Ağırlığını Yanlış Tanımlayanların Arasında	Olduğundan Fazla Tahmin	4 (8.5)
	Olduğundan Az Tahmin	43 (91.5)
Anneye göre Kendi Kilo Durumu	Zayıf	4 (3,8)
	Normal	62 (59,1)
	Fazla Kilolu	39 (37,1)
Annenin Kendi Ağırlığını Tanımlama Durumu	Yanlış Tahmin	43 (41,0)
	Doğru Tahmin	62 (59,0)
Kendi Ağırlığını Yanlış Tanımlayanların Arasında	Olduğundan Fazla Tahmin	4 (9,3)
	Olduğundan Az Tahmin	39 (90,7)

Tablo 6.7 annenin kendi ağırlığı ve çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumunun karşılaştırılmasını göstermektedir. Annenin kendi ağırlığı ve çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Çocuğun kilo durumunu doğru tahmin edemeyen annelerin %51,2'sinin kendi kilo durumunu da doğru tahmin edemediği belirlenmiştir.

Tablo 6.7. Annenin kendi ağırlığı ve çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumunun karşılaştırılması

Annenin Kendi Ağırlığı için Doğru Tahmin, n(%)	**Çocuk Ağırlığı için Tahmin Durumun (%)**		***p***
	Yanlış Tahmin	**Doğru Tahmin**	
Yanlış Tahmin	21 (51,2)	20 (48,8)	*0,287*[a]
Doğru Tahmin	26 (40,6)	38 (59,4)	

a:Ki-kare testi

6.5. Annelerde Kaygı Durumu ile İlgili Bulgular

Tablo 6.8 annelerin DKÖ ve SKÖ puanlarını göstermektedir. Annelerin DKÖ puan ortalaması 37,49±9,91olarak bulunmuştur. En düşük DKÖ puanı 20 iken, en yüksek puan 64olarak tespit edilmiştir. Annelerin SKÖ puan ortalaması ise 41,72±7,63 olarak belirlenmiştir. En düşük SKÖ puanı 25 iken, en yüksek puan 66 olarak bulunmuştur.

DSKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annelerin DKÖ'ye göre %44,8'sinde, SKÖ'ye göre ise %65,7'sinde kaygı semptomunun olduğu belirlenmiştir. Annelerin SKÖ puanlarının DKÖ puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Annelerin DKÖ ve SKÖ puanları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde; DKÖ puanı ile SKÖ puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,485, p<0,001). SKÖ puanı arttıkça DKÖ puanının da arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.8. Annelerin DKÖ ve SKÖ puanları

Değişkenler		**Tanımlayıcılar**
DKÖ Puanları	Ort.±SS	37,49±9,91
	Medyan (Min.-Maks.)	36,00 (20,00-64,00)
SKÖ Puanları	Ort.±SS	41,72±7,63
	Medyan (Min.-Maks.)	41,00 (25,00-66,00)
DKÖ Puan Kesim Noktasına Göre n(%)	Kaygı Yok	58 (55,2)
	Kaygı Semptomu Var	47 (44,8)
SKÖ Puan Kesim Noktasına Göre n (%)	Kaygı Yok	36 (34,3)
	Kaygı Semptomu Var	69 (65,7)

Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.6. Anne ve Çocuğun Antropometrik Özelliklerinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.9'da çocukların antropometrik durumunun ailenin sosyodemografik özellikleri açısından analizi yer almaktadır. Sosyodemografik özellikler açısından çocuğun antropometrik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.10 annenin antropometrik özelliklerinin ailenin sosyodemografik özelliklerine göre analizini göstermektedir. Anne eğitim durumu açısından anne VKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,002). İlkokul veya ortaokul mezunu olan annelerin %26,7'si normal kilolu, %33,3'ü fazla kilolu ve %40,0'ı obez iken, üniversite veya üzeri eğitime sahip annelerin ise %51,7'si normal kilolu, %43,3'ü fazla kilolu ve sadece %5,0'i obez olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle; ilkokul veya ortaokul mezunu olan annelerde fazla kiloluluk ve obezite sıklığı, üniversite veya üzeri eğitime sahip annelere göre belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır. Diğer sosyodemografik özellikler açısından annenin antropometrik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.9. Sosyodemografik özellikler açısından çocukların antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi

Değişkenler		Çocuğun Yaşa Göre VKİ Z Skor Sınıflaması				
		Düşük Ağırlıklı	Normal Ağırlıklı	Fazla Ağırlıklı	Obez	*p*
Çocuk Cinsiyeti, n (%)	Erkek	4 (7,3)	31 (56,4)	13 (23,6)	7 (12,7)	*0,159*[a]
	Kız	2 (4,0)	32 (64,0)	15(30,0)	1 (2,0)	
Çocuk Takvim Yaşı (ay)	Ort.±SS	26,67±4,32	32,60±4,91	32,79±4,55	29,25±1,83	*0,218*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	24,00 (24,00-34,00)	26,00 (24,00-36,00)	30,00 (24,00-36,00)	30,50 (24,00-36,00)	
Anne Yaşı	Ort.±SS	32,83±4,49	32,60±4,91	32,79±4,55	29,25±1,83	*0,181*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	32,00 (27,00-39,00)	33,00 (23,00-42,00)	32,50 (23,00-41,00)	29,50 (27,00-32,00)	
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	1,83±0,41	1,81±0,91	2,07±1,05	1,88±0,83	*0,708*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-3,00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,83±0,41	1,65±0,77	1,71±0,71	1,75±0,89	*0,787*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-2,00)	1,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	1,50 (1,00-3,00)	
Anne Eğitim Durumu, n (%)	İlkokul/ortaokul	2 (13,3)	9 (60,0)	3 (20,0)	1 (6,7)	*0,629*[a]
	Lise	0 (0,0)	18 (60,0)	10 (33,3)	2 (6,7)	
	Üniversite veya üzeri	4 (6,7)	36 (60,0)	15 (25,0)	5 (8,3)	
Anne Çalışma Durumu, n (%)	Çalışmıyor (Ev hanımı)	5 (8,1)	39 (62,9)	14 (22,6)	4 (6,4)	*0,421*[a]
	Çalışıyor	1 (2,3)	24 (55,8)	14 (32,6)	4 (9,3)	
Oturduğu Ev, n (%)	Apartman Dairesi	5 (4,9)	62 (60,2)	28 (27,2)	8 (7,7)	*0,227*[a]
	Müstakil Ev	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Evin Kendine Ait Olması, n (%)	Hayır	4 (8,3)	29 (60,4)	12 (25,0)	3 (6,3)	*0,743*[a]
	Evet	2 (3,5)	34 (59,6)	16 (28,1)	5 (8,8)	
Anne Aylık Gelir Düzeyi, n (%)	<3000 TL	4 (16,7)	11 (45,8)	8 (33,3)	1 (4,2)	*0,200*[a]
	3000-5000 TL	1 (2,5)	28 (70,0)	8 (20,0)	3 (7,5)	
	>5000 TL	1 (2,4)	24 (58,5)	12 (29,3)	4 (9,8)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	4,00±0,63	3,75±1,00	3,79±0,79	3,88±0,83	*0,617*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	4,00 (3,00-5,00)	3,00 (3,00-8,00)	4,00 (3,00-6,00)	4,00 (3,00-5,00)	
Başka Çocuğu Var mı, n (%)	Yok	1 (2,0)	33 (67,3)	11 (22,4)	4 (8,3)	*0,313*[a]
	Var	5 (8,9)	30 (53,6)	17 (30,4)	4 (7,1)	
Baba Yaşı	Ort.±SS	34,50±4,32	34,86±4,95	35,46±4,57	32,25±1,58	*0,334*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	34,00 (30,00-40,00)	34,00 (25,00-47,00)	35,00 (28,00-44,00)	32,50 (30,00-35,00)	
Baba Eğitim Durumu, n (%)	İlkokul/ortaokul	3 (18,8)	8 (50,0)	4 (25,0)	1 (6,2)	*0,208*[a]
	Lise	3 (7,0)	27 (62,8)	10 (23,2)	3 (7,0)	
	Üniversite veya üzeri	0 (0,0)	28 (60,9)	14 (30,4)	4 (8,7)	
Baba Çalışma Durumu, n (%)	Çalışmıyor	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*0,580*[a]
	Çalışıyor	6 (6,0)	58 (58,0)	28 (28,0)	8 (8,0)	
Babanın Sağlık Problemi, n(%)	Yok	5 (5,4)	54 (58,7)	25 (27,2)	8 (8,7)	*0,759*[a]
	Var	1 (7,7)	9 (69,2)	3 (23,1)	0 (0,0)	

a:Fisher-exact testi, b:Kruskal Wallis H testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

Tablo 6.10. Sosyodemografik özellikler açısından annelerin antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi

Değişkenler		Anne VKİ Sınıflaması			
		Normal	Fazla Kilolu	Obez	*p*
Çocuk Cinsiyeti, n (%)	Erkek	25 (45,5)	19 (34,5)	11 (21,8)	*0,586[a]*
	Kız	25 (50,0)	19 (38,0)	6 (12,0)	
Çocuk Takvim Yaşı (ay)	Ort.±SS	28,58±4,47	28,00±4,19	29,47±4,78	*0,520[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	27,50 (24,00-36,00)	27,50 (24,00-36,00)	30,00 (24,00-36,00)	
Anne Yaşı	Ort.±SS	32,66±4,94	31,89±4,86	32,82±3,32	*0,632[c]*
	Medyan (Min.-Maks.)	32,50 (23,00-41,00)	31,00 (25,00-42,00)	33,00 (27,00-39,00)	
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	1,92±1,07	1,74±0,69	2,12±0,93	*0,399[c]*
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,66±0,72	1,63±0,71	1,88±0,86	*0,574[c]*
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-3,00)	1,50 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	
Anne Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	4 (26,7)	5 (33,3)	6 (40,0)	***0,002[b]***
	Lise	15 (50,0)	7 (23,3)	8 (26,7)	
	Üniversite veya üzeri	31 (51,7)	26 (43,3)	3 (5,0)	
Anne Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor (Ev hanımı)	28 (45,2)	22 (35,5)	12 (19,3)	*0,563[a]*
	Çalışıyor	22 (51,2)	16 (37,2)	5 (11,6)	
Oturduğu Ev, n(%)	Apartman Dairesi	50 (48,5)	36 (35,0)	17 (16,5)	*0,272[b]*
	Müstakil Ev	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Evin Kendine Ait Olması, n(%)	Hayır	22 (45,8)	19 (39,6)	7 (14,6)	*0,786[a]*
	Evet	28 (49,1)	19 (33,3)	10 (17,6)	
Aylık Gelir Düzeyi, n(%)	<3000 TL	10 (41,7)	8 (33,3)	6 (25,0)	*0,378[a]*
	3000-5000 TL	18 (45,0)	14 (35,0)	8 (20,0)	
	>5000 TL	22 (53,7)	16 (39,0)	3 (7,3)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	3,68±0,79	3,74±0,79	4,18±1,33	*0,393[c]*
	Medyan (Min.-Maks.)	3,50 (3,00-6,00)	4,00 (3,00-5,00)	4,00 (3,00-8,00)	
Başka Çocuğu Var mı, n (%)	Yok	24 (49,0)	19 (38,8)	6 (12,2)	*0,580[a]*
	Var	26 (46,4)	19 (33,9)	11 (19,7)	
Baba Yaşı	Ort.±SS	35,20±4,97	34,39±4,63	34,53±3,92	*0,691[c]*
	Medyan (Min.-Maks.)	35,00 (25,00-47,00)	34,00 (26,00-45,00)	33,00 (29,00-44,00)	
Baba Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	5 (31,3)	6 (37,4)	5 (31,3)	*0,118[a]*
	Lise	21 (48,8)	13 (30,3)	9 (20,9)	
	Üniversite veya üzeri	24 (52,2)	19 (41,3)	3 (6,5)	
Baba Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	*0,377[b]*
	Çalışıyor	49 (49,0)	35 (35,0)	16 (16,0)	
Babanın Sağlık Problemi, n(%)	Yok	44 (47,8)	35 (38,0)	13 (14,2)	*0,292[b]*
	Var	6 (46,2)	3 (23,1)	4 (30,7)	

a:Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.7. Annenin Algı Durumunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.11'de annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunun sosyodemografik özelliklere göre analizi yer almaktadır. Evde yaşayan kişi sayısı açısından annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,045). Çocuğun kilo durumunu yanlış tahmin eden annelerde evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 3,91±0,80 iken, doğru tahmin eden anneler için evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 3,67±0,98 olarak bulunmuştur. Annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunun diğer sosyodemografik özellikler açısından farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 6.12'de annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunun sosyodemografik özelliklere göre analizi yer almaktadır. Annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunun; çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, anne yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, çalışma durumu, baba çalışma durumu, baba sağlık durumu, ev özellikleri, aylık gelir durumu ve diğer çocukların yaşı ve cinsiyetine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05).

Annenin eğitim durumu açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,013). Kendi kilo durumunu doğru tahmin eden annelerin %26,7'si ilkokul veya ortaokul mezunu, %56,7'si lise mezunu iken, %68,3'ünün üniversite veya üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

Annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunda babanın yaşı ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla p =0,038, p=0,002). Kendi kilo durumunu yanlış tahmin eden annelerin eşinin yaş ortalaması 33,58±3,92 iken, doğru tahmin edenlerde 35,65±4,96 olarak bulunmuştur. Kendi kilo durumunu doğru tahmin eden annelerin eşinin %25'i ilkokul veya ortaokul mezunu, %55,8'i lise mezunu iken, %73,9'unun eşinin ise üniversite veya üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.11. Sosyodemografik özellikler açısından annenin çocuğun ağırlığı ile ilgili algı durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler		Çocuk Ağırlığı için Tahmin Durumu		*p*
		Yanlış Tahmin	Doğru Tahmin	
Çocuk Cinsiyeti, n(%)	Erkek	25 (45,5)	30 (54,5)	*0,881[c]*
	Kız	22 (44,0)	28 (56,0)	
Çocuk Takvim Yaşı (ay)	Ort.±SS	28,91±4,33	28,19±4,49	*0,311[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	29,00 (24,00-36,00)	26,50 (24,00-36,00)	
Anne Yaşı	Ort.±SS	32,62±4,64	32,24±4,73	*0,684[a]*
	Medyan (Min.-Maks.)	32,00 (23,00-42,00)	33,00 (23,00-42,00)	
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	2,04±1,02	1,76±0,82	*0,167[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-5,00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,81±0,74	1,59±0,73	*0,099[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-4,00)	1,00 (1,00-3,00)	
Anne Eğitim Durumu, n (%)	İlkokul/ortaokul	8 (53,3)	7 (46,7)	*0,697[c]*
	Lise	14 (46,7)	16 (53,3)	
	Üniversite veya üzeri	25 (41,7)	35 (58,3)	
Anne Çalışma Durumu, n (%)	Çalışmıyor (Ev hanımı)	28 (45,2)	34 (54,8)	*0,921[c]*
	Çalışıyor	19 (44,2)	24 (55,8)	
Oturduğu Ev,n(%)	Apartman Dairesi	46 (44,7)	57 (55,3)	*1,000[d]*
	Müstakil Ev	1 (50,0)	1 (50,0)	
Evin Kendine Ait Olması, n(%)	Hayır	22 (45,8)	26 (54,2)	*0,839[c]*
	Evet	25 (43,9)	32 (56,1)	
Anne Aylık Gelir	Ort.±SS	5419,15±3187,02	5610,34±3340,90	*0,589[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	4500,00 (850,00-12000,00)	5000,00 (1500,00-18000,00)	
Anne Aylık Gelir Düzeyi, n (%)	<3000 TL	13 (54,2)	11 (45,8)	*0,539[c]*
	3000-5000 TL	16 (40,0)	24 (60,0)	
	>5000 TL	18 (43,9)	23 (56,1)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	3,91±0,80	3,67±0,98	***0,045[b]***
	Medyan (Min.-Maks.)	4,00 (3,00-6,00)	3,00 (3,00-8,00)	
	Medyan (Min.-Maks.)	34,00 (27,00-45,00)	34,00 (25,00-47,00)	
Başka çocuğu var mı? n (%)	Yok	17 (34,7)	32 (65,3)	*0,052[c]*
	Var	30 (53,6)	26 (46,4)	
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	8,06±4,50	7,78±4,36	*0,901[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	7,00 (0,25-18,00)	7,50 (0,16-17,00)	
Varsa 3. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	8,96±5,29	9,00±4,20	*0,665[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	9,00 (0,75-15,00)	8,00 (5,00-14,00)	
Varsa 2. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	14 (46,7)	16 (53,3)	*0,266[a]*
	Kız	16 (61,5)	10 (38,5)	
Varsa 3. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	4 (50,0)	4 (50,0)	*1,000[d]*
	Kız	2 (40,0)	3 (60,0)	
Baba Yaşı	Ort.±SS	35,13±4,68	34,53±4,68	*0,520[a]*
	Medyan (Min.-Maks.)	34,00 (27,00-45,00)	34,00 (25,00-47,00)	
Baba Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	7 (43,8)	9 (56,2)	*0,987[c]*
	Lise	19 (44,2)	24 (55,8)	
	Üniversite veya üzeri	21 (45,7)	25 (54,3)	
Baba Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor	0 (0,0)	5 (100,0)	*0,063[d]*
	Çalışıyor	47 (47,0)	53 (53,0)	
Babanın Sağlık Problemi, n(%)	Yok	41 (44,6)	51 (55,4)	*0,914[c]*
	Var	6 (46,2)	7 (53,8)	

a:Student-t testi, b:Mann-Whitney U testi, c:Ki-kare testi, d:Fisher-exact testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

Tablo 6.12. Sosyodemografik özellikler açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler		Annenin Kendi Ağırlığı için Tahmin Durumu		*p*
		Yanlış Tahmin	Doğru Tahmin	
Çocuk Cinsiyeti, n (%)	Erkek	22 (40,0)	33 (60,0)	*0,835[c]*
	Kız	21 (42,0)	29 (58,0)	
Çocuk Takvim Yaşı (ay)	Ort.±SS	27,84±4,33	28,98±4,43	*0,836[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	26,00 (24,00-36,00)	30,00 (24,00-36,00)	
Anne Yaşı	Ort.±SS	31,58±4,19	32,98±4,92	*0,137[a]*
	Medyan (Min.-Maks.)	31,00 (24,00-42,00)	33,00 (23,00-42,00)	
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	1,93±0,768	1,85±1,02	*0,275[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-5,00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,79±0,74	1,61±0,73	*0,191[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-4,00)	1,00 (1,00-3,00)	
Anne Eğitim Durumu, n (%)	İlkokul/ortaokul	11 (73,3)	4 (26,7)	***0,013[c]***
	Lise	13 (43,3)	17 (56,7)	
	Üniversite veya üzeri	19 (31,7)	41 (68,3)	
Anne Çalışma Durumu, n (%)	Çalışmıyor (Ev hanımı)	24 (38,7)	38 (61,3)	*0,359[d]*
	Çalışıyor	19 (44,2)	24 (55,8)	
Oturduğu Ev, n (%)	Apartman Dairesi	42 (42,2)	61 (60,8)	*0,654[d]*
	Müstakil Ev	1 (50,0)	1 (50,0)	
Evin Kendine Ait Olması, n (%)	Hayır	18 (37,5)	30 (62,5)	*0,323[d]*
	Evet	25 (43,9)	32 (56,1)	
Anne Aylık Gelir	Ort.±SS	5093,02±2936,09	5824,19±3456,40	*0,279[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	3500,00 (1500,00-13000,00)	5000,00 (850,00-18000,00)	
Anne Aylık Gelir Düzeyi, n (%)	<3000 TL	11 (45,8)	13 (54,2)	*0,741[c]*
	3000-5000 TL	17 (42,5)	23 (57,5)	
	>5000 TL	15 (36,6)	26 (63,4)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	3,95±1,02	3,66±0,80	*0,12[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	4,00 (3,00-8,00)	3,00 (3,00-6,00)	
Başka çocuğu var mı? n (%)	Yok	16 (32,7)	33 (67,3)	*0,078[d]*
	Var	27 (48,2)	29 (51,8)	
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	7,49±5,01	8,32±3,76	*0,488[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	7,00 (0,16-18,00)	7,50 (0,40-17,00)	
Varsa 3. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	9,66±4,13	8,39±5,09	*0,634[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	9,00 (5-15,00)	8,00 (0,75-14,00)	
Varsa 2. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	13 (43,3)	17 (56,7)	*0,197[a]*
	Kız	14 (53,8)	12 (46,2)	
Varsa 3. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	4 (50,0)	4 (50,0)	*0,864[c]*
	Kız	2 (40,0)	3 (60,0)	
Baba Yaşı	Ort.±SS	33,58±3,92	35,65±4,96	***0,038[a]***
	Medyan (Min.-Maks.)	33,00 (26,00-44,00)	35,00 (25,00-47,00)	
Baba Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	12 (75,0)	4 (25,0)	***0,002[c]***
	Lise	19 (44,2)	24 (55,8)	
	Üniversite veya üzeri	12 (26,1)	34 (73,9)	
Baba Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor	3 (60,0)	2 (40,0)	*0,331[d]*
	Çalışıyor	40 (40,0)	60 (60,0)	
Babanın Sağlık Problemi, n(%)	Yok	37 (40,2)	55 (59,8)	*0,452[d]*
	Var	6 (46,2)	7 (53,8)	

a:Student-t testi, b:Mann-Whitney U testi, c:Ki-kare testi, d:Fisher-exact testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.8. Annenin Algı Durumunun Çocuğun ve Annenin Antropometrik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.13'te çocuğun VKİ Z skor ağırlık gruplandırmasına göre annenin çocuğunun ağırlık durumu ile ilgili algısının değerlendirilmesi gösterilmiştir. Çocuğa ait yaşa göre VKİ Z skoru açısından annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,001). Düşük kilolu olan çocukların annelerinin %66,7'si çocuğunun ağırlığını yanlış tahmin ederken, bu oran normal kilolu olanlarda %14,2, fazla kilolu olanlarda %92,9 ve obez olanlarda ise %100 olarak saptanmıştır. Yanlış tahmin eden anneler arasında; obez, fazla kilolu ve normal ağırlıkta olan çocuğa sahip annelerin hepsinin çocuklarının kilosunu olduğundan az, düşük kilolu çocuğu olan annelerinin hepsinin de çocuklarının kilosunu olduğundan fazla olarak tahmin ettiği saptanmıştır.

Tablo 6.13. Çocuğun ağırlık sınıflamasına göre annenin algısının değerlendirilmesi

Çocuğun Kilo Durumu ile İlgili Anne Algısı n (%)	**Çocuğun Gerçek Kilo Durumu n (%)**					***p***
	Düşük	**Normal**	**Fazla ağırlıklı**	**Obez**	**Toplam**	
Doğru Tahmin	2 (%33,3)	54 (%85,8)	2 (%7,1)	0 (0)	58 (%55,2)	***<0,001[a]***
Yanlış Tahmin	4 (%66,7)	9 (%14,2)	26 (%92,9)	8 (%100)	47 (%44,8)	
Toplam	*6 (%100)*	*63 (%100)*	*28 (%100)*	*8 (%100)*	*105 (%100)*	
Olduğundan fazla tahmin, n	4	0	0	0	4 (%3,8)	
Olduğundan az tahmin, n	0	9	26	8	43 (%41)	

a:Fisher-exact testi

Tablo 6.14'te annenin VKİ değerlerine göre belirlenmiş ağırlık gruplandırması açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumu gösterilmiştir. Anneye ait VKİ grupları açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,001). Obez olan annelerin hepsikendi ağırlığını yanlış olarak tahmin ederken, yanlış tahmin oranı normal kilolu olanlarda %16, fazla kilolu olanlarda ise %47,3 olarak saptanmıştır. Kendi kilosunu yanlış tahmin eden obez ve fazla kilolu annelerin hepsinin kilosunu olduğundan az olarak tahmin ettiği belirlenmiştir.

Tablo 6.14. Annenin kendi ağırlık sınıflamasının annenin kendi kilo durumu ile ilgili algısına göre değerlendirilmesi

Annenin Kendi Kilo Durumu ile İlgili Algısı n (%)	**Annenin Gerçek Kilo Durumu n (%)**				***p***
	Normal	**Fazla**	**Obez**	**Toplam**	
Doğru Tahmin	42 (%84)	20 (%52,7)	0 (0)	62 (%59)	***<0,001[a]***
Yanlış Tahmin	8 (%16)	18 (%47,3)	17 (%100)	43 (%41)	
Toplam	*50 (%100)*	*38 (%100)*	*17 (%100)*	*105 (%100)*	
Olduğundan fazla tahmin, n	4	0	0	4 (%3,8)	
Olduğundan az tahmin, n	4	18	17	39 (%37,2)	

a:Ki kare testi

Tablo 6.15 annenin kendi VKİ değeri açısından çocuğunun kilosu ile ilgili algısının değerlendirilmesini göstermektedir. Annenin kendi VKİ değeri açısından çocuğunun kilosu ile ilgili algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Buna karşın, normal VKİ sınırlarında olan annelerin %34'ünün, fazla kilolu annelerin %52,6'sının ve obez annelerin ise %58,8'inin çocuğunun ağırlık durumları için yanlış tahminde bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.15. Annenin VKİ sınıflamasına göre annenin çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler		**Çocuk Ağırlığı için Tahmin Durumu**		***p***
		Yanlış Tahmin	**Doğru Tahmin**	
Anne VKİ	Ort.±SS	26,10±4,31	25,05±4,04	*0,155[a]*
	Medyan (Min.-Maks.)	25,80 (18,80-37,11)	23,99 (19,00-37,64)	
Anne VKİ, n(%)	Normal	17 (34,0)	33 (66,0)	*0,098[b]*
	Kilolu	20 (52,6)	18 (47,4)	
	Obez	10 (58,8)	7 (41,2)	

a:Mann-Whitney U testi, b:Ki-kare testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.9. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.16'da annenin durumluk kaygı semptom varlığının çocuğa ait sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi yer almaktadır. DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; çocuğun cinsiyeti ve takvim yaşı açısından annenin durumluk kaygısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.16. Durumluk kaygının çocuğa ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Durumluk Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Cinsiyet, n(%)	Erkek	30 (54,5)	25 (45,5)	*0,881*[a]
	Kız	28 (56,0)	22 (44,0)	
Takvim Yaşı	Ort.±SS	28,69±4,46	28,30±4,39	*0,642*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	28,50 (24,00-36,00)	28,00 (24,00-36,00)	

a:Ki-kare testi, b:Mann-Whitney U testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.10. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Anneye Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.17'de annenin durumluk kaygısının anneye ait sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmesi yer almaktadır.

DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annenin yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, evin kendine ait olup olmaması, başka çocuğunun olup olmaması ve varsa diğer çocuğun cinsiyeti açısından durumluk kaygıda anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla p=0,011, p=0,030, p=0,011, p=0,031, p=0,020 ve p=0,018).

Durumluk kaygı semptomu olmayan annelere ait yaş ortalaması 28,69±4,46, gebelik sayısı ortalaması 1,71±0,79 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,52±0,66 bulunurken, durumluk kaygı semptomu olan annelere ait yaş ortalaması ise 28,30±4,39, gebelik sayısı ortalaması 2,11±1,03 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,89±0,79 olarak belirlenmiştir.

Tek çocuğu olan annelerin %32,7'sinde, iki veya daha fazla çocuğu olan annelerin ise %55,4'ünde durumluk kaygı semptomunun varlığı tespit edilmiştir. DKÖ puanı ortalaması, tek çocuğu olan annelerde 35,88±10,19 olarak, iki veya daha fazla çocuğu olan annelerde ise 38,89±9,53 olarak bulunmuştur.

Diğer çocuğunun cinsiyeti erkek olanların %70,0'inde, kız olanların ise %38,5'inde durumluk kaygı semptomu saptanmıştır. DKÖ puanı ortalaması, diğer çocuğunun cinsiyeti erkek olanlarda 45,63±10,27, kız olanlarda ise 33,40±7,33 olarak belirlenmiştir.

Evi kendine ait olan annelerin %54,4'ünde, evi kendine ait olmayan annelerin ise %33,3'ünde durumluk kaygı semptomunun olduğu saptanmıştır.

Aylık gelir düzeyi 3000 TL altında olanların %54,2'sinde, 3000-5000 TL arasında olanların %42,5'inde, 5000 TL ve üzerinde olanların ise %41,5'inde durumluk kaygı semptomunun olduğu saptanmış, fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).Ortalamalar arası fark değerlendirildiğinde ise; geliri 3000 TL altında olanlarda DKÖ puan ortalaması 39,71±8,55 iken, bu ortalama geliri 3000-5000 TL arasında olanlarda 38,08±10,84 ve 5000 TL ve üzerinde olanlarda ise 35,61±9,59 olarak saptanmıştır (p>0,05).

Diğer bir deyişle, istatistiksel farklılık olmamakla birlikte geliri yüksek ailelerde annenin durumluk kaygı puanı daha düşük bulunmuştur.

Diğer sosyodemografik özellikler açısından durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.17. Durumluk kaygının anneye ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Durumluk Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Yaş	Ort.±SS	28,69±4,46	28,30±4,39	***0,011[c]***
	Medyan (Min.-Maks.)	28,50 (24,00-36,00)	28,00 (24,00-36,00)	
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	1,71±0,79	2,11±1,03	***0,030[d]***
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-5,00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,52±0,66	1,89±0,79	***0,011[d]***
	Medyan (Min.-Maks.)	1,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	8 (53,3)	7 (46,7)	*0,976[a]*
	Lise	17 (56,7)	13 (43,3)	
	Üniversite veyaüzeri	33 (55,0)	27 (45,0)	
Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor(Ev hanımı)	34 (54,8)	28 (45,2)	*0,921[a]*
	Çalışıyor	24 (55,8)	19 (44,2)	
Evin Kendine Ait Olması, n(%)	Hayır	32 (66,7)	16 (33,3)	***0,031[a]***
	Evet	26 (45,6)	31 (54,4)	
Aylık Gelir (TL)	Ort.±SS	5793,97±3442,10	5192,55±3020,44	*0,293[d]*
	Medyan (Min.-Maks.)	5000,00 (850,00-18000,00)	4000,00 (2000,00-12000,00)	
Aylık Gelir Düzeyi, n(%)	<3000 TL	11 (45,8)	13 (54,2)	*0,571[a]*
	3000-5000 TL	23 (57,5)	17 (42,5)	
	>5000 TL	24 (58,5)	17 (41,5)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	3,66±0,81	3,94±1,01	*0,134[d]*
	Medyan (Min.-Maks.)	3,00 (3,00-6,00)	4,00 (3,00-8,00)	
Başka çocuğu var mı? n (%)	Yok	33 (67,3)	16 (32,7)	***0,020[a]***
	Var	25 (44,6)	31 (55,4)	
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	6,98±4,52	8,69±4,21	*0,103[d]*
	Medyan (Min.-Maks.)	7,00 (0,16-16,00)	8,00 (0,33-18,00)	
Varsa 3. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	6,95±5,12	10,25±3,92	*0,209[d]*
	Medyan (Min.-Maks.)	5,00 (0,75-14,00)	10,50 (5,00-15,00)	
Varsa 2. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	9 (30,0)	21 (70,0)	***0,018[a]***
	Kız	16 (61,5)	10 (38,5)	
Varsa 3. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	2 (25,0)	6 (75,0)	*0,293[b]*
	Kız	3 (60,0)	2 (40,0)	

a:Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Student-t testi, d:Mann-Whitney U testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.11. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Babaya Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.18'de annenin durumluk kaygı semptom varlığının babaya ait sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi yer almaktadır. DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; babanın yaşı açısından annenin durumluk kaygı varlığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,002). Durumluk kaygı semptomu

olmayan annelerde eşinin yaş ortalaması 33,53±4,19 iken, semptomu olan annelerde ise eşinin yaş ortalaması36,36±4,79 olarak saptanmıştır.

Babanın çalışma durumu açısından annenin durumluk kaygı durumunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,016). Eşi çalışan annelerin %42'sinde, eşi çalışmayan annelerin ise hepsinde (%100) durumluk kaygı semptomunun olduğu saptanmıştır. Annenin durumluk kaygı puanları; eşi çalışanlarda 37,21±10,06 ve eşi çalışmayanlarda 43,00±3,32 olarak belirlenmiştir. En düşük DKÖ puanı eşi memur olanlarda saptanırken, en yüksek puanların ise eşi işsiz olanlarda bulunduğu gözlenmiştir.

Babanın eğitim durumu ve sağlık durumu açısından annenin durumluk kaygısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.18. Durumluk kaygının babaya ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Durumluk Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Yaş	Ort.±SS	33,53±4,19	36,36±4,79	***0,002[c]***
	Medyan (Min.-Maks.)	33,00 (25,00-44,00)	35,00 (28,00-47,00)	
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	7 (43,8)	9 (56,2)	*0,511[a]*
	Lise	26 (60,5)	17 (39,5)	
	Üniversite veya üzeri	25 (54,3)	21 (45,7)	
Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor	0 (0,0)	5 (100,0)	***0,016[b]***
	Çalışıyor	58 (58,0)	42 (42,0)	
Sağlık Problemi, n(%)	Yok	49 (53,3)	43 (46,7)	*0,278[a]*
	Var	9 (69,2)	4 (30,8)	

a:Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Student-t testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.12. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğa Ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.19'da çocuğa ait antropometrik özellikler açısından annenin durumluk kaygısının değerlendirilmesi yer almaktadır. DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; çocuğa ait antropometrik özellikler açısından durumluk kaygı varlığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.19. Durumluk kaygının çocuğa ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Durumluk Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Boya Göre Ağırlık Z Skoru, n(%)	Düşük Ağırlıklı	1 (100,0)	0 (0,0)	*0,485[a]*
	Normal Ağırlıklı	40 (58,0)	29 (42,0)	
	Fazla Ağırlıklı	13 (44,8)	16 (55,2)	
	Obez	4 (66,7)	2 (33,3)	
Yaşa Göre Ağırlık Z Skoru, n(%)	Düşük Ağırlıklı	1 (33,3)	2 (66,7)	*0,903[a]*
	Normal Ağırlıklı	36 (55,4)	29 (44,6)	
	Fazla Ağırlıklı	20 (57,1)	15 (42,9)	
	Obez	1 (50,0)	1 (50,0)	
Yaşa Göre VKİ Z Skoru, n(%)	Düşük Ağırlıklı	4 (66,7)	2 (33,3)	*0,742[a]*
	Normal Ağırlıklı	36 (57,1)	27 (42,9)	
	Fazla Ağırlıklı	13 (46,4)	15 (53,6)	
	Obez	5 (62,5)	3 (37,5)	

a:Fisher-exact testi

6.13. Annenin Durumluk Kaygı ile İlgili Bulgularının Kendisine Ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.20'de durumluk kaygının anneye ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması gösterilmektedir. DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annenin VKİ ölçümleri açısından durumluk kaygıda farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 6.20. Durumluk kaygının anneye ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Durumluk Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
VKİ	Ort.±SS	25,74±4,27	25,24±4,08	*0,613[b]*
	Medyan (Min.-Maks.)	24,72 (19,00-37,64)	25,30 (18,80-36,89)	
VKİ, n(%)	Normal	29 (58,0)	21 (42,0)	*0,423[a]*
	Kilolu	18 (47,4)	20 (52,6)	
	Obez	11 (64,7)	6 (35,3)	

a:Ki-kare testi, b:Mann-Whitney U testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.14. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.21'de annenin sürekli kaygı durumunun çocuğa ait sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi yer almaktadır. Çocuğun cinsiyeti ve takvim yaşı açısından annenin sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.21. Sürekli kaygının çocuğa ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Sürekli Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Cinsiyet, n(%)	Erkek	19 (34,5)	36 (65,5)	*0,953*[a]
	Kız	17 (34,0)	33 (66,0)	
Takvim Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	28,33±4,48	28,61±4,41	*0,727*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	27,00 (24,00-36,00)	28,00 (24,00-36,00)	

a:Ki-kare testi, b:Mann-Whitney U testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.15. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Anneye Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.22'de annedeki sürekli kaygının anneye ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması gösterilmektedir.

SKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; anne eğitim durumu açısından sürekli kaygı puanlarında farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Ancak puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, anne eğitim durumu açısından sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,044). İlkokul veya ortaokul mezunu olan annelerde sürekli kaygı puanı ortalaması 45,73±7,01 iken, bu puan lise mezunu olanlarda 41,53±7,45, eğitim durumu üniversite veya üzeri olanlarda ise 40,82±7,67 olarak belirlenmiştir.

Ailenin aylık gelir düzeyi açısından annenin sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Gelir düzeyi 3000 TL altında olanların %79,2'sinde kaygı semptomu saptanırken, 3000-5000 TL arasında olanların %67,5'inde, 5000 TL ve üzerinde olanların ise %56,1'inde kaygı semptomu belirlenmiştir. Ancak puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde; geliri 3000 TL altı olanlarda sürekli kaygı puanı ortalaması 45,08±7,69, 3000-5000 TL arasında olanlarda 41,13±5,92 ve geliri 5000 TL üzerinde olanlarda ise 40,34±8,61olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,038).

Tablo 6.22. Sürekli kaygının anneye ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		Sürekli Kaygı Semptomu		
		Yok	Var	*p*
Yaş	Ort.±SS	31,64±4,12	32,81±4,91	*0,224*[c]
	Medyan (Min.-Maks.)	32,00 (23,00-39,00)	33,00 (23,00-42,00)	
Gebelik Sayısı	Ort.±SS	1,81±0,86	1,93±0,96	*0,561*[d]
	Medyan (Min.-Maks.)	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (1,00-5,00)	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ort.±SS	1,58±0,65	1,74±0,78	*0,394*[d]
	Medyan (Min.-Maks.)	1,50 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	2 (13,3)	13 (86,7)	*0,149*[a]
	Lise	10 (33,3)	20 (66,7)	
	Üniversite veya üzeri	24 (40,0)	36 (60,0)	
Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor (Ev hanımı)	17 (27,4)	45 (72,6)	*0,975*[a]
	Çalışıyor	19 (44,2)	24 (55,8)	
Evin Kendine Ait Olması, n(%)	Hayır	19 (39,6)	29 (60,4)	*0,294*[a]
	Evet	17 (29,8)	40 (70,2)	
Aylık Gelir (TL)	Ort.±SS	6079,17±3278,14	5235,51±3234,55	*0,144*[d]
	Medyan (Min.-Maks.)	5250,00 (2250,00-13000,00)	5000,00 (850,00-18000,00)	
Aylık Gelir Düzeyi, n(%)	<3000 TL	5 (20,8)	19 (79,2)	*0,160*[a]
	3000-5000 TL	13 (32,5)	27 (67,5)	
	>5000 TL	18 (43,9)	23 (56,1)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Ort.±SS	3,64±0,72	3,86±0,99	*0,383*[d]
	Medyan (Min.-Maks.)	3,50 (3,00-5,00)	4,00 (3,00-8,00)	
Başka çocuğu var mı? n (%)	Yok	18 (36,7)	31 (63,3)	*0,621*[a]
	Var	18 (32,1)	38 (67,9)	
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	7,03±4,35	8,35±4,41	*0,298*[d]
	Medyan (Min.-Maks.)	6,50 (0,16-17,00)	7,50 (0,25-18,00)	
Varsa 3. Çocuğun Yaşı (Yıl)	Ort.±SS	6,25±6,22	9,80±3,94	*0,217*[d]
	Medyan (Min.-Maks.)	5,00 (0,75-13,00)	9,00 (5,00-15,00)	
Varsa 2. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	9 (30,0)	21 (70,0)	*0,712*[a]
	Kız	9 (34,6)	17 (65,4)	
Varsa 3. Çocuğun Cinsiyeti, n (%)	Erkek	1 (12,5)	7 (87,5)	*0,510*[b]
	Kız	2 (40,0)	3 (60,0)	

a:Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Student-t testi, d:Mann-Whitney U testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.16. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Babaya Ait Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.23'te annedeki sürekli kaygının babaya ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması gösterilmektedir.

SKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annedeki sürekli kaygı ile babanın çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Diğer yandan, eşi çalışan annelerin %64'ünde sürekli kaygı semptomu varken, eşi çalışmayan bütün annelerde (%100) kaygı semptomunun olduğu tespit edilmiştir. Annenin sürekli kaygı puanları; eşi çalışanlarda 41,52±7,73 iken, eşi çalışmayanlarda 45,80±3,70 olarak belirlenmiştir. En düşük SKÖ puanı eşi memur olanlarda saptanırken, en yüksek puanların ise eşi işsiz olanlarda bulunduğu gözlenmiştir.

İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte; eşinin eğitim durumu ilkokul veya ortaokul mezunu olanlarda sürekli kaygı puanı ortalaması 46,19±8,29, lise mezunu olanlarda 40,98±6,17, üniversite veya üzeri olanlarda ise 40,87±8,23 olarak saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 6.23. Sürekli kaygının babaya ait sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Sürekli Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Yaş	Ort.±SS	34,08±3,72	35,17±5,07	*0,213*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	34,00 (26,00-42,00)	34,00 (25,00-47,00)	
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul/ortaokul	3 (18,8)	13 (81,2)	*0,364*[c]
	Lise	16 (37,2)	27 (62,8)	
	Üniversite ve üzeri	17 (37,0)	29 (63,0)	
Çalışma Durumu, n(%)	Çalışmıyor	0 (0,0)	5 (100,0)	*0,162*[a]
	Çalışıyor	36 (36,0)	64 (64,0)	
Sağlık Problemi, n(%)	Yok	32 (34,8)	60 (65,2)	*1,000*[a]
	Var	4 (30,8)	9 (69,2)	

a:Fisher-exact testi, b:Student-t testi, c:Ki-kare testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.17. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Çocuğa ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.24'te annenin sürekli kaygı durumunun çocuğa ait antropometrik özellikler açısından değerlendirilmesi yer almaktadır. Çocuğun boya göre ağırlık Z skor ve yaşa göre VKİ Z skoru açısından annenin sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Diğer yandan, çocuğun yaşa göre ağırlık Z skor değerleri açısından annenin sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,013). Yaşa göre ağırlık Z skoruna göre düşük ağırlıklı olan çocukların annelerinin %33,3'ünde, normal ağırlıklı olan çocukların annelerinin %75,4'ünde ve obez olanların annelerinin ise hepsinde sürekli kaygı semptomu saptanmıştır.

Tablo 6.24. Sürekli kaygının çocuğa ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler n(%)		**Sürekli Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
Boya Göre Ağırlık Z Skoru	Düşük Ağırlıklı	0 (0,0)	1 (100,0)	*0,828*[a]
	Normal Ağırlıklı	24 (34,8)	45 (65,2)	
	Fazla Ağırlıklı	11 (37,9)	18 (62,1)	
	Obez	1 (16,7)	5 (83,3)	
Yaşa Göre Ağırlık Z Skoru	Düşük Ağırlıklı	2 (66,7)	1 (33,3)	***0,013***[a]
	Normal Ağırlıklı	16 (24,6)	49 (75,4)	
	Fazla Ağırlıklı	18 (51,4)	17 (48,6)	
	Obez	0 (0,0)	2 (100,0)	
Yaşa Göre VKİ Z Skoru	Düşük Ağırlıklı	2 (33,3)	4 (66,7)	*0,931*[a]
	Normal Ağırlıklı	21 (33,3)	42 (66,7)	
	Fazla Ağırlıklı	11 (39,3)	17 (60,7)	
	Obez	2 (25,0)	6 (75,0)	

a:Fisher-exact testi

6.18. Annenin Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Anneye Ait Antropometrik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 6.25'te annenin sürekli kaygı durumunun anneye ait antropometrik özellikler açısından değerlendirilmesi yer almaktadır. Anne VKİ değerleri açısından sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.25. Sürekli kaygının anneye ait antropometrik özellikler açısından karşılaştırılması

Değişkenler		**Sürekli Kaygı Semptomu**		
		Yok	**Var**	***p***
VKİ	Ort.±SS	25,34±3,98	25,61±4,29	*0,805*[b]
	Medyan (Min.-Maks.)	24,87 (19,74-37,64)	25,00 (18,80-37,11)	
VKİ, n(%)	Normal	18 (36,0)	32 (64,0)	*0,885*[a]
	Kilolu	13 (34,2)	25 (65,8)	
	Obez	5 (29,4)	12 (70,6)	

a:Ki-kare testi, b:Mann-Whitney U testi, Ort:Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.19. Annenin Kaygı Durumu Açısından Çocuğunun ve Kendisinin Ağırlığı ile İlgili Algısının Değerlendirilmesi

Tablo 6.26'da annenin kaygı durumu açısından çocuğun kilosu ile ilgili algısının karşılaştırılması yer almaktadır. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri açısından annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Durumluk kaygı semptomu olanların %48,9'unun, sürekli kaygı semptomu olanların ise %44,9'unun çocuğunun kilo durumunu yanlış tahmin ettiği saptanmıştır.

Tablo 6.26. Annenin kaygı durumu açısından çocuğun büyümesi ile ilgili algısının değerlendirilmesi

Değişkenler n(%)		**Çocuk Ağırlığı için Tahmin**		
		Yanlış Tahmin	**Doğru Tahmin**	***p***
Durumluk Kaygı Semptomu	Yok	24 (41,4)	34 (58,6)	*0,439*[a]
	Var	23 (48,9)	24 (51,1)	
Sürekli Kaygı Semptomu	Yok	16 (44,4)	20 (55,6)	*0,962*[a]
	Var	31 (44,9)	38 (55,1)	

a:Ki-kare testi

Tablo 6.27'de annenin kaygı durumu açısından kendi ağırlığı ile ilgili algısının değerlendirilmesi yer almaktadır. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Durumluk kaygı semptomu olanların %51,2'sinin, sürekli kaygı semptomu olanların ise %65,1'inin kendi kilo durumunu yanlış tahmin ettiği saptanmıştır.

Tablo 6.27. Annenin kaygı durumu açısından kendi ağırlığı ile ilgili algısının değerlendirilmesi

Değişkenler n(%)		**Annenin Kendi Ağırlığı İçin Tahmin**		
		Yanlış Tahmin	**Doğru Tahmin**	***p***
Durumluk Kaygı Semptomu	Yok	22 (51,2)	36 (58,1)	*0,484*[a]
	Var	21 (48,8)	26 (41,9)	
Sürekli Kaygı Semptomu	Yok	15 (34,9)	21 (33,9)	*0,914*[a]
	Var	28 (65,1)	41 (66,1)	

a:Ki-kare testi

6.20. DKÖ Puanları ile Anneye ve Çocuğa Ait Nicel Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Bulguları

Tablo 6.28'de aileye ait nicel sosyodemografik değişkenler ile DKÖ puanları arasındaki korelasyon bulguları gösterilmiştir. Anne yaşı, baba yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve annenin ikinci çocuğunun yaşı ile DKÖ puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur (sırayla r=0,217, p=0,026; r=0,251, p=0,010; r=0,213, p=0,029; r=0,214, p=0,028 ve r=0,333, p=0,012). Anne yaşı, baba yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve annenin ikinci çocuğunun yaşı arttıkça DKÖ puanında da artma olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6.28. DKÖ puanları ile aileye ait nicel değişkenler arasındaki korelasyon

Değişkenler		**Durumluk Kaygı Puanları**
Çocuğun Yaşı (Yıl)	r	-0,063
	p	*0,521*
Anne Yaşı	r	0,217
	p	***0,026***
Baba Yaşı	r	0,251
	p	***0,010***
Anne VKİ	r	-0,070
	p	*0,480*
Gebelik Sayısı	r	0,213
	p	***0,029***
Yaşayan Çocuk Sayısı	r	0,214
	p	***0,028***
Aylık Gelir (TL)	r	-0,185
	p	*0,059*
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	r	0,122
	p	*0,214*
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	r	0,333
	p	***0,012***
Varsa 3. Çocuğun Yaşı (Yıl)	r	0,440
	p	*0,133*

*Spearman korelasyon testi

6.21. SKÖ Puanları ile Anneye ve Çocuğa Ait Nicel Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyon Bulguları

Tablo 6.29'da aileye ait nicel sosyodemografik değişkenler ile SKÖ puanları arasındaki korelasyon bulguları gösterilmiştir. Çocuğun yaşı, annenin yaşı, anne VKİ, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı ile SKÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Aylık gelir düzeyi ile SKÖ puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,196, p=0,045). Aylık gelir düzeyi arttıkça SKÖ puanının da azaldığı tespit edilmiştir.

Annenin ikinci çocuğunun yaşı ile SKÖ puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r=0,306, p=0,022). İkinci çocuğun yaşı arttıkça SKÖ puanının da artmış olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.29. SKÖ puanları ile aileye ait nicel değişkenler arasındaki korelasyon

Değişkenler		**Sürekli Kaygı Puanları**
Çocuk yaşı (Yıl)	r	0,018
	p	*0,853*
Anne Yaşı (Yıl)	r	0,084
	p	*0,395*
Baba Yaşı	r	0,960
	p	*0,327*
Anne VKİ	r	0,021
	p	*0,829*
Gebelik Sayısı	r	0,077
	p	*0,436*
Yaşayan Çocuk Sayısı	r	0,099
	p	*0,315*
Aylık Gelir (TL)	r	-0,196
	p	***0,045***
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	r	0,052
	p	*0,595*
Varsa 2. Çocuğun Yaşı (Yıl)	r	0,306
	p	***0,022***
Varsa 3. Çocuğun Yaşı (Yıl)	r	0,477
	p	*0,099*

*Spearman korelasyon testi

7. TARTIŞMA

Çocukların erişkinlerden farklı olan en önemli özelliği, sürekli bir büyüme ve gelişme süreci içinde olmalarıdır. Çocukluk döneminde büyümeyi etkileyen faktörler arasında en önemlilerinden birisinin beslenme olduğu görülmekte ve bu dönemde beslenme ile ilgili sorunlar özellikle obezite ve büyüyememe şeklinde ortaya çıkmaktadır. Obezite son yıllarda giderek büyüyen ve birçok morbidite ve mortalite sorunlarına neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle obezitenin erken yaşlarda önlenmesi, bu sorun ile ilişkili hastalıkların da önlenmesini sağlayacaktır. Özellikle küçük çocuklarda büyüme sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunlara yol açabilecek risklerin saptanması, önleme ve müdahale stratejilerinin olabildiğince erken uygulanmasında kritik öneme sahiptir.

Ebeveynlerin çocukları için yeme davranışlarını, besin çeşitlerini, öğün sayılarını ve fiziksel aktiviteyi modellemedeki etkisi göz önüne alındığında, normal büyümenin sağlanması ve büyüme sorunlarına müdahale edilmesindeki rollerinin önemi ortaya çıkmaktadır (3). Ebeveynlerin çocuklarının büyüme durumuna ilişkin algıları, giderek artan çocukluk çağı obezitesi ve büyüyememe gibi sorunlar ile mücadelede gerekli müdahalelerin tasarlanması açısından son derece önemlidir. Ebeveynlerin müdahale stratejilerini benimsemeleri için, çocuklarının büyüme durumunu doğru şekilde algılaması ve aynı zamanda değişiklikler yapmak için motive olması gereklidir. Buna karşın, farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalar, ebeveynlerin büyük bir kısmının çocuklarının aşırı kilolu ve obez olduğunu fark edemediğini göstermiştir (5-7).

Çalışmanın amacı; çocuk sağlığı izlem polikliniğinde izlenen ve 24-36 ay arasında olan sağlıklı çocukların büyüme durumları ile ilgili anne algısının çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı düzeyi, annenin kendi kilosu ile ilgili algı durumu ve sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisinin belirlenmesidir. Bu çalışmadan elde edilen verilerin; ebeveynlerin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili algı durumu ve kaygılarının anlaşılması ve bu algı ve kaygı durumunun çocuğun büyümesi üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması için müdahalelerin belirlenmesi konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir.

7.1. Araştırmaya Katılan Çocuk ve Annelerin Antropometrik ve Sosyodemografik Özellikleri

DSÖ'nün beş yaş altındaki çocuklar için VKİ değerlerine göre yaptığı sınıflamada; fazla kilololuk +2 SD ve üstü, obezite +3 SD ve üstü, düşük kilo -2 SD ve altı olarak tanımlanmıştır. Bu sınıflamaya göre dünyada beş yaşın altındaki 38,3 milyon çocuğun (%5,6) fazla kilolu/obez, 85,4 milyon çocuğun (%12,6) ise düşük kilolu olduğu tahmin edilmektedir (54). Türkiye

Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) sonuçlarına göre ise; Türkiye genelinde 0-5 yaşları arasında 2567 çocuktan %8,5'i obez, %17,9'u fazla kilolu, %10,3'ü düşük kilolu olarak değerlendirilmiştir (98).

Çalışmamıza alınan çocukların antropometrik özellikleri yaşa göre VKİ Z skoruna göre değerlendirildiğinde; çocukların %5,7'si düşük ağırlıkta iken %60,0'ı normal, %26,7'si fazla kilolu ve %7,6'sı ise obez olarak saptanmıştır. Diğer yandan, boya göre ağırlık Z skoruna göre çocukların %27,6'sı fazla ağırlıkta ve %5,7'si ise obez; yaşa göre ağırlık Z skoruna göre ise %33,3'ü fazla ağırlıkta ve %1,9'u ise obez olarak değerlendirilmiştir. Diğer bir deyişle, DSÖ standartları göz önüne alındığında; yaşa göre VKİ, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlık Z skorlarına göre çalışmadaki çocukların yaklaşık üçte biri fazla kilolu/obez olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuçlar, dünyada ve Türkiye'de 0-5 yaş arasında yapılan çalışmaların sonuçları ile benzer hatta daha yüksek olarak gözlenmiştir. Bu bulgu, özellikle okul çağı ve ergenlik döneminde önemli olan ve sıklığı giderek artan fazla kiloluluk ve obezitenin 24-36 ay çocuk yaş grubunda da önemli bir sorun haline geldiğini göstermekte ve önlemlerin acilen alınmasının gerektiğinin altını çizmektedir.

Genetik, çevresel ve sosyodemografik faktörler dâhil birçok etkenin çocukluk çağı obezitesine neden olduğu bilinmektedir. Çevresel etkenlerin başında; beslenme, fizik aktivite alışkanlıkları ve sedanter yaşam önemli risk etmenleri olarak gözlenmektedir. Çevresel etkenlerin oluşturduğu riskler değiştirilebilir ve düzenlenebilir olması nedeniyle obezitede önemli görülmektedir. Bunların dışında, çocuğun yaşı, cinsiyeti, ebeveynlerin eğitim durumu ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik faktörlerin de obezite gelişimini etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir (99, 100). Çalışmamızın asıl amacı obeziteyi etkileyen etmenlerin saptanması olmamakla birlikte genel olarak değerlendirildiğinde; çalışmamızda sosyodemografik özellikler açısından çocukların antropometrik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Lee ve arkadaşlarının 4895 ilkokul çocuğunda yaptığı bir çalışmada; çocukların %12,5'inin aşırı kilolu/obez olduğu, düşük kilolu çocukların normal kilolu gruptakilerden yaşça daha büyük olduğu, aşırı kilolu/obez çocukların ise normal kilolu gruptakilerden daha küçük yaşta olduğu bulunmuştur (99). Ülkemizde yapılan TBSA sonuçlarında; obez olanların oranı 19-24 ay yaş grubunda %15,0 olarak saptanmış ve bu sıklığın 0-5 yaş arasında en yüksek düzey olduğu gösterilmiştir (98). Çalışmamıza 24-36 aylık çocuklar alınmış olup bu yaş grubunda olan çocukların %26,7'si fazla kilolu ve %7,6'sı ise obez olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda diğer yaş grupları alınmadığı için genel olarak yaş gruplarına göre dağılım yapılmamıştır.

Ülkemizde TBSA sonuçlarına göre; 0-5 yaş arasında obezite görülme sıklığının erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu görülmüştür (98). Çalışmamızda ise erkek ve kız çocukların antropometrik özellikleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durumun çalışma popülasyonunun sayı olarak az olması ve sadece 24-36 ay arasında olan çocukları içermesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Daha büyük popülasyonlarda ve farklı yaş gruplarında yapılan çalışmalarda özellikle ergenlik ve okul çocukluğu döneminde obezite sıklığı açısından cinsiyetler arasında farklılık olduğu gösterilmiştir. Lee ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; ilkokul döneminde olan çocukların %12,5'inin aşırı kilolu/obez olduğu, erkeklerin kızlara kıyasla aşırı kilolu/obez olma olasılığının daha yüksek olduğu, kızların ise düşük kilolu olma olasılığının erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir (99). Ogden ve arkadaşlarının 2-19 yaş arasındaki 4111 çocukta yaptığı bir çalışmada; obezitenin erkeklerde kızlardan anlamlı oranda daha fazla gözlendiği belirlenmiştir (56). Benson ve arkadaşlarının, 2-18 yaş arasında çocuklarda yaptığı bir çalışmada ise; hem aşırı kiloluluk hem de obezite kızlarda daha yüksek oranlarda görülmüştür (101). Buna karşın bazı çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde obezite sıklığında cinsiyete bağlı farklılık saptanmamıştır. Parkes ve arkadaşlarının 2992 çocuğu incelediği bir çalışmada; obezite prevalansı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (102). Kambondo ve arkadaşlarının 974 çocuk ve ebeveynde yaptığı bir çalışmada da çocuğun cinsiyet ve yaşı ile aşırı kilo/obezite arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (103).

TBSA sonuçları yerleşim yerine göre incelendiğinde, kırsal yerleşimde yaşayan çocuklarda kentsel yerleşimde yaşayanlara kıyasla obez çocukların oranı daha yüksek bulunmuştur (98). Bu bulgudan farklı olarak, Kambondo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; kırsal alanlar ile karşılaştırıldığında, kentsel alanlarda obezitenin daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. Bu durumun; yerleşik yaşam tarzının artması sonucu kentsel alanlarda yaşayan çocukların kalorisi fazla olan işlenmiş gıdalara maruz kalması, kentsel alanlarda okul çocuklarının düşük sayıda kısmının okula yürüyerek gitmesi ve medyada yer alan kontrolsüz yiyecek ve içecek reklamları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (103). Çalışmamızda yer alan çocukların hepsi kent merkezinde yaşayan çocuklar olup yerleşim yerine göre obezite sıklığı açısından farklılık belirlenmemiştir.

Çalışmamızda annenin ve babanın eğitim ve çalışma durumu ve ailenin gelir durumu açısından çocuğun antropometrik özelliklerinde farklılık saptanmamıştır. Literatürde ebeveynin eğitim düzeyinin çocuklarda obezite sıklığını etkileyen bir risk faktörü olması ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Veldhuis ve arkadaşlarının yaptığı ve 5582 anne ve beş yaşındaki çocuklarının değerlendirildiği bir çalışmada; eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarında obezite sıklığının daha düşük olduğu belirlenmiştir (100). Buna karşın, Kambondo ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; annenin eğitim düzeyinin yüksek olmasının çocukta artmış obezite oranı ile ilişkili olduğu belirlenmiş, buna karşın babanın yüksek eğitim düzeyine sahip olmasınınobezite açısından koruyucu olduğu saptanmıştır (103). Fernández-Alvira ve arkadaşlarının yaşları 10-12 arasında değişen 4637 çocukta yaptığı bir çalışmada; eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarında obezite sıklığı daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada; sosyoekonomik düzey ile çocukların kilo durumu arasındaki ilişkinin kahvaltı etme alışkanlığı, spor aktivitesinde bulunma, televizyon izleme ve bilgisayar kullanımı faktörlerinden kısmen etkilendiği görülmüştür (104). Baygi ve arkadaşlarının 6-12 yaş arasında olan 216 çocukta yaptığı bir çalışmada ise; aile ve akrabalarda obezite öyküsü olması ve çocuğun fiziksel aktivitesi obezite ile ilişkili saptanırken, çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, ailenin eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin obezite sıklığı üzerinde etkisi bulunmamıştır (105). Çalışmamızda eğitim ve çalışma durumunun obezite sıklığı üzerindeki etkisinin bulunmamasının altında yatan nedenin, anne ve babaların büyük oranda lise ve üniversite düzeyinde eğitime sahip olması ve ailelerin benzer sosyoekonomik düzeyde bulunması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kardeş sayısı açısından çocuğun antropometrik özelliklerinde farklılık saptanmamıştır. Buna karşın, Chen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kardeşi olmayan çocuklarda, kardeşi olan çocuklara göre obezite sıklığının artmış olduğu saptanmıştır (106). Benzer olarak, Kambondo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kardeşi olmayan çocuklarda kardeşi olan çocuklara göre obezite ve fazla kiloluk sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, ailede sadece bir çocuk olduğunda, çocuğun fiziksel aktiviteye katılmak için daha az fırsata sahip olma eğiliminde olması ve daha yüksek gıda ve yağ alımı eğiliminde bulunması olasılığı ile açıklanmıştır (103).

Erişkin yaş grubunda DSÖ tarafından yapılan tanıma göre; fazla kiloluluk kadın ve erkeklerde VKİ'nin 25 kg/m^2 ve üzerinde olması; obezite ise VKİ'nin 30kg/m^2 ya da üzerinde olması durumudur. DSÖ verilerine göre dünya genelinde obezite sıklığının son 40 yıllık dönemde yaklaşık üç kat arttığı gözlenmiştir. 2016 yılında erişkin nüfusun 1,9 milyarının (%39) kilo fazlalığı sorunu yaşamakta olduğu, bunların 650 milyonunun (%13) ise obez olduğu tahmin edilmektedir (107). Çalışmamızda VKİ sınıflamasına göre; annelerin %47,6'sının normal ağırlıkta olduğu, %36,2'sinin kilolu ve %16,2'sinin ise obez olarak değerlendirildiği belirlenmiştir. Bu sonuç, DSÖ bulgularına benzer şekilde, çalışmamızın anne grubunda fazla kiloluk ve obezitenin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda annelerdeki obezite sıklığını destekler nitelikte olmak üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan TBSA 2010 raporuna göre de ülkemizde obezite görülme oranı genel populasyonda %30,3 olup kadınlarda %41,0, erkeklerde ise %20,5 olarak saptanmıştır.

Önceki araştırmalarda çeşitli sosyoekonomik faktörlerin erişkinlerde obezite gelişiminde risk etmenleri olduğu belirlenmiştir. Banterle ve arkadaşlarının erişkinlerde VKİ üzerine etkili faktörleri araştırdıkları bir çalışmada; düşük eğitim düzeyinde olan bireylerde ve artan yaşla birlikte VKİ değerinin de arttığı saptanmıştır (108). Bu çalışmaya benzer olarak çalışmamızda; istatistiksel olarak belirgin şekilde, ilkokul veya ortaokul mezunu olan annelerin %73,3'ünün, üniversite veya üzeri eğitime sahip annelerin ise %48,3'ünün fazla kilolu ve obez olduğu belirlenmiş, eğitim düzeyi düşük olan annelerde obezite sıklığının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bireyin eğitim düzeyinin yüksek olmasının, sağlıklı beslenme ve obezitenin önlenmesi konusunda daha yüksek farkındalığının olması ve bunu günlük yaşamına yansıtması sonucunu doğurduğu düşünülmüştür. Bu bulgulardan farklı olarak, Dinsa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; obezite daha yüksek gelir veya eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yaygın olarak bulunmuştur (109). Toplumsal, ırksal ve genetik farklılıkların obezite sıkılığında ve farkındalığın oluşmasında önemli olduğu gözlenmektedir.

7.2. Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuğunun Büyüme Durumu ile İlgili Algısı

Çocukta fazla kilololuluk ve obezite gibi durumlarda ebeveynlerin çocuklarında büyüme sorununu farketmeleri ve müdahalede bulunmaları bu sorunların çözümünde etkilidir. Anneler tarafından çocuklarının kilo durumunun doğru olarak değerlendirilmemesi, dolayısıyla gerçekçi olmayan bir ebeveyn algısı 'ebeveynin yanlış algısı' olarak tanımlanır. Ebeveynlerin, uygun yaşam tarzı seçimleri ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemeleri için öncelikle çocuklarının ağırlık durumunu zayıf, normal ya da fazla kilolu gibi doğru bir şekilde tanımaları gerekir (4). Çalışmamızda annenin çocuğunun kilo durumunu tanımlaması ile ilgili olan algısı değerlendirildiğinde; %13,3'ünün çocuklarının kilo durumunu zayıf, %81,9'unun normal ve %4,8'inin ise fazla kilolu olarak tanımladığı belirlenmiş hiçbir annenin çocuğunu obez olarak değerlendirmediği saptanmıştır. Önemli bir bulgu olarak, çalışmamızda annelerin %44,8'inin çocuğunun kilo durumunu olduğundan yanlış olarak tanımladığı belirlenmiştir. Bulgumuzu destekler nitelikte olmak üzere Duarte ve arkadaşlarının 2-6 yaş arası çocuklarda yaptığı bir çalışmada; annelerin %34,8'inin çocuğunun kilosu ile ilgili yanlış algıda bulunduğu gösterilmiştir (110). Benzer olarak, fakat farklı yaş grubunda yapılan bir çalışmada ise; Min ve arkadaşları 6-18 yaş arası 865 çocuğun annelerinin %63,8'inin çocuklarının kilo durumu ile ilgili doğru algıya sahip olduğunu, %36,2'sinin ise çocuğun ağırlığını yanlış olarak değerlendirdiğini belirlemiştir (81).

Önceki çalışmalarda; ebeveynlerin normal ağırlıktaki çocuklarını düşük kilolu olarak, fazla kilolu ya da obez olan çocuklarını ise normal ağırlıkta olarak algıladığı gözlenmektedir. Farklı popülasyonlarda ve yaş gruplarında yapılan çalışmalar, ebeveynlerin büyük bir kısmının

çocuklarının aşırı kilolu ve obez olduğunu fark edemediğini göstermiştir (5-7). Rietmeijer-Mentink ve arkadaşlarının yaptığı ve 2-18 yaş arası 35103 çocuğu içeren 51 çalışmanın değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında; çocukların %32,9'unun fazla kilolu olduğu gözlenmiş ve bu fazla kilolu çocukların %62,4'ünün ebeveynleri tarafından yanlış olarak normal kilolu olarak algılandığı belirlenmiştir (17). Chaparro ve arkadaşlarının 3-5 yaşları arasındaki 1702 okul öncesi çocukta yaptığı bir çalışmada; fazla kilolu çocukların annelerinin %93,6'sının çocuğunun normal kiloda olduğunu düşündüğü belirlenirken, obez çocukların annelerinin %77,5'inin ise çocuğunun normal kiloda olduğunu düşündüğü saptanmıştır (111). Carnell ve arkadaşlarının 3-5 yaş arasındaki 564 anne çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada; fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin %1,9'unun ve obez çocukların ebeveynlerinin ise %17,1'inin çocuklarını fazla kilolu olarak tanımladığı saptanmıştır (112). Pedroso ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; fazla kilolu çocukların annelerinin %29,9'unun, obez çocukların annelerinin ise %47,9'unun çocuklarının kilo durumunu olduğundan az olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (113). Min ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; fazla kilolu çocukların annelerinin normal ve düşük kilolu çocuklarla karşılaştırıldığında, çocuklarının kilo durumunu doğru algılama olasılığının daha düşük olduğu belirlenmiştir (81).

Bu çalışmalara benzer olarak çalışmamızda; çocuğunun kilo durumunu yanlış algılayan annelerin %8,5'inin çocuğunun kilo durumunu olduğundan fazla olarak değerlendirdiği, %91,5 gibi yüksek bir oranının ise çocuğunun kilo durumunu olduğundan daha az kilolu olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Çalışmamızda önemli bir bulgu olarak, çocuğa ait yaşa göre VKİ Z skoru açısından annenin algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış ve yaşa göre VKİ Z skoruna göre düşük kilolu olan çocukların annelerinin %66,7'si çocuğunun ağırlığını yanlış tahmin ederken, bu oran normal kilolu olanlarda %14,2, fazla kilolu olanlarda %92,9 ve obez olanlarda ise %100 olarak saptanmıştır. Diğer bir deyişle; fazla kilolu çocukların annelerinin %92,9'unun çocuklarının kilo durumu ile ilgili yanlış algıya sahip olduğu görülmüş ve obez çocukların annelerinin hiçbirinin çocuğunun obez olduğunu düşünmediği belirlenmiştir. Bu bulgularımız, farklı popülasyonlarda ve yaş gruplarında yapılan ve ebeveynlerin büyük bir kısmının çocuklarının aşırı kilolu ve obez olduğunu fark edemediğini gösteren çalışmaları oldukça güçlü şekilde destekler niteliktedir.

Önceki çalışmalarda; okul öncesi çağda olan ve fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin, daha büyük yaşta olan çocukların ebeveynlerine kıyasla çocuklarını fazla kilolu olarak doğru tanımlama olasılıklarının daha düşük olduğu saptanmış ve bu durumun erken dönemde gelişen obezite açısından uyarıcı nitelikte olduğu tespit edilmiştir (9,10). Annelerin özellikle küçük çocuklarda sağlıklı kilonun tanımı hakkında bilgi ve farkındalıktan yoksun oldukları gözlenmiştir. Ashraf ve arkadaşlarının 5-14 yaş arasında olan 305 çocukta yaptığı bir

çalışmada; 8 yaşından büyük çocukların ebeveynlerine göre daha küçük yaştaki çocukların ebeveynlerinin, çocuğunun kilosunu yanlış algılama olasılığının 2,2 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (114). Çalışmamızda fazla kilolu ve obez olduğu büyüme standartları ile belirlenen ve 24-36 ay arasında olan çocukların annelerinin çocuğunun kilosunu olduğundan daha düşük görme eğiliminde olduğunu gösteren bulgumuz; emzirmenin sona erdiği ve süt çocukluğu döneminin hemen sonrasındaki bu geçiş döneminde çocuğun büyüme sorunlarının önlenmesi ve yeme davranışlarının gelişiminde annelere normal büyüme ve beslenme ile ilgili eğitimlerin ve bilgilendirmelerin yapılmasının ve çocukların büyümelerinin çocuk sağlığı izlemlerinde dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinin gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda normal kilolu çocukların annelerinin genellikle çocukların kilosunu doğru (%85,8) tahmin ettiği belirlenmiştir. Bu oran normal sınırlar içerisinde büyümesi olan çocukların büyüme durumlarının anneleri tarafından çoğunlukla doğru olarak değerlendirildiğini göstermekte olup çocuk sağlığı izlem vizitlerinde bütün annelere büyüme ve doğru beslenme konusunda önerilerin yapılmasının önemini göstermektedir. Diğer yandan, önemli bir bulgu olarak, yaşa göre VKİ Z skoruna göre düşük kilolu olan çocukların annelerinin %66,7'sinin çocuğunun ağırlığını yanlış tahmin ettiği, çocuğunun ağırlığını yanlış tahmin eden anneler arasında düşük kilolu çocukların annelerinin hepsinin çocuklarının kilosunu olduğundan fazla olarak tahmin ettiği tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, düşük kilolu çocukların annelerinin yaklaşık üçte birinin çocuğunun kilosunun düşük olduğunu fark edemediği ve kilo durumunu normal olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Bu bulgular, sadece obez çocuklarda değil normal veya düşük kilolu çocuklarda da annenin yanlış algısının önemli olduğunu bildirmekte ve büyüme sorunlarının erken dönemde tespiti ve önlenmesi için annelerin malnutrisyon ve büyüme sorunları açısından da bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulguya benzer olarak Cheng ve arkadaşlarının 821 anne çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada; düşük kilolu çocukların büyüme durumunun anneleri tarafından yanlış olarak normal kiloda olarak algılandığı, normal kilolu çocukların annelerinin ise çocuğunun kilosunu yüksek oranda doğru algıladığı belirlenmiştir (115). Düşük kilolu çocukların anneleri tarafından normal kiloda olarak algılanmasının altında yatan nedenlerden birisinin kilo ve zayıflık durumuna kültürel ve toplumsal bakış olduğu bildirilmektedir.

Ebeveynlerin, çocuklarının fazla kilolu ya da düşük kilolu olduğunu fark edememesi ve bununla ilgili yanlış algısı çocuğun bakım ve beslenmesinde yanlış davranışlara ve sorunlara neden olan önemli bir durumdur. Çocuklarının fazla kilolu olduğunu farketmeyen ebeveynlerin sorunu çözme motivasyonundan uzak olabileceği ve sağlıklı beslenme uygulamalarını değiştirme ve teşvik etme olasılıklarının azalacağı bildirilmektedir. Bu bulguları destekler nitelikte olmak üzere, Harrison ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; fazla kilolu çocuklarını

düşük veya normal kilolu olarak algılayan ebeveynlerin, çocuklarını fazla kilolu olarak algılayanlara kıyasla daha yüksek oranda beslenmeyi artırma veya ödül olarak yiyecek kullanma eğiliminde oldukları bildirilmiştir (116). Valencia ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; annelerin çocuğun iyi beslendiğinden emin olmak için bebeğini aşırı besleme davranışlarına yol açabileceği gösterilmiştir (117). Buna karşın, önceki çalışmalar çocuklarının fazla kilolu olma durumunun farkında olan, bununla mücadele ettiğine inanan ve bu durumun ilerideki olumsuz sonuçları hakkında bilgi sahibi olan ebeveynlerin, sağlıklı davranışları modelleme ve çocuklarının kilosu için çözüm arama olasılığına daha yüksek oranda sahip olduğunu göstermektedir. Min ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; annelerin çocuklarının fazla kilolu olduğuna dair doğru algılarının, çocuklarında egzersizi artırma ve diyetlerini değiştirme gibi kilo yönetimi için gerekli ebeveynlik uygulamalarını teşvik ettiği saptanmıştır (81). Benzer olarak, Rhee ve arkadaşlarının 872 anne-çocuk çiftinde yaptıkları bir çalışmada; çocuklarının kilosunu bir sağlık sorunu olarak gören ebeveynlerin çocuklarının yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (21). Bütün bu bulgular ebeveynin çocuğun büyüme durumunu doğru olarak algılamasının obezite başta olmak üzere büyüme sorunlarına erken dönemde müdahale edilmesi ve bu sorunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde önemli olduğunu göstermektedir.

Önceki çalışmalarda; sağlık personeli tarafından ebeveynlere çocuğun kilo durumu ile ilgili doğru bilgi verildiğinde ve bu konuda doğru bilgilendirme yapıldığında sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin ebeveynler tarafından daha güçlü şekilde yapıldığı belirlenmiştir (118). Alexander ve arkadaşlarının 3-5 yaş arası 129 ebeveyn/bakıcı-çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada; obezitenin çocukluk çağında sağlık komplikasyonlarına yol açabileceğini öğrendiklerinde, ebeveyn/bakıcıların bu sorunu önleme çabaları için daha yüksek düzeyde destek olduğu ve katılımda bulunduğu belirlenmiştir (119). Hernandez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; çocuğun kilosuna ilişkin çocuk doktoru yorumlarının olmamasının, ebeveynlerin çocuklarının kilosunu yanlış algılaması için öngörücü bir faktör olduğu belirlenmiştir (120). Ávila-Ortiz ve arkadaşlarının 91 anne çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada ise; muayene sırasında kendilerine çocuklarının fazla kilolu olduğu söylendiğinde, annelerin çocuklarının kilo durumunu değiştirmek için bunu bir fırsat olarak gördüğünü bildirdiği gözlenmiştir (121). Bu nedenle çocuk sağlığı izlem vizitlerinde çocukların büyümelerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, çocuğunun kilo durumu hakkında farkındalık durumunun saptanması ve annelere çocuklarının gerçek kilo durumu hakkında bilgi verilmesi çocukların büyüme durumlarının iyileştirilmesinde önemli görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, annelerin çocuklarının kilo durumunu yanlış algılamaları için birkaç olası açıklamanın olduğu görülmüştür. Annelerin çocuklarını düşük veya fazla kilolu

olarak damgalamak istememesi ve bilinçli olarak çocuklarının fazla kilosunu kabul etmemesi yanlış algılama için bir neden olarak düşünülmüştür (118). Annelerin çocuklarının beslenmesini kontrol edebildiğini ve çocuklarını normal kiloda tutabildiğini düşünmeleri, mevcut beslenme uygulamalarını değiştirmeye isteksiz olmaları, çocuklarının hasta olmadığını ve günlük aktivitelerini gerçekleştirebildiğini gözlemlemeleri çocuklarının kilo durumu ile ilgili yanlış algılamalarının altında yatan nedenler olarak değerlendirilmektedir (8).

Bazı toplumlarda annelerin kilolu çocukların zayıf olanlardan daha sağlıklı olduğuna dair kültürel inançlarının ve fazla kilonun başarılı bir ebeveynlik ve iyi anne-çocuk bağının bir işareti olarak görülmesinin de çocuklarının fazla kilolu olduğunu fark etmemelerinin altında yatan bir neden olduğu düşünülmüştür. Duarte ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; fazla kilolu çocukların annelerinin bile çocukları için daha büyük bir beden istediği saptanmıştır (110). Valencia ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; annelerin çocuklarının düşük kilolu olma durumunun daha endişe verici olduğunu bildirdikleri ve fazla kilonun ilgilenilmesi gereken bir sorun olmadığını düşündükleri tespit edilmiştir (117). Pasch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; daha kilolu bir çocuk bedenini tercih eden ebeveynlerin daha zayıf bir çocuğu tercih eden ebeveynlere göre çocuklarının kilosunu daha fazla hafife aldığı gösterilmiştir (122). Bu bulgular, annelerin çocuklarının kilolu olmalarını daha fazla tercih etmelerinin altında yatan kültürel nedenleri ve toplumsal inanışları göstermektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ve gözlemlerde; dünya çapında sıklığı artan obezitenin ve medyadaki fazla kilolu çocuk görüntülerinin de bireylerde fazla kilonun 'yeni normal' olarak değerlendirilmesine yol açabildiğini göstermektedir (111).

Annelerin çocuklarının kilosu ile ilgili yanlış algısının altında yatan diğer bir nedenin, küçük çocukların kilo problemlerini daha kolay aşabileceği ve çocuklarının kilo durumunun büyüdükçe normale döneceği ile ilgili anne düşüncesinin olduğu öne sürülmektedir. Porter ve arkadaşlarının 3-5 yaş arası çocuklarda yaptığı bir çalışmada; annelerin küçük çocuklarının kilosu hakkında endişelenmedikleri ve obezitenin daha büyük çocuklar ve yetişkinler için bir endişe kaynağı olduğunu düşündükleri bildirilmiştir (123).

7.3. Araştırmaya Katılan Annelerin Çocuğunun Büyüme Durumu ile İlgili Algı Durumunu Etkileyen Faktörler

Ebeveynlerin çocukların ağırlığına ilişkin algılarının çocuğun yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, vücut kitle indeksi, ebeveynin eğitim düzeyi, ebeveynin ağırlık durumu ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerden etkilendiği önceki çalışmalarda gösterilmiştir (11-16).

Çalışmamız takvim yaşı ortalaması 28,51±4,41 ay olan çocuklarda yapılmış olup çocuğun yaşının annenin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili algısında farklılığa neden olmadığı gösterilmiştir. Bu bulguya benzer olarak, Carnell ve arkadaşlarının 3-5 yaş arasındaki 564 anne-çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada; fazla kilolu çocukların ebeveynlerinin %1,9'unun ve obez çocukların ebeveynlerinin ise %17,1'sinin çocuklarını fazla kilolu olarak tanımladığı saptanmış ve çocuğun yaşı ile anne algısı arasında ilişki saptanmamıştır (112). Farklı olarak Min ve arkadaşlarının 6-18 yaş arası çocuklarda yaptığı çalışmada; annelerin küçük çocukların kilo durumunu daha büyük çocukların kilo durumuna kıyasla daha düşük olarak algılama eğiliminde oldukları gösterilmiştir (81). Rietmeijer-Mentink'in yaptığı metaanaliz çalışmasında da; 2-6 yaş arası çocukların ebeveynlerinin daha büyük çocukların ebeveynlerine kıyasla çocuklarının fazla kilosunu daha düşük olarak algıladığı gösterilmiştir (17). Çalışmamızda yer alan çocukların sayısının yüksek olmaması, yaşlarının 24-36 ay arasında olması ve dolayısıyla yaş aralığının geniş olmamasının annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunda farklılık oluşturmadığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyetinin annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunda farklılık oluşturmadığı bulunmuştur. Bu bulgumuza benzer olarak, önceki bazı çalışmalarda çocuğun cinsiyetinin annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunda farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir (111, 112). Yaşça küçük çocuklarda yapılan bu çalışmalarda annenin algısının bu dönemde görünüş ve cinsiyetten çok çocuğun sağlığına odaklanmasının algıda farklılığa neden olmadığı öne sürülmüştür. Çalışmamızdan farklı olarak, Maynard ve arkadaşlarının 2-11 yaşları arasındaki 5500 çocukta yaptığı bir çalışmada; annelerin %32,1'inin fazla kilolu çocuklarını normal kilolu olarak değerlendirdiği ve risk altındaki kızlarını erkek çocuklarına göre daha kilolu olarak algıladığı belirlenmiştir (80). Christofaro ve arkadaşlarının yaş ortalaması 15,6 ± 1,1 yıl olan ergenlerde yaptığı bir çalışmada ise; ebeveynlerin erkek çocuklarının kilo durumunu hafife aldığı ve kızlarının kilo durumunu abarttığı belirlenmiş ve bu farklılığın toplumun erkek ve kadınlar için ideal olarak belirlediği vücut güzelliği standartları ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (124).

Çalışmamızda, anne yaşının annenin çocuklarının büyüme durumunu algılamasıyla ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu anne yaşının çocuğun ağırlık durumunu doğru şekilde algılaması ile ilişkili olmadığını gösteren önceki çalışmalara benzerdir (111, 112, 124). Diğer yandan anne yaşının çocuğunun kilo durumunu algılamasında farklılığa neden olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Pedroso ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; genç annelerin çocuklarının kilo durumunu 35 yaş üstü annelere göre daha doğru tahmin ettikleri saptanmıştır (113). Benzer olarak, Aparício ve arkadaşlarının 3-6 yaş arası 1424 çocukta

yaptığı bir çalışmadada, daha büyük yaştaki annelerin çocuklarını olduğundan daha zayıf algıladığı tespit edilmiştir (125).

Annelerin eğitim durumunun çocuğunun kilo durumunu algılaması üzerindeki etkisi ile ilgili olarak literatürde farklı bulgular bildirilmiştir. Önceki bazı çalışmalarda annenin eğitim durumunun çocuğun kilosunu algılaması üzerinde farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir (111, 112, 122, 124). Bu bulguya benzer şekilde çalışmamızda da annenin eğitim düzeyinin çocuklarının büyüme durumunu algılamasıyla ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Diğer yandan bazı çalışmalarda anne eğitim durumunun çocuğunun kilo durumunu algılamasında etkili olduğu bildirilmiştir. Baughcum ve arkadaşlarının, 23-60 ay arasındaki 622 anne çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada; üniversite mezunu annelere kıyasla düşük eğitim düzeyine sahip annelerin fazla kilolu çocuklarını doğru olarak algılama olasılığının daha az olduğu saptanmış ve eğitim düzeyi düşük annelerin fazla kilolu çocuk sahibi olma olasılığının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir (126). Bu çalışmadan farklı olarak, Pedroso ve arkadaşlarının 8-10 yaşları arasındaki 554 çocuk-anne çiftinde yaptığı bir çalışmada ise; yüksek eğitimli annelerin çocuklarının kilo durumunu hafife alma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (113).

Çalışmamızda annelerin çalışma durumunun çocuğunun kilo durumunu algılamasında farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere Flores-Peña ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; annenin mesleğinin çocuklarının vücut ağırlığı ile ilgili algısını değiştirmediği saptanmıştır (127). Bu bulgudan farklı olarak, Ávila Ortiz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; çalışmayan annelerin çocuklarının ağırlığını çalışan annelere göre daha doğru algıladığı gösterilmiştir (121).

Çalışmamızda, ailenin aylık gelir düzeyinin annenin çocuklarının büyüme durumunu algılamasıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu bulguya benzer şekilde, Aparício ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; ailenin aylık gelir düzeyinin, annenin çocuklarının kilo durumu ile ilgili algısında farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir (125).

Çalışmamızda sosyodemografik etmenlerden sadece evde yaşayan kişi sayısının annenin çocuklarının büyüme durumuna ilişkin algısında farklılığa neden olduğu belirlenmiş ve evinde yaşayan kişi sayısı fazla olan annelerin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algı sıklığının da daha fazla olduğu gözlenmiştir. Çocuğun kilo durumunu yanlış tahmin eden annelerde evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 3,91±0,80 iken, doğru tahmin eden anneler için evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 3,67±0,98 olarak bulunmuştur. Bu sonucun, evdeki kişi sayısının artmasının annelerin iş yoğunluğunda artışa neden olması ve bu durumun da çocuğunun büyüme durumu ile ilgili farkındalığında azalma oluşturması ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Literatürde ebeveynlerin ağırlık durumunun, çocuğun ağırlık durumu ile ilgili algılarını etkileyip etkilemediğine dair bir fikir birliği bulunmamaktadır. Çalışmamızda VKİ sınıflamasına göre annelerin %47,6'sı normal ağırlıkta iken, %36,2'sinin fazla kilolu ve %16,2'sinin ise obez olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, normal VKİ sınırlarında olan annelerin %34'ünün, fazla kilolu annelerin %52,6'sının ve obez annelerin ise %58,8'inin çocuğunun ağırlık durumları için yanlış tahminde bulunduğu belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, fazla kilolu ve obez annelerin çocuğunun kilosu için yanlış tahminde bulunma eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Bu bulguya benzer olarak bazı çalışmalarda, yüksek VKİ'ye sahip annelerin çocuklarının ağırlık durumlarını doğru algılayamadıkları saptanmıştır (111, 122, 128). Fazla kilolu ebeveynlerin, kendi kiloları nedeniyle çocuklarının kilosunu bir dereceye kadar normal kabul etmeleri ve çocuklarının kilosu ile ilgili sorunu kabul etmekten kaçınmış olmalarının bu durumun altında yatan nedenler olduğu düşünülmüştür (128). Bütün bu çalışmalardan farklı olarak Shiely ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; aşırı kilolu annelerin, çocuklarının kilo durumunu düşük kilolu veya normal kilolu annelere göre daha doğru tahmin ettiği saptanmıştır (129). Özellikle fazla kilolu ve obez annelerin çocuklarının kilo durumu ile ilgili yanlış algısının gözlendiği durumlarda, farkındalığının artırılması ve erken dönemde müdahalelerin yapılması çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde önemli görülmektedir.

7.4. Araştırmaya Katılan Annelerin Kendi Kilo Durumu ile İlgili Algısı ve Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda annenin kendi kilo durumunu tanımlaması ile ilgili algısı değerlendirildiğinde; annelerin %3,8'inin kendi kilo durumunu zayıf, %59,0'unun normal ve %37,1'inin ise fazla kilolu olarak tanımladığı belirlenmiştir. Yapılan analizde; annenin kendi kilo durumuna ilişkin algısı ile çocuğunun kilo durumunu algılaması arasında bir ilişki bulunmamıştır (113). Buna karşın, Dowd ve arkadaşlarının 7955 anne ve 9 yaşındaki çocuklarında yaptığı bir çalışmada ise; kendi kilo durumlarını doğru algılayan fazla kilolu/obez annelerin obez çocuklarının kilo durumunu da doğru algılama olasılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir (133). Çalışmamızda da kendi ağırlığı için doğru tahminde bulunan annelerin %59,4'ünün çocuğun ağırlığı için de doğru tahminde bulunduğu belirlenmiştir.

7.5. Araştırmaya Katılan Annelerin Kaygı ile ilgili Bulguları ve Etkileyen Faktörler

Çocuğa bakım veren kişi olarak ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar ve kaygılar; çocuğun bakımını ve gelişimini etkileyebilen, ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanmayı bozabilen ve çocukta sosyal, bilişsel, ruhsal ve fiziksel olumsuz etkilere neden olabilen bir durumdur.

Ebeveyn kaygısına yönelik tanı ve müdahale çalışmalarının yapılmasının ebeveynin kendisi ve çocukları için olumlu sonuçlanacağı öngörülmektedir. Özellikle büyüme ile ilgili sorun yaşayan çocuklarda, annenin kaygı düzeyinin ve annenin çocuğunun büyüme durumu ile ilgili algısını etkileyen etmenlerin belirlenmesi ve buna yönelik müdahalelerin yapılması, çocuğun büyüme ve beslenmesine yönelik anne algısındaki bozuklukların düzeltilmesine, erken müdahale yapılmasına ve çocuk için uygun programların oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

Durumluk kaygısı, yoğunluğu zamanla değişen öznel, endişe ve gerginlik duygularıyla karakterize geçici bir duygusal reaksiyona işaret eder. Birey stresli bir duruma maruz kaldığında durumluk kaygısında yükselme beklenmektedir. Sürekli kaygı ise yaşam boyunca olan stabil bir durumu ifade eder ve nispeten istikrarlı bir kişilik eğilimi olarak kabul edilir (82, 83). Çalışmamızda annelerde kaygı düzeyini ölçmek amacı ile kullandığımız DSKÖ'ye göre puanlar kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annelerin DKÖ'ye göre %44,8'sinde, SKÖ'ye göre ise %65,7'sinde kaygı semptomunun olduğu belirlenmiş ve SKÖ puanları DKÖ puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Bu oranlar çalışma popülasyonumuzu oluşturan ve çocuklarını çocuk sağlığı izlem vizitine getiren sosyoekonomik düzeyi nispeten yüksek annelerde kaygı seviyelerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Durum-sürekli anksiyete modeline göre, durumluk anksiyete reaksiyonlarının bireysel eğilimi, kısmen sürekli anksiyete düzeyine bağlıdır. Diğer bir deyişle, sürekli kaygı ile belirli uyarıcıya bağlı durumluk kaygı türleri arasında belirli bir ilişki bulunmakta olup sürekli kaygı arttıkça farklı tehdit durumlarında durumluk kaygı da artmaktadır (85, 86). Bu durumu destekler nitelikte olmak üzere çalışmamızda; DKÖ puanı ile SKÖ puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve SKÖ puanı arttıkça DKÖ puanının da arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgu önceki araştırmalarda belirlenen durumluk kaygısının yalnızca söz konusu sürekli kaygının yönü ile uyumlu bir tehdit edici durum mevcutsa arttığını gösteren çalışmalara benzerdir (134, 135).

Çalışmamızda sosyodemografik özellikler açısından annenin kaygı durumunda farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. İlk olarak anne yaşı ve kaygı durumunun incelenmesinde; yaş açısından annenin durumluk kaygı düzeyinin farklılık gösterdiği belirlenmiş ve genç annelerde kaygının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Önceki araştırmalarda, erişkindeki kaygı düzeyinin yaşla ilgisini gösteren farklı bulgular mevcuttur. Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde; Liang ve arkadaşlarının 6925 annede yaptığı bir çalışmada; annelerin yaklaşık %30'unda kaygı semptomunun olduğu belirlenmiş ve anne kaygı durumunun genç anne yaşı (25 yaş altı) ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (136). Bu çalışmadan farklı olarak, Esimai ve arkadaşlarının yaşları 15-45 yaşarasında değişen 387 annede yaptığı bir çalışmada; annenin kaygı durumu ile anne yaşı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (137). Benzer olarak,

Clout ve arkadaşlarının yaşları 20-43 yaş arasında değişen 105 annede yaptığı bir çalışmada ise; annenin yaşının anksiyete düzeyinde farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir (138). Gebelik döneminde anksiyetenin belirlendiği ve yaşları 19-40 yaş arasında değişen 191 gebede yapılan bir çalışmada ise; genç anne yaşının ikinci trimesterde kaygı ile ilişkili olduğu bulunmuş, ancak birinci ve üçüncü trimesterde kaygı durumu ile yaş ilişkisinin belirlenmediği saptanmıştır (139).

Çalışmamızda gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça annelerin durumluk kaygı düzeyinin de arttığı görülmüştür. Tek çocuğu olan annelerin %32,7'sinde, iki veya daha fazla çocuğu olan annelerin ise %55,4'ünde kaygı semptomu olduğu belirlenmiştir. Annenin birden fazla çocuğu için yeterli olamama düşüncesi nedeniyle kaygı semptomunun artmasıyla ilişkili olarak bu bulgunun ortaya çıktığı düşünülmüştür. Çalışmamızın sonucuna benzer şekilde, Grant ve arkadaşlarının 100 annede yaptığı bir çalışmada; birden fazla çocuğu olan annelerde kaygı düzeyinin tek çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (140). Liang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; annelerin yaklaşık %30'unda kaygı semptomunun olduğu belirlenmiş ve kaygının birden fazla çocuğa sahip olma ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (136). Farklı olarak Teixeira ve arkadaşlarının 300 annede yaptığı bir çalışmada ise; parite ve kaygı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (141).

Anne eğitim düzeyi açısından kaygı durumu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Clout ve arkadaşlarının 105 annede yaptığı bir çalışmada; eğitim seviyesinin artmasının anksiyete düzeyinde farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir (138). Benzer olarak, Barthel ve arkadaşlarının 778 annede yaptığı bir çalışmada; anne eğitim düzeyinin annenin kaygı durumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (142). Molarius ve arkadaşlarının 42448 kişi ile yaptığı bir çalışmada ise; kadınların yaklaşık %40'ı ve erkeklerin %30'unda kaygı veya depresyon semptomu saptanmış ve kaygı/depresyon durumu ile eğitim düzeyi arasında ilişki gösterilmemiştir (143). Çalışmamızda anne eğitim durumu açısından sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve annenin eğitim düzeyi arttıkça sürekli kaygı puanı ortalamasının azaldığı tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, eğitim düzeyi yüksek annelerde sürekli kaygının daha az olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek annelerde sosyoekonomik durumun ve gelir düzeyinin nispeten yeterli olmasının kaygıda azalmaya neden olduğu düşünülmüştür. Bulgularımıza benzer şekilde, Martini ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; düşük anne eğitimi ile anksiyete arasında ilişki olduğu saptanmış ve anne eğitiminin düşük olmasının kaygıda artışa neden olduğu belirlenmiştir (144).

Çalışmamızda; diğer çocuğunun cinsiyeti erkek olanların %70,0'inde kaygı semptomu varken, cinsiyeti kız olanlarda bu oran %38,5 olarak bulunmuştur. Erkek çocuğu olanlarda kaygının daha fazla görülmesi önceki bazı çalışmalarda da gözlenmiş ve erkek çocuklarda

kızlardan farklı olarak görülen davranışsal bulgular ve kültürel nedenlerle açıklanmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde, Barthel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; erkek çocuğa sahip olan annelerin anksiyete semptomlarında artış olduğu görülmüştür (142). Beeghly ve arkadaşlarının yaptığı ve 106 annenin katıldığı bir çalışmada ise, depresyon semptomu olan anneler için erkek çocuk yetiştirmenin, bir kız annesi olmaya kıyasla daha zor olduğu saptanmıştır (145).

Çalışmamızda çocuğun yaşı açısından annenin kaygı durumunda istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Bu durum çalışmaya alınan çocukların yaş grubunun sınırlı olması ve dolayısıyla farklılığın gözlenmemesi ile açıklanmıştır. Diğer yandan, annenin ikinci çocuğunun yaşı arttıkça SKÖ ve DKÖ puanlarının da artmış olduğu saptanmıştır. Birden fazla çocuğa ve daha büyük yaştaki çocuklara sahip olan annelerde karşılaşacağı sorunları öngörmesinin kaygı semptomunun artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda annede kaygı düzeyini etkileyen etmenler arasında babanın yaşının önemli olduğu gözlenmiştir. Kaygı semptomu olmayan annelerde, eşinin yaş ortalaması 33,53±4,19 iken, kaygı semptomu olan annelerde ise eşinin yaş ortalamasının 36,36±4,79 olduğu belirlenmiş, baba yaşının artmasının annede DKÖ puanında artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde babalarda depresyon ve anksiyete durumunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Koh ve arkadaşlarının 34,19 yaş ortalamasına sahip 613 baba ile yaptığı bir çalışmada, daha genç yaşta olan babaların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu durum, daha az para kazanma, daha az sosyal destek ve ebeveyn olma konusunda daha az güven ile ilişkilendirilmiştir (146). Farklı olarak, Luoma ve arkadaşlarının yaş ortalaması 32,4 yaş olan 194 babanın katıldığı bir çalışmada ise; depresyon ve kaygı durumunun babanın yaşı ile değişmediği gösterilmiştir (147). Çalışmamızda babalarda kaygı düzeyi değerlendirilmemiştir.

Gelir azlığı ve işsizlik gibi durumların ekonomik stresler sonucu ruh sağlığında olumsuz sonuçlara neden olabileceği önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Bartelink ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında; işsizlik ile ruh sağlığı sorunları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (148). Benzer olarak, çalışmamızda babanın çalışma durumu açısından kaygı durumları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı şekilde, eşi çalışan annelerin %42'sinde durumluk, %64'ünde ise sürekli kaygı semptomunun olduğu tespit edilmiş, eşi çalışmayan annelerin ise hepsinde durumluk ve sürekli kaygı semptomunun olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, işsizlik gibi gelir kaybı ile ilgili durumların annede kaygı semptomlarının artışını gösteren önceki çalışmalara benzerdir.

Çalışmamızda; aylık geliri 3000 TL altı olanlarda sürekli kaygı puanı ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuş; aylık gelir ile sürekli kaygı puanı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmış ve beklendiği gibi aylık gelir düzeyi azaldıkça sürekli kaygı

puanının da arttığı görülmüştür. Çalışmamızın sonucuna benzer şekilde, Lejtzen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; düşük aile geliri ile anksiyete arasında ilişki olduğu saptanmış, düşük gelire sahip olmanın depresyon ve kaygıya neden olabilecek ekonomik strese neden olabileceği düşünülmüştür (149). Molarius ve arkadaşlarının 42448 kişi ile yaptığı bir çalışmada ise; kadınların yaklaşık %40'ında ve erkeklerin ise %30'unda kaygı veya depresyon semptomu saptanmış, işsizlik ve ekonomik zorluklar ile kaygı/depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (143).

Çalışmamızda çocukların antropometrik özellikleri açısından annenin kaygı durumunda farklılık olup olmadığı incelenmiştir. DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; yaşa göre ağırlık Z skoruna göre düşük ağırlıklı olan çocukların annelerinin %33,3'ünde, normal ağırlıklı olan çocukların annelerinin %75,4'ünde ve obez olanların ise hepsinde kaygı semptomunun olduğu görülmüştür. Bu bulgu çocuklarındaki fazla kiloluk durumunun annelerde kaygıda artışa neden olabileceğini göstermektedir. Bulgularımıza benzer şekilde, Nawa ve arkadaşlarının 1168 anne çocuk çiftinde yaptığı bir çalışmada; doğum sonrası 25 ve 31. aylarda çocukların büyüme durumu değerlendirilmiş, doğum öncesi veya sonrası anksiyetesi olan annelerin çocuklarında VKİ'de daha büyük bir artış olduğu saptanmıştır (150).

Çalışmamızda durumluk ve sürekli kaygı puanları ile annenin VKİ arasında herhangi bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Bu bulgu annenin kilo durumunun annede kaygı açısından bir farklılığa neden olmadığını göstermektedir. Bulgularımıza benzer şekilde, Sahle ve arkadaşlarının 1638 erişkinde yaptığı bir çalışmada, anksiyete ve VKİ arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (151). Farklı olarak, Brumpton ve arkadaşlarının 25180 kişiyle yaptığı bir çalışmada ise; anksiyete semptomlarının obezite insidansının artması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (152).

7.6. Annenin Çocuğunun ve Kendisinin Ağırlık Durumu ile İlgili Algısının Kaygı Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Annedeki anksiyete sorunu annenin hem kendisinin ağırlık durumu hem de çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algılarına yol açabileceğinden çocukların ağırlık kontrolü ile ilgili erken müdahale olanaklarının da kaçırılmasına neden olabilir. Endişeli annelerin diğer annelere göre daha müdahaleci olabildiği gözlenirken, bunun tersine anksiyetenin kişinin doğru değerlendirme yeteneğini etkilemesi sonucunda annenin duyarsız olmasına da neden olabileceği öne sürülmektedir (23). Bu nedenle annenin kaygı durumunun çocuğun ve kendisinin ağırlık durumu ile ilgili algısında yapabileceği değişiklikleri bilmek önemlidir.

Çalışmamız annenin kaygı durumu ve çocuklarının büyüme durumu ile ilgili algısı arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışma olması açısından önemlidir. Özellikle 24-36 ay arasında olan ve süt çocukluğu döneminin hemen sonrasındaki çocuklar ve annelerindeki kaygı ve algı durumunu araştırması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülen bu çalışmada annenin kaygı durumu açısından çocuklarının büyüme durumunu algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak ileri analizde; durumluk kaygı semptomu olan annelerin %48,9'unun, sürekli kaygı semptomu olan annelerin ise %44,9'unun çocuğunun ağırlığını doğru değerlendiremediği belirlenmiştir. Bir başka deyişle, kaygı semptomu olan annelerin neredeyse yarısının çocuğunun ağırlığını değerlendirmede sorun yaşadığı gözlenmiştir. Bulgularımız, annelerde yüksek oranda gözlenen kaygı durumunun, annenin çocuğunun büyüme durumunu algılamasını ve farkındalığını olumsuz olarak etkileyebileceği görüşünü destekler niteliktedir. Literatürde maternal depresyonun çocuğun büyümesi ile ilgili anne algısı üzerine olan etkilerini gösteren araştırmalar bulunmasına karşın, anne kaygısının erken çocukluk döneminde büyüme ile ilgili anne algısı üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mamun ve arkadaşlarının 2650 ergen çocuğun annelerinde yaptığı bir çalışmada; annenin depresyonunun çocuğunun büyüme durumunu algılamasında farklılığa neden olmadığı belirlenmiştir (128). Çalışmamızda kaygı semptomuna sahip annelerin yarısında çocuklarının büyümesi ile ilgili algılarının yanlış olduğunun saptanması, çocuk sağlığı izlem vizitlerinde annelerin kaygı düzeyinin belirlenmesinin ve bu soruna müdahale edilmesinin çocuklarında kilo kontrolü ile ilgili gerekli çözümlerin oluşturulmasındaki önemini ortaya koymaktadır.

Anne kaygısı sadece algıda değil çocuğun büyüme, gelişim, beslenme ve bakımında da sorunlara yol açabilen bir durumdur. Örnek olarak, Farrow ve arkadaşları, yüksek düzeyde anne kaygısının, çocuğun açlık ve tokluk durumunu yorumlama yeteneğini engelleyebileceğini, bunun sonucunda da kontrol edici veya kısıtlayıcı beslenme tekniklerinin kullanımına yol açabileceğini öne sürmüştür (93). Bu nedenle ebeveyn kaygılarının belirlenmesi ve müdahalelerin oluşturulmasının ebeveynin ruhsal sağlığı yanında çocuğun bakımı, beslenmesi, büyümesi ve gelişimi üzerinde de olumlu etkiler oluşturduğu öne sürülmektedir.

Çalışmamızda annenin kaygı durumunun kendi kilosu ile ilgili algısında farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, durumluk kaygı semptomu olanların %51,2'sinin, sürekli kaygı semptomu olanların ise %65,1'inin kendi kilo durumunu yanlış tahmin ettiği saptanmıştır. Andrade ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kadınlarda depresif belirtilerin, kendi kilo durumunun olduğundan az tahmin edilmesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (131). Isomaa ve arkadaşlarının 15 yaşındaki

595 çocukta yaptığı bir çalışmada ise; kızların %29'unun, erkeklerin %14'ünün kilo durumunu yanlış algıladığı saptanmış ve yanlış kilo algısı olanların doğru kilo algısına sahip akranlarına göre daha fazla depresif belirti ve kaygı semptomu taşıdığı gösterilmiştir (153). Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak, sürekli kaygı semptomu olan annelerin nerdeyse üçte birinin kendi kilo durumunu yanlış algıladığı belirlenmiş olup bu bulgu kilo ile ilgili erken müdahale çalışmalarında annenin kaygısının da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmanın birkaç sınırlılığı vardır. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, bulunan ilişkilerin yönünün açıkça belirlenmesinde engel oluşturabilmektedir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü COVID-19 pandemisi nedeniyle poliklinikte hasta sayısının azalması ve dışlama kriterlerinin de geniş olması nedeniyle nispeten küçüktür. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmaların daha geniş örneklem büyüklüğü içermesi gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamızda, anneler çocuklarının kilo durumunu sözlü anlatım kullanarak değerlendirmiştir. Annelerin "Çocuğunuzun ağırlık durumunu hangisi ile açıklarsınız?" sorusunun cevabı olarak çocuklarının kilo durumunu tanımlayan seçenekler (zayıf, normal, fazla kilolu veya obez) arasından verdikleri cevap, annelerin çocuğunun kilosunu sözlü açıklaması olarak kabul edilmiştir. Görsel anlatım ise, annenin çocuğun kilo durumuna ilişkin algısını değerlendirirken, annelere çocuklarının mevcut kilo durumuna en çok benzediklerini düşündükleri vücut tipini gösteren görseli seçerek oluşturulan anlatım biçimidir. Literatürde hem sözel hem görsel anlatım biçimini kullanan çalışmalar olduğu gibi sadece sözel ya da sadece görsel anlatım biçimini kullanan çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda görsel anlatım yöntemi kullanılmamış sadece sözel anlatım yöntemi ile annelerin algı durumları değerlendirilmiştir. Cheng ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; Singapurlu annelerin çocuklarının kilo durumunu görsel anlatım yerine sözlü anlatım kullanarak hafife alma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun, ebeveynlerin aşırı kilolu çocuklarının kilo durumunu kabul ettikleri, ancak bunu sözlü olarak aşırı kilolu şeklinde damgalamak istemedikleri için olabileceği düşünülmüştür (115). Bu çalışmadan farklı olarak, Souto-Gallardo ve arkadaşlarının ebeveynlerin görsel ve sözel araçlar kullanarak okul öncesi çocuklarının kilo durumlarını algılaması ile ilgili yaptığı bir çalışmada ise; ebeveynlerin görsel ve sözlü açıklamaları arasında hiçbir fark bulunmamıştır (154). Bu nedenle sözel anlatım yönteminin annelerin kendileri ve çocukları ile ilgili kilo algısının değerlendirilmesinde yeterli olduğu düşünülmektedir. Diğer bir sınırlılık; çalışmada babaların algılarının değerlendirilmemesi olup, gelecekte babaların çocuklarının kilo durumu ile ilgili algılarını gösteren çalışmaların yapılmasının önemli olabileceği düşünülmüştür.

8. SONUÇLAR

Sağlıklı 24-36 ay arasındaki çocukların büyüme durumları ile ilgili anne algısının çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı düzeyi ve sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı'nda 24-36 ay arasında olan 105 çocuk ve annesi değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18 Haziran 2020 tarihinde İ6-321-20 karar numarası ile onay alınmıştır.

Bu çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada yer alan 105 çocuğun %47,6'sı (n=50) kız, %52,4'ü (n=55) erkekti. Çocukların takvim yaşı ortalaması 28,51±4,41 ay olarak tespit edilmiştir.

2. Çalışmaya dahil edilen annelerin yaş ortalaması 32,41±4,67 yaş olup yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise 1,69±0,74 idi. Annelerin %8,5'inin ilkokul, %5,7'sinin ortaokul, %28,6'sının lise ve %54,2'ünün üniversite mezunu olduğu, %2,9'unun ise doktora-master sahibi olduğu öğrenilmiştir. Annelerin %59'unun ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

3. Babaların yaş ortalaması 34,80±4,66 yaş idi. %7,6'sının ilkokul, %7,6'sının ortaokul, %41,0'inin lise ve %41,9'unun üniversite mezunu olduğu, %1,9'unun ise doktora-master sahibi olduğu öğrenilmiştir. Babaların %4,8'inin işsiz olduğu öğrenilmiştir.

4. Ailelerin %22,9'unun aylık gelir düzeyi 3000 TL altı, %38,1'inin 3000-5000 TL arası ve %39'unun 5000 TL üzeri olarak saptanmıştır. Oturdukları evde yaşayan kişi sayısı ortalamasının 3,78±0,91 olduğu öğrenilmiştir.

5. Yaşa göre VKİ Z skoruna göre çocukların %5,7'si düşük ağırlıkta iken, %60,0'ı normal, %26,7'si fazla ağırlıkta ve %7,6'sı ise obez olarak tespit edilmiştir.

6. VKİ sınıflamasına göre annelerin %47,6'sı normal ağırlıkta, %36,2'si kilolu ve %16,2'si ise obez olarak tespit edilmiştir.

7. Sosyodemografik özellikler açısından çocuğun antropometrik özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

8. Anne eğitim durumu açısından anne VKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,002$). İlkokul veya ortaokul mezunu olan annelerde obezite ve fazla kiloluk sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

9. Annenin çocuğunun kilo durumunu tanımlaması ile ilgili olan anne algısı değerlendirildiğinde; annelerin %13,3'ünün çocuklarının kilo durumunu zayıf, %81,9'unun normal ve %4,8'inin ise fazla kilolu olarak tanımladığı belirlenmiştir.

10. Annelerin %55,2'sinin çocuğunun kilo durumunu doğru, %44,8'inin ise yanlış tanımladığı tespit edilmiştir. Çocuğunun kilo durumunu yanlış tanımlayan 47 annenin %8,5'inin çocuğun gerçek ağırlığından daha yüksek açıklaması olarak tanımlanan olduğundan fazla tahminde bulunduğu, %91,5'inin ise çocuğun gerçek ağırlığından daha düşük açıklaması olarak tanımlanan olduğundan az tahminde bulunduğu tespit edilmiştir.

11. Annenin kendisinin kilo durumunu tanımlaması ile ilgili olan anne algısı değerlendirildiğinde; annelerin %3,8'i kendi kilo durumunu zayıf, %59,1'i normal ve %37,1'i ise fazla kilolu olarak tanımlamıştır.

12. Annelerin %59'unun kendi kilo durumunu doğru, %41'inin ise yanlış tanımladığı belirlenmiştir. Kendi kilo durumunu yanlış tanımlayan 43 annenin %9,3'ünün kendi ağırlığı için olduğundan fazla tahminde bulunduğu, %90,7'sinin ise kendi ağırlığı için olduğundan az tahminde bulunduğu tespit edilmiştir.

13. Annenin kendi ağırlığı ve çocuğunun ağırlığı ile ilgili algı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Çocuğun kilo durumunu doğru tahmin edemeyen annelerin %51,2'sinin kendi kilo durumunu da doğru tahmin edemediği belirlenmiştir.

14. Evde yaşayan kişi sayısı açısından annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,045$). Evde yaşayan kişi sayısı çocuğun kilo durumunu yanlış tahmin eden annelerde doğru tahmin eden annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunun diğer sosyodemografik özellikler açısından farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

15. Annenin eğitim durumu açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,013$). Kendi kilo durumunu doğru tahmin eden annelerin çoğunluğunun üniversite veya üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

16. Annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunda babanın yaşı ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,002$). Kendi kilo durumunu yanlış tahmin eden annelerin eşlerinin yaş ortalaması diğer gruba göre daha düşük bulunmuştur. Kendi kilo durumunu doğru tahmin eden annelerin eşlerinin çoğunluğunun üniversite veya üzeri eğitim durumuna sahip olduğu saptanmıştır.

17. Çocuğa ait yaşa göre VKİ Z skoru açısından annenin çocuğunun kilosu ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Düşük kilolu olan çocukların annelerinin %66,7'si çocuğunun ağırlığını yanlış tahmin ederken, bu oran normal kilolu olanlarda %14,2, fazla kilolu olanlarda %92,9 ve obez olanlarda ise %100 olarak saptanmıştır.

18. Yanlış tahmin eden anneler arasında; obez, fazla kilolu ve normal ağırlıkta olan çocuğa sahip annelerin hepsinin çocuklarının kilosunu olduğundan az, düşük kilolu çocuğu olan annelerinin hepsinin de çocuklarının kilosunu olduğundan fazla olarak tahmin ettiği saptanmıştır.

19. Anneye ait VKİ grupları açısından annenin kendi ağırlığı ile ilgili algı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Obez olan annelerin hepsi kendi ağırlığını yanlış olarak tahmin ederken, yanlış tahmin oranı normal kilolu olanlarda %16, fazla kilolu olanlarda ise %47,3 olarak saptanmıştır. Kendi kilosunu yanlış tahmin eden obez ve fazla kilolu annelerin hepsinin kilosunu olduğundan az olarak tahmin ettiği belirlenmiştir.

20. Annenin kendi VKİ değeri açısından çocuğunun kilosu ile ilgili algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın, normal VKİ sınırlarında olan annelerin %34'ünün, fazla kilolu annelerin %52,6'sının ve obez annelerin ise %58,8'inin çocuğunun ağırlık durumları için yanlış tahminde bulunduğu belirlenmiştir.

21. Annelerin DKÖ puan ortalaması 37,49±9,91 (min:20, maks:64), SKÖ puan ortalaması ise 41,72±7,63 (min:25, maks:66) olarak belirlenmiştir.

22. DSKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annelerin DKÖ'ye göre %44,8'sinde, SKÖ'ye göre ise %65,7'sinde kaygı semptomunun olduğu belirlenmiştir. SKÖ puanlarının DKÖ puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

23. Annelerin DKÖ puanı ile SKÖ puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,485$, $p<0,001$). SKÖ puanı arttıkça DKÖ puanının da arttığı tespit edilmiştir.

24. DKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; annenin yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, evin kendine ait olup olmaması, başka çocuğunun olup olmaması ve varsa diğer çocuğun cinsiyeti açısından durumluk kaygıda anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=0,011$, $p=0,030$, $p=0,011$, $p=0,031$, $p=0,020$ ve $p=0,018$). Yaşı daha küçük olan, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı fazla olan annelerde DKÖ puanları daha yüksek saptanmıştır.

25. Babanın yaşı ve çalışma durumu açısından annenin durumluk kaygı varlığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (sırayla, $p=0,002$, $p=0,016$). Eşi daha yaşlı olan ve eşi çalışmayan annelerde DKÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

26. Puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, anne eğitim durumu açısından sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$). Üniversite veya üzeri eğitim düzeyine sahip olan annelerde sürekli kaygı puanı daha düşük olarak bulunmuştur.

27. Puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde; geliri yüksek olanlarda SKÖ puanı ortalaması daha düşük bulunmuştur (p=0,038).

28. SKÖ puanları kaygıyı gösteren kesim noktasına göre değerlendirildiğinde; eşi çalışan annelerin %64'ünde sürekli kaygı semptomu varken, eşi çalışmayan bütün annelerde (%100) kaygı semptomunun olduğu tespit edilmiştir.

29. Çocuğun yaşa göre ağırlık Z skor değerleri açısından annenin sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,013). Yaşa göre ağırlık Z skoruna göre düşük ağırlıklı olan çocukların annelerinin %33,3'ünde, normal ağırlıklı olan çocukların annelerinin %75,4'ünde ve obez olanların ise hepsinde sürekli kaygı semptomu saptanmıştır.

30. Anne VKİ değerleri açısından sürekli kaygı durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

31. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri açısından annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili algısında ve kendi ağırlığı ile ilgili algısında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Durumluk kaygı semptomu olanların %48,9'unun, sürekli kaygı semptomu olanların ise %44,9'unun çocuğunun kilo durumunu yanlış tahmin ettiği saptanmıştır. Diğer yandan, durumluk kaygı semptomu olanların %51,2'sinin, sürekli kaygı semptomu olanların ise %65,1'inin kendi kilo durumunu yanlış tahmin ettiği saptanmıştır.

32. Korelasyon analizinde; anne yaşı, baba yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve annenin ikinci çocuğunun yaşı arttıkça DKÖ puanında da artma olduğu gözlenmiştir (sırayla r=0,217, p=0,026; r=0,251, p=0,010; r=0,213, p=0,029; r=0,214, p=0,028 ve r=0,333, p=0,012).

33. Korelasyon analizinde; aylık gelir düzeyi arttıkça SKÖ puanının azaldığı, ailenin ikinci çocuğunun yaşı arttıkça SKÖ puanının da artmış olduğu saptanmıştır (sırayla r=-0,196, p=0,045; r=0,306, p=0,022).

Sonuç olarak; çalışmamızda annelerin çocuğunun ve kendisinin kilo durumu ile ilgili yüksek oranda yanlış bir algıya sahip olduğu belirlenmiş ve bu algıyı etkileyen çeşitli sosyodemografik özelliklerin olduğu saptanmıştır. Annelerin %44,8'inin çocuğunun kilo durumunu yanlış tanımladığı tespit edilmiş, yanlış tahmin eden anneler arasında; obez, fazla kilolu ve normal ağırlıkta olan çocuğa sahip annelerin hepsinin çocuklarının kilosunu olduğundan az, düşük kilolu çocuğu olan annelerinin hepsinin de çocuklarının kilosunu olduğundan fazla olarak tahmin ettiği saptanmıştır. Diğer yandan, annelerin %41'inin kendi kilo durumunu da yanlış tanımladığı belirlenmiş, kendi kilosunu yanlış tahmin eden obez ve fazla kilolu annelerin hepsinin kilosunu olduğundan az olarak tahmin ettiği tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, çalışmamızda annelerin neredeyse yarısının çocuklarının ve kendisinin kilo durumunu doğru olarak değerlendirilemediği, dolayısıyla gerçekçi olmayan bir ebeveyn

algısının gözlendiği saptanmıştır. Çalışmamızda özellikle fazla kilolu ve obez çocukların anneleri tarafından normal ya da düşük kilolu olarak değerlendirildiği belirlenmiştir. Bu bulgular annelerin hem çocuğunun hem de kendisinin kilo durumu ile ilgili yanlış bir algıya sahip olduğunu göstermekte olup obezitenin önlenmesinde anne algısı ile ilgili önemli bir soruna işaret etmektedir. Çünkü fazla kiloluluk ve obezite gibi durumlarda ebeveynlerin çocuklarında büyüme sorununu farketmeleri ve müdahalede bulunmaları bu sorunların çözümünde ve sorunun çocuğun ileri yaşamına taşınmasını önlemede etkilidir. Çocuklarının fazla kilolu olma durumunun farkında olan, bununla mücadele ettiğine inanan ve bu durumun ilerideki olumsuz sonuçları hakkında bilgi sahibi olan ebeveynler, sağlıklı davranışları modelleme ve çocuklarının kilosu için çözüm arama olasılığına sahip görünmektedir.

Literatür genel olarak değerlendirildiğinde; özellikle okul öncesi, okul çağı ve ergenlik döneminde annenin çocuğunun kilo durumu ile algısı üzerine yapılmış birçok çalışma bulunmasına karşın, 24-36 ay civarında olan yani süt çocukluğu döneminin hemen sonrasındaki çocuklar ve annelerinde yapılmış çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Bu dönem emzirmenin sona erdiği bir geçiş dönemi olup çocuğun beslenmesinde, yeme davranışlarının gelişiminde ve çocuğun büyümesinde önemli bir evredir. Çalışmamız bu dönemde olan yani 24-36 aylık çocuklarda yapılmış bir çalışma olup elde edilen bulguların literatüre katkı sağlayacağı açıktır. Erken çocukluk döneminde ebeveynlerin çocuğun beslenmesindeki önemli sorumluluğu göz önüne alındığında, özellikle kendileri de fazla kilolu olan ve çocuklarının kilosu ile ilgili yanlış algıya sahip olan annelere bilgilendirmenin yapılması ve beslenme düzenlemesinin gerçekleştirilmesi obezitenin önlenmesinde ve ileri yaşama taşınmasının engellenmesinde önem taşımaktadır.

Yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin çocukların ağırlığına ilişkin algılarının çocuğun yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, VKİ, ebeveynin eğitim düzeyi, ebeveynin ağırlık durumu ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenlerden etkilendiği gösterilmiştir. Çalışmamızda özellikle evde yaşayan kişi sayısı arttıkça çocuğun kilo durumunun anne tarafından yanlış algılanması riskinin de arttığı saptanmıştır. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek annelerde kendi kilo durumu ile ilgili yanlış algı durumunun da daha az olduğu tespit edilmiştir. Önemli bir bulgu olarak, normal VKİ sınırlarında olan annelerin %34'ünün, fazla kilolu annelerin %52,6'sının ve obez annelerin ise %58,8'inin çocuğunun ağırlık durumları için yanlış tahminde bulunduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla obezite ve büyüyememeyle mücadelede çocukların beslenme ve fiziksel aktivite dâhil olmak üzere sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi için ailelerin sosyodemografik özelliklerinin yanında ebeveynlerin kilo durumunun, günlük rutinlerinin ve beslenme alışkanlıklarının da göz önüne alınması ve farkındalık artırma çalışmalarının yapılması gereklidir.

Annenin ruhsal sorunları bebeğin bakım, beslenme, büyüme, uyku ve gelişimi üzerine olumsuz etkilere yol açan ve anne-bebek bağlanmasını bozan önemli sorunlar olarak görülmektedir. Literatürde maternal depresyonun çocuğun büyümesi üzerine olan etkilerini gösteren çok sayıda araştırma bulunmasına karşın, anne kaygısının erken çocukluk döneminde büyüme üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar sınırlıdır. Maternal kaygı doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde, çocuk gelişimi ve büyümesi üzerinde birçok olumsuz sonuçlar doğurabilir. Çalışmamızda DKÖ'ye göre annelerin %44,8'sinde, SKÖ'ye göre ise %65,7'sinde kaygı semptomunun olduğu belirlenmiştir. Çalışma popülasyonumuzu oluşturan ve çocuklarını çocuk sağlığı izlemi vizitine getiren annelerde kaygı seviyelerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Toplumun her kesiminde ebeveynin ruhsal sağlığı ile ilgili çalışmaların yapılması, ruhsal sorunların belirlenmesi ve müdahalelerin oluşturulması ebeveynin ruhsal sağlığı yanında çocuğun bakımı, beslenmesi, büyümesi ve gelişimi üzerinde de olumlu etkiler oluşturabilir.

Çalışmamızın önemli bir amacı; annedeki kaygı durumunun annenin çocuğunun ve kendisinin kilo durumu ile ilgili algısı üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Annedeki anksiyete sorunu annenin hem kendisinin ağırlık durumu hem de çocuğunun büyüme durumu ile ilgili yanlış algılarına yol açabileceğinden çocukların ağırlık kontrolü ile ilgili erken müdahale olanaklarının da kaçırılmasına neden olabilir. Çalışmamızda durumluk kaygı semptomu olanların %48,9'unun, sürekli kaygı semptomu olanların ise %44,9'unun çocuğunun kilo durumunu da yanlış tahmin ettiği saptanmıştır. Diğer yandan, durumluk kaygı semptomu olanların %51,2'sinin, sürekli kaygı semptomu olanların ise %65,1'inin kendi kilo durumunu da yanlış tahmin ettiği saptanmıştır. Bu bulgular kaygı semptomu olan annelerde çocuğunun ve kendisinin kilo durumu ile ilgili algılarında da sorunlar olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, çocuk sağlığı izlem vizitlerinde çocuğun büyümesinin düzenli olarak değerlendirilmesi, annede kaygı durumunun belirlenmesi, annenin çocuğunun kilo durumu ile ilgili farkındalığının tespit edilmesi, özellikle çocuğunun kilo durumunu yanlış algılayan anneler başta olmak üzere ebeveynlere çocuğun büyümesi ile ilgili önerilerin verilmesi fazla kilololuk ve obezite gibi sorunların önlenmesinde ve sorunun çocuğun ileri yaşamına taşınmasını önlemede etkilidir. Genel olarak değişik sosyodemografik katmanlarda ve değişik yaş gruplarında çocuğu olan ebeveynlerde kaygı düzeyinin ve ebeveynin çocuğunun ve kendisinin kilo durumu ile ilgili algısını etkileyen etmenlerin belirlenmesi ve buna yönelik müdahaleleri içeren çalışmaların gerçekleştirilmesi çocuğun büyüme ve beslenmesine yönelik anne algısındaki bozuklukların düzeltilmesine ve çocuk için uygun programların oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

9. KAYNAKLAR

1. Kliegmen RM, St Geme J, Nelson Essentials of Pediatrics. 21th international edition. 2020; 18: 117- 121.
2. Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI. Committee on Prevention of Obesity in Children and Youth. Preventing childhood obesity: Health in the balance: Executive summary. Journal of the American Dietetic Association. 2005; 105(1): 131- 8.
3. Johannsen DL, Johannsen NM, Specker BL. Influence of parents'eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. Obesity (Silver Spring). 2006; 14(3): 431- 9.
4. Yilmaz R, Erkorkmaz U, Ozcetin M, Karaaslan E. How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style? Nutrician Hospitalaria. 2013; 28(3): 741- 746.
5. Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernandez Alvira JM ve ark. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries–the IDEFICS study. Pediatric Obesity. 2013; 8(2): 118- 29.
6. Chen HY, Lemon SC, Pagoto SL, Barton BA, Lapane KL, Goldberg RJ. Personal and parental weight misperception and self-reported attempted weight loss in US children and adolescents, National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008 and 2009-2010. Preventing Chronic Disease. 2014; 11: 132.
7. Chuproski P, Mello DF. Mother's perception of their children's nutritional status. Reviews of Nutrition. 2009; 22(6): 929- 936.
8. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2009; 21(3): 160- 6.
9. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, BinnsHJ. Parents' perceptions of their child's weight and health. Pediatrics. 2006; 117(3): 681- 90.
10. Huang JS, Becerra K, Oda T, Walker E, Xu R, Donohue M ve ark. Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. Pediatrics. 2007; 120(1): 112-119.
11. Lundahl A, Kidwell KM, Nelson TD. Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. Pediatrics. 2014; 133(3): 689- 703.
12. Hudson E, McGloin A, McConnon A. Parental weight misperceptions: factors influencing parents' ability to correctly categorise their child's weight status. Maternal and Child Health Journal. 2012; 16(9): 1801- 1809.

13. Manios Y, Moschonis G, Karatzi K, Androutsos O, Chinapaw M, Moreno LA ve ark. Large proportions of overweight and obese children, as well as their parents, underestimate children's weight status across Europe. The European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth project. Public Health Nutrition. 2015; 18(12): 2183- 90.
14. Aljunaibi A, Abdulle A, Nagelkerke N. Parental weight perceptions: a cause for concern in the prevention and management of childhood obesity in the United Arab Emirates. Plos One. 2013; 8(3): 59923.
15. de Hoog ML, Stronks K, van Eijsden M, Gemke RJ, Vrijkotte TG. Ethnic differences in maternal underestimation of offspring's weight: the ABCD study. International Journal of Obesity. 2012; 36(1): 53- 60.
16. Remmers T, van Grieken A, Renders CM, Hirasing RA, Broeren SM, Raat H. Correlates of parental misperception of their child's weightstatus: the 'Be Active, Eat Right'study. Plos One. 2014; 9(2): e88931.
17. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, van Middelkoop M, BindelsPJE, van der Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. Maternal and Child Nutrition. 2013; 9(1): 3-22.
18. Boutelle K, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Story M. Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: are they accurate? Obesity Research. 2004; 12(11): 1754-7.
19. Peyer KL, Welk G, Bailey-Davis L, Yang S, Kim JK. Factors Associated with Parent Concern for Child Weight and Parenting Behaviors. Childhood Obesity. 2015; 11(3): 269-274.
20. Parry LL, Gopalakrishnan N, Parry J, Saxena S. A Systematic Review of Parental Perception of Overweight Status in Children. Journal of Ambulatory Care Management. 2008; 31(3): 253- 68.
21. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. Pediatrics. 2006;117(6): 2047- 54.
22. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet. 2004; 363(9405): 303- 310.
23. Kaitz M, Maytal H. Interactions between anxious mothers and their infants: an integration of theory and research findings. Infant Mental Health Journal. 2005; 26(6): 570- 597.
24. Mac Gillivray MH. Disorders of growth and development. Endocrinology and Metabolism. 2002; 1265- 1314.
25. Bundak R, Günöz H, Akçurin S. Normal Büyüme, Büyüme Bozuklukları, Kronik Hastalıklarda Endokrin Sorunlar. Pediatrik Endokrinoloji. 2003; 39-86,639-653.

26. Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R. Büyüme, Gelişme ve Endokrin. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri. 2003; 73- 119.
27. Cinaz P, Darendeliler F, Akıncı A, Özkan B, Dündar B, Abacı A. Çocuk Endokrinolojisi. Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Yayınları. 2013; 7-31.
28. Gardner G, Shoback D. Greenspan's Basic&Clinical Endocrinology. 2013; 882.
29. Karlberg J. The infancy-childhood Growth spurt. Acta Pediatrica Scandinavica Supplement. 1990; 367: 111- 8.
30. Bloomfield FH, Spiroski A, Harding JE. Fetal growth factors and fetal nutrition Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2013; 18(3): 118- 123.
31. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati Mve ark. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008; 371(9608): 243- 60.
32. Wei C, Gregory JW. Physiology of normal growth. Paediatrics and Child Health. 2009; 19(5): 236- 240.
33. Felig P, Frohman LA. Endocrinology and metabolism 4th edition. 2001; 1265- 1302.
34. Gluckman PD. The endocrine regulation of fetal growth in late gestation: The role of insülin-like growth factors. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1994; 80: 1047- 1050.
35. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, Boduroğlu K. Milli Pediatri Derneği Temel Pediatri. 2020; 2131.
36. Imperatore G. Childhood obesity: Is it time for action? Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2004; 16(4): 235- 8.
37. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/en/.
38. Yılmazbaş P, Gökçay G. Çocukluk Çağı Obezitesi ve Önlenmesi. Çocuk Dergisi. 2018; 18(3): 103- 112.
39. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Srinivasan SR, Berenson GS. Secular trends in height among children during 2 decades: The Bogalusa Heart Study. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2000; 154(2): 155- 161.
40. Şimşek F, Ulukol B, Gülnar SB. The secular trends in height and weight of Turkish school children during 1993-2003. Child: Care, Health and Development. 2005;31(4): 441-447.
41. İnce OT, Kondolot M, Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi ve Büyüme Duraklaması Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2011; 5(3): 181- 192.
42. Yalçın SS. Büyümenin İzlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi. 2003; 25: 43- 63.

43. Zemel BS, Riley EM, Stallings VA. Evaluation of methodology for nutritional assessment in children: anthropometry, body composition, and energy expenditure. Annual Review of Nutrition. 1997; 17: 211- 35.
44. Silveira CRM, Beghetto MG, Carvalho PRA, Mello ED. Comparison of NCHS, CDC and WHO growth charts in the nutritional assessment of hospitalized children up to five years old. Nutrition Hospitalaria. 2011; 26(3): 465- 71.
45. https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html.
46. https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards.
47. Myatt M, Khara T, Collins S. A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs. Food and nutrition bulletin. 2006; 27(3): 7- 23.
48. Lifshitz F, Grimberg A. Growth and growth disorders. Pediatric Endocrinology, 5th edition. 2007: 1-39.
49. Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F ve ark. Reference values for weight, height, head circumference and body mass index in Turkish children. Journal Of Clinical Research İn Pediatric Endocrinology.
2015; 7(4): 280- 93.
50. Grummer-Strawn LM, Reinold C, Krebs NF. Use of World Health Organization and CDC growth charts for children aged 0-59 months in the United States. MMWR Recommendation and Reports. 2010; 59(RR-9): 1- 15.
51. Report of WHO Expert Comitte. Physical Status: The use and interpretation of Anthropometry. Technical Report Series. Geneva 1995; 854.
52. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
53. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization. Available from www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
54. World Health Organization. Obesity and overweight 2018. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
55. Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition Journal. 2005; 4: 24.
56. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. JAMA. 2012; 307(5): 483-90.
57. Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. Endocrine Reviews. 2012; 33(1): 48- 70.

58. Santas F, Santas G. Prevalence of pre school children for overweight/obesity in Turkey. World Journal of Pediatrics. 2018; 14(1): 77- 83.
59. Topçu S, Şimşek Orhon F, Ulukol B, Başkan S. Secular trends in height, weight and body mass index of primary school children in Turkey between 1993 and 2016. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism. 2017; 30(11): 1177- 1186.
60. Kiess W, Galler A, Reich A, Müller G, Kapellen T, Deutscher J ve ark. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. Obesity reviews. 2001; 2(1): 29- 36
61. Ergul S, Kaklim A. A major chronic disease: obesity in childhood and adolescence. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011; 10: 223- 30.
62. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R ve ark. Identifying risk for obesity in early childhood. Pediatrics. 2006; 118(3): 594- 601.
63. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. Archives of Disease in Childhood. 2012; 97(12): 1019- 26.
64. Park MH, Falconer C, Viner RM, Kinra S. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: A systematic review. Obesity Reviews. 2012; 13(11): 985-1000.
65. Cruz ML, Goran MI. The Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. Current Diabetes Reports. 2004; 4(1): 53- 62.
66. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH. Health consequences of obesity. Archives of Disease in Childhood. 2003; 88(9): 748- 52.
67. Pulgaro´n ER. Childhood obesity: A review of increased risk for physical and psychological comorbidities. Clinical Therapeutics. 2013; 35(1): A18- 32.
68. Topçu S, Şimşek Orhon F, Tayfun M, Uçaktürk SA, Demirel F. Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism. 2016; 29(3): 357- 61.
69. Moore SN, Tapper K, Murphy S. Feeding goals sought by mothers of 3-5-year-old children. British Journal of Health Psychology. 2010; 15(Pt 1): 185- 96.
70. Birch LL, Ventura AK. Preventing childhood obesity: what works? International Journal of Obesity. 2009; 33(1): 74- 81.
71. Gruber KJ, Haldeman LA. Using the family to combat childhood and adult obesity. Preventing Chronic Disease. 2009; 6(3): A106.
72. Yoo SD, Hwang EH, Lee YJ, Park JH. Clinical characteristics of failure to thrive in infant and toddler: organic vs. nonorganic. Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. 2013; 16(4): 261- 8.

73. Yetman RJ, Coody DK. Failure to thrive: a clinical guideline. Journal of Pediatric Health Care. 1997; 11(3): 134- 7.
74. Nützenadel W. Failure to thrive in childhood. DeutschesArzteblatt International. 2011;108(38): 642- 9.
75. Emond AM, Blair PS, Emmett PM, Drewett RF. Weight faltering in infancy and IQ levels at 8 years in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Pediatrics. 2007; 120(4): e1051- 8.
76. Cole SZ, Lanham JS. Failure to Thrive: An Update. American Family Physician. 2011; 83(7): 829- 34.
77. Raynor P, Rudolf MC. Anthropometric indices of failure to thrive. Archive of Diseases in Children. 2000; 82(5): 364- 5.
78. Gönç EN, Özön ZA, Alikaşifoğlu A, Kandemir N. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ve boy kısalığında tanısal yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2015; 58(2): 80- 85.
79. Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). BMJ. 2005; 330(7481): 23- 4.
80. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. Pediatrics. 2003; 111(5): 1226- 31.
81. Min J, Wang VH, Xue H, Mi J, Wang Y. Maternal perception of child overweight status and its association with weight-related parenting practices, their children's health behaviours and weight change in China. Public Health Nutr. 2017; 20(12): 2096- 2103.
82. Cattell RB, ScheierIH. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald Press. 1961
83. Vagg PR, Spielberger CD, O'Hearn TP. Is the State-Trait Anxiety Inventory multi-dimensional? Personality and Individual Differences. 1980; 1: 207- 14.
84. Kennedy BL, Schwab JJ, Morris RL, Beldia G. Assessment of state and trait anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders. Psychiatric Quarterly. 2001; 72: 263- 76.
85. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State Trait Anxiety Inventory ("self-evaluation questionnaire"). Palo Alto: California Consulting Psychologists Press. 1970.
86. Spielberger CD. Anxiety: Current trends in theory and research I. New York, NY: Academic Press. 1972.
87. Öztürk N, Aydın N. Anne Ruh Sağlığının Önemi. Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi. 2012; 1(2): 29- 36.

88. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. Journal of Affective Disorders. 2004; 80(1): 65- 73.
89. Orr ST, Reiter JP, Blazer DG, James SA. Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. Psychosomatic Medicine. 2007; 69(6): 566- 70.
90. Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions: the need for interdisciplinary integration. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 193(4): 1312- 22.
91. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, Mcmahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. American Journal of Epidemiology. 2003; 157(1): 14- 24.
92. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J ve ark. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry. 2011; 10(2): 93- 102.
93. Farrow CV, Blissett JM. Is Maternal Psychopathology Related to Obesigenic Feeding Practices at 1 Year? Obesity Research. 2005; 13(11): 1999- 2005.
94. Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk /sürekli kaygı envanteri el kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını. 1983; 1-26.
95. Özusta Ş. State Trait Anxiety Inventory for Children adaptation, validity and reliability study. Turkish Journal of Psychology. 1995; 10: 32- 44.
96. Knight RG, Waal-Manning HJ, Spears GF. Some norms and reliability data for the State Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. The British journal of clinical psychology. 1983; 22(Pt 4): 245- 9.
97. https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software.
98. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf.
99. Lee GY, Ham OK. Factors Affecting Underweight and Obesity Among Elementary School Children in South Korea. Asian Nursing Researsch. 2015; 9(4): 298- 304.
100. Veldhuis L, Vogel I, van Rossem L, Renders CM. Influence of maternal and child lifestyle-related characteristics on the socioeconomic inequality in overweight and obesity among 5-year-old children; the "Be Active, Eat Right" Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013 10: 2336- 47.
101. Benson L, Baer HJ, Kaelber DC. Trends in the diagnosis of overweight and obesity in children and adolescents: 1999-2007. Pediatrics. 2009; 123(1): 153- 8.

102. Parkes A, Sweeting H, Wight D. Growing Up in Scotland: Overweight, obesity and activity, Edinburgh: Scottish Government; 2012.
103. Kambondo G, Sartorius B. Risk Factors for Obesity and Overfat among Primary School Children in Mashonaland West Province, Zimbabwe. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018; 15(2): 249.
104. Fernandez Alvira JM, te Velde SJ, De Bourdeaudhuij I, Bere E. Parental education associations with children's body composition: mediation effects of energy balance-related behaviors within the ENERGY-project. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity2013; 10: 80.
105. Baygi F, Dorosty AR, Kelishadi R, Qorbani M. Determinants of childhood obesity in representative sample of children in NorthEast of İran. Cholesterol. 2012; 2012: 875163.
106. Chen AY, Escarce JJ. Family structure and childhood obesity, Early Childhood Longitudinal Study Kindergarten Cohort. Preventing Chronic Disease. 2010; 7: 50.
107. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
108. Banterle A, Cavaliere A. The Social and Economic Determinants of Obesity: An Empirical Study in Italy. EAAE Seminar. 2009.
109. Dinsa GD, Goryakin Y, Fumagalli E, Suhrcke M. Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. Obesity Reviews. 2012; 13(11): 1067 79.
110. Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM, Palombo CNT, Borges ALV, Kurihayashi AY. Journal of Pediatric Nursing. 2016; 31(5): 490- 7.
111. Chaparro MP, Langellier BA, Kim LP, Whaley SE. Predictors of accurate maternal perception of their preschool child's weight status among Hispanic WIC participants. Obesity (Silver Spring). 2011; 19(10): 2026-30.
112. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. International Journal of Obesity. 2005; 29: 353– 355.
113. Pedroso J, Toral N, Gubert MB. Maternal perception of children's nutritional status in the Federal District, Brazil.Plos One. 2017; 26; 12(4): 0176344.
114. Ashraf H, Shamsi NI, Ashraf R. Parental perception and childhood obesity: Contributors to incorrect perception. Journal of Pakistan Medical Association. 2017; 67(2): 214- 219.
115. Cheng TS, Loy SL, CheungYB, ChanJKY, Tint MT, Godfrey KM ve ark. Singaporean mothers' perception of their three-year-old child's weight status: a cross-sectional study. Plos One. 2016; 11(1): 0147563.
116. Harrison M, Brodribb W, Davies PSW, Hepworth J. Impact of Maternal Infant Weight Perception on Infant Feeding and Dietary Intake. Maternal and Child Health Journal. 2018; 22(8): 1135- 1145.

117. Valencia AC, Thomson CA, Duncan B, Arthur A. Evaluating Latino WIC Mothers' Perceptions of Infant's Healthy Growth: A Formative Assessment. Maternal and Child Health Journal. 2016; 20(3): 525- 33.
118. Laurent JS. A qualitative exploration into parental recognition of overweight and obesity in pre-adolescents: a process of discovery. Journal of Pediatric Health Care. 2014; 28(2): 121- 7.
119. Alexander DS, Alfonso ML, Cao C, Wright AR. Do Maternal Caregiver Perceptions of Childhood Obesity Risk Factors and Obesity Complications Predict Support for Prevention Initiatives Among African Americans? Maternal and Child Health Journal. 2017; 21(7): 1522- 1530.
120. Hernandez RG, Cheng TL, Serwint JR. Parents' healthy weight perceptions and preferences regarding obesity counseling in preschoolers: pediatricians matter. Clinical pediatrics. 2010; 49(8): 790- 8.
121. Ávila-Ortiz MN, Castro-Sánchez AE, Zambrano-Moreno A. Mexican mothers' perceptions of their child's body weight. Health & Social Care in the Community. 2017; 25(2): 569- 577.
122. Pasch LA, Penilla C, Tschann JM, Martinez SM, Deardorff J, de Groat CL ve ark. Preferred Child Body Size and Parental Underestimation of Child Weight in Mexican-American Families. Maternal and Child Health Journal. 2016; 20(9): 1842- 8.
123. Porter L, Shriver LH, Ramsay S. Maternal Perceptions Related to Eating and Obesity Risk Among Low-Income African American Preschoolers. Maternal and Child Health Journal. 2016; 20(12): 2565- 2572.
124. Christofaro D, Andrade SM, Fernandes RA, Cabrera M, Rodríguez-Artalejo F, Mesas AE. Overweight parents are twice as likely to underestimate the weight of their teenage children, regardless of their sociodemographic characteristics. Acta Paediatrica. 2016; 105(10): 474- 9.
125. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A, Bonito J, Albuquerque C. Nutritional status in preschool children: current trends of mother's body perception and concerns. Atención Primaria. 2013; 45(2): 194- 200.
126. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. Pediatrics. 2000; 106: 1380- 1386.
127. Flores-PeñaY, Camal-Ríos NY, Cerda-Flores RM. Evaluation of the maternal perception of her child's weight and body mass index heritability in mestizas dyads in Southeastern Mexico. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2011; 61(4): 389-95.

128. Mamun AA, Mc Dermott BM, O'Callaghan MJ, Najman JM, Williams GM. Predictors of maternal misclassifications of their offspring's weight status: a longitudinal study. International Journal of Obesity. 2008; 32(1): 48- 54.
129. Shiely F, Ng HY, Berkery EM, Murrin C, Kelleher C, Hayes K. The association between weight perception and BMI: report and measurement data from the growing up in Ireland Cohort Study of 9-year olds. International Journal of Obesity. 2017; 41(1): 46- 53.
130. Monteagudo C, Dijkstra SC, Visser M. Self- Perception of Body Weight Status in Older Dutch Adults. The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2015; 19(6): 612- 8.
131. AndradeFCD, Raffaelli M, Teran-Garcia M, Jerman JA, Garcia CA. Weight status misperception among Mexican young adults. Body Image. 2012; 9(1): 184- 8.
132. Caleyachetty R, Kengne AP, Muennig P, Rutter H, Echouffo-Tcheugui JB. Misperception of body weight among overweight or obese adults in Mauritius. Obesity Research and ClinicalPractice. 2016; 10(2): 216- 219.
133. Dowd KP, Kirwan RP, Hannigan A, Purtill H, O'Gorman CS. The association between maternal perceptions of own weight status and weight status of her child: results from a national cohort study. Archives of Disease in Childhood.2016; 101(1): 28- 32.
134. Endler NS, Parker JDA. Multidimensionality of state and trait anxiety: factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 60: 919- 26.
135. Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revisited. Journal of Anxiety Disorders. 2001; 15: 231- 45.
136. Liang LA, Berger U, Brand C. Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. Journal of Affective Disorders.2019; 242: 255- 264.
137. Esimai OA, Fatoye FO, Quiah AG, Vidal OE, Momoh RM. Antepartum anxiety and depressive symptoms: A study of Nigerian women during the three trimesters of pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2008; 28(2): 202-3.
138. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. Journal of Affective Disorders. 2015; 188: 60- 7.
139. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. Journal of Psychosomatic Research. 1999; 47(6): 609- 21.
140. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. Journal of Affective Disorders. 2008;1 08(1-2): 101- 11.

141. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. Journal of Affective Disorders.2009; 119(1-3): 142- 8.
142. Barthel D, Kriston L, Barkmann C, Appiah-Poku J, TeBonle M, Kra Yao Esther Doris KYE ve ark. Longitudinal course of ante- and postpartum generalized anxiety symptoms and associated factors in West-African women from Ghana and Côte d'Ivoire. Journal of Affective Disorders. 2016; 197: 125- 33.
143. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-BoströmM, Nordström E ve ark. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors a population-based study in Sweden. BMC Public Health. 2009; 20(9): 302.
144. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. Journal of Affective Disorders. 2015; 175: 385- 395.
145. Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Henrietta Kernan, Joan Riley, Edward Z, Tronick EZ. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. J Affect Disord. 2002; 71(1-3): 169- 80.
146. Koh YW, Lee AM, Chan CY, Fong DYT, Lee CP, Leung KY ve ark. Survey on examining prevalence of paternal anxiety and its risk factors in perinatal period in Hong Kong: a longitudinal study. BMC Public Health. 2015; 15(1).
147. Luoma I, Puura K, Mäntymaa M, Latva R, Salmelin R, Tamminen T. Fathers' postnatal depressive and anxiety symptoms: An exploration of links with paternal, maternal, infant and family factors. Nordic Journal of Psychiatry. 2013; 67(6): 407- 413.
148. Bartelink VHM, Ya KZ, Guldbrandsson K, Bremberg S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. Scandinavian Journal of Public Health. 2020; 48(5): 544- 558.
149. Lejtzén N, Sundquist J, Sundquist K, Li X. Depression and anxiety in Swedish primary health care: prevalence, incidence, and risk factors. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2014; 264(3): 235- 45.
150. Nawa N, Black MM, Araya R, Richiardi L, Surkan PJ. Pre and postnatal maternal anxiety and early childhood weight gain. Journal of Affective Disorders. 2019; 257: 136- 142.
151. Sahle BW, Breslin M, Sanderson K, Patton G, Dwyer T, Venn A. Association between depression, anxiety and weight change in young adults. BMC Psychiatry. 2019; 19(1): 398.
152. Brumpton B, Langhammer A, Romundstad P, Chen Y, Mai XM. The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT Study. International Journal of Obesity. 2013; 37(9): 1268- 74.

153. Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Bjorkqvist K. Longitudinal concomitants of incorrect weight perception in female and male adolescents. Body Image. 2011; 8(1): 58- 63.
154. Souto-Gallardo MC, Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M. Parents perception of weight status of Mexican preschool children using different tools. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2011; 61(4): 382- 8.

10. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma adı: Erken çocukluk döneminde çocuğun büyümesi ile ilgili anne algısının çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı düzeyi ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi

Araştırmanın tanımı ve amacı:

Annelerin çocuklarının büyüme durumu ile ilgili algısının, çocuğun büyüme durumunun değerlendirilmesinde ve müdahalelerin etkin olmasında önemli bir adım olduğu bilinmektedir. Süt çocukluğu ve erken oyun çocukluğu döneminde olan çocukların annelerinde çocuğun büyümesi ile ilgili algısının değerlendirildiği çalışmalar oldukça azdır. Diğer yandan, annenin kaygısının çocuğun beslenme durumu ve büyümesi ile ilgili sorunlara neden olabileceği bildirilmektedir Literatürde çocuğun ağırlığı ile ilgili anne algısının annenin kaygı düzeyi ile olan ilişkisi üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Özellikle büyüme ile ilgili sorun yaşayan çocuklarda annenin kaygı düzeyinin belirlenmesi ve buna yönelik müdahalelerin yapılması, çocuğun büyümesine yönelik anne algısındaki bozuklukların düzeltilmesine ve çocuk için uygun programların oluşturulmasına olanak verecektir. Bu çalışmanın amacı; 24-36 ay arasında olan çocukların büyüme durumları ile ilgili anne algısının, çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı durumu ve sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisinin belirlenmesidir.

Araştırmada izlenecek işlemler:

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde gerçekleştirilecektir. Araştırmaya; Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenen 24-36 ay arasında olan çocuklar ve annelerinin alınması planlanmıştır.

Rutin çocuk sağlığı izleminde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya girmeyi kabul eden anne-çocuk çifti Sosyal Pediatri Bilim Dalı Aile Görüşme Odasına alınacak ve öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulacaktır. Daha sonra sosyodemografik anket formu, annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili ve kendi vücut yapısı ile ilgili algı formu ve annenin kaygı düzeyi ile ilgili ölçek anne tarafından doldurulacaktır. Aile Görüşme Odasında formlar doldurulduktan sonra anne ve çocuk muayene odasına alınacaktır. Burada çocuğun antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı ve boy) alınacak ve tam sistemik muayenesi yapılacaktır. Bu ölçümler DSÖ tarafından hazırlanmış bilgisayar programı olan WHO-Anthro version 3.2.2 programına girilecektir. Annenin de ağırlık ve boy ölçümleri kaydedilip vücut kitle indeksi hesaplanacak ve erişkinler için geçerli olan kriterlere göre vücut yapısı değerlendirilecektir. Annenin çocuğunun büyümesi ile ilgili ve kendi vücut yapısı ile ilgili algı formunda çocuğunun büyümesi ile ilgili verdiği yanıtlar çocuğun o andaki büyüme durumu ile karşılaştırılarak annelerin algı düzeyi değerlendirilecektir. Annenin kendi vücut yapısı ile ilgili algı formunda verdiği yanıt annenin o andaki VKİ ile karşılaştırılarak; annelerin algı düzeyi; a) annenin kendi vücut yapısı ile eşleşen "doğru tahmin" b) annenin kendi ağırlık durumunu daha düşük açıklaması ile eşleşen "olduğundan az olarak tahmin" ve c) annenin kendi ağırlık durumunu daha yüksek açıklaması ile eşleşen "olduğundan fazla olarak tahmin" şeklinde değerlendirilecektir.

YAZILI ONAM FORMU

'Erken çocukluk döneminde çocuğun büyümesi ile ilgili anne algısının çocuğun gerçek büyüme durumu, annenin kaygı düzeyi ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi' başlıklı çalışma bana sözlü olarak da açıklandı.

Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım.

Benim ve çocuğumun katılımı sorulan çalışmanın amaç ve işlemleri bana açıklandı. Bu çalışma ile ilgili olası yararlar bana bildirildi.

Bu çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve bu çalışmadan istediğim zaman çekilebileceğimi ve bunu yaptığımda benim ve çocuğumun doktorundan ilerde göreceği bakım ve ilginin etkilenmeyeceğini anladım.

Benim ve çocuğumun bu çalışmaya katılmamız gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan toplanacak verilerin gizli olduğunu anladım. Fakat çalışma sonunda klinik çalışma raporlanması ve analizi için katılımcı isimleri kullanmadan bu verileri kullanma ve işleme hakkına sahiptirler. Ben böyle bir kullanıma ve işleme kesinlikle izin veriyorum.

Ben çocuğumun birlikte, burada özgür ve yazılı olarak bu klinik araştırmada yer almayı onaylıyorum. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Anketi doldurmak ortalama 10 dakikanızı alacaktır.

Katılımcı ismi: ----------

ADRES ----------

TELEFON NUMARASI: ----------

TARİH: İMZA:

Onay almayı gerçekleştiren kişi:

İSİM ----------

TARİH: İMZA:

Sorumlu araştırmacı:

İSİM: Prof. Dr. Filiz Şimşek Orhon

Dr.Betül Öksüz Aydın

TARİH: İMZA:

EK-2. Sosyodemografik Anket Formu

Tarih: Kayıt no:

ANNE

1) **Adı soyadı:**
2) **Yaşı:**
3) Gebelik sayısı: ……
4) Yaşayan çocuk sayısı: …….
5) Eğitim durumu:
   □ Okur-yazar değil □ İlkokul mezunu □ Ortaokul mezunu
   □ Lise mezunu □ Üniversite mezunu □ Doktora-master sahibi
6) Mesleği: ……..
7) İşi – çalışma durumu:
   □ Ev hanımı □ Memur □ İşçi □ Serbest □ Diğer
8) Sağlık probleminiz var mı?
   □ Hayır □ Evet
   (.....)
9) Ne tip bir evde oturuyorsunuz?
   □ Gecekondu □ Apartman dairesi □ Müstakil ev
10) Oturduğunuz ev size mi ait? □ Evet □ Hayır
11) Evinizin toplam aylık geliri ne kadar? …… YTL
12) Aylık gelir düzeyiniz nedir?
    a) Gelir giderden fazla b) Gelir giderden az c) Gelir gidere eşit
13) Evde yaşayan kişi sayısı ve kimler?
    ……

BABA

1) Adı soyadı:
2) Yaşı:
3) Eğitim durumu:
   □ Okur-yazar değil □ İlkokul mezunu □ Ortaokul mezunu
   □ Lise mezunu □ Üniversite mezunu □ Doktora-master sahibi
4) Mesleği: .....
5) İşi – çalışma durumu:
   □ Memur □ İşçi □ Serbest □ İşsiz □ Diğer
6) Sağlık probleminiz var mı?
   □ Hayır □ Evet
   (.....)

ÇOCUK SAYISI

1) Varsa diğer çocukların yaş ve cinsiyeti:
   -
   -
   -

EK-3. Annenin Çocuğunun Büyümesi ile İlgili ve Kendi Vücut Yapisi ile İlgili Algı Formu

Aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız.

1. **Çocuğunuzun ağırlık durumunu aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile tanımlarsınız?**

□ Zayıf
□ Normal
□ Fazla kilolu
□ Obez

2. **Kendi ağırlık durumunuzu aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile tanımlarsınız?**

□ Zayıf

□ Normal

□ Fazla kilolu

□ Obez

EK-4. Anne ve Çocuk Antropometri Bilgi Formu

Dosya no: Kayıt no: Kayıt tarihi:

1) **Çocuk adı soyadı:**
2) **Doğum tarihi:** / /
3) **Takvim yaşı:**
4) **Doğum ağırlığı:**
5) **Cinsiyeti:** a) erkek b)kız
6) **Antropometri**
   a. VA: …… kg
   b. Boy: …… cm
   c. Yaşa göre ağırlık pc: ……
   d. Yaşa göre boy pc: ……
   e. Boya göre ağırlık
      I. pc: ……
      II. Z-skor: …….
   f. BMI: ……. kg/m^2
   g. Yaşa göre BMI:
      I. pc:
         □ Ciddi derecede zayıf (persentil <0.1)
         □ Zayıf (persentil ≥ 0.1 ve <3)
         □ Normal (persentil ≥ 3 ve ≤ 85)
         □ Fazla ağırlık riski (persentil> 85 ve ≤ 97)
         □ Fazla ağırlık (persentil> 97 ve ≤ 99.9)
         □ Obez (persentil> 99.9)

      II. Z-skor: …….
         □ Düşük ağırlık <-2 SD
         □ Normal ağırlık -2 SD ve 1 SD arasında
         □ Fazla ağırlık riski >1 SD
         □ Fazla ağırlık >2 SD
         □ Obezite >3 SD

7. **Annenin çocuğu ile ilgili algısı**
   □ Zayıf
   □ Normal
   □ Fazla kilolu
   □ Obez

1. **Anne adı-soyadı:**
2. **Anne yaşı:**
3. Anne VA: ……. kg
4. Anne Boy: ……. cm
5. Anne VKİ: ……. kg/m^2

□ Zayıf (BMI <18,5 kg/m^2)

□ Normal (BMI ≥18,5 ve <25 kg/m^2)

□ Fazla kilolu (BMI ≥25 ve <30 kg/m^2)

□ Obez (≥30 kg/m^2)

6. **Annenin kendi ağırlık durumu ile ilgili algısı:**

□ Zayıf

□ Normal

□ Fazla kilolu

□ Obez

EK-5. Durumluk Kaygi Ölçeği

İsim: Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da, **ŞU ANDA NASIL HİSSETTİĞİNİZİ** ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren ifadeyi işaretleyiniz.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİ İLE
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3	Su anda sinirlerim gergin				
4	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6	Şu anda hiç keyfim yok				
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8.	Kendim dinlenmiş hissediyorum				
9	Şu anda kaygılıyım				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12	Şu anda asabım bozuk				
13	Çok sinirliyim				
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17	Şu anda endişeliyim				
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

EK-6. Sürekli Kaygı Ölçeği

İsim: Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **GENEL OLARAK NASIL HİSSETTİĞİNİZİ** ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanına (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	**Bazen**	**Çok zaman**	**Hemen her zaman**
1.	Genellikle keyfim yerindedir				
2.	Genellikle çabuk yorulurum				
3.	Genellikle kolay ağlarım				
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım				
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim				
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10	Genellikle mutluyum				
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
12	Genellikle kendime güvenim yoktur				
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim				
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
16	Genellikle hayatımdan memnunum				
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				