



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

12-60 AY GRUBU ÇOCUKLARDA ANNENİN SAĞLIK
ANKSİYETE DÜZEYİ, BESLENMEDE ANNE TUTUMLARI VE
ÇOCUĞUN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
ORCID ID: 0000-0001-9954-1947
GONCA ERGÜL ÖZCAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. BERNA ERDOĞMUŞ ERGEN

İZMİR-2025

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

12-60 AY GRUBU ÇOCUKLARDA ANNENİN SAĞLIK
ANKSİYETE DÜZEYİ, BESLENMEDE ANNE TUTUMLARI VE
ÇOCUĞUN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
ORCID ID: 0000-0001-9954-1947
GONCA ERGÜL ÖZCAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. BERNA ERDOĞMUŞ ERGEN

İZMİR-2025
KABUL VE ONAY SAYFASI

Tıp Fakültesi;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Uzmanlık Programı tarafından yürütülmüş olan “12-60 ay grubu çocuklarda annenin sağlık anksiyete düzeyi, beslenmede anne tutumları ve çocuğun antropometrik ölçümleri ilişkisinin değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24 /04 /2025

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

ORCID ID: 0000-0001-9954-1947

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

ORCID ID: 0000-0001-9954-1947

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Üye :Prof. Dr. Hüseyin CAN

ORCID ID: 0000-0001-9954-1947

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

ONAY: Bu Uzmanlık tezi, Eğitim Planlama Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tuğrul BULUT

Dekan

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	3
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar.....	xi
1. GİRİŞ.....	13
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	13
1.2. Araştırmanın Amacı.....	13
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	14
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	14
2. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1. Beslenme.....	15
2.1.1. Bebeklik Döneminde Beslenme.....	15
2.1.2. Bebeklerde Besin Ögesi Gereksinimleri.....	15
2.1.3. Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş.....	16
2.1.4. 12-60 Ay Arası Çocuklarda Beslenme.....	17
2.1.5. Oyun Çağındaki Çocukların Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri.....	17
2.1.5.1. Enerji Gereksinimi.....	17
2.1.5.2. Protein.....	17
2.1.5.3. Yağ.....	18
2.1.5.4. Karbonhidrat.....	18
2.1.5.5. Vitamin ve Mineraller.....	18
2.1.6. Okul Öncesi Çocukların Beslenmesini Etkileyen Faktörler.....	20
2.1.6.1. Aile.....	21
2.1.6.2. Kreş, Anaokulu.....	21
2.1.6.3. Televizyon ve Diğer Medya Araçları.....	22
2.1.7. Beslenmede Annelerin Tutumu ve Önemi.....	23
2.1.8. Okul Öncesi Çocuklarda Beslenme İlişkili Sorunlar.....	24
2.2. Büyüme ve Gelişme.....	25
2.2.1. Normal Büyüme.....	26
2.2.2. Büyüme Sorunları.....	26
2.2.3. Büyümenin İzlenmesi.....	26

2.3. Anksiyete Kavramı.....	28
2.3.1. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	29
2.3.2. Sağlık Anksiyetesi.....	31
2.3.3. Sağlık Anksiyetesini Etkileyen Faktörler.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Türü.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	34
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları.....	35
3.6. İstatistiksel Analiz.....	36
3.7. Araştırma Takvimi.....	36
3.8. Etik İzinler.....	36
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	68
7. KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	94

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın ilk gününden itibaren, bilgi birikimi ve tecrübesiyle eğitim sürecime katkı sağlayan, değerli hocam ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL' e

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamın başından beri yanımda olan, bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren değerli tez danışmanım Doç.Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e,

Asistanlığımın başından itibaren desteğini esirgemeyen, her sorunumda danışabileceğimi hissettiren, eğitim aile sağlığı merkezinde gerek akademik açıdan gerekse hastalara yaklaşım açısından daha iyi bir hekim olabilmeme yardımcı olan, özverisi ve güler yüzüyle her zaman bir hocadan daha fazlası olan Doç. Dr. Gülseren PAMUK' a,

Uzmanlık eğitimim süresince hem mesleki bilgi ve beceriler kazanmamda emeği geçen hem de akademik bilgilerini bizlerle paylaşmaktan asla çekinmeyen, her zaman rehberliği ve desteğiyle yanımda olan çok kıymetli hocalarım Prof.Dr. Hüseyin CAN, Prof.Dr. Esra Meltem KOÇ ve Dr. Öğr. Üyesi Serap ÖKSÜZ'e,

Başta eğitim aile sağlığı merkezimizde birlikte çalışmaktan keyif aldığım Büşra ERÇETİN ve Songül DEMİREL olmak üzere asistanlığım süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm mesai arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana verdiği her türlü destek ve duyduğu güven ile her zaman yanımda olan, her türlü fedakarlığı yapmaktan çekinmeyen annelerin en güzeli canım annem Melek ERGÜL'e,

Sevgi ve destekleri ile her zaman yanımda olan kendimi çok şanslı hissettiğim ikinci ailem Sabriye ve Ali ÖZCAN'a,

Çocukluğumdan beri hep en iyi arkadaşım olan sevgili kardeşim Atılım ERGÜL ve değerli eşi Merve GÖKGÖZ ERGÜL'e,

Motivasyonel ve bilimsel destekleri ile tez sürecimde de hep yanımda olan sevgili arkadaşlarım Ezgi ve Emre GÖKOĞLU, Merve KERVAN YORGUN ve Zeynep GÜVENÇ SANER'e,

Varlığına her an şükrettiğim, hayatımıza farklı bir anlam katan, bana annelik duygusunu yaşatan canım kızım Elif Deren ÖZCAN'a,

Her zaman olduğu gibi bu sürecin zorluklarını da benimle paylaşan, kendimi bildiğim günden bu yana sabrı ve anlayışıyla bana güç veren, her zaman yanımda olan hayattaki en büyük şansım sevgili hayat arkadaşım Hamza ÖZCAN'a,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri geçen, okul öncesinden bugüne kadarki tüm değerli öğretmenlerime ve buraya yazamadığım tüm sevdiklerime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gonca ERGÜL ÖZCAN

Nisan 2025

ÖZET

12-60 AY GRUBU ÇOCUKLARDA ANNENİN SAĞLIK ANKSİYETE DÜZEYİ, BESLENMEDE ANNE TUTUMLARI VE ÇOCUĞUN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gonca ERGÜL ÖZCAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi, İzmir, Türkiye, 2025

Amaç: Anne sağlık anksiyete düzeyi ile çocuk beslenmesine yönelik tutumları ve çocuğun antropometrik (boy-kilo) ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışma etik kurul onayı ve sağlık müdürlüğü izni alındıktan sonra İzmir katip Çelebi Üniversitesi 4 nolu Narlıdere Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunan 015 , 016 ve 019 Nolu Aile Hekimliği birimlerine kayıtlı 12-60 ay arası çocuğu olan 182 anneyle gerçekleştirildi. Çalışmanın örneklemeden gönüllü ebeveynlere onamları alındıktan sonra yüz yüze ve online anket formu uygulanmış olup çocukların boy-kilo ölçümleri neuroogle sisteminde kayıtlı bebek-çocuk izlemlerinden elde edilmiştir.

Çalışma verileri 19 sorulu sosyodemografik bilgi formu, geçerlik güvenirlik çalışmaları daha önceden yapılmış olan 18 sorulu Sağlık Anksiyetesi Ölçeği(Kısa Versiyon) ve 27 sorulu Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği olmak üzere toplam 64 sorudan oluşan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada değerlendirilmeye alınan çocukların boy-kilo ölçümleri ve persantil değerleri ise sağlık sisteminden elde edilmiştir. Verilerin analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların çoğunluğu (%91,8) 20-39 yaş kadınlar oluşurken, bebeklerin %51,6'sının 12-36 ay aralığında ve %54,9'unun kız cinsiyete sahip olduğu saptanmıştır. Annelerin %44,0'ının tek gebelik yaşadığı; değerlendirmeye alınan çocukların ise %59,3'ünün ailedeki ilk çocuk olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin sağlık anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan Sağlık Anksiyetesi Ölçeği(kısa versiyon) puan ortalamaları

incelendiğinde, sağlıkla ilgili beden algıları ve fiziksel belirtilere yönelik kaygılarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği alt boyutları incelendiğinde genç annelerin sağlıkla ilgili düşünsel ve bilişsel kaygılarının daha yoğun olduğunu görülmüştür. Ayrıca, annelerin sağlık anksiyetesi ölçeği puanlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Anne sağlık anksiyetesi düzeyi ile BSATÖ'ye ait özellikle “zorla besleme” ve “öğün sırasındaki negatif duygu durumu” alt boyutlarında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Çocuk kilo persentil değerleri ile anne beslenme süreci tutumları arasında da çeşitli düzeylerde ilişki tespit edilmiştir.

Sonuçlar: Araştırma sonuçları, yüksek sağlık anksiyetesi düzeyine sahip annelerin çocuklarına karşı daha kontrolcü ve zorlayıcı beslenme tutumları sergileyebileceğini göstermektedir. Bu durum, çocukların yeme davranışlarını ve büyüme gelişimlerini olumsuz etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: sağlık anksiyetesi, beslenme süreci anne tutumu, BSATÖ, çocuk beslenmesi, büyüme

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH ANXIETY LEVEL IN MOTHERS, MATERNAL ATTITUDES IN NUTRITION, AND ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS IN CHILDREN OF 12-60 MONTHS GROUP

Gonca ERGÜL ÖZCAN

Izmir Katip Celebi University, Faculty of Medical Sciences Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Izmir, Türkiye, 2025

Aim: To evaluate the relationship between maternal health anxiety level, attitudes towards child nutrition and anthropometric (height-weight) measurements of the child.

Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted with 182 mothers with children aged 12-60 months, registered in the Family Medicine units numbered 015, 016 and 019 in the Narlıdere Education Family Health Center numbered 4 of İzmir Katip Çelebi University, after obtaining the approval of the ethics committee and the permission of the health directorate. Face-to-face and online survey forms were applied to volunteer parents from the study sample after their consent was obtained, and the children's height and weight measurements were obtained from infant-child follow-ups recorded in the neuroogle system.

Data were collected using a questionnaire form consisting of a total of 64 questions, including a 19-question sociodemographic information form and both of which had been previously conducted validity and reliability studies, the 18-question Health Anxiety Scale (Short Version) and the 27-question Maternal Attitudes During the Feeding Process Scale. The height-weight measurements, and percentile values of the children included in the study were obtained from the health information system. Data analysis was performed using the SPSS software.

Results: While the majority of the participants (91.8%) were women aged 20-39, 51.6% of the babies were between 12-36 months old and 54.9% were female. It was determined that 44.0% of the participants had a single pregnancy and 59.3% of the

children evaluated were the first child in the family. When the mean scores of the Health Anxiety Scale (short version) used to assess the health anxiety levels of the mothers participating in the study were examined, it was determined that their concerns about health-related body perceptions and physical symptoms were at a moderate level. When the sub-dimensions of the Health Anxiety Scale were examined, it was observed that young mothers had more intense intellectual and cognitive health-related concerns. In addition, it was determined that mothers' health anxiety scale scores differed according to some sociodemographic characteristics of the mother. Positive significant relationships were found between the mothers' health anxiety level and the sub-dimensions of Maternal Attitudes During the Feeding Process Scale, especially "forced feeding" and "negative mood during meals". Various levels of association were also found between children's weight percentiles and mothers' attitudes towards the feeding process.

Conclusion: Research results show that mothers with high levels of health anxiety may exhibit more controlling and coercive feeding attitudes towards their children. This may negatively affect children's eating behaviors and growth development.

Keywords: health anxiety, maternal attitude during the feeding process, child nutrition, growth

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANOVA: Analysis of Variance (Varyans Analizi)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BSATÖ: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği

DSM-4: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ECA: Epidemiolojik Catchment Area

EFSA: European Food Safety Authority

FNB: Food and Nutrition Board

G: Gram

H: Hipotez

IBM: International Business Machines

KKAL: Kilokalori

MG: Miligram

MCG: Mikrogram

NCS: National Comorbidity Survey

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PEM: Protein-Enerji Malnütrisyonu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WIC: Women, Infants, Children

TABLÖLAR

Tablo 1: Okul Öncesi Çocuklarda Günlük Önerilen Enerji ve Besin Ögeleri Alım Düzeyleri

Tablo 2: Enerji ve Besin Ögelerini Karşılama İçin Günlük Ortalama Besin Tür ve Miktarları (gram/gün)

Tablo 3: BSATÖ'ye ait faktörler ve içeriğinde yer alan madde numaraları

Tablo 4: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri,

Tablo 5: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Değerleri

Tablo 6: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ) Değerleri

Tablo 7: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 8: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 9: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 10: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 11: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Bebek Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 12: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Doğum Boylarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 13: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Doğum Kilolarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 14: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Şimdiki Boy Percentil Değerlerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 15: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Şimdiki Kilo Percentil Değerlerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 16: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Doğum Şekillerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 17: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 18: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Çalışmada Değerlendirilen Çocuğun Doğum Sırası Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tablo 19: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile BSATÖ Puanlarının Korelasyon Analizi

Tablo 20: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Korelasyon Analizi



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlıklı çocuk, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen ve kronolojik yaşına uygun büyüme ve gelişme özellikleri sergileyen birey olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun sağlık durumu, aynı yaş grubunda bulunup normal gelişim gösteren çocukların anatomik ve fizyolojik referans değerleri temel alınarak değerlendirilmektedir (1). Erken çocukluk döneminde edinilen beslenme alışkanlıkları, yaşam boyu sürecek sağlık davranışlarının temelini oluşturur (2). Çocuğun gelişim sürecindeki beslenme alışkanlıkları, büyük ölçüde aile bireylerinin, özellikle anne veya bakım verenin beslenme tutum ve davranışlarından etkilenerek şekillenmektedir (3). Ebeveynlerin, çocuklarında sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirebilmeleri için tutarlı bir beslenme düzeni oluşturmaları, çocuğun yaşına ve ihtiyacına uygun türde ve miktarda besin sunmaları, yiyecek miktarını çocuğun kendi içsel açlık-tokluk sinyallerine göre belirlemesine fırsat tanımaları ve gerektiğinde uygun davranışsal sınırlar koymaları gerekmektedir (4). Tam aksine ebeveynlerin yemek yedirme sürecinde ısrarcı, ödüllendirici ya da cezalandırıcı yaklaşımları, çocuğun sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (3). Çocuğun yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarını geliştirebilmesi açısından, annenin ruh sağlığının istikrarlı olması kritik bir öneme sahiptir (5). Ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenmiş annelerin, anne-bebek etkileşimlerinde azalmış duyarlılık ve hassasiyet sergiledikleri bildirilmektedir (6). Yeme bozukluklarının çocukların zihinsel, fiziksel ve duygusal gelişimi üzerinde yaratabileceği olumsuz etkiler dikkate alındığında, beslenme davranışlarında temel belirleyicilerden biri olan anne-çocuk etkileşimini şekillendiren psikolojik etmenlerin araştırılması bilimsel açıdan önem arz etmektedir (7).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, annelerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile çocuk beslenmesine yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca bu ilişki; annelerin yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, kronik hastalık varlığı ve doğum şekli gibi sosyo-demografik özellikleri ile çocukların doğum ve mevcut boy-kilo ölçümleri bağlamında da değerlendirilmektedir. Böylece bireysel ve

çevresel faktörlerin annelik tutumları üzerindeki etkilerinin bütüncül bir bakış açısıyla ortaya konulması ve bu çalışma ile elde edilen bulguların, erken çocukluk dönemindeki beslenme davranışlarını şekillendiren psikososyal faktörlerin daha iyi anlaşılmasına ve çocuk sağlığı alanındaki koruyucu uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışma kapsamında aşağıdaki hipotez(H) test edilmiştir:

H0: Beslenme süreci anne tutumlarının annenin sağlık anksiyete düzeyi ve çocuğun boy-kilo değerleri ile ilişkisi vardır

H1: Beslenme süreci anne tutumlarının annenin sağlık anksiyete düzeyi ve çocuğun boy-kilo değerleri ile ilişkisi yoktur.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Bu çalışma, annelerin ruhsal sağlık durumlarının çocuklarının beslenmesine yönelik tutumları üzerindeki etkilerini inceleyen nadir araştırmalardan biridir. Özellikle sağlık anksiyetesi gibi özel bir değişkenin, çocuk beslenmesine dair tutumlarla ilişkilendirilmesi, alan yazında önemli bir yenilik sunmaktadır. Elde edilen bulgular, çocuk beslenmesinde sadece fiziksel ya da ekonomik koşullara değil; aynı zamanda ebeveynin psikolojik durumuna da dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda çalışmanın sonuçları, aile hekimleri ve diğer birinci basamak sağlık çalışanları, çocuk sağlığı uzmanları ve politika yapıcılar açısından yol gösterici olabilir. Ayrıca, ebeveynlere yönelik psikoeğitim programlarının oluşturulmasına katkı sağlayarak, toplum sağlığına dolaylı olarak olumlu etkiler sunması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Beslenme; bireylerin büyüme ve gelişmesinin sürdürülmesi, sağlıklarının korunması, kaliteli bir yaşam sürdürmeleri üzerinde rol oynadığı bilimsel olarak kanıtlanmış temel faktörlerden biridir (8,9).

2.1.1. Bebeklik Döneminde Beslenme

Yenidoğan bir bebeğin sağlıklı bir şekilde büyüüp gelişmesinin desteklenmesinde ve yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanmasında en önemli besin anne sütüdür (10). Anne sütü, bebek için gerekli tüm besin öğelerini uygun oranlarda sağlar ve kolay sindirilebilir olması, immünolojik koruyucular içermesi sayesinde enfeksiyonlara karşı güçlü bir savunma oluşturmaktadır (11). Ayrıca, anne sütü; diyabet, alerji, davranışsal sorunlar ve ani bebek ölümü sendromu gibi durumların riskini azaltmaktadır. Emzirme süreci, anne-bebek bağına güçlendirirken postpartum kilo kontrolü, rahim involüsyonu, osteoporoz ve meme kanseri riskinin azalması gibi annenin sağlığı üzerinde de olumlu etkiler yaratmaktadır (12). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerilerine göre, doğumdan itibaren ilk altı ay boyunca bebeklere yalnızca anne sütü verilmesi; 6. ay sonrasında ise uygun tamamlayıcı beslenmeye başlanarak, emzirmenin en az 24. aya kadar sürdürülmesi gerekmektedir (10).

2.1.2. Bebeklerde Besin Öğesi Gereksinimleri

Bebeklerin enerji ve besin öğesi gereksinimleri, hızlı büyüme nedeniyle vücut ağırlığına oranla oldukça yüksektir. İlk 6 ayda sadece anne sütü, D ve K vitamini dışında tüm gereksinimleri karşılayacak niteliktedir (11). Ancak 6. aydan sonra artan demir, çinko, enerji ve diğer mikrobese gereksinimleri nedeniyle ek besinlere ihtiyaç duyulur (13). Özellikle demir ve çinko gibi elementlerin yeterli düzeyde alınması, bilişsel gelişim ve bağışıklık sistemi açısından önemlidir. Bu dönemde verilen besinlerin enerji yoğunluğu ve biyoyararlılığı dikkate alınmalı, protein, yağ, vitamin ve mineral açısından dengeli bir içerik sunulmalıdır (14,15).

2.1.3. Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş

Tamamlayıcı beslenme, yalnızca anne sütüyle karşılanamayan besin gereksinimlerinin ortaya çıktığı dönemde, anne sütüne ek olarak verilen ve anne sütü ya da formül mama dışında kalan, ilaç, vitamin ve mineral destekleri haricindeki gıdaları kapsayan beslenme uygulamasıdır (16). Bu süreç, bebeğin yaşına ve gelişim düzeyine uygun besin çeşitliliğini içermeli, enerji, protein, yağ ve mikrobeyin gereksinimlerini karşılamalıdır (17). Uygun sürede ve uygun içerikli tamamlayıcı beslenme, bebeğin bir yaşına geldiğinde aile sofrasındaki yiyecekleri tüketebilecek olgunluğa erişmesini sağlar (18).

DSÖ ve Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA), ilk 6 ay yalnızca anne sütü verilmesini ve 6. ay itibarı ile tamamlayıcı beslenmeye geçilmesini önermektedir. Sadece anne sütü alan bebeklerde tamamlayıcı gıdaya başlama için ideal zaman aralığı 17–26. haftadır (yaklaşık 4–6 ay). Bu dönemden önce veya sonra başlanması, büyüme, alerji ve metabolik sağlık açısından sakıncalar doğurabilmektedir (17).

Tamamlayıcı besinler, başlangıçta yiyecek suları veya püre kıvamında ve tek tek tanıtılmalı, alerjenik gıdalar (örneğin fıstık, yumurta, gluten) ise 4–11 ay arasında, hekim kontrolünde denenmelidir. İnek sütü, bal, bitki çayları ve yüksek şeker/tuz içeren besinler 1 yaşından önce önerilmemektedir. Protein ve enerji dengesine özen gösterilmeli; hayvansal kaynaklı demir içeren besinler (et, tavuk, karaciğer, balık) erken dönemde başlanmalıdır. Formül mamalar tamamlayıcı gıda değil, anne sütü alternatifi olarak değerlendirilmelidir (19). Besinlerin içeriği kadar, sunum şekli de önemlidir. Kaşıkla beslenmeye geçiş, yavaş yavaş parmak gıdalara ve sofraya besinlerine yönlendirilmelidir. Bebek önderliğinde beslenme (Baby-led weaning) gibi yaklaşımlar önerilmekle birlikte, aspirasyon riski göz önünde bulundurulmalıdır. Sebze ve meyvelerin tatlarının erken dönemde tanıtılması, ileriki yaşlarda sağlıklı besin tercihlerinin gelişimine katkı sağlamaktadır (20).

Bebeklerde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişebilmesi, büyük ölçüde anne-bebek etkileşiminin niteliğine bağlıdır. Annenin, bebeğin açlık ve tokluk belirtilerini doğru şekilde tanıyarak zamanında ve yeterli miktarda besin sunması önem arz etmektedir. Beslenme süreci, yalnızca fizyolojik bir ihtiyaç gidermenin ötesinde; sevgi temelli iletişim ve öğrenme fırsatı olarak değerlendirilmelidir. Bu

süreçte annenin göz teması kurarak, teşvik edici ancak baskı içermeyen bir tutumla yaklaşması, çocuğun beslenmeye olumlu yanıt vermesini kolaylaştırır. Besin reddi durumlarında ise ısrarcı bir yaklaşım yerine, tekrarlar yoluyla alıştırma yapılması önerilmektedir (16,21,22).

2.1.4.12-60 Ay Arası Çocuklarda Beslenme

Okul öncesi dönemi de kapsayan 1–5 yaş grubu, çocukların bireyselleşmeye başladığı ve bağımsızlık duygularının geliştiği bir dönemdir. Bu süreçte çocukların yeme davranışları, büyük ölçüde ebeveynlerin, özellikle de annelerin beslenme alışkanlıklarından ve tutumlarından etkilenmektedir (8,23). Oyun çağındaki çocuklar, sunulan besinlerle beslenmekte ve iştahları günden güne değişkenlik gösterebilmektedir. Bu yaş grubunda, düzenli öğün alışkanlıklarının kazandırılması, sağlıksız atıştırmalıkların sınırlandırılması ve farklı besinlere karşı olumlu bir yaklaşım geliştirilmesi, ileri yaşlardaki sağlıklı beslenme davranışlarının temelini oluşturmaktadır (24,25).

2.1.5. Oyun Çağındaki Çocukların Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri

2.1.5.1. Enerji Gereksinimi

Okul öncesi dönem çocukları, hem hızlı büyüme hem de yüksek fiziksel aktivite düzeyleri nedeniyle yetişkinlere oranla daha fazla enerjiye ihtiyaç duyarlar. Bu yaş grubunda bazal metabolizma hızı yüksektir; dolayısıyla vücut ağırlığı başına düşen enerji ihtiyacı, yetişkinlerden oldukça fazladır. Örneğin, yetişkinlerde bu oran yaklaşık 30–40 kkal/kg/gün iken, küçük çocuklarda 80–90 kkal/kg/gün'e kadar çıkabilmektedir(24). Amerika Gıda ve Beslenme Kurulu (Food and Nutrition Board), 1–2 yaş arası çocuklar için ortalama 1046 kkal, 3–5 yaş arası için ise yaklaşık 1742 kkal/gün enerji alımını önermektedir(26).

2.1.5.2. Protein

Okul öncesi çocuklarda büyümenin sürmesi, protein ihtiyacını artırmaktadır. Vücut dokularının gelişimi için sürekli protein sentezi gerektiğinden, kaliteli protein kaynaklarının tüketimi önemlidir. Gıda ve Beslenme Kurulu'na (FNB) göre günlük protein gereksinimi; 1–3 yaş için 13 g, 4–5 yaş için 19 g'dır (26). Bu miktarın en az

yarısının hayvansal kaynaklı olması önerilmektedir. Yumurta, süt, yoğurt, et ve kuru baklagiller bu ihtiyacı karşılamada temel kaynaklardır (27).

2.1.5.3. Yağ

Yağ, çocukluk döneminde hem enerji kaynağı hem de beyin gelişimi açısından kritik bir besin ögesidir. Bu nedenle, çocukların diyetindeki yağ tamamen kısıtlanmamalı, ancak dengeli bir şekilde tüketilmelidir. Amerikan Pediatri Komitesi, 2–5 yaş çocuklarında toplam yağ alımının enerji ihtiyacının %20–30'unu karşılamasını; doymuş yağların ise %10'un altında tutulmasını önermektedir (28). Araştırmalar, düşük yağ içeriğine sahip diyetlerin bazı mikro besin öğelerinin (örneğin kalsiyum, çinko ve B12 vitamini) yetersiz alımına yol açabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, aşırı yağ tüketiminin obezite ve ileriki yaşlarda kronik hastalık riskini artırabileceği de belirtilmektedir (29).

2.1.5.4. Karbonhidrat

Çocukların yeterli ve dengeli beslenebilmesi için günlük beslenme düzenlerinde her besin gruplarına uygun miktarda yer verilmesi gerekmektedir (30). 12-60 ay arası çocukların günlük enerji ihtiyaçlarının yaklaşık %50–60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Bu enerjinin büyük kısmının kompleks karbonhidratlardan gelmesi önerilirken, basit şekerlerin aşırı tüketimi ise sınırlandırılmalıdır (26).

2.1.5.5. Vitamin ve Mineraller

Vitaminler, az miktarlarda alınmalarına rağmen büyüme ve gelişme için gerekli olan organik bileşiklerdir. Büyüme çağındaki çocuklarda mineral ihtiyacı artar ve bu dönemde yeterli vitamin ve mineral alımı, sağlıklı gelişim için büyük önem taşır (31).

Okul öncesi çocuklara yönelik günlük önerilen vitamin ve mineraller ve miktarları Tablo 1 ve Tablo 2'de detaylı biçimde sunulmuştur (32).

Tablo 1: Okul Öncesi Çocuklarda Günlük Önerilen Enerji ve Besin Öğeleri Alım Düzeyleri

Enerji ve Besin Öğeleri	1-3 Yaş	4-6 Yaş
Enerji Alımı (kcal)	-300.0	1800.0
Protein (g)	13.0	19.0
A vitamini (mcg)	300.0	400.0
D vitamini (mcg)	5.0	5.0
E vitamini (mg)	6.0	7.0
K vitamini (mcg)	30.0	55.0
C vitamini (mg)	15.0	25.0
Tiamin (mg)	0.5	0.6
Riboflavin (mg)	0.5	0.6
Niasin (mg)	6.0	8.0
Vitamin B6 (mg)	0.5	0.6
Folat (mcg)	150.0	200.0
Vitamin B12 (mcg)	0.9	1.2
Kalsiyum (mg)	500.0	800.0
Fosfor (mg)	460.0	500.0
Magnezyum (mg)	80.0	130.0
Demir (mg)	7.0	10.0
Çinko (mg)	3.0	5.0
İyot (mcg)	90.0	90.0
Selenyum (mcg)	20.0	30.0
Biotin (mcg)	8.0	12.0
Pantotenik asit (mg)	2.0	3.0
Bakır (mg)	340.0	440.0
Manganez (mg)	1.2	1.5
Flor (mg)	0.7	1.0
Krom (mcg)	11.0	15.0
Molibden (mcg)	17.0	22.0

Tablo 2: Enerji ve Besin Ögelerini Karşılama İçin Günlük Ortalama Besin Tür ve Miktarları (gram/gün)

Besin Grupları	1-3 Yaş (g)	4-6 Yaş (g)
1. Et ve benzeri (toplam)	110	120
- Yumurta	50	50
- Et ve kuru baklagil	60	70
2. Süt ve türevleri	500	430
- Süt, yoğurt	500	400
- Peynir	20	30
3. Sebze ve meyve	250	300
- Yeşil ve sarı	75	100
- Turunçgil ve domates	100	100
- Diğerleri	75	100
4. Tahıllar	90	155
- Ekmek	50	100
- Pirinç, makarna, bulgur	30	40
- Tahıl unu	10	15
5. Yağlar ve şekerler	65	95
- Katı ve sıvı yağ	15	30
- Şeker	25	40
- Pekmez, bal, reçel	25	25

2.1.6. Okul Öncesi Çocukların Beslenmesini Etkileyen Faktörler

Çocuklar büyürken çevresini gözlemleyerek ve taklit ederek yeme davranışlarını oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu yaşlarda çocuklar, sevdikleri ve sevmedikleri besinleri ayırt etmeye başlar, bu da ilerleyen yaşlardaki yeme tutumlarını doğrudan etkiler. Çocuğun beslenme davranışları yalnızca yaş, cinsiyet, kişilik ve genetik özellikleri gibi bireysel faktörlere değil, aynı zamanda çevresel etkilerle şekillenir (33). Gıda tercihleri, biyolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisiyle yaşam boyunca değişkenlik göstermeye devam etmekte olup, bu tercihler

bireylerin gıda seçimlerini ve dolayısıyla diyet kalitesini belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır (34).

2.1.6.1. Aile

Okul öncesi çocukların beslenme alışkanlıklarının gelişiminde aile, en belirleyici faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (35). Çocuklar, ebeveynlerinin yeme davranışlarını, yaşam tarzı tercihlerine ilişkin tutumlarını ve beden imajına yönelik memnuniyet ya da memnuniyetsizliklerini gözlemleyerek içselleştirmekte ve bu tutumları model almaktadırlar (34). Ebeveynlerin çocuklarına yönelik besleme uygulamaları, genellikle ebeveynin yaşı, etnik kökeni ve çocuğun cinsiyeti gibi çeşitli demografik faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilen çok yönlü stratejiler bütünü oluşturmaktadır (36). Ebeveynlerin kendi diyetleri sınırlı çeşitlilikteyse, çocukların yeni gıdalara maruz kalma ve bu gıdaları kabul etme fırsatları azalmakta; ayrıca, sağlıklı beslenme davranışlarının gelişiminde önemli olan olumlu rol modelleme yeterince sağlanamamaktadır (37). Bir çocuğun yemek yemeyi reddetmesi karşısında uygulanan zorlayıcı besleme stratejilerinin, çocuğun diyetle ilişkili öz düzenleme becerilerinde bozulmalara yol açabileceği ve bu durumun sağlıklı yeme davranışlarının gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmektedir. Bu tür müdahaleler; yeme bozuklukları, obezite, duygusal yeme eğilimi, belirli yiyecek türlerine yönelik kısıtlamalar ve yiyeceğe sınırsız erişim sağlandığında aşırı yeme davranışı gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (38). Ev içi sofranın düzeni ve öğün zamanlarının yapılandırılması, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarının gelişiminde temel belirleyiciler arasında yer almaktadır. Aileyle birlikte gerçekleştirilen yemek zamanları, yalnızca besin alımını değil, aynı zamanda sosyal etkileşim, iletişim becerileri ve model alma yoluyla öğrenmeyi de desteklemektedir. Bu bağlamda, çocukların erken yaşta itibaren aile sofralarına katılımının teşvik edilmesi, düzenli öğün alışkanlıklarının kazandırılması ve ev ortamında sağlıklı gıda tercihlerinin desteklenmesi önem arz etmektedir (33).

2.1.6.2. Kreş, Anaokulu

Çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmesinde yalnızca ebeveynler değil, eğitim kurumlarında doğrudan etkileşimde buldukları

öğretmenler de önemli rol oynamaktadır. Özellikle okul öncesi öğretmenlerinin beslenme konusundaki bilgi ve kişisel alışkanlıklarının yeterli düzeyde olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu süreçte, ev ve okul arasında tutarlılık sağlanmalı; öğretmenlerin konuya ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olması sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılmasında kritik bir unsur olarak değerlendirilmelidir (39). Bu bağlamda, kreş ve anaokullar yalnızca bakım ve eğitim hizmeti sunan kurumlar olarak değil, aynı zamanda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının temellendirildiği ve pekiştirildiği yapılar olarak ele alınmalıdır. Bu kurumlarda görev yapan personelin beslenme eğitimi konusunda yeterli bilgiye sahip olması, yemek menülerinin diyetisyen kontrolünde planlanması ve yemek zamanlarının çocuklar için hem keyifli hem de öğretici bir sürece dönüştürülmesi, erken yaşta sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılmasında kritik bir rol oynamaktadır (40).

2.1.6.3. Televizyon ve Diğer Medya Araçları

Çocuklarda hareketsiz yaşam tarzı, obezite prevalansındaki sürekli artışın önemli belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, televizyon izleme süresi, artan beden kitle indeksi (BKİ) ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (41). Çocukların, reklamlarda karşılaştıkları yiyecek ve içecek ürünlerini ebeveynlerinden talep etmeleriyle birlikte bu taleplerin karşılanması durumunda memnuniyet duygusu yaşadıkları ve buna bağlı olarak aşırı tüketime yönelebilecekleri bildirilmektedir. Reklam içeriklerinde sıklıkla kullanılan animasyon karakterlerinin, çocuklarda söz konusu ürünlerle duygusal bir bağ oluşturduğu ve bu bağın, çocukların yalnızca reklamda gördükleri ürünleri tüketmek istemelerine; diğer besin gruplarına karşı ise tokluk hissi ve seçicilik geliştirmelerine neden olabileceği ifade edilmektedir (42). Söz konusu durum, çocuklarda zamanla besin seçiciliğinin gelişmesine ve doğal, ev yapımı gıdaların reddedilmesine neden olabilmektedir. Erken yaşta başlayan bu eğilimlerin, ilerleyen yaşam dönemlerinde sağlıksız beslenme alışkanlıklarının kalıcı hâle gelmesine zemin hazırlayabileceği belirtilmektedir (33). Bu bağlamda, medya araçlarının çocuklar üzerindeki etkileri dikkatle değerlendirilmelidir. Ailelerin, çocuklarının ekran karşısında geçirdiği süreyi sınırlandırmaları ve özellikle yemek saatlerinde ekran kullanımından kaçınmaları, sağlıklı beslenme davranışlarının desteklenmesi açısından önem arz etmektedir (43).

2.1.7. Beslenmede Annelerin Tutumu ve Önemi

Ebeveynler, küçük çocukların fiziksel ve sosyal çevresinin en önemli belirleyicilerinden biri olarak, çoklu sosyalleşme süreçleri aracılığıyla çocukların davranışlarını, alışkanlıklarını ve tutumlarını şekillendirmektedir. Yapılan araştırmalar, ebeveyn etkilerinin çocuklarda kilo problemlerinin gelişimine kadar uzanabildiğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, ebeveyn tutum ve yaklaşımlarının daha iyi anlaşılması, çocukluk çağı yeme sorunlarının ve aşırı kilo riskinin önlenmesi ile etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (44).

Bebeklerin beslenmesi, ebeveynlerin temel bakım içgüdülerinden biri olarak kabul edilmekte olup, ebeveynin 'yedirme' davranışı, çocuğun 'yeme' davranışının gelişiminde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu süreç, büyük ölçüde karşılıklı etkileşim dinamiklerine dayanmaktadır. Çocuğuna yemek yedirmede zorluk yaşayan annelerde artan düzeyde kaygı ve endişe gözlemlenmekte; bu durum ise beslenme sürecinde daha kontrolcü ve müdahaleci tutumların gelişmesine yol açabilmektedir. Annenin yaşadığı stres ve kaygı çocuğa da yansiyabilmekte, bu durum beslenme anlarını olumsuz etkileyerek çocuğun yeme davranışlarını daha karmaşık ve dirençli bir hâle getirebilmektedir (45).

Araştırmalar, annelerin beslenme konusundaki tutumlarının, çocukların yeme davranışlarının şekillenmesinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle beslenme sorunları olan çocuklarda, bu problemlerin sıklıkla bakım veren kişinin besleme davranışlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Çocuğu baskılayan, duygusal düzenleme amacıyla yemeği araç haline getiren ya da aşırı kontrolcü tutumlar sergileyen ebeveynlerin çocuklarında kaçınan ve sorunlu yeme davranışlarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Kröller ve Warschburger'in 2008'deki araştırmasında, yiyeceklerin ödül olarak sunulmasının çocuklarda sebze-meyve tüketimini azalttığı ve duygusal yeme davranışlarıyla ilişkilendiği ifade edilmiştir (46).

Ebeveyn besleme tutumları genellikle dört ana başlık altında incelenmektedir: sorumluluk alan, kontrolcü, aşırı hoşgörülü ve ihmalkâr tutumlar. Sorumluluk alan yaklaşımda ebeveyn; yiyecek seçiminde, zamanlamasında ve ortamın

düzenlenmesinde belirleyici olurken, çocuk tüketilecek miktara kendisi karar verir. Bu yaklaşım, sağlıklı yeme alışkanlıklarını desteklemekte ve çocuklarda obezite riskini azaltmaktadır (47). Kontrolcü besleme tarzında ise ebeveyn, çocuğun açlık ve tokluk sinyallerini göz ardı ederek, baskı, ceza ya da ödül yöntemleriyle çocuğu yemeye yönlendirir. Bu kısa vadede sonuç verse de sebze-meyve tüketiminin azalması ve obezite ile ilişkilidir (48). Kontrolcü ebeveynlik üzerine yapılan bir çalışmada, bu tür bir tutumun çocuklarda iştah düzenini bozduğu, beden kitle indeksinde artışa neden olduğu ve çocukların içsel açlık ipuçlarını bastırarak, yeme davranışlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Özellikle porsiyon zorlaması, ödülle yedirme ya da tabağı bitirmeye zorlama gibi stratejiler çocuklarda sağlıksız yeme alışkanlıklarına neden olmaktadır (49). Aşırı hoşgörülü tutumda, çocuk her istediğini elde eder ve ebeveyn, sınırlayıcı bir rol üstlenmez. Bu durumda enerji yoğun ve sağlıksız gıdalara yönelim artmakta ve obezite riski yükselmektedir. İhmalkâr tutumda ise çocuğun temel ihtiyaçları görmezden gelinmekte, beslenme sorumluluğu ebeveyn tarafından yerine getirilmemektedir (48).

Carnell ve arkadaşlarının çalışmasında kısıtlayıcı ebeveyn tutumlarının, çocukların yiyeceklere olan ilgisini artırdığı; baskıcı tutumların ise yeme ilgisini azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca, kontrolcü ebeveynliğin duygusal yeme davranışını teşvik ettiği, otoriter tutumun ise daha sağlıklı yeme alışkanlıklarını desteklediği bulunmuştur. Otoriter ebeveynlerin çocuklarının, daha düzenli yemek ve uyku saatlerine sahip olduğu ve sağlıksız atıştırmalıkları daha az tükettikleri belirtilmiştir. Bu tutumu sergileyen annelerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu da saptanmıştır (50).

2.1.8. Okul Öncesi Çocuklarda Beslenme İlişkili Sorunlar

Gelişmekte olan ülkelerde bebek ve çocuk ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri enfeksiyon hastalıklarıdır. Bu durumun en önemli etkenlerinden biri ise büyüme ve gelişme geriliğine yol açan beslenme bozukluklarıdır. Beş yaş altı ölümlerin yarısından fazlası, doğrudan veya dolaylı olarak yetersiz beslenmeyle ilişkilidir (51).

Malnütrisyon, beslenme yetersizliğine bağlı olarak gelişen ve uygun nütrisyonel replasmanla önlenebilen ya da tedavi edilebilen, normal vücut kompozisyonunda meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (52).

Malnütrisyon, çocuklarda bilişsel gelişimi olumsuz yönde etkileyebilen ve çocuk ölümleriyle anlamlı düzeyde ilişkilendirilen ciddi bir halk sağlığı sorunudur (53).

Obezite, enerji alımının enerji harcamasını aşması sonucunda vücut ağırlığında artış meydana gelmesiyle karakterize edilen bir durumdur. Yetersiz fiziksel aktivite düzeyi de, obezitenin oluşumunda beslenme alışkanlıklarına ek olarak önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (54). Fazla kilo ve obezite dünya genelinde her yıl yaklaşık 3 milyon insanın hayatını kaybetmesine yol açan sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Çocukluk çağı obezitesi, hem fiziksel hem de psikososyal etkileri açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur (55). Bir yandan erken yaşta metabolik ve kronik hastalıkların gelişme riskini artırırken, diğer yandan obeziteye bağlı yaşanan psikolojik problemler, bireylerin ilerleyen yaşlarda özgüven eksikliği ve sosyal uyum güçlükleri yaşamalarına zemin hazırlayabilmektedir (56). Yapılan araştırmalar, kardiyovasküler hastalıkların temelinde yer alan aterosklerotik süreçlerin çocukluk döneminde başladığını ortaya koymuştur. Bu bağlamda, obezite; tıpkı hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi, çocukluk çağında ateroskleroz gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (57). Obezite ve malnütrisyonun belirlenmesinde boy ve kilo ölçümleri ile hesaplanan BKİ, 1960'lardan bu yana kullanılan bir yöntemdir (54).

D vitamini eksikliği, çocuklarda büyüme yetersizliği ve iskelet sistemi gelişimini etkileyen raşitizm gibi sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilen önemli bir beslenme yetersizliğidir (58).

İyot, tiroid hormonlarının sentezinde görev alan ve erken dönem beyin gelişimi başta olmak üzere birçok organın işlevi için hayati öneme sahip bir eser elementtir. Bu nedenle, iyot eksikliği; tiroid fonksiyon bozuklukları, büyüme geriliği ve bilişsel yetersizlik gibi ciddi gelişimsel sorunlarla ilişkilendirilmektedir (59).

2.2. Büyüme ve Gelişme

Çocukları erişkin bireylerden ayıran en temel özellik, sürekli devam eden dinamik bir büyüme ve gelişme süreci içinde olmalarıdır. Özellikle fetal dönem ile postnatal yaşamın ilk aylarında merkezi sinir sisteminin büyüme ve maturasyonu hızlı bir şekilde ilerlemektedir. Büyüme, hücre sayısı ve hacmindeki artışa bağlı

olarak vücut kütlesi ve hacminin artması şeklinde tanımlanırken; gelişme, hücre ve dokuların morfolojik farklılaşma yoluyla işlevsel yeterliliğe ulaşması olarak ifade edilmektedir. Gelişim sürecinin erken evrelerinde genetik ve biyolojik faktörler ön planda iken, ilerleyen dönemlerde çevresel etkenlerin belirleyici rolü artmaktadır (60).

2.2.1. Normal Büyüme

Yenidoğan bir bebeğin ortalama doğum ağırlığı 3200 gram civarındadır. Doğumu takip eden ilk günlerde bebekte %5–8 oranında fizyolojik bir ağırlık kaybı gözlemlenmekte olup, bu kayıp genellikle 10–14 gün içerisinde telafi edilerek doğum ağırlığına yeniden ulaşılmaktadır. İlk üç ayda ortalama günlük ağırlık artışı yaklaşık 30 gram iken, ikinci üç ayda bu artış 20 gram/gün, üçüncü üç ayda 15 gram/gün, dördüncü üç ayda ise 12 gram/gün düzeyine düşmektedir. Bu büyüme paterni doğrultusunda bebekler, genellikle 4–5 aylık olduklarında doğum ağırlıklarının 2 katına, bir yaşında 3 katına, iki yaşında ise 4 katına ulaşmaktadır. Çocuklar kendi başlarına ayakta durabildikleri 18–24 aylık döneme kadar boy uzunluğu yatar pozisyonda, bu dönemden sonra ise ayakta 'baş-ayak ölçüm tahtası' kullanılarak değerlendirilir. Yenidoğan bir bebeğin ortalama boy uzunluğu 50 cm'dir. İlk üç ayda boy artışı aylık ortalama 3,5 cm iken; 3–6 ay arası 2 cm/ay, 6–9 ay arası 1,5 cm/ay ve 9–12 ay arası 1,2 cm/ay şeklinde devam eder. Bu büyüme hızı doğrultusunda bebekler, bir yaşında doğum boylarının yaklaşık 1,5 katına ulaşmaktadır. Dört yaşında bu oran iki katına, 12 yaş civarında ise yaklaşık üç katına çıkmaktadır (61).

2.2.2. Büyüme Sorunları

Büyüme geriliği olgularının büyük bir kısmı, enerji alımının fizyolojik gereksinimlerin altında kalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Büyüme hızındaki yavaşlama, iki ana persantil diliminin kaybedilmesi gibi bulgular, çocuk yaşına uygun persantilde olsa dahi, olası büyüme geriliği açısından erken uyarı niteliği taşımaktadır (62).

2.2.3. Büyümenin İzlenmesi

Büyüme, süreklilik arz eden dinamik bir biyolojik süreçtir; bu nedenle tek bir ölçümle değerlendirilmemeli, düzenli aralıklarla yapılan izlemlerle desteklenmelidir. Bu bağlamda, antropometrik verilerden özellikle çocuğun boy ve vücut ağırlığı ölçümlerinin belirli zaman dilimlerinde standart büyüme eğrilerine işlenmesi, 'büyümenin izlenmesi' (growth monitoring) olarak tanımlanmakta ve çocuk sağlığı izleminin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (61). Bu sürecin temel amacı, beslenme bozukluğu gelişmeden önce büyüme hızındaki olası yavaşlamaların erken dönemde saptanarak gerekli önleyici müdahalelerin yapılabilmesini sağlamaktır (63). Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesinde antropometrik ölçümlerin kullanılması, fiziksel muayenenin temel ve ihmal edilmemesi gereken bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Özellikle yaşamın ilk beş yılı, büyüme ve gelişmenin en hızlı gerçekleştiği dönem olduğundan bu süreçte düzenli izlem büyük önem taşır. Bu dönemde büyüme izlemek amacıyla sıklıkla kullanılan antropometrik parametreler arasında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, büyüme hızı, baş çevresi; gerekli durumlarda ise üst-orta kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı ve vücut oranları yer almaktadır (61).

Yaşamın ilk iki yılında büyüme büyük ölçüde beslenme durumundan etkilendiği için, bu döneme özgü beslenme önerileri kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, ilk yaş içerisinde en az 2–3 ayda bir; sonraki yıllarda ise 6–12 ayda bir gerçekleştirilen rutin sağlam çocuk izlemlerinde, her muayenede çocuğun boy ve ağırlık ölçümlerinin yapılması, kayıt altına alınması ve büyüme eğrileri aracılığıyla değerlendirilmesi gerekmektedir (62). Süt çocukluğu döneminde vücut ağırlığı, kısa süreli zaman dilimlerinde hızlı değişim gösterebilmesi nedeniyle büyümenin izlenmesinde en duyarlı parametrelerden biri olarak kabul edilmektedir. Yaşa göre ağırlık değerlendirmesi, yalnızca mevcut beslenme durumunu değil, aynı zamanda geçmişteki beslenme öyküsünü de yansıtan önemli bir göstergedir (61). Beden Kitle İndeksi (BKİ), erişkin bireylerde obezitenin değerlendirilmesinde yaygın ve etkili bir gösterge olarak kullanılmakla birlikte; çocuklar ve adölesanlarda yaşa ve gelişim düzeyine bağlı farklılıklar nedeniyle tek başına yeterli bilgi sağlamadığı ve bu nedenle diğer antropometrik ölçümlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (64).

Aile hekimliğinin temel ilkeleri arasında süreklilik ve hizmetin bütüncüllüğü önemli bir yer tutmaktadır. Aile hekimleri, bireylerin ve özellikle ebeveynlerin sağlık hizmetlerine en kolay ulaşabildiği birinci basamak sağlık profesyonelleri olarak önemli bir rol üstlenmektedir. Bu doğrultuda, çocukların büyüme ve gelişme süreçlerinin izlenmesi kapsamında ebeveynlerle çocukların vücut ağırlığı, iştah durumu ve gelişimsel parametreleri hakkında görüşmeler yapmak; düzenli boy ve kilo ölçümlerini gerçekleştirmek ve sağlam çocuk izlemine yönelik danışmanlık hizmeti sunmak, aile hekimlerinin klinik sorumlulukları arasında yer almaktadır (57).

2.3. Anksiyete Kavramı

Anksiyete, birey karşılaştığı bir olayı tehlikeli olarak değerlendirdiğinde ortaya çıkan korku ve endişenin egemen olduğu, kişi tarafından kötü bir şey olacakmış hissi şeklinde tarif edilen bir duygu durumudur (65–68). Anksiyete kelimesi, köken olarak Latince "anxietas" sözcüğünden türemiştir. Bu kelime, zihinsel rahatsızlık, huzursuzluk, endişe ve sıkıntı gibi anlamlar taşımaktadır. Aynı zamanda "anxietas", darlık ve baskı hissini ifade eden "angh" kökünden gelmektedir. Farklı dillerdeki anlamları da benzer biçimde kaygı ve içsel huzursuzluğu yansıtır. Türk Dil Kurumu'na göre ise anksiyete; kaygı, tasa ve üzüntü gibi duyguları ifade eder (9,69).

Anksiyete, organizmada psikolojik, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri olan çok yönlü bir tepkidir. Genellikle kişinin benliğini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkar. Bu süreçte sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu, anksiyetenin fiziksel semptomlarının ortaya çıkmasına neden olur. Bu semptomlar arasında midriyazis, görme bulanıklığı, çarpıntı, ağız kuruluğu, mide şikayetleri, nefes darlığı, göğüs ağrısı, titreme, uyuşma, karıncalanma, baş dönmesi, kulak çınlaması ve uyku bozuklukları yer almaktadır (67,68,70). Anksiyetenin psikolojik semptomları arasında irritabilite, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, sese karşı artan duyarlılık ve huzursuzluk hissi yer almaktadır (70,71). Davranışsal düzeyde ise anksiyete, bireyin iletişim kurma becerilerini, motor davranışlarını ve günlük yaşamla başa çıkma yetilerini olumsuz etkileyebilir. Şiddetli anksiyete durumlarında bireyde kendilik algısının bozulması, ölüm ya da delirme korkusu gibi aşırı reaksiyonlar da gözlemlenebilir (72,73).

Tarihsel olarak “anksiyete” kavramı, insanlık boyunca sıkça başvurulan bir terim olmuştur. Psikoloji literatürüne ise 20. yüzyılın ilk yarısında girmiş ve özellikle 1940'lı yıllardan itibaren bu alanda araştırmalara konu olmaya başlamıştır. Psikoloji tarihinde anksiyete kavramını sistemli biçimde tanımlayan ve nedenlerini inceleyen ilk isim Freud'dur (1856-1939) (74). Freud'a göre anksiyete, bireyi fiziksel ya da sosyal çevreden gelebilecek tehditlere karşı uyararak, hayatta kalma ve çevreye uyum sağlama açısından önemli bir işlev görür. Hatta normal düzeydeki anksiyeteyi, yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli bir unsur olarak değerlendirmiştir. Freud'un görüşüne göre, anksiyetenin temel rolü, yaklaşan bir tehdit ya da tehlike karşısında benliği haberdar etmek ve savunma mekanizmalarının devreye girmesini sağlamaktır (70,74,75).

Goldstein'e göre anksiyete, bireyin sahip olduğu yeteneklerle kendisinden beklenenler arasında bir uyumsuzluk ortaya çıktığında meydana gelir; bu durum, kişinin potansiyelini tam anlamıyla ortaya koymasını engeller (76). Bireyler, kendilerine psikolojik açıdan rahatsızlık veren durumları bilinçli olarak inkâr edebilir, reddedebilir veya görmezden gelebilirler. Bu süreçte, hem içsel hem de dışsal uyarılarla teması sınırlandırarak savunma mekanizmalarına başvururlar. Bastırılan ve bilinçdışı itilen bu çözümlenmemiş psikolojik çatışmalar, bireyin olağan koşullarda dahi sürekli bir huzursuzluk, endişe ve kaygı hali yaşamasına neden olabilir (77).

2.3.1. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin belirli ölçüde etkili olabileceğini gösteren çeşitli genetik çalışmalar ve bulgular bulunmaktadır. Bireyin 1.derece akrabalarında anksiyete bozukluğu varsa bu bozukluğa yakalanma olasılığının genel popülasyona göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. İkiz çalışmaları da genetik faktörlerin anksiyete bozukluklarında rol oynadığı hipotezini desteklemektedir (70).

Yapılan toplum temelli çalışmalar anksiyete semptomlarının depresyon semptomlarına oranla yaklaşık iki kat fazla olduğunu göstermektedir (78). Anksiyete bozuklukları, ruh sağlığı sorunları arasında en sık karşılaşılan durumlardan biridir ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın olarak görülmektedir (79). ABD'deki

Ulusal Ektanı Araştırması (National Comorbidity Survey, NCS) verilerine göre yaşam boyu prevalans oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde ise %19,2 olarak saptanmıştır. Epidemiolojik Catchment Area (ECA) verileri ise tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık prevalansın %12,6, yaşam boyu prevalansın ise %14,6 olduğunu göstermektedir (80). DSM-5'e göre kaygı bozuklukları kategorisinde yer alan tüm hastalıkların ortalama prevalansının %6-7 düzeyinde olduğu tahmin edilmektedir (66). Anksiyete bozuklukları, sağlık hizmetlerine başvuru oranlarını önemli ölçüde artıran rahatsızlıklar arasında yer alır (81). Cinsiyet ve yaşın yanı sıra, araştırmalar anksiyete oluşumu ile ilişkili çeşitli faktörleri ortaya koymuştur. Bu faktörler arasında kentleşme, medeni durum, psiko-sosyal stres etmenleri, ilişki problemleri, şiddete maruz kalma, travma ve çatışma ortamında bulunma yer almaktadır (82).

Erken yaşta yaşanan travmatik olaylar, bireyde tehdit altında olma ve başa çıkamama inancını geliştirebilir. Anksiyete bozukluğu olan kişilerin, tehdidi abartılı algılamak başa çıkma yetilerini yetersiz olarak gördükleri belirlenmiştir(67).

Kaygı ve korku bazı benzer belirtiler gösterse de aralarında önemli farklar vardır (68). Korku, dış kaynaklı ve belirli bir tehdide karşı gelişen bir tepki iken, anksiyete yalnızca gerçek yaşam olaylarıyla sınırlı kalmayıp, bireyin zihninde canlandırdığı uyaranlara karşı da ortaya çıkabilir. Başka bir ifadeyle, birey dışsal ve somut bir tehlike karşısında korku hissederken, içsel ve belirli bir nesnesi olmayan tehdit algıları kişide bunaltıya neden olur. Anksiyetenin temel farkı, nesnesinin belirsiz oluşu ve birey için asıl tehdit edici unsurun bu belirsizlikten kaynaklanmasıdır (67,68,83). Bazen kişinin geleceğe dair belirsizlikleri ya da içsel çatışmaları kaygıya yol açabilir. Bu tür durumlarda kaygı, kişinin çözüm üretmesine ve nlem almasına yardımcı olabilir; bu yönüyle işlevsel bir rolü olduğu da söylenbilir. Ancak kaygı aşırı hale geldiğinde performansı düşürür ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (77).

Harry Stack Sullivan, annenin yaşadığı anksiyetenin, ocuk tarafından içselleştirildiği ne sürerek anksiyetenin kökenini erken çocukluk dönemindeki anne-ocuk ilişkisine dayandırır (70). Başka bir deyişle anksiyete gelişiminde çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin yanı sıra, ebeveyn-ocuk ilişkisinin de önemli bir rol oynadığı düşünmektedir. Ebeveynin ocuğun ihtiyaçlarına duyarsız kalması,

reddedici tutum sergilemesi veya çocuğun ebeveynin duygusal gereksinimlerini karşılamaya yönlendirilmesi gibi ilişkiyel sapmalar gözlemlenebilir. Anksiyete bozukluğu olan yetişkinler, çocukluk dönemlerinde ebeveynlerinin sevgi ve ilgisinin yetersiz olduğunu, ancak aynı zamanda aşırı koruyucu davrandıklarını ifade etmektedir. Bu durum, çocuğun ebeveyniyle güvenli bir bağ kurmasını engelleyerek ilerleyen dönemlerde anksiyete bozukluğu gelişme riskini artırabilmektedir (67,70).

2.3.2. Sağlık Anksiyetesi

Sağlığın korunması, hastalık ve engelliliğin etkilerini önlemeyi veya en aza indirmeyi hedeflerken, sağlığın geliştirilmesi bireylerin ve kurumların bilinçlenmesini, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesini ve fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığın sürdürülebilirliğini destekleyen stratejilerin bütününe kapsamaktadır (84). Sağlık davranışı, bireylerin, grupların ve organizasyonların eylemlerini, bunların belirleyicilerini ve sonuçlarını içermekte olup; fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişisel gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam davranışları, sağlığın geliştirilmesi için temel unsurlar olarak belirtilmektedir (85).

Sağlık anksiyetesi, bireyin bir hastalığa sahip olma veya mevcut bir hastalığın kötüleşmesi konusunda yoğun düşünceler içine girmesini, bedensel duyumlara aşırı odaklanmasını ve tıbbi yardım alma ya da güvence arayışı gibi davranışlar sergilemesini içerir (86). Bu durum, bireyin herhangi bir fiziksel hastalığı bulunmasa dahi, bedeninde meydana gelen olağan değişimleri ciddi bir hastalığın belirtisi olarak algılaması ve bu durumu abartılı biçimde yorumlamasıyla karakterizedir (87). Bu kavram ilk kez Salkovskis ve Warwick (1986) tarafından tanımlanmıştır (88). Hafif sağlık kaygısı tıbbi durumların erken tespitine katkı sağlarken, şiddetli sağlık kaygısı sağlık hizmetlerinin uyumsuz ve maliyetli kullanımına yol açabilir (89). Sağlık kaygısı olan hastalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygın olarak karşılaşılan bir grup olup, uyumsuz sağlık hizmeti kullanımı ile hem hekim hem de hasta memnuniyetsizliğinin önemli bir kaynağını oluşturmaktadır (90).Yapılan çalışmalarda, herhangi bir fiziksel hastalığı bulunmamasına rağmen hastaneye başvuran bireylerin oranının %20 ile %84 arasında değiştiği belirtilmektedir (91). Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler sık sık acil servislere başvurmakta ve zaman zaman acil servislerde gereksiz yoğunluk oluşmasına neden olabilmektedirler (92).

Pratikte sağlık anksiyetesi olarak kullanılan bu kavram DSM-4'te hipokondriyazis terimiyle yer almaktayken, DSM-5'te Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu olarak yeniden adlandırılmıştır (93,94). Sağlık anksiyetesi tedavi edilmediği takdirde genelde kronik bir seyir izlemektedir (95). 20.yüzyıl boyunca hipokondriyazisin tedavisinde psikanalitik ve psikodinamik yaklaşımlar baskınken son dönemde yapılan çalışmalar Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) hipokondriyazisteki korku ve davranışların iyileştirilmesinde etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir (95,96). DSM-4'te somatoform bozukluklar arasında yer alan, DSM-5'te ise bedensel belirti bozuklukları kategorisinde sınıflandırılan sağlık anksiyetesi, fenomenolojik ve kavramsal olarak diğer anksiyete türleriyle benzerlikler göstermektedir. Ayrıca, BDT'nin diğer tedavi yöntemlerine kıyasla daha etkili olduğunun gösterilmesi nedeniyle sağlık anksiyetesinin anksiyete bozukluğu olarak yeniden sınıflandırılması gerektiğini savunan görüşler son yıllarda giderek artmaktadır (88,93,97,98).

2.3.3. Sağlık Anksiyetesini Etkileyen Faktörler

Sağlık kaygısı, dört boyuttan oluşmaktadır: Yabancılaşma, güvence arayışı, içe atma ve endişe. Yabancılaşma, sağlık kaygısının kişilerarası boyutudur ve kişinin aksi yöndeki kanıtlara rağmen hasta olduğuna ve başkalarının sağlığı konusunda ilgisiz olduğuna inanma eğilimini ifade eder. Bu boyutun başlangıçta bilişsel bir boyut olduğü düşünülse de, bilişsel içerikten ziyade daha çok kişilerarası içeriği yansıttığı görülmektedir. Güvence arayışı, sağlık kaygısının davranışsal boyutunu oluşturmaktadır ve bireyin algıladığı sağlık endişeleri doğrultusunda sosyal destek arayışına girme eğilimini ifade etmektedir. İçe atma, sağlık kaygısının algısal bileşenini oluşturmakta olup, bireyin bedensel duyumlara aşırı derecede odaklanma ve bu duyumları yoğun bir şekilde algılama eğilimini ifade etmektedir. Sağlık kaygısının duygusal boyutu olan endişe, bireyin hastalık ve sağlık konularına yönelik aşırı düzeyde kaygı duyma ve sürekli endişe halinde olma eğilimini ifade etmektedir (99).

Sağlık anksiyetesinin gelişiminde pek çok bireysel ve çevresel etken rol oynamaktadır. Bu etkenlerden biri de bireyde kronik bir hastalığın varlığıdır (100,101). Yapılan çalışmalar, kronik hastalığı olan bireylerde sağlıkla ilgili kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle yaşın ilerlemesiyle

birlikte fiziksel işlevsellikteki azalma ve yaşam kalitesindeki düşüş, sağlık anksiyetesinin artışına katkıda bulunmaktadır (102,103).

Çocuklar ve ergenlerle ilgili sağlık kaygısı araştırmaları henüz başlangıç aşamasındadır; bunun nedeni kısmen sağlık kaygısının genellikle yetişkinlik döneminde ortaya çıktığının düşünülmesidir. Ancak, son araştırmalar bu görüşün doğru olmayabileceğini öne sürmektedir. Öz bildirim yöntemlerini kullanan çalışmalar, çocukların ve ergenlerin kendi sağlıkları ve yakınlarının sağlıkları hakkında endişe duyduklarını göstermektedir. Ayrıca, ebeveynlerin ve çocukların anksiyete duyarlılığı seviyelerinin bu yaş grubunda sağlık kaygısının gelişiminde önemli bir rol oynadığı görülmektedir (104). Bireyler, hastalandıklarında veya bedensel semptomlarını algıladıklarında, interneti bilgiye hızlı ve kolay erişim sağlayan bir kaynak olarak kullanmaktadır. Sağlık konularında yaygın bir bilgi kaynağı haline gelen internet, herkesin sağlık bilgisine ulaşmasını kolaylaştırırken, aynı zamanda sağlık kaygısının oluşumuna veya mevcut sağlık kaygısı düzeyinin artmasına da neden olabilmektedir (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Anket temelli veri toplama yöntemi kullanılarak, annelerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile beslenme sürecine yönelik tutumlarının belirlenmesi ve çocuklarının vücut ölçüleriyle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi 4 Nolu Narlıdere Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 015, 016 ve 019 numaralı Aile Hekimliği birimlerine kayıtlı çocuk sahibi annelerle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci, etik kurul onayının alınmasını takiben 8 ay süresince hem yüz yüze hem de çevrimiçi yöntemlerle yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnelemi

Araştırmanın evrenini, ilgili birimlere kayıtlı 1–5 yaş (12–60 ay) arası çocuğu olan anneler oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem formülüne göre ($n = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + t^2 * (p * q)}$) %10 veri kaybı öngörülerek minimum örneklem büyüklüğü 179 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden anneler örnekleme dahil edilmiştir. Eksik ve hatalı doldurulan 12 anket çalışma dışı bırakılarak 182 anket çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Annelere ait sosyodemografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, çalışma durumu vb.).

Bağımlı değişkenler: Annelerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ve beslenme süreci tutumları ile çocukların antropometrik ölçümleri (boy, kilo, yaşa göre persantil değerleri).

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, toplam 64 sorudan oluşan üç bölümden meydana gelen anket formu aracılığıyla toplanmıştır:

1. **Sosyodemografik Veri Formu (19 soru):** Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu gibi bilgileri içermektedir.
2. **Sağlık Anksiyetesi Ölçeği – Kısa Versiyon (18 soru):** Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen, Türkçeye Aydemir ve arkadaşları (2013) tarafından uyarlanan bu öz bildirim ölçeği 0–3 arasında puanlanan maddelerden oluşmakta ve toplam puan, sağlık anksiyetesi düzeyini göstermektedir.
3. **Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği – BSATÖ (27 soru):** Dilsiz ve Dağ (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmış, beş faktörlü yapıdaki bu ölçek, annelerin çocuklarını besleme tutumlarını ölçmektedir. Ölçek 5’li Likert yapısında olup, toplam puan aralığı 27–135’tir. BSATÖ; “Öğün sırasındaki Negatif Duygu Durumu”, “Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar”, “Negatif Besleme Stratejileri”, “Zorla Besleme”, “Diğerlerinin Görüşüne Tepki” olarak adlandırılmış olan beş faktörden oluşmaktadır. Aşağıdaki tabloda ilgili faktörler ve faktörlerin içeriğinde yer alan madde numaraları belirtilmiştir:

Tablo 3: BSATÖ’ye ait faktörler ve içeriğinde yer alan madde numaraları

FAKTÖRLER	MADDELER
Öğün sırasındaki Negatif Duygu Durumu	1, 2, 3, 4, 5, 6
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Negatif Besleme Stratejileri	15, 16, 17, 18, 19
Zorla Besleme	20, 21, 22, 23
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	24, 25, 26, 27

Çocuklara ait boy ve kilo gibi antropometrik veriler, ilgili birimlerde görevli doktor ve hemşireler tarafından Neuroogle sistemine kayıtlı çocuk izlemlerinden alınmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 27 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma ($x \pm ss$), medyan (M), minimum (min) ve maksimum (maks) değerler olarak verildi. Verilerin dağılım özelliklerini değerlendirmek amacıyla normallik varsayımı incelenmiştir. Bu kapsamda değişkenlere ait çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları hesaplanmış ve $\pm 1,5$ sınır aralığında kalan değerler normal dağılım kabul edilmiştir. Bu yaklaşım, normallik değerlendirmelerinde sıklıkla başvurulan ampirik referanslara dayanmaktadır(105). Elde edilen sonuçlara göre, parametrik testler için gerekli normallik varsayımının sağlanıp sağlanmadığı belirlenmiş; varsayımın sağlanmadığı durumlarda ise uygun non-parametrik analiz yöntemlerine başvurulmuştur. İki gruplu değerlerin değerlerin karşılaştırılmasında, parametrik test ön koşulları sağlanmadığından Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve daha fazla gruplu değerlerin karşılaştırılmasında parametrik test ön koşulları sağlanmadığında ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Kruskal Wallis analizi sonucunda ise çoklu karşılaştırma testi olarak Bonferroni Dunn testinden yararlanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde veriler normal dağılım sağlamadığından Spearman korelasyon katsayısından yararlanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırma Takvimi

Araştırmanın etik kurul onayı haziran 2023'te ve halk sağlığı onayı eylül 2023'te alınmış olup veri toplama süreci, etik kurul onayının ve halk sağlığı izinlerinin alınmasının ardından başlatılarak verilerin analizi ve raporlanmasını takiben çalışma 8 ayda tamamlanmıştır.

3.8. Etik İzinler

Araştırmanın etik izinleri, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve ölçeklerin kullanımı için ilgili yazarlardan alınmıştır. Katılımcılardan yazılı veya çevrimiçi onam alınarak veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 4: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

	N*	%*
Yaş		
20-39	167	91,8
40 yaş ve üzeri	15	8,2
Eğitim durumu		
İlköğretim mezunu	18	9,9
Lise mezunu	32	17,6
Üniversite mezunu	132	72,5
Çalışıyor musunuz?		
Evet	102	56,0
Hayır	68	37,4
Çalışma izni/Doğum izni	12	6,6
Meslek		
Sağlık hizmetleri	28	15,6
Eğitim hizmetleri	15	8,3
Akademisyen	5	2,8
Ev hanımı	53	29,4
Serbest çalışan	34	18,9
Mühendis/Mimar	14	7,8
Büro çalışanı	11	6,1
İşçi (Kamu/Özel sektör)	20	11,1
Gelir durumu		
17.000 TL altı (Asgari ücret altı)	24	13,2
17.000 TL (Asgari ücret)	32	17,6
17.000 TL üzeri (Asgari ücret üzeri)	126	69,2
Bebek ay		
12-36 ay	94	51,6
37-60 ay	88	48,4
Bebek cinsiyeti		
Kız	100	54,9
Erkek	82	45,1
Bebek doğum boyu, (cm)***	49,80±2,23	50 (40-55)
Bebek doğum kilosu, (gr)***	3242,42±435,79	3200 (1800-4500)
Doğum boy persantil		
10 persantil ve altı	14	7,7
10-90 persantil	156	85,7
90 persantil üzeri	12	6,6

*: N:katılımcı sayısı, %:yüzde **:27.12.2023 tarihinde toplanan Asgari ücret tespit komisyonu tarafından belirlenen 01.01.2024-31.12.2024 tarihleri arasında geçerli olan asgari ücret tutarı ***: Antropometrik ölçümler ortalama±standart sapma ve medyan (min-maks) olarak verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (*devam ediyor*)

	N*	%*
Doğum kilo persantil		
10 persantil ve altı	22	12,1
10-90 persantil	144	79,1
90 persantil üzeri	16	8,8
Bebeğin şimdiki boyu, (cm)**		
	95,83±10,58	
	96 (72-120)	
Bebeğin şimdiki kilosunu, (gr)**		
	14929,12±3681,25	
	14725 (8200-40000)	
Şimdiki boy persantil		
10 persantil ve altı	11	6,0
10-90 persantil	157	86,3
90 persantil üzeri	14	7,7
Şimdiki kilo persantil		
10 persantil ve altı	7	3,8
10-90 persantil	152	83,5
90 persantil üzeri	23	12,6
Toplam gebelik sayısı		
1	80	44,0
2	71	39,0
3	20	11,0
4	7	3,8
5	4	2,2
Ankette değerlendirilen bebeğiniz kaçınıcı yaşayan çocuğunuz?		
1	108	59,3
2	62	34,1
3	8	4,4
4	2	1,1
5	2	1,1
Doğum şekli		
Normal vajinal doğum	74	40,7
Sezaryen doğum	108	59,3
Düşük ya da ölü doğum yaşadınız mı?		
Evet	41	22,5
Hayır	141	77,5
Kaç düşük/ölü doğum yaşadınız?		
	31	75,6

1		
2	8	19,5
3 ve üzeri	2	4,9

*:N:katılımcı sayısı, %:yüzde **: Tanıtıcı değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-maks) olarak verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (*devam ediyor*)

	N*	%*
Kronik bir hastalığınız var mı?		
Evet	30	16,5
Hayır	152	83,5
Tanıh kronik hastalığınız nedir?		
Yok	152	84,0
Hipotiroidi	11	6,1
Hipertiroidi	5	2,8
Diyabet	7	3,9
Obezite	3	1,7
Romatizmal hastalık	3	1,7
Tanısı konulan psikiyatrik hastalığınız var mı?		
Evet	20	11,0
Hayır	162	89,0
Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?		
Evet	36	19,8
Hayır	146	80,2
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	51	28,0
Hayır	131	72,0
Alkol kullanıyor musunuz?		
Evet	31	17,0
Hayır	86	47,3
Sosyal içici	65	35,7

*: N:katılımcı sayısı, %:yüzde

Bu çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunu (%91,8) 20-39 yaş aralığındaki bireyler oluştururken, 40 yaş ve üzeri bireylerin oranı %8,2'dir. Eğitim düzeyine bakıldığında, %72,5'lik bir oranla üniversite mezunlarının çoğunlukta olduğu; bunu %17,6 ile lise ve %9,9 ile ilköğretim mezunlarının izlediği görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde, katılımcıların %56,0'ının aktif olarak çalıştığı, %37,4'ünün çalışmadığı, %6,6'sının ise çalışma veya doğum izninde olduğu belirlenmiştir. Mesleki dağılımda en yüksek oran %29,4 ile ev hanımlarına ait olup, bunu %18,9 ile serbest çalışanlar, %15,6 ile sağlık hizmetleri alanında çalışanlar takip etmektedir. Gelir düzeyine ilişkin veriler, katılımcıların %69,2'sinin 17.000 TL'nin üzerinde gelire sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların bebeklerine ilişkin verilerde, bebeklerin %51,6'sının 12-36 ay, %48,4'ünün ise 37-60 ay aralığında olduğu; cinsiyet dağılımında ise %54,9'unun kız, %45,1'inin erkek olduğu saptanmıştır. Bebeklerin doğumda ortalama boy uzunlukları $49,80 \pm 2,23$ cm ve doğum kiloları $3242,42 \pm 435,79$ gram olarak belirlenmiştir. Doğum boy persentilleri değerlendirildiğinde %85,7'lik çoğunluğun 10-90. persentil aralığında olduğu; doğum kilo persentillerinde ise %79,1'lik bir oranla yine aynı aralığın baskın olduğu görülmektedir.

Bebeklerin mevcut boy uzunluğu ortalama $95,83 \pm 10,58$ cm, mevcut kilo ise ortalama $14.929,12 \pm 3681,25$ gram olarak ölçülmüştür. Şimdiki boy persentilinde %86,3'lük bir oranla 10-90. persentil aralığında yer alma durumu dikkat çekerken, şimdiki kilo persentilinde de %83,5'lik bir oranla benzer şekilde normal aralıkta yer aldığı saptanmıştır.

Katılımcıların doğurganlık geçmişi değerlendirildiğinde, %44,0'ının ilk, %39,0'ının ikinci gebeliği yaşadığı; değerlendirmeye alınan çocuğun %59,3'ü ile ailedeki ilk çocuk olduğu belirlenmiştir. Doğum şekli açısından incelendiğinde, sezaryen doğum yapanların oranı (%59,3), normal vajinal doğum yapanlara (%40,7) kıyasla daha yüksektir.

Katılımcıların %22,5'i düşük ya da ölü doğum deneyimi yaşamış olup, bu kişilerin %75,6'sı bir kez, %19,5'i iki kez, %4,9'u ise üç veya daha fazla kez bu durumu yaşamıştır. Sağlık durumları incelendiğinde, %16,5'inin kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır. En yaygın tanının tüm katılımcılar içinde %6.1 oranla hipotiroidi olduğu %6,1 görülmektedir. Psikiyatrik tanı bildiren katılımcı oranı %11,0, sürekli ilaç kullanımı oranı ise %19,8 olarak belirlenmiştir.

Sağlığa ilişkin yaşam alışkanlıklarında, katılımcıların %28,0'inin sigara kullandığı, %17,0'inin düzenli alkol kullandığı, %35,7'sinin ise sosyal içici olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Değerleri

	$\bar{x} \pm ss$	<i>M</i> (min-max)	Cronbach's Alpha
Gövde puanı	12,06±5,80	11 (2-30)	0,835
Ek puanı	3,60±2,21	3 (0-10)	0,735

\bar{x} : Ortalama, ss: Standart sapma, *M*: Medyan

Katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamaları, medyan değerleri, puan aralıkları ve iç tutarlılık katsayıları Tablo 5'te sunulmuştur.

Katılımcıların gövde (somatik) belirtilere yönelik kaygılarını ölçen gövde alt boyutu puan ortalaması 12,06±5,80 olup, medyan değeri 11, minimum ve maksimum puan aralığı 2 ile 30 arasında değişmektedir. Bu değerler, katılımcıların sağlıkla ilgili beden algıları ve fiziksel belirtilere yönelik kaygılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Alt boyutun Cronbach's Alpha katsayısı 0,835 olup, bu değer ölçeğin gövde alt boyutunun yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu ve güvenilir sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Katılımcıların sağlıkla ilgili düşünsel değerlendirme ve bilişsel tepkilerini ölçen ek puan alt boyutu ise ortalama 3,60±2,21; medyan 3 ve puan aralığı 0 ile 10 arasında değişmektedir. Bu bulgu, katılımcıların sağlıkla ilgili düşünsel kaygılarının görece daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Ek puan alt boyutuna ait Cronbach's Alpha katsayısı 0,735 olarak hesaplanmış olup, bu değer de yeterli düzeyde iç tutarlılık sağlandığını ve alt boyutun güvenilir ölçüm sağladığını göstermektedir.

Tablo 6: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ) Değerleri

	$\bar{x} \pm ss$	<i>M</i> (min-max)	Cronbach's Alpha
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	15,81±5,31	15 (6-30)	0,897
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	24,32±6,81	23 (8-40)	0,885
Negatif Besleme Stratejileri	12,32±4,25	12 (5-25)	0,790
Zorla Besleme	7,49±3,68	6 (4-18)	0,923
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	10,56±3,53	11 (4-19)	0,729
Toplam	70,53±17,99	71 (27-116)	0,929

\bar{x} : Ortalama, ss: Standart sapma, *M*: Medyan

Katılımcı annelerin çocuk beslenme sürecine yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)'ne ilişkin bulgular Tablo 6'da sunulmuştur. Ölçek alt boyutlarına ilişkin ortalama puanlar, medyan değerleri, minimum ve maksimum puan aralıkları ile iç tutarlılık katsayıları değerlendirilmiştir.

“Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu” alt boyutuna ilişkin ortalama puan $15,81 \pm 5,31$ olup, medyan değeri 15, puan aralığı ise 6 ile 30 arasında değişmektedir. Cronbach's Alpha katsayısı 0,897 olup, bu alt boyutun oldukça yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular ölçeğin bu boyutunun güvenilir bir şekilde ölçüm yaptığını göstermektedir. “Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar” alt boyutu ortalama $24,32 \pm 6,81$ puan ile dikkat çekerken, medyan değeri 23 ve puan aralığı 8 ile 40 arasında değişmektedir. İç tutarlılık katsayısı 0,885 olarak hesaplanmış olup, bu da yüksek düzeyde güvenilirlik gösterdiği anlamına gelmektedir. “Negatif Besleme Stratejileri” alt boyutunda elde edilen ortalama puan $12,32 \pm 4,25$; medyan 12 ve puan aralığı 5 ile 25'tir. Cronbach's Alpha katsayısı 0,790 olup, yeterli düzeyde iç tutarlılık sağlandığı görülmektedir.

“Zorla Besleme” alt boyutunda ortalama puan $7,49 \pm 3,68$ olup, bu boyutun Cronbach's Alpha katsayısı 0,923 ile ölçeğin en yüksek iç tutarlılığa sahip alt boyutu olmuştur. Puan aralığı 4 ile 18 arasında değişmektedir. Bu durum bu boyutun ölçüm açısından oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. “Diğerlerinin Görüşüne Tepki” alt boyutunun ortalama puanı $10,56 \pm 3,53$; medyanı 11 ve puan aralığı 4 ile 19'dur. Bu alt boyutun Cronbach's Alpha değeri 0,729 ile kabul edilebilir düzeyde bulunmuş olup annelerin çevresel baskılara ve başkalarının fikirlerine karşı gösterdikleri tutumların da ölçülebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin toplam puan ortalaması $70,53 \pm 17,99$ olup, medyan değeri 71 ve puan aralığı 27 ile 116 arasında değişmektedir. Toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0,929 olup, ölçeğin genel olarak oldukça yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 7: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Yaş Grupları		Test İstatistikleri	
20-39 yaş	40 yaş ve üzeri	z değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği			

Gövde puanı		12,16±5,85 11 (2-30)	10,93±5,27 11 (3-23)	0,605	0,545
Ek puanı		3,71±2,21 4 (0-10)	2,40±1,91 2 (0-7)	2,296	0,022
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu		16,02±5,30 16 (6-30)	13,46±5,08 14 (6-23)	1,802	0,072
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar		24,41±6,88 23 (8-40)	23,33±6,09 23 (12-34)	0,502	0,616
Negatif Besleme Stratejileri		12,44±4,25 12 (5-25)	11,06±4,28 10 (6-22)	1,434	0,152
Zorla Besleme		7,67±3,73 6 (4-18)	5,46±2,29 5 (4-11)	2,117	0,034
Diğerlerinin Tepki	Görüşüne	10,66±3,53 11 (4-19)	9,46±3,48 9 (4-19)	1,475	0,140
Toplam		71,22±18,17 71 (27-116)	62,80±14,09 61 (37-91)	1,753	0,080

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. z: Mann Whitney U testi

Tablo 7'ye göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği alt boyutları incelendiğinde, gövde puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Buna karşın, ek puan 20-39 yaş grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur; bu durum, genç bireylerin sağlıkla ilgili düşünsel ve bilişsel kaygılarının daha yoğun olduğunu göstermektedir.

Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde, öğün sırasındaki negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak zorla besleme puanı genç yaş grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı ise genç grupta daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 8: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu			Test İstatistikleri	
	İlköğretim mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					

Gövde puanı	14,0±6,61 12,5 (4-29)	13,34±6,23 12 (4-26)	11,49±5,52 11 (2-30)	3,811	0,149
Ek puanı	4,72±2,65 5 (0-10)	3,65±2,41 3 (0-8)	3,44±2,06 3 (0-10)	3,854	0,146
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	18,05±6,20 18 (8-30)	16,40±5,22 16 (6-26)	15,36±5,15 15 (6-27)	3,812	0,149
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	26,72±6,64 24,5 (16-38)	22,96±6,13 22 (8-40)	24,33±6,95 23 (8-40)	2,915	0,233
Negatif Besleme Stratejileri	14,50±4,69 13 (6-22)	12,68±3,71 13 (5-18)	11,94±4,25 12 (5-25)	5,351	0,069
Zorla Besleme	9,22±3,49 10 (4-15) ^a	8,78±3,84 9,5 (4-18) ^a	6,94±3,54 5 (4-16) ^b	10,635	0,005
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	10,50±3,22 10 (5-15)	10,06±3,52 10,5 (4-17)	10,69±3,59 11 (4-19)	0,689	0,709
Toplam	79,0±13,73 78,5 (44-107)	70,90±17,25 71 (27-101)	69,28±18,02 69,5 (31-116)	5,146	0,076

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 8'e göre Eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmada, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin gövde ve ek puan alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde, BSATÖ alt boyutlarından öğün sırasındaki negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri ve diğerlerinin görüşüne tepki puanları açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Ancak zorla besleme alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir; üniversite mezunu annelerin zorla besleme puanları, ilköğretim ve lise mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ölçek toplam puanı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 9: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu			Test İstatistikleri	
	Evet	Hayır	Çalışma izni/Doğum izni	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı	11,94±6,16 11 (2-30)	11,88±5,16 11 (4-25)	14,16±6,26 14 (6-24)	1,756	0,416

Ek puanı	3,48±2,01 3 (0-10)	3,76±2,56 3 (0-10)	3,83±1,80 4 (1-7)	0,529	0,768
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	15,73±5,11 15 (6-27)	15,72±5,54 15,5 (6-30)	17,0±5,96 18,5 (7-24)	0,318	0,728
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	23,83±6,92 23 (8-40)	25,29±6,44 25 (8-40)	23,08±7,84 22,5 (13-40)	2,717	0,257
Negatif Besleme Stratejileri	12,29±4,18 12 (5-25)	12,39±4,27 12 (5-22)	12,25±5,11 13 (5-21)	0,096	0,953
Zorla Besleme	7,81±3,76 6,5 (4-16)	7,0±3,51 5 (4-18)	7,58±3,98 6 (4-15)	2,039	0,361
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	10,58±3,28 11 (4-19)	10,14±3,75 10 (4-18)	12,75±3,81 14,5 (5-17)	5,134	0,077
Toplam	70,26±18,08 70 (31-116)	70,55±17,17 71 (27-107)	72,66±22,91 78,5 (41-108)	0,328	0,849

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 9’da çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nin hem gövde hem ek puan alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği’nin tüm alt boyutlarında ve toplam puanlarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 10: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

	Meslek								Test İstatistikleri	
	Sağlık Hizmetleri	Eğitim Hizmetleri	Akademisyen	Ev Hanımı	Serbest Çalışan	Mühendis/ Mimar	Büro Çalışanı	İşçi	Test değeri	<i>p</i> değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği										
Gövde puanı	12,21±5,55 12 (4-30)	10,40±6,84 8 (2-29)	10,40±4,72 10 (6-17)	12,35±6,01 11 (3-28)	12,26±6,33 11,5 (3-26)	10,21±2,86 11 (4-14)	15,36±6,54 17 (4-24)	12,05±5,41 12 (4-20)	6,395	0,494
Ek puanı	4,10±2,68 3,5 (1-10)	3,53±2,72 3 (0-9)	3,60±2,19 5 (0-5)	3,22±2,01 3 (0-7)	3,79±2,17 3 (0-10)	3,85±2,28 3 (1-9)	3,72±1,73 4 (0-6)	3,50±2,13 3 (1-8)	2,144	0,951
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)										
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	16,03±5,84 15,5 (8-27)	14,60±5,34 14 (6-27)	15,40±6,61 12 (10-24)	16,24±4,77 16 (6-27)	15,85±6,06 15 (6-30)	14,42±5,10 15 (6-22)	17,09±4,41 16 (12-24)	15,70±5,34 16,5 (6-26)	2,833	0,896
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	25,67±6,90 25 (13-40)	21,73±7,38 21 (12-38)	27,20±4,76 29 (20-32)	24,28±7,27 23 (8-40)	23,76±7,50 22,5 (8-38)	24,57±3,99 23,5 (19-31)	24,09±5,90 23 (15-33)	24,25±6,65 24 (12-38)	4,976	0,663
Negatif Besleme Stratejileri	12,64±4,39 12,5 (5-25)	11,66±3,84 10 (6-19)	9,20±2,86 9 (5-13)	12,69±4,51 13 (5-22)	12,0±4,61 12 (5-22)	12,57±2,70 13 (6-16)	12,09±4,18 12 (6-17)	12,60±4,59 12 (5-22)	4,406	0,732
Zorla Besleme	7,64±4,13 5,5 (4-16)	9,0±3,44 10 (4-13)	4,80±1,30 4 (4-7)	7,22±3,57 5 (4-15)	7,73±4,05 6 (4-18)	7,21±3,26 5,5 (4-12)	7,45±4,25 5 (4-15)	7,50±3,34 7,5 (4-13)	5,707	0,574
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	10,67±3,87 11 (4-18)	9,53±3,20 10 (4-15)	8,60±3,91 8 (5-15)	10,71±3,66 11 (4-19)	10,52±3,22 11 (4-19)	10,92±2,55 11,5 (6-15)	12,0±2,72 12 (8-17)	10,15±4,06 9,5 (4-18)	6,015	0,538
Toplam	72,67±19,89 73 (41-116)	66,53±19,04 68 (34-104)	65,20±9,41 60 (58-79)	71,16±18,70 72 (31-111)	69,88±20,28 67,5 (27-113)	69,71±13,03 73 (44-91)	72,72±12,46 76 (48-84)	70,20±17,38 70 (37-103)	2,354	0,938

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. *H*: Kruskal Wallis testi

Tablo 10’da meslek gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği’nin hiçbir alt boyutunda ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 11: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Bebek Yaşlarına Göre Karşılaştırılması

		Bebek ay (yaş)		Test İstatistikleri	
		12-36 ay	37-60 ay	z değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı		11,94±5,94 11 (2-30)	12,19±5,69 11 (4-29)	0,361	0,718
Ek puanı		3,60±2,08 3,5 (0-10)	3,61±2,36 3 (0-10)	0,085	0,932
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu		16,29±5,27 16 (6-27)	15,29±5,33 15 (6-30)	1,344	0,179
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar		24,26±6,61 23 (8-40)	24,39±7,06 24 (8-40)	0,386	0,699
Negatif Besleme Stratejileri		12,90±3,96 13 (5-25)	11,71±4,49 11 (5-22)	1,915	0,055
Zorla Besleme		7,88±3,84 7 (4-18)	7,07±3,47 5,5 (4-16)	1,153	0,249
Diğerlerinin Tepki	Görüşüne	10,85±3,50 11 (4-19)	10,26±3,56 10 (4-19)	1,148	0,251
Toplam		72,20±17,91 72,5 (33-116)	68,75±18,01 69,5 (27-113)	1,163	0,245

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. z: Mann Whitney U testi

Tablo 11’e göre bebeklerin yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nin gövde ve ek puan alt boyutları ile Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği’nin tüm alt boyutları ve toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 12: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Doğum Boylarına Göre Karşılaştırılması

	Doğum Boy Persantil			Test İstatistikleri	
	10 persantil ve altı	10-90 persantil	90 persantil üzeri	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı	13,28±7,41 11 (5-29)	12,01±5,74 11 (2-30)	11,41±4,73 9,5 (5-20)	0,289	0,865
Ek puanı	3,50±2,17 3,5 (0-7)	3,66±2,25 3 (0-10)	3,08±1,83 3 (0-6)	0,597	0,742
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	15,71±5,58 15,5 (8-27)	15,97±5,35 15,5 (6-30)	13,83±4,40 13 (8-22)	1,992	0,369
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	23,64±5,49 23 (16-34)	24,62±6,96 24 (8-40)	21,33±5,85 20 (12-32)	3,353	0,187
Negatif Besleme Stratejileri	12,92±4,04 13 (6-19)	12,35±4,32 12 (5-25)	11,33±3,74 12 (5-17)	0,878	0,645
Zorla Besleme	8,50±3,73 10 (4-15)	7,45±3,68 6 (4-19)	6,83±3,73 5 (4-15)	1,837	0,399
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	9,92±2,30 10,5 (6-14)	10,64±3,60 11 (4-19)	10,33±3,91 9,5 (4-18)	0,735	0,692
Toplam	70,71±17,66 72 (44-104)	71,04±18,01 71 (27-116)	63,66±18,35 56,5 (44-99)	2,578	0,276

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 12'ye göre doğum boyu persentil grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin gövde ve ek puanları ile Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 13: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Doğum Kilolarına Göre Karşılaştırılması

	Doğum Kilo Persantil			Test İstatistikleri	
	10 persantil ve altı	10-90 persantil	90 persantil üzeri	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı	11,18±4,17 10,5 (4-20)	12,45±6,10 12 (2-30)	9,75±4,38 9,5 (3-20)	3,493	0,174

Ek puanı	3,63±2,38 3,5 (0-9)	3,57±2,16 3 (0-10)	3,87±2,50 3 (1-10)	0,081	0,960
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	16,04±5,42 15 (8-26) ^a	16,18±5,11 16 (6-27) ^a	12,18±5,94 12 (6-30) ^b	9,508	0,009
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	24,72±5,69 25,5 (14-34)	24,59±6,71 23 (8-40)	21,43±8,68 20 (8-40)	4,021	0,134
Negatif Besleme Stratejileri	11,77±3,67 12 (6-18) ^{ab}	12,65±4,28 12 (5-25) ^a	10,12±4,25 10 (5-22) ^b	6,113	0,047
Zorla Besleme	6,86±2,85 5,5 (4-12)	7,75±3,84 6 (4-18)	6,06±2,90 4,5 (4-12)	2,991	0,224
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	10,95±3,40 11 (6-18) ^a	10,77±3,55 11 (4-19) ^a	8,12±2,75 9 (4-12) ^b	7,937	0,019
Toplam	70,36±15,53 72,5 (44-103) ^a	71,95±17,93 71,5 (33-116) ^a	57,93±17,74 56,5 (27-103) ^b	8,868	0,012

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 13'e göre Doğum kilo persentil grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin gövde ve ek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'ne ait bazı alt boyutlarda anlamlı farklar gözlenmiştir. Öğün sırasındaki negatif duygu durumu, negatif besleme stratejileri ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutlarında 90. persentil üzerindeki bebeklere sahip annelerin puanları anlamlı düzeyde daha düşüktür. Aynı şekilde, toplam ölçek puanı da bu grupta anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 14: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Şimdiki Boy Persentil Değerlerine Göre Karşılaştırılması

	Şimdiki Boy Persentil			Test İstatistikleri	
	10 persentil ve altı	10-90 persentil	90 persentil üzeri	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı	14,09±4,48 13 (9-23)	11,92±5,91 11 (2-30)	12,0±5,54 11 (4-22)	2,237	0,327
Ek puanı	3,54±2,50 4 (0-7)	3,54±2,11 3 (0-10)	4,35±2,97 3 (0-10)	0,644	0,725
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					

Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	15,63±6,68 14 (8-26)	15,78±5,20 15 (6-27)	16,21±5,82 15 (9-30)	0,108	0,947
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	25,45±6,40 26 (17-36)	23,91±6,74 23 (8-40)	28,14±7,12 28 (19-40)	4,208	0,122
Negatif Besleme Stratejileri	11,27±3,90 10 (6-18)	12,36±4,27 12 (5-25)	12,78±4,49 12 (5-22)	0,677	0,713
Zorla Besleme	6,0±2,44 5 (4-11)	7,72±3,76 6 (4-18)	6,07±3,04 4,5 (4-13)	3,731	0,155
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	9,54±4,41 9 (4-18)	10,63±3,45 11 (4-19)	10,57±3,85 11 (4-17)	1,383	0,501
Toplam	67,90±20,24 60 (44-103)	70,42±18,02 71 (27-116)	73,78±16,69 74 (44-103)	0,988	0,610

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 14'e göre şimdiki boy persentil grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 15: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Şimdiki Kilo Persantil Değerlerine Göre Karşılaştırılması

	Şimdiki Kilo Persantil			Test İstatistikleri	
	10 persantil ve altı	10-90 persantil	90 persantil üzeri	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı	12,28±2,21 12 (10-16)	12,23±6,12 11 (2-30)	10,91±4,18 11 (3-22)	0,787	0,675
Ek puanı	2,0±1,41 2 (0-4)	3,74±2,24 3,5 (0-10)	3,21±2,04 3 (0-7)	5,023	0,081
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	13,0±5,83 12 (8-23) ^{ab}	16,42±5,12 16 (6-30) ^a	12,60±5,22 12 (6-25) ^b	12,704	0,002
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	25,28±5,46 12 (8-23)	16,42±5,12 16 (6-30)	12,60±5,22 12 (6-25)	0,227	0,893
Negatif Besleme Stratejileri	9,85±2,60 10 (6-14)	12,65±4,27 13 (5-25)	10,91±4,13 10 (5-19)	5,689	0,053

Zorla Besleme	4,28±0,48 4 (4-5) ^a	7,99±3,74 7 (4-18) ^b	5,17±2,18 4 (4-12) ^a	18,498	<0,001
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	7,14±1,57 7 (5-10) ^a	10,82±3,56 11 (4-19) ^b	9,91±3,23 10 (4-17) ^b	9,716	0,008
Toplam	59,57±13,25 57 (44-81) ^{ab}	72,19±18,01 72 (27-116) ^a	62,86±16,44 62 (31-96) ^b	7,381	0,025

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 15'e göre şimdiki kilo percentil grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda, Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'ne ait bazı alt boyutlarda ve toplam puanda anlamlı farklar gözlenmiştir. Öğün sırasındaki negatif duygu durumu, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutları ile toplam ölçek puanı açısından 10–90. percentil grubundaki bireylerin puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Öte yandan, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 16: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Doğum Şekillerine Göre Karşılaştırılması

		Doğum Şekli		Test İstatistikleri	
		Normal vajinal doğum	Sezaryen doğum	z değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı		12,63±6,85 12 (2-30)	11,67±4,96 11 (3-28)	0,669	0,504
Ek puanı		3,54±2,38 3 (0-10)	3,65±2,09 4 (0-9)	0,740	0,459
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu		16,58±5,22 16 (7-30)	15,28±5,33 15 (6-27)	1,464	0,143
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar		24,94±6,07 24 (12-40)	23,90±7,28 23 (8-40)	1,196	0,232
Negatif Besleme Stratejileri		13,20±4,16 13 (5-22)	11,73±4,23 12 (5-25)	2,329	0,020
Zorla Besleme		8,40±3,95 7,5 (4-18)	6,87±3,36 5 (4-16)	2,726	0,006
Diğerlerinin Görüşüne		10,77±3,67	10,42±3,44	0,456	0,648

Tepki	11 (4-19)	10,5 (4-18)		
Toplam	73,90±17,60 73 (37-116)	68,22±17,97 70 (27-115)	1,970	0,049

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. z: Mann Whitney U testi

Tablo 16’da doğum şekline göre yapılan karşılaştırmalarda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği alt boyutları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği’nde ise negatif besleme stratejileri ve zorla besleme alt boyutlarında normal doğum yapan annelerin puanları sezaryenle doğum yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca ölçek toplam puanı da normal doğum grubunda anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 17: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Kronik Hastalık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Kronik Hastalık		Test İstatistikleri	
		Evet	Hayır	z değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği					
Gövde puanı		15,76±6,43 15,5 (5-30)	11,33±5,40 11 (2-29)	3,499	<0,001
Ek puanı		4,30±2,50 4 (1-10)	3,47±2,13 3 (0-10)	1,511	0,131
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)					
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu		18,10±5,48 18 (7-30)	15,36±5,18 15 (6-27)	2,451	0,014
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar		25,56±6,81 23 (12-39)	24,08±6,81 23,5 (8-40)	0,962	0,336
Negatif Besleme Stratejileri		13,93±4,17 13,5 (8-22)	12,01±4,21 12 (5-25)	2,141	0,232
Zorla Besleme		9,26±3,52 10 (4-16)	7,14±3,62 5 (4-18)	3,081	0,002
Diğerlerinin Tepki	Görüşüne	11,03±2,78 11 (4-17)	10,47±3,66 10 (4-19)	0,931	0,352
Toplam		77,90±17,30 76,5 (47-116)	69,07±17,82 70 (27-115)	2,339	0,019

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. z: Mann Whitney U testi

Tablo 17'ye göre Kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar karşılaştırıldığında, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin gövde puanı, kronik hastalığı olan grupta anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nde ise öğün sırasındaki negatif duygu durumu, zorla besleme alt boyutları ve toplam puan kronik hastalığı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 18: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Çalışmada Değerlendirilen Çocuğun Doğum Sırası Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Doğum sırasına göre kaçınıcı çocuk olduğu				Test İstatistikleri	
	Birinci çocuk	İkinci çocuk	Üçüncü çocuk	dört ve üzeri çocuk	H değeri	p değeri
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği						
Gövde puanı	11,75±6,05 11 (2-30)	12,08±5,19 11 (4-26)	14,50±6,78 16,5 (5-21)	15,25±6,44 14,5 (9-23)	2,886	0,410
Ek puanı	3,37±2,19 3 (0-10)	3,79±2,08 4 (0-10)	5,0±3,20 4,5 (1-10)	4,25±1,89 3,5 (3-7)	3,517	0,319
Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)						
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	15,75±5,30 15 (6-27)	15,58±5,12 15 (6-27)	18,12±7,41 17 (6-30)	16,25±4,78 16 (11-22)	1,018	0,797
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	24,12±6,45 23 (12-40)	24,51±7,03 23,5 (8-40)	25,62±10,55 24,5 (8-40)	24,5 ±6,85 26,5 (15-30)	0,416	0,937
Negatif Besleme Stratejileri	12,01±3,93 12 (5-22)	12,43±4,53 12,5 (5-25)	14,50±5,04 14,5 (5-22)	14,75±6,34 15 (7-22)	0,385	0,280
Zorla Besleme	7,26±3,59 5 (4-16)	7,66±3,87 6 (4-18)	8,75±3,77 10,5 (4-13)	8,50±3,31 9,5 (4-11)	1,762	0,623
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	10,73±3,56 11 (4-19)	10,61±3,53 11 (4-19)	8,37±3,54 8 (4-14)	9,75±1,70 9,5 (8-12)	3,297	0,348
Toplam	69,89±17,25 70 (31-116)	70,80±18,87 71 (33,115)	75,37±23,09 79 (27-103)	73,75±18,30 78 (48-91)	1,676	0,642

Değerler ortalama±standart sapma ve medyan (min-max) olarak verilmiştir. H: Kruskal Wallis testi

Tablo 18'e göre hem sağlık anksiyetesi ölçeği (gövde ve ek puan) hem de BSATÖ alt boyut ve toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Sağlık anksiyetesi ölçeği ve BSATÖ'nün bazı alt boyutlarının puan ortalamaları üçüncü, dördüncü ve beşinci çocuklarda daha yüksek görünse de bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

Tablo 19: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile BSATÖ Puanlarının Korelasyon Analizi

			Sağlık Anksiyete Gövde		Sağlık Anksiyete Ek	
Öğün Sırasındaki Duygu Durumu	Negatif	<i>rho</i>	0,360**	0,304**		
		<i>p</i>	<0,001	<0,001		
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar		<i>rho</i>	0,211**	0,180*		
		<i>p</i>	0,004	0,015		
Negatif Besleme Stratejileri		<i>rho</i>	0,237**	0,290**		
		<i>p</i>	0,001	<0,001		
Zorla Besleme		<i>rho</i>	0,311**	0,384**		
		<i>p</i>	<0,001	<0,001		
Diğerlerinin Görüşüne Tepki		<i>rho</i>	0,163*	0,297**		
		<i>p</i>	0,028	<0,001		
Toplam		<i>rho</i>	0,323**	0,348**		
		<i>p</i>	<0,001	<0,001		

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 19'a göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin hem gövde hem de ek puanları ile Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. En güçlü ilişkiler zorla besleme, öğün sırasındaki negatif duygu durumu ve toplam puan ile gözlenmiştir.

Tablo 20: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve BSATÖ Puanlarının Hasta Tanıtıcı Özellikleri ile Korelasyon Analizi

		Yaş	Bebeğinizin doğum boyu, (cm)	Bebeğinizin doğum kilosu, (gr)	Bebeğinizin şimdiki boyu, (cm)	Bebeğinizin şimdiki kilosu, (gr)	Toplam gebelik sayınız nedir?	Ankette değerlendirilen bebeğiniz kaçınıcı yaşayan çocuğunuz?	Kaç düşük/ölü doğum yaşadınız?
Sağlık Anksiyete Gövde	<i>Rho</i>	-0,026	-0,059	-0,001	0,028	-0,006	0,129	0,096	0,236
	<i>P</i>	0,725	0,426	0,988	0,709	0,941	0,084	0,198	0,137
Sağlık Anksiyete Ek	<i>Rho</i>	-0,114	-0,032	-0,009	-0,002	-0,022	0,092	0,129	0,028
	<i>p</i>	0,127	0,668	0,907	0,979	0,770	0,219	0,082	0,862
Öğün Sırasındaki Negatif Duygu Durumu	<i>rho</i>	-0,146*	-0,164*	-0,172*	-0,098	-0,158*	0,088	0,023	0,012
	<i>p</i>	0,049	0,027	0,020	0,186	0,033	0,236	0,759	0,938
Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar	<i>rho</i>	-0,002	-0,052	-0,156*	0,045	0,007	0,077	0,043	-0,011
	<i>p</i>	0,974	0,485	0,036	0,550	0,926	0,303	0,562	0,946
Negatif Besleme Stratejileri	<i>rho</i>	-0,122	-0,219**	-0,173*	-0,066	-0,111	0,175*	0,112	-0,028
	<i>p</i>	0,100	0,003	0,020	0,377	0,137	0,018	0,132	0,863
Zorla Besleme	<i>rho</i>	-0,247**	-0,249**	0,001	-0,033	-0,114	0,138	0,083	-0,080
	<i>p</i>	0,001	0,001	0,997	0,656	0,126	0,063	0,263	0,621
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	<i>rho</i>	-0,143	-0,114	-0,117	-0,056	-0,058	-0,018	-0,056	-0,007
	<i>p</i>	0,054	0,126	0,115	0,451	0,437	0,812	0,457	0,964
Toplam	<i>rho</i>	-0,159*	-0,186*	-0,157*	-0,044	-0,103	0,138	0,066	-0,054
	<i>p</i>	0,032	0,012	0,035	0,558	0,167	0,063	0,380	0,739

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 20'ye göre katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ölçek puanları arasındaki korelasyon analizine göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin gövde ve ek puanları ile tanıtıcı değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nde ise bazı alt boyutlar ile değişkenler arasında anlamlı, zayıf düzeyde ters yönlü ilişkiler gözlenmiştir. Öğün sırasındaki negatif duygu durumu; yaş, doğum boyu, doğum kilosu ve şimdiki kilo ile negatif yönde ilişkilidir. Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, doğum kilosu ile negatif ilişkilidir. Negatif besleme stratejileri, doğum boyu ve kilosuyla negatif; toplam gebelik sayısı ile pozitif ilişkilidir. Zorla besleme puanı ise yaş ve doğum boyu ile anlamlı ve negatif ilişki göstermektedir. Ayrıca, toplam BSATÖ puanı yaş, doğum boyu ve doğum kilosu ile anlamlı düzeyde ters yönlü ilişkilidir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, annenin sağlık anksiyetesi düzeyi ile çocuklarının beslenme sürecine yönelik tutumları arasındaki ilişki incelenmiş; aynı zamanda sosyodemografik, obstetrik ve çocuğa ait değişkenlerin bu tutumlar üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir.

Yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular, genç annelerin sağlıkla ilgili bilişsel kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve bu bireylerin çocuk beslenme sürecinde daha zorlayıcı tutumlar sergileyebileceğini göstermektedir. Genç yaş grubundaki annelerde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin ek puan alt boyutunun anlamlı şekilde daha yüksek çıkması, bu bireylerin özellikle hastalıklarla ilgili düşünsel değerlendirme ve kaygılarının daha yoğun olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, genç annelerin deneyim eksikliği, bilgiye ulaşım yollarını etkin kullanamama ya da anneliğe dair belirsizlik hissiyle ilişkilendirilebilir. Nitekim Leahy-Warren ve arkadaşlarına ait çalışma, annelik rolüne adaptasyon sürecinin yaşla birlikte daha sağlıklı geliştiğini ve genç annelerde stres düzeyinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir (106). Ayrıca, genç yaş grubunda zorla besleme puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olması, bu annelerin çocuklarının beslenmesini daha fazla kontrol etme eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, belirsizlikle baş etme çabasının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Patrick ve Nicklas'ın yapmış olduğu çalışmada da genç anneler, beslenme sürecinde daha müdahaleci davranışlar göstermiştir (107). Afrika'da gerçekleştirilen bir çalışmada, daha genç yaş grubundaki katılımcıların zorla besleme uygulamasına daha fazla başvurduğu görülmüştür. Özellikle 25 yaş altı bireylerin %80,8'inin ve 26–30 yaş aralığındaki bireylerin %69,4'ünün bakımını üstlendikleri çocuklara zorla besleme uyguladığı rapor edilmiştir. Buna karşılık, daha ileri yaş grubundaki katılımcılar arasında bu oranların daha düşük olduğu (31–35 yaş: %61,5; 36–40 yaş: %63,2; 40 yaş üzeri: %62,5) belirtilmiştir (108). Bu bulgu, yaşın ebeveynlik ya da bakım verme tarzı üzerindeki etkisine işaret etmekte olup, genç bireylerin çocuk beslenmesine ilişkin tutumlarında deneyim eksikliği, kültürel kalıplar ya da bilgi yetersizliği gibi faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yurtsal ve Eroğlu'nun yapmış oldukları çalışmada gebelerin %57,7'sinin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğunu tespit etmiştir (109). Türkiye'de kadınların

%41'inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu TNSA 2018 verilerinde belirtilmektedir (110). Mevcut çalışmada katılımcı annelerin eğitim düzeyine bakıldığında %72,5'inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bu farklılığın sebebinin çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyokültürel düzeyinin Türkiye ortalamasına oranla yüksek bir kesimini kapsamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan annelerin %56'sının aktif olarak çalıştığı belirlenmiştir. Aksu ve Akgün ise yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %56,3'ünün çalışmadıklarını belirlemiştir (111). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %28'i istihdam edilmekte iken TÜİK 2024 verilerinde 15 ve daha yukarı yaştaki kadın nüfusun istihdam oranı %31,3'tür (110,112). Çalışmaya katılan annelerin çalışma durumlarına göre değerlendirilen Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanlarında – gerek gövde gerekse ek puan alt boyutlarında – anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde, Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin alt boyutları ve toplam puanları açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, annelerin çalışıyor ya da çalışmıyor olmasının, sağlık kaygıları ya da çocuklarının beslenme sürecindeki tutumları üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Maksat Jorayev'in çalışmasında ise, çalışan annelerin çocuklarını beslemeye ilişkin sorumluluk düzeylerinin ve yeme baskısı uygulama oranlarının çalışmayan annelere kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu rapor edilmiştir (2). Bu durum, çalışan annelerin zaman kısıtlılığı, fiziksel ve mental yorgunluk gibi etmenlerle çocuklarının beslenme sürecine daha az müdahil olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, sağlık kaygılarının da bu bağlamda daha düşük olabileceği öne sürülebilir. Ancak mevcut çalışmamızda böyle bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bu çelişkili bulgular, sadece annelerin çalışma durumunun değil, bu durumun çevresel ve bireysel bağlamda nasıl yapılandığının da çocukların beslenme alışkanlıkları ve ebeveyn tutumları açısından etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmada annelerin meslek gruplarına göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin (BSATÖ) hiçbir alt boyutunda ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, annenin mesleki statüsünün – örneğin ev hanımı, kamu çalışanı ya da özel sektörde görevli olması – çocuklarının beslenme

sürecine yönelik tutumları veya sağlık kaygıları üzerinde belirleyici bir rol oynamadığını düşündürmektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde Aydın ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ev hanımı ve diğer meslek gruplarına mensup annelerin BSATÖ toplam puan ortalamalarının benzer olduğu, ancak memur olarak çalışan annelerin puan ortalamalarının her iki gruba kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (113). Bu sonuç, kamu sektöründe çalışan annelerin zaman kısıtlılığı ya da iş yükü gibi faktörler nedeniyle çocuklarının beslenme sürecine daha az müdahil oldukları şeklinde yorumlanabilir. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde, mesleki durumun tek başına belirleyici bir faktör olmadığı, annelerin bireysel özellikleri, sosyal destek sistemleri ve ev içi rol paylaşımı gibi etkenlerin de ebeveynlik tutumları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir

Bu çalışmada, annelerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin ve çocuk beslenmesine ilişkin tutumlarının, çocuklarının yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, annelerin beslenme sürecine ilişkin tutumlarının çocuklarının yaş aralığına göre sabit kaldığını düşündürmektedir. Ancak, literatür tarandığı kadarıyla farklı sonuçlar olduğu gözlenmektedir. Örneğin, Gönce (2018) tarafından yürütülen çalışmada, annelerin çocuklarının yaşlarına göre beslenme tutumlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmada; öğün sırasındaki negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki gibi birçok alt boyutta çocuğun yaş grubuna göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Özellikle 9–48 ay arası çocuğa sahip olan annelerin bu olumsuz tutum düzeylerinin, 49 ay ve üzeri çocuklara sahip annelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular, çocuğun yaşının annenin tutumlarını etkileyebileceğini göstermektedir (114). Diğer yandan, Açar ve arkadaşlarının (2021) gerçekleştirdiği çalışmada, annelerin çocuklarının yaşları ile beslenme tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, annelerin beslenme süreçlerine dair tutumlarının çocuğun yaşından bağımsız olarak geliştiğini ve daha çok annenin bireysel özellikleriyle, psikolojik iyi oluş düzeyiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (115). Bu çelişkili bulgular, annelerin beslenme tutumlarını etkileyen faktörlerin tek bir değişkenle (örneğin çocuğun yaşı) açıklanamayacağını ortaya koymaktadır. Annenin yaşadığı sosyal çevre, eğitim durumu, öz-yeterlik algısı ve psikolojik durumu gibi birçok etkenin bu süreci şekillendirdiği düşünülmektedir. Bu nedenle, çocuğun yaşının etkisinin araştırıldığı çalışmaların, bu tür değişkenleri de kontrol

ederek daha kapsamlı analizler sunması gerekmektedir. Sonuç olarak, bu çalışmada yaşa göre anlamlı bir fark bulunmaması literatürdeki bazı bulgularla uyumlu olmakla birlikte, bazı çalışmalar ise bu duruma ters düşen sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu durum, konunun çok boyutlu yapısını gözler önüne sermekte ve farklı örneklerle yapılacak yeni çalışmalara olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Yapılan bu çalışmada, doğum boyu persentil grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda, annelerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile beslenme sürecine yönelik tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, bebeklerin doğum boylarının annelerin sağlık kaygısı düzeyleri ya da beslenme yaklaşımları üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, Almaatani ve ark. (2023) tarafından yürütülen çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının büyüme geriliği gibi durumlara ilişkin kaygılarının, duyarlı beslenme uygulamalarıyla ölçülü düzeyde ilişkili olduğu ancak baskıcı besleme stratejileriyle anlamlı bir ilişki göstermediği bildirilmiştir. Bu durum, doğum boyunun, annenin beslenmeye ilişkin tutumlarında belirgin bir farklılaşma yaratmamasının, annenin çocuğun büyüme göstergelerini daha çok kilo üzerinden değerlendirmesiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (116).

Öte yandan, bu çalışmada doğum kilo persentil grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda, sağlık anksiyetesi ölçeği puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken, Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin bazı alt boyutlarında ve toplam puanında anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır. Özellikle 90. persentil üzerindeki bebeklere sahip annelerin, öğün sırasındaki negatif duygu durumu, negatif besleme stratejileri ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutlarında daha düşük puanlara sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu, daha yüksek doğum kilosuna sahip bebeklerin annelerinin beslenme sürecine daha olumlu ve işbirlikçi yaklaşımlarını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, Cengiz ve Akça (2022) tarafından yürütülen çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, doğum kilosunun annelerin beslenmeye yönelik tutumları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu ve düşük doğum ağırlığına sahip çocukların annelerinde daha olumsuz tutumların gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu durum, annelerin çocuklarının doğum kilosunu, onların beslenme sürecine ilişkin tutumlarını şekillendiren önemli bir gösterge olarak değerlendirdiğini ortaya koymaktadır (117). Dolayısıyla, elde edilen bulgular literatürle tutarlı olup, annelerin beslenme sürecine yönelik tutumlarının, çocuklarının doğum kilosuna gibi

biyolojik temelli büyüme göstergeleri ile ilişkili olduğunu; ancak doğum boyu gibi daha az görünür ve toplumda daha az dikkat edilen parametrelerin bu tutumları anlamlı şekilde etkilemediğini göstermektedir. Çalışmada, çocukların mevcut kilo persentil gruplarına göre annelerin beslenme tutumlarının farklılık gösterdiği bulunmuştur. Özellikle Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'nin öğün sırasındaki negatif duygu durumu, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutlarında, 10–90. persentil grubunda yer alan çocukların anneleri daha yüksek puanlar almıştır. Bu durum, çocukların kilo durumunun, annelerin beslenme sürecine ilişkin duygusal ve davranışsal yaklaşımlarında belirleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Gregory ve arkadaşlarının (2010) yürüttüğü çalışmada, annelerin çocuklarına yönelik yeme baskısı uygulamalarının, çocukların beden kitle indeksi (BKİ) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (118). Yine Gregory ve arkadaşları yeme baskısının çocuklarda düşük kiloya dair annelik kaygısıyla pozitif, kısıtlayıcı beslenme davranışlarının ise aşırı kiloya dair kaygıyla pozitif ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgu, annenin çocuğun kilosu hakkındaki algısının tutumları yönlendirmede oldukça etkili olduğunu desteklemektedir. Bu durum, annelerin özellikle düşük kilolu ya da normal kilolu çocuklar söz konusu olduğunda, çocuklarına daha fazla yeme baskısı uygulayabildiğini ve bunun da beslenme sorunlarına neden olabileceğini düşündürmektedir. Aynı şekilde, Powers ve arkadaşları (2006) da, daha düşük BKİ'ye sahip çocukların annelerinin çocuklarının yemek yemesi için daha fazla baskı uyguladıklarını göstermiştir (119).

Bu çalışmada dikkat çeken diğer bir bulgu, çocukların boy persentil grupları arasında Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanlarında anlamlı bir fark gözlenmemiş olmasıdır. Bu durum, çocukların boy gelişiminin, annelerin sağlıkla ilgili kaygı düzeylerini ya da beslenme sürecine ilişkin tutumlarını doğrudan etkilemediğini göstermektedir. Oysa kilo ile ilgili değerlendirmelerde annelerin tutumlarının daha duyarlı ve değişken olduğu görülmektedir. Demirçelik ve Baltalı'nın (2021) çalışmasında da annelerin olumsuz kilo algılarının, çocuğun beslenme sürecinde gereksiz müdahalelere ve baskıcı tutumlara neden olabileceği belirtilmektedir (1). Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, çocukların kilo durumunun annelerin beslenme tutumları üzerinde etkili olduğunu, ancak boy ölçümlerinin bu etkiyi yaratmadığını ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada, doğum şekline göre annelerin sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmazken, Beslenme Süreci Anne Tutumları leği'nin bazı alt boyutlarında dikkat çekici sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle negatif besleme stratejileri ve zorla besleme alt boyutları ile birlikte ölçek toplam puanlarının, normal doğum yapan annelerde sezaryen doğum yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olması, bu annelerin beslenme sürecinde daha müdahaleci ya da kontrol edici bir tutum sergileme eğiliminde olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Zimba'nın (2023) yaptığı çalışmada da normal doğum yapan annelerin bebek beslenmesi tutum leği toplam puan ortalamalarının sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu grlmştir. Bu bulgu, mevcut araştırma ile paralellik göstermektedir (120).

Araştırmada annelerin %69,1'inin sezaryen doğum yaptığı tespit edilmiştir. Türkiye genelinde de sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018) verilerine göre sezaryen oranı %52 iken(110), Doğan'ın (2019) alışmasında bu oran %60 olarak belirlenmiştir. Bu oranların ykseklieği, sezaryen doğumun rutin bir uygulama haline geldiğini ve tıbbi zorunluluk dışında da sıkça tercih edildiğini göstermektedir (121).

Çalışmada, kronik hastalığı bulunan annelerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin, kronik hastalığı olmayan annelere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Sophie Lebel ve arkadaşlarının (2020) sistematik derlemesindeki sonuçlarla tutarlıdır. Söz konusu çalışmada, kronik hastalıklarla yaşayan bireylerde sağlıkla ilgili korkuların oldukça yaygın olduğu ve bu korkuların, hastalıkların ilerleme, nks etme ya da semptomların kötüleşmesi ihtimaline bağlı olarak şekillendiği ifade edilmiştir. Bununla birlikte, annelerin çocuklarının beslenmesine yönelik tutumlarını değerlendiren Beslenme Süreci Anne Tutumları leği'nde, özellikle "zorla besleme", "negatif duygu durumu" ve "toplam puan" gibi alt boyutların da kronik hastalığı olan grupta anlamlı düzeyde yüksek çıkması, bu annelerin beslenme sürecine daha fazla müdahale ettiklerini ve kayęı temelli yaklaşımlar geliştirdiklerini düşündürmektedir. Lebel ve ark. (2020), sağlık anksiyetesinin davranışsal yansımaları arasında kaçınma, aşırı kontrol, vücut sinyallerini sürekli izleme ve güvence arama gibi tutumların yer aldığını vurgulamaktadır. Bu bağlamda, annelerin beslenme sürecinde sergiledikleri

müdahaleci tutumların, artmış sağlık anksiyetesiyle ilişkili olduğu düşünülebilir (122).

Bu çalışmada annenin sağlık anksiyete düzeyi ve beslenme tutumlarının, çocuğun doğum sırasına (kaçıncı çocuk olduğu) göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bulgulara göre, sağlık anksiyetesi ölçeği ve BSATÖ'nin özellikle zorla besleme, negatif stratejiler ve yetersiz/dengesiz beslenme alt boyut puanları incelendiğinde üçüncü ile dördü ve üzeri çocuklarda toplam puanların, ilk ve ikinci çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu görülmekte ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır. Bu bulgu, Mosli ve arkadaşlarının (2015) çalışmasıyla kısmen paraleldir. Mosli ve arkadaşları, doğum sırasının anne beslenme davranışlarında anlamlı farklar yarattığını ve en büyük çocuklara daha fazla sözel teşvik, en küçük çocuklara ise daha az sözel caydırma uygulandığını bildirmekte olup bu farklılıklar, annenin zamanla deneyim kazanmasına ve tutumlarını değiştirmesine bağlanmaktadır (123). Benzer şekilde, Ruggiero ve Moore'un (2022) nitel araştırması, annelerin ilk çocuklarında yaşadıkları deneyimlerin ve öğrenilmiş bilgilerin, sonraki çocukların beslenme süreçlerine aktarıldığını vurgulamaktadır (124). Ancak bu çalışmada, beklenenin aksine, üçüncü ve daha sonraki çocuklarda olumsuz beslenme tutumlarının daha yüksek olduğu, yani annenin tutumlarının deneyimle olumluya evrilmek yerine potansiyel olarak daha stresli ve problemlili hale geldiği görülmektedir. Bunun muhtemel nedenleri artan çocuk sayısı ile birlikte annenin zaman ve enerjisinin tükenmesi, kültürel veya ailevi baskılarla annenin daha fazla kontrolcü veya baskıcı beslenme stratejilerine yönelmesi olabilir. Özellikle çok çocuklu ailelerde, annenin önceki çocuklarda yaşadığı stres birikimi veya yetersizlik hissi, sonraki çocuklarda daha olumsuz beslenme tutumlarına dönüşebilir. Sonuç olarak, bu çalışmada doğum sırasına göre istatistiksel anlamlı fark bulunmamasıyla birlikte, üçüncü ve daha sonraki çocuklarda gözlenen olumsuz tutum puanları dikkat çekicidir. Gelecekteki araştırmalar, bu eğilimlerin nedenlerini anlamak için hem nicel hem de nitel yöntemlerle, özellikle çok çocuklu ailelerde annenin beslenme yükü, stres düzeyi ve destek sistemleri üzerinde yoğunlaşmalıdır.

Galloway ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynlerdeki sağlıkla ilgili kaygıların, çocukların yeme davranışlarını olumsuz etkileyebildiği, özellikle zorlayıcı besleme uygulamalarının çocuğun öz düzenleyici yeme becerilerini zayıflatabileceği belirtilmektedir (125). Dolayısıyla, bu çalışmanın bulguları yalnızca

annelerin sağlık durumlarıyla değil, aynı zamanda bu durumun çocuk beslenmesine yansıyan tutumlarıyla da ilişkilidir. Kronik hastalıkların getirdiği belirsizlik ve semptomların kontrolsüzlüğü, annelerin çocuklarını koruma içğüdüsünü beslenme süreçlerine fazlasıyla yansıtmasına neden olabilmektedir. Sonuç olarak, elde edilen bulgular, kronik hastalığa sahip annelerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin yanısıra çocuklarının beslenmesine yönelik daha müdahaleci tutumlarının, bu bireylerin yaşadığı fiziksel ve duygusal yükükle ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmada elde edilen bulgular, annelerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile çocukların beslenme süreçlerindeki anne tutumları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. En güçlü ilişkilerin “zorla besleme” ve “öğün sırasındaki negatif duygu durumu” alt boyutlarında gözlenmesi, annelerin sağlıkla ilgili endişeleri arttıkça, çocuklarına yönelik daha kontrolcü ve olumsuz tutumlar sergilediklerine işaret etmektedir. Bu bulgular, ebeveyn ruh sağlığı ile çocukların beslenme davranışları arasındaki etkileşime dair literatürle benzerlik göstermektedir. Almaatani ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği meta-analiz çalışması, ebeveynlerin genel stres düzeylerinin sağlıksız besleme uygulamalarıyla ilişkilendiğini göstermektedir. Özellikle kısıtlayıcı besleme tarzları ile stres arasında küçük ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, baskılayıcı besleme davranışları ile stres arasında anlamlı bir bağ saptanmamıştır. Bu bulgu, ebeveynlerin genel stresinin, çocukların beslenme davranışları üzerindeki etkisinin bağlamsal olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, mevcut çalışmada da sağlık anksiyetesi dışında bazı sosyo-demografik değişkenler ile beslenme tutumu arasında zayıf ve ters yönlü ilişkiler bulunmuş, sağlık anksiyetesi bu değişkenlerden bağımsız ve anlamlı bir belirleyici olarak öne çıkmıştır (126). Benzer şekilde, Hurley ve ark. (2008) tarafından WIC katılımcılarıyla yürütölen çalışmada da, annelerin stres, depresyon ve kaygı düzeyleri ile tepkisiz besleme stilleri (kontrolcü, hoşgörölü, ilgisiz) arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Özellikle çocuklarını huysuz olarak algılayan annelerde, stres ve depresyon belirtilerinin artmasıyla birlikte kısıtlayıcı beslenme eğiliminin de yükseldiği gösterilmiştir. Bu durum, mevcut çalışmada sağlık anksiyetesi ile “zorla besleme” ve “negatif duygulanım” gibi alt boyutlar arasında saptanan ilişkileri desteklemektedir. Yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi taşıyan anneler, çocuğun yeme davranışlarını potansiyel bir tehdit ya da hastalık belirtisi olarak değerlendirebilir ve bu durum, daha fazla kontrol etme ve müdahale etme davranışlarını tetikleyebilir (127). Elmas ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında,

annelerin beslenme sürecindeki tutumları ile psikolojik iyi oluşları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptanmış; annelerin olumsuz veya aşırı müdahaleci tutumlarının psikolojik iyi oluşlarını düşürdüğü ortaya konmuştur. Benzer şekilde, bu çalışmada yer alan bulgularda da sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça, annelerin yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumları, zorla besleme ve negatif beslenme stratejileri gibi müdahaleci ve kaygılı yaklaşımlarının arttığı belirlenmiştir. Bu iki çalışmaya ait bulgular birlikte değerlendirildiğinde, annelerin sağlık kaygısı ve ruhsal yüklerinin yalnızca çocuklarının beslenme davranışlarına değil, aynı zamanda kendi psikolojik iyi oluşlarına da zarar verdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu nedenle, çocuk beslenme süreçlerinde yalnızca çocuk odaklı değil, anne odaklı müdahalelerin de tasarlanması gerekliliği öne çıkmaktadır (115).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Bu çalışmada, anne sağlık anksiyete düzeyi ile çocuk beslenme süreci tutumları ilişkisi incelenmiş olup anne sağlık anksiyete düzeyinin, beslenmeye yönelik anne tutumları ve çocuğun kilo ölçümleri üzerine istatistiksel anlamlı etkileri olurken boy üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.
- Elde edilen tüm bulgular, annelerin ruhsal sağlık durumlarının çocukların beslenme davranışları üzerinde güçlü ve farklı etkiler oluşturduğunu ortaya koymaktadır.
- Sağlık anksiyetesi, yalnızca bireyin kendi beden algısını değil, çocuğuna yönelik bakım ve beslenme tutumlarını da şekillendirebilmekte, daha fazla müdahaleci, baskılayıcı ve olumsuz duygulanım içeren yaklaşımların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu durum, çocuğun yeme davranışlarında kendi içsel düzenleyici mekanizmalarının sekteye uğramasına ve uzun vadede yeme problemlerinin gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir.
- Çalışma bulguları eğitim düzeyi arttıkça annelerin daha duyarlı ve çocuğun gereksinimlerine uygun davranışlar sergileme eğiliminde olduğunu göstermektedir.
- Çocuk gelişim göstergeleri daha olumlu olan annelerin beslenme sürecinde daha sağlıklı tutumlar sergileyebileceği düşünülmektedir.
- Bulgular, anne sağlık kaygı düzeyi arttıkça çocuk beslenme sürecine ilişkin olumsuz tutumların da anlamlı şekilde arttığını göstermektedir. Ayrıca, gelir durumu, eğitim düzeyi, doğum şekli ve çocuğun büyüme ölçümleri gibi değişkenlerin beslenme tutumlarını etkileyebileceği yönündeki bulgular, annelik sürecinde psikolojik ve çevresel faktörlerin önemine dikkat çekmektedir.

6.2. Öneriler

Anne sağlık anksiyete düzeyinin olumlu beslenme tutumları oluşturması amacıyla, gebelik öncesi dönem ve gebelik döneminde psikoeğitim, duygusal destek ve ruh sağlığı taramaları içeren bütüncül müdahale programlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle yüksek kaygı düzeyine sahip annelere yönelik duyarlı beslenme uygulamalarının teşviki ve psikososyal müdahalelerin planlanması, hem annelerin ruhsal iyilik hali hem de çocukların sağlıklı beslenme gelişimi açısından koruyucu bir rol oynayabilir.

Sağlık profesyonelleri tarafından annelere yönelik emzirme ve beslenme danışmanlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, annelerin bebeklerine karşı daha sağlıklı ve destekleyici tutumlar geliştirmeleri açısından önem taşımaktadır.

Kronik hastalığı olan annelere yalnızca tıbbi değil, psikososyal desteklerin de sağlanarak bu gruba bütüncül yaklaşıması büyük önem taşımaktadır.

Çalışmada elde edilen bulgular ebeveynlik eğitimlerinin ve destek programlarının özellikle genç annelere yönelik olarak yapılandırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Demirçelik Y, Baltalı O. Çocuğun Antropometrik Ölçümleri ile Anne Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. J Tepecik Educ Res Hosp [Internet]. 2021;31(2):230–5. Available from: <https://anatolianjmed.org/articles/doi/terh.2021.89896>
2. Jorayev M, Türkmenoğlu Y, Dursun H, Özkaya O. Okul öncesi çocuklarda annelerin besleme Davranışları ve kaygı durum değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Derg [Internet]. 2022 Mar 14;10(1):29–36. Available from: <https://namikkemalmedj.com/articles/doi/nkmj.galenos.2021.52207>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler için eğitim rehberi, beslenme modülleri. Ankara: İlkay Ofset Matbaacılık; 2008. 1–142 p.
4. Yılmaz G. Çocuklarda yeme davranışı ve annelerin besleme tutumları. Eurasian J Fam Med [Internet]. 2020 Jun 26;9(2):109–16. Available from: <http://ejfm.trakya.edu.tr/userfiles/2020/June/7-yilmaz.pdf>
5. Chee Din MA, Mohd Fahmi Teng NI, Abdul Manaf Z. Maternal depression and child feeding practices: Determinants to malnutrition among young children in Malaysian rural area. Women's Heal [Internet]. 2023 Jan 12;19:1–10. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17455057221147800>
6. El-Behadli AF, Sharp C, Hughes SO, Obasi EM, Nicklas TA. Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. Br J Nutr [Internet]. 2015 Jan 15;113(S1):S55–71. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S000711451400333X/type/journal_article
7. İşbilen H, Şireli Bingöl Ö, Çolak M, Demirel E, Dayi A. Yeme reddi şikâyeti olan çocukların annelerinin kaygı düzeyleri ve bağlanma stillerinin

- incelenmesi: Kontrollü bir çalışma. *Klin Psikol Derg* [Internet]. 2022;6(3):354–65. Available from: <https://www.ejmanager.com/fulltextpdf.php?mno=78744>
8. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve çocuk beslenmesi [Internet]. 8th ed. Anne ve çocuk beslenmesi. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2017. Available from: <http://www.pegem.net/kitabevi/79-Anne-ve-Cocuk-Beslenmesi-kitabi.aspx>
 9. Karağaoğlu N, Samur G. Anne ve Çocuk Beslenmesi [Internet]. 10th ed. Anne ve Çocuk Beslenmesi. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2020. Available from: <https://www.pegem.net/kitabevi/117657-Anne-ve-Cocuk-Beslenmesi-kitabi.aspx>
 10. Kurtbeyoğlu E, Caferoğlu Akın Z. Annelerin bebek beslenmesi tutumları ve ilişkili faktörler. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg* [Internet]. 2023 Oct 8;8(3):925–32. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.61399/ikcusbfd.1211903>
 11. Selimoğlu MA, Celiloğlu ÖS, Celiloğlu C. Long-term benefits of breastfeeding. *Türk Pediatr Arşivi* [Internet]. 2010 Dec 25;45(4):309–14. Available from: <https://turkarchpediatr.org/en/long-term-benefits-of-breastfeeding-13854>
 12. Araújo Maciel G, Araújo Maciel DP, Araújo Vieira IC, Dos Santos Silva T, Mateus Alexandrino de Brito S, Paula de Jesus Anunciaçao L, et al. The benefits of breastfeeding for the health of the infant, the mother and the impact this has on public health in Brazil. *Int Seven J Multidiscip* [Internet]. 2024 Mar 21;3(2):386–401. Available from: <https://sevenpublicacoes.com.br/ISJM/article/view/3823>
 13. Şanlıer N, Aytekin F. Ankara’da yaşayan 0-36 ay çocukların bazı antropometrik ölçümleri ve anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Derg*. 2004;24(1):271–89.

14. Dewey KG, Adu-Afarwuah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Matern Child Nutr.* 2008;4:24–85.
15. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: Clinically relevant factors affecting timing and composition. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2007 Feb;85(2):639S-645S. Available from: <https://doi.org/10.1093/ajcn/85.2.639S>
16. WHO - World Health Organization. Infant and young child nutrition. 55th World Heal Assem WHA5525 [Internet]. 2002;(May):1–3. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/WHA55.25_iycn_en.pdf
17. Yazıcı B. Tamamlayıcı beslenme. *Klin Tıp Peditr Derg.* 2018;10(1):7–16.
18. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants To Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods. In: *Academy For Educational Development* [Internet]. 2001. Available from: https://www.researchgate.net/publication/234679668_Developmental_Readiness_of_Normal_Full_Term_Infants_To_Progress_from_Exclusive_Breastfeeding_to_the_Introduction_of_Complementary_Foods_Reviews_of_the_Relevant_Literature_Concerning_Infant_Immunologic
19. Cameron S, Heath AL, Taylor R. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients* [Internet]. 2012 Nov 2;4(11):1575–609. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/4/11/1575>
20. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Peditr* [Internet]. 2015 Dec 26;15(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
21. WHO. Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6-24 Months

- of Age [Internet]. WHO Press, editor. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2005. 1–42 p. Available from: <https://apo.who.int/publications/i/item/9241593431> (Diakses: 12 Februari 2023 pukul 09:00 WIB).
22. WHO. Complementary Feeding: Family foods for breastfed children. Dep Nutr Heal Dev [Internet]. 2000;1–56. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66389/WHO_NHD_00.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. Oğuz Ş, Öney Derin D. An investigation of some nutrition habits of 60-72 month-old children. *Elem Educ Online*. 2013;12(2):498–511.
 24. Cooke L. The importance of exposure for healthy eating in childhood: A review. *J Hum Nutr Diet*. 2007;20(4):294–301.
 25. Çakmak MA, Simzari W. Sağlıklı Beslenmenin Öğretilmesi ile İlgili Bir Oyunlaştırma Modeli Önerisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilim Derg [Internet]*. 2024 Aug 31;23(23):931–40. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.38079/igusabder.1407378>
 26. Trumbo P, Schlicker S, Yates AA, Poos M. Dietary references intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *Am Diet Assoc*. 2002;102(11):1621–30.
 27. Köksal G, Gökmen Özel H. Okul öncesi dönemde obezite. 2nd ed. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2012. 27 p.
 28. Uçan P. 0-5 Yaş arası çocuklarda beslenme durumu ile hemoglobin ve serum çinko düzeylerinin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi; 2007.
 29. Ballew C, Kuester S, Serdula M, Bowman B, Dietz W. Nutrient intakes and dietary patterns of young children by dietary fat intakes. *J Pediatr [Internet]*. 2000 Feb;9(21):181–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347600700990>

30. T.C. MEB. Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi Süt, Oyun, Okul Ve Ergenlik Döneminde Beslenme. Ankara; 2011. 1–67 p.
31. Bhan MK, Sommerfelt H, Strand T. Micronutrient deficiency in children. *Br J Nutr.* 2001;85(S2):S199–203.
32. Köksal G, Gökmen Özel H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi [Internet]. Hatipoğlu MT, editor. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2022. Available from: <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=51>
33. Öztürk N, Türker PF. Okul öncesi dönemde çocuklardaki farklı yeme davranışları ve ebeveyn faktörlerinin bu davranışlara etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2021;6(1):1–14.
34. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children’s eating behaviours. *Nutrients* [Internet]. 2018 May 31;10(6):1–17. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/6/706>
35. Aydın G, Akay D, İbiş E. 3-7 yaş çocuğa sahip annelerin beslenmeyle ilgili davranışlarının incelenmesi. *Trak Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* [Internet]. 2017 Jun 29;7(2):683–700. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.24315/trkefd.307013>
36. Kasparian M, Mann G, Serrano EL, Farris AR. Parenting practices toward food and children’s behavior: Eating away from home versus at home. *Appetite* [Internet]. 2017 Jul;114:194–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.045>
37. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children’s eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* [Internet]. 2013 Jan;60:85–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014>
38. Broilo MC, Vitolo MR, Stenzel LM, Levandowski DC. “What can I do when

- he/she doesn't want to eat?": Maternal strategies for ensure children's food consumption in early childhood. *Appetite* [Internet]. 2017 Sep;116:575–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S019566631730778X>
39. Zembat R, Kılıç Z, Ünlüer E, Çobanoğlu A, Usbaş H, Bardak M. Çocuğun beslenme alışkanlığını kazanmasında okul öncesi eğitim kurumlarının yeri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2015;1(2):417–24.
40. Kaniogluları AO. Lefkoşa ' da Kreş v e Anaokuluna Devam Eden Çocukların Beslenme Davranışlarına ve Vücut Ağırlığına Annenin Çocuk Besleme Tutum ve Davranışlarının Etkisi. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kuzey Kıbrıs. [Yüksek lisans tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.; 2015.
41. Avery A, Anderson C, McCullough F. Associations between children's diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2017 Oct 17;13(4):1–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12428>
42. Altınsuyu BS, Çalışkan Z, Kocaöz S. Okul öncesi çocukların yemek yeme davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2021;10(3):495–506.
43. Chen HJ, Wang Y. Do weight status and television viewing influence children's subsequent dietary changes? A National Longitudinal Study in the United States. *Int J Obes* [Internet]. 2015 Jun 10;39(6):1–21. Available from: <https://www.nature.com/articles/ijo201516>
44. Joyce JL, Zimmer-Gembeck MJ. Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite.* 2009;52(3):726–34.
45. Arik A. Annelerin besleme tutumu mizaç özellikleri ve 1-3 yaş arası sağlıklı çocukların yeme davranışının değerlendirilmesi. (Tez No:642599) [Yüksek

lisans tezi, Erciyes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.; 2020.

46. Kröller K, Warschburger P. Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*. 2008;51(1):166–72.
47. Ningning W, Wenguang C. Influence of family parenting style on the formation of eating behaviors and habits in preschool children: The mediating role of quality of life and nutritional knowledge. El Seifi OS, editor. *PLoS One* [Internet]. 2023 Jul 20;18(7):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0288878>
48. Conrade G, Ho R. Differential parenting styles for fathers and mothers: Differential treatment for sons and daughters. *Aust J Psychol*. 2001;53(1):29–35.
49. 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(11):1711–22.
50. Carnell S, Benson L, Driggin E, Kolbe L. Parent feeding behavior and child appetite: Associations depend on feeding style. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2014 Nov 27;47(7):705–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22324>
51. Hayran O, Aksayan S, Kayhan M. 0-6 yaş grubu çocuklarda büyüme gelişme ve beslenme durumu üzerine bir çalışma. *Beslenme ve Diyet Derg*. 1990;19:33–42.
52. DüNDAR N, DüNDAR B. Malnütrisyonlu çocuğun değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2006;13(4):39–42.
53. Basseyy EE, Costa ACDS, Adnan A, Xenophontos E, Phadke R, Ahmad S, et al. Malnutrition and the mental health of children: the sub-Saharan Africa perspective. *Pan African Med J One Heal*. 2021;6(7):1–5.

54. Önal S, Özdemir A, Meşe C, Koca Özer B. Okulöncesi dönem çocuklarda malnütrisyon ve obezite prevalansının değerlendirilmesi: Ankara örneği. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Derg [Internet]. 2016;56(1):210–25. Available from: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/26/2105/21784.pdf>
55. Deleş B. Çocukluk çağı obezitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2019;6(1):17–31.
56. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu 2024 OT ve TK 2024. OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU 2024 [Internet]. 11. Baskı. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.; 2024. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilavuzu-2024.pdf>
57. Peker E, Topaloğlu N, Şahin EM, Eşsizozğlu E, Uludağ A, Güngör S, et al. Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi. Türkiye Aile Hekim Derg [Internet]. 2014 Sep 15;18(3):142–8. Available from: <https://turkjfampract.org/article/view/510>
58. Casey CF, Slawson DC, Neal LR. Vitamin D supplementation in infants, children, and adolescents. Am Fam Physician. 2010;81(6):745–8.
59. Kapil U. Health consequences of iodine deficiency. Sultan Qaboos Univ Med J. 2007;7(3):267–72.
60. Demirci A, Kartal M. Çocukluk Dönemine Ait Önemli Bir Sorun: Gelişme Geriliği ve Erken Tanının Önemi. J Turkish Fam Physician [Internet]. 2012;3(4):1–6. Available from: www.turkishfamilyphysician.com
61. İnce TO, Kondolot M, Yalçın SS. Büyümenin izlenmesi ve büyüme duraklaması. Türkiye Çocuk Hast Derg. 2011;5(3):181–92.
62. Çelik SB, Şahin F, Beyazova U, Can H. Growth status of children in well-

- baby outpatient clinics and related factors. Turk Pediatr Ars. 2014;49(2):104–10.
63. Öncü Ü, Nalbantoglu B, Guzel E, Nalbantoglu A, Demirsoy U, Çakan M. Bir-beş yaş arası çocukların persantillerine ailenin sosyoekonomik düzeyinin ve annenin beslenme konusundaki bilgisinin etkisi. Çocuk Derg [Internet]. 2011 Mar 13;11(2):64–72. Available from: <http://iupress.istanbul.edu.tr/journal/jchild/article/bir-bes-yas-arasi-cocuklarin-persantillerine-ailenin-sosyoekonomik-duzeyinin-ve-annenin-beslenme-konusundaki-bilgisinin-etkisi>
64. Polat S, Uygur AG, Yücel AH. 3-6 yaş arası sağlıklı çocuklarda vücut kompozisyonu ve somatotip değerlerinin belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2019 Aug 29;16(2):257–65. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.35440/hutfd.524584>
65. Hisli Şahin N, Durak Batıgün A, Uzun C. Anksiyete bozukluğu: kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. Anatol J Psychiatry. 2011;(January):107–13.
66. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. Humanist Perspect [Internet]. 2021 Feb 22;3(1):186–94. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47793/hp.867111>
67. Topçuoğlu V. Anksiyete bozuklukları. Istanbul Kent Univ J Heal Sci [Internet]. 2022;1(1):38–40. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3462225>
68. Tamam L, Demirkol ME. Anksiyete Bozuklukları [Anxiety Disorders]. In: Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi [Internet]. 1st ed. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. p. 1641–4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/334376120_Anksiyete_Bozukluklari_Anxiety_Disorders

69. Bostancı A. Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Tez No:278781) [Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi; 2010.
70. Özakkaş T. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. 2014.
71. Satsangi AK, Brugnoli MP. Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: From neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Ann Palliat Med.* 2018;7(1):75–111.
72. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Med J* [Internet]. 2011 Jun 1;38(2):257–62. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.5798/diclemedj.0921.2011.02.0028>
73. Argoff CE. The Coexistence of Neuropathic Pain, Sleep, and Psychiatric Disorders. *Clin J Pain* [Internet]. 2007 Jan;23(1):15–22. Available from: <https://journals.lww.com/00002508-200701000-00003>
74. Crocq MA. A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):319–25.
75. Çevik A, Volkan VD. Anksiyetin psikodinamik etiyolojisi. *Turkiye Klin J Intern Med Sci.* 2006;2(12):15–20.
76. Goldstein K. The organism, A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man [Internet]. Garrett HE, editor. *American Psychology Series.* 2021. 1–560 p. Available from: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELES_TARI
77. Şahin M. Koru, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sos ve*

Ekon Araştırmaları Derg. 2019;6(10):117–35.

78. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord* [Internet]. 2008 Aug;109(3):233–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032707003989>
79. Keskin A, Ünlüoğlu I, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Noropsikiyatri Ars Derg.* 2013;50(4):344–51.
80. Aldemir E, Gönül AS. Anksiyete Bozuklukları: Epidemiyolojisi ve Genetiği. *Türkiye Klin J Intern Med Sci.* 2006;2(12):1–14.
81. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. ÖZDEMİR O, AKDUR R, editors. *Kriz Derg* [Internet]. 2004;12(2):63–73. Available from: <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/706/1039.pdf?show>
82. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychol Med* [Internet]. 2013 May 10;43(5):897–910. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S003329171200147X/type/journal_article
83. Aydın Aşık E, Çökmüş FP, Aydemir Ö. DSM-5 düzey 2 anksiyete ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2017;18(2):45–50.
84. Değerli H, Yiğit A. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi *Vizyoner Derg* [Internet]. 2020 Jun 10;11(27):573–86. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.21076/vizyoner.656563>
85. Karaçadır V, Çelik R. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma. *AVRASYA Uluslararası Araştırmalar Derg* [Internet]. 2019;7(16):225–38. Available from:

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/677910>

86. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Gullickson K. Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychol Health Med* [Internet]. 2014 Sep 3;19(5):525–35. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2013.845300>
87. Noyes R, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis. *Psychosom Med* [Internet]. 2003 Mar;65(2):292–300. Available from: <http://journals.lww.com/00006842-200303000-00016>
88. Kara N. Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg.* 2014;3:99–108.
89. Reiser SJ, McMillan KA, Wright KD, Asmundson GJG. Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2014 Mar;38(3):407–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.007>
90. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource Utilization of Patients With Hypochondriacal Health Anxiety and Somatization. *Med Care.* 2001;39(7):705–15.
91. Krautwurst S, Gerlach AL, Witthoft M. Interoception in pathological health anxiety. *J Abnorm Psychol.* 2016;125(8):1–21.
92. Wang Y, Lim H. The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2012 Jun 24;24(3):1–24. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2012.688195>
93. Hedman E, Andersson G, Andersson E, Ljótsson B, Rück C, Asmundson GJG, et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011 Mar

2;198(3):230–6. Available from:
[https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000254524/
type/journal_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000254524/type/journal_article)

94. Hedman-Lagerlöf E, Tyrer P, Hague J, Tyrer H. Health anxiety. *BMJ* [Internet]. 2019 Mar 12;364:1–3. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.1774>
95. Greeven A, van Balkom AJLM, van der Leeden R, Merkelbach JW, van den Heuvel OA, Spinhoven P. Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: An 18-month naturalistic follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2009 Sep;40(3):487–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.06.005>
96. Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Br J Psychiatry* [Internet]. 2009 Jun 2;194(6):481–2. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000006772/
type/journal_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000006772/type/journal_article)
97. Gropalis M, Bleichhardt G, Witthöft M, Hiller W. Hypochondriasis, somatoform disorders, and anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2012 May;200(5):406–12. Available from: [https://journals.lww.com/00005053-
201205000-00007](https://journals.lww.com/00005053-201205000-00007)
98. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJG, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: Conceptualizing complex conditions in late life. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013 Dec;33(8):1096–105. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.010>
99. Anagnostopoulos F, Botse T. Exploring the Role of Neuroticism and Insecure Attachment in Health Anxiety, Safety-Seeking Behavior Engagement, and Medical Services Utilization. *Sage Open* [Internet]. 2016 Apr 12;6(2):1–13. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244016653641>
100. Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Is health anxiety a significant problem for

individuals with multiple sclerosis? *J Behav Med* [Internet]. 2009 Apr 18;32(2):150–61. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10865-008-9186-z>

101. Rode S, Salkovskis P, Dowd H, Hanna M. Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *J Psychosom Res* [Internet]. 2006 Feb;60(2):155–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399905002564>
102. Boston AF, Merrick PL. Health anxiety among older people: an exploratory study of health anxiety and safety behaviors in a cohort of older adults in New Zealand. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2010 Jun;22(4):549–58. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610209991712>
103. Alberts NM, Sharpe D, Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Health anxiety: Comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2011;25(4):612–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.011>
104. Wright KD, Lebell MANA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2016 Jun;41:35–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.011>
105. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod* [Internet]. 2013;38(1):52–4. Available from: <http://rde.ac/journal/view.php?doi=10.5395/rde.2013.38.1.52>
106. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 Feb 25;21(3–4):388–97. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
107. Patrick H, Nicklas TA. A Review of Family and Social Determinants of

- Children's Eating Patterns and Diet Quality. J Am Coll Nutr [Internet]. 2005 Apr;24(2):83–92. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07315724.2005.10719448>
108. Ndu I, Ekwochi U, Osuorah C, Chinawa J, Asinobi I, Eze J, et al. The Knowledge and Practice of Forced-Feeding among Mothers and Caregivers in Enugu, South East Nigeria. Int J Trop Dis Heal [Internet]. 2016 Jan 10;11(3):1–7. Available from: <https://journalijtdh.com/index.php/IJTDH/article/view/459>
109. Yurtsal ZB, Eroğlu V. Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Gebelik Deneyimi İçin Tavsiye Ettiği Rutin Doğum Öncesi Bakımı Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Derg [Internet]. 2020 Feb 26;29(3):197–206. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17942/sted.658439>
110. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. Hacettepe University of Population Studies. 2018. 1–288 p. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
111. Aksu S, Akgün T. Balıkesir İl Merkezindeki Gebe Kadınların Prenatal Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 2020;9(3):179–88.
112. İstatistiklerle Kadın, 2024 [Internet]. 2025. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2024-54076&utm_source=chatgpt.com
113. Aydın B, Özaydın T. Annelerin çocuklarını besleme sürecindeki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2022 Dec 26;31(3):395–404. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.34108/eujhs.977460>
114. Gönce MN. Annelerin Öz - Yeterlik Düzeylerinin Çocuklarının Beslenmelerine Yönelik Tutumlarına Etkisi. In: Üsküdar Üniversitesi

115. Açar D, Elmas B, Dilbilir Y, Demiralp C. Çocuklarda beslenme sürecinde annelerin tutumları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *ocuk ve Gelişim Derg.* 2021;4(8):88–103.
116. Almaatani D, Cory E, Gardner J, Alexanian-Farr M, Hulst JM, Bandsma RHJ, et al. Child and maternal factors associated with feeding practices in children with poor growth. *Nutrients* [Internet]. 2023 Nov 20;15(22):1–14. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/22/4850>
117. Cengiz T, zakar Aka S. Evaluation of Maternal Attitudes Towards The Nutrition of Pre-School Children. *Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 2023 Mar 15;14(2):250–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/doi/10.31067/acusaglik.1236613>
118. Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: A prospective analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7(55):1–10.
119. 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* [Internet]. 2006 Nov 6;14(11):2026–33. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.237>
120. Zimba B. 0-6 ay bebeği olan annelerin bebek beslenmesine yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. (Tez No:788280) [Yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi; 2023.
121. Güdücü N, Aydın Doğan R, Tezel Atabey A. Sezaryen Servisinde Yatan Annelerin Doğum Şekillerine Göre Doğum Sonu Hospitalizasyon Sreerindeki Komplikasyonların Karşılaştırılması: Olgu-Kontrol Tanımlayıcı alışma. *UNIKA J Heal Sci* [Internet]. 2022 Jan 1;2(2):258–73. Available from: <http://unikasaglik.karabuk.edu.tr/DergiTamDetay.aspx?ID=59>

122. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. Vol. 15, PLoS ONE. 2020. 1–49 p.
123. Mosli RH, Lumeng JC, Kaciroti N, Peterson KE, Rosenblum K, Baylin A, et al. Higher weight status of only and last-born children. Maternal feeding and child eating behaviors as underlying processes among 4–8 year olds. *Appetite* [Internet]. 2015 Sep;92:1–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666315002548>
124. Ruggiero CF, Moore AM, Marini ME, Kodish SR, McHale SM, Savage JS. A mixed methods study of siblings’ roles in maternal feeding practices in early childhood: an application of the learning from experience process. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2022 Dec 7;19(64):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01302-3>
125. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. ‘Finish your soup’: Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite* [Internet]. 2006 May;46(3):318–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666306000195>
126. Almaatani D, Zurbau A, Khoshnevisan F, Bandsma RHJ, Khan TA, Sievenpiper JL, et al. The association between parents’ stress and parental feeding practices and feeding styles: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2023 Jan 25;19(1):1–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.13448>
127. Hurley KM, Black MM, Papas MA, Caufield LE. Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *J Nutr* [Internet]. 2008;138(4):799–805. Available from: <https://doi.org/10.1093/jn/138.4.799>