



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**2-5 YAŞ ARASI ÇOCUK ANNELERİNİN
ÇOCUKLARININ AĞIRLIKLARI İLE İLGİLİ
GÖRÜŞLERİ VE KENDİ BEDEN ALGILARI
İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mine ERKAN

Antalya, 2014



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**2-5 YAŞ ARASI ÇOCUK ANNELERİNİN
ÇOCUKLARININ AĞIRLIKLARI İLE İLGİLİ
GÖRÜŞLERİ VE KENDİ BEDEN ALGILARI
İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mine ERKAN

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Sevtap VELİPAŞAOĞLU GÜNEY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

TEŐEKKÖR

Tez çalışmamın tŰm aşamalarında verdiği destek ve emek için tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Sevtap VELİPAŐAOĐLU GÜNEY'e, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimime katkıda bulunan tŰm ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim Űyelerine, tezimin istatistiksel analizindeki yardımları için Arař.Gör. Selen BOZKURT'a ve diğer Biyoistatistik ve Tıbbi Biliřim Anabilim Dalı çalışanlarına, hayatımın her anında varlığı ile bana gŰ veren aileme ve sevgili eřim Dr. Arda ERKAN'a teőekkŰr ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	iii
Çizelgeler Dizini	iv
Grafikler Dizini	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlıklı Çocuk İzlemi	3
2.2. Beslenme	4
2.2.1. İlk altı ayda beslenme	4
2.2.2. Altı ay ile bir yaş arasında beslenme	5
2.2.3. Bir yaş ve sonrasında beslenme	6
2.2.4. Beslenme kaynaklı sorunlar	7
2.3. Beslenme Davranışı	8
2.3.1. Sık görülen beslenme davranışı sorunları	10
2.4. Beden Algısı	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Katılımcıların Seçilmesi	15
3.2. Anket	15
3.3. Verilerin Toplanması	17
3.4. İstatistiksel Analiz	18
4. BULGULAR	19
4.1. Demografik Bilgiler	19
4.2. Bebek Beslenmesi ve Tartısı ile İlgili Genel Bilgi ve Düşünceler	21
4.3. Çocukların Gerçek Ağırlıkları ve Annelerin Çocuğunun Beslenme Durumu Hakkındaki Görüşleri	23
4.4. Çocuğun Ağırlık Durumunun Sözel Olarak Nitelendirilmesi	24
4.5. Çocuğun Ağırlık Durumunun Görsel Olarak Nitelendirilmesi	26
4.6. Annelerin Çocuklarının Olmasını İstediği Durum ve Sağlıklı Çocuk Kavramı	29
4.7. Annenin Kendi Ağırlık Durumunu Sözel Olarak Nitelendirmesi	31
4.8. Annenin Kendi Ağırlık Durumunu Görsel Olarak Nitelendirmesi	32
4.9. Annenin Kendi Ağırlık Durumunu Üç Boyutlu Görsel Olarak "Visualizer"da Nitelendirmesi	34
4.10. Annenin İdealindeki Ağırlık ve Görünüm	35

5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇLAR	42
7. ÖZET	44
8. ABSTRACT	46
9. KAYNAKLAR	48
10. EKLER	58
Ek 1. Anket Formu	58

KISALTMALAR DİZİNİ

BKI	Beden kitle indeksi
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Katılımcılar ve ailelerin sosyodemografik özellikleri	20
4.2. Annelerin beslenme ile ilgili kendilerine verilen önermeleri “doğru” ya da “yanlış” olarak kabul etme durumları	22
4.3. Annelerin çocuklarının beslenmesi ile ilgili görüşlerinin çocuğun boya göre ağırlık persentilleri ile karşılaştırılması	24

GRAFİKLER DİZİNİ

<u>Grafik</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin sözel değerlendirmelerinin dağılımı	25
4.2. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin sözel değerlendirmedeki doğruluk oranları	26
4.3. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin görsel değerlendirmelerinin dağılımı	28
4.4. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin görsel değerlendirme doğruluk oranları	28
4.5. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin beklentilerinin dağılımı	29
4.6. Çocuğunun gerçek boya göre ağırlık persentiline göre annelerin sağlıklı çocuk kavramı	30
4.7. Annelerin çevredeki çocukları nasıl algıladıklarının, kendi çocuklarının boya göre ağırlık persentilleri ile karşılaştırılması	31
4.8. Annelerin gerçek beden kitle indeksine göre kendini sözel değerlendirme doğruluğu	32
4.9. Annelerin gerçek beden kitle indeksine göre görsel değerlendirme doğruluğu	33
4.10. Annelerin gerçek BKİ'lerine göre simülasyonda seçtikleri görsellerin BKİ karşılıklarının dağılımı	34
4.11. Annelerin gerçek BKİ'lerine göre olmak istedikleri görsel durum dağılımı	35
4.12. Annelerin gerçek BKİ'lerine göre bilgisayar simülasyonunda olmayı tercih ettikleri görselin BKİ dağılımı	36

1. GİRİŞ

Sağlam çocuk izleminin amacı; çocukluk çağında bazı hastalıkları ve sakatlıkları önlemek, önlenabilir ölümleri azaltmak, büyüme ve gelişmeyi desteklemek, kişilerin sağlıklı erişkinler olarak yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır. Sağlam çocuk izlemi; öykü, fizik muayene, büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi, bağışıklık, tarama testleri ve sağlık danışmanlığını kapsayan temel bir sağlık hizmetidir (1).

Her kontrolde çocuğun yakınması olsun olmasın tam bir fizik muayene yapılır ve büyümesi standart eğrilerle izlenir. Büyüme verileri çocuğun gelişiminin nesnel göstergeleri olması nedeniyle çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde yaşamın ilk üç yılında daha önemli olmak üzere, beş yaşından küçük her çocuğun büyümesinin izlenmesinin gerektiğini belirtmektedir (1-3).

Sağlam çocuk izlemlerinde ve poliklinik başvurularında annelerin sık görülen yakınmalarından birisi çocuklarının kilo alımı ve büyümesinin yeterli olmadığıdır. Annelerin bu görüşüne karşın, çocukluk çağı obezitesi tüm yaş gruplarında giderek artış gösteren bir halk sağlığı sorunudur (4-7). Ebeveynlerin çocuğun ağırlığı ve boyuyla ilgili memnuniyetsizlikleri, uygunsuz ağırlık artımı ya da kaybı ile sonuçlanabilen besleme eğilimlerine yol açabilir (8).

Ebeveynlerin çocuklarının ağırlığı hakkındaki görüşleri ile çocukların gerçek ağırlık durumlarını karşılaştırma amacı ile yapılan çalışmalardan hazırlanan bir derlemede; değerlendirilen 35103 çocuğun 11530'u (%32,9) fazla kilolu saptanmış, bu fazla kilolu çocukların da 7191'i (%62,4) aileleri tarafından normal kiloda olarak nitelendirilmiştir (9).

Yapılan başka bir çalışmada ailelerin, yaşamın ilk yıllarında alt persentillerde seyreden büyümeyi negatif algılama eğiliminde olduğu saptanmıştır (10). Normal sınırlar içinde ancak en düşük yüzdelik dilimde olan çocukların ailelerinin büyük çoğunluğunda çocuklarının zayıf ya da aşırı zayıf olduğu görüşü hakimdir. Bu görüşler ailelerin çocuklarına yemek yedirmek için baskı yapmasına yol açmakta ve sonuçta çocukların açlık-tokluk hissinin gelişimi bozulmaktadır

(11,12). Ebeveynlerin çoğu, çocukların yüksek kiloda olmasını iyi sağlığın ve ebeveynlerin yüksek başarısının göstergesi olarak kabul etmektedir (13-19).

Annelerin kendi ağırlıkları ve çocuklarının ağırlıkları konusundaki dűşüncelerini içeren bazı çalışmalar bulunmaktadır. Meksikalı Amerikanlarda yapılan bir çalışmada obez annelerin obez çocukları tercih ettiği görűlműştür (20). Obez çocukların annelerine bakıldığında ise fazla kilolu olan annelerin diğer annelere göre, çocuklarının kilosunu düşük görmeye iki kat daha eğilimli oldukları saptanmıştır (14).

Dolayısıyla annelerin, çocuklarının ağırlıkları ile ilgili görüşlerinin önemli bir kısmı gerçekte çocuğın ağırlığından değil annenin bu konudaki beklentilerinden kaynaklanmaktadır. Annenin bu beklentilerinin ise sosyokűltűrel özellikler gösterdiğini belirten çalışmalar vardır (9,10,14,15). Bu çalışmanın amacı, annelerin hem çocuklarının ağırlıkları hem de kendi ağırlıkları ile ilgili algılarını değerlendirmektir. Ek olarak annenin görüşünü etkileyen sosyodemografik özellikler, ebeveynlerin ağırlık durumunun çocukları hakkındaki görüşlerine etkisi, çocukların ağırlık ve beslenmesi ile ilgili inanç ve görüşler hakkında da bilgi edinilecektir. Çalışma verileri, anne beklentileri ile örtűşmeyen sağlıklı çocuk tartışının aile tarafından bir klinik sorun olarak algılandığı durumlarda, hekimin aileye danışmanlık vermesinde kullanılabilecek ipuçlarını sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Çocuk İzlemi

Sağlıklı çocuk izlemi, temel sağlık hizmetlerinin en önemlilerinden biridir. Birinci basamak sağlık kurumlarında, sağlam çocuk kliniklerinde ve özel muayenehanelerde yapılmaktadır. Sağlam çocuk izleminde amaç; sağlığı sürdürmek, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalıklarını ve sakatlıklarını azaltmak ve önlemektir. Daha geniş anlamda, sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesini sağlamaktır (21).

Sağlam çocuk vizitleri sadece öykü, fizik muayene, tarama ve aşılamadan ibaret değildir. Aynı zamanda sağlıklı beslenme, psikomotor gelişim basamaklarının izlemi, aile-çocuk ilişkisinin gözlemlenmesi, olası sağlık problemlerinin erken tespiti ve aileye ileriye dönük danışmanlık hizmetinin verilmesini de kapsar.

Etkin sağlam çocuk izlemleri, çocukların yaşam düzeyini yükseltmek için bir fırsattır. Sağlık yönetimi rehberleri çocuklar ve ailelerinin karşılaştığı sorunların (yaralanmalar, eğitim yetersizliği, çocuk istismarı ve ihmali, aile içi şiddet, aile sağlığı, çevresel etmenler, basın-yayın, şişmanlık ve riskli davranışlar, sigara, alkol ve ilaç gibi) saptanmasının önemini vurgulamaktadır. Çocuk doktorları bu izlemler ile çocukların büyüme ve gelişme, sosyal yetenek ve aile yaşamı hakkında bilgi edinirler.

Her kontrolde yakınması olsun olmasın tam bir fizik muayene yapılır, çocuğun yaşamsal bulguları değerlendirilir ve antropometrik ölçümleri alınır. Fizik muayene tamamlandıktan sonra ailelere çocuğun sağlık durumu özetlenir. Büyüme verileri çocuğun sağlık durumunun nesnel göstergelerinden olması nedeniyle çok önemlidir (1).

Sağlık eğitimi ve danışmanlık verilmesi, çocuk sağlığı hizmetlerinin çok önemli fakat çoğu kez ihmal edilen bölümüdür. Hastalıkların önlenmesinde oldukça etkin bir yöntemdir. Danışmanlık ve sağlık eğitimi hizmeti verilirken çocuğun yaşı, çocuk ve ailenin özellikleri ve gereksinimleri gözönünde bulundurulur. Bu hizmeti sunarken iletişim becerilerinin uygun şekilde kullanılması önemlidir (21). Sağlık eğitimi verirken bebek bakımı ve beslenmesi

gibi farklı konuların da aile ile konuşulması gereklidir. Beslenme ile ilgili olarak; emzirmenin önemi, emzirme tekniği - sıklığı - süresi, ek gıdaya geçiş zamanı, ek gıdaların hazırlanması ve başlanması uyulması gereken kurallar, bebeğin aile sofrasına oturtulma zamanı ve kendi kendini beslemeye teşvik konularında aile bilgilendirilir.

2.2. Beslenme

Büyüme ve gelişmenin desteklenmesi sadece doğru besinlerin tüketilmesi yolu ile değil, aynı zamanda beslenme zamanlarındaki doğru ve etkili bir iletişim ile mümkündür. Beslenme sorunlarında da diğer alanlarda olduğu gibi sorun ne kadar erken dönemde başlarsa sorunun çocuğun ilerideki duygusal, sosyal ve fiziksel gelişimine etkileri de o kadar fazla olacaktır (22).

Doğumdan iki yaşın sonuna kadar devam eden dönem, çocuklarda büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, yaşama sağlıklı başlangıç için en kritik dönemdir. Bu nedenle süt çocuğu ve küçük çocukların beslenmeyle ilgili alışkanlıklarının bu dönemde kazandırılması ve annelerin bu konuda bilinçlendirilmesi gereklidir.

2.2.1. İlk altı ayda beslenme

Yenidoğan bir bebek için en uygun besin anne sütüdür. Anne sütü bebeğin sağlıklı olması için gerekli olan tüm besin öğelerini içermesi, kolaylıkla sindirilebilmesi ve enfeksiyonlara karşı koruma sağlaması açısından yeri doldurulamaz bir besindir (23). Bunların ötesinde bebeğe yalnız olmadığını hissettirerek ona güven ve mutluluk verir (24). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tüm bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini ve bunu izleyen dönemde tamamlayıcı besinlerle birlikte 2 yaşına kadar anne sütünün devamını önermektedir (25).

İlk altı ayda kurulan besleme ilişkileri bebeğin kendini düzenlemesi ve bağlanmanın sağlanmasında yardımcı olur. Bilimsel araştırma sonuçlarına göre obezitenin etyolojisinde erken tamamlayıcı besine geçmek, hazır bebek mamaları ile beslenmek önemli etmenler iken anne sütü ile beslenmek koruyucu bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (26-29).

Çocuk sağlığı izlemi sırasında hekime düşen görev, annenin anne sütüyle beslenmenin faydaları, ek besine erken başlamanın zararları konusunda bilgilendirilmesidir. Emzirme ile ilgili sorun gelişmeden gerekli önlemlerin alınması, sorun geliştirse DSÖ tarafından belirlenen bebek dostu sağlık uygulamaları ile sorunun çözümü esastır.

Sağlam çocuk vizitlerinde ailelerin önemli endişelerinden biri çocuğun aldığı besinlerin nitelik ve nicelik olarak yeterliliğidir. Altıncı ay kontrolünde anneye, bebeğin büyüme hızının ilk yılın sonlarına doğru azalacağı, bu nedenle iştahının da önceye göre azalabileceği anlatılırsa annenin endişesi azalır. Bebeğin sekizinci aydan sonra benlik duygusunun geliştiği, bu nedenle istemediği besinlerin zorla verilmemesi gerektiği vurgulanmalıdır. Çocuklar normal olarak açlık ve tokluk hislerine göre yiyecek alımını düzenleyebilirler (30) Yemeğe zorlanan bebeğin bu fizyolojik mekanizması bozulacağından ya tamamen yemek yemeye ilgisiz kalacağı ya da pes ederek obeziteye yol açabilecek yemek alışkanlıkları kazanabileceği aileye anlatılmalıdır. Ayrıca bebeklerin günlük besin alımlarının farklı olabileceği, ancak bir haftada alınan besin miktarının ortalama olarak eşit olduğunun açıklanması anneyi rahatlatır (31,32).

2.2.2. Altı ay ile bir yaş arasında beslenme

Altıncı ayını doldurmuş ve anne sütü almakta olan bebeklerde karışık beslenmeye geçilmelidir. Bu dönem, bebeğin destekli oturabildiği ve baş-boyun hareketlerini kontrol edecek nöromusküler gelişimi gösterdiği zamandır. Bu da 5-6. ay civarında gerçekleşir. Yaşamın ikinci 6 ayında, anne sütü ile birlikte bebeğe verilen besinlere "tamamlayıcı besin" denir. Anne sütünün yerine değil anne sütünün yanısıra verilir.

Ek besinler verilirken çocuğun biyolojik gereksinimleri ve besinlerin hijyeni kadar, bu sıradaki anne-bebek ilişkisi de çocuğun hem şimdiki hem de ileriki yıllardaki yaşamını etkiler. Bebeğe yaşına uygun olmayan kıvamda besin sunulması ya beslenme yetersizliğine ya da obeziteye neden olabilir. Bebeklere 6-8 aylıkken besinlerin püre şeklinde verilmesi uygunken, sekizinci aydan itibaren bebeklerin eline yiyecekler verilebilir. Her ne kadar püre şeklindeki gıdaların yedirilmesi daha kolay olsa da tanecikli katı besinlerin verilmesinin onuncu aydan

daha geçe kalması ileride görülebilecek beslenme sorunlarına zemin hazırlayacaktır (33). Bebek en geç dokuzuncu ayında beslenmeler sırasında aile ile sofraya oturtulmalıdır. (34).

Verilecek yeni gıdalar ve oluşturulacak gnlerde çocuğun damak tadının bizlerden farklı olabileceği ve annenin önerilenleri yedirebilmesi için değişik sunumları ve eşitleri denemesi gerekebileceği annelere anlatılmalıdır. Beslenme programları annenin günlük çalışma ritmi, bebeğin günlük yaşantısı ve bebeğin damak tadı konusundaki ayrıntılara dikkat ederek hazırlanmalıdır.

2.2.3. Bir yaş ve sonrasında beslenme

Bir yaşından sonra anne/babalara hem beslenme zamanları hem de içerik yönünden sınırlar belirlemeleri önerilir. Çocukların besin tüketimi günden güne değişiklik gösterebilir. nemli olan çocuğun bir haftalık tüketiminin dengeli ve büyümesinin yeterli olmasıdır (31,32,35-37).

Çocuğun her gnde sofrada en az on dakika oturmaya özendirilmesi ve çocuğun kendi kendine yemesine izin verilmesi önemlidir. Çocuklar için ayrı beslenme oturumlarından kaçınılması ve çocuğun aile ile beraber yemeye özendirilmesi gereklidir. Ebeveynlerin besleme pratiklerinin çocukların hem beslenme davranışını hem de vücut ağırlığını etkilediği yapılan çalışmalarda görülmüştür (37,38).

Besinlerin seçimi ve hazırlanması aşamasında da çocuğun yer alması desteklenmelidir. Çocuğun tabağına az miktarlarda yemek konması, ocuk isterse tekrar verilmesi aileye anlatılmalıdır. Anne/babaların yemek zamanında yoğun olarak duygularını ifade etmekten kaçınması, belirli miktar ve besinlerde ısrar etmemesi ve şikayetler üzerine ayrı yeme oturumları yapmaya yönelmemesi yemek saatlerinde düzen sağlanması yardımcı olur (39).

gnlerdeki porsiyonların bitirilmesi için çocuklara ısrarcı olunmaması sağlanmalıdır. Besleme sırasında ailenin ısrarcı veya aşırı kontrolü ttm sergilemesi, çocuğun açlık-tokluk durumunu algılama kabiliyetinde azalmaya yol açar ve sonuçta çocuğun tartısı da etkilenir (37,40-42). Daha çok ve daha kolay yesin diye çocuğun oyun alanlarının veya televizyon nnn yemek alanı olarak kullanılmaması, tabak-kaşık ile çocuğun arkasında dolaşarak yemek

yedirilmemesi anneye verilecek öneriler arasında olmalıdır. Bu süreçte ailelere yüksek kalorili, katkı maddeli atıştırma ürünlerinin çocukların gıda tercihlerini değiştirebildiği ve sofraya besinlerine karşı isteksizliğe neden olabildiği anlatılmalıdır (24).

2.2.4. Beslenme kaynaklı sorunlar

Büyümede yetersizlik durumlarının (bodurluk / düşük tartı / zayıflık) enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölüm riskini artırdığı bir çok çalışmada gösterilmiştir. Büyüme yetersizliği olan çocukların yaşamlarının ilerleyen yıllarında bilişsel düzeylerinin de negatif etkilendiği bilinmektedir (43,44). Çocuklukta büyüme geriliği genellikle çok etmenlidir ancak bodurluk ve zayıflık için intrauterin büyüme geriliği önemli bir hazırlayıcı faktördür. Konsepsiyonel dönemde ve gebelikte çeşitli mikrobeyin yetersizlikleri intrauterin büyüme gelişme geriliği ile ilişkili olduğundan, çocuk sağlığını desteklemek için gebelerin, üreme çağındaki kadınların da desteklenmesi önemlidir (45-53).

Bodurluk: Yaşa göre boy Z skorunun -2 standart sapmanın altında olmasıdır. Günümüzde dünya genelinde 5 yaş altı 165 milyon çocuğun bodur olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam 1990'da 253 milyon iken çeşitli çocuk destek çalışmaları ile %35 azaltılmıştır. Gelir düzeyi düşük ülkelere bodurluk zengin ülkelere göre 2,4 kat fazladır (27).

Yapılan araştırmalarda 2-3 yaş öncesinde başlayan bodurluğun geç çocukluk ve adolesan dönemde kognitif fonksiyonlarda ve okul başarısında düşüklük ile ilişkili olduğu saptanmıştır (54-56).

Düşük tartı (Underweight): Yaşa göre ağırlık Z skorunun -2 standart sapmanın altında olmasıdır. Günümüzde dünya genelinde 5 yaş altı 100 milyondan fazla (%16) çocuğun düşük tartılı olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam 1990'da 359 milyon iken günümüze kadar %36 düşüş göstermiştir (27).

Zayıflık (Kavrukluk - Wasting): Boya göre ağırlık Z skorunun -2 standart sapmanın altında olmasıdır. Veriler 1990 yılına göre %11 oranında azalsa da 2011 yılında dünya genelinde 5 yaş altı 52 milyon çocuğun zayıf olduğu tahmin edilmektedir (27).

Fazla tartı ve obezite: Boya göre tartı Z skorunun standart ortalamasının üzerinde olmasıdır. Dünya genelinde 1990 yılında 5 yaş altında 28 milyon çocuk fazla tartılı ya da obezken, bu durum 2011 yılına kadar %54 artış göstererek 43 milyona ulaşmıştır. 2025 yılında tahmini prevalansın %9,9 ve etkilenen çocuk sayısının 64 milyon olması beklenmektedir (27).

Son yıllarda fazla tartılı ve obez çocuklarda görülen artış sadece yüksek gelirli ülkelere özgü değil dünyanın tüm bölgelerine ait bir gerçektir. Zengin ülkelerde prevalans daha yüksek olmasına karşın dünyadaki fazla tartılı ve obez çocukların büyük çoğunluğu (yaklaşık 3/4'ü) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (27).

Çocukluk döneminde fazla tartı hem kısa hem uzun dönemde etkili riskleri beraberinde getirmektedir. Kısa dönemde metabolik bozukluklar (yüksek kolesterol ve trigliserit düzeyleri, yüksek kan şekeri, tip 2 diyabet, yüksek tansiyon) görülebilir (57). Ayrıca çocukluk döneminde fazla tartılı ya da obez olmak, yetişkin dönem obezitesi ile güçlü korelasyon göstermektedir (58,59). Çocukluk obezitesi obezogenik çevrede büyüme, günlük hayatta fiziksel aktivitenin azalması ve diyet alışkanlıkları ile ilişkili olarak artmaktadır (60-62).

2.3. Beslenme Davranışı

Yemek yemekteki temel amaç beslenmek ve bedeni dinç tutmaktır. Çocuklar içinse bunlara ek olarak büyüme ve gelişimin sağlıklı bir şekilde devamlılığının sağlanmasıdır. Ancak kişiler kimi zaman beslenmek için değil; rahatlama, eğlence, paylaşım, hissedilen öfke duygusunu bastırma ya da üzüntüyü giderme amacıyla yemek yiyebilir (63-66). Etnik köken, aile, ekonomik koşullar, coğrafi konum az ya da çok yeme alışkanlığına yansır. Yiyeceklerin seçimi, ne miktarda ve ne sıklıkla yeneceği dış faktörler tarafından kısmen belirlense de, içsel faktörlerin etkisi daha derin ve daha uzun sürelidir (30). Duygular, yaşanan toplumun fiziksel görünümle ilgili dile getirilen ya da getirilmeyen standartları, kişinin bu standartlara karşı tutumu ve beklentileri, yemek yemenin kişi için bir sorun haline gelip gelmeyeceğini etkiler (67).

Yiyecekler ve yemek yemek, vücudu ayakta tutmak için beslenmekten çok daha fazla şey ifade eder. Neyi ifade ettiği ise geçmiş yaşantılara ve kişisel

deneyimlere bağılıdır. Kişi yiyecekler ve yemek yemekle ilgili pek çok çağrışım geliştirir. Bu çağrışımların bazıları herkes için geçerlidir; bazılarıysa belli bir grup, bir aile ya da bir kişiye özeldir. Örneğin, hemen hemen herkes yiyecek sunmayı ve almayı; sevmek, sevilmek, önemsemek ve önemsenmek ile eş tutar. Yemek ile kendini güvende hissetmek arasında bir bağ kurmak tek tek kişilere özgü bir durum değil, aksine tüm insanoğluna özgüdür. Yemek yemek, diğer insanlarla olan yaşantının önemli bir bölümünü oluşturur. Sunulan yemeğin kabul edilmesi, yemeği hazırlayan kişi için mutluluk yaratır; yemeğin reddedilmesi ise gücenmesine neden olabilir. Bu durum özellikle de aile içinde geçerlidir (67).

Can sıkıntısı, yorgunluk gibi duygular aşırı yemeği tetikleyebilir (68). Eğer anne veya baba duygularla baş etmek için aşırı yemeyi kullanıyorsa çocuk da duygularla baş etmek için aynı yöntemle başvuracaktır. Televizyon seyredirken yemek, ayakta yemek, oyun oynarken yemek çocuğun ne kadar yediğini fark etmemesine sebep olacağı için yemeği sofrada ve yemeğe odaklanarak yemek önerilir. Besinler konusunda yeterince bilgi sahibi olmama da çocuğun az ya da aşırı yemesine sebep olabilir (68-71). Yemek, bir dindirme aracı olarak kullanıldığında çocukların iyi hissetmek için abur cubura odaklandıkları bilinmektedir. Dolayısıyla abur cubur yemek çocuk açısından da duygusal tatmin yöntemine dönüşebilir (72).

Çocukluk obezitesi ile ilgili ilk ortam aile ortamıdır. Ailenin obez olma durumu, sosyo-ekonomik durumu, ailenin eğitim düzeyi ve aile tipi çocukluk obezitesi ile ilgilidir. Ayrıca televizyon önünde geçen zaman ve o anda yenen yiyecekler de obez olmayı etkiler (60,61,73). Küçük çocuklarda düzenli yeme alışkanlığı aileler ve bakıcılar tarafından üstlenildiği için bu kişiler önemli bir rol oynarlar. Evde sık tüketilen yemek çeşitleri, ailenin diğer bireylerinin yemek tercihleri ve yeme şekli obezite oluşmasında etkili olan çevresel etmenlerdendir (74). Çocukların yiyecek tercihleri, ailelerinin yeme davranışlarından ve yiyecek tercihlerinden etkilenecek şekilde şekillenir. Çocuklar için yeme genellikle sosyal bir durumdur; çocuklar ailesini ve çevredeki diğer çocukları gözlemleyerek kendi yeme davranışını ve tercihini oluşturur (75,76).

Bebeklik dönemindeki beslenme şekli, çocuğun ileri yıllardaki beslenme alışkanlığını belirler. Anne sütü ile beslenmenin obezite oluşumunu önleyici etkisi

iyi bilinmektedir (77). Çocuk her ağladığında biberon ile süt vermek, muhallebi gibi kaloriden zengin besinlere erken başlamak ve bunları fazla miktarda vermek çocuklarda şişmanlığa yol açan yanlış uygulamalardır (78,79). Ayrıca biberon ile beslenen çocuklarda, anneler şişede ne kadar yiyecek kaldığını görerek, biberonu bitirme konusunda çocuğunu teşvik edebilir. Fakat emzirilen çocuklarda, kontrol çocuktur (75).

Gelişmiş ülkelerde şişmanlığın düşük sosyoekonomik gruplarda ve kalabalık ailelerde daha sık olması, bu kesimde beslenme ve sağlıkla ilgili bilgi eksikliğinin daha yaygın oluşuna, aktivite azlığına, yüksek kalorili gıdaların ucuzluğuna ve uygun besin bulabilme olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle kişilerin tek yönlü beslenmeye yönelmesine bağlanmaktadır (78-82). Modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlığında kalori ve yağ yoğunluğunun fazla oluşu (fast food tarzı beslenme) obezite sıklığının artışında bir risk faktörüdür (75,77).

Psikanalitik kurama göre fazla yeme, psikoseksüel gelişmenin oral dönemine bağlı kalınmasından kaynaklanır. Bu kurama göre, yemek yeme, parmak emme gibi oral etkinlikler erken yaşamda yakınlığa ve sevgiye eşdeğerdir. Daha sonraki yaşamda sevgi ve güvene olan gereksinim doyurulmamışsa, oburluk bunların yerine geçer. Yaşam üzücü ise, kişi yiyeceği duygularını doyurmak için kullanır. Çocuklarının her ağlama ve rahatsızlığına meme ya da biberonla cevap veren anneler, böylece onların oral doyum ve yaşantı açlığını koşullandırarak ileride stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olur (81). Bazı çocuklarda psikolojik sorunlara tepki olarak aşırı iştahsızlık görülebileceği gibi, bazılarında bu tepki fazla yeme şeklinde ortaya çıkar (80,83,84).

2.3.1. Sık görülen beslenme davranışı sorunları

Erken çocukluk döneminde anne-babaların sıkça dile getirdikleri yakınmalardan biri bebeklerinin “iştahsız” olması, “hiçbir şey yemek istememesidir”. Yeme sorunu nedeniyle doktora başvurma sıklığı tüm dünyada yüksektir ve gelişimsel yönden sağlıklı çocukların yaklaşık %20-25’inde yeme sorunu olduğu bildirilmektedir (85,86). Aslında beslenme sorunları sık görülse de ailelerin büyük bir çoğunluğu endişeleri nedeni ile bu sorunları olduğundan daha ciddi boyutlarda ifade ederler. Bu durum pek çok nedene bağlıdır. Bu nedenler

arasında anne-babaların bebeklerini besleme yöntemleri, beslenme düzeni ile ilgili alışkanlıklar ve yanlış beklentiler ön sıradadır (87,88). Ailelerin çoğu, çocukların yemeklerle ilgili karar vermek için çok küçük olduğunu ya da yeterince sorumlu olmadığını düşünürler ve çocuklarının ne yiyeceğine kendileri karar vermeyi tercih ederler (89,90). Ebeveynlerin, çocuklarına yiyecekleri besinlerde seçim şansı sunmamaları, kendi kendilerine yemeleri için destekleyici olmamaları beslenme sorunlarının altında yatan nedenlerden bazılarıdır (30,91,92).

“İştahsızlık” şikayetini değerlendirirken öncelikle büyüme gelişme ölçümlere bakılmalıdır. Ayrıca olası tıbbi nedenleri araştırmak gerekir. Normal büyüme eğrisi gösteren çocuklarda 15-18 aylar arasında iştah en düşük düzeydedir. Yemeği reddetme ya da belli yiyeceklere yönelme davranışına 2 yaşındaki çocuklarda sık rastlanır. Çocuklar her dönemde aynı büyüme hızını göstermezler. Doğumdan bir yaşa kadar olan hızlı büyüme 2-4 yaşlarında azalır. Eğer çocuğun büyüme ve gelişmesi normalse, yeme alışkanlıkları bir sağlık sorunu oluşturmuyorsa, çocuk ihtiyaçları kadar yiyorsa, annelere endişe etmelerine gerek olmadığı anlatılmalıdır. Piazza ve ark tarafından yapılan bir çalışmada yeme reddi davranışı sonrası bebeklerin hoşuna gidecek bir davranışta bulunmak (örn, ilgisini çekmek için oyunlar üretmek, ona daha fazla ilgi göstermek) bu davranışın pekişmesine neden olmaktadır (87).

Bir-iki yaşından sonraki çocuk beslenmesinde genelde aileler otonom davranmakta ve beslenme modelinin belirlenmesinde ailevi alışkanlıklar önemli rol oynamaktadır (69, 93-95). İki-üç yaşları arasında çocukların iştahında normal olarak azalma görülür ve bu durum aile bireyleri arasında endişeye neden olur. Aynı yaş döneminde çocukların inatçılıkları ve yemek seçme özellikleri de bu duruma eklenince anne-baba ile çocukların ilişkisinde kısır bir döngüye girilebilir. İkinci yılda tipik olarak çocuklar bazı yemeklere itiraz edebilirler (bir ay sebzeler, bir ay et, yumurta, vs.). Bu da yine kontrol isteğinden ileri gelir, neleri yiyip yemeyeceğine kendisi karar vermek ister. Eğer bu zamanlarda seçmesine veya itiraz etmesine izin verilirse yeme problemi azaltılabilir (88).

Çocuklar erken yaşlarda ebeveynleri gözleyerek sofrada nasıl davranması gerektiğini öğrenmeye başlar. Yemek sosyal bir olaydır. Sosyal çevrenin yarattığı olumlu ve olumsuz duygular yemekle şartlanır. Bu yüzden yemek saatlerinde

olumlu bir sosyal ortam sağlamak önemlidir. Kronik ve şiddetli beslenme bozukluklarının; çocuklarda daha fazla sağlık sorunlarının görülmesi, çocuklarda ve ailelerinde daha fazla psikolojik sorunlar görülmesi ve çocuklarda daha sık yeme bozuklukları (örn, anoreksiya nevroza) görülmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (96-99). Bu nedenle, beslenme öğünlerinin aynı zamanda öğrenme ve sosyal etkileşim zamanı olduğu unutulmamalı, beslenme sırasında çocuğun psikososyal gelişimini göz önüne alan bir yaklaşım sergilenmelidir (100-103).

2.4. Beden Algısı

Beden imajı, bedenin öznel ve bireysel algısı olup kişiliğin temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Bireyin fiziksel kendiliğinin zihinsel bir resmi, kendiliğin gözle görünen kısmı, özellikle ergenlikte kendiliğin simgesi olarak nitelenen beden imajı, kendilik algısıyla bağlantılı olarak ele alınmaktadır (104-106).

Beden algısı kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesi olarak da tanımlanmaktadır (107). Çeşitli disiplinlerde uygulama olanağı bulunduğundan aslında bu kavramın farklı tanımları yapılmıştır. “Kendi bedenimizin zihnimizde biçimlenen ve o bedenin kendimize görünen biçimini söyleyen resmi” veya “bedenin şekil, ölçü ve biçim gibi karakteristik özelliklerini ve bunlarla ilgili olan duyguları içeren, zihinde var olan bir resim” olarak da tanımlanmıştır (108). Beden algısı yerine beden imgesi, beden şeması, beden egosu ya da beden sınırı şeklinde ifadeler de kullanılabilir. Beden algısı, bireyin kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir. Beden algısının gelişmesi ve sürekli değişmesi bedensel gelişme dışında birçok durumdan etkilenmektedir. Bunlar arasında; cinsiyet, yaş, vücut yapısı ve ağırlık durumu, benlik gücü, dürtüler, güven duygusu, bedenine karşı duyarlılık ve verilen anlam, medya baskısı ve toplumun beden görünüşüne verdiği değer sayılabilir (109).

Beden algısı kavramı içinde, bireylerin kendi bedenleri ile ilgili deneyimleri, tutumları ve duyguları gibi pek çok kavram yer almaktadır. Bunların yanı sıra, bireylerin kendi bedenlerinde ve diğer kişilerin bedenlerinde olan değişiklikleri

fark etmelerinde ve bu değişimleri yorumlamalarında kültürün de etkisi olduğu bilinmektedir. Bu sayede kişiler “sağlıklı olmayı hasta olmaktan”; “engelli olmayı engelli olmamaktan”, “herhangi bir hastalık bulgusunu algılamayı ya da ifade etmeyi”, “bedenin hangi bölümlerinin açıkta kalacağını toplumda bir rahatsızlık oluşturmayaacağı” gibi durumları ayırt edebilmektedirler (110).

Her toplumda insan bedeninin “fiziksel” ya da “biçimsel” boyutunun yanı sıra, sosyal bir gerçekliği de bulunmaktadır. Bu durum bireylerin yaşından, cinsiyetinden, sosyoekonomik koşullarından, çalışma durumlarından, dini inanışlarından vb. etkilenmektedir. Farklı kültürler için ya da aynı kültür içindeki farklı gruplar için bedenin “sosyal” yapısı farklı olabilmektedir. “Güzellik” kavramı, bu fiziksel ve bedenin yüzeyi ile ilgili yapılan değişiklikleri yakından etkiler (110).

Görünüşe yüklenen anlam ve değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürel yapısına göre değişiklik gösterebilir. Kendilerine sunulan ideal ölçülere göre bedenleriyle ilgili duygu ve tutum geliştiren bireylerde ideal ölçülerden sapma, bireyin kendilik değerlendirmesinde değişmeye yol açmaktadır. Çünkü bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendine güven, kendine saygı, kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile yakından ilişkilidir (107).

Düşük benlik saygısına sahip bireyler hedef belirlemede ve problem çözmede güçlük çekerler (111). Benlik saygısının düşük olmasının yeme bozukluklarıyla, madde kullanımıyla, depresif ruh hali, yaşamdan doyum alamama ve genel iyilik hali eksikliği ve intihar eğilimi ile ilişkisini gösteren pek çok çalışma vardır (112).

Annelerin, çocuklarının ağırlığı ile ilgili algıları; kendi ağırlık durumu, çocuğunun yaşatlarının ağırlık durumu, kültürel inançlar ve medyada oluşturulan kalıplar gibi birçok faktörden etkilenir (114-118). Annelerin yanlış görüş ve inanışları çocuklarını beslemede sorunlara yol açabilir. Kendi ağırlığına ve beslenme davranışlarına karşı önyargılı olan bir anne çocuğunun yeme davranışını olumsuz etkileyebilir, özellikle de çocuğunu olduğundan kilolu olarak algılıyorsa kilo vermesi için aşırı kısıtlamalar yapabilir (119,120). Bu da çocuğun sağlıklı

olarak gelişmesi için alması gereken mikro ve makrobeyinleri alamamasına neden olabilir.

Annelerin, özellikle de kilolu çocukların annelerinin çocuklarının ağırlığını olduğundan düşük gördüklerini kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır (121-127). Annenin, çocuğunu sağlıklı olarak algıladığı ağırlığa getirmek için fazla beslemesine ve sağlıklı ağırlıktaki çocukların kilolu hale gelmesine yol açabilir. Çocukların, annesi tarafından olduğundan daha fazla ağırlıkta algılanması ise gerekli besin öğelerinin alımını kısıtlayarak yetersiz beslenmeye ya da yeme davranışı bozukluklarına yol açabilir (114).

Bu çalışmanın amacı, annelerin hem çocuklarının ağırlıkları hem de kendi ağırlıkları ile ilgili algılarını değerlendirmektir. Ek olarak annenin görüşünü etkileyen sosyodemografik özellikler, ebeveynlerin ağırlık durumunun çocukları hakkındaki görüşlerine etkisi, çocukların ağırlık ve beslenmesi ile ilgili inanç ve görüşler hakkında da bilgi edinilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçilmesi

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 2-5 yaş arası çocuk – anne çiftlerinden aydınlatılmış onam veren ilk 170 çift çalışmamıza katıldı.

Başvuruda anne ile birlikte olmayan çocuklar, 2 yaşını doldurmamış olan ya da 5 yaşından büyük çocuklar ve kronik hastalığı olan çocuklar çalışma dışında bırakıldı.

Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır (Tarih; 29.01.2014, Sayı; 70).

3.2. Anket

Çalışmaya katılan 170 anneye uygulanmak üzere hazırlanan anketler demografik bilgiler, bebeğin ağırlığı ve beslenmesi ile ilgili görüşler, annenin kendi ağırlık durumunu ile ilgili algısının değerlendirilmesi ve annenin çocuğunun ağırlık durumu ile ilgili algısının değerlendirilmesini içeren 4 bölümden oluşmaktaydı (Ek 1).

Birinci bölümde çocuğun cinsiyeti, doğum tarihi, çocuğun boy ve ağırlık ölçümleri; anne ve babanın yaşı, eğitim seviyesi, çalışma durumu; annenin boy ve ağırlık ölçümleri; evde yaşayan kişi sayısı ve gelir durumu irdelenmekteydi. Yine bu bölümde annenin çocuğunun beslenmesi ile ilgili konuları kimlere danıştığı ve çocuğun beslenmesine karar verenin kim/kimler olduğu sorulmaktaydı.

İkinci bölümde, verilen sözel ölçekten çocuğun ağırlık durumunu en iyi tarif seçeneğin seçilmesi istendi. Ölçek çok zayıf, zayıf, normal, kilolu ve şişman seçeneklerinden oluşmaktaydı. Devamında annenin, çocuğunun beslenmesi hakkındaki görüşlerini değerlendiren soru yer almaktaydı. Anneye çocuğunun beslenmesine en uygununu seçmesi için “yetersiz beslenir”, “az yer”, “normal”, “bazen fazla yer” ve “çok fazla yer” seçenekleri sunuldu. Bu bölümün devamında yer alan 10 adet önerme için annelerin doğru ya da yanlış seçeneğini işaretlemesi istendi, çocukların beslenmesi ve ağırlık durumları ile ilgili doğru bilinen yanlışlar

ve inanışlar değerlendirildi.

Üçüncü bölümde annenin kendi ağırlık durumunu sözel ve görsel olarak nasıl algıladığı değerlendirildi. Bu bölümde, verilen sözel ölçekten annenin kendi ağırlık durumuna en uygun olan seçeneği seçmesi istendi. Ölçek çok zayıf, zayıf, normal, kilolu ve şişman seçeneklerinden oluşmaktaydı. Sonraki soruda, beden kitle indeksi persentilleri baz alınarak hazırlanmış 9 resimden oluşan görsel ölçek verilerek kendi görünümüne benzeyeni seçmesi istendi. Ölçekte bulunan resim 1, beden kitle indeksi 18,5 altında olan yani “zayıf” yetişkin kadınları; resim 2, 3, 4, 5 ve 6 beden kitle indeksi 18,5 ile 25 arasında olan yani normal tartılı kadınları; resim 7 ve 8, beden kitle indeksi 25 ile 30 arasında olan yani kilolu kadınları ve resim 9 da beden kitle indeksi 30 üzerinde olan şişman kadınları temsil etmekteydi. Aynı görsel ölçekten annenin olmak istediği durumu seçmesi istendi. Annenin görsel beden algısı için ek olarak www.bmivisualizer.com sitesinde yer alan 3 boyutlu görüntüleyiciden yararlanıldı. Siteye annenin boy bilgisi tarafımızdan girildi, anneden 3 boyutlu görseli kilolu ve zayıf taraflara kaydırarak kendine en çok uyan yerde durması istendi ve o görselin beden kitle indeksi kaydedildi. Annenin mevcut ağırlık durumu ile ilgili seçimlerinde gerçek beden kitle indeks grubuna uygun resim ya visualizer seçmesi doğru kabul edildi (yani normal kişinin resimlerden 2-6’yı, visualizer’dan 18,5-25 beden kitle indeks aralığında görsel seçmesi). Visualizer uygulamasında annenin olmak istediği görsel durum da belirlenerek beden kitle indeksi karşılığı kaydedildi. Üçüncü bölümün sonunda annenin olmak istediği beden kitle indeksini hesaplayıp diğer verilerle karşılaştırmak için annenin olmak istediği ağırlık soruldu.

Son bölümde annelerin çocuklarının ağırlığı ile ilgili algılarını, memnuniyetlerini ve beklentilerini değerlendirmek için 2-5 yaş arası çocuklar için boya göre ağırlık persentili baz alınarak hazırlanmış; cinsiyet, ırk ve etnik olarak nötr çocukları temsil eden 7 resimden oluşan ve geçerliliği gösterilmiş olan Erken Çocukluk Çağı Beden Ölçeği kullanıldı (113). Çocukluk Çağı Beden Ölçeği’ndeki 7 resim, temsil ettikleri boya göre ağırlık persentil aralıklarına göre sınıflandırıldı. İlk iki resim boya göre ağırlık persentili olarak 15 persentil altında kalan yani zayıf çocukları temsil etmekteydi. Resim 3, 4 ve 5; boya göre ağırlık persentili olarak 15 ile 85 aralığını yani normal çocukları temsil etmekteydi. Resim 6, boya

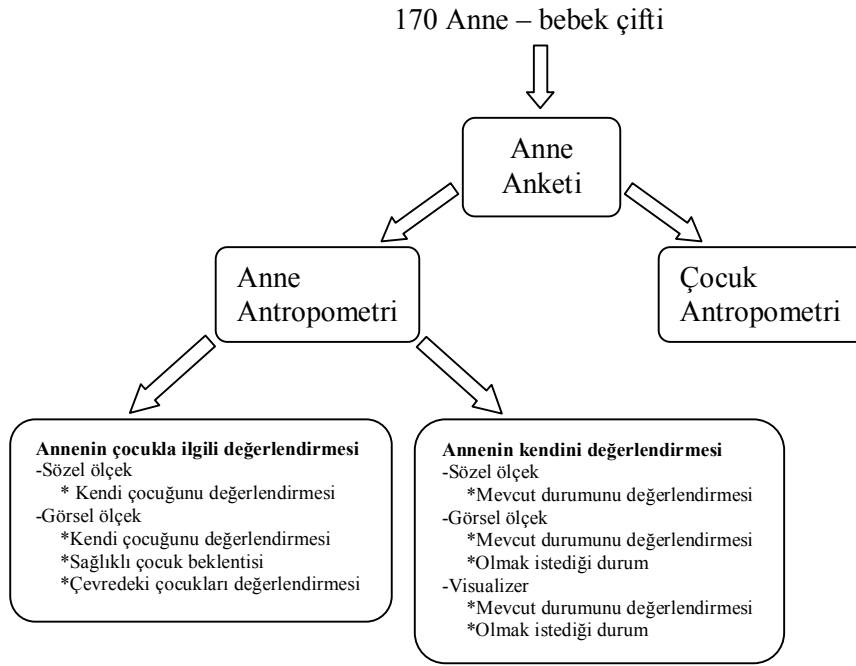
göre ağırlık persentili olarak 85 – 95 aralığını yani kilolu çocukları; resim 7 ise 95 persentil üzerini yani şişman çocukları temsil etmekteydi. Çocuğu boya göre ağırlık persentiline göre zayıf olan annelerin resim 1 ya da 2’yi; çocuğu normal olan annelerin resim 3, 4 ya da 5’i; çocuğu kilolu olan annelerin resim 6’yı ve çocuğu şişman olan annelerin resim 7’yi seçmesi doğru kabul edildi (Şema 1).

3.3. Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılan anne çocuk çiftlerinin boy ve ağırlıkları ölçülerek kaydedildi. Bebeklerin ağırlık ölçümleri, üzerinde iç çamaşırı ya da bez varken; minimum 1 kg maksimum 150 kg tartabilen, duyarlılığı 50 gr olan ve kalibrasyonu yapılmış NAN marka tartı kullanılarak ve ardışık 3 ölçüm alınarak yapıldı. Bebeklerin boy ölçümleri; NAN marka boy ölçüm aleti kullanılarak santimetre olarak, ardışık 3 ölçüm alınarak yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü’nün cinsiyetlere özgü boya göre ağırlık persentilleri kullanılarak; 15 persentil altı zayıf, 15 – 85 persentil arası normal, 85 – 95 persentil arası kilolu ve 95 persentil üzeri şişman kabul edildi.

Annelerin ağırlık ölçümleri minimum 1 kg maksimum 150 kg tartabilen, duyarlılığı 50gr olan ve kalibrasyonu yapılmış NAN marka tartı ile ardışık 2 ölçüm alınarak yapıldı. Annelerin boy ölçümleri; NAN marka boy ölçüm aleti kullanılarak santimetre cinsinden, ardışık 3 ölçüm alınarak yapıldı. Beden kitle indeksi 18,5’in altında olanlar zayıf, 18,5 – 25 arasında olanlar normal, 25 – 30 arasında olanlar kilolu ve 30’un üzerinde olanlar şişman olarak kabul edildi.

Anket formlarında yer alan çocuğun adı-soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, çocuğun ve annenin boy ve ağırlık bilgileri tarafımızdan doldurulduktan sonra anket anneye verildi. Anne anketi doldurduktan sonra www.bmivisualizer.com sitesinden annenin kendine uygun bulduğu ve olmak istediği görselleri belirlemesi sağlanıp beden kitle indeksi karşılıkları kaydedildi.



Şema 1.

3.4. İstatistiksel Analiz

Akdeniz Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı’ndan gerekli hasta sayısının belirlenmesi, anketin geçerliliğinin değerlendirilmesi, sonuçların istatistiksel olarak değerlendirilmesi aşamalarında destek alınmıştır.

Yöntem: Anketin geçerliliği Cronbach Alfa değeri hesaplanarak değerlendirildi. Veriler PASW 18 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı “Student t testi”, ikiden fazla grup arası fark ise “varyans analizi” ile araştırıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, “Mann-Whitney U” ve “Kruskall Wallis” testleri kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanılarak analiz edildi. Kategorik veriler ise “ki-kare anlamlılık testi” ya da "Fisher's Exact test" ile incelendi.

Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bilgiler

Çalışmaya katılan 170 anne – çocuk çifti incelendiğinde çocukların yaş ortalaması 40,5 ($\pm 10,72$) ay, annelerin yaş ortalaması 30,5 ($\pm 5,26$) yıl, babaların yaş ortalaması 34,0 ($\pm 5,2$) yıl saptandı. Çocukların 88'i kız (%51,7), 82'si erkekti (%48,2) (Çizelge 4.1).

Çocukların boy ortalaması 97,8 ($\pm 8,5$) cm, ağırlık ortalaması 14,7 ($\pm 2,9$) kg saptandı. Kız çocuklarda boy 97,7 ($\pm 8,6$) cm, erkeklerde 98,0 ($\pm 8,4$) cm, kız çocuklarda ağırlık 14,6 ($\pm 3,2$) kg, erkeklerde 14,7 ($\pm 2,57$) kg idi.

Boya göre ağırlık persentilleri incelendiğinde 8 çocuğun (%4,7) şişman (95 persentil üzeri) olduğu saptandı. 16 çocuk (%9,4) fazla tartılı yani kiloluydu (85-95 persentil arası). Çocukların %58,2'si (99 çocuk) normal tartılıydı (15-85 persentil arası). 47 çocuk (%27,6) ise zayıf saptandı (15 persentil altı).

Annelerin boy ortalaması 160 ($\pm 5,5$) cm, ağırlık ortalaması 68,3 ($\pm 14,5$) kg bulundu. Ortalama beden kitle indeksi ise 26,6 ($\pm 5,14$) olarak saptandı.

Ailelerin %17,6'sının aylık geliri giderlerini karşılamıyordu. Aylık geliri giderlerine tam denk gelen aileler %70'lik bir kısmı oluştururken, %12,4 aile giderleri için gerekenden fazlasını kazanıyordu. Evde yaşayan kişi sayısı 2'den 20'ye kadar değişiyordu, ortalaması 4,2 ($\pm 1,7$) idi. Annelerin %22,4'ü, babaların %95,9'u çalışıyordu, 7 baba işsizdi.

Annelere çocuğunun beslenmesi ile ilgili konuları kimlere danıştığı sorulduğunda, en çok danışılan kişi %44,5 işaretlenme oranı ile “aile hekimi” dedi. Sonrasında %23,4 ile “çocuk hekimi” ve %14,7 ile “diğer” seçeneği geliyordu. “Diğer” seçeneğini işaretleyen annelere sözel olarak sorulduğunda büyük kısmı internetten faydalandığını belirtti. Daha az oranda danışılanlar ise %5,5 anneanne, %5,5 babaanne, %3,6 eş ve %2,8 ile arkadaşlardı.

Çizelge 4.1. Katılımcılar ve ailelerin sosyodemografik özellikleri.

Demografik Özellikler	Sayı	%
Çocuk Cinsiyet		
Kız	88	51,7
Erkek	82	48,2
Çocuk Yaş (ay)		
Ortalama	40,5 (±10,7)	
Kız	41,1 (±10,8)	
Erkek	39,9 (±10,5)	
Çocuk Boy (cm)		
Ortalama	97,9 (±8,5)	
Kız	97,7 (±8,7)	
Erkek	98,0 (±8,4)	
Çocuk Ağırlık (kg)		
Ortalama	14,7 (±2,9)	
Kız	14,6 (±3,2)	
Erkek	14,7 (±2,5)	
Boya Göre Ağırlık Persentil		
< 15	47	27,6
15 - 85	99	58,2
85 - 95	16	9,4
> 95	8	4,7
Anne Yaşı (yıl)	30,5 (±5,3)	
Anne BKİ		
Ortalama	26,6 (±5,1)	
< 18,5	4	2,4
18,5 - 25	69	40,6
25 - 30	59	34,6
> 30	38	22,4
Anne Eğitimi		
≤ 8 yıl	116	68,2
Lise	29	17,1
Üniversite ve üstü	25	14,7
Baba Eğitimi		
≤ 8 yıl	107	62,9
Lise	36	21,2
Üniversite ve üstü	27	15,9
Aile Geliri		
Gider > Gelir	30	17,6
Gider = Gelir	119	70
Gider < Gelir	21	12,4
Evdeki Birey Sayısı		
Ortalama	4,2 (±1,7)	
Ortanca	4	
Çocuk Beslenmesinde Bilgi Kaynağı		
Aile hekimi	76	44,5
Çocuk hekimi	40	23,4
İnternet	25	14,7
Anneanne	9	5,5
Babaanne	9	5,5
Baba	6	3,6
Arkadaşlar	5	2,8
Çocuk Beslenmesinde Karar Veren		
Anne	124	72,7
Çocuk	27	16
Baba	15	8,8
Babaanne	3	1,5
Anneanne	1	0,5

Çocuğun beslenmesi ile ilgili kararı sonuçta kimin verdiği sorulduğunda, karar verenler arasında en sık %72,7 işaretlenme oranı ile anne bulundu. Annelerin %16'sı beslenme kararını verirken çocuğun fikrini alıyordu. Annelerin %8,8'i beslenme kararını eşi ile, %1,5'u babaanne ile ve %0,5'i de anneanne ile veriyordu. Beslenme kararını verirken çocuğun fikrini alanlarla almayanlar karşılaştırıldığında, çocuğun boya göre ağırlık persentil durumu benzer dağılım göstermekteydi.

4.2. Bebek Beslenmesi ve Tartısı ile İlgili Genel Bilgi ve Düşünceler

Bu bölümde annelere bazı önermeler sunuldu ve annelerin doğru ya da yanlış diye işaretlenmeleri istendi. Annelerin verdiği yanıtların dağılımı Çizelge 4.2'de sunulmuştur.

Annelerin %11,8'i (20 anne), kilonun bebeğin sağlık durumu için her zaman iyi bir gösterge olduğunu düşünüyordu. Annelerin eğitim seviyesine göre baktığımızda, eğitim seviyesi düşük olan annelerde bu yanlış görüş %13,8 oranındayken eğitim seviyesi yüksek annelerde %7,4'tü. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı.

İkinci önermeye verilen yanıtlarda annelerin sadece %3,5'unun, kilolu bebeklerin her zaman zayıflardan daha sağlıklı olduğu görüşüne katıldığı saptandı. Bu soruya doğru yanıt verme oranı en yüksek grup %100 ile geliri yüksek olan annelerdi, ancak gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Eğitim seviyesi yüksek annelerde de doğru yanıt verme oranı %100 saptandı ancak diğer eğitim seviyesi grupları ile arasında anlamlı istatistiksel fark yoktu.

Annelerin %8,8'i zayıf bebeklerin genellikle hasta olduğu görüşüne katılıyordu. Eğitim seviyesi yüksek annelerde bu görüş %3,7 oranında, eğitimi düşük annelerde %11,2 oranındaydı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Ek gıdalara erken başlandığında bebeklerin daha sağlıklı olacağı görüşünde olan 26 anne (%15,3) mevcuttu. Bu soruda gelir düzeyi arttıkça yanlış düşünme oranı azalıyordu. Düşük gelir grubunda yanlış cevap verme oranı %23,3 iken orta gelir grubunda %15,1'e ve yüksek gelir grubunda %4,8'e düşüyordu. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Çizelge 4.2. Annelerin beslenme ile ilgili kendilerine verilen önermeleri “doğru” ya da “yanlış” olarak kabul etme durumları.

Bebek Beslenmesi ve Tartısı ile İlgili Genel Bilgi ve Düşünceler	Doğru Olduğunu Kabul Eden Anneler		Yanlış Olduğunu Kabul Eden Anneler	
	n	%	n	%
Ağırlık her zaman sağlık durumunun iyi bir göstergesidir.	20	11,8	150	88,2
Kilolular her zaman zayıflardan daha sağlıklıdır.	6	3,5	164	96,5
Zayıf bebekler hastadır.	15	8,8	155	91,2
Ek gıdalara erken başlanırsa daha sağlıklı olur.	26	15,3	144	84,7
Çocuklar kilolu olsalar da büyüyünce fazla kilolarını atarlar.	82	48,2	88	51,8
Çocukların büyümeleri gerekir bu nedenle her istediklerini yiyebilirler.	34	20	136	80
Çevrem çocğumun kilosı ile ilgili düşünceleri benim için önemlidir.	59	34,7	111	65,3
Çevremdekiler çocğumun kilosunun az olduğunu söylerse onu daha çok beslerim.	58	34,1	112	65,9
Çocğumun kilosunun daha iyi olması için gıda takviyesine başvururum.	105	61,8	65	38,2
Şişmanlık sorunu olmayan çocukların hazır gıda tüketmesinde sakınca yoktur.	10	5,9	160	94,1

Anketimizdeki önermeler arasında en sık görülen yanlış inanış; bebeklerin, kilolu olsalar da fazla kilolarını büyüyünce atacağı düşüncesi idi. Bu düşünceye katılan 82 anne mevcuttu (%48,2). Yanlış cevap verme oranı en yüksek olan grup gelir seviyesi düşük olan annelerdi (%53,3), ancak gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Çocukların büyümesi gerektiği, bu yüzden de her istediklerini yemelerine izin verilmesi gerektiği görüşüne katılan annelerin oranı %20 saptandı. Gelir seviyesi düşük annelerin %33,3’ünde bu yanlış görüş hakimdi, ancak diğer gelir grupları ile anlamlı fark saptanmadı (p:0,08).

Annelerin %34,7’si; büyükanne - büyükbaba ya da komşularının, çocuğun kilosı veya kilo alımı konusundaki düşüncelerine önem verdiğini belirtti. Eğitim seviyesi düşük annelerde çevredekilerin görüşlerine önem verme oranı anlamlı derecede daha yüksek saptandı (p:0,009).

Çevredekilerin çocuğun kilo alımının yetersiz olduğuna dair görüşlerine dayanarak çocuğunu daha çok besleyeceğini söyleyen annelerin oranı %34,1

saptandı. Bu oran eğitim seviyesi ile ilişkili bulundu; eğitim seviyesi düşük annelerde bu yanlış görüşe katılma oranı daha yüksek saptandı ($p<0,01$). Çevredekilerin görüşlerine dayanarak çocuğunu daha çok besleyeceğini söyleyen annelerin oranı gelir düzeyi azaldıkça artıyordu ancak istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p:0,06$).

Çocuğunun kilosunun daha iyi olması için vitamin, balık yağı, polen gibi gıda takviyelerine başvurabileceğini söyleyen annelerin oranı %61,8 olarak saptandı. Gelir seviyesi düşük annelerde bu oran %80'e kadar çıkıyordu ancak gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p:0,051$).

Şişmanlık sorunu olmayan çocuklar için hazır gıdaların sakıncalı olmadığı görüşüne katılan anneler %5,9'luk bir kısmı oluşturmuyordu.

4.3. Çocukların Gerçek Ağırlıkları ve Annelerin Çocuğunun Beslenme Durumu Hakkındaki Görüşleri

Annelere çocuğunun beslenmesi ile ilgili değerlendirmelerinin sorulduğu bölümde annelerin %48,8'i çocuğunun yemek yemesini normal olarak değerlendirdi. Annelerin %37'si çocuğunun az ya da yetersiz yediğini düşünmekteydi. Annelerin %14,2'si çocuğunun fazla ya da çok fazla yediğini düşünmekteydi.

Anneleri tarafından az ya da yetersiz beslendiğini ifade edilen çocukların ağırlık durumu değerlendirildiğinde %31,7'sinin zayıf, %63,5'i normal ve %4,8'inin kilolu olduğu gözlemlendi. Çocuğunun beslenmesini normal gören 83 anne (%48,8) vardı. Çocuklarına baktığımızda %26,5'i zayıftı, %62,7'si normaldi, %4,8'i kiloluydu ve %6'sı de şişmandı. Çocuğunun beslenmesi için “bazen fazla yer” ya da “çok fazla yer” seçeneklerini seçen 24 anne (%14,2) vardı. Bu annelerin çocuklarından %20,8'i zayıf, %29,2'si normal, %37,5'i kilolu ve %12,5'i şişman saptandı. Annelerin fazla yediğini düşündüğü çocukların kilolu olma oranı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0,000$) (Çizelge 4.3).

Annelerin çocuğunun beslenmesi ile ilgili görüşleri az'dan çok'a doğru gittikçe çocukların boya göre ağırlıkları da artmaktaydı, istatistiksel olarak zayıf korelasyon saptandı ($p<0,01$ $r: 0,237$).

Çizelge 4.3. Annelerin çocuklarının beslenmesi ile ilgili görüşlerinin çocuğun boya göre ağırlık persentilleri ile karşılaştırılması.

Annenin çocuğun beslenmesi ile ilgili görüşü	Sayı	Yüzde	Çocuğun boya göre ağırlık persentili	Sayı	Yüzde
Az yer / Yetersiz beslenir	63	37	< 15	20	31,7
			15-85	40	63,5
			>85	3	4,8
Normal	83	48,8	< 15	22	26,5
			15-85	52	62,7
			>85	9	10,8
Bazen fazla yer / Çok fazla yer	24	14,2	< 15	5	20,8
			15-85	7	29,2
			>85	12	50,0*

*p<0,000

4.4. Çocuğun Ağırlık Durumunun Sözel Olarak Nitelendirilmesi

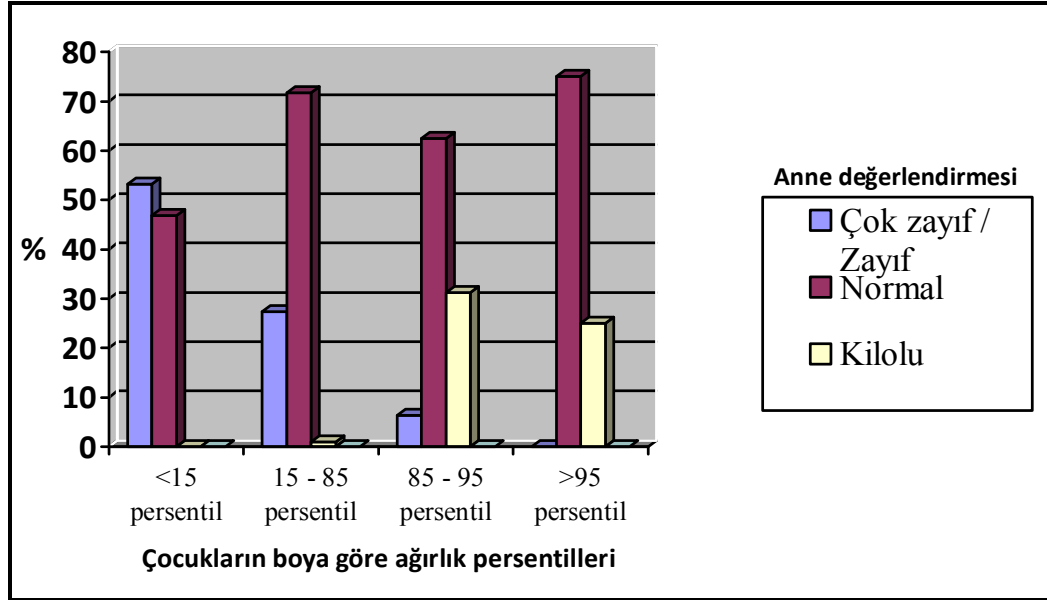
Çocuğun ağırlık durumunun sözel olarak seçilmesinin istendiği bu bölümde annelere çok zayıf, zayıf, normal, kilolu ve şişman seçenekleri sunuldu. Cevaplar boya göre ağırlık persentilleri ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Grafik 4.1).

Sözel ölçek ile çocuğun boya göre ağırlık persentili arasında orta düzeyde korelasyon saptandı ($p<0,001$ $r: 0,420$). Annelerin %3,6'sı çocuğunu çok zayıf, %27,6'sı zayıf olarak nitelendirdi. Annelerin %64,1'i çocuğunu normal, %4,7'si çocuğunu kilolu grubunda değerlendirdi. Çocuğunu şişman olarak nitelendiren anne yoktu. Çocukların gerçek durumlarına bakıldığında 47 tane (%27,6) zayıf çocuk saptandı. 99 çocuk (%58,2) normal ağırlıkta, 16 çocuk (%9,4) kilolu ve 8 çocuk (%4,7) şişman saptandı.

Çocuğunu “çok zayıf” ya da “zayıf” olarak nitelendiren anneler 53 kişiydi (%31,1). Bu çocuklardan 25 tanesi (%47,2) 15 persentil altındaydı, yani gerçekten zayıftı. Anneleri tarafından zayıf olarak nitelendirilen diğer çocukların 27'si (%50,9) normal, 1'i (%1,9) ise kilolu idi.

Annesinin “normal” olarak nitelendirdiği 109 çocuk (%64,1) vardı. Bu çocuklardan 22 tanesi (%20,2) gerçekte zayıftı, 71 tanesi (%65,1) gerçekte de normaldi, 10'u (%9,2) gerçekte kiloluydu ve 6 tanesi (%5,5) de gerçekte şişmandı.

Annelerden 8 tanesi (%4,7) çocuğunu “kilolu” olarak nitelendirmişti. Bu çocuklardan 1’i (%12,5) gerçekte normal tartıdaydı, 5’i (%62,5) kiloluydu ve 2 tanesi (%25) aslında şişmandı.

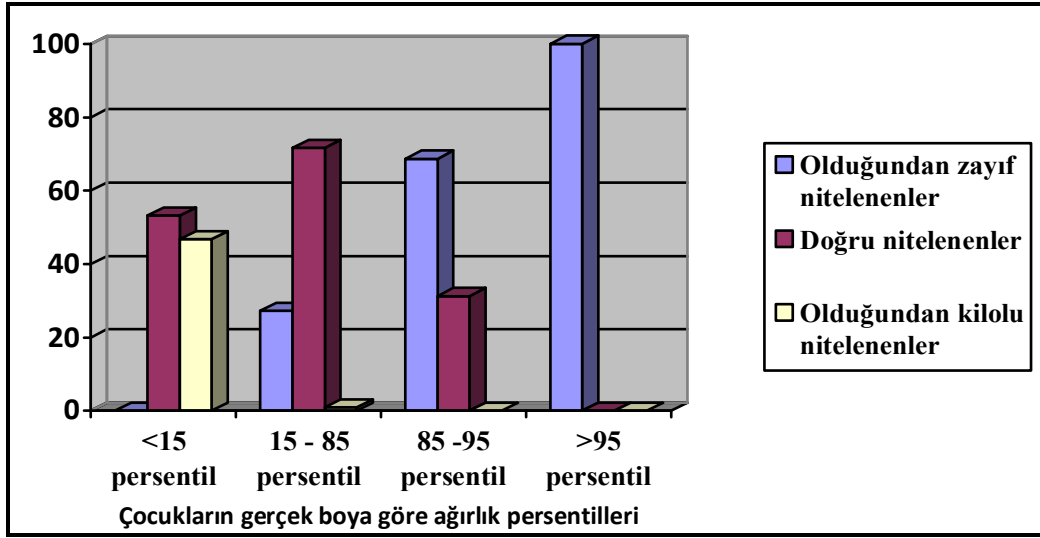


Grafik 4.1. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin sözel değerlendirmelerinin dağılımı.

Annelerin tamamını değerlendirdiğimizde %27’si sözel ölçekte çocuğunu gerçekte olduğundan daha zayıf olarak nitelendiriyordu. Çocuğunu sözel olarak doğru nitelendirme oranı %59,4 (101 anne) saptandı, annelerin %10,6’sı ise çocuğunu olduğundan daha kilolu nitelendirdi (Grafik 4.1).

Zayıf çocukların anneleri sözel ölçekte %46,8 oranında çocuklarını yanlış nitelendirirken bu oran normal çocukların annelerinde %28,2, kilolu çocukların annelerinde %68,8 ve şişman çocukların annelerinde %100 olarak saptandı. Çocuğun tartısı arttıkça, annenin çocuğun ağırlığını doğru değerlendirmesi azalıyordu. ($p<0,001$).

Annenin beden kitle indeksi, eğitimi, annenin çalışma durumu, evde yaşayan birey sayısı ile annenin sözel değerlendirmedeki doğruluğu arasında ilişki saptanmadı.



Grafik 4.2. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin sözel değerlendirmedeki doğruluk oranları.

4.5. Çocuğun Ağırlık Durumunun Görsel Olarak Nitelendirilmesi

Bu bölümde annelerin, erken çocukluk dönemi için oluşturulmuş beden ölçeğindeki 7 resimden kendi çocuğuna en çok benzeyen resmi seçmesi istendi. Ölçek boya göre ağırlık persentili baz alınarak hazırlanmıştı, seçilen resimler de çocuğun boya göre ağırlık persentili ile karşılaştırılarak annenin doğruluğu değerlendirildi. Ölçekte yer alan resim 1 ve 2 boya göre ağırlık persentili 15'in altında olan yani zayıf çocukları temsil etmekteydi. Resim 3, 4 ve 5'te boya göre ağırlık persentili 15 ile 85 aralığında olan yani normal tartıdaki çocuklar temsil edilmekteydi. Resim 6 boya göre persentili 85 – 95 arasında olan (kilolu) çocukları ve resim 7 de boya göre ağırlık persentili 95'in üzerinde olan (şişman) çocukları temsil etmekteydi (114).

Boya göre ağırlık persentili ile Erken Çocukluk Çağı Beden Ölçeği'nde annelerin seçtiği resim arasında orta düzeyde korelasyon vardı ($p<0,001$ $r:0,483$). Erken Çocukluk Çağı Beden Ölçeği ile sözel ölçek arasında da orta düzeyde korelasyon mevcuttu ($p<0,001$ $r:0,578$). Erken Çocukluk Çağı Beden Ölçeği'nin boya göre ağırlık persentili ile korelasyonu, ağırlık persentili ile korelasyonundan daha iyiydi (boya göre ağırlık persentili için $p<0,001$ $r:0,483$; ağırlık persentili için $p<0,001$ $r:0,310$).

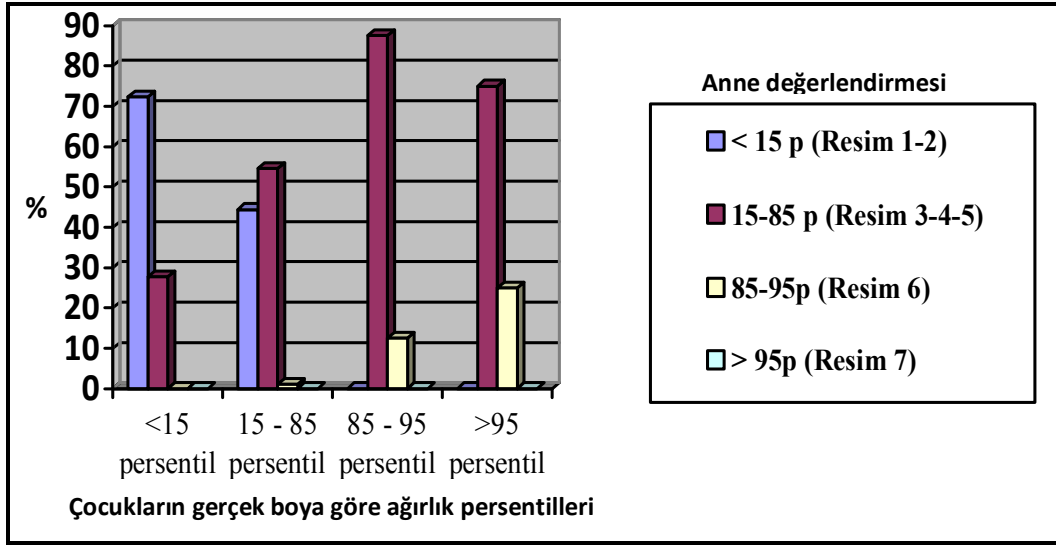
Resim 1 ve 2'nin boya göre persentil olarak karşılığı 15 persentilin altı, sözel ölçekte karşılığı ise “çok zayıf” / “zayıf” idi. Annelerden 78'i (%45,9) çocuğuna uyan resim olarak resim 1 ya da 2'yi seçmişti. Çocuğu için resim 1 veya 2'yi seçen annelerden 34'ünün (%43,6) çocuğu gerçekten zayıftı, 44'ünün (%56,4) çocuğu ise normal ağırlıktaydı. Çocuğunu zayıf olarak gören annelerin çocuklarından kilolu ya da şişman olan yoktu. Çocuğu gerçekte zayıf olan 47 anneden 34'ü (%72,3) çocuğunu doğru değerlendirmişti (Grafik 4.3).

Resim 3, 4 ve 5'in boya göre ağırlık persentili olarak karşılığı 15-85 persentil aralığı, sözel ölçekte karşılığı “normal”di. Çocuğu için resim 3, 4 ya da 5'i seçen 87 annenin 54'ü (%62,1) çocuğunu doğru değerlendirmişti. Diğer annelerin çocuklarından 13'ü (%14,9) gerçekte zayıftı; 14'ü (%16,1) gerçekte kiloluydu ve 6 tanesi (%6,9) gerçekte şişmandı. Çocuğu gerçekte normal olan 99 anneden 54'ü (%54,5) çocuğunu doğru değerlendirmişti.

Resim 6'nın boya göre ağırlık persentili olarak karşılığı 85-95 persentil aralığı, sözel ölçekte karşılığı “kilolu (fazla tartılı)” idi. Çocuğu için resim 6'yı seçen 5 (%2,9) anne mevcuttu, 2 (%40) tanesi çocuğunu doğru değerlendirmişti. Diğerlerinin çocuklarına bakıldığında 1 tanesi (%20) gerçekte normal ağırlıktaydı ve 2'si (%40) gerçekte şişmandı. Gerçekte kilolu olan 16 çocuğun sadece 2 tanesinin (%12,5) annesi çocuğunu doğru değerlendirmişti; kalan %87,5 ise çocuğu için olduğundan daha zayıf bir görseli tercih etmişti.

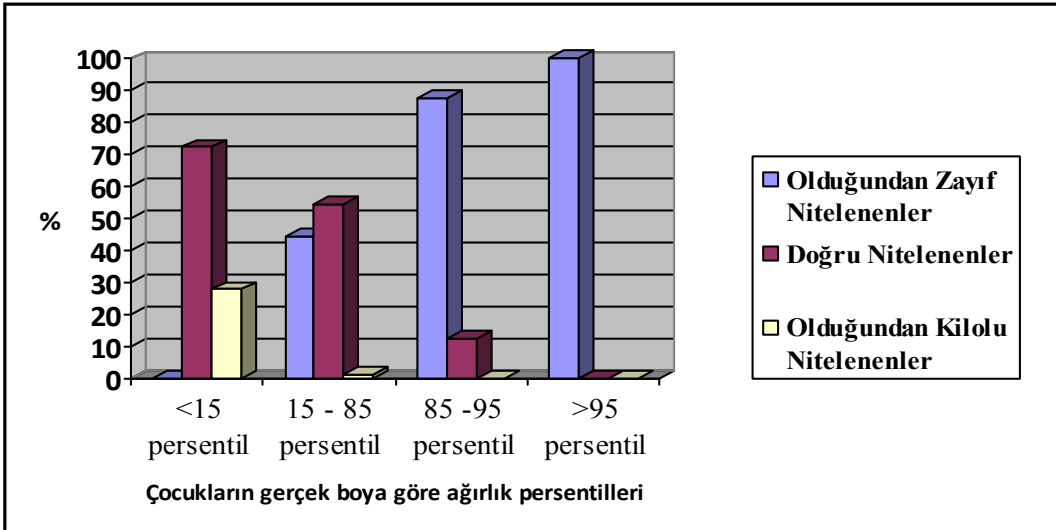
Resim 7'nin boya göre ağırlık persentili olarak karşılığı 95 persentil üzeri, sözel ölçekte karşılığı ise “şişman (obez)” idi. Çocuğunun görsel ölçekteki benzeri olarak resim 7'yi seçen anne yoktu. Aslında boya göre ağırlık persentili 95 persentil üzerinde olan 8 çocuk mevcuttu; bu çocuklardan 6 (%75) tanesi annesi tarafından normal ağırlık karşılığı resimle uyumlu görülmüştü, 2 tanesi için de kilolu grubu temsil eden resim seçilmişti.

Çocuğun boya göre ağırlık persentili arttıkça annenin sözel ve görsel doğru değerlendirme oranının azaldığı saptandı ($p<0,001$). Annenin beden kitle indeksi, eğitimi, annenin çalışma durumu, evde yaşayan birey sayısı ile annenin görsel değerlendirmedeki doğruluğu arasında ilişki saptanmadı.



Grafik 4.3. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin görsel değerlendirmelerinin dağılımı.

Annelerin %52,9'u çocuğunun bulunduğu persentil aralığının karşılığı olan resmi seçerek doğru değerlendirmişti. Annelerin %38,8'i çocuğunu mevcut durumundan daha zayıf grupta bir resim ile; %8,3'ü ise mevcut durumundan daha kilolu bir resim ile uyumlu görmüştü (Grafik 4.4).

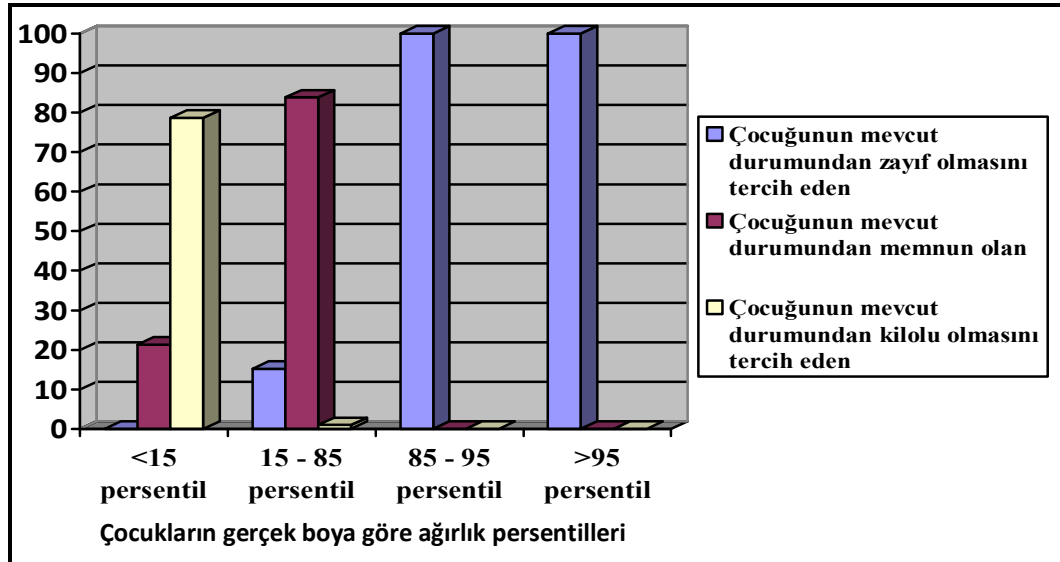


Grafik 4.4. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin görsel değerlendirme doğruluk oranları.

Annelerin çocuklarını görsel olarak doğru değerlendirme oranı ile anne beden kitle indeksi, anne eğitimi, annenin çalışma durumu, ailenin gelir seviyesi ve evde yaşayan birey sayısı arasında ilişki saptanmadı.

4.6. Annelerin Çocuklarının Olmasını İsteddiği Durum ve Sağlıklı Çocuk Kavramı

Annelerin, çocuğunun olmasını istedikleri durumu 7 resimden oluşan Erken Çocukluk Çağı Beden Ölçeğinden seçmeleri istendiğinde 141 anne (%82,9) normal persentil aralığına karşılık olan resim 3,4 veya 5'i tercih etti. Annelerden 27'si (%15,9) çocuğunun olmasını istediği resim olarak zayıf görseli, 2'si (%1,2) kilolu görseli tercih etti (Grafik 4.5).



Grafik 4.5. Çocukların gerçek boya göre ağırlık persentillerine göre annelerin beklentilerinin dağılımı.

Çocuğu zayıf olan 47 anneden 10'u (%21,3) çocuğunun olmasını istediği durum olarak yine resim 1 ya da 2'yi seçmişti. Diğer 37 anne (%78,7) çocuğunun resim 3, 4 ya da 5'teki gibi olmasını tercih etti.

Çocuğu normal persentil aralığında olan 99 anne mevcuttu. Çocuğu normal olan annelerin %83,8'i çocuğunun yine resim 3, 4 ya da 5'teki gibi olmasını tercih etti. Normal ağırlıkta çocuğu olan annelerden %15'i çocuğunun olmasını istediği

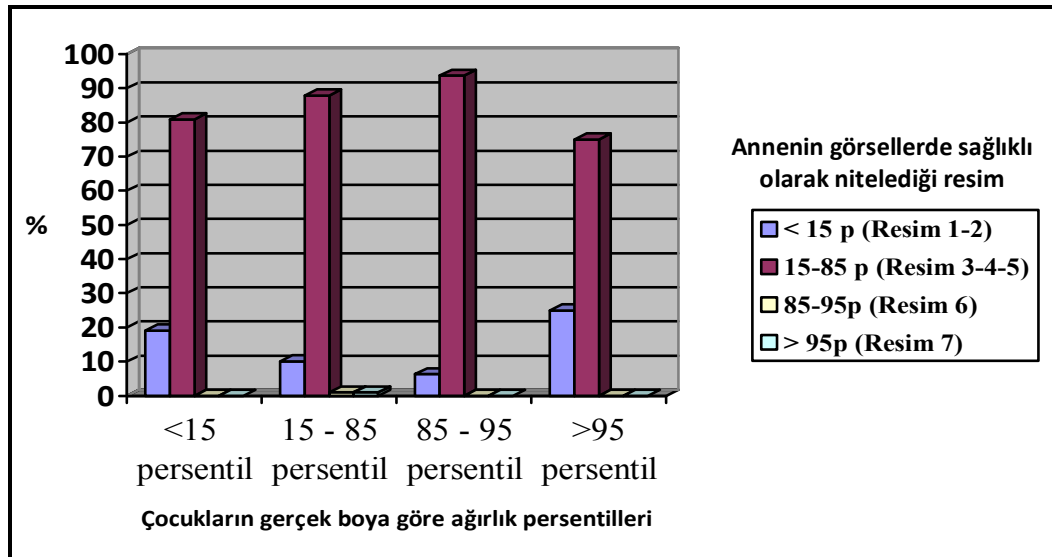
resim olarak resim 1 ya da 2'yi seçti. Çocuğu normal persentilde olan 1 anne ise çocuğunun olmasını istediğı görsel durum için resim 6'yı tercih etti.

Çocuğu boya göre ağırlık persentiline göre kilolu grupta olan anneler 16 kişiydi. bir tanesi (%6,3) çocuğunun resim 1 ya da 2'deki gibi, yani zayıf olmasını tercih etti. Kalan 15 anne (%93,7) çocuğunun normal persentili temsil eden görsellerdeki gibi olmasını tercih etti (resim 3-4-5). Şişman olan 8 çocuğun, bir tanesinin annesi (%12,5) çocuğunun olmasını istediğı durum olarak resim 1 ya da 2'yi seçerken kalan 7'si (%87,5) normal ağırlık karşılığı resimlerden seçti.

Annelerin %22,9'u çocuğunun görsel olarak mevcut durumundan zayıf olmasını tercih ederken %22,3'ü mevcut durumundan kilolu olmasını tercih etti.

Sağlıklı Çocuk Algısı

Daha sonra annelere sağlıklı bir çocuğun hangi görseldeki gibi görünmesi gerektiğı soruldu. Annelerin 22'si zayıf çocuk resimlerini (%12,9), 146'sı (%85,9) normal ağırlık karşılığı resimleri, bir anne (%0,6) kilolu resmi ve bir anne (%0,6) de şişman resmi seçti. Annelerin çocuğunun olmasını istediğı resim ile sağlıklı çocuk için seçtiğı resim arasında kuvvetli korelasyon mevcuttu ($p<0,001$ $r:0,826$). (Grafik 4.6).

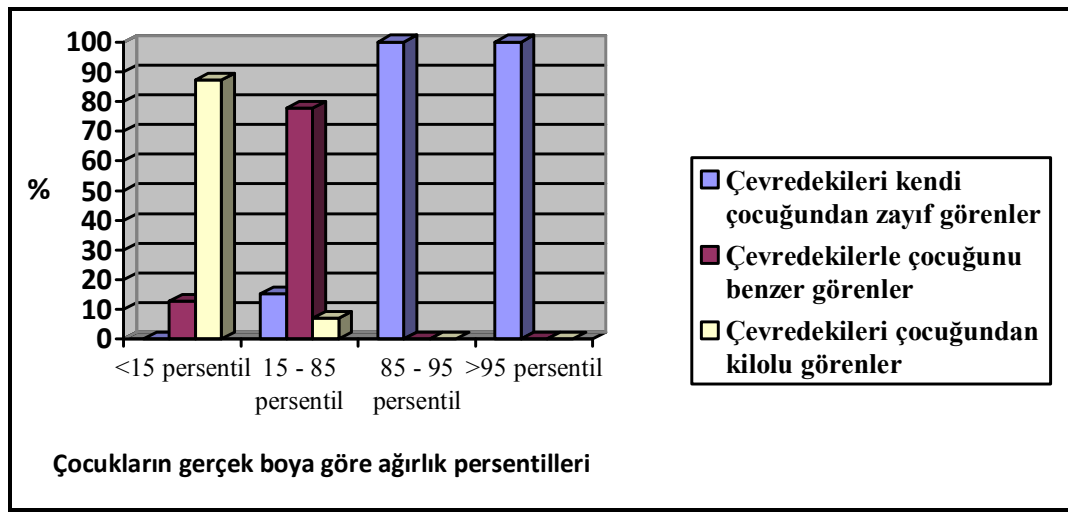


Grafik 4.6. Çocuğunun gerçek boya göre ağırlık persentiline göre annelerin sağlıklı çocuk kavramı.

Çevredeki Diğer Çocuklarla İlgili Algı

Annelerden, çevrelerindeki 2-5 yaş arası çocukların genellikle uyduğu görünümü ölçekten seçmeleri istendi. Annelerin %15,9'u çevredeki çocuklar için zayıf görseli, %78,2'si çevredeki çocuklar için normali, %4,7'si kilolu ve %1,2'si şişman görseli seçti. Annelerden 48 tanesi (%28,2) çevredeki çocukları kendi çocuklarından kilolu görüyordu (Grafik 4.7).

Ayrıca annelerin çocuğunun olmasını istediği resim ile çevredeki çocuklar için seçtiği resim de orta düzeyde koreleydi ($p<0,001$ $r:0,547$).



Grafik 4.7. Annelerin çevredeki çocukları nasıl algıladıklarının, kendi çocuklarının boya göre ağırlık persentilleri ile karşılaştırılması.

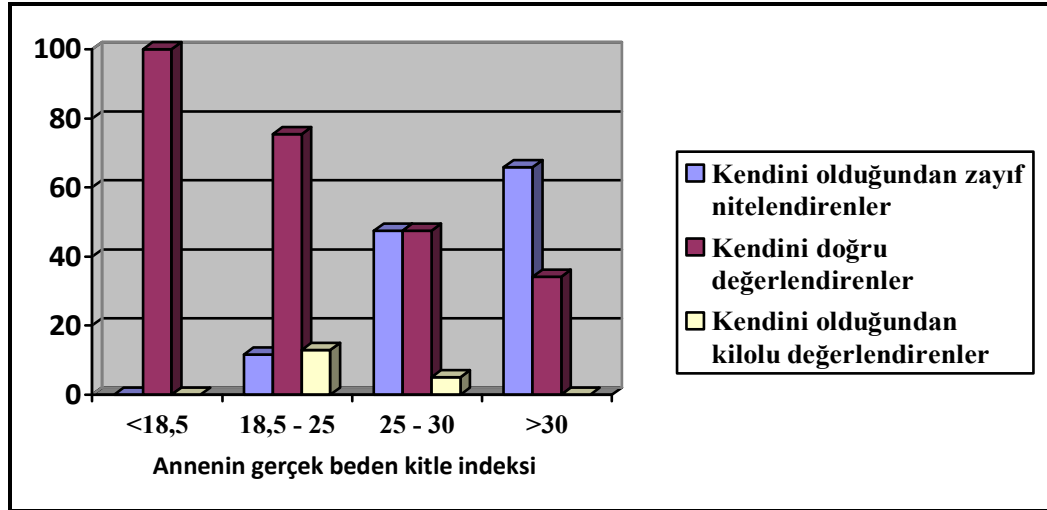
4.7. Annenin Kendi Ağırlık Durumunu Sözel Olarak Nitelendirmesi

Bu bölümde annelerden kendi ağırlık durumlarını sözel olarak tarif etmeleri istendi; annelere çok zayıf, zayıf, normal, kilolu ve şişman seçenekleri sunuldu.

Annelerden sadece biri (%0,5) kendini çok zayıf olarak nitelendirmişti. Onbir anne (%6,4) kendini zayıf olarak nitelendirdi. En çok seçilen grup “normal”di ve 82 kişi tarafından işaretlenmişti (%48,2). İkinci en çok seçilen de “kilolu” idi, 60 kişi (%35,3) tarafından işaretlenmişti. Annelerden 16’sı (%9,4) kendini şişman olarak nitelendirmişti.

Tüm annelere bakıldığında %35,9’u kendini olduğundan zayıf, %7,1’i kendini olduğundan kilolu olarak nitelendirirken doğru değerlendirme oranı %57

saptandı. Kendini olduğundan zayıf nitelendirme oranı en yüksek olan grup şişmanlardı (%65,8). (Grafik 4.8). Kilolu ve şişman annelerin sözel değerlendirmede kendi bedenlerini doğru tanımlama oranları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001$). Eğitim seviyesi düşük annelerde kendini olduğundan zayıf nitelendirme oranı %40,5 iken eğitimi yüksek olanlarda bu oran %25,9'du ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Gelir düzeyine göre veriler incelendiğinde, annelerin kendini sözel ölçekte doğru nitelendirme oranı gelir arttıkça artıyordu. Düşük gelir grubunda doğruluk %43,3 iken orta gelir grubunda %58'e ve yüksek gelir grubunda %71,4'e yükseliyordu. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p:0,056$).



Grafik 4.8. Annelerin gerçek beden kitle indeksine göre kendini sözel değerlendirme doğruluğu.

Kilolu ve şişman annelerin kendini sözel ve görsel değerlendirme başarıları diğerlerine göre düşük saptandı ($p<0,001$). Annelerin sözel ölçekte kendilerini mevcut durumlarından daha kilolu ya da zayıf nitelendirmeleri ile çocuklarını sözel / görsel nitelendirmedeki doğruluğu arasında ilişki saptanmadı.

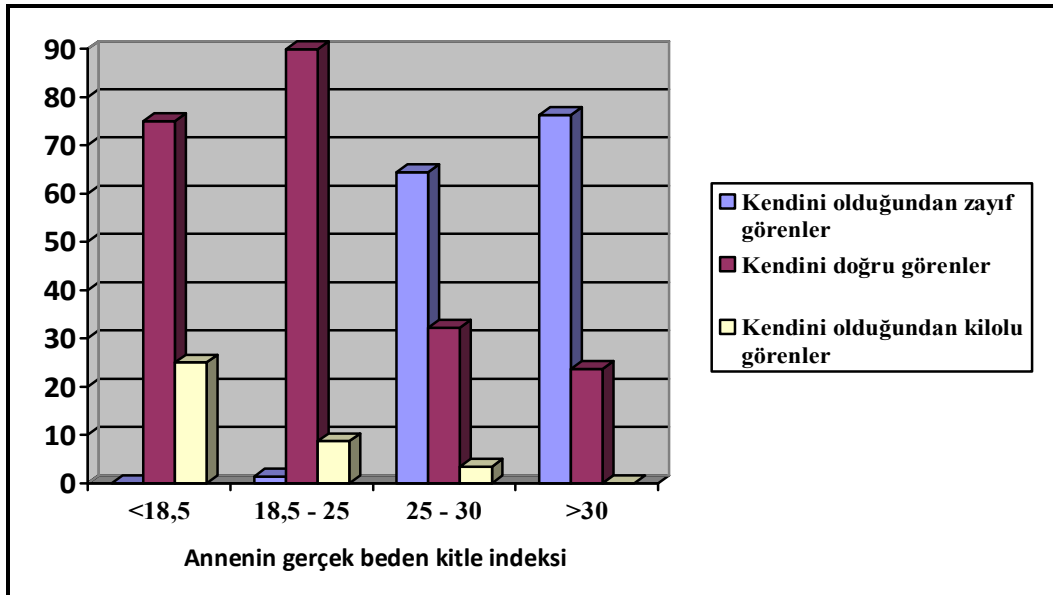
4.8. Annenin Kendi Ağırlık Durumunu Görsel Olarak Nitelendirmesi

Bu bölümde annelerden, yetişkin kadınlar için oluşturulmuş beden ölçeğindeki 9 resimden kendine görünüm olarak en çok uyan resmi seçmesi

istendi. Ölçek beden kitle indeksi persentili baz alınarak hazırlanmıştı. Resim 1'in beden kitle indeksi olarak karşılığı 18,5'in altına, Resim 2, 3, 4, 5 ve 6'nın beden kitle indeksi olarak karşılığı 18,5-25 aralığına, Resim 7 ve 8'in beden kitle indeksi karşılığı 25 - 30 aralığına ve Resim 9 beden kitle indeksi olarak 30'un üzerine denk geliyordu. Seçilen resimler de annenin gerçek beden kitle indeksi ile karşılaştırılarak annenin doğruluğu değerlendirildi.

Annelerin tümünü değerlendirildiğinde, bulunduğu tartı grubunu yansıtan doğru resmi seçme oranı %54,7 saptandı. Annelerin %40'ı mevcut durumundan daha zayıf görseli seçerken, %5,3'ü mevcut durumundan daha kilolu görseli seçmişti. Doğruluk oranı zayıflarda %75 ve normal tartılılarda %89,9 iken kilolularda bu oran %32,3'ye ve obezlerde %23,7'ye azalıyordu. Yani kilolu ve obez annelerde görsel değerlendirme başarısı diğerlerine göre daha düşük saptandı ($p<0,001$) (Grafik 4.9).

Annelerin görsel ölçekten seçtikleri resimlerle gerçek beden kitle indekslerinin iyi düzeyde korele olduğu gözlemlendi ($p<0,001$ $r:0,690$). Annelerin görsel ölçekte kendilerini mevcut durumlarından daha kilolu ya da zayıf nitelendirmeleri ile çocuklarını sözel / görsel nitelendirmedeki doğruluğu arasında ilişki saptanmadı.



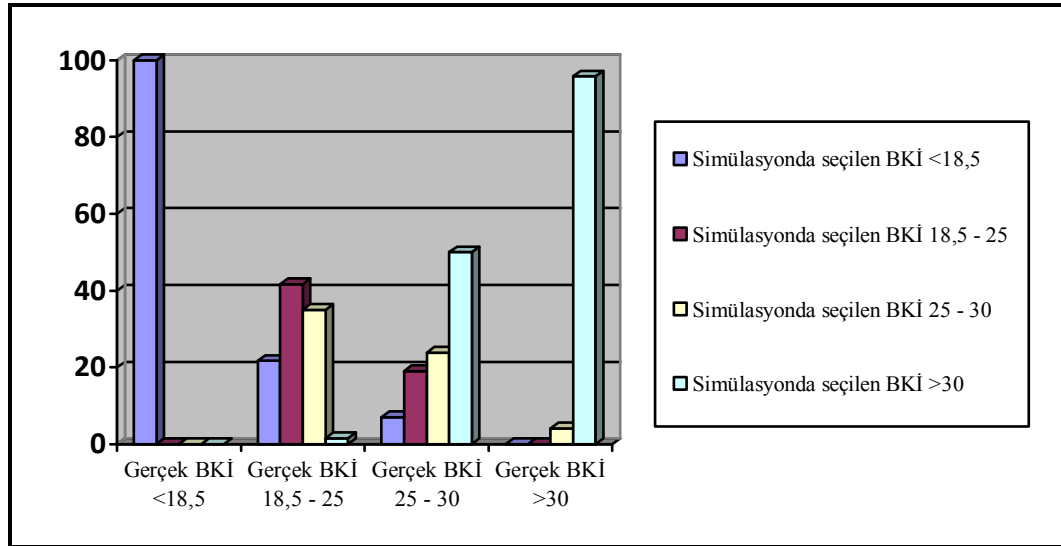
Grafik 4.9. Annelerin gerçek beden kitle indeksine göre görsel değerlendirme doğruluğu.

4.9. Annenin Kendi Ağırlık Durumunu Üç Boyutlu Bilgisayar Simülasyonunda Değerlendirmesi

Bu bölümde annelerden, www.bmivisualizer.com sitesinde yer alan 3 boyutlu beden kitle indeksi görüntüleyiciden kendilerine uygun olduğunu düşündükleri görseli seçmesi istendi. Cinsiyet ve boy verileri tarafımızdan girildi, annenin gördüğü tek değişken 3 boyutlu görseldi. Görseli kilolu ve zayıf taraflara oynatarak uygun olanı bulması istendi. Bu bölüm, ankete katılan 170 anneden kooperasyon kurabilenlere (130 anne) uygulandı.

Annelerin gerçek beden kitle indeksi ortalaması 26,6 ($\pm 5,1$), bilgisayar simülasyonunda seçilen ortalama beden kitle indeksi 27,1 ($\pm 8,8$) olarak saptandı. Bilgisayar simülasyonunda, gerçek beden kitle indeksi ile uyumlu görsel seçenler 62 kişiydi (%47,7). Zayıflarda doğruluk %100 ve obezlerde %95,6 iken normal tartıllılarda bu oran %41,7'ye, kilolularda %23,8'e düşüyordu (Grafik 4.10).

Annelerin gerçek beden kitle indeksi ile bilgisayar simülasyonunda seçtikleri beden kitle indekslerinin çok iyi düzeyde korele olduğu gözlemlendi ($p < 0,001$ $r: 0,808$).



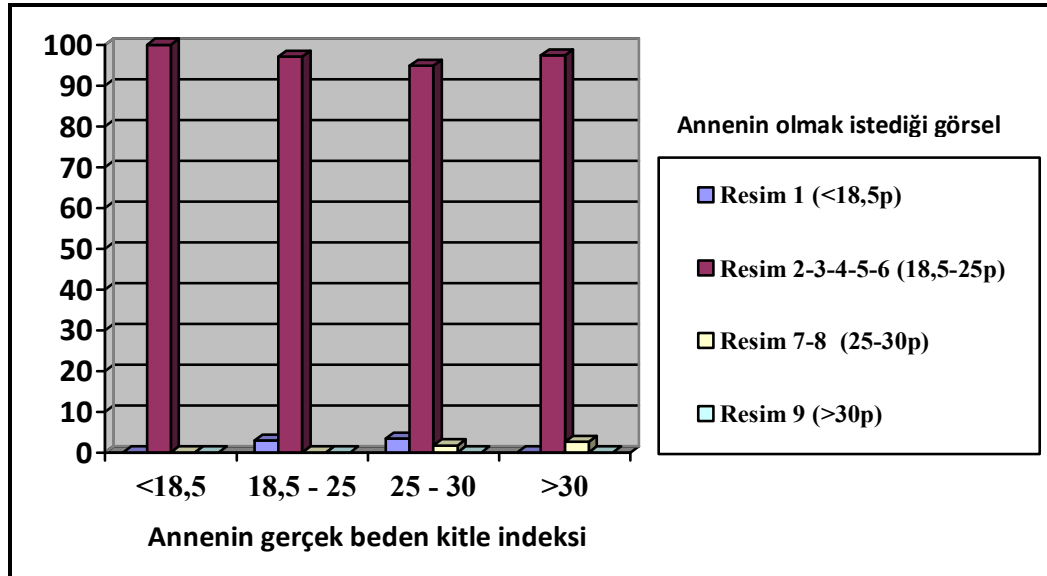
Grafik 4.10. Annelerin gerçek BKİ'lerine göre simülasyonda seçtikleri görsellerin BKİ karşılıklarının dağılımı.

4.10. Annenin İdealindeki Ağırlık ve Görünüm

Annelere olmak istedikleri ağırlık soruldu ve olmak istedikleri beden kitle indeksi hesaplandı. Ayrı bir soruda da görsel ölçekteki 9 resimden olmak istedikleri beden imajını seçmeleri istendi. Seçtikleri resimlere karşılık gelen beden kitle indeksi ile olmak istedikleri ağırlıktan hesaplanan beden kitle indeksi karşılaştırıldı.

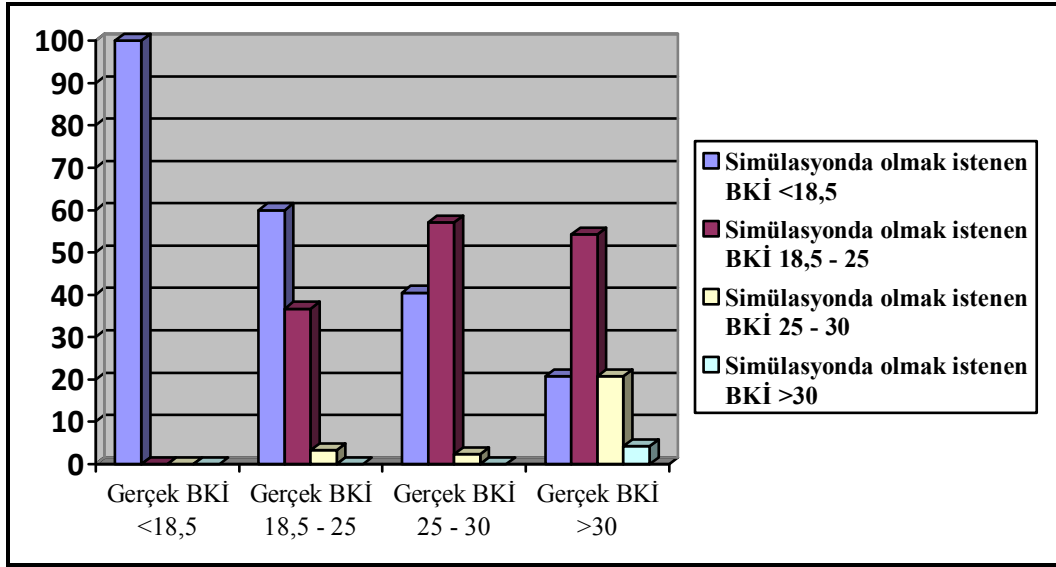
Annelerin gerçek beden kitle indeksi ortalaması 26,6 ($\pm 5,14$) iken, olmak istedikleri beden kitle indeksi ortalaması 23,1 ($\pm 2,2$) olarak saptandı. İdeal olarak belirledikleri ağırlık mevcut ağırlıklarından ortalama 9,0 ($\pm 10,9$) kg daha azdı. Annelerin 144'ünde idealize ettikleri ağırlık mevcut ağırlıklarından azdı, yani annelerin %84,7'si kilo vermek istiyordu (Grafik 4.11).

Annelerin olmak istedikleri kilonun beden kitle indeksi ile görsel ölçekten seçtikleri resmin beden kitle indeksi karşılaştırıldığında, 52 annenin (%30,5) belirledikleri ideal ağırlıklarına ulaşırsalar da istedikleri görünüme ulaşamayacakları saptandı. Ağırlık olarak olmak istedikleri durum, görsel beklentilerini karşılamıyordu.



Grafik 4.11. Annelerin gerçek BKİ'lerine göre olmak istedikleri görsel durum dağılımı.

Aynı değerlendirme visualizer’da olmak istedikleri görseli seçtirerek de yapıldı. Gerçek beden kitle indeksi zayıf grupta olan annelere bakıldığında hepsi kilo almak (ortalama 7.25 kg) istiyordu ama olmak istedikleri visulizer görselinin beden kitle indeksi yine zayıf grubundaydı (Grafik 4.12). Yani ağırlık olarak sağlıklı olmak istiyorlardı ama görünüm olarak zayıf kalmayı tercih ediyorlardı.



Grafik 4.12. Annelerin gerçek BKİ’lerine göre bilgisayar simülasyonunda olmayı tercih ettikleri görselin BKİ dağılımı.

Annelerin olmak istedikleri durum için görsel ölçekten seçtikleri resimler ile visualizer’dan seçtikleri görseller orta düzeyde korelasyon gösteriyordu ($p<0,001$ $r:0,506$).

5. TARTIŞMA

Ebeveynler, beslenme konusunda çocuklarının ilk ve en önemli rol modelleridir. Anneler genellikle diyet içeriğinin ayarlanması ve çocuğun yeme davranışının düzenlenmesinde büyük sorumluluk alırlar (128). Ailelerin çoğu, çocukların yemeklerle ilgili karar vermek için çok küçük olduğunu ya da yeterince sorumlu olmadığını düşünürler ve çocuklarının ne yiyeceğine kendileri karar vermeyi tercih ederler (89,90). Çalışmamızda, çocukların beslenmesine temel olarak karar veren kişi anne idi (%72.7) ve ailelerin sadece %16'sının beslenme ile ilgili karar verilirken çocuğun fikrini almaktaydı. Bu durum çocuğun yemek konusunda edilgen durumda kalmasına ve yeme davranışının gelişiminde sorunlara yol açabilir; sonuçta beslenmenin içerik ve miktarı sadece annenin algısına dayalı olarak belirlenir. Anne algısındaki sorunlar çocuğun ağırlığını ve sağlık durumunu etkileyebilir.

Yapılan çalışmalar; ebeveynlerin çocuğun ağırlığı ve büyümesi ile ilgili memnuniyetsizliklerinin, uygunsuz ağırlık artımı ya da kaybı ile sonuçlanabilen besleme eğilimlerine yol açabildiğini desteklemektedir (8). Çalışmamızda üç anneden birinin, çevresindeki kişilerin çocuğun tartısı ile ilgili görüşlerini temel alarak çocuğunu daha çok beslediği; üç anneden ikisinin de çocuğunun kilosunun daha iyi olması için besin takviye ürünlerini kullandığı saptandı. Annelerin beslenme pratiğine çevrenin etkisi, eğitim seviyesi düşük olan annelerde daha belirgindi ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu konuda daha büyük gruplar üzerinde yapılacak çalışmalar faydalı olabilir. Eğitim seviyesi düşük olan annelere yönelik, çocuk beslenmesi ve büyümesi konularında düzenlenebilecek kısa bilgilendirme toplantıları ile annelerin çevreden olumsuz etkilenmesi azaltılabilir.

Çalışmalar annelerin sıklıkla bebeklerinin ağırlığını memnun edici bulmayarak tamamlayıcı gıdalara erken başladığını göstermektedir (54). Bizim çalışmamızda annelerin %15,4'ünün, tamamlayıcı gıdalara erken başladığında çocukların daha sağlıklı olacağı düşüncesine sahip olduğu görüldü. Bebek dostu hastane uygulamalarının yaygınlaştırılması, annelere gebelik ve emzirme dönemlerinde gerekli destek ve bilgilerin verilmesi ve anne sütünün bebek için

yeterliliği hakkındaki bilgilerin sık sık tekrar edilmesi tamamlayıcı gıdalara erken geçişleri azaltabilir.

Çalışmamızda, annelerin çocuğun beslenmesi ile ilgili konuları en çok danıştıkları kişi aile hekimi olarak saptandı (%44.5). Ulaşılabilirlik açısından da ailelere en yakın olan aile hekimlerinin; mezuniyet sonrası eğitimler ile çocuklarda obezite ve zayıflık konularında farkındalığı artırılabilir ve ailelere çocuk beslenmesi konusunda gerekli danışmanlık ve yönlendirmeleri yapması sağlanabilir.

Annelerin yanlış görüş ve inanışları çocuklarını beslemede sorunlara yol açabilir. Kendi ağırlığına ve beslenme davranışlarına karşı önyargılı olan bir anne çocuğunun yeme davranışını olumsuz etkileyebilir, özellikle de çocuğunu kilolu olarak algılıyorsa kilo vermesi için aşırı kısıtlamalar yapabilir (119,120). Bu da çocuğun sağlıklı olarak gelişmesi için alması gereken mikro ve makrobesinleri alamamasına ya da yeme davranışında bozukluklarına neden olabilir (114). Çalışmamızda sözel ölçekte annelerin %10.6'sı, görsel ölçekte ise %8.3'ü çocuğunu olduğundan daha kilolu algılamaktaydı. Yani on çocuktan biri gerekli besin ihtiyacının fark edilememesi ya da gereksiz besin kısıtlanması riski altındadır. Annelerin çocuğunu olduğundan kilolu algılaması ve besin alımlarını kısıtlaması, çalışma grubumuzda yüksek saptanan zayıflık oranına katkıda bulunmuş olabilir. Çocuk beslenmesi konusunda danışılan kaynaklarda sıklıkla yer alan internet ve televizyon, obezite ve fazla tartı açısından yanlış ya da abartılı bilgiler edinilmesine sebep olmuş olabilir.

Bu çalışmada, Erken Çocukluk Çağı Beden Ölçeği'ndeki resimler boya göre ağırlık persentillerine dayanarak hazırlandığı için biz de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün boya göre ağırlık persentillerini kullandık. DSÖ ölçütlerine göre 15 persentil altı zayıf, 85-95 persentil arası kilolu ve >95 persentil şişman olarak değerlendirildi. Çalışma grubundaki çocuklarda obezite %4,7 iken, zayıflık %27,6 saptandı. Çocuklarda zayıflık oranının yüksek saptanması, çalışmanın toplum değil hastane temelli bir çalışma olmasından kaynaklanmış olabilir. Kronik hastalık varlığı dışlanmış olsa da çalışmada “zayıf” saptanan çocukların sağlık durumlarını çalışmanın temel hedefi içinde olmaması nedeniyle ileriye dönük değerlendirmedik. Zayıflığın sık saptanmasının bir diğer nedeni de DSÖ ölçeğinin kullanılması olabilir. DSÖ ölçeği yerine Türk çocukları için geliştirilmiş özgün

ölçütlerle çalışma sonuçlarının yeniden yorumlanması gerekebilir. Ancak görsel ölçekle uyumun bozulmaması açısından bu yöntemi tercih etmedik.

Anneler, çocuklarının ağırlığı ile ilgili algıları doğru olmadığında; beslenme konusunda yapılması gereken düzenlemeleri fark edemez ve bu durumda çocuklar beslenme yetersizlikleri ve beslenme ilişkili hastalıklar (örn. obezite, diyabet) açısından risk altında kalırlar (114). Annelerin %27'si sözel olarak, %38,8'i görsel olarak çocuğunu gerçek durumundan daha düşük ağırlıkta algılamaktaydı. Çalışmalar, annelerin, özellikle de kilolu çocukların annelerinin çocuklarını olduğundan daha düşük ağırlıkta algıladığını göstermektedir (121-127). Literatür ile uyumlu olarak, kilolu ve/veya şişman çocukların olduğundan daha düşük ağırlıkta algılanması diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0,001$). Fazla tartılı ve obez çocukların anneleri tarafından görsel olarak mevcut durumundan düşük ağırlıkta algılanma oranı %91,6'ya, sözel olarak mevcut durumundan düşük ağırlıkta algılanma oranı da %79,2'ye çıkıyordu.

Ebeveynlerin çocuklarının ağırlığı hakkındaki görüşleri ile çocukların gerçek ağırlık durumlarını karşılaştırma amacı ile yapılan çalışmalardan hazırlanan bir derlemede; değerlendirilen 35103 çocuğun 11530'u (%32,9) fazla kilolu saptanmış, bu fazla kilolu çocukların da 7191'i (%62,4) aileleri tarafından normal kiloda olarak nitelendirilmiştir (9). Bizim çalışmamızda kilolu ve obez grubunda olan çocuklar %14,1 oranındaydı ve bu çocukların %83,3'ü anneleri tarafından normal olarak nitelendirilmişti. Sadece obez çocuklar ele alındığında ise annelerin dörtte üçü çocuğunu normal, dörtte biri ise kilolu olarak değerlendirmişti, doğru değerlendiren yoktu. Çocuğu için sözel ölçekte “şişman” seçeneğini, görsel ölçekte de en kilolu görsel olan resim 7'yi seçen anne yoktu; bu durum annelerin çocuklarını olduğundan daha düşük ağırlıkta algılamaları ile ilgili olabileceği gibi; çocuğunu “şişman” olarak etiketlemekten çekinmesi ile de ilgili olabilir.

Bizim çalışmamızda annelerin sağlıklı çocuk algısı yüksek oranda (%85,9) normal tartılı görsellerle uyumluydu. Annelerin, çocuklarının olmasını istediği durum için seçtiği resimlerle sağlıklı çocuk için seçtikleri resimler arasında da kuvvetli korelasyon olduğunu gördük ($p<0,001$ $r:0.826$). Yani annelerin çocuklarını ulaştırmayı hedefledikleri sağlıklı çocuk algısı normal ağırlıkla uyumluydu. Annelerin, çocuğunun olmasını istediği durum için seçtiği resimlerle

çevredeki çocuklara uygun bulduğu resimler arasında da orta düzeyde korelasyon mevcuttu ($p<0,001$ $r:0,547$). Anneler çocuklarının gerçek boya göre ağırlıklarının değerlendirirken sıkıntı yaşamalarına karşın hipotetik durumlardan söz edildiğinde (sizin çocuğunuzun hangi resme benzemesini istersiniz, sağlıklı çocuk nasıl görünür gibi sorular sorulduğunda) daha doğru seçenekleri tercih edebilmektedir. Bu da bilişsel düzeyde doğru bir değerlendirme yapabildiklerini ancak söz konusu kendi çocukları olduğunda algılarının değiştiğini düşündürmektedir. Annelerin, çocuklarının ağırlığı ile ilgili algılarının; kendi ağırlık durumu, çocuğunun yaşatlarının ağırlık durumu, kültürel inançlar ve medyada oluşturulan kalıplar gibi birçok faktörden etkilendiğini destekleyen çalışmalar mevcuttur (115-118). Çalışmamızda annenin beden kitle indeksi, eğitim ya da çalışma durumu ve ailenin geliri ile annenin çocuğun ağırlığı ile ilgili algısı arasında ilişki saptanmamıştır.

Yapılan başka bir çalışmada ailelerin, yaşamın ilk yıllarında alt persentillerde seyreden büyümeyi negatif algılama eğiliminde olduğu saptanmıştır (10). Normal sınırlar içinde ancak en düşük yüzdelik dilimde olan çocukların ailelerinin büyük çoğunluğunda çocuklarının zayıf ya da aşırı zayıf olduğu görüşü hakimdir. Bu görüşler ailelerin çocuklarına yemek yedirmek için baskı yapmasına yol açmakta ve sonuçta çocukların açlık-tokluk hissinin gelişimi bozulmaktadır (11,12). Ebeveynlerin çoğu, çocukların yüksek kiloda olmasını iyi sağlığın ve ebeveynlerin yüksek başarısının göstergesi olarak kabul etmektedir (13-19).

Çalışmamızda annelerde kiloluluk %34,7 ve obezite %22,4 oranında saptandı. Annelerin beden algıları değerlendirildiğinde yaklaşık olarak yarısı görsel ve sözel olarak kendini doğru tanımlamaktaydı. Annelerin üçte birinden fazlası görsel ve sözel olarak kendini olduğundan zayıf algılamaktaydı. Kilolu ve obezlerin ise üçte ikisi kendini olduğundan zayıf algılamaktaydı. Kilolu ve obez annelerde kendini olduğundan daha düşük ağırlıkta algılama oranı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0,001$).

Çalışmamıza katılan annelerin %84,7'si kilo vermek istiyordu (ortalama 9 kg). Annelerin olmak istedikleri ağırlık kullanılarak hesaplanan beden kitle indeksi ile olmak istedikleri durum için seçtikleri resimlerin beden kitle indeksi karşılaştırıldığında; annelerin %30,5'inin kendisi için ideal olduğunu düşündüğü

ağırlığa ulaşsa da olmak istediği kadar ince görünümüne ulaşamayacağını gördük. Gerçek beden kitle indeksine göre zayıf olan annelerin olmak istedikleri ağırlık mevcut ağırlıklarından ortalama 7,25 kg fazla idi. Zayıf annelerin olmak istedikleri ağırlık kullanılarak hesaplanan beden kitle indeksi ile olmak istedikleri durum için seçtikleri resimlerin beden kitle indeksi karşılaştırıldığında, zayıf anneler sağlıklı ağırlıkta olmak istiyor ama görünüm olarak yine zayıf grupta kalmayı tercih ediyordu. Bu durum, genel yayın organlarında zayıflığın sağlık ve güzellikle eşdeğer gibi gösterilmesinden kaynaklanıyor olabilir (129).

Kilolu ya da şişman annelerin kendini sözel ve görsel değerlendirme başarıları diğerlerine göre düşük saptandı ($p<0,001$). Ancak annelerin kilolu/şişman olması ya da olmaması, çocuğunun ağırlığı hakkındaki algısı ile ilişkili bulunmadı. Meksikalı Amerikanlarda yapılan bir çalışmada obez annelerin obez çocukları tercih ettiği görülmüştür (20). Bizim çalışmamızda kilolu ya da obez olan annelerle diğerleri karşılaştırıldığında çocuğunun kilolu veya obez olmasını tercih etmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Boyington ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, obez çocukların annelerinin çocuğunun ağırlığı ile ilgili algısını değerlendirmiş ve sonuçta fazla kilolu olan annelerin, çocuklarının ağırlığını daha düşük görmeye 2 kat daha eğilimli olduğunu saptamışlardır (14). Bizim çalışmamızda ise kilolu ve obez grubunda olan çocukların annelerinden kilolu olanlar %90 oranında çocuğunu olduğundan düşük ağırlıkta algıarken diğer annelerde bu oran %80 saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Dolayısı ile literatürün aksine, annelerin kendi ağırlıklarının çocuklarının ağırlığı ile ilgili algılarını belirleyen bir etmen olmadığını saptadık.

Sonuç olarak, hem zayıf hem de kilolu çocukların ağırlık durumlarının anneleri tarafından algılanmasında sorunlar olduğunu saptadık. Çocuklarının ağırlıklarını değerlendirme ile ilgili sorun yaşayan annelerde, bu durumu açıklayabilecek herhangi bir sosyodemografik etmen (anne yaşı, eğitimi, geliri, annenin ağırlık durumu gibi) saptamadık. Annelerin, çocuklarının ağırlığı ile ilgili öznel değerlendirmelerinin neye dayandığının anlaşılabilmesi ve anne farkındalığının artırılabilmesi için nitel çalışmalara gereksinim vardır.

6. SONUÇLAR

- Çocuklarda fazla tartı %9,4 oranında, obezite %4,7 oranında saptandı.
- Çocukların %27,6'sı zayıf.
- Annelerde fazla tartı %34,6 oranında, obezite %22,4 oranında.
- Annelerde zayıflık oranı %2,4.
- Ebeveynlerin 2/3'ünün eğitimi 8 yıl ve altında.
- Çocuğun beslenmesi ile ilgili konular en çok aile hekimin, ikinci olarak çocuk hekimine danışılıyor.
- Çocuğun beslenmesi ile ilgili son kararı veren genellikle anne iken, %16 anne çocuğun da fikrini alıyor.
- Çocukların kilolu olsalar da büyüyünce fazla kilolarını atacağı görüşüne, annelerin yaklaşık yarısı katılıyor.
- En sık saptadığımız yanlış davranış çocukların ağırlığının daha iyi olması için gıda takviyelerinin kullanılması.
- Annesinin “fazla yer” dediği çocuklar daha kilolu. Yeme durumu az'dan çok'a gittikçe çocuğun ağırlığı artıyor.
- Sözel ölçekte annelerin %27'si çocuğunu mevcut durumundan daha zayıf, %10,6'sı ise çocuğunu mevcut durumundan daha kilolu nitelendirdi.
- Görsel ölçekte annelerin %38,8'i çocuğunu mevcut durumundan daha zayıf, %8,3'ü ise mevcut durumundan daha kilolu olarak değerlendirdi.
- Çocuğun ağırlığı arttıkça, annenin sözel ve görsel değerlendirmedeki doğruluk oranı azalıyor.
- Annelerin çocuğunun olmasını istediği durum ile sağlıklı çocuk için seçtikleri resim korele.
- Annelerin çocuğunun olmasını durum ile çevredeki çocuklar için seçtiği resim de korele.
- Annenin beden kitle indeksi, eğitimi, annenin çalışma durumu, evde yaşayan birey sayısı ve ailenin geliri ile annenin çocukla ilgili algısı arasında ilişki saptanmadı.

- Annelerin ağırlığı arttıkça kendilerini sözel ve görsel değerlendirme başarıları azalıyor.
- Annelerin gerçek beden kitle indeksi ile visualizer korele.
- Annelerin olmak istedikleri ağırlık ile olmak istedikleri görünüm örtüşmüyor.
- Annelerin sözel ya da görsel algısı ile çocuklarının ağırlığı hakkındaki algısı arasında ilişki saptanmadı.

7. ÖZET

2-5 Yaş Arası Çocuk Annelerinin Çocuklarının Ağırlıkları ile İlgili Görüşleri ve Kendi Beden Algıları ile İlişkisi

Çocukların ağırlıklarının anneleri tarafından düşük ya da fazla algılanması yanlış beslenme alışkanlıklarına ve sağlık sorunlarına neden olabilir. Bu çalışmanın amacı annelerin hem çocuklarının hem de kendilerinin ağırlıklarını nasıl algıladıklarını anlamak ve bu algıyı etkileyebilecek sosyodemografik etmenleri ve çocuk beslenmesi ile ilgili görüşlerini belirlemektir.

Bu amaçla çalışmaya 170 anne - çocuk çifti alındı. Anne ve çocukların boy ve ağırlıkları ölçülüp kaydedildi ve annelere anket formları uygulandı.

Çocuğun beslenmesi ile ilgili konuların en sık danışıldığı kişinin aile hekimi, ikinci kişinin ise çocuk hekimi olduğu görüldü. Çocuğun beslenmesi ile ilgili son kararı veren genellikle anne idi, annelerin %16'sı çocuğun da fikrini alıyordu. Annelerin 1/3'ünün, çevresindeki kişilerin çocuğunun ağırlığı hakkındaki görüşlerine dayanarak çocuğunu daha çok beslediği; 2/3'ünün de çocuğunun kilosunun daha iyi olması için besin takviye ürünlerini kullandığı saptandı. En sık karşılaşılan yanlış davranış çocukların ağırlığının daha iyi olması için gıda takviyelerinin kullanılmasıydı. Annesinin, hakkında fazla yediğini düşündüğü çocukların kilolu olma oranı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksekti. Çocuğu için "zayıf" ya da "çok zayıf" diyen annelerin yarıdan fazlasının çocuğu gerçekte normal ya da fazla tartılı idi. Sözel ölçekte annelerin %27'si, görsel ölçekte ise %38,8'i çocuğunu mevcut durumundan daha zayıf algılamaktaydı. Sözel ölçekte annelerin %10,6'sı, görsel ölçekte ise %8,3'ü çocuğunu mevcut durumundan daha kilolu algılamaktaydı. Çocuğun boya göre ağırlık persentili arttıkça, annenin sözel ve görsel olarak çocuğu mevcut durumundan düşük ağırlıkta algılama oranının arttığı saptandı. Annenin beden kitle indeksi, eğitimi, çalışma durumu, evde yaşayan birey sayısı ve ailenin geliri ile çocuğunun ağırlığı hakkındaki algısı arasında ilişki saptanmadı. Fazla tartılı annelerin, kendini sözel ve görsel değerlendirme başarıları diğerlerine göre düşük saptandı. Annelerin kendi

ağırlıkları ile ilgili algıları ile çocuklarının ağırlığı ile ilgili algıları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Erken çocukluk, ağırlık, ebeveyn algısı.

8. ABSTRACT

Opinions of Mothers About the Weight of Their 2-5 Years Old Children and Its Relation With Their Own Body Perceptions

False perception of children's weight by their mothers, either lower or higher than it actually is, can lead to wrong nutrition practices and health problems. In addition to evaluate the perceptions of mothers about their children's and their own weight, the aim of this study was to determine the sociodemographic factors that may influence their perception and to identify maternal beliefs about child nutrition.

For this purpose, 170 mother – child dyads were included in the study. The heights and weights of the mothers and children were recorded, and questionnaires were filled by the mothers.

The most commonly consulted person with regard to child nutrition was family physician, followed by pediatricians. The final decision on the nutrition of the child was generally made by the mother and 16% of the mothers were asking their children's opinion about meals. Nearly 1/3 of the mothers reported that they would feed their children more based on the opinions of their relatives, and 2/3 stated that they would use nutritional supplements to improve their children's weight. The rate of overweight was considerably high in the group of children who were reported to eat excessively. More than half of the children who were considered "thin" or "very thin" by their mothers were actually normal or overweight. In verbal scale 27% and in visual scale 38,8% of the mothers perceived their children thinner than their actual condition. In verbal scale 10,6% and in visual scale 8,3% of the mothers perceived the weight of their children higher than it actually was. As the weight for length percentile of the child increased, the ratio of mothers who falsely perceive their children thinner increased, both on verbal and visual scale. No relation was determined between the mother's body mass index, education, working condition, number of cohabitants, income of the family and the perception of the child's weight. It has been determined that the verbal and visual self-assessment was less correct in

overweight mothers than the others. No significant relation could be determined between the perceptions of mothers about their own weight and their children's weight.

Key words: Early childhood, weight, parental perception.

9. KAYNAKLAR

- 1) Evliyaoğlu N, Sağlam çocuk izlemi. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42 Özel Sayı: 6-10.
- 2) Well-Baby Examination, Encyclopedia of Children's Health, www.answers.com.
- 3) Doctor visit worksheet: The four month checkup, www.babycenter.com.
- 4) Adair LS. Child and adolescent obesity: epidemiology and developmental perspectives. *Physiol Behav* 2008; 94: 8–16.
- 5) Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA* 2006; 295: 1549–55.
- 6) Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Journal of the American Medical Association* 2014; 311(8): 806-14.
- 7) National Center for Health Statistics. Health, United States, 2011: With Special Features on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD; US Department of Health and Human Services 2012.
- 8) Kroke A, Strathmann S, Günther AL. Maternal perceptions of her child's body weight in infancy and early childhood and their relation to body weight status at age 7. *Eur J Pediatr* 2006; 165: 875–83.
- 9) Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, van Middelkoop M, Bindels PJ, van der Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr* 2013; 9: 3–22.
- 10) Laraway KA, Birch LL, Shaffer ML, Paul IM. Parent perception of healthy infant and toddler growth. *Clinical Pediatrics* 2010; 49: 343-9.
- 11) Heird WC. Parental feeding behavior and children's fat mass. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 451–2.
- 12) Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res* 2004; 12: 1711–22.
- 13) Bentley M, Gavin L, Black MM, Teti L. Infant feeding practices of low-income, African-American, adolescent mothers: an ecological, multigenerational perspective. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1085–100.
- 14) Boyington JA, Johnson AA. Maternal perception of body size as a determinant of infant adiposity in an African-American community. *J Natl Med Assoc* 2004; 96: 351–62.

- 15) Kramer MS, Barr RG, Leduc DG, Boisjoly C, Pless IB. Maternal psychological determinants of infant obesity: development and testing of two new instruments. *J Chronic Dis* 1983; 36: 329–35.
- 16) Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal feeding practices and childhood obesity: a focus group study of low-income mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1010–4.
- 17) Contento IR, Basch C, Zybert P. Body image, weight, and food choices of Latina women and their young children. *J Nutr Educ Behav* 2003; 35: 236–48.
- 18) Sherry B, McDivitt J, Birch LL. Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African-American mothers. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 215–21.
- 19) Reifsnider E, Flores-Vela AR, Beckman-Mendez D, Nguyen H, Keller C, Dowdall-Smith S. Perceptions of children’s body sizes among mothers living on the Texas-Mexico border (LaFrontera). *Public Health Nurs* 2006; 23: 488–95.
- 20) Alexander MA, Sherman BJ, Clark L. Obesity in Mexican-American Preschool Children A Population Group at Risk. *Public Health Nurs* 1991; 8: 53-8.
- 21) Gür E, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No: 35. Ekim 2003; 9-16.
- 22) Jellinek M, Pote BP, Froehle MC (eds). *Bright Futures in Practice: Mental Health Volume I Practice Guide*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health 2002.
- 23) Giray H. Anne sütü ile beslenme, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13(1): 12-15.
- 24) Yağcı RV. Çocukluk çağında beslenme, *Güncel Pediatri Dergisi* 2005; 3 (Özel Sayı 1); 79-84.
- 25) Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a systematic review. Geneva, World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development and Department of Child and Adolescent Health and Development 2001.
- 26) Chivers P, Hands B, Parker H, Bulsara M, Beilin LJ. Body mass index adiposity rebound and early feeding in a longitudinal cohort (Raine Study), *International Journal of Obesity* 2010; 34: 1169-76.
- 27) Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M et al and the Maternal and Child Nutrition Study Group, Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, *Maternal and Child Nutrition* 1, *Lancet* 2013; 382: 427–51.

- 28) Li R, Fein SB, & Grummer-Strawn, LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics* 2010; 125: 1386–93.
- 29) Brown A, Lee M. Breastfeeding during the first year promotes satiety responsiveness in children aged 18–24 months. *Pediatric Obesity* 2012; 7: 382–90.
- 30) DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood. A systematic review. *International Journal of Obesity* 2012; 35: 480–92.
- 31) Neyzi O, Ertuğrul T. Sağlam Çocuk İzlemi, *Pediatrici* 2002; 2: 49-56.
- 32) Theodore C. Sectish Preventive Pediatrics. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB eds. 17th Edition. Saunders. Philadelphia 2004; 14-20.
- 33) Northstone K, Emmett P, Nethersole F, ALSPAC Study Team. The effect of age of introduction to lumpy solids on food eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14: 43-54.
- 34) Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 87-104.
- 35) Green and Palfrey, In: Green M, Palfrey JS, ed. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 2nd ed, Arlington VA: National Center for Education in Maternal Child Health 2000.
- 36) American Academy of Pediatrics and Committee on Practice and Ambulatory Medicine, 2000. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine: Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 2000; 105(3): 645-6.
- 37) Brown KA, Ogden J, Voegele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite* 2008; 50: 252-9.
- 38) Wardle J, Carnell S, Cooke L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: How are they related? *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 227-32.
- 39) Özmert EN, Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; 48: 179-95.
- 40) Satter EM. Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children. *J Am Diet Assoc* 1996; 96: 860-4.
- 41) Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr* 2000; 71: 1054-61.

- 42) Monnery-Patris S, Rigal N, Chabanet C. Parental practices perceived by children using a French version of the Kids' Child Feeding Questionnaire. *Appetite* 2011; 57: 161-6.
- 43) Pelletier DL, Frongillo EA Jr, Schroeder DG. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bull World Health Organ* 1995; 73: 443-8.
- 44) Caulfield LE, de Onis M, Blossner M. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 193-8.
- 45) Srinivas SK, Edlow AG, Neff PM. Rethinking IUGR in preeclampsia: dependent or independent of maternal hypertension? *J Perinatol* 2009; 29: 680-4.
- 46) Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33: 130-7.
- 47) Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah A. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 8: CD001059.
- 48) Bucher HC, Cook RJ, Guyatt GH. Effects of dietary calcium supplementation on blood pressure. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1996; 275: 1016-22.
- 49) Hypponen E, Boucher BJ. Avoidance of vitamin D deficiency in pregnancy in the United Kingdom: the case for a unified approach in national policy. *Br J Nutr* 2010; 104: 309-14.
- 50) Brooke OG, Brown IR, Bone CD. Vitamin D supplements in pregnant Asian women: effects on calcium status and fetal growth. *BMJ* 1980; 280: 751-4.
- 51) Shenoy S, Swift P, Cody D. Maternal vitamin D deficiency, refractory neonatal hypocalcaemia, and nutritional rickets. *Arch Dis Child* 2005; 90: 437-8.
- 52) Dror DK. Vitamin D status during pregnancy: maternal, fetal, and postnatal outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2011; 23: 422-6.
- 53) De-Regil LM, Palacios C, Ansary A. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD008873.
- 54) Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011; 378: 1325-38.
- 55) Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007; 369: 60-70.
- 56) Cheung YB, Ashorn P. Continuation of linear growth failure and its association with cognitive ability are not dependent on initial length-for-age: a longitudinal study from 6 months to 11 years of age. *Acta Paediatr* 2010; 99: 1719-23.

- 57) Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, Committee on Prevention of Obesity in Children and Youth. Preventing childhood obesity: health in the balance: executive summary. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 131–8.
- 58) Victora CG, Adair L, Fall C, for the Maternal and Child Undernutrition Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371: 340–57.
- 59) Lloyd LJ, Langley-Evans SC, McMullen S. Childhood obesity and risk of the adult metabolic syndrome: a systematic review. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36: 1–11.
- 60) Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008; 337: a1824.
- 61) Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 2: Prevention and management. *BMJ* 2008; 337: a1848.
- 62) Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet* 2010; 375: 1737–48.
- 63) Powers SW, Chamberlin LA, van Schaick KB, Sherman SN, Whitaker RC. Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14: 2026-33.
- 64) Carnell S, Wardle J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite* 2007; 48: 104-13.
- 65) Viana V, Sinde S. O Validation of the Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) in a Portuguese sample [in Portuguese]. *Análise Psicológica* 2008; 26: 111-20.
- 66) Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 963-70.
- 67) Gökler I. Zararlı yeme davranışları broşür. Bilkent Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Gelişim Merkezi, Koruyucu önleyici çalışmalar. Erişim tarihi: 07.04.2014 www.pdgm.bilkent.edu.tr/zararli_yeme.html
- 68) Guillain L, Oliveira A, Charles MA, Grammatikaki E, Jones L, Rigal N, et al. Review of Methods to Assess Parental Feeding Practices and Preschool Children's Eating Behavior: The Need for Further Development of Tools, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2012; 112: 1578-602.
- 69) Hughes SO, Power TG, Fisher JO. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005; 44: 83–92.
- 70) Ventura AK, Gromis JC, Lohse B. Feeding practices and styles used by a diverse sample of low-income parents of preschool-age children. *J Nutr Educ Behav* 2010; 42: 242–9.

- 71) Gomel JN, Zamora A. English- and Spanish-speaking Latina mothers' beliefs about food, health, and mothers. *J Immigr Minor Health* 2007; 9: 359–67.
- 72) Bayraktar F. Yeme bozuklukları – çocuklar, Erişim tarihi: 07.02.2014 www.yemebozuklugu.info/46-Diyet-Zayiflama-Yeme-Bozuklugu-cocuklar-Kusma-Obezite-Sismanlik.html
- 73) Dietz WH, Robinson TN. Assessment and Treatment of Childhood Obesity, *Pediatrics in Review* 1993; 14: 337-44.
- 74) Golan M, Weizman A, Apter A. Parents as the Exclusive Agents of Change in the Treatment of Childhood Obesity, *Am J Clin Nutr* 1998; 67: 1130-5.
- 75) Birch LL, Fisher JO. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents, *Pediatrics* 1998; 101: 539-49.
- 76) Birch LL, Davison KK. Family Environmental Factors Influencing the Developing Behavioral Controls of Food Intake and Childhood Overweight, *Pediatrics Clinics of North America* 2001; 48: 893-907.
- 77) Cinaz P, Bideci A, Obesite, H Günöz, G Öcal, N Yordam, S Kurtoğlu (Ed.), *Pedatrik Endokrinoloji*, 1. Basım, *Pedatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları* 1, Kalkan Matbaacılık 2003; 487–505.
- 78) Günöz H, Saner G, Demirkol M, Gökçay G, Hüner G, Garibağaoğlu M. Beslenme ve Beslenme Bozuklukları, Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul (Ed.), *Pediatric* 2002; 3. Baskı, 1. Cilt: 221-6.
- 79) Yiğit H, Ertekin V, Altınkaynak S. Çocukluk Çağında Obesite, Sendrom 2002; 14: 66-73.
- 80) Özenoğlu A, Sabuncu T, Ünüvar E. Eksojen Obesitesi Olan Adölesanların Günlük Diyetlerinde Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Dağılımı, *Endokrinolojide Yönelişler* 2000; 9: 38-43.
- 81) Durukan P. Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Faktörlerin Obesite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, *Uzmanlık Tezi*, Ankara 2001.
- 82) Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R. Büyüme, Gelişme ve Endokrin, Talat Cantez (Ed.), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri 2003; 111-4.
- 83) Şarbat G, Demirkol M. Obesite, Aysel Ekşi (Ed.), *Ben Hasta Değilim*, Nobel Tıp Kitapevleri 1999; 441-50.
- 84) Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk Çağında Obesite, *STED* 2002; 11: 8-10.
- 85) Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA, Cataldo MF, Kelly KJ, Stackhouse C, Perman, JA. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994; 15: 278-91.

- 86) Benoit D, Coolbear J. Post-traumatic Feding Disorders in Infancy: Behaviors Predicting Treatment Outcome, *Infant Mental Health Journal* 1998; 19: 409-21.
- 87) Piazza CC, Fisher WW, Brown KA, Shore BA, Patel MR, Katz RM, et al. Blakely-Smith A. Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2003; 36: 187-204.
- 88) Piazza CC, Carroll-Hernandez TA. Assessment and treatment of pediatric feeding disorders. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopaedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development 2004; 1-7.
- 89) Roberts EM. Negotiating food choice: Parents' perception of children's eating behavior. *Antropological Notebooks* 2006; 12: 63-77.
- 90) Kourlaba G, Kondaki K, Grammatikaki E, Roma-Giannioku E, Manios Y. Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions, The GENESIS study, *Public Health* 2009; 123: 738-42.
- 91) Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries, *Journal of Nutrition* 2011; 141: 495–501.
- 92) Bruch H. Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry* 1981; 26: 212–7.
- 93) Baughcum AE, Powers SW, Johnson SB. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *J Dev Behav Pediatr* 2001; 22: 391-408.
- 94) Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001; 36: 201-10.
- 95) Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO, Morales M. The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite* 2005; 44: 243-9.
- 96) Berezin S, Schwarz SM, Halata MS, Newman LJ. Gastroesophageal reflux secondary to gastrostomy tube placement. *American Journal of Diseases in Childhood* 1986; 140: 699-701.
- 97) Singer LT, Song L-Y, Hill BP, Jaffe AC. Stress and depression in mothers of failure-to-thrive children. *Journal of Pediatric Psychology* 1990; 15: 711-20.
- 98) Duniz M, Scheer PJ, Trojovsky A, Kaschnitz W, Kvas E, Macari S. Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment, *European Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 5: 93-100.

- 99) Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh TB. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 1434-40.
- 100) Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *J Pediatr* 1990; 117: 181-9.
- 101) Pelto G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull* 2003; 24: 45-82.
- 102) Benoit D. Services and programs proven to be effective in managing young children's (birth to age five) eating behaviours and impact on their social and emotional development: Comments on Piazza and Carroll-Hernandez, Ramsay and Black. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development 2004; 1-4.
- 103) DeGangi GA. *Pediatric Disorders of Regulation in Affect and Behavior: A Therapist's Guide to Assessment and Treatment*, Academic Press, London 2000.
- 104) Adams JF, *Understanding Adolescence*, Allyn ve Bacon Inc., Boston 1980 4.baskı.
- 105) Collins JK, Propert DS. A prospective study of body recognition in adolescent girl, *Adolescence* 1983; 18: 767-74.
- 106) Gökdoğan F. Orta öğretime devam eden ergenlerde beden imajından hoşnut olma düzeyi, Master tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1988.
- 107) Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları, *STED* 2004; 13: 326-9.
- 108) Alagül Ö. Farklı spor branşlarındaki sporcuların atılganlık ile beden algısı ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2004.
- 109) Uğurlu N, Akın H. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin beden benlik algısı ve psikolojik sıkıntı belirtileri ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11: 38-47.
- 110) Helman CG. *Gender and Reproduction in Culture, Health and Illness*, Fourth Edition, Oxford Press 2001: 12-31.
- 111) Plummer D. *Helping Children to Build Self-Esteem: A Photocopiable Activities Book*, London 2001.
- 112) Korkut F. *Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma*, Anı Yayıncılık, Ankara 2004.
- 113) Hager ER, McGill AE, Black MM. Development and validation of a toddler silhouette scale, *Obesity (Silver Spring)* 2010; 18: 397-401.
- 114) Adamo KB, Brett KE. Parental Perceptions and Childhood Dietary Quality, *Matern*

Child Health J 2014; 18: 978-95.

- 115) Binkin N, Spinelli A, Baglio G, Lamberti A. What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr Metab and Cardiovasc Dis* 2013; 23(5): 410-6.
- 116) Boutelle K, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Story M. Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: Are they accurate? *Obesity Research* 2004; 12: 1754-7.
- 117) Rhee KE, De Lago CW, Rscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics* 2005; 116: 94-101.
- 118) Young-Hyman D, Herman LJ, Scott DL, Schlundt DG. Care giver perception of children's obesity-related health risk: A study of African American families. *Obesity Research* 2000; 8: 241-8.
- 119) Francis LA, Birch LL. Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology* 2005; 24: 548-54.
- 120) Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition* 2008; 99(Suppl 1): 22-5.
- 121) Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics* 2006; 117: 681-90.
- 122) Garrett-Wright D. Parental perception of preschool child body weight. *Journal of Pediatric Nursing* 2011; 26: 435-45.
- 123) He M, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian Family Physician* 2007; 53: 1493-9.
- 124) 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 (EarlyBird21). *BMJ* 2005; 330: 23-4.
- 125) Pocock M, Trivedi D, Wills W, Bunn F, Magnusson J. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Review* 2010; 11: 338-53.
- 126) Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernandez-Alvira JM, et al. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries, the IDEFICS study. *Pediatr Obes* 2013; 8(2): 118-29.
- 127) West DS, Raczynski JM, Phillips MM, Bursac Z, Heath G C, Montgomery BE. Parental recognition of overweight in school-age children. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 630-6.

- 128) Ventura AK, Birch LL, Does parenting affect children's eating and weight status? International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2008; 5: 15.
- 129) Corey G, Corey MS. I Never Knew I Had A Choice : Exploration In Personal Growth (8th ed). United States of America : Thomson Brooks-Cole Corp 2006.

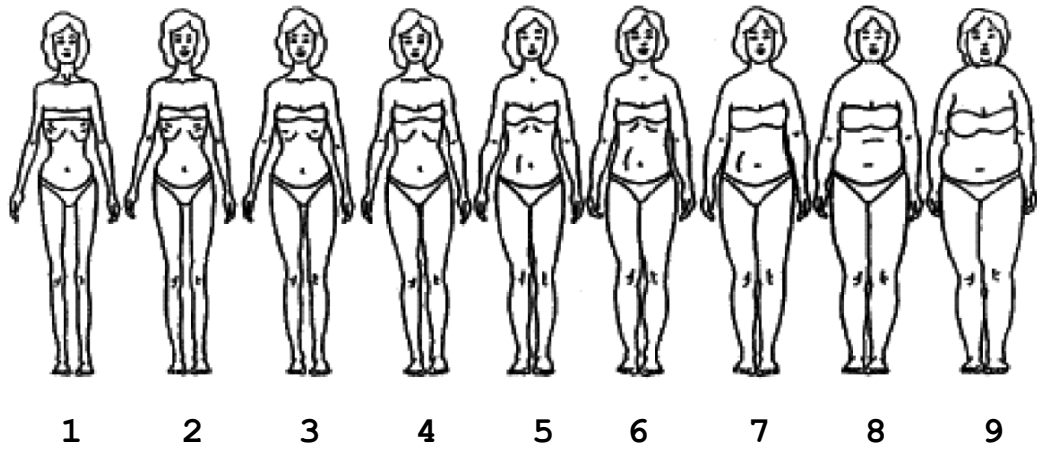
10. EKLER

Ek 1. Anket Formu.

DEMOGRAFİK BİLGİLER			
Bebenin Adı Soyadı :			
Cinsiyet: Kız ☐ ☐ Erkek			
Dosya No:		Doğum Tarihi:	
Değerlendiren:		Değerlendirme Tarihi	
Bebenin boyu:		Boy persentili:	
Bebenin ağırlığı:	Ağırlık persentili:	Baş çevresi:	
Annenin Yaşı:	Boy:	Ağırlığı	
Annenin eğitim durumu: ☐ Okur/yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Y. Lisans ☐ Diğer			
Anne: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor			
Babanın Yaşı:	Boy:	Ağırlığı	
Babanın eğitim durumu: ☐ Okur/yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Y. Lisans ☐ Diğer			
Baba: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor			
Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?			
Gelir durumunuz hangisine uygun? ☐ Aylık gelirim aylık giderlerimi karşılamıyor. ☐ Aylık gelirimle giderlerim tam denk geliyor. ☐ Aylık giderlerim için gerekenden fazla kazanıyorum.			
Çocuğunuzun beslenmesi ile ilgili konuları kimlere danışırsınız? ☐ Anneannesine ☐ Babaannesine ☐ Aile hekimine ☐ Çocuk doktoruna ☐ Arkadaşlarıma ☐ Eşime ☐ Diğer			
Çocuğunuzun beslenmesi ile ilgili kararı sonuçta kim verir? ☐ Anne ☐ Baba ☐ Anneanne ☐ Babaanne ☐ Bakıcı ☐ Çocuğun kendisi ☐ Diğer			

BEBEĞİN AĞIRLIĞI VE BESLENMESİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER		
Sizce çocuğunuzu en iyi tarif eden seçenek hangisidir? ☐ Çok zayıf ☐ Zayıf ☐ Normal ☐ Kilolu ☐ Şişman		
Çocuğunuzun beslenmesi ile ilgili en uygun seçenek hangisidir? ☐ Yetersiz beslenir ☐ Az yer ☐ Normal ☐ Bazen fazla yer ☐ Çok fazla yer		
Çocuğunuzun ağırlığı ile ilgili endişeleriniz var mı? Evet (Varsa nedir: _____) Hayır		
Aşağıda yazılanlar size göre doğru mudur, yanlış mıdır?		
Kilo, bebeğin sağlık durumu için her zaman iyi bir göstergedir	Doğru	Yanlış
Kilolu bebekler her zaman zayıflardan daha sağlıklıdır	Doğru	Yanlış
Zayıf bebekler genellikle hastadır	Doğru	Yanlış
Ek gıdalara erken başlanan bebekler daha sağlıklı olur	Doğru	Yanlış
Bebekler kilolu olsa da büyüyünce fazla kilosunu atar	Doğru	Yanlış
Çocukların büyümeleri gereklidir, bu nedenle her istediklerini yemelerine izin verilmelidir.	Doğru	Yanlış
Büyükanne, büyükbaba ya da komşularımın çocuğumun kilosu / kilo alımı konusundaki düşünceleri önemlidir	Doğru	Yanlış
Çevremdekiler çocuğumun yeterli kilo almadığını ya da zayıf olduğunu söylerse daha fazla beslerim.	Doğru	Yanlış
Çocuğumun kilosunun daha iyi olması için vitamin, balık yağı, polen gibi ürünler veririm.	Doğru	Yanlış
Şişmanlık sorunu olmayan çocuklar için hazır gıda (fast food, cips, kola, donmuş gıda..) sakıncalı değildir.	Doğru	Yanlış

Sizce kendi ağırlığınız nasıl?	
☐ Çok zayıf	☐ Zayıf ☐ Normal ☐ Kilolu ☐ Şişman
Sizce kendi görünümünüz resimlerden hangisine benziyor?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	
Hangi görünümde olmayı tercih edersiniz?	
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	
Sizce kendi görünümünüz görüntülerden hangisine benziyor?	
☐ BMI visualizer skor:....	
Hangi görüntüde olmayı tercih edersiniz?	
☐ BMI visualizer skor:....	
Sizce ideal ağırlığınız nedir?	
☐ Kg	



Sizce çocuğunuzun görünümü hangisi ile uyumludur?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Çocuğunuzun görünümünün hangisi gibi olmasını istersiniz?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Sizce çocuğunuzun yaşındaki sağlıklı bir çocuk hangisine benzemelidir?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Çevrenizdeki 2-5 yaş arası çocuklar genellikle hangisi ile uyumludur?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

