

BÜŞRA ŞEN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2020



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**1-5 YAŞ ÇOCUKLARIN BESLENME DURUMLARININ
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER VE AİLELERİN BESLENME
BİLGİSİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMLARI İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BÜŞRA ŞEN

**DANIŞMAN
DOÇ.DR.HÜLYA GÜL**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Diyetisyen B   ra Ő en

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansım boyunca bilgi, deneyim, becerilerini, desteklerini, anlayışını ve güler yüzünü esirgemeyen danışman hocam sayın Doç.Dr. Hülya Gül'e,

Maddi ve manevi desteklerini ve özverilerini her zaman hissettiğim sevgili aileme,

Umutsuz kaldığımda desteğiyle ve yardımlarıyla yanımda olan sevgili kuzenim Dr. Özgür Cansever ve değerli eşi Doç. Dr. Levent Cansever'e

Veri toplama sırasında yardımını ve güler yüzünü esirgemeyen Zeytinburnu Yeşiltepe Aile Sağlığı Merkezi tüm çalışanlarına,

Destekleri ile yanımda olan tüm arkadaşlarıma ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
DENKLEMLER LİSTESİ.....	Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİİ
ÖZET	XV
ABSTRACT.....	XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi	3
2.1.1. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler.....	4
2.1.2. Yetersiz Beslenmenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları	6
2.2. 1-5 Yaş Arası Çocuk Beslenmesi	7
2.2.1. Anne Sütü.....	8
2.2.2. Tamamlayıcı Beslenme.....	9
2.2.3. 1-5 Yaş Arası Çocuğun Enerji ve Besin Gereksinimi.....	10
2.2.3.1. Enerji	10
2.2.3.2. Protein	10
2.2.3.3. Karbonhidrat	10
2.2.3.4. Yağ	11
2.2.3.5. Mineral	11
2.2.3.6. Vitamin.....	12
2.2.3.7. Posa	12
2.2.4. 1-2 Yaş Arası Sağlıklı Çocuk Beslenmesi	12
2.2.5. 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocuk Beslenmesi	14
2.2.6. Günlük Menü Planlanması.....	15

2.2.6.1. Besin Grupları	15
2.2.6.2. Türkiye’de Dört Yapraklı Yonca Modeli.....	16
2.2.6.3. Öğün İçeriği, Sayısı ve Miktarı.....	16
2.2.6.4. 1-5 Yaş Arası Örnek Beslenme Menüsü.....	18
2.2.6.5. Atıştırmalıklar	20
2.2.7. 1-5 Yaş Arası Çocuklarda Karşılaşılan Beslenme Problemleri	23
2.2.7.1. İştahsızlık	23
2.2.7.2. Seçici Yeme	24
2.2.7.3. Çok Yeme.....	25
2.2.7.4. Protein-Enerji Malnütrisyonu (PEM).....	26
2.2.7.5. Besin Alerjileri	27
2.2.7.6. Demir Eksikliği Anemisi.....	28
2.2.7.7. Rikets.....	28
2.2.7.8. Obezite	29
2.2.7.9. Basit Guatr	29
2.2.7.10. Diş Çürükleri.....	29
2.2.8. Türkiye’de 1-5 Arası Yaş Çocukların Beslenmesi	30
2.2.9. Dünya’da 1-5 Arası Yaş Çocukların Beslenmesi	31
2.3. Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Antropometrik Yöntemler	31
2.3.1. Büyüme Hızı	32
2.3.2. Hedef Boy	32
2.3.3. Standart Sapma (Z skoru)	33
2.3.4. Gomez’in Pem Sınıflaması	33
2.3.5. Gomez’in Welcome Adaptasyonu	33
2.3.6. Waterlaw Sınıflaması.....	34
2.3.7. DSÖ Sınıflaması	34
2.4. Sağlık Okuryazarlığı	34
2.4.1. Beslenme Bilgisi Sağlık Okuryazarlığı.....	35
2.4.2. Beslenme Bilgisi Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları.....	37
2.4.3. Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığının Beslenme Davranışı Üzerine Etkisi	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39

3.1. Araştırmanın Tipi.....	39
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3.3. Araştırmanın Amaç ve Genel Planı	39
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	40
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	41
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.8. Veri Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler.....	41
3.8.1. Katılımcı Bilgi Formu	42
3.8.2. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ).....	42
3.8.3. Genel Beslenme Bilgisi Anketi.....	44
3.8.4. Olcay Neyzi Standartları Kız ve Erkek Çocuk Büyüme Eğrileri.....	44
3.8.4.1. Vücut Ağırlığı	44
3.8.4.2. Boy Uzunluğu	44
3.8.4.3. Baş Çevresi.....	45
3.8.4.4. Göğüs Çevresi	45
3.8.4.5. Üst Orta Kol Çevresi (ÜOKÇ).....	45
3.8.4.6. Beden Kitle İndeksi (BKİ)	45
3.9. Verilerin İstatiksel Analizi	45
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	46
4. BULGULAR.....	47
4.1. Çocuğa Yönelik Özellikler	47
4.2. Aileye Yönelik Özellikler	55
4.2.1. Aileye Yönelik Özellikler İle Çocukların Kilo Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	58
4.2.2. Aileye Yönelik Özellikler İle Çocukların Boy Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	61
4.2.3. Aileye Yönelik Özellikler İle Çocukların BKİ Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	63
4.3. Çocuğa Yönelik Özellikler İle Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin Karşılaştırılması	65
4.4. Çocuğa ve Aileye Yönelik Özellikler İle Genel Beslenme Bilgisi Anketinin Karşılaştırılması	70

5. TARTIŞMA	73
KAYNAKLAR	89
HAM VERİLER	98
FORMLAR	99
Form 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	99
Form 2: Katılımcı Bilgi Formu	99
Form 3: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği	99
Form 4: Genel Beslenme Bilgisi Anketi	99
ETİK KURUL KARARI	127
PATENT HAKKI İZNİ	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	128
ÖZGEÇMİŞ	129

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 3-1: BSATÖ Ölçeğinin İsimleri, Madde Sayıları, Güvenirlik Çalışması Sonuçları ve Örnek Maddeler	43
Tablo 4-1: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	47
Tablo 4-2: 0-1 Yaş Arası Çocukların Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı	48
Tablo 4-3: Çocukların Ek Gıda Alma Özelliklerine Göre Dağılımı	48
Tablo 4-4: Çocukların Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy, Baş Çevresi, Göğüs Çevresi, Üst Kol Orta Çevresi Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 4-5: Çocukların Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy ve BKİ Persantillerinin Dağılımı	50
Tablo 4-6: Kız Çocuklarında Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy ve BKİ Persantillerinin Dağılımı	51
Tablo 4-7: Erkek Çocuklarında Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy ve BKİ Persantillerinin Dağılımı	52
Tablo 4-8: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin BKİ Persantillerine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 4-9: Çocukların Beslenme Özelliklerinin BKİ Persantillerine Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 4-10: Ailenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 4-11: Aile Genel Özelliklerinin Dağılımı	56
Tablo 4-12: Ailelerin Beslenme Özelliklerinin Dağılımı	57
Tablo 4-13: Ailenin Tanıtıcı ve Genel Özellikleri İle Çocukların Kilo Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 4-14: Ailenin Beslenme Özellikleri İle Kilo Persantil Değerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 4-15: Aileye Tanıtıcı ve Genel Özellikleri İle Çocukların Boy Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	61
Tablo 4-16: Ailenin Beslenme Özellikleri İle Boy Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	62

Tablo 4-17: Ailenin Tanıtıcı ve Genel Özellikleri İle Çocukların BKİ Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	63
Tablo 4-18: Ailenin Beslenme Özellikleri İle Çocukların BKİ Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması	64
Tablo 4-19: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin Vitamin ve Mineral Alma İle Ek Gıdalara Başlarken Zorluk Yaşama Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4-20: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin Düzenli Kahvaltı Yapma Değişkenine Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 4-21: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin En Düzenli Öğün Değişkenine Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 4-22: Annelerin Genel Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Anne Eğitim Düzeyi, Gelir Durumu ve Annenin Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması	70
Tablo 4-23: Annelerin Genel Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Çocukların Kilo, Boy ve BKİ Persantilleri Açısından Karşılaştırılması	72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1:Türkiye’de Dört Yapraklı Yonca Modeli.....	16
--	----



DENKLEMLER LİSTESİ

2-1	32
2-2	33
2-3	33
2-4	33
2-5	34
3-1	40
3-2	45



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

APA: Amerikan Pediatri Akademisi

ADR: Amerikalılar İçin Diyet Rehberi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BSATÖ: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği

CDC: Center for Disease Control and Prevention (Amerikan Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EÇÇ: Erken Çocukluk Dönemi Çürüğü

FITS: Yenidoğan ve Oyun Çocukluğu Beslenmesi

GBBA: Genel Beslenme Bilgisi Anketi (GNKQ-General Nutrition Knowledge Questionnaire)

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

IGF-1: İnsülin Like Growth Factor (İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü)

NLS: Nutritional Literacy Scale (Beslenme Okuryazarlığı Skalası)

NPU: Net Protein Utilizasyonu

NVS: Newest Vital Sign (En Yeni Hayati İşaret Skalası)

PEM: Protein Enerji Malnütrisiyonu

SPSS. : Statistical Package for Social Sciences (Veri Analizinde Kullanılan Paket Programı)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations International Children's Emergency (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

ÜOKÇ: Üst Orta Kol Çevresi

Kg: kilogram

g: gram

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örneklem alınacak en az kişi sayısı

p: Araştırdığımız durumun evrendeki prevalansı(görülme sıklığı)

- q: Araştırdığımız durumun görülmeme olasılığı (1-p)
- s: Araştırmada belirlenecek oranın standart hatası (Örneklem $\pm$ hatası)
- t: Saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer
- ml: Mililitre



ÖZET

Şen, B. 1-5 yaş arası çocukların beslenme durumlarının, antropometrik ölçümler ve ailelerin beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığı durumları ile değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2020.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Çocuk beslenmesi, Okul öncesi çocuklar, Beslenme okuryazarlığı,

Giriş ve Amaç: 1-5 yaş arası çocukların beslenmesinde yapılan yanlışlıklar sonucu protein-enerji malnütrisyonu, kaşeksi, obezite, anemi vb. gibi sağlık sorunları görülebilmekte, bu durumda yetişkinlikte de devam ederek kronik rahatsızlıklar oluşturabilmektedir. Araştırmamızda; ailelerinin beslenme bilgisi, sağlık okuryazarlık durumlarını araştırarak ve antropometrik ölçümler yaparak, 1-5 yaş arası çocuklarının beslenme durumlarının yeterliği hakkında bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01 Ocak 2020- 30 Haziran 2020 tarihleri arasında yürütülen bu kesitsel çalışmada 210 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan 1-5 yaş arası çocukların ailelerinden Katılımcı Bilgi Formu, Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ), Genel Beslenme Bilgisi Anketi (GBBA) yardımıyla yüzyüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

Bulgular: BSATÖ, öğün sırasındaki negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutları genel puan ortalamaları ile vitamin ve mineral alma, ek gıdaya başlarken zorluk yaşama değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Öğün sırasında negatif duygu durumu($p=0,039$) ve diğerlerinin görüşüne tepki alt boyutları ile düzenli kahvaltı yapma değişkeni arasında ($p=0,04$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. GBBA genel puan ortalamaları ile anne eğitim seviyesi ($p=0,00$), annenin çalışma durumu ($p=0,00$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken; gelir durumu, çocukların kilo, boy ve BKİ persantil değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Sonuçlar: Ailelerin beslenme alışkanlıklarının, yeme özelliklerinin, davranış ve tutumlarının çocuğun beslenme alışkanlıklarını etkilediği, gelir durumunun ailelerin beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ailenin beslenme konusundaki bilgi ve tutumu, çocuğun beslenme özelliklerini belirlemektedir.

ABSTRACT

Şen, B. Evaluation of the nutritional status of children between the ages of 1-5 with anthropometric measurements and parent's nutrition information health literacy levels. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health. Master of Science Degree Thesis. Istanbul, 2020

Keywords: Nutrition, Child nutrition, Preschool childrens, Nutrition literacy,

Background: In the nutrition of children aged 1-5; protein-energy malnutrition, cachexia, obesity, anemia etc. problems such as can be seen, in this case create chronic disease in adulthood. Our research; It was aimed to obtain information about the adequacy of the nutritional status of children between the ages of 1-5 by researching their families' nutritional status of knowledge, health literay status and anthropometric measurements.

Results: There was no statistically significant relationship between Mother's Attitudes Towards the Feeding Process Scale sub-dimensions mean scores which were negative emotions during a meal, attitudes towards malnutrition/unbalanced nutrition, negative feeding strategies, forced feeding and reaction to the opinion of others, and taking vitamin and mineral, having difficulty starting supplementary food variables. There was a statistically significant relationship between negative emotions during meal ($p=0,039$) and reaction to the opinion of others ($p=0,04$) sub-dimensions and having breakfast regularly variable. Meanwhile there was a statistically significant relationship between General Nutrition Knowledge Questionnaire's (GNKQ) mean score and education level of the mothers ($p=0,00$), mother's working status($p=0,00$) variables; no statistically significant relationship between GNKQ'S mean score and income status, children's weight, height, and BMI percentiles variables.

Conclusions: While the nutritional habits, eating characteristics, behavior and attitudes of the families directly affect the nutritional habits of the child, the income status has an effect on the nutritional habits of the families. The knowledge and attitude of the family about nutrition determine the characteristics of the child.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bireyin “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde sağlığı tanımlamaktadır (1). Sağlığı etkileyen çevresel etmenlerden olan beslenme kavramı; bireyin büyüme&gelişmesi ve sağlıklı bir şekilde yaşamını idame ettirebilmesi için gerekli olan besin maddelerinin kullanılması olarak tanımlanmaktadır (1,2).

Beslenme yetersizliği pek çok sağlık sorununu ortaya çıkarmaktadır. Türkiye’nin etnik ve toplumsal özelliklerine bakıldığında 1-5 yaş arası çocuklarda beslenme yetersizlikleri olduğu görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada bu beslenme yetersizlikleri; “0-6 yaş arasındaki çocuklarda protein-enerji malnütrisiyonu, anemi, raşitizm, okul çağı çocukları ve adolesanlarda zayıflık ve obezite, iyot yetersizliği hastalıkları, vitamin eksiklikleri ve diş çürükleri” şeklinde belirtilmektedir (1,2).

1-5 yaş arasındaki çocukların beslenmesi ailenin diğer üyelerinin beslenmesinden etkilenmektedir. Aile bireylerine sağlıklı beslenme önerileri yapılırken çocuğun tüketebileceği besinlerin miktarı yaşına göre değiştirilmelidir (3). Bu dönemde çocuk aileye bağımlı olduğu için ebeveynler kendi beslenme alışkanlıklarının çocuk tarafından taklit edilebileceğinin bilincinde olmalı ve besin tüketiminde ısrarlar, ceza-ödül uygulanması, öğün saati dışında abur-cubur tüketimi gibi yeme davranışını olumsuz etkileyebilecek durumlar uygulanmamalıdır. Çocuğun bir besine bağımlı kalmadan öğünün çeşitlendirilmesi, besinlerin uygun pişirme yöntemleriyle sunulması ve öğün atlanmadan beslenmesi, sağlıklı birey olmasının temel şartıdır (4).

Çocuğun ağırlığının ve boyunun belirli aralıklarla antropometrik ölçümlerle ölçülerek büyüme eğrisine devamlı işlenmesine büyümenin izlenmesi denilmektedir. Antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ölçümü, kol çevresi ölçümü, deri kıvrım kalınlığı, beden kitle indeksi (BKİ), vücut bölümlerinin birbirine oranları, büyüme hızı, kemik yaşının değerlendirilmesi, hedef boyun belirlenmesi ve Standart sapma-Z skoru şeklinde örneklendirilebilir. CDC (Centers for Disease Control&Prevention) büyüme eğrileri, DSÖ tarafından her toplumda referans alınması için önerilmektedir. Fakat iki yaş sonrasında toplumlara göre eğrilerde belirgin farklar

gözlenebileceğinden Türkiye’de Olcay Neyzi Standartları Kız ve Erkek Çocuk Büyüme Eğrileri referans alınmaktadır (5).

İlk kez Simond tarafından 1974’de tanımlanan sağlık okuryazarlığı kavramı, DSÖ tarafından “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak belirtilmiştir (6). Beslenme okuryazarlığı ise; okurların besin, besin ögesi, besin grupları ve beslenme ile ilişkili bilgileri anlayabilmeleri, değerlendirebilmeleri ve sağlıklı besin seçiminde doğru kararları almada uygulayabilmeleri şeklinde tanımlanmaktadır (7).

Araştırmanın hipotezi; “1-5 yaş arası çocuklara yapılan antropometrik ölçümler ve ailelerin beslenme bilgisi, sağlık okuryazarlık durumları çocukların beslenme durumları hakkında bilgi verir mi?” şeklindedir. Bu amaçla ailelerin beslenme bilgisi durumları ile çocukların beslenme düzeylerine odaklanılarak, geçerlik ve güvenilirliği saptanmış ölçekler kullanılarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi

DSÖ, tarafından sağlık “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanın ve toplumun sağlığını etkileyen en önemli etmenler ise kalıtım ve çevredir. Çevresel etmenler arasında; beslenme, barınma, giyim, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel olanaklar sayılmaktadır. Herhangi birinin eksikliği bireyin ve toplumun sağlığı üzerinde olumsuz etkilidir (1).

Büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besin öğelerinin yeterli ve dengeli olarak alınması olarak tanımlanan beslenme, hiçbir zaman sadece açlığı gidermek olarak düşünülmemelidir (8). Sağlığın bozulması ve büyüme ve gelişmenin engellenmesi, bu besin öğelerinin yeterli ya da hiç alınmamasından kaynaklandığı için araştırmacılar, “yeterli ve dengeli beslenmenin” önemini sıklıkla vurgulamaktadır (9). Beslenme durumunun; yetersiz beslenme, dengesiz beslenme ve aşırı beslenme olarak üç alt tanımı bulunmaktadır. Yetersiz beslenme, besin maddelerini gerekenden daha az tüketmek ya da vücutta az yararlanmak; dengesiz beslenme, besinlerin tüketim miktarlarının bozulması; aşırı beslenme ise vücuda gerekenden daha fazla besin tüketmek şeklinde tanımlanmaktadır (10).

Bireyleri, mental ve fiziksel işlevler açısından üst düzeyde tutmak beslenme ile mümkündür (11). DSÖ 2014 Evrensel Raporuna Göre; Dünya’da her iki kişiden birinde yetersiz beslenme ve 2 milyar kişide bir ya da birden fazla mikro besin eksikliği olduğu yaklaşık 1,5 milyar kişinin fazla kilolu, 500 milyon kişinin ise obez olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca beş yaş altı çocuklarda; 162 milyonun bodur olduğu ve günümüze kadar ilerleme kaydedilse de iyileşme oranının yetersiz kaldığı belirtilmektedir (12).

Türkiye ise beslenme durumu açısından hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını içermektedir (12). Türkiye’de yetersiz ve dengesiz beslenme, büyüme çağındaki çocuklar, gebe ve emzikli kadınlar ve ağır işlerde çalışan işçiler için çok önemli bir problem haline gelmiştir. Ulusal beslenme araştırmalarına göre, ailelerin %8-17’si yetersiz düzeyde beslenirken, özellikle kentlerde yaşayanlarda kırsala göre obezite problemi ön plana çıkmaktadır. Ailelerde hayvansal protein, A vitamini ve riboflavin gibi bazı besin öğelerinin tüketimi oldukça yetersizdir. Bebeklik ve çocukluk

döneminde ise yetersiz ve dengesiz beslenmenin temel sebebi olarak ailelerin beslenme hakkında bilgisiz olması gösterilmektedir (13).

Kardiyovasküler hastalıklar, çeşitli kanser türleri, obezite, osteoporoz, diyabet, alerjik hastalıklar ve diş çürükleri vb. gibi kronik hastalıkların önlenmesinde beslenmenin rolü büyüktür (14).

Warren ve ark. yaptığı çalışmada, meme kanseri riskini sebze zengin bir diyetin %25, meyve zengin bir diyetin %6, günlük ek 100g sebze tüketilmesinin %14 ve günlük ek 100g meyve tüketilmesinin %8 oranda azalttığı belirtilmektedir (15).

Diyette kalsiyum, D vitamini, potasyum ve magnezyum tüketiminin artırılması; tuz, protein, kafein ve fosfat tüketiminin azaltılması ile yaşlılarda kemik kaybı hızı azaltılarak, gençlerde ise doruk kemik kütlelerini artırarak osteoporoz patogenezinin pozitif katkı sağlanmaktadır (16).

De Lorgeril ve ark. yaptığı çalışmada, doymuş yağ asitleri, trans yağ asitleri ve kolesterolün az, doymamış yağ asitleri, bitki sterolu ve lifin fazla olduğu bir diyetle total ve LDL kolesterolün azaltıldığı ve buna bağlı olarak da koroner arter hastalarında kardiyak ölüm, nonfatal miyokart enfarktüsü, kararsız anjina, kalp yetersizliği ve felç riskinin azaldığı belirtilmektedir (17).

Litonjua'nın yaptığı bir çalışmada ise, magnezyum alımının fazla olmasının çocuklarda akciğer fonksiyonlarını iyileştirdiği söylenmektedir (18).

2.1.1. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler

1. Çevre koşullarının sağlık kurallarına uymaması
2. Sosyo-kültürel ve ekonomik düzey
3. Besin üretimi dağıtımı ve besin teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizlikler
4. Nüfus planlaması şeklinde sayılabilir (19).

Besinlerin uygunsuz koşullarda pişirilmesi-saklanması sonucu yetersiz ve dengesiz beslenme oluşabilmektedir (13). Örneğin; pişirmeden önce sebzelerin buzdolabında bekleme süresi uzadığında, sebzeler kesildikten sonra hava ile temas ettiğinde pişirme sırasında ağzı açık bir kap kullanıldığında ve pişirmeden sonra bekleme süresi uzadığında/tekrar ısıtıldığında beta karoten ve C vitamini kaybı yaşanır.

Bu nedenle, sebzelerin besin değerini ve yeşil rengini koruyabilmesi için basınçlı bir kapta pişirilmesi önerilmektedir (20).

Gelir düzeyinin artması ile besin ögesi kalitesi yüksek besinlerin tüketim oranı paralel olarak artmaktadır. Fakat gelir seviyesi yüksek olup besin ögesi kalitesi yüksek besinlere ulaşılabilse de beslenme ilkelerine uygun kullanılmadığı için yetersiz ve dengesiz beslenme gözlenebilir (21). Demory-Luce ve ark.'nın yaptığı çalışmada, gelir düzeyi düşük ailelerin çocuklarının beslenme yetersizliğine bağlı olarak kronik hastalıklar, osteoporoz, anemi, kardiyovasküler hastalıklar riski olduğu; Bermudez ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada ise, gelir düzeyi yüksek ailelerin hayvansal besin, yağ ve şeker tüketimlerinin sebze, meyve ve tahıl tüketime göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (22, 23).

Türkiye'de margarin, ekmek, tuz, makarna, pirinç unu, bisküvi vb. gibi besinler, çeşitli vitamin ve minareller ile zenginleştirilerek yetersiz ve dengesiz beslenmenin önüne geçilmesi amaçlanmıştır (24). Örneğin; tahıllar folat ile tuz iyot ile ekmek demir ve folik asit ile zenginleştirilmektedir (25).

Dünya'da ise DSÖ ve sağlık rgtleri (Uluslararası Spina Bifida Federasyonu ve Hidrosefali (IFSBH) vb.) nerileri ile besin kıtlığı yaşanan Afrika lkelerinde buğday ve mısır unu demir, çinko, folik asit ve diğer B grubu vitaminleri ile zenginleştirilerek halkın beslenmesi iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Özellikle Kongo, Nijerya, Gine ve Kenya gibi açlık sınırında yaşayan ülkelerde buğday ununda zorunlu zenginleştirme ile folat eksikliğine bağlı ortaya çıkan nöral tüp defektleri vb. rahatsızlıkların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır (25).

Ailede ocuk sayısı arttıķa; bebekte erken sütten kesilme, kişi başına düşen besin miktarında azalma, çocuklarda bulaşıcı hastalık ve malnütrisyon oranında artma ve çocukların zek düzeylerinde azalma meydana geldiği belirtilmektedir (26, 27). Ek olarak, bir ocuk ölünce aileler yeni ocuk dünyaya getirmekte, sonucunda anne ve bebek ölümlerinin arttığı bir kısır döngü oluşmaktadır. Bunun önüne ise aile planlaması ile geçilebileceği belirtilmektedir (27).

2.1.2. Yetersiz Beslenmenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

1. Çalışma gücünün yeterli olmaması nedeni ile verimsizlik, işe/okula devamsızlık
2. Dikkat azalması, öğrenme güçlüğü ve iş kazaları
3. Bağışıklığın azalması
4. Hastalıkların iyileşme sürecinin artması
5. İlaç etkenliğinin azalması
6. Büyüme ve gelişmede gerilik şeklinde sayılabilir (28).

Protein-enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, şişmanlık vb. gibi beslenme sorunları, toplumun yaşam kalitesini bozar, işgücünü azaltır ve sağlık harcamalarını arttırır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, düşük gelir seviyesi, yemek hazırlama zamanının kısıtlı olması ve yetersiz beslenme sonucu kalp hastalığı, felç, astım, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların mevsimlik tarım işçilerinde yüksek oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (29).

Yapılan başka bir araştırmada, çalışanların yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması sonucunda verim, üretim, hastalıklara karşı direnç artarken, hastalıklar, iş kazaları, meslek hastalıkları ve absenteizmin (işe devamsızlık) azaldığı bulunmuştur. Ayrıca, çalışanların sağlığının geliştiği, iş yeri psikolojisi ile iş barış ve huzurunun güçlendiği belirtilmektedir (30).

İlaç-besin etkileşimine bakıldığında; bazı makro ve mikro besin öğeleri, ilacın farmakokinetiğini etkileyerek tedavi sonucunu değiştirebilmektedir. Ayrıca, ilaç besin etkileşimleri için dar terapötik aralıklı ilaç kullanımı, ilerleyen yaş, yetersiz ve/veya bozulmuş organ işlevleri ve yetersiz beslenme düzeyi risk etmenleri arasında sayılmaktadır (31).

Çocuklukta karşılaşılan sağlığı bozan etkenler, büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyip durdurma seviyesine getirebilir. Özellikle süt çocukluğunda, büyüme gelişme hızı yüksek olduğu için büyüme ve gelişme sürecinde ağır ve kalıcı değişiklikler oluşabilir. Malnütrisyon; yetersiz alım, açlık, yoksulluk, eğitim düzeyi düşüklüğü, yetersiz sindirim/emilim, fazla atılım vb. gibi çeşitli nedenlerden oluşabilir (32).

Beslenme bozukluğunun beyin gelişimindeki olumsuz sonuçları sonucu bebekler bilişsel gelişimi sağlıklı beslenenler gibi yakalayamaz ve geri kalır. Uzun dönemde ise

okul başarısı, toplumsal gelişim, bağışıklık sistemi, eğitim durumu vb. gibi çeşitli durumları etkileyerek çalışma kapasitesini etkiler (32).

Dünya’da her dört çocuktan biri malnütrisyonla etkilenirken, yılda 1-2 milyon çocuk yaşamını kaybetmektedir. Ülkemizde ise beş yaş altı çocuklarda kavrukluksu oranı %1, bodurluk oranı ise %12’dir (32).

Ek olarak, gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olan malnütrisyon, çocuk ölümlerinin temel sebebi olan enfeksiyon-malnütrisyon kısır döngüsünün bir parçasıdır (33).

2.2. 1-5 Yaş Arası Çocuk Beslenmesi

Sağlıklı beslenme, çocuklar için anne karnında başlayıp büyümenin tamamlanması için 20 yaşa kadar devam edebilmektedir. En hızlı büyüme dönemlerinden birisi 0-2 yaşta gerçekleşmektedir. Bu dönemde, yetersiz beslenme sonucu büyüme ve gelişmede kalıcı problemler, hızlı kilo alımı ya da fazla protein alımı sonucu yetişkinlikte obezite riskinin artması görülebilir (34). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse beslenme, büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu ilk beş yaşta sağlıklı gelişmeyi etkileyen en önemli olumsuz etkidir (35).

Büyüme ve gelişme; aile, çevre, sosyo-ekonomik seviye, gelenekler vb. gibi etkenlerden etkilenir. Örneğin; Oral tarafından yapılan bir araştırmada, çocukların %25,62’sinin 12 ay, %21,44’inin 18 ay, %13,64’ünün 24 ay anne sütü ile beslendiği %14,49’unda 3-6. ay, %25,90’nda 6-12. ayda, %27,85’inde 12-18. ayda ek gıdaya başladığı (nişasta ve muhallebi) belirtilmektedir (36).

Benzer şekilde Uzel tarafından yapılan başka bir çalışmada ise; anne sütü hariç besin verilmeyen çocukların %22 oranında olduğu, ek gıda olarak şeker, nişasta ve lokum verildiği ve %33’ünün boy ve kilosunun sağlıklı çocuklara göre geride kaldığı belirtilmektedir (37).

Oyun çocukluğu döneminde, çocuk aile, anneanne, dede, teyze, bakıcı vb. gibi yakın çevresinde olan bireylere beslenme açısından bağımlı ve bireylerin davranışlarını taklit etmeye eğilimlidir. Ailelerin, çocuklarına yemek yemesi için ısrar, ceza, ödüllendirme gibi tutumda bulunmaması gerektiği, bu tutumların çocuğun yeme davranışında olumsuz sonuca yol açabileceği söylenmektedir (4).

Çocuğun öğün boyunca masada en az on dakika oturmaya ve kendi kendine yemeğe özendirilmesi önemlidir. Masaya ailece çocuk ile birlikte oturulmalı ve çocuk için ayrı bir yemek oturumundan kaçınılmalıdır. Ayrıca, besin seçimi ve hazırlık aşamasında çocuk dahil edilerek, tabağına az miktarda konulmalıdır (38).

2.2.1. Anne Sütü

Tüm bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ve iki yaşa kadar tamamlayıcı besinler ile birlikte anne sütü alımını, DSÖ ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) önermektedir (39).

Anne sütünün protein içeriğı, inek sütüne göre düşüktür fakat biyolojik değeri yüksektir. Her bebek için önemli olan anne sütünün fonksiyonları; sinir sistemi ve görme işlevinde etkili uzun zincirli çoklu doymamış yağ içeriğı içermesi, kalsiyum emilimi ve kemik gelişiminde etkili laktoz içermesi, sindirime yardımcı enzim, enfeksiyon gelişimini önleyici protein/hormon ve büyüme etmenleri içermesi şeklinde sayılabilir (40).

Birinci yaştan sonra çocuklar, günlük beslenme ihtiyaçlarının 1/3'ünü anne sütünden karşıladıkları için, anne sütü ile beslenme diğer besinleri almayı önlemeyecek şekilde iki yaşa kadar devam etmelidir. Diğer besinleri tüketmede problem yaşanırsa, kademeli olarak önce gündüz öğünleri, sonrasında gece öğünleri şeklinde kesilebilir. Ani kesmenin gerekli olduğu durumda ise; annenin sütünü sağmasının yararlı bir yol olacağı belirtilmektedir (3).

Kramer'in yaptığı bir araştırmada, anne sütünün yetişkinlikte obeziteyi önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (41). Yapılan diğer çalışmalarda ise, emzirilen bebeklerin emzirilmeyenlere göre çocukluk çağındaki aşırı kilo oranında %15'lik azalma olduğu söylenmektedir. Anne sütü alan bebeklerin büyüme eğrileri, formül mama ile beslenenlere göre daha yavaştır. Bu fark, yetişkinlikte obeziteyi önlemede koruyucu bir faktördür. Formül mama ile beslenen bebeklerin yüksek düzeyde plazma insülin benzeri büyüme faktörüne (IGF-1) sahip olmalarının "büyüme hızlanma hipotezi" için bir diğer neden olabileceğı belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak ise anne sütü ve formül mama arasındaki biyoaktif besin bileşimindeki farklılık sonucu indüklenen endokrin mekanizma olabileceğı belirtilmektedir. Örneğin anne sütünün enerji ve protein içeriğı, formül mamadan daha az; yağ içeriğı ise daha fazladır (42).

İnek sütünde bulunan yağ çocukların büyümesine ve beyin gelişimine yardımcı olur. Fakat bir yaş öncesinde inek sütü içilmesi, 2-3 yaşta yağsız ya da sağılmış inek sütü içilmesi önerilmez. Bir yaş sonrasında tam yağlı inek süt içilebileceği ama fazla tüketimin önlenmesi için şişe yerine bardakta içilmesinin denenmesi önerilmektedir. Ek olarak günlük iki su bardağı süt ve diğer yoğurt, peynir gibi süt ürünlerinin eklenmesi önerilmektedir (43).

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) obezite ya da kardiyovasküler hastalık riskinde olan 2-3 yaş çocuklar için yağı azaltılmış sütün değerlendirilmesini desteklese de yağı azaltılmış sütle erken tanışmanın obezite riskini arttırabileceği bilimsel kaynaklarda belirtilmektedir (44).

2.2.2. Tamamlayıcı Beslenme

Doğumdan itibaren anne sütü dışındaki her besin ya da mama tamamlayıcı besin olarak adlandırılmaktadır (45).

Süt çocukluğunda, anne sütünün tek başına besin ihtiyacını karşılayamadığı dönemde ek olarak tamamlayıcı beslenmeye başlanır. Çocukların değişik tat, lezzet ve yapıda besinlerle tanıştığı bu süreçte, tamamlayıcı besinler geçiş besinleri ve aile yemekleri olarak iki gruba sınıflandırılabilir. Süt çocuğu için özel hazırlanan besinlere “geçiş besinleri”; ailenin diğer üyelerinin tükettiği besinlere ise “aile yemekleri” denilmektedir. 6-24. aylar uygun zaman olarak kabul edilirken çocuklar küçük miktarlarda besin tüketebildikleri için tamamlayıcı besinlerin besin içeriği ve enerji değeri yüksek olmalıdır. Örneğin; besin içeriği düşük çay/kahve ya da şeker oranı yüksek olan soda vb. besinlerin verilmesinden kaçınılmalıdır. Ayrıca meyve suyu verilirken besin değeri yüksek besinlerin alımını önlememek için miktarına dikkat edilmelidir (46). Kolay sindirim ve yüksek besleyicilik özellikleri nedeni ile sebze püresi, yoğurt, pirinç muhallebisi ve meyve püresi verilebilir (47).

TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre 2008’de bebeklerin %8’i, 2013’de ise %12’si 6 aydan önce ek gıda almaktadır. Verilecek besin miktarı; 6-8. aylarda ortalama 200 kkal ve 2 öğün, 9-11. aylarda 300 kkal ve 3 öğün ve 12-23. aylarda 550 kkal ve 4-5 öğün olmalıdır. Ayrıca besin verilirken çocuğun mide kapasitesi göz önünde bulundurularak verilmelidir. Örneğin; doğumda 30 ml (2 yemek

kaşığı), 6. ayda 180 ml (1 çay fincanı) olan mide kapasitesi 1 yaşta 240 ml (1 su bardağı)'dır (39).

Huh ve ark.'nın yaptığı çalışma sonuçlarına göre, anne sütü ile beslenen bebeklerde katı besine geçiş obezite oranının artması ile ilişkili değilken, devam sütü alan bebeklerde 4 aydan önce katı besine geçiş, 3 yaşta obezite oranını 6 kat arttırmaktadır (48). Yapılan başka bir çalışmada ise çok fazla çoklu doymamış yağ alımının, okul öncesinde fazla kilolu olma riskini azaltmada önemli bir rol oynadığı görülmüştür (42).

2.2.3. 1-5 Yaş Arası Çocuğun Enerji ve Besin Gereksinimi

Çocuklarda besin gereksinimleri üç yönden yetişkinlerden ayrılır (49):

1. Enerji ihtiyacı büyüme sürecinde olduğu için yetişkinlere göre birim başına fazladır.
2. Yeni doku yapımı nedeniyle; protein, mineral ve vitamin gereksinimi artar.
3. Kendi kendilerine yiyebilme yeteneklerinin sınırlı olması ve sindirim sistemi özellikleri nedeni ile diyetlerinde bazı besinler belirli şekilde hazırlanmalıdır.

2.2.3.1. Enerji

Enerji ihtiyacı, çocuk büyüme sürecinde olduğu için oldukça fazladır. 1-3 yaş enerji gereksinimi; kg başına 102 kalori ve günlük 1300 kalori, 4-6 yaş için ise kg başına 90 ve günlük 1800 kalordir (4, 47). Ek olarak, enerji ihtiyacı aktivite, ateş, basit/çoklu travma, yanık ve büyüme gibi faktörlerle artabilir (3).

2.2.3.2. Protein

Çocuk yaşamın en hızlı büyüme evresinde olduğu için vücut dokuları sürekli protein sentezini gerektirir. Bu nedenle en hızlı çevrilebilen kaliteli protein vücut dokularına büyüme için sağlanmak zorundadır. Net protein utilizasyonu (NPU), vücutta kullanılabilen protein miktarı olarak tanımlanır. Çocuklarda NPU değeri 100 olan protein ise anne sütünden sağlanmaktadır (49).

2.2.3.3. Karbonhidrat

Günlük olarak enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan sağlanmaktadır. Okul öncesi dönemde karbonhidrat ve şeker tüketimi ile enerji sağlanması, yetişkinlik ve okul

çağına göre oldukça fazladır. Şeker tüketimi sonucu beslenme olumsuz etkilediği için iştahsızlık ve diş çürümeleri gibi problemlerle karşılaşlabilmektedir. Bu nedenle şekerli içecekler, bisküvi, çikolata, tatlı vb. gibi besinlerin fazla miktarda tüketimi, ara öğünlerde çocuğa verilmesi önerilmemektedir (4).

2.2.3.4. Yağ

Çocuklarda yağ alımı kısıtlaması, yetişkinlerde olduğu gibi önerilmemektedir. Çünkü yağlar hacimce küçük enerji olarak yüksektir. Eğer yağ kısıtlaması gerçekleşirse, yağ yerine yönelinen karbonhidratlar ve şekerli besinler hacimce büyük ve enerjileri az olduğu için çocukların daha çok miktarda besin tüketmesi gerekir. Fakat çocukların küçük mide kapasiteleri nedeniyle bu tüketim gerçekleştiremeyeceği için yetersiz beslenme gerçekleşebilir (4).

Yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E, K vitamini) kullanımı, sinir sistemi için oldukça faydalıdır. Damar tıkanıklığı, damar sertliği gibi kardiyovasküler problemlerin önüne geçmek için tereyağ ve yağlı et/tavuk/balık tüketimi sınırlandırılması önerilse de günlük toplam enerjinin %30'u yağlardan sağlanmalıdır (4).

Esansiyel yağ asitleri; büyüme, deri ve saç sağlığı, kolesterol metabolizmasının düzenlenmesi, lipotropik aktivite, trombosit adhezyonu ve üreme için gereklidir. Besinlerle alınan kaloringin yalnızca %1-2'sini oluşturdıkları için büyümede yarar sağlaması açısından tüketilmesi gereken kalori miktarı artar. Esansiyel yağ asidi eksikliğinin önüne geçmek için günlük alınması önerilen linoleik asit miktarı, süt çocuğu ve daha büyük çocuklarda kg başına 0,1 g'dır (3).

2.2.3.5. Mineral

Dokuların yapısını oluşturan elementler (hidrojen karbon, nitrojeni oksijen ve kükürt), vücut hücrelerinin/sıvılarının, proteinlerin, yağların, karbonhidratların ve nükleik asitlerin ana yapı birimleridir. Mikro ve makro mineraller olarak iki gruba ayrılırlar (3). Oyun çocukluğunda özellikle kalsiyum, iyot, demir ve çinko mineralleri önemli etkiye sahiptir. Örneğin; kalsiyum ve beraberinde D vitamini eksikliğinde raşizm ve büyüme ve gelişmede gerilik gözlenir. Çocukların ön kol kemik mineral içeriğinin 1/3'ü iki yaşa kadar olduğu için beş yaşa kadar beslenmeleri desteklenmelidir. İyot eksikliği ise 5 yaş altındaki çocukların IQ puanlarında normale

göre 7,4 puan düşüşe neden olmaktadır. Ek olarak, travma/yanık/akut ishal gibi durumlarda çocukların çinko ihtiyacı artmaktadır (44).

2.2.3.6. Vitamin

Vitamin, vücutta metabolik faaliyetlerin olağan bir şekilde meydana gelmesi ve sağlıklı halin devam ettirilmesi için gereklidir. Vücutta sentez edilemediği ya da yetersiz sentez edildiği için besinler ile alınması zorunludur. Çözündükleri ortama göre adlandırılan vitaminler yağda ve suda çözünen olmak üzere iki sınıfa ayrılır (50).

Gelişmekte olan ülkelerde gece körlüğünün temel nedeni olarak A vitamini eksikliği gösterilmektedir. Ayrıca A vitamini eksikliği demir eksikliği ile de ilişkilendirilip demir eksikliğin daha belirgin gözlemlendiği belirtilmektedir. D vitamini ise kemik/diş gelişimi, bağışıklık sistemi ve enflamasyonun azaltılmasında görevlidir (45).

Ek olarak, çocuklarda B grubu vitaminlerinden B1 eksikliğinde büyüme gelişme geriliği, B6 eksikliğinde hipokramik anemi gözlenir (51, 52). C vitamini eksikliğinde de benzer şekilde büyüme ve gelişmede gerilik gözlenirken B9 vitamini eksikliği yetersiz beslenme ve emilim problemine bağlı vücuttan fazla atım sonucu çoğunlukla çocuklarda ortaya çıkmaktadır (51, 53).

2.2.3.7. Posa

Bitki dokularının insan vücudu sindirim enzimleri tarafından parçalanmayan kısmı “bitkisel posa” olarak tanımlanır. Bir grup çocukta yapılan çalışmada günlük önerilen posa miktarı 12 gramdır. Posalı besinlerin hacmi de yüksek olduğu için fazla posalı beslenen bir çocuk eğer az iştahlı ise hemen doyacağı için yeterince enerjiyi alamayabilir. Bu nedenle ara öğünlerde verilmesinin daha uygun olduğu belirtilmektedir (4).

2.2.4. 1-2 Yaş Arası Sağlıklı Çocuk Beslenmesi

Bebeklikten çocukluğa geçişte beslenmede yaşanan büyük değişikliği de içeren pek çok değişiklik meydana gelmektedir. Bir yaş civarlarında, boyda ve kiloda büyüme yavaşlamaya başlar. İlk iki yaşa kadar çocuklar, hızlı bir gelişim göstererek ayda 500 g ya da daha fazla alırken; 1-2 yaş arasında beslenmeyi reddeden, fazla hareketli olan ve ayda 50 g alabilen bir hale gelmektedir (39, 54). Ayrıca anne sütü ve/veya mama,

genellikle inek sütü ile ikinci yılda yer değiştirmektedir. Bebek yemeklerinin yerini ise parmak besinler, masa yemekleri ve aile yemekleri almaktadır (55). Özellikle iştahsızlık ve aspirasyon problemleri bu yaş aralığında görülen beslenme problemleridir (40, 54). Çocuklarda çiğneme kabiliyeti 4 yaşa kadar gelişmediği için aileler boğulma tehlikesine karşı tetikte olmalıdır. Örneğin ocuklar fındık, fıstık, üzüm, çiğ havuç ve patlamış mısır vb. gibi besinlere karşı savunmasız olabilir (54).

Aileler, çocuklarının iştahlarındaki önemli ölçüde azalmayı farkettiğinde yaşanan değişikliği kabul etmekte zorlanabilir. Çünkü sağlıklı yemek yiyen çocukları, artık yemek seçmeye başlamıştır. Fakat bu süreç, enerji dengesindeki değişimi yansıtan normal bir durumdur. Bu yaş aralığı, aileleri gibi yemek yeme kalıplarını pek çok kez belirlemede tektir. Aileler bunun bir süreç olduğunu, hızlı bir geçiş olmadığını kabul etmelidir. Örneğin; bu yaş aralığındaki çocuklar belirli besinler için çok kısıtlı tercihler geliştirebilir. Bunun için ailelerin, zorlama olmadan yeni besinlerle tanıştırmayı deneyebileceği belirtilmektedir (54).

Sağlıklı beslenme davranışını geliştirmede, ilk iki yaşa kadar yetersiz beslenme durumunun olmaması için çocuklar beslenme sırasında yalnız bırakılmamalıdır. 1-2 yaştaki çocuklara, genellikle günün sadece tek öğününü tam tüketip diğer öğünleri geiştirdikleri ve iştah problemi yaşadıkları için üç ana öğün ve iki/üç ara öğün beslenme düzeni önerilmektedir (3).

Bir yaş sonrasında çocuklara sağlıklı beslenme davranışı kazandırma ilkeleri şöyledir (56):

- ğn saatleri düzenli olmalı
- Çocuğun yemek tabağı ayrı olmalı ve yemeğin porsiyonuna dikkat edilmeli
- ocuk yemeye ara verdiğinde, bir süre beklendikten sonra tekrar verilerek tokluk sağlanmalı
- Çeşitli tat, koku, kıvam ve renkte besin sunulmalı
- Bir yaştan sonra biberon kullanılmayıp yerine atal-kaşık kullanılmalı
- Yemek süresi boyunca çocuğun sofrada kalması sağlanmalı
- Yemek sonrasında çevrenin kirlenebileceği göz önünde bulundurulmalı

- Açlık-tokluk hissi dikkate alınarak yemesi için zorlanmamalı, çocuk göz kontağı kurup ağzını açıyorsa devam edilmeli
- Ödül olarak şekerli besinler verilmemeli/özel durum harici hiç verilmemeli
- Kendisinin yemesi desteklenip sadece yeterli yiyebilmesi için yardım edilmeli
- Çocuğa uygun büyüklükte sandalye ve çatal-kaşık kullanılmalı
- Seçici yemeğe eğilim varsa besinler karıştırılıp verilmeli
- Aşırı acıktırıp sinirlendirmeden/uykulu değilken beslenmeli
- Su miktarına dikkat edilmeli/yemek öncesi-sırasında fazla verilmemeli
- Öğün esnasında oyuncak gibi dikkat dağıtıcı nesneler bulundurulmamalı

2.2.5. 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocuk Beslenmesi

Oyun çocukluğu (2-3.yaş) ya da okul öncesi (4-5.yaş) dönem olarak adlandırılan bu yaş grubunda, beslenme gereksinimi bebeklik döneminde olduğu gibi yüksek değildir. Beslenme ile ilgili sıklıkla demir eksikliği anemisi, kabızlık, olumsuz beslenme davranışı ve iştahsızlık gibi problemler görülmektedir (3).

Demir eksikliği anemisi; bebeklik döneminde ek gıdaya geç başlanması, uygunsuz besin seçilmesi, demir emilimini olumsuz yönde etkileyen besin seçilmesi, Bir yaş öncesi inek sütünün çocuğa verilmesi ve inek sütünün fazla tüketilmesi (≥ 600 ml) sonucu ortaya çıkmaktadır (3).

Kabızlık problemi; İki yaş civarlarında tuvalet eğitimi sorun haline gelmiş ailelerin çocuklarında, lifli besinlerin az tüketilmesi, süt tüketiminin fazla olması ve yetersiz sıvı alımı durumunda görülmektedir. Olumsuz beslenme davranışı ve iştahsızlık problemi ise; genellikle psikolojik nedenlerle ortaya çıkar. Çocuk ve aile arasında beslenme bir duygu aktarımı olduğu için çocuk dikkat çekme amaçlı beslenmeyi reddedebilir. Bu durumu önlemek için öğün saati öncesinde çocukla oyun oynanması önerilmekle birlikte, önüne geçilemediği durumlarda anksiyeteye kadar ilerleyebileceği belirtilmektedir (3).

Ek olarak çocuklar yemek yeme sırasında yemek yemeden uzaklaştıracak televizyon vb. gibi şeyler olmadan ailenin diğer üyeleri ile birlikte oturmalıdır (54).

Okul öncesi dönemde çocuk; besini yardım almadan tüketebilir, 4 yaşında bıçak kullanabilir ama sert besinleri yardım almadan kesemez, aile üyelerinin yeme davranışını (genellikle kız çocuk anneyi, erkek çocuk babayı örnek alacak şekilde) taklit edebilir ve besinlere net tavırlar koyabilir (57).

2.2.6. Günlük Menü Planlanması

1-5 yaş dönemi beslenmesinde temel amaç, günlük menü planlaması oluşturulurken menüde yer alacak besinlerin birbirini tamamlayacak şekilde belirlenmesidir. Çünkü besin öğeleri birbirinin emilimine/aktifleşmesine yardımcı olabilmektedir. Örneğin; yağda çözünen A, D, E ve K vitaminlerinin vücutta kullanımı için vücuda yağ, demirin kullanılması/folik asitin aktifleşmesi için C vitaminine ihtiyaç duyulmaktadır (58).

Ayrıca çocuklara yetişkinlere göre küçük porsiyonlarda olsa bile yeterli kalori, vitamin ve mineral alımı sağlandığında, besin takviyesi gerekmemektedir (54).

2.2.6.1. Besin Grupları

5 temel besin grubu bulunmaktadır (4, 59):

1. Süt Grubu: Protein, kalsiyum, riboflavin ve kobalamin başta olmak üzere pek çok besin ögesi kaynağı olan bu grup; kemik/diş sağlığı ve hücre çalışmasında görevlidir. Bulunduğu besinler; süt, yoğurt, peynir, süt tozu ve süttten yapılan besinlerdir.

2. Et/Yumurta/Kurubaklagil Grubu: Protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B₁, B₆, B₁₂, A vitamini ve posadan zengin olan bu grup; hücre yenilenmesi, doku onarımı, görme işlevi, kan yapımı, sinir/sindirim/deri sağlığı, hastalıklara karşı direnç kazanılmasında görevlidir. Et, tavuk, balık, yumurta, kurufasulye, nohut, mercimek bu grupta bulunur.

3. Sebze ve Meyve Grubu: Folik asit, betakaroten, E, C, B₂ vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özellikli besin öğelerinden zengindir. Büyüme/gelişmeye yardım, hücre yenilenmesi/doku onarımı, deri/göz sağlığı, kan yapımı, doygunluk hissi, hastalıklara karşı direnç oluşmasında yardım, dengesiz beslenme nedenli şişmanlık/kronik hastalık riskini azaltıcı ve düzenli barsak çalışmasında önemli rolü vardır. Her türlü bitkinin yenebilen kısmı sebze ve meyve olarak kabul edilir.

4. Ekmek ve Tahıl Grubu: Temel enerji kaynağı olan bu grup bitkisel protein ve B vitaminleri yönünden zengindir. Bulunduğu besinler; buğday, pirinç, mısır, çavdar, yulaf, un, bulgur, yarma, gevrek vb. şeklinde sıralanabilir.

5. Şeker ve Yağlar: Vücudu enerji sağlamakla görevli olan bu grupta şeker, şekerden yapılmış besinler, bal, reçel, pekmez, tereyağı, zeytinyağı ve diğer bitkisel yağlar bulunur.

2.2.6.2. Türkiye’de Dört Yapraklı Yonca Modeli

Bu modelin logosunda (Şekil 3-1) kullanılan yonca yaprakları kalp biçiminde tasarlanarak kalp sağlığının önemini ve sevgiyi anlatmaktadır. Yaprakları çevreleyen dairenin altında “Yeterli ve Dengeli Beslenme” ifadesi, üst kısmında ise zeytin dalları tasvir edilmiştir. Zeytin dalları ile Akdeniz beslenme tipinin vazgeçilmez içeriği zeytin temsil edilmektedir. Üst yaprakta, süt ve süt ürünleri; alt yaprakta, meyve ve sebze; sağ yaprakta, et ve et ürünleri ve sol yaprakta, tahıl ve tahıl ürünlerinin resimleri bulunmaktadır (60).



Şekil 2-1: Türkiye’de Dört Yapraklı Yonca Modeli (60)

2.2.6.3. Öğün İçeriği, Sayısı ve Miktarı

Okul öncesi dönemdeki çocukların yemek yeme alışkanlıkları, çoğunlukla üç öğün yemek ve sık atıştırmalık şeklindedir. Birch ve ark.’nın yaptığı araştırmada, bu alışkanlık nedeni ile günlük öğünlerden aldıkları kalori miktarları arasında %33, başka

bir çalışmada ise %15-19 gibi bir farklılık olabileceği ama çocukların bu farklılığı diğer günlük öğünlerde tamamladığı belirtilmiştir. Ayrıca yaş arttıkça öğünler arasındaki bu kalori farkının da arttığı ve kızlarda erkeklere göre daha fazla olduğu söylenmektedir (61).

Ana öğünlerde çocuğun daha az tüketmesi sonucu eksik kalan besin öğeleri aileler tarafından izlenerek gün içerisindeki kuşluk/ikindi gibi ara öğünlerde tekrar verilmelidir. Fakat ara öğünleri hazırlarken miktar ve enerjilerinin fazla olmamasına dikkat edilmelidir. Eğer ara öğünler olması gerekenden daha çok hazırlırsa çocuk aşırı tokluk hissi yaşacağı için diğer ana öğünü reddedebilir. Bu nedenle, bir ara öğün en fazla 200 kalori olmalıdır (44).

Tüm gece süren açlık sonrasında tüketilen sabah kahvaltısı, kan şekerinin düzenlenmesi için önemlidir (44). Porsiyonların miktarları da yetişkinlerin $\frac{1}{4}$ 'ü ya da $\frac{1}{3}$ 'ü şeklinde oluşturulduğunda çocukların mide kapasiteleri için uygun halde olacaktır (55). Ana öğünlerde tüm besin grupları yer alırken; ara öğünlerde ise meyve, sebze, süt, yoğurt, evde hazırlanmış meyveli yoğurt, ayran, peynir, tam tahıllı ekmek, kuru meyve, ceviz, fındık vb. gibi sağlıklı alternatifler seçilmelidir (44). Ayrıca iki öğün arası dört ya da beş saatten az olduğunda çocukta fizyolojik açlık hissi oluşmayabileceği için özellikle iştahsız çocuklarda daha uzun aralıklı beslenme ile iyi besin tüketimi sağlanabilir. Fakat çocuk sevmediği bir besini 20 dakika içerisinde tüketmiyorsa zorlama yapılmadan kaldırılmalıdır (57).

Bazen çocuklarda sadece üç öğün tüketme ve su içme alışkanlığı sonucu iki öğün arasındaki uzun sürede kan şekerleri düşebilir. Kan şekeri düşmesi ile de huzursuzluk yaşanır. Bu durumu önlemek için sağlıklı bir karbonhidrat gereklidir. Özellikle anaokulları bu durumun farkında oldukları için çocuklara meyve suyu, limonata ya da kraker gibi atıştırılmalık verir (62).

Çocukların sağlıklı yemek yeme alışkanlığı kazanmasında annenin tutumu oldukça önemlidir. Genellikle anneler çocukların günlük besin ihtiyaçlarının tam olarak ne olduğunu bilmedikleri ve beslenmeyi sadece açlığı giderme şeklinde düşündükleri için çocuklarını tek tip ya da besin değeri düşük besinlerle beslemektedir. Bunun sonucunda da çocukta büyüme ve gelişme yavaşlamakta hatta durma seviyesine gelmektedir. Ayrıca ekonomik olanakların yeterli olmaması nedeni ile de gazoz, şeker, sakız, çikolata vb. gibi sağlıksız ve besin değeri olmayan yiyeceklere eğilim olabilir.

Bunlara ayrılacak miktarda ekonominin yumurta, süt ya da yoğurt gibi sağlıklı besinlere ayrılmasına zen gösterilmelidir (40).

Çocuklar bazı besinleri yemeği reddettiğinde, alternatiflerinin sunulması gereklidir. Örneğin yoğurt tüketmiyorsa peynir ya da süt sunulabilir. Ayrıca sebzeler bu yaşlarda en az sevdikleri besinler olduğu için pişirme ve servis şekline zen gösterilirse daha iyi tüketilmesi sağlanabilir. Örneğin; ocuklar bu yaşta keskin tat ve kokulara daha dikkatli oldukları için domates, havuç ya da salatalık gibi sebzeler çiğ olarak çocuğa verilirse pişmiş haline göre daha çok tüketebilir. Çocuğun et tüketmesi için ise; büyük parçalar halinde olmadan örneğin kıyma gibi ve iyi pişirilmiş olarak verilmesine dikkat edilmelidir (40).

2.2.6.4. 1-5 Yaş Arası rnek Beslenme Menüsü

2 yaş çocuklar için günlük menü rneği (63)

Kahvaltı

- ½ su bardağı süt
- ½ su bardağı demir ile zenginleştirilmiş gevrek
- ½ su bardağı muz
- ½ dilim tam buğday ekmek
- 1 tatlı kaşığı tereyağ

Ara ğn

- ½ su bardağı ilek
- ½ su bardağı su

ğle

- ½ su bardağı süt
- ½ sandviç (1 dilim tam buğday ekmeğe 30 g et, 1 dilim peynir, marul, domates)
- 3 havuç çubuğu
- 1 küçük (15g) yulaf ezmeli kurabiye

Ara ğn

- ½ su bardağı süt
- ½ dilimlenmiş elma

Akşam

- ½ su bardağı süt
- 60g tavukgöğsü
- 1/3 su bardağı tam buğday makarna
- 1/8 su bardağı buharda pişmiş brokoli

4 yaş çocuklar için günlük menü örneği (63)

Kahvaltı

- ½ su bardağı süt
- ½ su bardağı demir ile zenginleştirilmiş gevrek
- ½ su bardağı muz

Ara Öğün

- ½ su bardağı çilek
- 1 sandviç (2 dilim tam buğday ekmeğe 30g et ve peynir, marul, domates)

Öğle

- ½ su bardağı süt
- 1 sandviç
- (2 dilim tam buğday ekmeğe 60g et ve peynir, marul, domates)
- ¼ su bardağı buharda pişmiş brokoli

Ara Öğün

- 1 çubuk dil peynir

Akşam

- ½ su bardağı süt
- 60g tavukgöğsü
- ½ su bardağı tam buğday makarna
- ¼ su bardağı buharda pişmiş yeşil fasulye

2.2.6.5. Atıştırma Alışkanlıkları

Beslenme ve tutku arasında bağ olan, ana öğünler harici tüketilen besinlere atıştırma denilmektedir. Ara öğün, hızlı bir ana öğün, karın doyurmak amaçlı, stresi bastırmak için, iş toplantısı/kutlamalarda/doğum günlerinde ya da farkında olmadan tüketilebilir (34).

1. Atıştırma Alışkanlığı

2002’de yapılan Yenidoğan ve Oyun Çocuğu Çalışması raporuna göre; ana ve ara öğün alışkanlıkları 7-8. aylar civarında başlayıp 9-11. aylarda iyi bir şekilde oluşmaktadır. Ergenlik döneminde ise çocukların yeme alışkanlıkları daha kötüleştiği için bebeklik ve çocuklukta kurulan sağlıklı yemek alışkanlıkları önemlidir (64).

Çocukların 2-4 yaşlardaki besin tercihlerinin, sekiz yaşlardaki tercihlerinde önemli belirleyici olduğu belirtilmektedir. Örneğin 8 yaşta tüketilen çeşitli meyve ve sebze de, 2 yaştan önceki besinle ilgili tecrübeler ile belirlenmektedir (65).

Aileler, atıştırma genellikle asıl önemin farkında olmadan duygusal bir öğün olarak tanımlamaktadır (55). Kraker, kurabiye ve meyve suları yerine kültürel olarak uygun olan sebze, meyve ve tam tahıllar ile çocukların yemekleri tamamlanacak şekilde verilecek atıştırma planlanmalıdır. Böylece lif alımı artarken yağ ve şeker alımı kısıtlanacaktır. Sağlıklı yeme alışkanlıkları geliştirirken; besin kabulünü ve sağlıklı yeme alışkanlığı olasılığını arttırmak için çocuklar besinlerle en az 8-10 kere tanıştırılmalıdır (64).

2. Atıştırma Sıklığı

Xue ve ark.’nın yaptığı araştırma sonuçlarına göre, çocuklardaki atıştırma sıklığı toplam enerji alımı ile pozitif ilişkiliyken, oyun çocukluğu ve okul öncesinde enerjinin önemli bir kaynağıdır. Ortalama atıştırma sıklığı 12-24 aylarda 2-6 yaşa göre daha fazladır. Ayrıca küçük çocukların aileleri büyük çocukların ailelerine göre daha çok atıştırma vermektedir. AAP; 12-36 aylık çocuklara günde 2-3 sağlıklı ara öğün verilmesini önermektedir (66).

3. Atıştırma Tüketim Zamanı ve Yeri

Evde atıştırma tüketimi, annesi çalışmayan ve dolayısıyla bakım almayan çocuklarda yüksekken; evden uzakta atıştırma tüketimi, annesi çalışan ve bu nedenle

bakım alan küçük çocuklarda yüksektir. Ek olarak yaş arttıkça evden uzakta atıştırma tüketim yüzdesi de artmaktadır (67). Ayrıca küçük çocuklarda, kahvaltıda diğer öğünlerden daha düşük yağ-yüksek karbonhidrat; akşam atıştırma tüketimi ise kahvaltıda daha yüksek yağ/protein-düşük karbonhidrattan oluşmaktadır (65).

Bebeklerin %91,3'ü sabah ve evde, %20'si öğleden sonra/kuşluk ve evden uzakta ve %95,7'si akşam ve evde olacak şekilde atıştırma tüketmektedir. Buradan atıştırma tüketen bebeklerin neredeyse tamamının, sabah ve akşam atıştırma tüketimini evde tükettiği sonucu çıkarılabilmektedir. Ayrıca oyun çocukluğunda sabah ve evden uzakta atıştırma tüketim yüzdesi %24,8, okul çocukluğunda %28,3'tür. Bu oran bebeklere göre %8,7 daha fazladır (67).

Ek olarak, şeker/tatlı vb. gibi besinler ve şekerli içecekleri sıklıkla tüketen iki yaş ve üzeri çocukların %60-83'ü hem evde hem de evden uzakta bunları tüketmektedir. Tüm yaş gruplarında ise tüketilen en popüler atıştırma zamanı ve yeri; akşam ve evde ve öğleden sonra/kuşluk ve evden uzakta şeklindedir (67).

4. Atıştırma ve Etnik/İrksal Özellik İlişkisi

2-6 yaşlardaki çocuklarda yapılan bir araştırmada, en yüksek atıştırma sıklığı sırası ile Hispanik olmayan beyaz çocuklar, Hispanik siyahi çocuklar ve Hispanik olmayan siyahi çocuklar şeklindedir. Bu farklılık, evde atıştırma bulunma durumu ya da kültürel beslenme alışkanlıklarından kaynaklanabilir. 0-2 yaşa kadar etnik/irksal gruplarda besin alımı ile ilişkili davranışlardaki farklılıklar risk faktörü olabileceği için atıştırma alışkanlığı konusunda bakım verenler bilgilendirilmelidir (66).

5. Atıştırma Tüketiminin Günlük Enerjiye Katkısı

Atıştırma tüketimi toplam enerjinin %25-30'unu oluşturmaktadır. Ayrıca oyun çocukluğu ve okul öncesi dönemde karbonhidrat ve yağ, enerji için en büyük katkıda bulunurken toplam enerjinin yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ünü oluşturmaktadır (66).

Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışması (NHANES) verilerine göre atıştırma tüketimi; proteine %20, karbonhidrata %35, toplam yağa %42 ve doymuş yağa %32, günlük lif %25, kalsiyuma %35, demire %20 üzerinde, potasyuma %31 ve vitamin C, D ve E'ye ortalama %35 oranında katkı sağlamaktadır (55).

2008’de 0-23,9 aylık çocuklarda yapılan Yenidoğan ve Oyun Çocukluğu Beslenmesi (FITS) araştırmasına göre; küçük çocuklarda sebze ve meyve tüketimi azken okul öncesi çocukların yaklaşık %85’i pasta, şekerleme vb. gibi şekerli besin tiplerini tüketmektedir. Şekerli ya da tuzlu atıştırmalıkların her günde verildiği araştırmada, atıştırmalıklar 12 aylık grupta günlük enerjinin %25’ini karşılarken atıştırmalıktan alınan karbonhidrat %28’dir ve enerji yüzdesini aşmaktadır (67).

6. Hızlı Atıştırmalık (Fast-Food)

Hızlı atıştırmalık şeklinde tanımlanan besinlerin kolay ulaşılabilme/ucuz/lezzetli/ilgi çekici paketler vb. özellikleri ve medya reklamlarının etkisiyle oyun çocukluğunda tüketimi başlamaktadır. Yüksek enerjili düşük kaliteli besinler genelde 6-24 aylık çocuklara verilmektedir. Örneğin; yapılan bir araştırmada 6-24 aylık çocukların 1/3’ü şeker, 2/5’i kek, kurabiye ve hamur işleri vb. gibi tatlı ve 1/10’u dondurulmuş süt tatlıları tüketmektedir (54). Doymamış yağ/kolesterol/enerji içeriğinin yüksek; vitamin/mineral/liften fakir olması sonucu çocuklarda sağlıklı beslenme alışkanlığına sebep olmaları nedeni ile çocukların beslenmesinde yer almamalıdır (45).

7. Atıştırmalık ve Doğal/Eklenti Şeker

Oyun çocukları için kabul edilebilir eklenti şeker tüketim sınırını belirlemese de iki yaş altındaki çocuklar ve yetişkinler için DSÖ ve Amerikalılar İçin Diyet Rehberi 2015-2020 (ADR) önerilerine göre; toplam enerjinin %10’unun altında sınırlandırılması gerektiği belirtilmektedir (55).

Tatlandırıcı ve şeker oyun çocukluğu beslenmesinde hem negatif hem de pozitif etki göstermektedir. Eğer miktarı sınırlandırılır ve besinsel zengin gıdalarla ilişkilendirilirse eklenti şeker ve tatlı tatlar oyun çocukluğu diyet alışkanlıklarında pozitif etkiye sahip olmaktadır (55).

Moshfegh ve ark.’nın yaptığı araştırmada; 1-2 yaş arası çocuklarda ortalama enerjinin günlük 1335 kalori ve günlük enerjinin %55’i karbonhidrattan gelirken günlük şekerin ise bu kaloninin yarısını oluşturduğu belirtilmektedir (68).

Grimes ve ark.’nın yaptığı başka bir çalışmada; eklenti şeker ya da doğal şekerli besinlerin ve içeceklerin kaynağına dikkat çekilmektedir. İçecekler, çocukların günlük enerjisinin %25’ini oluşturmaktadır. Süt genellikle en yaygın içecektir ve bu kategoride

en çok besin ve enerji sağlayan besindir. Sütü, su ve %100 meyve suları takip etmektedir. Eklenti şeker içeren içecekler ise; şekerli meyveli içecekler (%24), gazlı içecekler (%6-14) ve aromalı süttür (%7-9). Günlük ortalama 26 gram eklenti şekerin 10,5 gramı içeceklere atfedilmektedir (69).

8. Atıştırmalık ve Obezite

Bu yaşlardaki çocuklar çok fazla yeni besin ile tanıştırılırsa fazla yüksek enerjili atıştırmalık tüketimi, sağlıksız besin alışkanlıklarının başlamasına neden olmaktadır. Amerikan ulusal verilerine göre, iki yaş altındaki çocukların %8'inin boya göre kilosu fazladır. Bu durum yetişkinlikte obezite için yüksek risk göstergesidir. Obezite insidansının genç yaşlarda ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yetişkin obezite riski, çocukluk çağı obezite başlangıç yaşı arttıkça azalmaktadır. Erken çocukluk, etkili çocukluk ve yetişkinlik obezite prevalansının önlenmesi için kritik yaşam dönemidir (66).

9. Fazla Atıştırmalık Alımını Sınırlandırma Yöntemi

Atıştırmalıktan alınan enerjiyi azaltmada küçük porsiyon ve düşük enerji yoğunluklu atıştırmalık tüketimi etkilidir. Boş enerji alımını azaltmak için ise fazla miktarda doymuş yağ ve eklenti şeker içeren atıştırmalık tüketimi sınırlandırılmalıdır (66).

2.2.7. 1-5 Yaş Arası Çocuklarda Karşılaşılan Beslenme Problemleri

2.2.7.1. İştahsızlık

İştahsız çocuklarda; nadiren yemek yeme isteği, erken doymunluk ve normal büyümeyi desteklemek için yetersiz miktarda besin tüketimi görülmektedir. Yemek seçme probleminden daha az yaygındır ve birinci basamakta beslenme problemlerinin ¼'ünü oluşturmaktadır (70).

İştahı olumsuz etkileyen durumlar üç şekilde sınıflandırılabilir. İlk olarak, iştah kontrolündeki psikolojik komplikasyonlar, çok sayıda tıbbi sorun, hormonal düzensizlik ve metabolik rahatsızlık vb. gibi durumlar buna neden olabilmektedir (70).

Örneğin 15-18 aylarda normal büyüme eğrisi gösteren bir çocukta iştah en düşük seviyededir. İlerleyen zamanda aşırı açlık, iştahın azalması ve besini reddetmeye kadar giden bir durum gözlenebilir. Dikkat edilecek konu; eğer çocuğun büyüme ve gelişmesi

normal ilerliyorsa bazen öğün atlaması ve birkaç gün boyunca devam etmesi herhangi bir sağlık problemi oluşturmamalıdır. Ayrıca ailelerin yemek yeme sırasında fazla ilgili/aceleci olması, başka çocuklarla kıyaslaması, zaman sınırı koyması ya da kısıntı döküldüğünde fazla tepki vermesi çocukta ayıplanmaktan korkmaya ve gerginliğe neden olabilir. Bunun sonucunda da çocuk yemek yeme saatlerinde uykuya dalıp kaçabilir ya da aşırı iştahsız olabilir (4).

İkinci olarak, özellikle belirli topluluk ve coğrafi bölgelerdeki besin yoksunluğu gerekçe olabilir. Kronik düşük besin alımı sonucu iştah azalır ve uyuşuk, aktif olmayan ve boş bir çocuk meydana gelir. Fakat aksi şekilde Milano ve ark.'nın yaptığı araştırmada ise; infantil anoreksiya; fazla aktif, sosyal olarak meşgul olan çocukların yemeklere ilgisiz ve aileleri ile sürekli bir çatışma halinde oldukları belirtilmektedir. Bu çocuklar, büyüme yetersizliği yaşamalarına rağmen yetersiz beslenme oranları ve ciddi kalori açıkları daha azdır. Ayrıca bilişsel bozulma yaşamazlar (70).

Son olarak ise zayıf iştah iatrojenik olabilir. Örneğin; tüple beslenen ya da iştah kesmek için ilaç kullanan çocuklarda görülebilir (70).

İştahsızlığa herhangi bir fiziksel hastalık neden olmuyorsa; çocuğun aile/bakım veren ile olan ilişkisi incelenmelidir. Çünkü çocuklar aşırı ısrarda bulunan aileye tepki olarak yemeği reddedebilir. Bu yaş grubundaki çocuk kendi kararını vermek isteyeceği için; günlük alınması gereken enerji, besin ögesi ve porsiyonun da dikkate alınması ile seçenekler sunarak besini seçmesi sağlanmalıdır (45).

İştahsız çocuklar için öncelikle enerji alımı ve diğer besin öğelerinin artması önemlidir. Enerji ihtiyacı çocuklar arasında değişiklik gösterebilir; yüksek kalorili besin/sıvı takviyeleri başlanarak günde 100-300 kalori alımı önerilmektedir. Bu takviyeler gün sonunda verilmeli ve yemeklerden alınan besinlerin yerini almamak için gerekli olmadığında kesilmelidir. Ayrıca iştahsız çocuklardaki mide kapasitesindeki azalmaya olan şartlanma nedeni ile kalori takviyesinde ani artışlardan, yavaş artışlar daha iyi tolare edilecektir (70).

2.2.7.2. Seçici Yeme

Normal gelişen çocukların %25-50'si seçici yiyici olduğu ve iştahları ve ne kadar yedikleri günden güne (yaklaşık %30) değişmesine rağmen büyüme üzerinde ciddi bir sorun yaratmadığı belirtilmektedir (63). Besin seçme ile birlikte yüksek besin

seçiciliği, yüksek tokluk hissi, yavaş yeme, düşük besin hazzı ve bazı besinleri yemede isteksizlik vb. gibi yeme davranışlarını da içermektedir. Seçici yiyen çocuklar; yetersiz miktarda/çeşitlilikte besin tüketen, yalnızca belirli şekilde hazırlanmış besini isteyen ve besini reddettiğinde güçlü öfke krizine giren şeklinde aileleri tarafından tarif edilmektedir (71).

Çocuklar bilmedikleri besinleri ilk karşılaşmalarında reddedebilir. Bu nedenle yeni besin 20-30 kez gibi bir sıklıkta ve benzer tat/ doku/sıcaklıkta besinlerle birlikte çocukla tanıtılırsa besine olan tanıtıklılığın oluşacağı öngörülmektedir. Fakat baskı ve zorlama yapılması özellikle iştah açıcı başka bir besin de bulunuyorsa, yeni besini reddetmeye yol açabilmektedir. Ayrıca ocuk bakım veren/ailesi ya da yaşıtlarında yeni besini gördüğünde tatmaya daha ilgili olacaktır (63).

Seul’de 1-5 yaş çocuklarda yapılan kesitsel bir araştırmada; en çok kabuklu deniz ürünleri, kurubaklagiller ve sebzelerin reddedildiği ve seçici yiyen çocuklarda yemeyenlere göre az miktarda et, balık, sebze ve meyve tüketimi nedeniyle karoten, demir, çinko ve protein alımı daha düşükken şeker alımlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (71).

Ek olarak araştırmacılar seçici yeme ve çocuklarda yeme bozukluğunun (İki haftadan daha fazla oral yeme bozukluğu) ayrımının yapılması gerektiğini de vurgulamaktadır (63).

2.2.7.3. Çok Yeme

Sağlıklı motor becerileri ve besin alımının düzenlenmesinin desteklenmesi için çocukların kendi kendine yemesi desteklenmelidir. Çocuklara besin verilirken gelişimsel yeteneklerine uygun şekilde ve pişirmeden kaçınarak küçük parçalar halinde verilmelidir. Ayrıca ocuk boyutlarında bardak ve tabak kullanması için ocuk desteklenmelidir. Çok yeme; ucuz/yüksek kalorili, fast-food vb. gibi lezzetli yiyeceklerin varlığı ve büyük miktarda sunulması sonucu daha da kötüleştirmektedir. AAP’ın bu yaş grubu çocukların beslenmesi için sunduğu rehberde, “aileler sunar, çocuklar karar verir” yaklaşımı vurgulanmaktadır. Açıklamak gerekirse, aileler sağlıklı besinleri öğün zamanında çocuklara sunduğunda, ocuk hangi besini ve ne kadar yiyeceğini seçebilmektedir (63).

2.2.7.4. Protein-Enerji Malnütrisiyonu (PEM)

Büyüme ve gelişme için elzem olan bir/birden fazla besin ögesinin vücut dengesini bozacak şekilde yetersiz/dengesiz alınması sonucu malnütrisiyon ortaya çıkmaktadır. En sık görülen tipi olan protein-enerji malnütrisiyonu (PEM) için, 5 yaş altındaki çocuklar en yüksek riskli gruptur (58). Malnütrisiyonun nedenleri olarak şöyle faktörler belirtilmektedir (13):

1. Enerji ve besin ögesi yetersizliği

Aile geliri yetersizliği sonucu büyüme ve gelişme için gerekli hayvansal protein vb. gibi besin öğelerinin satın alınamaması ve ailenin beslenme bilgisi zayıflığı sonucu çocuk için en uygun besinin seçilememesi (örn; yanlış miktarda ya da şeker-niştasta karışımı besinler)

2. Çevre koşulları nedenli enfeksiyon

Enfeksiyon beslenmeyi zorlaştırdığı için besin kaybına neden olur. Örneğin; çevre koşulları kötü olan topluluklarda barsak parazitleri yaygındır ve besine ortak olurlar.

3. Sosyo ekonomi ve kültürel etmenler

Emzirme durumu/süresi, ek besin başlama zamanı/çeşidi (örn; aya kadar ek besin başlanmaması), sık doğum sonucu, annenin bebeğine yeterli besin ayırlanamamaktadır.

4. Doğuştan/sonradan oluşan metabolizmal hastalıklar

Konjenital sindirim, emilim ve metabolizma bozuklukları sonucu besinler kullanılamaz.

Az gelişmiş ülkelerdeki süt çocuklarında oldukça sık görülen PEM; marasmus, kwashiorkor ve marasmik kwashiorkor olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır (72).

Marasmus, protein ve enerji yetersizliği sonucu oluşmaktadır. Genellikle ek besinin hiç verilmediği ya da anne sütü yetersiz/erken memeden kesilmiş çocuklarda görülmektedir. Özellikle ağlayan çocuğu susturmak için lokum, şekerli su ya da sulu süt verilmektedir. Kaşeksi ve ilerlemiş durumda ihtiyarlamış yüz mevcuttur. Ayrıca ödem yoktur (12). Kilo kaybı, subkutan yağ dokusu ve kas kitlesi belirgin kaybı gözlenirken kaburga/eklem/yüz kemikleri belirgin, cilt ince ve gevşektir (73).

Kwashiorkor, enerjinin yeterli proteinin yetersiz olduğu beslenme durumlarında gözlenir. Genellikle 1-3 yaşta süttten kesilen çocuklar, su, şeker ve saf karbonhidratla beslenmektedir. Protein yetersizliği sonucu büyüme ve gelişme durmakta, oluşan

dirençsizlik sonucu sık tekrarlayan enfeksiyonlar meydana gelmektedir (13). Belirgin özelliği ödem olan kwashiorkor cilt, saç değişiklikleri karakteristiktir (73).

Marasmik kwashiorkor ise, marasmus ve kwashiorkor klinik ve biyolojik özelliklerinin bir arada görüldüğü durumdur. Çocuklarda çok yaygın olan bu durum özellikle süttten kesilen bebekler nişastalı/ protein fakir besinler ile beslendiğinde (şeker bebeği) gelişmektedir. Cilt altı yağ dokusu kaybı/erimesi azken genellikle üst ekstremitelerde kaslarında erime ve alt ekstremitelerde ödem gözlenir. Bodur kalma sıklığı çocuklarda daha çoktur. Kwashiorkorlu çocuklara benzer şekilde psikolojik değişiklikler ve saç değişiklikleri sıktır (32).

Ülkemizde çocuklar doğumdan altı yaşa kadar büyüme ve gelişmelerinin takibi için düzenli olarak izlenmektedir. Bunun nedeni ise; malnütrisyonla korumak için zemin hazırlayıcı etkenlerin bilinmesi halinde, hem verilecek olan hizmette başarı artacak hem de çocukların sağlığına önemli katkıda bulunulacaktır (74).

2.2.7.5. Besin Alerjileri

Besin alerjileri, belirli besinlere bağışıklık sisteminin verdiği yanıtta anormallik/değişiklik olması şeklinde tanımlanmaktadır. Alerjik reaksiyonlar genellikle kusma, ishal, kabızlık, karın ağrısı, egzama ve ürtikerdir. Astım gibi solunum yolu reaksiyonları ise daha çok büyük çocuk ve yetişkinlerde ortaya çıkmaktadır. En alerjen besinler; inek sütü, yumurta beyazı, tahıllar (özellikle buğday), bazı etler, kabuklu deniz hayvanları, bezelye/mantar/salatalık vb.sebzeler, portakal/mandalina/çilek vb. gibi meyveler, çikolata, kahve, çay, soya ve besinlere eklenen koruyucu/rek verici maddelerdir (4).

Yapılan araştırmalarda, potansiyel alerjik besinlerin çocuklarla erken tanıştırılması önerilmektedir. Örneğin; fıstık içeren besinler yumurta ya da şiddetli egzama yaşayan bebeklere 4-6. aylarda, hafif/orta egzama yaşayanlarda 6.ayda verilmelidir. Egzama ya da besin alerjisi yaşamayan çocuklarda ise yaşa göre uygun diğer besinlerle verilebilir (63).

Alerji tanısı koyulduktan sonra diyetle eliminasyona gidilmelidir. Basit eliminasyon ve çoklu eliminasyon olmak üzere iki tip eliminasyon diyeti vardır. Basit eliminasyonda, alerjiden belirli besin ya da besinler sorumlu olduğu için elimine edilir. Örneğin; inek sütü protein alerjisinde diyetten süt ve süt türevleri elimine edilmektedir. Çoklu eliminasyonda ise; basit eliminasyon diyetinde hangi besin/besinlerin alerjiye

sebebi olduğu anlaşılmıyorsa karmaşık bir eliminasyon yapılmaktadır. Öncelikle alerji oluşturabilecek çok sayıda besin diyetten çıkarılır ve bir süre sonra çıkarılan besinler tek tek eklenir. Sonrasında çok sayıda besinin diyetten yavaş yavaş çıkarılması uygulanmaktadır (4).

2.2.7.6. Demir Eksikliği Anemisi

DSÖ, demir eksikliği anemisini özellikle gebe ve çocukta (en sık 6-24.ay) mortalite ve morbiditede artışa yol açması nedeni ile önemli bir halk sağlığı olarak tanımlamaktadır. Dünya’da anemi prevalansının; okul öncesi çocuklarda %47,4, gebe kadınlarda %4,8, gebe olmayan kadınlarda ise %30,2 olduğu belirtilmektedir (75).

Demir eksikliğinde bebek ve çocukta motor gelişim/koordinasyonda bozulma, dikkat/algılamada azalma, okul başarısı ve fiziksel aktivitede azalma gerçekleşir (35). Özellikle çocuklarda bilişsel gelişim ve büyüme olumsuz etkilendiği için; tedavi edilseler bile 5-10 yıl sonrasında zeka katsayıları hiç anemi gelişmemişlere göre daha düşüktür. Bu nedenle aneminin önlenmesi tedaviden daha önemlidir. Süt ve süt ürünleri ve bebek mamaları demir ile zenginleştirilen besinlere örnek sayılabilir. Özellikle 0-2 yaşta demirden zengin olmayan inek sütü tüketimi fazla (1,5-2 kg/gün) ve tamamlayıcı besin döneminde demirden zengin yumurta, et, pekmez ve kuru baklagillere geç başlandıysa/hiç verilmediyse demir eksikliği meydana gelmektedir (4, 75). Ayrıca demir ile birlikte tüketildiğinde emilimi arttıran C vitamininden zengin yeşil yapraklı sebzeler, karnabahar, turuncgiller vb. gibi besinlerin tüketimini arttırırken; emilimi azaltan kepekli ekmek, kurubaklagiller, çay, kahve, kakao, kalsiyumdan zengin vb. gibi besinlerin tüketiminin azaltılması önerilmektedir (4).

2.2.7.7. Rikets

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde süt çocuğu ve adolesanları etkileyen rikets sıklıkla D vitamini eksikliği kaynaklıdır. Eksiklik sonucu çocuklarda; diş çıkarmada gecikme, kısa boy, suboptimal ağırlık artışı, geç yürüme, enfeksiyona yatkınlık, kabızlık, anoreksi, anemi, kalp yetersizliği, büyüme geriliği vb. gibi pek çok problem görülmektedir. Ayrıca riketsin en önemli metabolik komplikasyonu olan tetani en çok 6 ay-3 yaş arasındaki çocuklarda ortaya çıkmaktadır (76).

Türkiye’de rikets çocuklukta %5-59 oranda görülmektedir. Güneş ülkesi olan ülkemizde riketsin sıklıkla görülme nedeni; halkın bilgisizliği, gelenekler ve adetlerdir.

Örneğin; bebekler evdeyken güneşlenmeleri sağlanmamakta, kundaklanmakta ve yüzlerini örtme adeti uygulanmaktadır (4).

2.2.7.8. Obezite

Çocukluk dönemi için obezite ile en sık yaşamın ilk yılı, 5-6 yaş ve puberte döneminde karşılaşılmaktadır. Özellikle 5 yaş öncesi ve 15 yaş sonrasında başlayan obezitenin daha tehlikeli olduğu ve okul öncesi dönemdeki şişman çocukların %26-41'nin yetişkinlikte de şişman kaldığı belirtilmektedir (77).

Ailede şişmanlık bulunması gibi genetik etmenler ve parçalanmış aile/intrauterin dönemde yetersiz beslenme/erken süt çocukluğu beslenmesi/fiziksel aktivite azlığı vb. gibi çevresel etmenlerin enerji metabolizması ve yağ dokusu üzerindeki ortak etkilerinin sonucunda şişmanlık oluşmaktadır (77).

Şişman çocuklarda kanda serbest yağ asitleri/gliserol/keton düzeyleri artmış ve insülin direnci gelişmiştir. Ayrıca obezite, dislipidemi, hipertansiyon, insülin direnci ve/veya bozulmuş karbonhidrat toleransı ile birlikte meydana gelen metabolik sendromun görülme oranı da günümüzde çocuklar ve adolesanlarda artmıştır. Araştırmalarda iki yaştan önce diyet yapılmaması eğer çocuk aşırı besleniyorsa yaşına uygun olan kaloringin verilmesi önerilmektedir. İki yaş üzerindeki çocuklarda çocuğun açık hava ortamına özendirilmesi, televizyon/bilgisayar kullanım sürelerinin kısıtlanması, fast-food yerine sebze yemeklerinin verilmesi ve özellikle kutu meyve suları/gazlı içeceklerin sınırlandırılması gerektiği önerilmektedir. Ek olarak AAP, 1-6 yaş arasındaki çocuklara günde en fazla 120-180 ml meyve suyunu önermektedir (3).

2.2.7.9. Basit Guatr

İyot yetersizliğinde meydana gelen basit guatr, 0-5 yaş çocuklarda %7,9-15,8 oranında görülmesi ve kretenizmin (zihinsel gerilik) başlıca sebebi olması nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (78).

2.2.7.10. Diş Çürükleri

Erken Çocukluk Dönemi Çürüğü (EÇÇ) prevalansı; 1988-1994'de %18,5 iken, 1999- 2004'de %23,7'dür. EÇÇ, sıklıkla uygunsuz şekilde beslenme ve kötü ağız hijyeni ile ilişkilendirilirken; düşük sosyoekonomi, sık sık ara öğün tüketimi, annenin sigara içmesi, bebek beslenme alışkanlıkları, ailenin eğitim seviyesi vb.'de sosyolojik ve çevresel faktörlerdir (79).

Yüksek miktarda şeker ve nişasta gibi besinlerin tüketilmesi diş çürüklerini arttırmaktadır. Diş çürüklerinin önlenmesi için beslenmede dikkat edilmesi gerekenler şöyledir (5):

- Ana/ara öğünlerde sağlıklı besinler olan sebze, meyve, tüm tahıllar, süt, peynir, yoğurt tüketilmeli
- Meyve suyu yerine meyve tüketimi tercih edilmeli, meyve suyu yalnızca ana öğünlerde diğer besinler ile birlikte alınmalı
- Gazlı/Asitli içeceklerden kaçınılmalı
- Flor içeren içme suları kullanılmalı (ortalama flor 0.7-1.2mg/L)
- Kaşık/Çatal ortak kullanımından ve biberon başlığı/emzik temizliği için ağzın kullanılmasından kaçınılmalı
- Bir yaş sonrası bardak kullanımı özendirilmeli

2.2.8. Türkiye’de 1-5 Arası Yaş Çocukların Beslenmesi

TNSA 2018 verilerine göre; 2008’den bu yana 5 yaş altındaki çocuklarda bodurluk oranı %12’den %6’ya, fazla kiloluluk oranı %11’den %8’e düşüş gösterirken, zayıflık %1’den %2’ye yükselmiştir. Düşük kiloluluk ise son üç araştırmada da %2 oranında sabit kaldığı için hem akut hem de kronik yetersiz beslenme göstergesinde 2008’den beri bir değişiklik olmamıştır. Ayrıca fazla kilolu çocukların oranı 12-17.ayda %14 ile en yüksek seviyedeysen, erkek çocuklarda (%9) kızlara (%7) göre ve kentsel alanda (%9) kırsaldan (%6) daha yaygındır (80).

Bodurluk oranı bölgelere göre incelendiğinde, kırsal alanda (%8), kentsele (%5) göre daha yüksektir. Doğu’da %8, Orta ve Güney’de %3 şeklindeysen %19 ile en yüksek Kuzeydoğu Anadolu bölgesindedir (80).

Emzirilen ve emzirilmeyen 6-23 aylık çocuklara ek gıda için verilen besinler de en sık yoğurt ve diğer süt ürünleri (%73), peynir (%74), meyve (%74) ve sebzeler (%77); en az et, balık ve kümes hayvanları şeklindedir. Demir zengin besin tüketimi, 12-17. ayda %69, 18-23. ayda %68, kentsel alanda kırsal alandan daha yüksek, emzirilen çocuklarda emzirilmeyenlerden daha yüksek ve annenin eğitim/refah düzeyi ile pozitif ilişkilidir (80).

Ek olarak Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından; “Tamamlayıcı Beslenme Programı, D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı, Demir gibi Türkiye Programı ve Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” uygulanmaktadır (81).

2.2.9. Dünya’da 1-5 Arası Yaş Çocukların Beslenmesi

UNICEF 2019 yılı Dünya Çocuklarının Durumu: Çocuklar, Gıda ve Beslenme raporuna göre; dünyada her üç çocuktan biri (yaklaşık 200 milyondan fazla çocuk) ya yetersiz ya da aşırı kiloludur. 6 ay-2 yaş arasındaki çocuklarda her üç çocuktan neredeyse ikisi büyüme ve gelişme için yeterli miktarda besin alamamaktadır. Bunun sonucunda yetersiz beyin gelişimi, öğrenmede başarısızlık, düşük bağışıklık düzeyi, sık enfeksiyon ve ölüm gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (82).

Öte yandan süt bazlı bebek maması tüketimi 2008-2013’de Brezilya, Çin ve Türkiye gibi ülkelerde %72 artış göstermiştir. Bu artışın nedeni olarak mamaların uygunsuz pazarlanması ve anne sütüyle beslenmeye yönelik politikaların zayıf kalması söylenmektedir (82).

Beş yaş altında iyi bir şekilde büyümeyen (bodur, fazla kilolu) çocukların prevalansı Güney Asya (%49,9), Doğu ve Güney Afrika (%42,1), Güney ve Orta Afrika (%39,4) ve Orta Doğu ve Kuzey Afrika (%32,4)’da yüksek orandayken; Doğu Avrupa ve Orta Asya (%22,5), Doğu Asya ve Pasifik (%17,2), Latin Amerika /Karayipler (%16,5) ve Kuzey Amerika’da (%11,6) düşük orandadır (82).

Ek olarak, yetersiz beslenme en çok yoksul ve marjinal konumdaki topluluklardaki çocuklarda ağır sonuçlara yol açmaktadır. 6 ay-2 yaş arasındaki en yoksul hanelerde yaşayan çocuklarda her beş çocuktan yalnızca biri büyüme için yeterli çeşitlilikte beslenebilirken, İngiltere gibi üst gelirli bir ülkede bile fazla kiloluğun yoksul kesimlerde iki kattan daha fazla yaygın olduğu belirtilmektedir (82).

2.3. Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Antropometrik Yöntemler

Büyüme, hücre sayı ve bütünlüğünün artması sonucu vücut ağırlığının ve kütlelenin artması yani çocuğun fiziksel boyutlarındaki artış şeklinde tanımlanmaktadır. Doğumla birlikte başlayan ve 2-3 yaşa kadar süren süt çocukluğu evresinde, doğum sonrası en hızlı artış gösterilen zaman ilk bir yıldır. Deri altı yağ dokusu kalınlığı bu dönemde farklılık gösteren bir özellik olduğu için büyüme eğrisi genel büyüme

eğrisinden farklıdır. Süt çocukluğundan puberteye kadar olan dönem ise çocukluk dönemi olarak adlandırılır. Büyüme hormonu, tiroid hormonları ve çevresel etmenler bu dönemde büyümeyi etkilemektedir. Bir yaştan sonra azalmaya başlayan büyüme hızı üç yaştan ergenliğe kadar daha yavaş ve kısmen doğrusal bir artış gösterir. Büyümeyi etkileyen etmenler arasında; genetik farklılıklar, çevresel etmenler, beslenme durumu ve egzersiz yapma sayılabilir (5).

Büyümenin izlenmesi, çocuğun ağırlığının ve boyunun belirli aralıklarla ölçülüp standart büyüme eğrilerine işlenmesine denilmektedir. Bunu amacı, normal sapmaları tanımlayarak büyümedeki herhangi bir duraklamayı erken dönemde farkedip malnütrisyon gelişmesini önlemektir (5).

Büyüme eğrilerinin değerlendirilmesinde persantil adı verilen, çocuğun yaşitları ile karşılaştırıldığında yüzdelik sıralamada yerini belirten değerlerin saptanması gerektiği belirtilmektedir. Persantiller, 3, 10, 25, 50, 75, 90 ve 97. persantiller olmak üzere toplamda 7 adet persantil çizgisi içermektedir. 3. ve 97. persantiller arası normal değer olarak kabul edilirken 3. persantilin altı yetersiz büyümeyi, 97. persantilin üstü ise aşırı büyümeyi temsil etmektedir. Ayrıca normal büyüyen bir çocukta ardışık ölçümlerin aynı persantil değeri üzerinde olması beklenir. Genellikle kullanılan büyüme parametreleri; yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy, yaşa göre baş çevresi, boya göre ağırlık (rölatif tartı) ve vücut kitle indeksidir. Ek olarak DSÖ, beş yaş altı her çocuğun büyümesinin izlenmesi gerektiğini belirtmektedir (5).

2.3.1. Büyüme Hızı

Mevsimsel büyüme farklılıkları ve ölçüm hatalarını önlemek amacıyla bir yıl üzerinden üç ay arayla yapılan boy ölçümleri ile hesaplanır ve yıllık büyüme hızının yorumlanması için kullanılır (5).

2.3.2. Hedef Boy

Genetik etmenler genellikle 2-3 yaş sonrasında annenin ve babanın boyu ile uyumlu şekilde ortaya çıkmaktadır. Ulusal veriler baz alınarak Türk kadın ve erkek boyu arasında ortalama 13 cm fark olması göz önüne alınarak hedef boy formülü oluşturulmuştur (3-1) (3-2) (5).

Hedef Boy Kız Çocuk = [(baba boyu-13cm) + anne boyu] /2

2-2

Hedef Boy Erkek Çocuk = [(anne boyu+13cm) + baba boyu] /2

2.3.3. Standart Sapma (Z skoru)

Ölçülen parametrenin toplumun normal ortalama değerinden sapma derecesidir. Özellikle boyun Z skoru (3-3) olarak değerlendirilmesi, büyümenin yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak ifade edilmesi ve küçük sapmaların gösterilmesi için önemlidir. -2SD ve altındaki değerler orta derecede beslenme yetersizliğini, -3SD ve altındaki değerler ileri derece beslenme yetersizliğini ifade ederken, +2SD ve üzerindeki değerler normal olarak tanımlanmaktadır (5).

2-3

Z Skoru = $\frac{\text{Ölçülen Değer-Referans Grubun Ortanca Değeri}}{\text{Referans Grubun Standart Sapması}}$

Referans Grubun Standart Sapması

2.3.4. Gomez'in Pem Sınıflaması

Gomez'in pem sınıflamasında yaşa göre ağırlık oranı, çocuğun şimdiki ağırlığının aynı yaştaki sağlıklı bir çocuğun ağırlığına yüzdelenmesi ile hesaplanmaktadır (3-4). Sonrasında hesaplanan bu yaşa göre ağırlık oranı; %90'ın üstünde ise çocuğun beslenme durumu normal, %75-89 ise 1.derece (hafif) malnütrisyon, %60-74 ise 2.derece (orta) malnütrisyon ve %60'ın altında ise 3.derece (ağır) malnütrisyon kabul edilir (5).

2-4

Yaşa göre ağırlık (%) = $\frac{\text{Çocuğun ağırlığı}}{\text{Aynı yaştaki sağlıklı bir çocuğun ağırlığı}} \times 100$

Aynı yaştaki sağlıklı bir çocuğun ağırlığı

2.3.5. Gomez'in Welcome Adaptasyonu

Gomez'in welcome adaptasyonunda, yaşa göre ağırlık oranı ve vücutta ödem olup olmaması kıyaslanır. Yaşa göre ağırlık oranı %60-80'de ödem yok ise çocuk düşük kilolu/zayıf, ödem var ise Kwashiorkor; yaşa göre ağırlık oranı %60'ın altındaysa ödem yok ise çocuk Marasmus, ödem var ise Marasmik-Kwashiorkor kabul edilir (4).

2.3.6. Waterlaw Sınıflaması

Waterlaw malnütrisyon sınıflamasında, yaşa göre boy değeri %90'ın altındaysa kronik pem-bodur olarak değerlendirilmektedir. Boya göre ağırlık değeri (3-5) %80'in altında ise akut pem-zayıf olarak kabul edilir. Her iki değerin de kesim noktasının altında bulunanlarda hem ağırlık kaybı, hem de boy kısalığı vardır (4).

2-5

Boya Göre Ağırlık (%) = $\frac{\text{Çocuğun ağırlığı}}{\text{Aynı yaştaki sağlıklı çocuğun ağırlığı}} \times 100$

(Rölatif ağırlık)

Aynı yaştaki sağlıklı çocuğun ağırlığı

2.3.7. DSÖ Sınıflaması

DSÖ'nün pem sınıflamasında; çocuğun yaşa göre ağırlığı %70'in altındaysa ağır pem, %70-80 ise orta pem, %80-90 ise hafif pem, %90-110 ise normal, %110-120 ise iyi beslenmiş ve %120'in üstünde ise şişman-uzun kabul edilir (4).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık Okuryazarlığı terimi ilk defa 1974'de S.K Simons'un "Health Education as Social Policy" adlı kitabında ve sağlık eğitiminin sağlık sistemini/kitle iletişimini/eğitim sistemini etkileyen bir sosyal politika sorunu olarak tartışıldığı bir sağlık eğitimi konferansında yayınlanmıştır. Ancak 25 yıl sonrasında sağlık literatürlerinde bu terimi rastlanmaya başlanmıştır. Amerikada'ki sağlık profesyonelleri sağlık okuryazarlığını; "sağlık ortamında fonksiyon görebilmek için gereken temel okuma yetisi ve matematiksel yetilere sahip olmayı içeren beceriler topluluğu" şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ ise "sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusunda bilişsel-sosyal becerileri ve motivasyon düzeyleri" olarak belirtmektedir (83).

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca okuma-yazma becerisinden ziyade sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanılması, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanılacağına bilinmesi, aydınlatılmış onam formlarının anlayarak imzalanması, öz bakım ve hastalık yönetiminde kararlar verilmesi, evdeki tıbbi cihazların doğru kullanılması ve bakım

veren rolünün üstlenebilinmesi gibi pek çok sağlık bilgisini kavrama/değerlendirme yeteneğini içermektedir (6).

Yetersiz seviyedeki sağlık okuryazarlığı, birey dışında toplumu ve ülkeleri de etkileyen önemli bir sağlık hizmeti sorunudur. Tıp Enstitüsü (IOM), 2004’de sağlık hizmetleri ve yetersiz sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi dört gruba ayırarak incelemiştir (6). Bu gruplar; hastalıklarla ilgili bilgi yetersizliği ve hastalıkların kontrolündeki yetersizlikler, hastaneden yatış süresinin artması, hastalıkları önleyici sağlık hizmetleri kullanımının azalması ve sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların artması şeklindedir. Örneğin 2009’da sınırlı sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamaları üzerine bir araştırmada, yetersiz seviyede sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin yılda 143-7,798 dolar daha fazla sağlık harcaması yaptığı belirtilmektedir (84).

Dünya’daki sağlık okuryazarlığı durumuna bakıldığında Amerika’da yapılan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin nüfusun %53’ü orta düzey, %36’sı yetersiz, %22’si temel düzeydeyken; Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde yapılan başka bir çalışmada ise %2-27 oranda yetersiz düzeyde oldukları belirtilmektedir (6).

Türkiye’de ise 2014’de Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yapılan bir araştırmada genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30,4 iken yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40,1, yeterli sağlık okuryazarlığı %27,8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,6’dır (6).

2.4.1. Beslenme Bilgisi Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, beslenme ile ilişkili kronik hastalıkların tedavisi ve bu hastalıklara sahip olan bireylerin yaşam kalitelerinin belli seviyede tutulması için önemlidir. Dahası beslenme alışkanlıkları, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerindeki farklılığı belirlemede etkin rol oynamaktadır. Örneğin bireylere tıbbi beslenme tedavisi gibi sağlığın korunması/geliştirilmesi ve tedavi amaçlı verilen beslenme eğitimlerinde, bireylerin verilen mesajı doğru anladıklarına yönelik herhangi bir çalışma olmamasına rağmen sağlıklı beslenen bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi daha yüksektir (84).

Beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı tanımı ile benzer şekilde bireylerin beslenme ile ilişkili konularda uygun kararları verebilmeleri için

gerekli hizmetleri ve temel beslenme bilgilerini anlama/yorumlama ve bilgilere ulaşabilme yeteneği olarak tanımlanırken; çeşitli temel amaçlara sahiptir (84).

Besin ve beslenme ilgili günlük yaşamamızda aldığımız pek çok kararda besinlerin sağlığını, besleyiciliğini, fiyatını, lezzetini, doğallığını, doyuruculuğunu, tazeliğini, kalitesini ve kültürel uygunluğunu vb. gibi çeşitli özelliklerini göz önünde bulundurmalıyız. Bu nedenle hangi besinden ne miktarda ve nereden satın alacağımız vb. gibi kararları doğru biçimde vermek için beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığımız yeterli olmalıdır. Ayrıca yeterli bir beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığı seviyesi ile bireyler besin, besin ögesi, besin grupları, beslenme ile ilgili hastalıklar vb. besin ve besin terminolojisi ile ilgili kavramların ne anlama geldiğini bilir, besin etiketleri/besin tabağı/besin piramidi vb. gibi görsellerde verilmek istenen mesajı doğru bir şekilde anlayabilir. Besin ve beslenme bilgisi okuryazarlığı temel amaçları şu şekildedir (7):

- Besin ve beslenme okuryazarlık seviyesini arttırmak
- Sağlıklı beslenme için motivasyon oluşturma/sürdürme
- Besin ve beslenme bilgilerine ulaşabilmek/etkili kullanmak
- Sağlıklı besin seçimi/tüketimine yardımcı olmak
- Besinlerin hazırlanması/pişirilmesi/saklanması için yeteneğe sahip olmak
- Enerji ve besin ihtiyacını doğru belirlemek
- Yayınları eleştirel/kurumsal bakış açısı ile inceleyebilmek
- Besin ve beslenme sorunları için farkındalık oluşturmak
- Besin ve beslenme sisteminin işleyişini değiştirmek
- Beslenmenin kültürel/ekolojik/geleneksel yönlerini için farkındalık oluşturmak
- Medyadaki mesajları eleştirel şekilde değerlendirebilmek
- Besin etiketlerindeki enerji değeri/besin içeriği vb. bilgileri kullanabilmek
- Beslenme eğitiminin kalitesini arttırmak/yaygınlaştırmak
- Besin ve beslenme rehberlerindeki yazılı/görsel mesajları yorumlayabilmek

Amerika’da yapılan bir araştırmada diyetisyenlerin %79,2’si, beslenme eğitimi öncesinde danışanlarının sağlık okuryazarlıklarını değerlendirmediğini belirtmiştir. Fakat beslenme eğitiminin etkili olması için öncelikle hedef kitle/danışan tarafından anlaşılabilmelidir. Bunun gerçekleştirilmesi için de diyetisyenlere sağlık okuryazarlığı seviyesinin sağlıklı beslenme üzerindeki etkisi konusunda farkındalık kazandırılması gerektiği önerilmektedir (85).

2.4.2. Beslenme Bilgisi Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Araçları

Günümüzde sağlık okuryazarlığını ölçmek için çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Örneğin; “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), “Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi” (The Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA), “En Yeni Hayati İşaret” (The Newest Vital Sign-NVS) ve “Beslenme Okuryazarlığı Skalası (NLS)” geliştirilmiştir (85). NVS, besin etiketi okumaya yönelik olması ve beslenme bilgi düzeylerini değerlendirmesi için soru içermemesi nedeni ile beslenme bilgisi yetersiz olup sayısal becerisi yüksek bireylerde puanın yüksek çıkması sonucu yanıltıcı olabilmektedir (84). Amerika’da yapılmış başka bir çalışmada ise sadece beslenme okuryazarlığı düzeyini ölçmek için bir araç geliştirilmek istenmiş bunun için de diyetisyenlerden etkili beslenme eğitimi için gerekli olan bilgi/becerileri belirlemek için yardım alınmıştır. Alınan bu bilgiler sonucunda beslenme eğitimi için gerekli olan bilgi ve becerilerin beslenme tedavisinin tipine göre değişeceği belirtilmiştir. Örneğin; diyabet tedavisi için makro besin öğeleri ile ilişkili tanımlar, temel matematik bilgisi ve besinlerin porsiyon ölçülerini tahmin etme yeteneği önemlidir. Tüm bunlar sonucunda “Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı” (Nutrition Literacy Assessment Instrument-NLAI) geliştirilmiştir (85).

2.4.3. Sağlık ve Beslenme Okuryazarlığının Beslenme Davranışı zerine Etkisi

Speirs ve ark. sağlık okuryazarlığı ve beslenme davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin gelir düzeyinden bağımsız şekilde sağlıksız beslendikleri ve yetersiz sebze/meyve tüketme ve yetersiz besin etiketi okuma eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Ayrıca katılımcıların sadece yarısından azı besin etiketi okuyup düşük enerji/yağlı besinleri ve günlük önerilen miktarda sebze ve meyveyi tüketirken; sağlık okuryazarlık seviyeleri yeterli

olanlar genellikle kızartma türü besinleri az, meyveleri ise kabuklu olarak tüketmeyi tercih etmektedir (85).

Arslan ve ark. aileye yapılan beslenme eğitiminin malnütrisyonun iyileşmesine olan etkinliğinin incelenmesi için yaptıkları bir araştırmada, beslenme eğitimi öncesi ve sonrasında çocukların boy ve ağırlıklarını tekrar ölçüp kiloda önemli fark saptarken boyda anlamlı fark bulamamıştır. Bunun nedeninin ise boy ölçüsünde beslenme etkisinin uzun vadeli oluşu olduğu belirtilmiştir (86).

Koçoğlu ve ark 'nın. yaptığı bir çalışmada ise; annenin beslenme konusundaki bilgi seviyesi ve aile imkanları ile çocuğun fiziksel gelişimi arasında bir ilişki olmadığı belirtilmektedir. Bunun nedeni ise annelerinin bir kısmının konuyu bildikleri ve evde yiyecekleri bulunduğu halde bunları uygulamaması olarak belirtilmektedir. Ek olarak yaşayan çocuk sayısının çok olması sonucu annelerin bilgileri uygulayamayabileceği ve her çocuğuna yeterli zamanı ayıramayabileceği söylenmektedir. Örneğin; araştırmada üçten az yaşayan çocuğu olan annelerin çocuklarındaki malnütrisyon oranı daha az bulunmuştur (87).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, 1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme durumlarını ve ailelerinin beslenme bilgisi sağlık okuryazarlık durumlarını araştırmak amacıyla tanımlayıcı-kesitsel nitelikte bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız, tek merkezli olarak, Zeytinburnu Yeşiltepe Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olan ve takip edilen çocuklar ve aileleri ile 01 Ocak 2020- 30 Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmayı yaptığımız aile sağlığı merkezinde altı birim bulunmaktadır. Bu aile sağlığı merkezinde; 6 aile hekimi, 6 aile sağlığı elemanı, 1 tıbbi sekreter, 1 acil tıp teknisyeni ve 1 personel görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezinde üst katta 1 bebek-çocuk aşı odası, 1 müdahale ve kan alma odası ve 3 doktor muayene odası; alt katta ise 1 gebe izlem odası, 1 bebek-çocuk izlem odası, 1 kan alma odası, 3 doktor muayene odası ve küçük bir mutfak bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Amaç ve Genel Planı

Araştırmamızın amacı, ailelerin beslenme bilgisi, sağlık okuryazarlık durumlarını araştırarak, 1-5 yaş çocuklara antropometrik ölçümler yaparak, 1 ile 5 yaş aralığındaki çocukların beslenme durumlarının yeterliliği hakkında bilgi edinmektir.

Bu amaca yönelik olarak ülkemizde ve dünyada yapılmış araştırmalar ile devam etmekte olan yenilikler incelendi. Elde edilen bilgiler ışığında ülkemizdeki bir ile beş yaştaki çocukların beslenme durumlarını geliştirmek ve oluşabilecek yetersizlikleri öngörüp önlemler alınmasına katkı sağlamak için etkinlik hazırlanarak ailelerin bilgi sahibi olmalarına yardımcı olunmaya çalışıldı.

1. Bu kapsamda, 01.01.2020-30.06.2020 tarihleri arasında çalışma kapsamındaki çocukların ailelerine yönelik “beslenme yetersizlikleri, temel besin grupları, yaşa göre beslenme nasıl olmalıdır?” alanlarında ailelerin beslenme bilgisi, sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirmeye yönelik bir eğitim planlandı. Eğitimin öncesinde Olcay Neyzi Standartları Kız ve Erkek Çocuk Büyüme Eğrileri, Beslenme Süreci Anne Tutumları

Ölçeği (BSATÖ) ve Genel Beslenme Bilgisi Anketi uygulandı. Genel Beslenme Bilgisi Anketi sonucu beslenme bilgisi yetersiz bulunan ailelere eğitim kâğıdı verildi. Sonrasında ise ön test-son test şeklinde anket tekrar tekrar uygulanması planlandı fakat Dünya’da gerçekleşen Covid-19 pandemisi dolayısıyla ile son-test uygulanamadı.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı uygulayabilmek için ilk olarak T.C İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden araştırma İzin Yazısı (Ek.), T.C. İstanbul Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı (Ek.) ve araştırmaya katılan ailelerden sözlü ve yazılı onam alınarak araştırmanın etik yönü tamamlandı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Zeytinburnu ilçesinde Yeşiltepe Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı olan 1500 çocuktan 1-5 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar ve aileleri oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için formül kullanıldı (4-1) (88).

3-1

$$n: \frac{N(t1-a)^2(p.q)}{S^2(N-1)+S^2(p.q)} \dots\dots$$

$$S^2(N-1)+S^2(p.q)$$

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örneklem büyüklüğü

p: Araştırdığımız durumun görülme sıklığı

q: Araştırdığımız durumun görülmemesi sıklığı

s: Örneklem $\pm$ hatası

t(1-0,95): Kabul edilen anlamlılık düzeyi

Formül kullanılarak homojen yapıda olmayan bu evrene %95 güvenirlik, ± 5 örneklem hatası, etki büyüklüğü 0,5 alpha:0,05 ve 1-beta: 0,95 alınarak örneklem büyüklüğü 210 olarak hesaplandı. Araştırmada 210 çocuk (95 kız, 115 erkek) ve 210 aile ile görüşülerek 15-45 dk süre ile anketler dolduruldu ve antropometrik ölçümler yapıldı.

3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Ailenin ankete katılmayı kabul etmesi ve onam formunun imzalanması
- Ailenin iletişime açık olması
- Çocuğun 1-5 yaş aralığında olması
- Çocuğun sağlıklı olup izlemlerine getirilmesi
- Ailenin soruların tamamını tamamlayacak yeterlilikte olması

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece İstanbul ili Zeytinburnu ilçesi Yeşiltepe Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1-5 yaş aralığındaki 210 çocuğun (95 kız, 115 erkek) ailesi ve çocuklar ile sınırlı kalmıştır. Bu nedenle Türkiye genelini temsil etmesinde güçlük olabilir.

3.8. Veri Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler

Araştırma verileri literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan; “Katılımcı Bilgi Formu”, “Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)” ve “Genel Beslenme Bilgisi Anketi” kullanılarak toplandı. Ek olarak 1-5 yaş arasında çalışma kapsamına alınan çocukların antropometrik ölçümleri alındı.

Veriler aşağıdaki sıra ile toplanmıştır:

2. 1-5 yaş çocuğun ve ailesi ile görüşme: Araştırma amacının anlatılması, formun ortalama doldurulma süresi, araştırmadan beklenen sonuç ve verilerin gizli tutulacağı bilgisi verilmiştir.

3. Görüşmenin yapılacağı ortama geçilmesi: Yeşiltepe Aile Sağlığı Merkezi Bebek-Çocuk İzlem Odası'nda veri formlarının doldurulması ve çocukların antropometrik ölçümlerinin yapılması gerçekleştirilmiştir.

4. Onam formunun imzalatılması: Gerekli ön bilgiler verildikten sonra ailelerin kendi rızası ile formu doldurduğuna dair belge imzalatılmıştır.

5. Bilgi formlarının doldurulması:

- a. Çocuğun antropometrik ölçümlerinin alınması,
- b. Katılımcı Bilgi Formu,

- c. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ),
- d. Genel Beslenme Bilgisi Anketi sırası ile doldurulmuştur.

6. Beslenme Eğitimi Formu'nun verilmesi: Genel Beslenme Bilgisi Anketi'nde (GBBA) yeterli doğru cevaba ulaşamayan ailelere bu form verilerek okumaları sağlanmıştır.

7. Genel Beslenme Bilgisi Anketi'nin tekrar uygulanması: Anketin ilk seferde doldurulması sonucunda yeterli doğru cevaba ulaşamayan ailelere “Beslenme Eğitimi Formu” verilerek okumaları sağlandıktan sonra, bu anketin tekrar uygulanması planlandı fakat Dünya’da gerçekleşen Covid-19 pandemisi dolayısıyla ile son-test uygulanamadı.

3.8.1. Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan, 1-5 yaştaki çocuk ve ailesi ile ilgili genel bilgileri içeren açık uçlu ve çoktan seçmeli olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Formun kompozisyonu ise şu şekildedir. İlk 11 soru çocuğun doğum bilgileri, şu anki antropometrik ölçümleri ve persentil değerleri, yuvaya gitme durumu, vitamin alma durumu, ilk altı ay ne ile beslendiği anne sütü alma süresi, ek gıdaya başlama yaşı, ek gıdaya başlanılan yiyecek ve ek gıdaya başlanırken zorluk yaşanılıp yaşanmadığı vb. konularla ilgilidir. 12-20. sorular ise anne ve babanın yaşı, boyu, kilosu, mesleği, eğitim durumu, sağlık durumu, evde düzenli kahvaltı yapılma durumu, günde kaç öğün yenildiği, aile geliri, sosyal güvencenin olma durumu, öğün saatleri ve en düzenli öğünün hangisi olduğunun belirlenmesini içerir.

3.8.2. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)

9-72 ay çocukların annelerinin çocuklarını besleme/yedirme süreci ile ilgili duygu, düşünce ve yaklaşımlarını değerlendirmek/ölçmek için 27 maddeden oluşan, 5’li likert tipi hazırlanmış ve İ. Dağ ve H. Dilsiz (2018) tarafından geliştirilen Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ) kullanılmıştır (89).

Beş faktörden oluşan ölçeğin geliştirme çalışmalarında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı araştırmacılar tarafından 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçekteki maddeler “her zaman”, “genellikle”, “arada sırada”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” olarak

ifade edilerek oluşturulmuştur. 529'u kız ve 522'si erkek olan toplam 1121 sağlıklı çocuğun annesi ile geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (89).

Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi çalışmalarında başlangıçta 69 maddelik olan ölçek deneme formu geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda 27 maddeden oluşan Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği'ne dönüştürülmüştür. 27 madde ile yapılan faktör analizinin sonuçlarında maddelerin faktör yük değeri 0,41-0,81; ortak faktör varyansları ise 0,20-0,78 arasında değişmektedir. 5 faktörün birlikte açıkladıkları toplam varyans oranı %56,49'dur. Faktörler sırası ile; 1. "Öğün sırasındaki Negatif Duygu Durumu", 2. "Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar", 3. "Negatif Besleme Stratejileri", 4. "Zorla Besleme", 5. "Diğerlerinin Görüşüne Tepki" olarak adlandırılmıştır (89).

Düzeltilmiş madde-ölçek toplam puan korelasyonları 0,30 ile 0,76 arasında, düzeltilmiş madde-faktör toplam puan korelasyonları 0,33 ile 0,82 arasında değişmektedir. Ölçeğe ait hesaplanan test tekrar güvenirlik değeri 0,94'tür. Ölçeği oluşturan faktörlere ait güvenirlik değerlerinin 0,80 ile 0,91 olduğu görülmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda belirlenen 5 alt boyutun isimleri, alt boyutların madde sayıları ve her boyut için Cronbach alfa güvenirlik katsayıları aşağıda verilmiştir (Tablo 4-1) (89).

Tablo 3-1: BSATÖ Ölçeğinin İsimleri, Madde Sayıları, Güvenirlik Çalışması Sonuçları ve Örnek Maddeler (89)

Alt Boyutlar	Madde Sayıları	Cronbach alfa	Örnek Maddeler
Öğün sırasındaki negatif duygu durumu	1 (42) *	0.92	Öğün sırasında veya sonunda kendimi yorgun hissedirim.
Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	7 (13) *	0.91	Müdahale etmezsem çocuğumun dengesiz ve/veya yetersiz besleneceğinden endişe ederim.
Negatif besleme stratejileri	15 (34) *	0.91	Evde yemeği reddettiğinde park, bahçe veya komşunun evinde yemek yediririm.
Zorla besleme	20 (47) *	0.89	Yemesi için tehdit ederim, korkuturum.
Diğerlerinin görüşüne tepki	24 (68) *	0.80	Başkalarının çocuğumun boyu, kilosu konusunda yorum yapması beni rahatsız eder.

* Parantez içindeki numaralar ölçek deneme formunda yer alan sıra numaralarıdır.

Araştırmamızda ölçek, 1-5 yaş aralığındaki çocukların aileleri olarak belirlenmiş katılımcılara uygulanmıştır.

3.8.3. Genel Beslenme Bilgisi Anketi

Parmenter ve Wardle (1999) tarafından geliştirilen Genel Beslenme bilgisi ölçeğinin Türkçeye çevirisi ve uyarlaması A. Aylin Alsaffar tarafından 2012’de yapılmıştır. Modifiye edilen anket beslenme ve diyetetik bölümü 2. Sınıf 90 lisans öğrencisi ve mühendislik bölümü 2.sınıf 105 lisans öğrencisine (toplam 195) uygulandıktan sonra test-yeniden test tutarlılığının saptanabilmesi için anket bazı öğrencilere tekrar uygulanmıştır. Anketin cronbach alfa değeri 0.89 ve test-yeniden test tutarlılığı $r=0,86$ hesaplanmıştır. Anket A, B, C, D ve E şeklinde 5 bölümden ve toplamda 52 sorudan oluşmaktadır (90).

Anket, 1-5 yaş çocukların aileleri olarak belirlenmiş katılımcılara uygulanmıştır. Anket sonucunda beslenme bilgisi yeterli bulunmayan katılımcılara beslenme eğitimi formu bilgi kitapçığı şeklinde verilmiştir. Eğitimden sonra anketin tekrar uygulanması planlandı fakat Dünya’daki Covid-19 pandemisi nedeni ile son test uygulanamadı.

3.8.4. Olcay Neyzi Standartları Kız ve Erkek Çocuk Büyüme Eğrileri

Bir çocuğun sağlık durumunun değerlendirilmesinde en güvenilir göstergelerden birisi yaşa göre ağırlık ve boy ölçümleridir. Antropometrik ölçümler, yalnız bireyin değil, toplumun beslenme durumunun değerlendirilmesinde de en sık kullanılan yöntemlerdir (91).

1-5 yaş çocuklarda yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve boya göre ağırlık büyüme eğrileri kullanılarak çocukların beslenme durumları değerlendirilmiştir.

3.8.4.1. Vücut Ağırlığı

12-24 aylık çocuklarda 10 gram’a hassas bebek terazisi, 24 ay ve üzeri çocuklarda kıyafetler inceltilerek 100 gram’a hassas yer baskülü ile ölçüm yapıldı.

3.8.4.2. Boy Uzunluğu

12-24 aylık çocuklarda sırt üstü yatar pozisyonda baş tarafında sabit tahta bulunan cetvel, 24 ay ve üzeri çocuklarda duvara monteli şekilde bulunan ve 0,1 cm’e duyarlı mezura ile ölçüm yapıldı.

3.8.4.3. Baş Çevresi

Başın ön kısmında frontal kemiğin en çıkıntılı noktası ile başın arka kısmında protuberentia oksipitalisten geçen çap dikkate alınarak ölçüm yapıldı.

3.8.4.4. Göğüs Çevresi

Ksifoid ve scapulanın altından mezura geçirilerek ölçüm yapıldı.

3.8.4.5. Üst Orta Kol Çevresi (ÜOKÇ)

Acromion ile olekranon çıkıntılarının arasındaki doğrunun orta noktasından mezura geçirilerek ölçüm yapıldı.

3.8.4.6. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Çocukların BKİ değerleri, CDC yaşa göre BKİ persentil eğrileri kullanılarak persentil değerlerine dönüştürüldü ve buna bağlı obezite sınıflamasındaki durumları belirlendi. Yaşa göre BKİ %5 persantilin altındaysa zayıf, %5-85 persantilse ideal kiloda, %85-95 persantil arasındaysa fazla kilolu ve %95 persantilin üstüyse obez kabul edildi (4-2) (92).

3-2

$$BKİ = \frac{Ağırlık (kg)}{Boy(m^2)}$$

3.9. Verilerin İstatiksel Analizi

Çalışma tamamlandıktan sonra veriler bilgisayar ortamına girilmiş ve kontrolü yapılarak Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 21,0 (SPSS inc., Chicago, IL, ABD) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde, sürekli verilerin değerlendirilmesi için ortalama, ortanca, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Kesikli verilerin değerlendirilmesi frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir.

Elde edilen kategorik verilerin (nitel veriler) arasındaki anlamlılık ilişkisi ki-kare testi ile incelenmiştir. Kategorik olmayan değişkenlerden normal dağılım gösterenler

(nicel veriler-sürekli veriler) Bağımsız Gruplarda t Testi, normal dağılım göstermeyenler ise Mann Whitney U Testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bağımsız üç gruptan normal dağılım göstermeyenlere Kruskal Wallis-H testi; normal dağılım gösterenlere Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Hangi gruplar arasında farklılaşma olduğunu belirlemek için ise Post Hoc Analizi kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık, % 95 güven düzeyinde $p < 0,05$ ve iki yönlü olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda veri toplanması esnasında, çocukların ağlaması, huzursuz davranması, araştırmacıyı invazif girişim uygulayacak sanıp çocukların korkması, ailelerin bir an önce anketi tamamlayıp Aile Sağlığı Merkezi'nden ayrılma istekleri ve ailelerin kilo ve boylarını ölçtürmekten utanmaları nedeni ile ölçümün gecikmesi, anketlerin tamamlanması sırasında zorluklara yol açtı. Bu gibi durumlar nedeni ile bazı katılımcılarda veri toplama süresi, +10 dk uzadı.

4. BULGULAR

1-5 yaş arası çocukların beslenme durumlarının antropometrik ölçümler ve ailelerin beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığı durumları ile değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya ait bulgular aşağıdaki bölümler doğrultusunda incelendi.

4.1. Çocuğa Yönelik Özellikler

4.2. Aileye Yönelik Özellikler

4.3. Çocuğa Yönelik Özelliklerin Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği ile Karşılaştırılması

4.4. Çocuğa ve Aileye Yönelik Özellikler İle Genel Beslenme Bilgisi Anketinin Karşılaştırılması yapıldı.

4.1. Çocuğa Yönelik Özellikler

Tablo 4-1: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (n:210)

Tanıtıcı Özellikleri		n	%
Yaş Grupları	1 Yaş	55	26,2
	2 Yaş	50	23,8
	3 Yaş	45	21,4
	4 Yaş	46	21,9
	5 Yaş	14	6,7
Cinsiyet	Kız	95	45,2
	Erkek	115	54,8
Yuvaya Gitme	Giden	14	6,7
	Gitmeyen	196	93,3
Vitamin ve Mineral	Alan	42	20,0
	Almayan	168	80,0
Doğum Ağırlığı	Çok Düşük Doğum Ağırlığı (<1500g)	1	0,5
	Düşük Doğum Ağırlığı (1500-2500g)	18	8,6
	Normal (2501-4000g)	177	84,3
	Büyük Doğum Ağırlığı (4001-4500g)	11	5,2
	Çok Büyük Doğum Ağırlığı (>4500g)	3	1,4
	Toplam	210	100,0

Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; %26,2'sinin 1.yaş, %24,3'ünün 2.yaş, %21'inin 3.yaş, %21,9'unun 4.yaş ve %6,7'sinin 5.yaş grubunda

olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunu oluşturan çocukların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında %45,2'sinin kız ve %54,8'inin erkek olduğu görülmüştür. Bunların %6,7'si yuvaya gitmektedir. Çocuklardan %80'i vitamin ve mineral desteği almamaktadır. Çocukların %84,3'ü normal, %8,6'sı düşük doğum ağırlıklı saptanmıştır (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Çocukların 0-1 Yaş Arası Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı

0-1 Yaş Beslenme Özellikleri		n	%
0-6 Ay Beslenme Şekli	Anne Sütü	158	75,2
	Mama	7	3,3
	Anne Sütü ve Mama	40	19
	Anne Sütü ve Ek Gıda	5	2,4
Anne Sütü İle Beslenme Süresi	0-6 Ay	28	13,3
	6-12 Ay	24	11,4
	12-18 Ay	79	37,6
	18-24 Ay	59	28,1
	24 Ay Üstü	20	9,5
	Toplam	210	100,0

0-6 ayda çocuğun beslenme şekilleri; %75,2'si anne sütü, %3,3'ü mama, %19'u anne sütü ve mama ve %2,4'ü anne sütü ve ek gıda ile olarak gözlenmiştir. Çocukların anne sütü alma süresi; %13,3'ü 0-6 ay, %11,4'ü 6-12 ay, %37,6'sı 12-18 ay, %28,1'i 18-24 ay ve %9,5'i 24 ay üstü şeklindedir (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Çocukların Ek Gıda Alma Özelliklerine Göre Dağılımı

Ek Gıda Alma Özellikleri		N	%
Ek Gıdalara Başlama Yaşı	0-6 ay	178	84,8
	6-12 ay	29	13,8
	12-18 ay	2	1,0
	18-24 ay	1	0,5
Ek Gıda Olarak İlk Başlanan Yiyecek	Süt ve Süt Grubu	130	61,9
	Et ve Et Grubu	3	1,4
	Tahıl ve Tahıl Ürünleri Grubu	23	11,0
	Meyve ve Sebze Grubu	54	25,7
Ek Gıdaya Başlarken Zorluk Yaşanması	Evet	37	17,6
	Hayır	173	82,4
	Toplam	210	100,0

Çocukların ek gıdaya başlama yaşı oranları; 0-6 ay için %84,8, 6-12 ay için %13,8, 12-18 ay için %1 ve 18-24 ay için %0,5 olarak bulunmuştur. Çalışmada ilk olarak ek gıdaya ailelerin %61,9'u süt ve süt grubu ve %25,7'si meyve ve sebze grubu ile başladıklarını ifade etmiştir. Ek gıdaya başlarken çocukların %17,6'sı zorluk yaşamıştır (Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Çocukların Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy, Baş Çevresi, Göğüs Çevresi, Üst Kol Orta Çevresi Ortalamalarının Dağılımı

	Yaş Grupları											
	1.yaş		2.yaş		3.yaş		4.yaş		5.yaş		Toplam	
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD
Şu Andaki Kilosu	11,14	1,27	13,25	1,93	15,69	2,44	17,28	2,39	18,35	1,83	14,44	3,21
Boy Uzunluğu	82,64	5,28	90,96	5,40	97,78	15,45	105,48	5,79	110,35	5,40	94,71	12,61
Baş Çevresi	47,76	1,43	48,72	1,92	49,68	2,06	50,04	1,92	50,35	1,39	49,07	2,02
Göğüs Çevresi	52,34	5,42	52,34	1,95	55,95	3,28	56,71	2,54	56,28	2,99	54,68	3,97
Üst Kol Orta Çevresi	19,15	4,670	18,44	1,19	19,53	2,73	19,84	1,41	19,78	1,67	19,25	2,90

Çalışmamızda çocukların doğum ağırlıklarının 1400-5000 g arasında değiştiği, ortalama doğum ağırlıklarının $3,2270 \pm 0,55441$ kg olduğu, doğum boylarının 34-58 cm arasında değiştiği, ortalama doğum boyunun $49,7190 \pm 2,94968$ cm olduğu gözlenmiştir.

Ortalama kilo; 1.yaş grubunda $11,1440 \pm 1,27263$ kg, 2.yaş grubunda $13,2520 \pm 1,963446$ kg, 3.yaş grubunda $15,6933 \pm 2,44563$ kg, 4.yaş grubunda $17,2804 \pm 2,39830$ kg ve 5. yaş grubunda $18,3500 \pm 1,83963$ kg'dır.

Ortalama boy uzunluğu; 1.yaş grubunda $82,6436 \pm 5,28165$ cm, 2.yaş grubunda $90,9600 \pm 5,40582$ cm, 3.yaş grubunda $97,7800 \pm 15,45575$ cm, 4.yaş grubunda $105,4891 \pm 5,79223$ cm ve 5.yaş grubunda $110,3571 \pm 5,40096$ cm'dir.

Ortalama baş çevresi; 1.yaş grubunda 47,7673±1,43734 cm, 2.yaş grubunda 48,7200±1,92767 cm, 3.yaş grubunda 49,6889±2,06510 cm, 4.yaş grubunda 50,0435±1,92014 cm ve 5.yaş grubunda 50,3571±1,39268 cm'dir.

Ortalama göğüs çevresi; 1.yaş grubunda 52,3455±5,42360 cm, 2.yaş grubunda 52,3455±1,95876 cm, 3.yaş grubunda 55,9556±3,28879 cm, 4.yaş grubunda 56,7174±2,54439 cm ve 5.yaş grubunda 56,2857±2,99817 cm'dir.

Ortalama üst kol orta çevresi; 1.yaş grubunda 19,1545±4,67051 cm, 2.yaş grubunda 19,1545±1,19796 cm, 3.yaş grubunda 18,4400±2,73529 cm, 4.yaş grubunda 19,8478±1,41370 cm ve 5.yaş grubunda 19,7857±1,67233 cm'dir (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Çocukların Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy ve BKİ Persantillerinin Dağılımı (n=210)

	Persantil	Yaş					
		1.yaş	2.yaş	3.yaş	4.yaş	5.yaş	Toplam n(%)
Kilo	0-25	13(%23,6)	15(%30,0)	10(%22,2)	11(%23,9)	4(%28,6)	53(%25,2)
	25-50	11(%20,0)	13(%26,0)	9(%20,0)	13(%28,3)	4(%28,6)	50(%23,8)
	50-75	18(%32,7)	10(%20,0)	15(%33,3)	14(%30,4)	5(%35,7)	62(%29,5)
	75-90 ve üzeri	13(%23,6)	12(%24,0)	11(%24,4)	8(%17,4)	1(%7,1)	45(%21,4)
Boy	0-25	13(%23,6)	15(%30)	7(%15,6)	14(%30,4)	3(%21,4)	52(%24,8)
	25-50	8(%14,5)	10(%15,6)	9(%20,0)	13(%28,3)	5(%35,7)	45(%21,4)
	50-75	15(%27,3)	12(%30,4)	16(%35,6)	8(%17,4)	3(%21,4)	54(%25,7)
	75-90 ve üzeri	19(%34,5)	13(%21,4)	13(%28,9)	11(%23,9)	3(%21,4)	59(%28,1)
BKİ	<5(zayıf)	8(%14,5)	6(%12,0)	6(%13,3)	6(%13)	0(%0)	26(%12,4)
	5-85(normal)	40(%72,7)	36(%72,0)	31(%68,9)	34(%73,9)	13(%92,9)	154(%73,3)
	85-95(fazla kilolu)	5(%9,1)	2(%4,0)	3(%6,7)	4(%8,7)	0(%0)	14(%6,7)
	95 ve üzeri	2(%3,6)	6(%12,0)	5(%11,1)	2(%4,3)	1(%7,1)	16(%7,6)
Toplam		55(%100,0)	50(%100,0)	45(%100,0)	46(%100,0)	14(%100,0)	210(%100,0)

Çalışmamızda çocukların yaş ve cinsiyet ayrımı yapmadan, genel olarak kilo persantilleri, %25,2'isi 0-25.persantillerde, %23,8'i 25-50.persantillerde, %29,5'i 50-75.persantillerde ve %21,4'ü 75-90 ve üzeri persantillerde olarak bulunmuştur.

Çocukların boy persantilleri; %24,8'i 0-25.persantillerde, %21,4'ü 25-50.persantillerde, %25,7'si 50-75.persantillerde ve %28,1'i 75-90 ve üzeri persantillerde bulunmuştur.

Aynı şekilde BKİ persantilleri; %12,4'ü 5 persantil altında, %73,3'ü 5-85.persantillerde, %6,7'si 85-95.persantillerde ve %7,6'sı 95 ve üzeri persantillerde bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre kilo, boy ve BKİ persantilleri değerlendirildiğinde; kilo ve boy için 2.yaş kilo persantili (0-25.persantiller), 2.yaş boy persantili (0-25.persantiller) ve 4.yaş boy persantili (25-50.persantiller) hariç, diğer persantiller en fazla 50-75. persantillerde yoğunlaşmıştır. BKİ için değerlendirildiğinde ise; tüm yaşlarda en fazla 5-85.persantillerde yoğunlaşma gözlenmiştir (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Kız Çocuklarında Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy ve BKİ Persantillerinin Dağılımı (n=95)

	Persantil	Yaş					
		1.yaş	2.yaş	3.yaş	4.yaş	5.yaş	Toplam n(%)
Kilo	0-25	3(%15,0)	11(%44,0)	4(%18,2)	5(%23,8)	3(%42,9)	26(%27,4)
	25-50	5(%25,0)	4(%16,0)	6(%27,3)	5(%23,8)	2(%28,6)	22(%23,2)
	50-75	6(%30,0)	4(%16,0)	6(%27,3)	7(%33,3)	1(%14,3)	24(%25,3)
	75-90 ve üzeri	6(%30,0)	6(%24,0)	6(%27,3)	4(%19,0)	1(%14,3)	23(%24,2)
Boy	0-25	8(%40,0)	10(%40,0)	2(%9,1)	3(%14,3)	2(%28,6)	27(%28,4)
	25-50	1(%5,0)	3(%12,0)	7(%31,8)	10(%47,6)	2(%28,6)	21(%22,1)
	50-75	5(%25,0)	5(%20,0)	7(%31,8)	4(%19,0)	2(%28,6)	22(%23,2)
	75-90 ve üzeri	6(%30,0)	7(%28,0)	6(%27,3)	4(%19,0)	1(%14,3)	25(%26,3)
BKİ	<5(zayıf)	1(%5,0)	4(%16,0)	3(%13,6)	2(%9,5)	0(%0)	10(%10,5)
	5-85(normal)	17(%85,0)	18(%72,0)	17(%77,3)	16(%76,2)	7(%100)	75(%78,9)
	85-95(fazla)	1(%5,0)	0(%0)	1(%4,5)	2(%9,5)	0(%0)	4(%4,2)
	95 ve üzeri (obez)	1(%5,0)	3(%12,0)	1(%4,5)	1(%4,8)	0(%)	6(%6,3)
Toplam		20(%100,0)	25(%100,0)	22(%100,0)	21(%100,0)	7(%100,0)	95(%100,0)

Çalışmamızda, kız çocuklarının yaş gruplarına göre kilo persantilleri en fazla 1.yaşta %30 oranında 50-75. ve 75.-90 ve üzeri persantillerde, 2.yaşta %44 oranında 0-25. persantillerde, 3.yaşta %27,3 oranında 0-25. hariç persantillerde, 4.yaşta %33,3 oranında 50-75. persantillerde ve 5.yaşta %42,9 oranında 0-25. persantillerde yoğunluk göstermiştir.

Kız çocuklarının boy persantilleri en fazla 1.yaşta %40 oranında 0-25. persantillerde, 2.yaşta %40 oranında 0-25. persantillerde, 3.yaşta %31,8 oranında 50-75. ve 75-90 ve üzeri persantillerde, 4.yaşta %47,6 oranında 25-50. persantillerde ve 5.yaşta %28,6 oranında 75-90 ve üzeri hariç diğer persantillerde yoğunluk göstermiştir

Aynı şekilde kız çocuklarının BKİ persantilleri ise tüm yaşlarda en fazla 5-85. persantillere yoğunlaşmıştır (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Erkek Çocuklarında Yaş Gruplarına Göre Kilo, Boy ve BKİ Persantillerinin Dağılımı (n=115)

	Persantil	Yaş					
		1.yaş	2.yaş	3.yaş	4.yaş	5.yaş	Toplam n(%)
Kilo	0-25	10(%28,6)	4(%16,0)	6(%26,1)	6(%24,0)	1(%14,3)	27(%23,5)
	25-50	6(%17,1)	9(%36,0)	3(%13,0)	8(%32,0)	2(%28,6)	28(%24,3)
	50-75	12(%34,3)	6(%24,0)	9(%39,1)	7(%28,0)	4(%57,1)	38(%33,0)
	75-90 ve üzeri	7(%20,0)	6(%24,0)	5(%21,7)	4(%16,0)	0(%0)	22(%19,1)
Boy	0-25	5(%14,3)	5(%20,0)	5(%17,4)	9(%36,0)	1(%14,3)	25(%21,7)
	25-50	7(%20,0)	7(%28,0)	2(%8,7)	5(%20,0)	3(%42,9)	24(%20,9)
	50-75	10(%28,6)	7(%28,0)	9(%39,1)	4(%16,0)	2(%28,6)	32(%27,8)
	75-90 ve üzeri	13(%37,1)	6(%24,0)	7(%30,4)	7(%28,0)	1(%14,3)	34(%29,6)
BKİ	<5(zayıf)	7(%20,0)	2(%8,0)	3(%13,0)	4(%16,0)	0(%0)	16(%13,9)
	5-85(normal)	23(%65,7)	18(%72,0)	14(%60,9)	18(%72,0)	6(%85,7)	79(%68,7)
	85-95(fazla kilolu)	4(%11,4)	2(%8,0)	2(%8,7)	2(%8,0)	0(%0)	10(%8,7)
	95 ve üzeri	1(%2,9)	3(%12)	4(%17,4)	1(%4,0)	1(%14,3)	10(%8,7)
Toplam		35(%100,0)	25(%100,0)	23(%100,0)	25(%100,0)	7(%100,0)	115(%100,0)

Çalışmamızda, erkek çocuklarının yaş gruplarına göre kilo persantilleri en fazla 1.yaşta %34,3 oranında 50-75. persantillerde, 2.yaşta %36 oranında 25-50. persantillerde, 3.yaşta %39,1 oranında 50-75. persantillerde, 4.yaşta %32 oranında 25-50. persantillerde ve 5.yaşta %57,1 oranında 50-75. persantillerde yoğunluk göstermiştir.

Erkek çocuklarının boy persantilleri en fazla 1.yaşta %37,1 oranında 75-90 ve üzeri persantillerde, 2.yaşta %28 oranında 25-50. ve 50-75. persantillerde, 3.yaşta %39,1 oranında 50-75. persantillerde, 4.yaşta %36 oranında 0-25. persantillerde ve 5.yaşta %42,9 oranında 25-50. persantillerde yoğunluk göstermiştir

Aynı şekilde erkek çocuklarının BKİ persantilleri tüm yaşlarda en fazla 5-85.persantillerde yoğunlaşmıştır (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin BKİ Persantillerine Göre Karşılaştırılması

		BKİ Persantilleri								İstatistiksel anlamlılık		
		<5.persantil		5-85.persantil		85-95.persantil		>95.persantil				
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-	p	
Tanıtıcı Özellikleri	Cinsiyet	Kız	10	38,5	75	48,7	4	28,6	6	37,5	3,18	0,36
		Erkek	16	61,5	79	51,3	10	71,4	10	62,5		
Yuvaya Gitme	Evet	1	3,8	10	6,5	1	7,1	2	12,5	1,22	0,74	
		Hayır	25	96,2	144	93,5	13	92,9	14			87,5
Vitamin ve Mineral	Evet	2	7,7	32	20,8	6	42,9	2	12,5	7,65	0,054	
		Hayır	24	92,3	122	79,2	8	57,1	14			87,5
		Toplam	26	100,0	154	100,0	14	100,0	16	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı **p<0,01 ileri düzey anlamlı

Çalışmaya katılan çocukların BKİ persantillerinin dağılımında cinsiyet, yuvaya gitme durumu ve aldığı vitamin ve mineral olup olmaması değişkenlerine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Çocukların Beslenme Özelliklerinin BKİ Persantillerine Göre Karşılaştırılması

Beslenme Özellikleri		BKİ Persantilleri									
		<5.persantil		5-85.persantil		85-95.persantil		>95.persantil		İstatistiksel anlamlılık	
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	p
0-6 ay beslenme şekli	Anne Sütü	20	76,9	117	76	11	78,6	10	62,5	5,02	0,83
	Mama	1	3,8	6	3,9	0	0	0	0		
	Anne Sütü ve Mama	5	19,2	27	17,5	3	21,4	5	31,3		
	Anne Sütü ve Ek Gıda	0	0	4	2,6	0	0	1	6,3		
Anne sütü alma süresi	0-6ay	5	19,2	18	11,7	2	14,3	3	18,8	7,74	0,80
	6-12ay	2	7,7	20	13,0	0	0	2	12,5		
	12-18ay	9	34,6	59	38,3	5	35,7	6	37,5		
	18-24ay	9	34,6	43	27,9	4	28,6	3	18,8		
	24 ay üstü	1	3,8	14	9,1	3	21,4	2	12,5		
Ek gıda ya başlarken zorluk yaşanma	Evet	5	19,2	27	17,5	3	21,4	2	12,5	0,47	0,92
	Hayır	21	80,8	127	82,5	11	78,6	14	87,5		
Toplam		26	100,0	154	100,0	14	100,0	16	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı **p<0,01 ileri düzey anlamlı

Çalışmaya katılan çocukların BKİ persantillerinin 0-6 ay beslenme şekli, anne sütü alma süresi ve ek gıdaya başlarken zorluk yaşanma durumu değişkenlerine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05)

Çocuklarda, <5.persantil altında BKİ değeri (zayıf) görülme oranı 0-6 ay beslenme şeklinde; anne sütü olanda %76,9 mama olanda %3,8, anne sütü ve mama olanda %19,2 ve anne sütü ve ek gıda olanda %0'dır.

BKİ persantilin çocuklarda <5.persantilin altında (zayıf) olma oranı, anne sütü alma süresine göre; 0-6 ayda %19,2, 6-12ayda %7,7, 12-18ayda %34,6, 18-24 ayda %34,6 ve 24 ay ve üzerinde %5'dir.

Ek gıdaya başlarken zorluk yaşayan çocuklarda BKİ persantil değerinin <5.persantilin altında (zayıf) olma oranı %19,2, yaşamayan çocuklarda %80,8'dir (Tablo 4-9).

4.2. Aileye Yönelik Özellikler

Tablo 4-10: Ailenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Annenin Eğitimi	Okur-yazar değil	24	11,4
	Okur-yazar	14	6,7
	İlköğretim	82	39,0
	Lise	71	33,8
	Üniversite	17	8,1
	Yüksek lisans	2	1,0
Annenin İşi(kendi ifadelerine göre)	Çalışıyor	22	10,5
	Çalışmıyor	188	89,5
Annenin Sağlık Durumu(kendi ifadelerine göre)	İyi	199	94,8
	Kötü	11	5,2
Babanın Eğitimi(kendi ifadelerine göre)	Okur-yazar değil	8	3,8
	Okur-yazar	12	5,7
	İlköğretim	98	46,7
	Lise	71	33,8
	Üniversite	20	9,5
	Yüksek lisans	1	0,5
Babanın İşi(kendi ifadelerine göre)	Çalışıyor	210	100
	Çalışmıyor	0	0
Babanın Sağlık Durumu(kendi ifadelerine göre)	İyi	196	93,3
	Kötü	14	6,7
Toplam		210	100,0

Çalışmamızda annelerin yaşı 20 ile 47 arasında değişmekte olup ortalama yaş $32,1190 \pm 5,85716$ 'dır. Annelerin %11,4'ü okur-yazar değil, %6,7'si okur-yazar, %39'u ilköğretim, %33,8'i lise, %8,1'i üniversite ve %1'i yüksek lisans mezunudur. Kendi ifadelerine göre %10,5'i çalışmamakta, %89,5'i çalışmakta; %94,8'inin sağlık durumu ise iyidir.

Babaların yaşı 24 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama yaş $35,8641 \pm 5,66211$ 'dir. Babaların %3,8'i okur-yazar değil, %5,2'si okur-yazar, %47,1'i ilköğretim, %33,8'i lise, %9,5'i üniversite, %0,5'i yüksek lisans mezunudur. Kendi ifadelerine göre babaların tamamı çalışmakta olup %93,3'ünün sağlık durumu iyidir (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Aile Genel Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Aile Tipi	Geniş Aile	35	16,7
	Çekirdek Aile	172	81,9
	Parçalanmış Aile	3	1,4
Sosyal Güvence	Var	193	91,9
	Yok	17	8,1
Aylık Gelir Yeterli	Evet	89	42,4
	Hayır	121	57,6
Çocuk Sayısı	1	58	27,6
	2	96	45,7
	3	43	20,5
	4	6	2,9
	4 den fazla	7	3,3
Toplam		210	100,0

Çalışmamıza katılan ailelerin %16,7'si geniş aile, %81,9'u çekirdek aile ve %1,4'ü parçalanmış ailedir. %91,9'u sağlık güvencesi olduğunu belirtmiştir.

Aileler aylık gelirlerini %42,4 oranda yeterli, %57,6 oranda yetersiz olarak ifade etmiştir. Ailedeki çocuk sayısı bir olanların oranı %27,6, iki olan %45,7, üç olan %20,5, dört olan %2,9 ve dörtten fazla olan %3,3 olarak belirtildi (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: Ailelerin Beslenme Özelliklerinin Dağılımı

Ailelerin Beslenme Özellikleri		n	%
Düzenli Kahvaltı Yapılma Durumu	Evet	168	80,0
	Hayır	42	20,0
Öğün Sayısı	İki	68	32,4
	Üç	133	63,3
	Dört ve üzeri	9	4,3
En Düzenli Öğün	Sabah	87	41,4
	Öğle	4	1,9
	Akşam	119	56,7
Toplam		210	100,0

Ailelerin %80'i düzenli, %20'si düzensiz kahvaltı yapmaktadır. Ailelerin %32,4'ü günde iki öğün, %63,3'ü üç öğün ve %4,3'ü dört ve üzeri öğün tüketmektedir. En düzenli yenen öğün % 56,7 oranda akşam yemeğidir (Tablo 4-12).

4.2.1. Aileye Yönelik Özellikler İle Çocukların Kilo Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-13: Ailenin Tanıtıcı ve Genel Özellikleri İle Çocukların Kilo Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Aile Tanıtıcı ve Genel Özellikler		Kilo Persantil Değeri								İstatistiksel anlamlılık	
		0-25		25-50		50-75		75-90 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-	p
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	13	24,5	5	10,0	2	3,2	4	8,9	45,63	**0,00
	Okur-yazar	4	7,5	4	8,0	1	1,6	5	11,1		
	İlköğretim	22	41,5	16	32,0	29	46,8	15	33,3		
	Lise	11	20,8	22	44,0	27	43,5	11	24,5		
	Üniversite	1	1,9	3	6,0	3	4,8	10	22,2		
	Yüksek lisans	2	3,8	0	0	0	0	0	0		
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	4	7,5	2	4,0	1	1,6	1	2,2	23,16	0,08
	Okur-yazar	6	11,3	2	4,0	0	0	4	8,9		
	İlköğretim	27	50,9	22	44,0	33	53,2	16	35,6		
	Lise	11	20,8	19	38,0	25	40,3	16	35,6		
	Üniversite	5	9,4	5	10,0	3	4,8	7	15,6		
	Yüksek lisans	0	0	0	0	0	0	1	2,2		
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	5	9,4	4	8,0	4	6,5	9	20,0	5,81	0,12
	Çalışmıyor	48	90,6	46	92,0	58	55,5	36	80,0		
Aile Tipi	Geniş	15	28,3	5	10,0	9	14,5	6	13,3	10,29	0,11
	Çekirdek	38	71,7	45	90,0	51	82,3	38	84,4		
	Parçalanmış	0	0	0	0	2	3,2	1	2,2		
Sosyal Güvence	Var	44	83,0	48	96,0	59	95,2	42	93,3	7,75	0,051
	Yok	9	17,0	2	4,0	3	4,8	3	6,7		
Aylık Gelir	Evet	16	30,2	23	46,0	34	54,8	16	35,6	8,29	*0,04
	Hayır	37	69,8	27	54,0	28	45,2	29	64,4		
Çocuk Sayısı	1	9	17,0	17	34,0	15	24,2	17	37,8	14,50	0,27
	2	31	58,5	15	30,0	32	51,6	18	40		
	3	11	20,8	14	28,0	11	17,7	7	15,6		
	4	1	1,9	2	4,0	1	1,6	2	4,4		
	4den fazla	1	1,9	2	4,0	3	4,8	1	2,2		
Toplam		53	100,0	50	100,0	62	100,0	45	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı **p<0,01 ileri düzey anlamlı

Çalışmada, annenin eğitim düzeyi ve çocukların kilo persentil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,01). <50.persentil altında kilosu olup annesi ilköğretim mezunu (n=38) ve lise mezunu (n=33) olan çocuklar, annesi üniversite mezunu (n=4) olanlardan daha fazladır.

Çalışmada, aylık gelirin yeterli olup olmaması (kendi ifadelerine göre) ile çocukların kilo persantil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). 50.persantil altında kilosu olup ailede yeterli gelir seviyesine sahip olan çocukların sayısı ($n=39$), yetersiz gelir seviyesine sahip olanlara göre ($n=64$) daha düşüktür.

Çalışmada, baba eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvence, ve çocuk sayısı değişkenleri ile çocukların kilo persantil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Annelerin eğitim düzeyine göre kilosu 0-25.persentil arasında olan çocukların oranı; okur-yazar değil %24,5, okur-yazar %7,5, ilköğretim %41,5, lise %20,8, üniversite %1,9 ve yüksek lisans %3,8'dir. Aynı şekilde babaların eğitim düzeyine göre kilosu 0-25.persentil olan çocukların oranı; okur-yazar değil %7,5, okur-yazar %11,3, ilköğretim %50,9, lise %20,8, üniversite %9,4'dür.

Annesi ve babası ilköğretim mezunu olan çocukların kilolarının <50.persentil altında olma oranı, lise ve üniversite mezunu olanlardan daha yüksektir.

Çocuklarda kilonun 0-25.persentil olma oranı; annesi çalışmayanda %90,6, aile tipi geniş olanda %28,3, çekirdek olanda %71,7'dir.

Sosyal güvencesi olan ailelerde çocukların kilosunun 0-25.persentil olma oranı %83, sosyal güvencesi olmayan ailelerde %17; aile gelirini yeterli olarak ifade eden %30,2, yetersiz olarak ifade edenlerde %69,8'dir.

Çocukların 0-25.persentilde kilosu olma oranı; ailede çocuk sayısı bir olanlarda %17, iki olanlarda %58,5, üç olanlarda %20,8, dört olanlarda 1,9 ve dörtten fazlada %1,9'dur (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Ailenin Beslenme Özellikleri İle Kilo Persentil Değerinin Karşılaştırılması

Aile Beslenme Özellikleri		Kilo Persantil Değeri								İstatistiksel anlamlılık	
		0-25		25-50		50-75		75-90 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	P
Düzenli kahvaltı	Evet	46	86,8	39	78,0	50	80,6	33	73,3	2,91	0,40
	Hayır	7	13,2	11	22,0	12	19,4	12	26,7		
Öğün Sayısı	2	13	24,5	20	40,0	20	32,3	15	33,3	6,89	0,33
	3	37	69,8	29	58,0	41	66,1	26	57,8		
	4 ve	3	5,7	1	2,0	1	1,6	4	8,9		
En Düzenli Öğün	Sabah	29	54,7	18	36,0	25	40,3	15	33,3	10,30	0,11
	Öğle	0	0	1	2,0	3	4,8	0	0		
	Akşam	24	45,3	31	62,0	34	54,8	30	66,7		
Toplam		53	100,0	50	100,0	62	100,0	45	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı

**p<0,01 ileri düzey anlamlı

Çalışmada, ailenin beslenme özellikleri ile çocukların kilo persentil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Kilosu 0-25.persentilde olan çocukların oranı; ailede düzenli kahvaltı yapılanlarda %86,8, yapılmayanlarda %13,2, en düzenli öğünü sabah olanlarda %54,7, akşam olanlarda %45,3'dür (Tablo 4-14).

4.2.2. Aileye Yönelik Özellikler İle Çocukların Boy Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-15: Aileye Tanıtıcı ve Genel Özellikleri İle Çocukların Boy Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Aile Tanıtıcı ve Genel Özellikler		Boy Persantil Değeri								İstatistiksel anlamlılık	
		0-25		25-50		50-75		75-90 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	P
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	9	17,3	6	13,3	6	11,1	3	5,1	13,16	0,59
	Okur-yazar	3	5,8	4	8,9	4	7,4	3	5,1		
	İlköğretim	21	40,4	17	37,8	20	37	24	40,7		
	Lise	16	30,8	14	31,1	16	29,6	25	42,4		
	Üniversite	2	3,8	3	6,7	8	14,8	4	6,8		
	Yüksek lisans	1	1,9	1	2,2	0	0	0	0		
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	3	5,8	2	4,4	2	3,7	1	1,7	11,60	0,70
	Okur-yazar	3	5,8	3	6,7	3	5,6	3	5,1		
	İlköğretim	26	50	24	53,3	27	50	21	35,6		
	Lise	15	28,8	12	26,7	16	29,6	28	47,5		
	Üniversite	4	7,7	4	8,9	6	11,1	6	10,2		
	Yüksek lisans	1	1,9	0	0	0	0	0	0		
Anne Çalışma	Çalışıyor	4	7,7	4	8,9	8	14,8	6	10,2	1,64	0,65
	Çalışmıyor	48	92,3	41	91,1	46	85,2	53	89,8		
Aile Tipi	Geniş	12	23,1	6	13,3	12	22,2	5	8,5	9,46	0,14
	Çekirdek	40	76,9	39	86,7	40	74,1	53	89,8		
	Parçalanmış	0	0	0	0	2	3,7	1	1,7		
Sosyal	Var	47	90,4	41	91,1	48	88,9	57	96,6	2,61	0,45
	Yok	5	9,6	4	8,9	6	11,1	2	3,4		
Aylık Gelir	Evet	21	40,4	18	40	23	42,6	27	45,8	0,46	0,92
	Hayır	31	59,6	27	60	31	57,4	32	54,2		
Çocuk	1	11	21,2	13	28,9	18	33,3	16	27,1	15,19	0,23
	2	28	53,8	19	42,2	21	38,9	28	47,5		
	3	10	19,2	9	20	13	24,1	11	18,6		
	4	3	5,8	0	0	0	0	3	5,1		
	4den fazla	0	0	4	8,9	2	3,7	1	1,7		
Toplam		52	100,0	45	100,0	54	100,0	59	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı **p<0,01 ileri düzey anlamlı

Çalışmada, ailenin tanıtıcı ve genel özellikleri ile çocukların boy persentil değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Annelerin eğitim düzeyine göre boyu 0-25.persentil olan çocukların oranı; okur-yazar değil %17,3, okur-yazar %5,8, ilköğretim %40,4, lise %30,8, üniversite %3,8 ve yüksek lisans %1,9'dur. Aynı şekilde babaların eğitim düzeyine göre boyu 0-

25.persentil olan çocukların oranı; okur-yazar değil %5,8, okur-yazar %5,8, ilköğretim %50, lise %28,8, üniversite %7,7 ve yüksek lisans %1,9'dur.

Boyun 0-25.persentil olma oranı; annesi çalışmayanda %92,3; geniş ailedede %23,1, çekirdek ailede %76,9; sosyal güvencesi olanlarda %90,4, sosyal güvencesi olmayan ailelerde %9,6; aile geliri yeterli olanda %40,4, yeterli olmayanda %59,6'dır ve ailede çocuk sayısı 1 olanlarda %21,2, 2 olanlarda %53,8, 3 olanlarda %19,2, 4 olanlarda 5,8'dir (Tablo 4-15).

Tablo 4-16: Ailenin Beslenme Özellikleri İle Boy Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması

Aile Beslenme Özellikleri		Boy Persantil Değeri								İstatistiksel anlamlılık	
		0-25		25-50		50-75		75-90 ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-	P
Düzenli kahvaltı	Evet	43	82,7	37	82,2	44	81,5	44	74,6	1,53	0,67
	Hayır	9	17,3	8	17,8	10	18,5	15	25,4		
Öğün Sayısı	2	19	36,5	14	31,1	18	33,3	17	28,8	3,23	0,77
	3	30	57,7	30	66,7	35	64,8	38	64,4		
	4 ve üzeri	3	5,8	1	2,2	1	1,9	4	6,8		
En Düzenli Öğün	Sabah	27	51,9	17	37,8	21	38,9	22	37,3	5,97	0,42
	Öğle	1	1,9	2	4,4	1	1,9	0	0		
	Akşam	24	46,2	26	57,8	32	59,3	37	62,7		
Toplam		52	100,0	45	100,0	54	100,0	59	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı

Çalışmada, ailenin beslenme özellikleri ile çocukların boy persentilleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Boyu 0-25.persentil olan çocukların oranı; ailede düzenli kahvaltı yapılanlarda %82,7, yapılmayanlarda %17,3; öğün sayısı 2'de %36,5, 3'de %57,7, 4 ve üzerinde %5,8; en düzenli öğünü sabahda %51,9, öğlede %1,9 ve akşamda %46,2'dir (Tablo 4-16).

4.2.3. Aileye Yönelik Özellikler İle Çocukların BKİ Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-17: Ailenin Tanıtıcı ve Genel Özellikleri İle Çocukların BKİ Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Aile Tanıtıcı ve Genel Özellikler		BKİ Persantil Değeri								İstatistiksel anlamlılık	
		<5		5-85		85-95		>95			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	P
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	4	15,4	17	11	0	0	3	18,8	18,92	0,21
	Okur-yazar	4	15,4	6	3,9	3	21,4	1	6,3		
	İlköğretim	11	42,3	61	39,6	5	35,7	5	31,3		
	Lise	6	23,1	55	35,7	5	35,7	5	31,3		
	Üniversite	0	0	14	9,1	1	7,1	2	12,5		
	Yüksek lisans	1	3,8	1	0,6	0	0	0	0		
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	1	3,8	6	3,9	0	0	1	6,3	11,13	0,74
	Okur-yazar	3	11,5	7	4,5	1	7,1	1	6,3		
	İlköğretim	13	50	67	43,5	8	57,1	10	62,5		
	Lise	9	34,6	54	35,1	5	35,7	3	18,8		
	Üniversite	0	0	19	12,3	0	0	1	6,3		
	Yüksek lisans	0	0	1	0,6	0	0	0	0		
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	7,7	18	11,7	1	7,1	1	6,3	0,92	0,81
	Çalışmıyor	24	92,3	13	88,3	13	92,9	15	93,8		
Aile Tipi	Geniş	5	19,2	24	15,6	4	28,6	2	12,5	2,91	0,81
	Çekirdek	21	80,8	12	82,5	10	71,4	14	87,5		
	Parçalanmış	0	0	3	1,9	0	0	0	0		
Sosyal Güvence	Var	21	80,8	14	93,5	13	92,9	15	93,8	4,95	0,17
	Yok	5	19,2	10	6,5	1	7,1	1	6,3		
Aylık Gelir	Evet	6	23,1	72	46,8	5	35,7	6	37,5	5,58	0,13
	Hayır	20	76,9	82	53,2	9	64,3	10	62,5		
Çocuk Sayısı	1	4	15,4	45	29,2	4	28,6	5	31,3	9,57	0,65
	2	13	50	66	42,9	7	50	10	62,5		
	3	8	30,8	31	20,1	3	21,4	1	6,3		
	4	1	3,8	5	3,2	0	0	0	0		
	4den fazla	0	0	7	4,5	0	0	0	0		
Toplam		26	100,0	15	100,0	14	100,0	16	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı

Araştırmaya katılan çocukların BKİ persantil değerleri ile ailenin tanıtıcı ve genel özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

BKİ'si <5.persantilde olan çocukların oranı annesi okur-yazar değil %15,4, okuryazar %15,4, ilköğretim %42,3, lise 23,1, üniversite %0 ve yüksek lisans %3,8; babası okur-yazar değil %3,8, okuryazar %11,5, ilköğretim %50, lise %34,6, üniversite ve yüksek lisans %0'dır.

Çalışmada BKİ persantili 5.persantil altında olan (zayıf) çocukların oranı aile tipi geniş ailede %19,2, çekirdek ailede %80,8; sosyal güvencesi olanda %80,8; aile

gelirini yetersizde %76,9 ve çocuk sayısı bir olanda %15,4, iki olanda %50, üç olanda %30,8, dört olanda %3,8'dir (Tablo 4-17).

Tablo 4-18: Ailenin Beslenme Özellikleri İle Çocukların BKİ Persantil Değerlerinin Karşılaştırılması

Aile Beslenme Özellikleri		BKİ Persantil Değeri								İstatistiksel anlamlılık	
		<5		5-85		85-95		>95			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-	P
Düzenli kahvaltı	Evet	20	76,9	125	81,2	9	64,3	14	87,5	3,00	0,39
	Hayır	6	23,1	29	18,8	5	35,7	2	12,5		
Öğün Sayısı	İki	7	26,9	46	29,9	7	50,0	8	50,0	6,50	0,36
	Üç	17	65,4	102	66,2	7	50,0	7	43,8		
	Dört ve üzeri	2	7,7	6	3,9	0	0	1	6,3		
En Düzenli Öğün	Sabah	13	50,0	62	40,3	6	42,9	6	37,5	3,84	0,69
	Öğle	0	0	3	1,9	1	7,1	0	0		
	Akşam	13	50,0	89	57,8	7	50,0	10	62,5		
Toplam		26	100,0	154	100,0	14	100,0	16	100,0	210	

X²: Ki-kare test

*p<0,05 anlamlı

Araştırmada düzenli kahvaltı yapan ailelerin çocuklarında BKİ persantili 5.persantil altında olanların oranı %76,9'dur. Öğün sayısı iki olanda % 26,9, 3 olanda 65,4'tür (Tablo 4-18).

4.3. Çocuğa Yönelik Özellikler İle Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin Karşılaştırılması

Tablo 4-19: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin Vitamin ve Mineral Alma İle Ek Gıdalara Başlarken Zorluk Yaşama Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

	Beslenme Süreci Anne Tutumları																			
	Vitamin ve mineral alma										Ek gıdalara başlarken zorluk yaşama									
	Öğün sırasındaki negatif duygu durumu		Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar		Negatif besleme stratejileri		Zorla besleme		Diğerlerinin görüşüne tepki		Öğün sırasındaki negatif duygu durumu		Yetersiz/denge siz beslenmeye ilişkin tutumlar		Negatif besleme stratejileri		Zorla besleme		Diğerlerinin görüşüne tepki	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
n	42	168	42	168	42	168	42	168	42	168	37	173	37	173	37	173	37	173	37	173
Ort	2,59	2,71	3,88	3,61	2,82	2,70	1,44	1,34	3,07	2,79	2,91	2,64	3,89	3,61	2,89	2,69	1,45	1,34	3,02	2,81
Ss	0,96	0,95	0,76	0,90	0,82	0,79	0,73	0,62	1,03	1,06	0,84	0,97	0,84	0,89	0,81	0,79	0,71	0,63	1,15	1,04
t	-0,764		1,834		0,892		0,812		1,53		1,566		1,736		1,356		0,948		1,051	
p	0,446		0,068		0,373		0,417		0,127		0,119		0,084		0,176		0,344		0,294	

* p<0,05 = anlamlı * p<0,001 = ileri düzey anlamlı

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin öğün sırasında negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki genel puan ortalamalarının vitamin ve mineral alma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen tüm t-test analizleri istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin öğün sırasında negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki genel puan ortalamalarının ek gıdalara başlarken zorluk yaşama değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen tüm t-test analizleri istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin Düzenli Kahvaltı Yapma Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Beslenme Süreci Anne Tutumları									
	Düzenli kahvaltı Yapma									
	Öğün sırasındaki negatif duygu durumu		Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar		Negatif besleme stratejileri		Zorla besleme		Diğerlerinin görüşüne tepki	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
n	168	42	168	42	168	42	168	42	168	42
Ort	2,62	2,96	3,63	3,81	2,74	2,68	1,38	1,29	2,74	3,27
Ss	0,99	0,74	0,91	0,73	0,84	0,60	0,67	0,52	1,07	0,90
t	-2,082		-1,193		0,394		0,853		-2,915	
p	0,039*		0,234		0,694		0,395		0,004**	

* p<0,05 = anlamlı * p<0,001 = ileri düzey anlamlı

Araştırmaya katılan annelerin, öğün sırasında negatif duygu durumu genel puan ortalamalarının düzenli kahvaltı yapma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. T test analizi sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur [$t=-2,082$, $p=0,039$, $p<0,05$]. Düzenli kahvaltı yapanların öğün sırasında negatif duygu durumu puanları ($\bar{x}=2,62$), yapmayanların öğün sırasında negatif duygu durumu puanlarından ($\bar{x}=2,96$) istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan annelerin, “Diğerlerinin görüşüne tepki” genel puan ortalamalarının düzenli kahvaltı yapma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. T test analizi sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur [$t=-2,915$, $p=0,004$, $p<0,01$]. Düzenli kahvaltı yapanların öğün sırasında diğerlerinin görüşüne tepki puanları ($\bar{x}=2,74$), yapmayanların öğün sırasında diğerlerinin görüşüne tepki puanlarından ($\bar{x}=3,27$) istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan annelerin, “Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar”, “Negatif besleme stratejileri” ve “Zorla besleme” genel puan ortalamalarının düzenli kahvaltı yapma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar t-test analizi, istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-20).

Tablo 4-21: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeğinin En Düzenli Öğün Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Beslenme Süreci Anne Tutumları														
	En düzenli öğün														
	Öğün sırasındaki negatif duygu durumu			Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar			Negatif besleme stratejileri			Zorla besleme			Diğerlerinin görüşüne tepki		
	Sabah	Öğle	Akşam	Sabah	Öğle	Akşam	Sabah	Öğle	Akşam	Sabah	Öğle	Akşam	Sabah	Öğle	Akşam
n	87	4	119	87	4	119	87	4	119	87	4	119	87	4	119
Ort	2,55	2,54	2,79	3,60	3,78	3,71	2,71	2,45	2,74	1,48	1,31	1,28	2,73	2,62	2,94
Ss	0,95	1,18	0,94	0,94	0,85	0,84	0,86	0,99	0,75	0,77	0,62	0,52	1,11	0,85	1,02
Kruskal Wallis	$\chi^2 = 3,555$			$\chi^2 = 0,754$			$\chi^2 = 0,621$			$\chi^2 = 3,985$			$\chi^2 = 2,687$		
p	0,169			0,686			0,733			0,136			0,261		

* p<0,05 = anlamlı * p<0,001 = ileri düzey anlamlı

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin öğün sırasında negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki genel puan ortalamalarının, “en düzenli öğün” değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonuçları, istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4-21).

4.4. Çocuğa ve Aileye Yönelik Özellikler İle Genel Beslenme Bilgisi Anketinin Karşılaştırılması

Tablo 4-22: Annelerin Genel Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Anne Eğitim Düzeyi, Gelir Durumu ve Annenin Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

		n	Ort	Ss	Kruskal Whallis H	p	Karşılaştırma
Anne Eğitim Seviyesi	(1)Okur-yazar değil	24	69,08	11,87	$\chi^2 = 41,064$	0,000**	(4) > (1) (5) > (1) (5) > (2) (5) > (3) (5) > (4)
	(2)Okur-yazar	14	68,78	8,52			
	(3)İlköğretim	82	73,79	11,19			
	(4)Lise	71	77,69	11,46			
	(5)Üniversite	17	88,05	9,16			
	(6)Yüksek Lisans	2	78,00	4,24			
Gelir Durumu		n	Ort	Ss	t	p	Karşılaştırma
	(1)Yeterli	89	77,28	12,96	1,935	0,054	-
	(2)Yeterli değil	121	74,07	10,99			
		n	Ort	Ss	Mann Whitney U	p	Karşılaştırma
Annenin Çalışma Durumu	(1)Çalışıyor	22	84,72	11,96	U=1021,500 Z=-3,883	0,000**	(1) > (2)
	(2)Çalışmıyor	188	74,34	11,48			

* p<0,05 = anlamlı * p<0,001 = ileri düzey anlamlı

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanlarının anne eğitim düzeyi açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Kruskal-Whallis H testi gerçekleştirilmiştir. Test sonucu istatistiki olarak anlamlıdır [$\chi^2 = 41,064$, p=0,000, p<0,05]. Bu bulgu, annelerin beslenme anketinden aldıkları puan ortalamalarının anne eğitim durumuna göre farklılaştığını göstermektedir. Farkın kaynağını ortaya koymak ve hangi gruplar arasında istatistiki farkın olduğunu belirlemek için Post Hoc analizi yapılmıştır. Lise eğitim düzeyine sahip olan annelerin beslenme anket puanları ($\bar{X}=77,69$), okur-yazar olmayan annelerin anket puanlarından istatistiki olarak daha

yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca, üniversite eğitim düzeyine sahip olan annelerin beslenme anket puanları ($\bar{x}=88,05$), okur-yazar olmayan ($\bar{x}=69,08$), okur-yazar olan ($\bar{x}=68,78$), ilköğretim eğitim düzeyine sahip ($\bar{x}=73,79$) ve lise eğitim düzeyine sahip ($\bar{x}=77,69$) olan annelerin anket puanlarından istatistiki olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, gelir durumu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. Test sonucu istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır [$t=1,935$, $p=0,054$, $p>0,05$]. Bu bulgu, annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, gelir durumu açısından istatistiki olarak farklılaşmadığını göstermektedir.

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, anne çalışma durumu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Mann Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Test sonucu istatistiki olarak anlamlıdır [$U=1021,500$, $Z=-3,883$, $p=0,000$, $p<0,05$]. Çalışan annelerin beslenme anketinden aldıkları puanlar ($\bar{x}=84,72$), çalışmayan annelerin beslenme anketinden aldıkları puanlardan ($\bar{x}=74,34$) istatistiki olarak daha yüksektir (Tablo 4-22).

Tablo 4-23: Annelerin Genel Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Çocukların Kilo, Boy ve BKİ Persantilleri Açısından Karşılaştırılması

		n	Ort	Ss	F	P
Çocukların kilosu	(1) 0 – 25 persantil	53	71,67	13,15	2,535	0,058
	(2) 25 – 50 persantil	50	77,58	11,48		
	(3) 50 – 75 persantil	62	76,09	10,46		
	(4) 75 – 90 ve üzeri persantil	45	76,55	12,25		
		n	Ort	Ss	F	P
Çocukların boyu	(1) 0 – 25 persantil	52	72,00	13,12	2,143	0,096
	(2) 25 – 50 persantil	45	75,80	10,02		
	(3) 50 – 75 persantil	54	76,16	12,17		
	(4) 75 – 90 ve üzeri persantil	59	77,50	11,63		
		n	Ort	Ss	Kruskal Whallis	P
Vücut Kitle İndeksi (BKİ)	(1) <5.persantil (zayıf)	26	75,46	9,31	$\chi^2 = 3,871$	0,276
	(2) 5-85.persantil (normal)	154	74,93	12,39		
	(3) 85-95.persantil (hafif kilolu)	14	80,42	8,45		
	(4) >95.persantil üzeri (obez)	16	75,81	13,68		

* p<0,05 = anlamlı * p<0,001 = ileri düzey anlamlı

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, çocuk kilosu ve çocuk boyu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Her iki boyut (boy ve kilo) için de ANOVA sonuçları istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır (p>0,05). Ayrıca, annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, vücut kitle indeksi açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için gerçekleştirilen Kruskal Whallis testi de istatistiki olarak anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 4-23).

5. TARTIŞMA

1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve annelerin beslenme bilgisi sağlık okuryazarlık durumlarının belirlenmesi amacıyla planlanan araştırma, Sağlık Bakanlığı Zeytinburnu Yeşiltepe Aile Sağlığı Merkezi'ne gelen 1-5 yaş arası 210 sağlam çocuk ve anneleri ile gerçekleştirilmiş olup elde edilen veriler literatür bilgilerinin ışığı altında ve bulguların bölümleri doğrultusunda tartışılmıştır.

Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı; %26,2'si 1.yaş, %24,3'ü 2.yaş, %21'i 3.yaş, %21,9'u 4.yaş ve %6,7'si 5. yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalamasının $2,59 \pm 1,26$ olduğu, % 26,2'sinin bir yaş grubunda yoğunlaştığı gözlenmiştir (Tablo 4-1). Garipağaoğlu ve Günöz'ün 1994'de 3-6 yaş arası çocuklarda yaptığı bir araştırmada, olguların %34,8'i 3-4 yaş, %32,3'ü 4,1-5 yaş ve %32,9'u 5,1-6 yaşta (93). Araştırmamızda yaş aralıkları arttıkça çocuk sayısında meydana gelen azalmayı; bu yaş gruplarındaki izlem sıklığının azalmasına bağlamaktayız.

Çalışmamıza katılan çocukların cinsiyet oranları; %45,2'si kız ve %54,8'i erkek şeklinde olup cinsiyet oranları birbirine yakındır (Tablo 4-1). Türkiye' genel nüfusunda doğumların cinsiyete göre dağılımı da benzer olup 5 yaş altındaki çocukların oranı kızlarda %7,7 ve erkeklerde %8,8'dir (94). Bayrı ve Egemen'in 1984'de ve Garipağaoğlu ve Günöz'ün 1994'de yaptığı iki çalışmada da cinsiyet farkı gözlenmemekteydi (74, 93).

Çocukların %6,7'sinin okul öncesi eğitim kurumuna gittiği ve %80'inin vitamin ve mineral desteği almadığı gözlenmiştir (Tablo 4-1). Ülkemizde okul öncesi okullulaşma oranı; 2004-2005 yılında 3-5 yaşta %10 civarıyken 2016-17 yılında %35,2'ye ulaşmıştır. 4-5 yaşta %45,7 ve 5 yaşta ise %58,8'dir (95). Araştırmamıza katılan çocukların okul öncesi eğitim kurumuna %93,3 oranda gitmemelerini, annelerin çoğunlukla çalışmamasına ve yaş gruplarının bir yaşta yoğunlaşmasına bağlamaktayız.

Dereli'nin 2006'da 2-5 yaş çocuklarda yaptığı bir çalışmada vitamin ve mineral kullanmama oranı %66'dır (19). Kobak'ın 2009'da 3-6 yaş çocuklarda yaptığı çalışmada ise; vitamin ve mineral kullanmama oranı % 84,6'dır (96). Çocuklara vitamin ve mineral preparatı kullanımı yaygın olsa da, aslında yeterli kalori, vitamin ve mineral alımı sağlandığında, çocuklara besin takviyesi gerekmemektedir (54).

Çalışmamızda, 1.yaş grubunda ortalama kilo $11,1440 \pm 1,27263$ kg, 2.yaş grubunda $13,2520 \pm 1,963446$ kg, 3.yaş grubunda $15,6933 \pm 2,44563$ kg, 4.yaş grubunda $17,2804 \pm 2,39830$ kg ve 5.yaş grubunda $18,3500 \pm 1,83963$ kg'dır. Tüm çocukların tartı ortalama değerleri ise; $14,44 \pm 3,21$ kg.'dır (Tablo 4-4). Çalışmamızda, tüm olguların kilo persantilleri incelendiğinde; %25,2'si 0-25.persantillerde, %23,8'i 25-50.persantillerde, %29,5'i 50-75.persantillerde ve %21,4'ü 75-90 ve üzeri persantillerde olarak bulunmuştur (Tablo 4-5). Garipağaoğlu ve Günöz'ün 1994'de yaptığı çalışmada,vücut ağırlığı 50.persantilin altında olan çocukların oranı %64,3'tür (93). Yıllar geçtikçe ailelerin eğitim düzeylerini artması sonucu kilosu 50 persantilin altında olan çocukların oranı azalmaktadır.

Çalışmamızda kilo persantilleri yaşlara göre değerlendirildiğinde; 2.yaş kilo persantili (0-25.persantiller) hariç, diğer persantiller en fazla 50-75. persantiller arasında çoğunlukla bulunmuştur (Tablo 4-5). Çalışmamızda, kilosu 25-50.persantiller arasında olan çocukların oranı; 1.yaşta %23,6, 2.yaşta %30, 3.yaşta %22,2, 4.yaşta %23,9 ve 5.yaşta %28,6'dır (Tablo 4-5). Dereli'nin yaptığı çalışmada, vücut ağırlığı 50.persantilin altında olan çocukların oranı; 2-3 yaşta %,38,1, 3,1-4 yaşta %42,1 ve 4.1 ve üzeri yaşta %34,1'dir (19). TBSA'ya göre yaşa göre vücut ağırlığı -2SD altında olan çocukların oranı; 13-18.ayda %0,6, 19-24.ayda %1,9, 25-36.ayda %4,8 ve 37-60.ayda %4,9'dur (94). Çalışmamızda, literatüre paralel olarak düşük kiloluluğun yaşa göre arttığı görülmektedir. Bu durumu yaşamın ilk 1000 günündeki yetersiz beslenmeye bağlamaktayız.

Çalışmamızda kilo persantillerini cinsiyete göre değerlendirdiğimizde, kilosu 0-25.persantillerde olan çocukların oranı erkeklerde %23,5, kızlarda %27,4 ve tüm çocuklarda %25,2'dir (Tablo 5-5) (Tablo 5-6) (Tablo 4-7). Dereli'nin yaptığı araştırmada, vücut ağırlığı 50.persantilin altında olan kız çocuklarının oranı %44,2; erkek çocuklarının oranı %32,2'dir (19). TBSA'ya göre yaşa göre vücut ağırlığı -2SD altında olan çocukların oranı; erkeklerde %4,5 ve kızlarda %3,'dir (94).

Çalışmamızda kilo persantilini yaş ve cinsiyete göre değerlendirdiğimizde; kız çocuklarının yaşlara göre kilo persantilleri en fazla 1.yaşta %30 oranında 50-75. ve 75-90.persantillerde, 2.yaşta %44 oranında 0-25. persantillerde, 3.yaşta %27,3 oranında 0-25. hariç persantillerde, 4.yaşta %33,3 oranında 50-75.persantillerde ve 5.yaşta %42,9 oranında 0-25.persantillerde çoğunluk gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4-6) (Tablo 4-7).

Aynı şekilde erkek çocuklarının yaşlara göre kilo persentilleri en fazla, 1.yaşta %34,3 oranında 50-75.persantillerde, 2.yaşta %36 oranında 25-50.persantillerde, 3.yaşta %39,1 oranında 50-75.persantillerde, 4.yaşta %32 oranında 25-50. persantillerde ve 5.yaşta %57,1 oranında 50-75.persantillerde çoğunluk gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4-6) (Tablo 4-7). Dereli'nin yaptığı çalışmada kız çocuklarının yaşlara göre kilo persantili en fazla; 2-3 yaşta 25-50.persantilde (%33,3), 3,1-4 yaşta 50-75.persantillerde (%38,7) ve 4,1 ve üzeri yaşta 75-90 ve üzeri persantillerdedir (%6,8). Toplamda %32,6'sı 50-75.persantillerdedir (19). Aynı şekilde Dereli'nin yaptığı çalışmada erkek çocuklarının yaşlara göre kilo persantili en fazla; 2-3 yaşta 50-75 ve 75-90 ve üzeri persantillerde (%35,9), 3,1-4 yaşta 25-50. ve 50-75.persantillerde (%34,6) ve 4,1 ve üzeri yaşta 50-75.persantilledir (%36). Toplamda %35,6'sı 50-75.persantillerdedir (19).

TBSA'ya yaşa göre vücut ağırlığı -2SD altında olan kız çocuklarının oranı incelendiğinde; %0,4'ü 13-18.ayda, %0,6'sı 19-24.ayda, %5'i 25-36.ayda ve %4,8'i 37-60.aydadır. Aynı şekilde TBSA'ya göre yaşa göre vücut ağırlığı -2SD altında olan erkek çocuklarının oranı incelendiğinde; %0,8'i 13-18.ayda, %3,4'ü 19-24.ayda, %4,5'i 25-36.ayda ve %5'i 37-60.aydadır (94).

Çalışmamızda düşük kiloluluk oranının kızlarda erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durumu, toplumumuzun ataerkil yapısı nedeni ile erkek çocuklarına daha fazla değer veriliyor olmasına bağlıyoruz.

Ülkemizde 5 yaş altı çocuklarda DSÖ 2014 evrensel raporuna göre; 162 milyonu bodur (yaşına göre çok kısa) iken; Unicef Dünya Çocuklarının Durumu 2008: Çocukların Hayatta Kalması Raporuna göre; kavrukluk oranı (boyuna göre çok zayıf) %1, bodurluk oranı ise %12'dir. Dünya'da ise 150 milyon yani %26,7 çocuk kavruk ve 182 milyon yani %32,5 çocuk bodurdur (12, 32).

Ayrıca Unicef 2019 yılı Dünya Çocuklarının Durumu Raporu 5 yaş altındaki çocuklar için 2030 projeksiyonunda; 2018'de %21,9 olan bodurluk oranının %12,2'e düşeceği, 2018'de %5,9 olan fazla kiloluluk oranının %3'e düşeceği ve 2018'de %7,3 olan kavrukluk oranının %3' düşeceği tahmin edilmektedir (82).

Çalışmamızda, 1.yaşta ortalama boy uzunluğu $82,6436 \pm 5,28165$ cm, 2.yaşta $90,9600 \pm 5,40582$ cm, 3.yaşta $97,7800 \pm 15,45575$ cm, . yaşta $105,4891 \pm 5,79223$ cm ve

5.yaşıta $110,3571 \pm 5,40096$ cm ve tüm olguların boy uzunluğu ortalama değeri ise $94,71 \pm 12,61$ cm'dir (Tablo 4-4).

Çalışmamızda tüm olguların boy persantillerini değerlendirdiğimizde; %24,8'i 0-25. persantillerde, %21,4'ü 25-50 persantillerde, %25,7'si 50-75. persantillerde ve %28,1'i ise 75-90 ve üzeri persantillerde şeklinde bulunmuştur (Tablo 4-5). Garipağaoğlu ve Gündüz'ün 1994'de yaptığı araştırmada, boyu 3.persantilin altında olan çocukların oranı; %6,2', 3-10.persantilde %12,5, 11-25.persantilde %17,2, 26-50.persantilde %24,7'dir. Toplamda çocukların %60,6'sının 50.persantilin altında olduğu belirtilmektedir (93). Dereli'nin yaptığı araştırmada, çocukların boy persantil oranları; 3-25.persantilde %15,1, 25-50.persantilde %21,1, 50-75.persantilde %36,2 ve 75-90 ve üzeri persantilde %27,6'dır. Toplamda çocukların %38,4'ü 50.persantil altında olduğu belirtilmektedir (19).

Çalışmamızda boy persantillerini cinsiyete göre değerlendirdiğimizde; boy persantili 25-50.persantil ve 0-25.persantillerde olan çocukların oranı sırası ile; erkeklerde %20,9 ve %21,7 (Tablo 5-1-7), kızlarda %22,1 ve %28,4 (Tablo 4-6) ve tüm çocuklarda %21,4 ve %24,8'dir (Tablo 4-5). TNSA 2018 raporuna göre yaşa göre boyu -2SD altındaki çocukların oranı; kızlarda %5,8 ve erkeklerde %6,1'dir (80). TBSA'ya göre yaşa göre boyu -2SD altında olan (bodur) çocukların oranı; kızlarda %11 ve erkeklerde %12'dir. Toplamda ise çocukların %11,5'i bodurdur (94). Dereli'nin yaptığı araştırmada, yaşa göre boyu 50.persantilin altında olan çocukların oranı kızlarda %42,1 ve erkeklerde %30'dur. Ayrıca boy persantilleri kız (%29,5) ve erkek (43,3) çocuklarında en fazla 50-75.persantildedir (19).

Çalışmamızda, boy persantilini yaşlara göre değerlendirdiğimizde 25-50.persantillerde olan çocukların oranı; 1.yaşıta %14,5, 2.yaşıta %15,5, 3.yaşıta %20, 4.yaşıta %28,3 ve 5.yaşıta %35,7'dir (Tablo 4-5). TNSA 2018 raporuna göre yaşa göre boyu -2SD altındaki çocukların oranı; 12-17.ayda %7,2 18-23.ayda %9,4, 24-35.ayda %6,5, 36-47.ayda %6,9 ve 48-59.ayda %5,4'tür (80). Dereli'nin yaptığı çalışmada yaşa göre boyu 50.persantil altında olan çocukların oranı; 2-3 yaşta %36,9, 3,1-4yaşıta %38,6 ve 4,1 ve üzeri yaşta %31,8'dir (19). Bodurluk oranının genellikle yaşa göre arttığı görülmektedir. Bu durumun oluşmasında ise; yaşamın ilk 1000 günündeki yetersiz beslenmenin, önemli bir etken olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda boy persantilini yaş ve cinsiyete göre değerlendirdiğimizde; kız çocuklarda boy persantilleri en fazla, 1.yaşta 0-25.persantillerde (%40), 2.yaşta 0-25.persantillerde (%40), 3.yaşta 25-50. ve 50-75. persantillerde (%31,8), 4.yaşta 25-50.persantillerde (%47,6) ve 5.yaşta 0-25. hariç diğer persantillerde (%28,6) çoğunluk göstermiştir (Tablo 4-6).

Aynı şekilde erkek çocuklarının boy persantilleri en fazla, 1.yaşta 75-90 ve üzeri persantillerde (%37,1), 2.yaşta 25-50. ve 50-75.persantillerde (%28), 3.yaşta 50-75.persantillerde (%39,1), 4.yaşta 75-90 ve üzeri persantillerde (%28) ve 5.yaşta 25-50.persantillerde (%42,9) çoğunluk göstermiştir (Tablo 4-7). Dereli'nin yaptığı çalışmada kız çocuklarda boy persantilleri; 2-3 yaşta %35,6 oranda 25-50.persantilde, 3,1-4 yaşta %32,3 oranda 75-90 ve üzeri persantilde ve 4,1 ve üzeri yaşta %42,1 oranda 75-90 ve üzeri persantilde çoğunluk göstermektedir. Erkek çocuklarında ise; 2-3 yaşta %51,3 oranda 3,1-4yaşta %36,6 oranda ve 4,1 ve üzeri yaşta %40 oranda 50-75.persantilde çoğunluk göstermektedir (19).

Literatüre paralel olarak çalışmamızda kız çocuklarının yaşlara göre boy persantilleri erkek çocuklarından daha düşüktür. Bu durumu, hem toplumumuzun fiziksel özelliklerine hem de toplumumuzda bulunan erkeklerin kadınlardan daha fazla boy ortalamasına sahip olmasına bağlamaktayız.

Çalışmamızda, 25-50.persantilde; kilosu olan çocuklar %23,8 ve boyu olan çocuklar %21,4'dür (Tablo 4-5). Kız çocuklarında 25-50.persantilde kilosu olanlar %23,2 ve boyu olanlar %22,1'dir (Tablo 4-6). Erkek çocuklarında ise 25-50.persantilde kilosu olanlar %24,3 ve boyu olanlar %20,9'dur (Tablo 4-7). Garipağaoğlu ve Günöz'ün 1994'de yaptığı çalışmada boyaya göre ağırlıkları(rölatif tartı); %72,2'si normal, %13,3'ü değişik derecelerde beslenme bozukluğu (zayıf) ve %14'ü fazla tartılı ve şişmandır (93).

TBSA'ya göre boyaya göre vücut ağırlığı -2SD altında olan (zayıf) çocukların oranı toplamda %5,2, kızlarda %4,9 ve erkeklerde %5,6'dır. Ayrıca toplamda %59,6 normal, %17 kilolu ve %8 aşırı kiloludur (94).

Çalışmamızda, çocukların yaşa göre BKİ persantilleri, % 73,3'ü normal, %6,7'si fazla kilolu ve %7,6'sı obez olarak saptanmıştır (Tablo 4-5). Çalışmamızda, BKİ persantilleri kız çocuklarda %78,9 normal, %4,2 fazla kilolu ve %6,3 obezdir (Tablo 4-

6). Aynı şekilde BKİ persantilleri erkek çocuklarda çocuklarda %68,7 normal, %8,7 fazla kilolu ve %8,7 obez olarak gözlenmiştir (Tablo 4-7).

TBSA 2010 verilerine göre; tüm 0-5 yaş çocuklarda BKİ persantilleri 13-18.ayda %55'i normal ve %23,9'u hafif şişman, 19-24.ayda %45,1'i normal ve %25,2'si hafif şişman, 25-36.ayda %59,5'i normal ve %17,1'i hafif şişman ve 37-60.ayda % 63'ü normal ve %6,7'si hafif şişmandır. 0-5 yaş BKİ persantilleri kız çocuklarda %58,7 normal, %18 hafif şıman ve % 6,8'i şişman; erkek çocuklarda %56,8 normal, %17,8 hafif şişman ve %10,1'i şişmandır (94).

Çoğunlukla erkek çocuklarının persentil ve BKİ değerlerinin kız çocuklarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ataerkil toplumumuzun erkeğe verdiği önem ve değer sonucu bu durumunun oluştuğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, tüm olguların ÜOKÇ ortalamaları 12,5 cm ve altında değer bulunmamıştır (Tablo 4-4). TBSA'ya göre; tüm 3 ay-5 yaş çocukların ÜOKÇ değerleri incelendiğinde %56,4'ü +1SD ve -1SD aralığındadır (normal). Erkek çocukların %55,5'i ve kız çocukların %57,3'ü ise bu aralıkta bulunmaktadır (94).

Çalışmamızda, tüm olguların göğüs çevresi ortalamaları $54,68 \pm 3,97$ cm'dir (Tablo 4-4).

DSÖ, tüm bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ve iki yaşa kadar tamamlayıcı besinler ile birlikte anne sütü alması gerektiğini önermektedir (38). Tamamlayıcı beslenmeye başlamak için en uygun dönem 6-24.aylar olarak belirtilirken; çocukların küçük besinleri tüketebilmesi nedeni ile tamamlayıcı besinlerin besin içerikleri ve enerji değerleri yüksek olması gerekmektedir. Örneğin; çay ve kahve gibi besin içeriği düşük gıdalardan kaçınılmalıdır (47).

Çalışmamızda, çocukların ilk 1.yaş beslenme özelliklerini incelediğimizde; %75,2'si ilk 6 ay anne sütüyle beslenirken anne sütü alma süresi en çok %37,6 oranda 12-18 aydır (Tablo 4-2). 2018 TNSA verilerine göre; 6 aya kadar sadece anne sütü alan çocuklar %40,7 ve 1 yıla kadar anne sütün alan çocuklar %65,6 orandadır (80).

Dereli'nin yaptığı çalışmada, 6 ay anne sütü alan çocukların oranı %73 iken, anne sütü alma süresi ortalama 9,42 aydır (19). Oral'ın 1966'da okul öncesi çocuklarda yaptığı bir araştırmada; çocukların %25,62'si 12 aya kadar, %21,44 18 aya kadar, %13,64'ü 24 aya kadar anne sütü almaktadır. (36). Bayrı ve Egemen'in yaptığı bir

araştırmada; malnütrisyon oranı anne sütü yeterli olmayanda %39,5 iken yeterli olanda %2,2'dir (74). Şensoy, Egemen ve Boztok'un 1991'de 0-48 aylık çocuklarda yaptığı bir araştırmada; malnütrisyon oranı 1 ay yalnızca anne sütü alanlarda %13,4, 2-5 ay yalnızca anne sütü alanlarda %8,3 ve 6 ay ve üzerinde yalnızca anne sütü alanlarda %14,9 bulunmuştur (33).

Çalışmamızda, çocukların ek gıdaya başlama yaşı oranları; %84,8'i 0-6.ay, %13,8'i 6-12.ay, %1'i 12-18.ay ve %0,5'i 18-24.aydır. Aileler çocuklarının, %61,9 oranda süt ve süt grubu ile ek gıdaya başladığını belirtmiştir. Ayrıca ek gıdaya başlarken zorluk yaşadıklarını belirten ailelerin oranı %17,6'dır (Tablo 4-3).

Dereli'nin yaptığı çalışmada ek gıdaya başlanan yiyecek %28,6 oranda meyve suyu ve %26,5 oranda yoğurt şeklinde belirtilmektedir (19). Oral'ın 1966'da yaptığı bir araştırmada; çocukları ek gıdaya başlamaları, %14,49'u 3-6 ay arasında, %25,90'ı 6-12 ay arasında, %27,85'i 12-18 ay arasında şeklinde belirtilmektedir. Ek gıdaya başlanan besin ise çoğunlukla nişasta ve muhallebidir (35). TNSA 2018 verilerine göre; 6-23 aylık çocuklara ek gıda için verilen besinlerde %73 yoğurt ve diğer süt ürünleri, %74 peynir, %74 meyve ve %77 oranda sebzeler verilmektedir (80). Uzel'in 1970'de yaptığı bir çalışmada; sadece anne sütü alan çocukların %22 oranında olduğu, şeker, nişasta ve lokumun ek gıda olarak verildiği ve sağlıklı çocuklara göre %33'ünün geride kaldığı belirtilmektedir (37). Adak'ın yaptığı araştırmada, çocuklar ek gıdaya %72 ile taze sebze ve meyve grubu ile başlıyorken; ek gıdaya başlarken zorluk yaşamayan çocukların oranı %81,9'dur (97). Şahin ve ark. 2019'da yaptığı araştırmada çocukların tamamlayıcı beslenmeye başlama ayların ortalaması; eğitim grubunda 5,5+0,6ay ve kontrol grubunda 4,5+1,0ay iken; ek gıda olarak en sık süt ve süt ürünleri grubuna dahil olan yoğurtun verildiği belirtilmektedir (98).

Çalışmamızda, ilk 6 ay yalnızca anne sütü alma oranı %75,2 dir. Bu durum, TNSA 2018 verilerinden daha yüksek, Dereli'nin verilerine paralelken Uzel'in yaptığı araştırmadan farklılık göstermektedir. Bunun nedenini Uzel'in çalışmasının 1970'de yapılmış olması sonucu günümüze göre birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin daha yetersiz olmasına bağlamaktayız.

Büyüme ve gelişme; aile, çevre, sosyo-ekonomik seviye, gelenekler vb. gibi etkenlerden etkilenir (58). Ailelerin özellikle annenin tutumu çocukların sağlıklı yemek

yeme alışkanlığı kazanmasında oldukça etkilidir. Anneler, çoğunlukla çocukların günlük besin ihtiyaçları bilmedikleri ve beslenmeyi karın doyurma aracı olarak gördükleri için çocukların tek tip ya da besin değeri düşük besinlerle beslenmesine neden olmaktadır (39).

Çalışmamızda, annelerin yaş ortalaması $32,11 \pm 5,85$ yıl (20-47) ve babaların yaş ortalaması $35,86 \pm 5,66$ yıl (24-54)'dur (Tablo 4-10). Çalışmamızda, annelerin %89,5'i çalışmamakta, %10,5'i çalışmakta iken; %94,8'inin sağlık durumu iyidir. Babaların ise tamamı çalışmakta ve %93,3'ünün sağlık durumu iyidir (Tablo 4-10). Çalışmamızda annelerin eğitim seviyeleri incelendiğinde; %11,4'ü okuryazar değil, %6,7'si okur yazar, %39'u ilköğretim, %33,8'i lise, %8,1'i üniversite, %1'i yüksek lisans mezunu şeklindedir (Tablo 4-10). Aynı şekilde babaların eğitim seviyeleri incelendiğinde; %3,8'i okuryazar değil, %5,2'si okur yazar, %47,1'i ilköğretim, %33,8'i lise, %9,5'i üniversite ve %0,5'i yüksek lisans mezunu şeklindedir (Tablo 4-10).

TNSA 2018 verilerine göre; araştırmaya katılan kadınların %9'u hiç eğitim almamış yada ilkokulu bitirmemiş, %29'u ilkokul, %20'si ortaokul, %41'i lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. Kadınlar için tamamlanan ortanca eğitim süresi ise 8 yıl olarak belirtilmektedir (80). TBSA 0-5 yaş çocukların anne eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; çocukların %17,6'sının annesi okuryazar değil, %8,3'ünün annesi ilkokul bitirmemiş, %51,3'ünün annesi ilköğretim 1.kademe, %5,1'inin annesi ilköğretim 2.kademe ve %17,7'sinin annesi lise ve üzeri olarak belirtilmektedir (94). Dereli'nin yaptığı araştırmada, annelerin eğitim durumu %60'5 ilköğretim, %5,5 ortaöğretim, %25,9 lise ve %8,1 üniversite olarak belirtilmektedir (19).

Çalışmamızda, anne eğitim düzeyi ve çocuklarda 5.persantil altındaki (zayıf) BKİ değerleri incelendiğinde; 5.persantil altında BKİ persantil değeri olan çocukların oranı anne eğitim düzeyi okur-yazar değilde %15,4, okur-yazarda %15,4, ilköğretimde %42,3, lisede %23,1, üniversitede %0 ve yüksek lisansta %3,8'dir (Tablo 4-17). Koçoğlu ve Polat'ın yaptığı bir araştırmada, anne eğitim durumu ve çocuklarda malnütrisyon oranı incelendiğinde; anne eğitim durumu okur yazar değil olanlar %11,3 ve ilkokul olanlarda %1,9 oranda malnütrisyon görüldüğü belirtilmektedir (87). Bayrı ve Egemen'in yaptığı araştırmada; malnütrisyon görülme oranı ilkokulu bitirmeyen annelerin çocuklarında %35 iken ilkokulu bitirmiş olan annelerin çocuklarında %25;

ilkokulu bitirmemiş babaların çocuklarında %38,3 iken ilkokulu bitirmiş babaların çocuklarında %27,2'dir (74).

Şensoy, Egemen ve Boztok'un yaptığı bir araştırmada; malnütrisyon oranı ilkokul mezunu annesi olanlarda %18,6 babası olanlarda %19,6; ilkokul ve üzeri mezunu annesi olanlarda %9,1 ve babası olanlarda %10,4 saptanmıştır (33). Ezmeci, Güraksın, Öztürk ve ark. 1992'de 4-24 aylık çocuklarda yaptığı bir araştırmada; eğitim düzeyi ve malnütrisyon ilişkisi incelendiğinde; malnütrisyon oranı okur-yazar olmayan annelerin çocuklarında malnütrisyon hafif düzeyde %%39,3, orta ve ağır düzeyde %10,4 saptanmış ve aradaki ilişki önemsiz bulunmuştur (35). Çalışmamızda, literatüre paralel olarak ailenin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda malnütrisyon görülme oranının azaldığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, ailelerin eğitim seviyesi ve çocuklarda boy persantili 0-25.persantilde olanlar incelendiğinde annesi; okuryazar değil %17,3, okuryazar %5,8, ilköğretim mezunu %40,4, lise %30,8, üniversite %3,8 ve yüksek lisans %1,9'dur. Baba eğitim düzeyi ilişkisi incelendiğinde ise çocukların boy persantillerinin 0-25.persantilde olma oranı; okuryazar değil %5,8, okuryazar %5,8, ilköğretim mezunu %50, lise %28,8, üniversite %7,7 ve yüksek lisans %1,9'dur (Tablo 4-15).

TNSA 2018 raporuna göre; boya göre ağırlıkları -2SD altındaki çocukların oranı, annesi eğitimi yok/ilkokulu bitirmemişlerde %0,5, ilkokul olanlarda %1,3, ortaokul olanlarda %2 ve lise ve üzeri olanlarda %2,2'dir. Ek olarak yaşa göre ağırlıkları -2SD altındaki çocukların oranı ise annesi eğitimi yok/ilkokulu bitirmemişlerde %1,5, ilkokul olanlarda %1,3, ortaokul olanlarda %1,7 ve lise ve üzeri olanlarda %1,5'dir (80).

Çivi ve Koruk'un 2002'de yaptığı bir araştırmada çocuklarda bodurluk oranı; anne öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda %15,8, ilkokul üstü olanlarda %14'dür. Ek olarak baba öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda %16,9 ve ilkokul ve üstü olanlarda %8,3'dür (99). Çalışmamızda, literatüre paralel olarak ailelerin eğitim seviyesi arttıkça çocuklarda bodurluk görülme oranının azaldığını görmekteyiz.

Dik ve ark. yaptığı çalışmada, annelerin eğitim düzeyi ve bebek beslenmesi bilgileri arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim düzeyi ilkokul olan annelerin beslenme ile ilgili aldığı puan $6,5 \pm 2,0$, ortaokul-lise mezunu olan annelerin $7,1 \pm 0,9$ ve üniversite

olan annelerin $7,9 \pm 0,9$ ($p < 0,05$)'dir (100). Ailede çocuk sayısı arttıkça çocuklarda malnütrisyon ve bulaşıcı hastalık görülme oranı artmaktadır (27). Ayrıca çocuk sayısındaki fazlalık sonucu anneler tüm çocuklarına eşit oranda zaman ayıramayabilir. Bunun sonucunda, anneler beslenme bilgilerini çocuklarına tam anlamıyla uygulayamaz. Yapılan çalışmalarda 3'ten az çocuğu olan ailelerde çocuklardaki malnütrisyon oranının daha az olduğu belirtilmektedir (87).

Fadare ve ark. tarafından Nijerya'da 2019'da yapılan bir araştırmada, annelerin eğitim düzeyleri ile çocukların yaşa göre boy ($p < 0,01$) ve boya göre ağırlık ($p < 0,01$) z skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarının yaşa göre boy (-0,69) ve boya göre ağırlık (-0,79) z skorları, eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarının yaşa göre boy (-1,70) ve boya göre ağırlık (-1,03) z skorlarından daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bodurluk ve zayıflık görülme yüzdeleri de aynı şekilde eğitim düzeyi düşük olan annelerinin çocuklarında (sırası ile bodurluk ve zayıflık: %45 ve %27), eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarından (sırası ile bodurluk ve zayıflık: %22 ve %18) daha yüksektir (101).

Çalışmamızda, parçalanmış aileye sahip çocukların oranı %1,4, çekirdek aileye sahip çocukların oranı %81,9 ve geniş aileye sahip çocukların oranı %16,7'dir (Tablo 4-11). Dereli'nin yaptığı araştırmada çocukların %87,6'sı çekirdek aileye, %11,4'ü geniş aileye ve %1,1 parçalanmış aileye sahiptir (19). Adak'ın yaptığı çalışmada çocukların %86,2'si çekirdek aileye, %13,1'i geniş aileye ve %0,7'si parçalanmış aileye sahiptir (97). Çalışmamızda, çocuklarda 0-25.persantilde kilo değeri görülme oranı; geniş ailede yaşayanlarda %28,3 ve çekirdek ailede yaşayanlarda %71,7'dir. Ailede çocuk sayısı ile ilişkisine bakıldığında ise; 1 çocuk olanlarda %17, 2 olanlarda %58,5, 3 olanlarda %20,8, 4 ve 4 ve üzeri olanlarda %1,9'dur (Tablo 4-13).

Bayrı ve Egemen'in yaptığı araştırmada; malnütrisyon oranı kardeşi olmayanlarda %22,5, 1 kardeşi olanlarda %18,1, 2 kardeşi olanlarda %33,1, 3 kardeşi olanlarda %35,8 ve 4 kardeşi olanlarda %37,4'tür. Ayrıca geniş ailede %28,9, çekirdek ailede %35 iken; ailedeki kişi sayısı 4'den fazla olanlarda %1,1 ve 4'den az olanlarda %31,2'dir (74). Şensoy, Egemen ve Boztok'un yaptığı bir araştırmada; malnütrisyon oranı geniş ailede %12,1 ve çekirdek ailede %9,5 iken ailedeki kişi sayısı 4 olanlarda %8,4, 4 üzeri olanlarda %12'dir. Ayrıca tek çocuklarda %8, 1-2 kardeşi olanlarda 10,6 ve 3 ve üzeri kardeşi olanlarda %16,4'tür (33). Ezmeci, Güraksın, Öztürk ve ark. yaptığı

bir araştırmada; ailede kişi sayısı 3 olanlarda malnütrisyon oranı toplam %6,4, 4-5 olanlarda %29,2, 6-9 olanlarda %50,1 ve +10 olanlarda %14,3'tür (35).

Koçoğlu ve ark. yaptığı araştırmaya göre; çocuklarda malnütrisyon oranı ailedeki kişi sayısı 5-7 olanlarda %9,8, 8-10 olanlarda %7,5 ve 11 üzeri olanlarda %6,6'dır. Ayrıca malnütrisyon oranı geniş ailede %3,4, çekirdek ailede %13,6'dır (87). Çalışmamızda, aile tipi, ailedeki çocuk ve malnütrisyon arasındaki ilişkiye bakıldığında çocuk sayısı arttıkça ve geniş aile olanlarda malnütrisyon görülmesinin arttığını söyleyebiliriz. Bu durum literatür ile paralellik göstermektedir.

Sosyo ekonomi seviyesi düştükçe besin değeri yüksek besinlerin tüketim oranı azalmaktadır (21). Özellikle sosyo ekonomi ve kültürel etmenlerin malnütrisyonun en temel nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir. Örneğin; sosyo ekonomik seviyesi düşük ailelerde çocuklara başlanılan ek gıdanın çeşidi/ zamanı, emzirme durumu/süresi vb. çeşitlilik gösterebilir (13). Tam tersine sosyo ekonomi seviyesi arttıkça ailelerde besin değeri yüksek besinler bulunmasına rağmen beslenme ilkelerine uygun şekilde kullanılmadığı için yetersiz ve dengesiz beslenme oluşabilmektedir (21).

Luce ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, sosyo ekonomi seviyesi düştükçe çocuklarda beslenme yetersizliği sonucu kronik hastalık, osteoporoz, anemi ve kardiyovasküler hastalıkların gelişme riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (22). Bermudez ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada ise sosyo ekonomi seviyesi arttıkça ailelerde hayvansal besin, yağ ve şeker tüketiminin sebze, meyve ve tahıl tüketimine göre arttığđı belirtilmektedir (23).

Çalışmamızda sosyal güvenceye sahip çocukların oranı %91,9, sahip olmayan oranı %8,1'dir. Geliri seviyesini yeterli bulan aileler %42,4, yeterli bulmayan aileler ise %57,6'dır (Tablo 4-11). Dereli'nin yaptığı araştırmada, ailelerin sosyal güvenceye sahip olma oranı %87, olmama oranı %13 dür (19). Adak'ın yaptığı araştırmada ailelerin sosyal güvenceye sahip olma oranı %94,7, olmama oranı %5,3 dür (97). Dik ve ark. yaptığı bir çalışmada, sosyal güvenceye sahip annelerin oranı % 94,4, olmayanların oranı %5,6'dır (100). TBSA'ya göre; Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı sosyal güvenceye sahip olanlar kentlerde %72,9 ile kırsalda %54,9'dur (94).

Garipağaoğlu ve Günöz'ün yaptığı araştırmada, çocuklarda yetersiz enerji alımı (<1200kkal); düşük sosyo-ekonomide %61, ortada %36,5 ve yüksekte %32,5 iken;

çocukların yüksek enerji alımı (>1700kcal); düşük sosyo-ekonomide %2,4, ortada %4,7 ve yüksekte %5'dir (93). Aynı şekilde vücut ağırlığı 3.persantilin altında olan çocukların oranı; düşük sosyo-ekonomide %2,4, ortada 0,5 ve yüksekte %1,5'dir. Boy uzunluğu 3.persantilin altında olan çocukların oranı ise; düşük sosyo-ekonomide %4,2, ortada %1,9 ve yüksekte %0,5'dir. 97.persantilin üzerinde olanlar ise düşük sosyo-ekonomide %1,4, ortada %2,9 ve yüksekte %3'dür 97.persantilin üstünde olan çocuklar ise düşük sosyo-ekonomide %1,9, ortada %5,7 ve yüksekte %8,8'dir. Ek olarak boya göre ağırlığı (rölatif tartı) zayıf olanlar en fazla düşük sosyo-ekonomide (%13,2) iken; şişman olanlar en fazla yüksek sosyo-ekonomidedir (%19) (93).

Ülkemizde 5 yaş altındaki çocukların %9,5'inde bodurluk görülürken; en yoksul hanelerde yaşayan (%20) çocuklarda %18,3'tür. Bu oran Türkiye genelinin neredeyse iki katıdır (95). Çalışmamızda literatüre paralel olarak sosyal güvencesi olmayan ve sosyo ekonomik seviyesi düşük olan ailelerde yaşayan çocuklarda düşük vücut ağırlığı, bodurluk ve malnütrisyon görülme oranı daha yüksektir. Bu durumu, ailelerin sosyal imkanlara ulaşma yeteneğinin kısıtlılığına bağlamaktayız.

Çocuklarda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşturulmasında; ailenin sosyo ekonomisi, eğitimi, alışkanlıkları, gelenek ve görenekleri, çevre koşulları ve dinsel inançları oldukça etkilidir (40). Okul öncesi çocuklarda gün boyunca fiziksel ve zihinsel performansın en üst seviyede tutabilmek için düzenli bir şekilde ara ve ana öğünlerin tüketilmesi sağlanmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için de öğün atlanmamalı ve günde 3 ana 2 ara öğün olacak şekilde beslenme sağlanmalıdır (102). Özellikle gece boyunca süren açlık sonrasında yapılan bir kahvaltı çocukların kan şekerinin düzenlenmesinde önemli bir role sahiptir (45). Demir eksikliği anemisi, kabızlık, olumsuz beslenme davranışı ve iştahsızlık vb. gibi problemler, bu yaş grubunda sıklıkla görülmektedir. Fakat düzenli beslenme alışkanlığı olan ailelerin çocuklarında bu problemlerin görülme oranı daha azdır (3).

Çalışmamızda, düzenli kahvaltı yapan ailelerin oranı %80, yapmayanların oranı %20'dir. Ayrıca, ailelerin %63,3'ü üç öğün, %32,4'ü iki öğün yemek tüketmektedir (Tablo 4-12). Erkan ve ark. 2007'de yaptığı bir araştırmaya göre evde düzenli kahvaltı yapmayan çocukların oranı %60'dır (103). Dereli'nin yaptığı çalışmada, ailede düzenli kahvaltı yapılma oranı %76,2'dir. Ailede en sık üç öğün beslenilirken (%72,4); en çok atlanılan öğün; %61,6 ile öğle yemeğidir. Çocukların beslenmesi değerlendirildiğinde

ise; günlük öğün sayısında, üç öğün %47 ile en yüksek oran iken; öğün saati düzenli olan çocukların oranı %72,4'tür (19). Adak'ın yaptığı araştırmada, ailede düzenli kahvaltı yapılma oranı %%90,8'dir. Tüketilen öğün sayısı en çok %85,8 ile 3 öğündür. En sık atlanılan öğün %78,4 ile öğle yemeği iken; en düzenli yenilen öğün %56,4 ile kahvaltıdır. Çocuklarda ise günlük yenilen öğün sayısı en çok %34 ile dört öğün iken; öğün saatleri düzenli olanların oranı %75,5'tir (97). Çalışmamızdaki bulgulara göre, ailelerin düzenli kahvaltı yapılması ve üç öğün sayısı çocukların beslenmesi ile pozitif ilişkilidir. Bu durum literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan çocukların annelerinin öğün sırasında negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki genel puan ortalamalarının vitamin ve mineral alma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen tüm t-test analizleri istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan çocukların annelerinin öğün sırasında negatif duygu durumu, yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar, negatif besleme stratejileri, zorla besleme ve diğerlerinin görüşüne tepki genel puan ortalamalarının ek gıdalara başlarken zorluk yaşama değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen tüm t-test analizleri istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından; "Tamamlayıcı Beslenme Programı, D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı, Demir gibi Türkiye Programı ve Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı" uygulanmaktadır. Tamamlayıcı Beslenme Programı ile 5 yaş altı çocuklarda malnütrisyonun önlenmesi hedeflenirken sağlık personeline yönelik Tamamlayıcı Beslenme Danışmanlık Eğitimleri verilmiştir. Bu sayede sağlık personellerinin annelerin ve bebeklerin ihtiyaç hallerine göre danışmanlık verebilmeleri sağlanmıştır. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı'nın uygulanmasıyla ise ortalama 15 milyon çocuk desteklenmiş ve D vitamini eksikliği eksikliği annelerde ortalama %80 iken çocuklarda %40 saptanmıştır (81).

Çalışmamıza katılan annelerin, öğün sırasında negatif duygu durumu genel puan ortalamalarının düzenli kahvaltı yapma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. T test analizi sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur [$t=-2,082$, $p=0,039$, $p<0,05$]. Düzenli kahvaltı yapanların öğün sırasında negatif duygu durumu puanları ($\bar{x}=2,62$), yapmayanların öğün sırasında negatif duygu durumu puanlarından ($\bar{x}=2,96$) istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan annelerin, “Diğerlerinin görüşüne tepki” genel puan ortalamalarının düzenli kahvaltı yapma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. T test analizi sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur [$t=-2,915$, $p=0,004$, $p<0,01$]. Düzenli kahvaltı yapanların öğün sırasında diğerlerinin görüşüne tepki puanları ($\bar{x}=2,74$), yapmayanların öğün sırasında diğerlerinin görüşüne tepki puanlarından ($\bar{x}=3,27$) istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan annelerin, “Yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar”, “Negatif besleme stratejileri” ve “Zorla besleme” genel puan ortalamalarının düzenli kahvaltı yapma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar t-test analizi, istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-20).

Optimal beslenme alışkanlığının kazandırılmasında, ailenin davranışları çocuğun beslenmeye olan yaklaşımını etkilemektedir. Örneğin; kahvaltı alışkanlığının oluşturulması, öğün saatlerinin düzenli olması ve sıcak bir ortamda besin ögesi kalitesi yüksek gıdalarla beslenilmesi önemli katkı sağlamaktadır (19). Özellikle aç halde geçen bir gece sonrasında tüketilen bir kahvaltı, çocukların kan şekerini dengelemeye yardımcıdır (44).

Arslan ve ark. tarafından 2007’de yapılan bir araştırmada, sağlıklı süt çocukların annelerine bir beslenme anketi uygulanmıştır. Bunun sonucunda annelerin %80’i kendilerine sağlık çalışanları tarafından bebek beslenmesi hakkında destek verilmesinin,

bilgilerini arttırdığını ve bebek beslenmesine olumlu katkı sağladığını söylediği belirtilmektedir (104).

Çalışmamızda, annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, anne eğitim düzeyi açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Kruskal-Whallis H testi gerçekleştirilmiştir. Test sonucu istatistiki olarak anlamlıdır [$\chi^2 = 41,064$, $p=0,000$, $p<0,05$]. Bu bulgu, annelerin beslenme anketinden aldıkları puan ortalamalarının anne eğitim durumuna göre farklılaştığını göstermektedir. Farkın kaynağını ortaya koymak ve hangi gruplar arasında istatistiki farkın olduğunu belirlemek için Post Hoc analizi yapılmıştır. Lise eğitim düzeyine sahip olan annelerin beslenme anket puanları ($\bar{X}=77,69$), okur-yazar olmayan annelerin anket puanlarından istatistiki olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca, üniversite eğitim düzeyine sahip olan annelerin beslenme anket puanları ($\bar{X}=88,05$), okur-yazar olmayan ($\bar{X}=69,08$), okur-yazar olan ($\bar{X}=68,78$), ilköğretim eğitim düzeyine sahip ($\bar{X}=73,79$) ve lise eğitim düzeyine sahip ($\bar{X}=77,69$) olan annelerin anket puanlarından istatistiki olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, gelir durumu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için bağımsız gruplar t-test analizi gerçekleştirilmiştir. Test sonucu istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır [$t=1,935$, $p=0,054$, $p>0,05$]. Bu bulgu, annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, gelir durumu açısından istatistiki olarak farklılaşmadığını göstermektedir.

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, anne çalışma durumu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Mann Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Test sonucu istatistiki olarak anlamlıdır [$U=1021,500$, $Z=-3,883$, $p=0,000$, $p<0,05$]. Çalışan annelerin beslenme anketinden aldıkları puanlar ($\bar{X}= 84,72$), çalışmayan annelerin beslenme anketinden aldıkları puanlardan ($\bar{X}= 74,34$) istatistiki olarak daha yüksektir (Tablo 4-22).

TNSA 2008 verilerine göre, bebek ölüm hızı annelerin eğitim seviyesi ile ters orantılıyken malnütrisyon ve büyüme geriliği seviyesi ile doğru orantılıdır (39). TNSA 2018 verilerinde ise çocuklarda bodurluk oranının, annenin eğitim seviyesi arttıkça azaldığı belirtilmektedir (80). Dik ve ark. yaptığı araştırmada, çalışmamıza benzer şekilde annelerin beslenme ile ilgili puanlarının üniversite mezunu olanlarda ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (100).

Annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, çocuk kilosu ve çocuk boyu açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Her iki boyut (boy ve kilo) için de ANOVA sonuçları istatistiki olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca, annelerin beslenme anketinden aldıkları puanların, vücut kitle indeksi açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için gerçekleştirilen Kruskal Wallis testi de istatistiki olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4-23).

Fadare ve ark. tarafından Nijerya'da 2019'da yapılan bir araştırmada, annelerin bilgi düzeyleri ile çocukların yaşa göre boy ($p<0,01$) ve boyaya göre ağırlık ($p<0,01$) z skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bilgi düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarının yaşa göre boy (-0,87) ve boyaya göre ağırlık (-0,84) z skorları, eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarının yaşa göre boy (-1,73) ve boyaya göre ağırlık (-1,03) z skorlarından daha yüksek bulunmuştur (101).

Ebeveynler ve çocuk aile bütünüdür, birer parçasıdır, doğru beslenme alışkanlığını, çocukta oluşturabilmek ailelerin sorumluluğundadır. Bunun için özellikle 1-5 yaş aralığı önem taşımaktadır. Ailenin tipi, yapısı, beslenme alışkanlığı ve sosyoekonomik durumu gibi etkenler de etkileyici faktörlerdir. Anne ve babanın bilgisi, sağlık okuryazarlık düzeyi, bu dönemin pozitif ya da negatif şekilde sonuçlanmasına neden olmaktadır. Bu dönemde yetişkinlikte herhangi bir kronik problemin yaşanmasını önlemek için sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması oldukça önem taşımaktadır. Bu alışkanlığın kazandırılmasının etkili şekilde gerçekleştirilebilmesinde, ailelere beslenme eğitim programlarının uygulanması olumlu katkı yapacaktır. Beslenme eğitimi boyunca, aileye çocukla birlikte yemek yeme, sağlıklı beslenme, öğün tipleri ve içeriği, yemek sırasında çocuğa karşı sabırlı olma ve temel besin grupları hakkında bilgi verilmelidir. Çocuk yemeği reddettiği durumda ısrardan ve çocuğun yemek yemesi için ödüllendirme sisteminden kaçınılarak sevgi ve sabır ile beslenme alışkanlığının kazandırılmasının önemi anlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aksoy M, Baysal A, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM ve ark. *Diyet El Kitabı*. 8. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2014.
2. Küçükali R. Çocuklarda Beslenme Bozuklukları ve Beslenmenin Okul Çocuklarının Üzerindeki Etkileri. *KKEFD* 2006;**14**:224-239.
3. Ertuğrul T, Neyzi O. *Pediyatri*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.
4. Köksal G, Gökmen H. *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. 5. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2016.
5. Gökçay G, Beyazova U. *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İstanbul: Sosyal Pediatri Derneği Yayınları Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.
6. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. *DEÜHFED* 2016;**9**(4):142-147.
7. Aktaş N, Özdoğan Y. Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi* 2016;**20**(2):146-153.
8. TEMD. *TEMĐ Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi 01: Diyabet ve Sağlıklı Beslenme*. İstanbul: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (internette) 2011, Ekim. Erişim 31.03.2020,
<http://temd.org.tr/uploads/hastalar/DiyabetveSaglikliBeslenmeKitapcigi.pdf>
9. SB. *Sağlıklı Beslenme*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı (internette) 2012, Haziran. Erişim 31.03.2020,
<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1428,sagliklibeslenmepdf.pdf?0>
10. Gökkaya Kılıç Z, Arslanyılmaz M, Attila S, Bağcı Bosi T. *Sağlıklı Beslenme*. HUTF Halk Sağlığı AD. Toplum Eğitim Sunumları (internette) 2015.
http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php Erişim 31.03.2020,
<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/toplumayonelik/beslenme.pdf>
11. Yardımcı H, Özçelik A Özfer. Üniversite Öğrencilerinin Öğün Düzenleri ve Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgisine Etkisi. *Bes Diy Der* 15 Nisan 2015;**43**(1):6-19.

12. Sert Emlek Z, Temel Bayık A. İlköğretim Öğrencilerinin Kilo Yönetiminde İlişkili Faktörler. *DEUHFED* [Internet] 2017, **10**(1): 13-21. Erişim 31.03.2020, <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/420/226>
13. Baysal A. *Beslenme*. 15.Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2014.
14. Erçim RE, Pekcan G. Genç Yetişkinlerin Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi-2005 İle Değerlendirilmesi. *Bes Diy Der* 15 Ağustos 2014;**42**(2):8-91.
15. Warren BS, Devine CM. Meat, Poultry and Fish and the Risk of Breast Cancer. Cornell University on Breast Cancer and Enviromental Risk Factors [Internet]. Fact sheet #39. Erişim 31.03.2020, <http://envirocancer.cornell.edu>
16. Yanıkkerem E, Çalık C. Osteoporoz: Bir Gözden Geçirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;**19**(1-3):167-178.
17. De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean Diet, Traditional Risk Factors, and The Rate of Cardiovascular Complications After Myocardial Infarction: Final report of The Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999;**99**:779-785.
18. Litonjua AA. Dietary Factors and the Development of Asthma. *Immunol Allergy Clin North Am* 2008;**28**(3):29-603.
19. Dereli F. 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
20. Ünver B. Sebzelerin Hazırlanması ve Pişirilmesi Sırasında Oluşan Vitamin Kayıpları. *GIDA* 1988; **13**(1).
21. Öztağ M. Ağır Astımlı Hastaların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi ve Total Antioksidan Kapasiteleri Arasındaki İlişkinin Saptanması [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019. s.14-15.
22. Demory-Luce D, Morales M, Nicklas T. Changes in food group consumption patterns from childhood to young adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;**104**(11):1684–1691.
23. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cadernos Saude Publica* 2003;**19**(1):87–99.
24. Ekşi A, Karadeniz F. Gıda Zenginleştirme Yaklaşımı ve Türkiye’de Uygulama Olanğı. *Bes Diy Der* 1996; **25**(2):47-51.

25. Kahyaoğlu F, Demirci B. Zenginleştirilmiş Ve Güçlendirilmiş Gıdaların Sağlık Üzerine Önemi ve Çeşitli Ülkelerde Uygulanması. *Bozok Tıp Derg* 2019; **9**(2):164-69.
26. Toker OS, Çakır A, Turgut A, Sural S, Oral S. Aile Planlaması Kavramına Genel Bir Bakış. *DİRİM* 2002; **5**:23-30.
27. Şirin A. Dünyadaki Nüfus Sorunu, Aile Planlaması ve Topluma Sağladığı Yararlar ve Hemşirenin Aile Planlamasındaki Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1994; **10**(1):54.
28. Baysal A. Gençliğin Beslenme Sorunları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 1993; **3**(3):97-108.
29. Fereli S, Aktaş Ş, Güneş EF. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma Koşulları, Beslenme Durumları ve Görülen Sorunlar. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; **1**(3):36-47.
30. Saltık A. İşçi Beslenmesi, *Bes Diy Der* 1995; **24**(1):123-149.
31. Bayraktar EA, Demirkan K. Besin ve Besin Ögesi ile İlaç Etkileşimleri. *Bes Diy Der* 2014; **42**(2):154-159.
32. Altaş B, Kuloğlu Z. Malnutrisyonlu Çocuğa Yaklaşım. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2011; **5**(1):54-64.
33. Şensoy F, Egemen A, Akgün B, Boztok D. Çubuk Bölgesinde 0-48 Aylık Çocuklarda Malnutrisyon Prevalansı. *Bes Diy Der* [Internet]. 30 Haziran 1991 [a.yer 20 Mayıs 2020];**20**(1):9-19. Erişim adresi: <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/667>
34. Garipağaoğlu M, Yoldaş H. Çocuk Beslenmesi ve Sağlıklı Atıştırma. *Pediatric* 2016; **8**(5):1-7.
35. Ezmeci T, Güraksın A, Öztürk S, Hacıoğlu N, Özel A. Bayburt İlinde 4-24 Aylık Çocuklarda Beslenme Durumunun Tesbiti Üzerine Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni* 1992;**24**(3):763-772
36. Oral SN. Ankara Civarında Dört Köyde Okul Öncesi Çocuklarında Yapılan Beslenme ve Sağlık Durumu Araştırması. *Hacettepe Tıp ve Sağ. Bilim. Çocuk Klin. Çalışma* 1966.
37. Uzel A. Kayseri İlinin Tomarza İlçe Merkezi ve Altı Köyünde Beslenme Durumu. *Bes Diy Der* 1972;**1**(1):0-26

38. Özmert NE. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-I: Beslenme. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; **48**(2):179-195.
39. Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Süt Çocukluğu Döneminde Beslenme. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2016;**6**(1):63-70.
40. Ünüsan N. *Anne-Çocuk Beslenmesi* [Internet]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi Lisans Programı 2010, s.135-214. Erişim:01.05.2020, <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/annecocukbeslenmesi.pdf>
41. Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity?. *J. Pediatr* 1981;**98**:883–887.
42. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti VG. Nutrition In The First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health* 2016;**13**(9):4. doi: 10.3390/ijerph13090838.
43. Adapted With Permission From Giving Your Child The Best Nutrition [patient handout]. *Am Fam Physician* [Internet] 2018;**98**(4):1. Erişim :04.05.2020, <https://www.aafp.org/afp/2018/0815/p227-s1.pdf>
44. TÇGHBD. *Oyun Çocukluğu Dönemi Beslenme Rehberi*. Ankara: Türk Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (İnternette). Erişim03.05.2020, <http://pedgastro.org/icerik/beslenme-rehberi-1.PDF>
45. Pekcan AG. Tamamlayıcı Beslenme: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme (ESPHGAN) Birliği Komitesi Görüş Raporu. *Bes Diy Der* [Internet] 03 Ocak 2019; **46**(1):1. Erişim06.05.2020, <https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/281> doi:10.33076/2018.BDD.281.
46. Gür E. *Tamamlayıcı Beslenme*. Turk Pediatri Ars 2006; **41**(4):8-181.
47. Devocioğlu E, Gökçay G. *Tamamlayıcı Beslenme*. *Çocuk Dergisi* 2012; **12**(4):159-163. doi: 10.5222/j.child.2012.159.
48. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics* 2011;**127**:544–551.
49. Akgönül G. Çocukta Beslenmenin Önemi ve Amacı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 1985; **1**(1):51-56.

50. Akkan G. *Vitaminler* [Internet]. İstanbul: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu 1999, s.45-57. Erişim 01.05.2020, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/11/1103ga.pdf>
51. Samur G. Vitaminler, Mineraller ve Sağlığımız [Internet]. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No:727; Ankara. Şubat 2008. s.14. Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/B%202.pdf>
52. Pinto TJ, Rivlin R. Handbook of Vitamins [Internet]. 5. Baskı. Haziran 2013. doi: 10.1201/b15413-7, s:214.
53. Kaya A, Kozat S, Özbek M. C ve K Vitamini Yetmezlikleri. *Turkiye Klinikleri J Vet Sci Intern Med-Special Topics* 2016; **2**(2):56-58.
54. Corkins MR, Daniels SR, de Ferranti SD, Golden NH, Kim JH, Magge SN, Schwarzenberg SJ. Nutrition in Children and Adolescents. *Med Clin North Am* 2016; **100**(6):1217-1235. doi:10.1016/j.mcna.2016.06.005.
55. Murray RD, Savoring Sweet: Sugars in Infant and Toddler Feeding. *Ann Nutr Metab* 2017; **70**(suppl 3):38-46. doi:10.1159/000479246.
56. Yılmazbaş P, Gökçay G. İlk İki Yaşta Sağlıklı Beslenme ve Sağlıklı Beslenme Alışkanlığının Getirilmesi. *Çocuk Dergisi* 2013; **13**(4):147-153.
57. Merdol KT. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Beslenmesi [Internet].1.Basım. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No:726; Ankara. Şubat 2008. s.8-9. Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%2010.pdf>
58. Aslan P, Beygo M. Çocuk Beslenmesi 1. *Bes Diy Der* 1974;**3**(1):8-18.
59. HSGM. *Temel Besin Grupları*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı (İnternette). Erişim 04.05.2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/temel-besin-gruplari.html>
60. Özer AE, Dede S, Dursun A, Avşar KY. Fonksiyonel Beslenme Gıda Piramitleri. Bölüm2 [Internet]. s.19-20. Erişim: https://www.researchgate.net/publication/322525663_Gida_Piramitleri
61. Birch LL, Jhonson SL, Anderson G, Peters JC, Schulte MC. The Variability of Young Children's Energy Intake. *N Eng J Med* 1991;**324**:37-232.
62. Bilir Ş. Çocukluk Yaşlarında İştah. *Bes Diy Der* 30 Haziran 1975;**4**(1):3-84.
63. Riley KL, Rupert J, Boucher O. Nutrition in Toddlers. *Am Fam Physician* 15 Ağustos 2018;**98**(4):227-233.

64. Ziegler P, Hanson C, Ponza M, Novak T, Hendricks K. Feeding Infants and Toddlers Study: Meal and Snack Intakes of Hispanic and Non-Hispanic Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc* 2006; **106**(1):23-107. doi: 10.1016/j.jada.2005.09.037.
65. Skinner DJ, Ziegler P, Pac S, Devaney B. Meal and Snack Patterns of Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc* 2004; **104**(1):65-70. doi: 10.1016/j.jada.2003.10.021.
66. Xue H, Maguire R, Liu J, Kollins HS, Murphy KS, Hoyo C “ve ark.” Snacking Frequency and Dietary İntake in Toddlers and Preschool Children. *Appetite* 2019; **142**(104369). doi:10.1016/j.appet.2019.104369.
67. Jacquier FE, Deming MD, Eldridge LA. Location Influences Snacking Behavior of US Infants, Toddlers and Preschool Children. *BMC Public Health* 2018;**18**(1):725. doi:10.1186/s12889-018-5576-5.
68. Moshfegh AJ, Rhodes DG, Goldman JD, Clements JC.Characterizing The Dietary Landscape of Children, 12-35 Months. *Nutr Today* 2017;**52**:52-59.
69. Grimes CA, Szymlek-Gay EA, Campbell KJ, Nicklas TA. Food Sources of Total Energy and Nutrients Among U.S. Infants and Toddlers. *National Health and Nutrition Examination Survey (2005-2012)* 2015;**17**:6797-6836.
70. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Cur Gastroenterol Rep* 2019;**21**(10):51. doi:10.1007/s11894-019-0719-0.
71. Kermen S, Aktaç Ş. Çocuklarda Seçici Yeme ve Risk Faktörleri. *JCP* 2018;**16**(3):85-102.
72. Dündar N, Dündar B. Malnütrisyonlu Çocuğun Değerlendirilmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg* 2006;**13**(4):39-42.
73. Selçuk H. TGV. *Malnütrisyon ve Önemi*. Ankara: Türk Gastroenteroloji Vakfı 16/2. Erişim: <http://guncel.tgv.org.tr/journal/41/pdf/100071.pdf>
74. Bayrı S, Egemen A. Kırsal Alanda Malnütrisyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Bes Diy Der* [Internet]. 30 Haziran 1984 [a.yer 20 Mayıs 2020];130:3-21. Erişim adresi: <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/867>
75. Yurdakök K, İnce TO. Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisini Önleme Yaklaşımları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;**52**(4):224-231.

76. Akyüz ÖD, Nutrisyonel Rikets Hastalığı. *Pediatric* 2018; **10**(3):7-11.
77. Köksal G, Özel, GH. Okul Öncesi Dönemde Obezite [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı No: 729, Klasmat Matbaacılık; Şubat 2008. Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t48.pdf>
78. Köroğlu S. Okul Öncesi Dönem 4-6 Yaş Arası Çocuklarda Aileden Kaynaklanan Beslenme Bozukluklarının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Konya]: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı; 2009. s.18.
79. Kuşgöz A, Aydınoglu S. Erken Çocukluk Çağı Çürükleri ve Etiyolojisi: Güncel Literatür Derlemesi. *Selcuk Dent J* 2016; **3**: 39-48.
80. HNEE. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C.Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK (İnternette) 2019. Erişim 16.05.2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
81. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste>
82. UNICEF. *The State of The World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world*. New York: United Nations Children's Fund (İnternette) 2019. Erişim: <https://www.unicef.org/media/63016/file/SOWC-2019.pdf>
83. Ankara İli Sincan İlçesi Birinci Basamak Sağlık Personelinde Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Programı Geliştirilmesi [Internet]. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No:1085; 2018. Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20S%C4%B0NCAN%20RAPORU.pdf>
84. Madalı B, Dikmen D, Piyal B. Beslenme Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesinde Sağlık Okuryazarlığı Yeterli Mi?. *Bes Diy Der* 2017;**45**(2):153-160.
85. Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı [Internet]. Ankara Üniversitesi Yayın No: 455 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3; Ankara. 2015 Erişim: [https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/10793/Sa%C4%9Flık%20Okuryazarl%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1k.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/10793/Sa%C4%9Flık%20Okuryazarl%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1k.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

86. Arslan P, Büyüktopçu N. Aileye Yapılan Beslenme Eğitiminin Malnütrisyonun İyileşmesine Olan Etkinliği, *Bes Diy Der* 1978;7(1)7-72.
87. Koçoğlu G, Polat H, Özgür S. Ailelerin Beslenme Olanakları ve Annelerin Çocuk Beslenmesi Konusundaki Bilgileri İle Çocukların Fiziksel Gelişimleri Arasındaki İlişkiler. *Bes Diy Der* 1990;19(1):2-11.
88. Kılıç S. Örneklem Büyüklüğü, Güç Kavramları ve Örneklem Büyüklüğü Hesaplaması. *Journal of Mood Disorders* 2012;2(3):2-140.
89. Dağ İ, Dilsiz H. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği(BSATÖ): Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2018;1-9. doi: 10.12956/tjpd.2018.380.
90. Alsaffar AA. Validation of A General Nutrition Knowledge Questionnaire In A Turkish Student Sample. *Public Health Nutrition* 2020;15(11):2074-2085. doi: 10.1017/S1368980011003594.
91. Bundak R, Furman A, Gökçay G, Günöz H, Neyzi O, Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51:1-14.
92. Peker E, Topaloğlu N, Şahin ME, Eşsizoglu E, Uludağ A, Güngör S “ve ark.” Çocukların Vücut Ağırlığı ve Görünümleri İle İştahları Hakkındaki Ebeveyn Değerlendirmelerinin Nesnel Ölçütlerle İlişkisi. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(3):142-148.
93. Garipağaoğlu M, Günöz H. 3-6 Yaş Arası İstanbul’da Yaşayan Çocuklarda Beslenme Özellikleri ve Büyüme-Gelişmeye Yansıması. *Bes Diy Der* [Internet]. 31 Aralık 1993 [a.yer 26 Mayıs 2020];22(2):161-70. Erişim adresi: <https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/611>
94. SB, *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (internette) 2014. Erişim: 23.05.2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
95. AÇEV, *Türkiye’de Erken Çocukluk Bakımı ve Okul Öncesi Eğitime Katılım*. İstanbul: Anne Çocuk Eğitim Vakfı (internette) 2017. Erişim: 23.05.2020, <https://www.acev.org/wp-content/uploads/2018/01/Tu%CC%88rkiyede-Erken->

[C%CC%A7ocukluk-Bak%C4%B1m%C4%B1-ve-Okul-O%CC%88ncesi-Eg%CC%86itime-Kat%C4%B1l%C4%B1m-30.10.17.pdf](#)

96. Kobak C. Okul Öncesi Dönemde (3-6 yaş) Ana Çocuk Sağlığı ve Anaokulundaki Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
97. Adak N. 1-5 Yaş Arası Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
98. Şahin AG, Kaya N, Kondolot M. Annelere Verilen Eğitimin Tamamlayıcı Beslenme Üzerine Etkisi. *Bes Diy Derg* 2019;Erken Görünüm:1-10. doi: 10.33076/2020.BDD.1257.
99. Çivi S, Koruk İ. Konya İli Hasanköy Sağlık Ocağı Bölgesinde İlköğretim Okulu 1.Sınıf Öğrencilerinde Kronik Malnütrisyon Prevalansı. *Erciyes Tıp Dergisi* 2005;27(2):64-69.
100. Dik K, Koyuncuoğlu E, Çelik HT, Korkmaz A. Annelerin Bebek Bakımı ve Beslenmesi İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2012;55(2):77-81.
101. Fadare O, Amare M, Mavrotas G, Akerele D, Ogunniyi A. Mother's Nutrition-Related Knowledge and Child Nutrition Outcomes: Empirical Evidence From Nigeria. *PLoS ONE* 2019;14(2):e0212775. doi: 10.1371/journal.pone.0212775.
102. HSGM. *Okul Öncesi Sağlıklı Beslenme*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlığım Halk sağlığına Yönelik Bilgiler (internette). Erişim: 26.05.2020, <https://sagligim.gov.tr/saglikli-beslenme/okul-oncesi-saglikli-beslenme.html>
103. Erkan T, Yalvaç S, Erginöz E, Çokuğraş ÇF, Kutlu T. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası'ndaki Çocukların Beslenme Durumlarının Antropometrik Ölçümlerle Değerlendirilmesi. *Türk Ped Arş* 2007; 42:7-142.
104. Arslan N, Akbaş A, Kameri M, Korkmaz Ö, Polat B. Sağlıklı Süt Çocuklarında Beslenme Tipleri ve Annelerin Bebek Beslenmesi Uygulamaları: Anket Çalışması. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;21(1):1-5.

HAM VERİLER



FORMLAR

Form 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Form 2: Katılımcı Bilgi Formu

Form 3: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği

Form 4: Genel Beslenme Bilgisi Anketi

Form 5: Beslenme Eğitimi Formu



Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HALK
SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI TEZ ÇALIŞMASI İÇİN
HAZIRLANAN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra Şen tarafından, Doç. Dr. Hülya GÜL danışmanlığıyla, “**1-5 Yaş Çocukların Beslenme Durumlarının, Antropometrik Ölçümler Ve Ailelerin Beslenme Bilgi Sağlık Okuryazarlığı Durumları İle Değerlendirilmesi**” amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Sizden, bu amaçla hazırlanmış anketimize katılmanızı istiyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmayınız. Bu formlardan elde edilecek bulgular tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Yukarıda yazılanları OKUDUM ve ANLADIM. Bu çalışmaya TAMAMEN GÖNÜLLÜ olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakıp çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

TARİH :

KATILIMCI ADI SOYADI VE İMZASI :

ARAŞTIRMACI ADI SOYADI VE İMZASI : Büşra ŞEN

TELEFONU : 0 554 783 04 95

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Tarih:

Doğum Tarihi:

Yaş:

Cinsiyet: Kız () Erkek ()

1. Çocuk kaç aylık doğdu?**2. Doğum Kilosu?****3. Doğum Boyu?****4. Şu andaki:**

Kilosu (kg)..... Persentil

Değeri.....

Boyu(cm)..... Persentil

Değeri.....

Baş çevresi(cm)..... Persentil

Değeri.....

Göğüs Çevresi(cm)..... Persentil

Değeri.....

Üst Kol Çevresi(cm)..... Persentil

Değeri.....

5. Yuvaya Gidiyor Mu?

Evet()

Hayır()

6. Aldığı Vitamin ve Mineraller Var mı?

Evet()

Hayır()

7. Bebeğinizi 0-6 Ay İken Ne İle Beslediniz?

Anne Sütü ()

Mama()

Anne Sütü ve Mama()

Anne Sütü ve Ek Gıda()

Diğer()

8. Anne Sütü İle Beslenme Süresi

0-6 Ay()

6-12 Ay()

12-18 Ay()

18-24 Ay()

24 Ay Üstü()

9. Ek Gıdalara Başlama Yaşı:

10. Ek Gıdalara Başlanan Yiyecek:

Süt ve Süt Grubu()

Et ve Et Grubu()

Tahıl ve Tahıl Ürünleri Grubu()

Meyve ve Sebze Grubu()

11. Ek Gıdaya Başlarken Zorluk Yaşadınız mı?

Evet()

Hayır()

12. Anne:

Yaş.....
Eğitim.....
Meslek.....
Sağlık Durumu.....
Boy.....
Kilo.....

13. Baba:

Yaş.....
Eğitim.....
Meslek.....
Sağlık Durumu.....
Boy.....
Kilo.....

14. Aile Tipiniz Nedir?

Geniş Aile (Anne-Baba-Çocuk-Büyük Anne/Büyük Baba)()
Çekirdek Aile (Anne-Baba-Çocuk)()
Parçalanmış Aile (Anne-Baba Boşanmış)()

15. Sosyal Güvence:

Var ()

16. Aile Geliri Sizce Yeterli Mi?

Evet ()
Hayır ()

17. Evde Düzenli Kahvaltı Yapılır mı?

Evet ()
Hayır ()

18. Günde Kaç Öğün Yemek Yersiniz?

1()

2()

3()

4 ve Üzeri ()

19. Öğün Saatleriniz Nasıldır?

Sabah:

Öğle:

Akşam:

20. En Düzenli Öğün Hangisidir?

Sabah ()

Öğle ()

Akşam ()

Form 3:**BESLENME SÜRECİ ANNE TUTUMLARI ÖLÇEĞİ**

Değerli Anne,

Beslenme sürecinde çocuklar kadar anneleri de anlayabilmek bizim için oldukça önemlidir. Bu ölçek, çocuğunuzun yeme ve beslenmesi ile ilgili olarak sizin duygu, düşünce, davranış ve yaklaşımlarınızı anlayabilmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen maddeleri dikkatlice okuyunuz. Maddelerin karşısında yer alan “Hiçbir zaman-Nadiren-Arada sırada-Genellikle-Her zaman” seçeneklerinden sizin için uygun olanını işaretleyiniz. İşaretlemelerinizi “X” şeklinde yapabilirsiniz.

LÜTFEN BÜTÜN MADDELERİ ÇOCUĞUNUZUN BESLENMESİ İLE İLGİLİ KONULARI DÜŞÜNEREK İŞARETLEYİNİZ!	Hiçbir zaman	Nadiren	Arada sırada	Genellikle	Her zaman
1. Öğün sırasında veya sonunda kendimi yorgun hissederim.					
2. Öğün sırasında kendimi çaresiz hissederim.					
3. Öğün sırasında çocuğuma karşı tahammülüm düşer.					
4. Çocuğumun beslenmesi ile ilgili konularda ümitsizliğe kapılırım.					
5. Çocuğumun öğün sırasındaki olumsuz yeme davranışları ile baş etmekte zorlanırım.					
6. Onca uğraşıma rağmen yemediğinde hayal kırıklığına uğrarım.					
7. Müdahale etmezsem çocuğumun dengesiz ve/veya yetersiz besleneceğinden endişe ederim.					
8. Yetersiz beslenmesinin çocuğumun çabuk hastalanmasına neden olacağından endişe ederim.					
9. Çocuğum yeterince yemediğinde kendimi kötü hissederim.					

10. Çocuğumun yemek seçmesi beni üzer.					
11. Çocuğum acıktığını belli etmese, söylemese veya “aç değilim” dese bile saati gelmişse öğününü hazırlar yediririm.					
12. Çocuğumun yeterince kilo alamaması veya kilo vermesi beni kaygılandırır.					
13. Bir lokma daha yemesi için tatlı sözlerle ikna etmeye çalışırım.					
14. Reddettiği bazı besinleri ona fark ettirmeden yediririm.					
15. Evde yemeyi reddettiğinde park, bahçe veya komşunun evinde yemek yediririm.					
16. Hazırladığım yemekten hoşlanmazsa başka bir şeyler hazırlarım.					
17. Evde elimde tabak ve kaşıkla yemek yemesi için peşinde dolaşırım.					
18. Oyun, oyuncak, televizyon, bilgisayar vb. ile meşgul ederek yemek yemesini veya yemeye devam etmesini sağlarım.					
19. Kardeşini, arkadaşını veya bir tanıdığı kıskanmasını sağlayarak (örneğin “abisi sen dur yeme Ayşe yiyecek” vb. sözler söyleyerek) yemek yediririm veya yemeye devam etmesini sağlarım.					
20. Yemesi için tehdit ederim, korkuturum.					
21. Yemeyi reddettiğinde gerekirse yemeği ağzına zorla sokarım.					
22. Yeterince yemediğinde ona kızarım, bağırırım.					
23. Yemesi veya yemeye devam etmesi için “yemezsen senin annen olmam” ya da “yemezsen başka bir					

çocuğun annesi olurum” gibi sözler söylerim.					
24. Başkalarının çocuğumun boyu, kilosu konusunda yorum yapması beni rahatsız eder.					
25. Yemesi konusunda başkalarının bana akıl vermesinden rahatsız olurum.					
26. Zayıf olursa çevremdekilerin beni beceriksiz ya da yetersiz anne olarak değerlendirebilecekleri düşüncesi beni rahatsız eder.					
27. Eşim-annem-kayınvalidem-aile üyesi olan başka ir yetişkin veya çocuğumun bakıcısı ile çocuğumun beslenmesi ile ilgili konularda sorun yaşarım.					

Dağ İ., Dilsiz H., (2018). Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ), Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, doi: 10.12956/tjpd.2018.380

GENEL BESLENME BİLGİSİ ANKETİ

Değerli Katılımcı,

Bu genel beslenme bilginizi ölçen bir ankettir; bir sınav değildir. Verilen cevaplar ülkemizdeki beslenme eğitiminin değerlendirilmesi açısından yol gösterici olacaktır.

1. Anketi kendi başınıza, başkalarından ya da yazılı kaynaklardan yardım almadan tamamlamanız gereklidir.
2. Yanıtlarınız gizli kalacak, başka hiç bir amaçla kullanılmayacaktır.
3. Eğer bir sorunun yanıtını bilmiyorsanız lütfen tahmin etmek yerine “Emin değilim” seçeneğini işaretleyin.

Bölüm A. İlk birkaç soru uzmanların bize verdiği bilgiler ile ilgili olarak ne düşündüğünüz üzerinedir.

A1. Sizce sağlıkla ilgili konularda uzman olan kişiler aşağıdaki gıdaları eskiye oranla daha çok mu, aynı miktarda mı ya da daha az miktarlarda mı tüketmemizi önermektedir?

(Her bir gıda için lütfen bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Daha Çok	Aynı Miktarda	Daha Az	Emin Değilim
Sebzeler				
Şekerli Gıdalar				
Kırmızı et, sakatat				
Niştastalı Gıdalar				
Yağlı Gıdalar				
Yüksek oranda posa (diyet lifi) içeren gıdalar				
Meyveler				
Tuzlu Gıdalar				

A2.Uzmanlar günde kaç porsiyon sebze ve meyve tüketmemizi önermektedir? Örneğin bir porsiyon meyve 1 orta boy elma, bir porsiyon sebze 1 orta boy havuçtur.

- a) 3 b) 4 c) 5 d) Emin değilim

A3. Uzmanlar, hangi tip yağların kullanımının azaltılmasının sağlığımız için önemli olduğunu söylemektedir?

(Seçeneklerden birini işaretleyiniz.)

- (a) Tekli doymamış
(b) Çoklu doymamış
(c) Doymuş yağ asitleri
(d) Emin değilim

A4. Tuz gıdaların yapısında bulunabilir ya da bizler tarafından sonradan gıdalara eklenebilir. Uzmanlar bir günde tükettiğiniz toplam tuz miktarının ne kadardan fazla olmaması gerektiğini söylemektedir?

(Seçeneklerden birini işaretleyiniz.)

- (a) Bir çay kaşığından (3g) fazla olmamalı
(b) Bir tatlı kaşığından fazla (6g) olmamalı
(c) Bir yemek kaşığından fazla (10g) olmamalı
(d) Emin değilim

Bölüm B. Uzmanlar, gıdaları gruplara ayırmışlardır. Bu bölümde, bu gruplardan hangi gıdaların yer aldığını biliniz bilinmediğini belirlemek istiyoruz.

B1. Aşağıdaki şeker eklenmiş gıdaların şeker içeriklerine göre yüksek ya da düşük olarak sınıflandırınız.

(Her gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Yüksek	Düşük	Emin Değilim
Hazır nar ekşisi sosları			
Hazır meyveli yoğurt			
Dondurma			
Konsantre meyve Suyu			
Ketçap			
Fındık Ezmesi			

(Sarelle vs.)			
---------------	--	--	--

B2. Size göre, hangisi yüksek ya da düşük miktarda yağ içerir?

(Her gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Yüksek	Düşük	Emin Değilim
Makarna (pişmiş, sade)			
Düşük yağlı Margarin			
Simit			
Salam			
Bal			
Kızarmış yumurtalı ekmek			
Kuruyemiş			
Ekmek			
Lor peyniri			
Ayçiçek yağı			

B3. Size göre uzmanlar aşağıdakilerden hangisini “nişastalı gıda” olarak kabul etmektedir?

(Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Peynir			
Makarna			
Tereyağı			
Kuruyemiş			
Pilav			
İrmik muhallebisi			

B4. Aşağıdaki gıdaların tuz içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz.

(Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Yüksek	Düşük	Emin Değilim
Sosis			
Makarna			
Füme balık/çiroz			
Kırmızı et			
Donmuş sebze			
Salamura peynir			

B5. Aşağıdaki gıdaların protein içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz.

(Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Yüksek	Düşük	Emin Değilim
Tavuk			
Peynir			
Meyve			
Piyaz			
Tereyağı			
Soya Fasulyesi			
Mantar			

B6. Aşağıdaki gıdalar trans yağ asidi içerir mi?

(Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Margarin			
Kaşar Peyniri			
Hazır kuru pasta			
Ay çekirdeği			
Zeytinyağı			

Cipsler			
---------	--	--	--

B7. Aşağıdaki gıdaların posa (diyet lifi) içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz.

(Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Yüksek	Düşük	Emin Değilim
Tam tahıllı kahvaltı gevreği			
Yumurta			
Kırmızı et			
Brüksel lahanası			
Balık			
Kuru kayısı			
Peynir			
Piyaz			

B8. Aşağıdaki gıdaların doymuş yağ içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz.

(Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Yüksek	Düşük	Emin Değilim
Uskumru			
Dana kıyması (tam yağlı)			
Zeytinyağı			
Kaşar peyniri			
Ayçiçek yağı margarin			
Badem/fındık			
Kaymak			

B9.Sizce uzmanlar aşağıdaki gıdaları kırmızı etin yerine protein alımı/içeriği açısından bir alternatif olarak önermekte midir?

(Her bir gıda için tek bir tanesini işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Ciğer sote			
Salam			
Piyaz (kurufasulye)			
Kuruyemiş			
Düşük yağlı peynir			
Milföy böreği/kiş			

B10. Bazı gıdaların yağ içeriği yüksektir ancak bu gıdalar kolesterol içermeyebilir.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

B11. Bir çay bardağı şeker katılmamış meyve suyu (taze sıkılmış ve bekletilmemiş) enerji ve vitamin içeriği açısından bir porsiyon meyve yerine geçer.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

B12. Ispanakta bulunan demir kırmızı ette bulunan demir kadar faydalıdır.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

B13. Kahverengi şeker, beyaz şekerin sağlıklı bir alternatiftir.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

B14. Bir bardak tam yağlı sütte, bir bardak yarım yağlı süttten daha çok protein vardır.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

B15. Kırmızı et ve tavuk omega-3 yağ asitlerinin önemli kaynaklarıdır.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

B16. Bir bardak tam yağlı sütte bir bardak yarım yağlı süttten daha çok kalsiyum vardır.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin değilim

B17. Katı olan yağlar diğer yağlardan daha fazla doymuş yağ asidi içerir.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Katılıyorum
- (b) Katılmıyorum
- (c) Emin Değilim

Bölüm C. Bu bölümdeki sorular diyetimizde yer alan gıdalarla ilgilidir.

Bu bölümdeki soruları lütfen neyi sevip neyi sevmediğinize göre yanıtlamayınız. Sadece sorunun doğru yanıt olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Örnek soru. Gıdalarla aldığı yağı azaltmak isteyen bir kişinin aşağıdaki yumurta çeşitlerinden hangisinin tüketilmesi en uygundur?

- (a) Haşlanmış yumurta
- (b) Yağda yumurta
- (c) Patatesli yumurta
- (d) Sucuklu yumurta

C1. Düşük yağ ve yüksek posa (diyet lifi) içeriğine sahip olan gıdayı seçiniz.

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Muhallebi
- (b) Kuru üzüm
- (c) Diyet çikolata
- (d) Simit ve ayran

C2. Düşük yağ ve yüksek posa (diyet lifi) içeriğine sahip olan hafif bir öğün aşağıdakilerden hangisi olabilir?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Izgara tavuk
- (b) Beyaz ekmek ile yapılmış sucuklu tost
- (c) Mercimek köftesi
- (d) Tavukla milföy böreği

C3. Gıdalarla aldığı yağı azaltmak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini seçmelidir?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Izgara biftek
- (b) Izgara sosis
- (c) Izgara hindi

(d) Izgara köfte

C4. Tatlı yeme isteği duyan ancak aldığı şeker miktarını kısıtlamak isteyen bir kişinin aşağıdakilerden hangisini tüketmesi en uygundur?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

(a) Üzerine bal sürülmüş tost ekmeği

(b) Meyveli gofret

(c) Bisküvi

(d) Kayısı (kuru ya da taze) eklenmiş yoğurt

C5. Aşağıdakilerden hangisinin enerji içeriği daha düşüktür?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

(a) Fırında pişirilmiş sade elma

(b) Hazır çilekli yoğurt

(c) Simit ve ayran

(d) Sade dondurma

C6. Aşağıdakilerden hangisi düşük yağlıdır?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

(a) Sade krem peynir

(b) Koyun peyniri

(c) Eski kaşar

(d) Lor peyniri

C7. Diyetle aldığı tuzu azaltmak isteyen biri için hangisinin tüketilmesi en uygundur?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

(a) Hazır pizza

(b) Et suyu tableti eklenerek hazırlanmış pilav

(c) Hazır çorba

(d) Mantarlı omlet

C8. Daha fazla miktarda vitamin ve mineral almak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini seçmelidir?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

(a) Beyaz ekmek

(b) Kepekli ekmek

(c) Tam tahıllı ekmek

(d) Emin Değilim

C9. Diyetinin yağdan gelen enerjisini azaltmak isteyen bir kişi, aşağıdakilerden hangisini azaltmalıdır?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

(a) Tereyağı

(b) Ayçiçek yağı

(c) İki de aynı

(d) Emin Değilim

C10. Enerji alımını azaltmak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisinden en fazla kaçınmalıdır?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Şeker
- (b) Patates
- (c) Yağ
- (d) Emin Değilim

C11. Diyetle kolesterol alımını düşürmek isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini tüketmemelidir?

(Bir tanesini işaretleyiniz.)

- (a) Tahıllar
- (b) Hayvansal yağlar
- (c) Bitkisel yağlar
- (d) Emin Değilim

Bölüm D. Bu bölümdeki sorular hastalıklar yada sağlık sorunları ile ilgilidir.

D1. Aşağıdakilerden hangisi az miktarda meyve tüketiminin neden olduğu hastalık ya da sağlık sorunudur?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Kabızlık			
Astım			
Soğuk algınlığı			
Diş çürüğü			
Siroz			

D2. Aşağıdakilerden hangisi şeker tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Şeker hastalığı			
Katarakt			
Anemi			
Kalp hastalığı			
Saç dökülmesi			

D3. Aşağıdakilerden hangisi tuz ya da sodyum tüketimine bağlı olarak gelişen bir hastalık ya da sağlık sorunudur?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Yüksek tansiyon			
İshal			
Gece körlüğü			
Hepatit			
Böbrek hastalığı			

D4. Aşağıdakilerden hangisi yağ tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Şişmanlık			
Yüksek kolesterol			
Migren			
Kabızlık			
Kalp hastalığı			

D5. Size göre, aşağıdakiler bazı kanser türlerine yakalanma riskini azaltabilir mi?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Daha fazla posa (diyet lifi) tüketmek			
Daha fazla meyve ve sebze tüketmek			
Daha az meyve tüketmek			
Daha az tuz tüketmek			
Daha az şeker tüketmek			

D6. Size göre, aşağıdakiler kalp hastalıklarını önleyebilir mi?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
Daha fazla posa(diyet lifi) tüketmek			
Daha fazla meyve ve sebze tüketmek			
Daha az tuz tüketmek			
Daha az doymuş yağ tüketmek			

D7. Sizce aşağıdakilerden hangisi antioksidan vitamin sınıfına girer?

(Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır	Emin Değilim
A vitamini			
B vitaminleri			
C vitamini			
D vitamini			
E vitamini			
K vitamini			

Bölüm E. Son olarak, sizinle ilgili birkaç soru sormak istiyoruz.

E1. Cinsiyetiniz nedir?

- (a) Erkek (b) Kadın

E2. Kaç yaşındasınız?.....

E3. Boy.....

E4. Kilo.....

E5. Medeni durumunuz:

- (a) Bekar (b) Evli (c) Dul

E6. Çocuğunuz var mı? Varsa lütfen sayısını belirtiniz.

- (a) Hayır (b) 1 (c) 2 (d) 3 (e) 4 (f) 4 den fazla

E7. Öğrenim durumunuz

- (a) Okur-yazar değil
(b) Okur-yazar
(c) İlköğretim
(d) Lise
(e) Üniversite
(f) Yüksek lisans

E8. Mesleğiniz nedir? Eğer şu anda çalışmıyorsanız, her zamanki işiniz nedir?

(Lütfen net olun.)

.....

E9. Eğer sizden başka evi geçindiren biri varsa, bu kişinin mesleği nedir?

(Lütfen net olun.)

.....

E10. İş durumunuzla ilgili olarak lütfen birini işaretleyiniz.

(Bir tanesini işaretleyin.)

- (a) Tam zamanlı çalışıyorum
(b) Yarı zamanlı çalışıyorum
(c) Çalışmıyorum
(d) Ev hanımı
(e) Emekli
(f) Öğrenci
(g) Özürlü ya da çalışamayacak kadar hasta

E11. Daha önce sağlık ya da beslenme ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- (a) Evet (lütfen açıklayın.....)
(b) Hayır

E12. Şu anda herhangi bir nedenle diyet ya da rejim yapıyor musunuz?

- (a) Evet
(b) Hayır

Eğer cevabınız evet ise;

- 1) Niçin yaptığınızı belirtiniz.

.....

.....

- 2) Diyet listenizi nereden edindiğinizi belirtiniz.

.....

.....

E13. Sağlık ya da beslenme ile ilgili bilgileri nereden edirsiniz?

(Lütfen sadece en uygun olan bir yanıtı işaretleyiniz.)

- (a) Kitaplar
(b) Gazete-dergi
(c) İnternet
(d) Doktor/Hemőire
(e) Diyetisyen
(f) Okulda öğretmenden
(g) Diğer.....

SON

Bu anketi doldurduğunuz için çok teşekkür ederiz. Eğer anketle ilgili yapmak istediğiniz yorumlar varsa lütfen belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BESLENME EĞİTİMİ FORMU

❖ BESİN GRUPLARI

Besinler, bilim insanları tarafından içerdikleri protein, yağ, karbonhidrat, vitamin ve mineral içeriklerine göre gruplandırılmıştır.

1. **Et ve Benzeri:** Protein, demir ve çinko içeriği yüksektir. Örneğin; tavuk, balık, dana, koyun, kuru baklagiller, yumurta, peynir, fındık, fıstık, ceviz...
2. **Süt ve Türevleri:** Protein, kalsiyum içerikleri yüksektir. Örneğin; süt, yoğurt, ayran, çökelek...
3. **Tahıllar:** Karbonhidrat ve b grubu vitamin içerikleri yüksektir. Örneğin; pirinç, mısır, buğday, ekmek, makarna, bulgur...
4. **Sebze ve Meyveler:** Az miktarda karbonhidrat-protein, yüksek miktarda lif-posa, C, E, K ve B vitaminlerini içerir. Örneğin; Pazı, taze fasulye, kabak, ıspanak, elma, armut, şeftali, portakal, nar...
5. **Yağlar ve Şekerler:** A ve E vitaminleri ve enerji içeriği yüksektir. Örneğin; tereyağı, zeytinyağı, ayçiçeği yağı, mısır yağı, tahin helva...

❖ GÜNLÜK ÖNERİLEN PORSİYONLAR



- ❖ Günde 2-3 porsiyon süt, yoğurt, peynir
- ❖ Günde 2-3 porsiyon et, yumurta, kurubaklagil
- ❖ Günde 3-4 porsiyon sebze
- ❖ Günde 2-3 porsiyon meyve
- ❖ Günde 3-7 porsiyon ekmek, bulgur, pirinç, makarna

❖ GÜNLÜK TUZ ALIMI



!!!Yemeklerinizin tadına bakmadan tuz atmayın.

!!!Salamura peynir, zeytin, asma yapraklarını 1

- ❖ Günlük normal tuz gereksinimi 6g'dır. (1 çay kaşığı)
- ❖ Fazla tuz alımı hipertansiyona yol açar.
- ❖ **Tuzlu gıdalar:** bulyon, cips, salamura zeytin, salamura peynir, salamura asma yaprak, kek, bisküvi, salça, hazır çorba, makarna, hamur işi, hazır soslar, pasta, börek, kahvaltılık gevrek...

❖ YAĞ ASİTLERİ

Yağlar, doymuş ve doymamış yağlar(tekli doymamış, çoklu doymamış) olarak sınıflandırılır.

- ❖ **Doymuş yağlar(Katı yağlar):** Tereyağı, margarin, kuyruk yağı, iç yağı, tam yağlı süt ve ürünleri, et ve et ürünleri
- ❖ **Doymamış yağlar(Sıvı yağlar):** Zeytinyağı, fındık yağı, ayçiçeği yağı, mısırözü yağı, balık yağı, keten tohumu, ceviz

!!! Margarinler, sıvıyağlardan kimyasal şekilde elde edilir ve trans yağ içerikler daha yüksektir.

!!! Doymuş yağ tüketimi çok fazla ise vücudunuzda kolesterol oranı artar ve kalp hastalıklarına yakalanma riski yükselir.

!!! Haftada 2-3 kez balık tüketimi önerilmektedir.

❖ EKLENTİ ŞEKER-TATLANDIRICI

Besinlere gıda endüstrisi ile sonradan eklenen şeker anlamına gelmektedir. Eklenen şekerin, şeker pancarı ve şeker kamışından üretilen sofr şekerine göre maliyeti daha ucuzdur. Bu nedenle gıda endüstrisi besinlere tat vermek için “tatlandırıcı” olarak bunları tercih etmektedir.

İlave ek şeker belirteçleri:

- ❖ Glikoz ya da früktoz şurubu (ucuz!!!)
- ❖ Kahverengi şeker
- ❖ Mısır şurubu
- ❖ Meyve suyu konsantresi
- ❖ Bal
- ❖ Malt şekeri
- ❖ İnvert şeker
- ❖ Melas şurup(şeker tortusu)
- ❖ Glikoz, maltoz, sukroz

!!! Fazla şeker/früktoz şurubu/glikoz şurubu, diş çürükleri, obezite, insülin direnci tip2 diyabet, hipertansiyon, pankreas kanseri, koroner kalp ve kronik böbrek hastalıklarına yol açmaktadır.

!!! Gazlı içecekleri limonata, hazır meyve suları, şekerlemeler, turtalar, kekler, pastalar, akide şekeri, kurabiyeler, hamur işi tatlılar, helvalar, sütlü tatlılar, marmelat, reçel, aromalı hazır sütler, şekerli sakızlar...

!!! Yapay tatlandırıcılar fazla tüketildiklerinde(şekerli sakızlar...) laksatif etkileri nedeniyle sulu dışkılamaya neden olabilir. Ksilitol, mannitol, sorbitol...

❖ LİF-POSA

Diyet posası, çözünür ve çözünmeyen posa olarak 2 tiptedir.

Vücudunuza sağlayacağı faydalar ise şu şekilde sıralanabilir:

- ❖ Yeme isteğiniz azalır.
- ❖ Kabızlığı önler.
- ❖ Diyabete karşı koruyucudur.
- ❖ Kolesterol düşürmeye yardımcıdır.
- ❖ Kolon-rektum kanserini önlemede etkilidir.
- ❖ Varise karşı korumaya yardımcıdır.
- ❖ İlaçların kimyasal zehirli etkilerini azaltmaya yardımcıdır.
- ❖ Kurubaklagiller, tahıllar, tam buğday/kepekli/çavdar/mısır ekmek, bulgur pilavı, yulaf, sebze, meyve, badem, ceviz, kestane...

❖ HAYVANSAL-BİTKİSEL PROTEİN

Pek çok besin vücudumuz için temel yapıtaşı olan protein kaynağıdır. Hayvansal ve bitkisel olarak 2 tiptedir.

- ❖ **Hayvansal protein:** Kolesterol içeriği daha yüksek olduğu için tüketirken dikkat edilmelidir. Yumurta, kırmızı et, tavuk eti, balık, süt, peynir, süt ürünleri... Ayrıca tüketilirken c vitamini ile birlikte tüketimi içerisindeki demir emilimine yardımcıdır.

!!! Et yemeklerini yoğurt/ayran/cacık ile değil, bol limonlu bir salata ile tüketin.

- ❖ **Bitkisel protein:** Kurubaklagiller, tahıllar, pirinç, bulgur, mısır...

❖ ESMER ŞEKER

Esmer şeker, beyaz şekerin şeker kamışından elde edilen “melas” ile karıştırılması sonucu elde edilir. (Beyaz şeker + Melas => Esmer Şeker)

- ❖ Melas içeriğine göre rengi ve eser miktarda vitamin-mineral içeriği oluşur.
(Kalsiyum, potasyum, demir)
- ❖ Kalorisi beyaz şekere göre küçük farkla daha azdır.
(4 g esmer şeker 15 kalori, 4g beyaz şeker 16,3 kalori)
- ❖ İşlenmediği için glisemik indeksi beyaz şekere göre az miktarda daha düşüktür.

!!! Fazla şeker tüketimi, esmer ya da beyaz fark etmeksizin obezite, kanser, koroner kalp rahatsızlıklarına yol açabilmektedir.

!!!Eser miktarda vitamin-mineral içerdiği için daha sağlıklı olarak düşünülebilir. Fakat bu içerik önemli miktarda olmadığı için nasıl olsa sağlıklı denilerek dikkat edilmeden tüketilmemelidir.

❖ MEYVE SUYU

Meyve sularını tadı ve istediğimizde kolayca ulaşabildiğimiz için çok fazla tercih ediyoruz. Fakat günlük tüketim miktarına dikkat etmeliyiz. Neden?

- ❖ Meyvenin sadece suyunu kullanabildiğimiz için lif-posa bakımından yetersizdir.

“Kabızlık”

- ❖ Asidik olmaları nedeniyle sık tüketimi dişlerde aşınmaya neden olabilir.
- ❖ 1 su bardağı meyve suyu elde edebilmek için yaklaşık 2 porsiyon meyve(örneğin 4 mandalina) kullandığımız için kalori miktarı yüksektir.

“Kalorili”

- ❖ Marketlerde satılan kutu meyve sularının eklenti şeker miktarı yüksek ve içerdiği meyve oranı azdır.

“Şekerli”

!!! Evde doğal şekilde meyvenin suyunu sıkarak şeker ilave etmeden tüketebilirsiniz.
!!! 6-12 aylık bebekler için evde taze sıkılmış meyve sularını tercih edin.
!!! Marketten meyve suyu satın alırken etiketinde “şeker ilavesiz” yazanı tercih edin.

❖ AZ YAĞLI/YAĞSIZ SÜT

Az yağlı ya da yağsız süt, tam yağlı sütün yağ içeriğinin tamamen ya da yarısının uzaklaştırıldığı halidir.

- ❖ Yağ alımı sınırlandırılması gereken bireyler yağı alınmış sütü tercih edebilir.
- ❖ Kalorisi daha azdır.
- ❖ Protein, karbonhidrat, kalsiyum içeriği aynıdır.
- ❖ 2 yaşından küçük çocuklar tüketmemelidir.

❖ MARGARİN/TEREYAĞI

❖ Tereyağı:

- Doğal olarak süttten elde edilir.
- Mineral içeriği daha fazladır.

❖ Margarin:

- Kimyasal şekilde sıvı yağlardan elde edilir.
- Trans yağ içerir. [Katı margarin(>%70)>Yumuşak margarin(<%70)]
- A vitamini sonradan eklenir.
- “Ucuz”

!!! Gıda endüstrisi maliyeti ucuz olduğu için margarinleri üretiyor. Etiketinde “hidrojenize” ya da “kısmi hidrojenize” yazan yağları az tüketmelisiniz.

!!! Fazla trans yağ tüketimi koroner kalp hastalıkları, ateroskleroz, obezite, kanser riskine

yol açar.

❖ EKMEK

❖ Beyaz ekmek:

- Buğday unundan elde edilir.
- Kan şekerini hızlı yükseltir.
- Lif-posa içeriği azdır. “İshalde faydalı”
- B vitaminlerini içerir.

❖ Tam Buğday/Çavdar/Kepek ekmek:

- Beyaz una %30-40 kepek/çavdar/yulaf/mısır unu eklenerek elde edilir.
- Kan şekerini yavaş yükseltir. “Şeker hastaları tüketebilir”
- Lif-posa içeriği yüksektir. “Kabızlıkta faydalı”
- Demir, Magnezyum, Selenyum ve B vitaminlerini içerir.

!!! Mayasız undan elde edilen yufka, bazlamada mineral emilimi daha zordur.

!!! Tam buğday/çavdar/kepek ekmekleri özel bir durumunuz yoksa (ishal, buğday alerjisi...) daha çok tercih edin.

❖ PEYNİR

❖ Az tuzlu/Tuzsuz peynirler: Yüksek tansiyon hastaları tarafından tercih edilmelidir.

❖ Az yağlı/Yağsız peynirler: Sütün yağının yarısının/tamamının alınması ile elde edilir. Kolesterol, obezite, kalp hastalıklarında yağ oranı önemli rol oynadığı için koruyucu amaçlı tüketilebilir. Besin değeri yağ miktarı hariç tam yağlı peynir ile aynıdır.

!!! Peynir tüketimi çocuk ve ergenlerde kemik-diş sağlığı, raşitizm için, yetişkinlerde ise kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, tip2diyabet, osteoporoz ve kan basıncını azaltmak için yardımcıdır.

!!! Ezine peynir, kaşar peynir yerine daha az yağlı olan beyaz peynir tercih edebilirsiniz.

❖ HASTALIKLAR

- ❖ **Sebze-Meyve Az Tüketimi:** Kabızlık, obezite, kronik hastalıklar, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, kolon-meme kanseri, gece körlüğü(A vitamin eksikliği), yaraların geç iyileşmesi-skorbut (C vitamini eksikliği)
- ❖ **Şeker Fazla Tüketimi:** Diş çürükleri, metabolik sendrom, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, böbrek hastalıkları, bazı kanserler
- ❖ **Tuz Fazla Tüketimi:** Kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları, hipertansiyon, inme, osteoporoz, bazı kanserler...
- ❖ **Yağ Fazla Tüketimi:** Kalp-damar hastalıkları, diyabet, obezite, kanserler...

❖ ANTİOKSİDAN VİTAMİNLER

Kirli sular, kirli çevre, radyasyon, böcek ilaçları vücudumuza zararlı olan kimyasalların birikmesine neden olur. Bunun sonucunda koroner hastalıklar, karaciğer hasarı, katarakt vb. birçok hastalık meydana gelir. Doğal ve dengeli beslenme ile vücudumuza aldığımız “antioksidanlar”, bu kimyasalların zararlarını önlemeye yardımcı olur.

Antioksidan vitaminler:

- ❖ **E vitamini:** buğday, mısır, soya yağı, pamuk yağı, fındık, ceviz, badem, ayçiçek yağı,
- ❖ **C vitamini:** maydanoz, asma, biber, ıspanak, karnabahar, portakal, limon, çilek, mandalina, greyfurt, kuşburnu...



❖ KAYNAKLAR

- ❖ <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>
- ❖ http://www.diatek.com.tr/Makale-Yontem/Mikrobiyolojik-Analiz/Beyaz-Seker-Mi-Esmer-Seker-Mi_234.htm
- ❖ <http://www.nud.org.tr/sss/melas-nedir/>
- ❖ <http://libratez.cu.edu.tr/tezler/8375.pdf>
- ❖ https://www.researchgate.net/publication/275345841_Dogal_Antioksidanlarin_Siniflandirilmesi_ve_Insan_Sagligina_Etkileri
- ❖ Baysal A., (2014), Beslenme, Ankara: Hatiboğlu
- ❖ Aksoy M., Baysal A., Besler H.T., Bozkurt N., Keçecioğlu S., Mercanlıgil S.M., Merdol T., Pekcan G., Yıldız E., (2014), Diyet El Kitabı, Ankara: Hatiboğlu

ETİK KURUL KARARI

KLINİK ARAŞTIRMA BAŞVURU TAKİP FORMU

Dosya No	20191441	Araştırma Projesinin / Tez Adı
Kayıt Tarihi	04.12.2019	"1-5 yaş çocukların beslenme durumlarının, antropometrik ölçümler ve ailelerin beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığı durumları ile değerlendirilmesi"
Yazı İşleri Müdürlüğü		
İlk Gelgi Sayı		
İlk Gelgi Tarihi		
Araştırma Projesinin - Tez Genel Niteliği		
Taramakolajlı Kliniğine		
Gelgi Tarihi		Bölüş Tarihi
İnceleyen		
İnceleyen Görüşü		
Etik Kurul Çıkış Tutanağı		Öngörülen Çalışma Süresi
E.K.Çıkış Sayısı	0	Başlangıç Tarihi
E.K.Çıkış Tarihi		Baş Tarihi
		Araş.Katılan Merkezler (4)
		Sorumlu ve Diğer Araş. (5)
		Proj.Yürütüleceği Klinik (6)
		Raporlar Bilgi ve Görüşü
		Beyrut Dosyasında Bulunacak Belgeler
		Etik Kurul Toplantı Tutanağı
		Dosya ile İlgili Yazışmalar

Kayıt Yapılan Evrak Formu

Yazı İşleri Kayıt Bilgisi	Etik Kurul Defter Bilgisi
Sayı :	Defter No : 1441
Tarihi :	Kayıt Tar. : 04.12.2019
Geldiği Yer : Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı	
Sorumlu Araştırmacının	
Ünvanı : Doç. Dr.	İsmi : Hulya GÜL - Büşra ŞEN
Evrakın Konusu :	
"1-5 yaş çocukların beslenme durumlarının, antropometrik ölçümler ve ailelerin beslenme bilgisi sağlık okuryazarlığı durumları ile değerlendirilmesi"	
Gittiği Yer : Etik Kurul	
Evrak Tipi Ne ?	☐ Diğer ☐ İlaç Araş. ☒ Tez ☐ Araştırma
Dosyayı Aç	

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

1-5 YAŞ ÇOCUKLARIN BESLENME DURUMLARININ ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER VE AİLELERİN BESLENME BİLGİSİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMLARI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 12	% 8	% 2	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	% 1
2	beslenmevediyetdergisi.org İnternet Kaynağı	% 1
3	yunus.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	Submitted to Hacettepe University	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Büşra	Soyadı	Şen
Doğ.Yeri	Bornova/İzmir	Doğ.Tar.	20/09/1995
Email	dytbusrasen@gmail.com	Uyruğu	T.C.

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi	2020
Lisans	Yeditepe Üniversitesi	2018
Lise	Bornova Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.			-
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok İyi	Çok İyi	Çok İyi		80

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	79,		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok iyi
Excel	Çok iyi
PowerPoint	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Marmara Üniversitesi ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi Genç Yeşilay Kulübü/BAŞAK

Konferansı (Teknoloji Bağımlılığı ve Obezite Okulu)/2015

İlk 1000 Gün Fetal Hayattan Çocukluğa – Gebe ve Çocuk Beslenmesi 5th Congress-(YİSAV)/2017

Nutrigenetik Sempozyumu- Besin Destekleri&Nutrigenetik/2018

Onkolojide Koruyucu ve Terapötik Beslenme Yaklaşımları/2018

Diyabette Beslenme/Biruni Üniversitesi/2018

Özel İlgi Alanları (Hobileri):