



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ'NDE
(DİYARBAKIR-ŞANLIURFA-MARDİN) GÖREV YAPAN
AİLE HEKİMLİĞİ ÇALIŞANLARININ VE 0-5 YAŞ
ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN 0-5 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON, BESLENME VE EK
GIDAYA GEÇİŞ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM-DAVRANIŞ
VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Tolgahan KARA
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

ADANA-2021



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ'NDE
(DİYARBAKIR-ŞANLIURFA-MARDİN) GÖREV YAPAN
AİLE HEKİMLİĞİ ÇALIŞANLARININ VE 0-5 YAŞ
ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN 0-5 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON, BESLENME VE EK
GIDAYA GEÇİŞ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM-DAVRANIŞ
VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Tolgahan KARA
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

ADANA-2021

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde, değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, bana yol gösterip destek olan, tez çalışmam boyunca anlayış ve hoşgörü ile desteklerini esirgemeyen, gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağım değerli danışmanım Prof. Dr. Ersin Akpınar'a,

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan, eğitimimde büyük emekleri olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Esra Saatçi, Prof. Dr. Nafiz Bozdemir, Prof. Dr. Sevgi Özcan, Doç. Dr. Hatice Kurdak, Doç. Dr. Çiğdem Gereklioğlu ve Öğr. Gör. Dr. Zeliha Yelda Özer'e,

Tez projesi çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen Dr. Hacı Yusuf Eryazgan, Dr. Harun Mesut Atmacaoğlu, Dr. Neylan İlkin Kendirci, Dr. Kutay Güven, Dr. Yılmaz Sekizkardeş, Şanlıurfa Aile hekimleri Derneği yönetimi, Mardin Aile hekimleri Derneği yönetimi ve Diyarbakır Aile hekimleri Derneği yönetimine,

Birlikte geçirdiğimiz üç yılda yanımda olan, tezimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Gözde Öğrü'ye,

Hayatımın her döneminde yanımda olan en değerlilerim, sevgi ve emeklerini hep üzerimde hissettiğim canım annem, canım babam ve sevgili kardeşlerime

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tolgahan Kara

Nisan 2021 Adana

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VII
KISALTMALAR.....	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	XI
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Aile hekimliği.....	4
2.1.1. Tanımı.....	4
2.1.2. Görev ve Sorumlulukları	5
2.1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması	9
2.2. Malnütrisyon	10
2.2.1. Tanım	10
2.2.2. Malnütrisyonun Önemi	10
2.2.3. Etiyoloji ve Fizyopatoloji	13
2.2.3.1. Etiyoloji	13
2.2.3.2. Fizyopatoloji	15
2.2.4. Dünya’da Malnütrisyon Epidemiyolojisi.....	16
2.2.5. Türkiye’de malnütrisyon.....	19
2.2.6. Malnütrisyon sınıflamaları.....	21
2.2.6.1. Gomez Sınıflaması	21
2.2.6.2. Waterlow Sınıflaması	22
2.2.6.3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sınıflaması	22
2.2.6.4. Wellcome Sınıflaması	23
2.2.6.5. McLaren Sınıflaması	23
2.2.6.6. Malnütrisyonun Yeni Sınıflaması.....	24
2.2.7. Malnütrisyonun Değerlendirilmesi ve Kullanılan Göstergeler.....	25
2.2.7.1. Yaşa göre boy	25
2.2.7.2. Boya göre ağırlık	26
2.2.7.3. Yaşa göre ağırlık.....	26

2.2.7.4.	Baş Çevresi Ölçümü	27
2.2.7.5.	Deri kıvrım kalınlığı	27
2.2.7.6.	Üst Orta Kol Çevresi	28
2.2.8.	Malnütrisyonundan korunma	29
2.3.	Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi	30
2.4.	Bebek Beslenmesi	31
2.4.1.	Anne Sütü ve Önemi	31
2.4.2.	Tamamlayıcı Beslenme	38
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	42
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi	42
3.2.	Evren ve Örneklem Seçimi	42
3.3.	Gerekli İzinlerin Alınması	43
3.4.	Çalışma Tasarımı	43
3.5.	Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	44
3.5.1.	Aile Hekimliği Çalışanları Malnütrisyon Anketi	44
3.5.2.	Sosyodemografik Bilgiler Anketi	44
3.5.3.	Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Iowa)	44
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	45
4.	BULGULAR	47
4.1.	Aile Hekimliği Çalışanlarının Sosyodemografik Bulguları	47
4.2.	Aile Hekimliği Çalışanlarının Malnütrisyon ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranış Bulguları	50
4.3.	0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlerin Sosyodemografik Bulguları	57
4.4.	Aile hekimliği çalışanları anketi bulguları	63
4.5.	0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlerin Bebek Beslenmesi Bulguları	79
4.6.	0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlerin Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği Bulguları	82
5.	TARTIŞMA	93
5.1.	Aile Hekimliği Çalışanları Bulgularının Değerlendirilmesi	95
5.2.	0-5 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Bulgularının Değerlendirilmesi	102
5.3.	Çalışmanın Güçlü Yönleri	111
5.4.	Çalışmanın Kısıtlılıkları	111
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	112
6.1.	Sonuçlar	112
6.2.	Öneriler	117

7. KAYNAKLAR.....	120
8. EKLER	134
8.1. EK 1.Aile Hekimliği Çalışanları Aydınlatılmış Onam Formu.....	134
8.2. EK 2.Ebeveynler Aydınlatılmış Onam Formu	136
8.3. EK 3.Aile Hekimliği Çalışanları Malnütrisyon Anket Formu	138
8.4. EK 4. 0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlere Uygulanacak Sosyodemografik Anket Formu	140
8.5. EK 5.Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeğı (IOWA).....	142



TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Malnütrisyonun Nedenleri	14
Tablo 2. Gomez Sınıflaması	21
Tablo 3 . Waterlow sınıflaması	22
Tablo 4. DSÖ sınıflaması.....	23
Tablo 5. Wellcome sınıflaması	23
Tablo 6. McLaren Sınıflaması	24
Tablo 7. IOWA yenidoğan ve süt çocuğu beslenme skalası Türkçe versiyonu.....	45
Tablo 8. Sosyodemografik bilgi istatistikleri	49
Tablo 9. Katılımcıların malnütrisyon, ek gıda ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi edinme yolları....	50
Tablo 10. Katılımcıların çocuk hasta muayenesi ile ilgili istatistikleri.....	52
Tablo 11. Katılımcıların malnütrisyon, anne sütü ve beslenme ile ilgili değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.....	54
Tablo 12.Katılımcıların malnütrisyon sınıflamaları ile ilgili bilgi düzeyleri	55
Tablo 13.Katılımcıların 0-5 yaşı arası çocuklarda malnütrisyon şüphelenme durumları için verdikleri yanıtların dağılımı.....	55
Tablo 14. Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için kullandıkları yöntemler için verdikleri yanıtların dağılımı.....	56
Tablo 15.Katılımcıların malnütrisyon tespit etmeleri durumunda ne yaptıklarına yönelik verdikleri yanıtların dağılımı.....	56
Tablo 16.Ebeveynlerin eğitim durumları.....	58
Tablo 17. Ebeveynlerin mesleklerinin dağılımı	59
Tablo 18. Katılımcı ailelerinin aylık gelir durumlarına göre dağılımları	59
Tablo 19. Katılımcıların aile yapıları ve kardeş sayılarına göre dağılımı.....	60
Tablo 20. Çocukların kronik hastalığı, doğum şekli, doğum yaptığı yer, doğum zamanı	60
Tablo 21. Doğumdan sonra ilk beslenme zamanı, doğumdan sonra ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin, emzirme sıklığı, emzirme süresi	61
Tablo 22. Sosyodemografik bilgi istatistikleri	62
Tablo 23. Ek gıdaya başlama zamanı, ek gıdaya başlama nedeni, ek gıdaya başlama besini	63
Tablo 24. Meslekten memnuniyet düzeylerine göre yaş ortalaması	64
Tablo 25. Katılımcıların görevleri, cinsiyetleri, yaşları, meslekte geçirdikleri süreleri ve grupları ile mesleklerinden memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması	64
Tablo 26. Katılımcıların meslekten memnuniyet düzeylerine göre çocuk hasta takip/muayene etme süreleri ve her bir çocuk hasta için ayırdıkları sürelerin ortalamaları.....	65
Tablo 27. Çocuk hasta takip/muayene etme süresi, her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan süre ve çocuk hastaların evine düzenli ziyaret yapma ile meslekten memnuniyet düzeyi karşılaştırılması	65
Tablo 28. Katılımcıların kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılacak parametreler ve kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıda hakkında bilgi verme sıklığı ile mesleklerinden memnuniyet düzeyi karşılaştırması	66
Tablo 29. Katılımcıların her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre ile görev ve çocuklarının olup olmamasının karşılaştırması.....	68
Tablo 30. Katılımcıların yaş ortalaması ve çocuk hasta takip/muayene etme süresi ile malnütrisyon saptama durumunun karşılaştırılması.....	69
Tablo 31. Katılımcıların görevleri, meslekten memnuniyetleri, beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili etkinlik yapıp yapmama ile malnütrisyon saptayıp saptamamanın karşılaştırılması. 70	
Tablo 32. Katılımcıların malnütrisyon saptama durumları ile malnütrisyon tahmini yüzdeleri, hizmet verilen çocuk sayısı ve her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayrılan ortalama sürenin karşılaştırılması.....	71

Tablo 33. Katılımcıların malnütrisyon için risk oluşturabilecek hastalıklar (Bronkopulmoner displazi, Kistik fibrozis, Çölyak hastalığı, Prematürite) ile malnütrisyon saptama durumunun karşılaştırılması.....	72
Tablo 34. Katılımcıların malnütrisyon saptama durumları ile kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılacak parametreler ve kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıda hakkında bilgi verme sıklığının karşılaştırılması.....	73
Tablo 35. Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için herhangi bir yöntem kullanma durumu ile malnütrisyon saptama durumlarının karşılaştırılması	74
Tablo 36. Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için kullandıkları yöntemler ile malnütrisyon saptama durumlarının karşılaştırılması	75
Tablo 37. Katılımcıların grupları ile çocuk hasta takip/muayene etme süresi, her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre ve günde ortalama hizmet verilen çocuk sayısı karşılaştırılması.....	76
Tablo 38. Katılımcıların grupları ile malnütrisyon tespiti için laboratuvar tetkiki kullanımlarının karşılaştırılması.....	77
Tablo 39. Katılımcıların grupları ile kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılacak parametreler ve kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıda hakkında bilgi verme sıklığının karşılaştırılması.....	78
Tablo 40. Ek gıdaya başlama zamanı ile toplam emzirme süresi karşılaştırması	80
Tablo 41. Doğum şekli ile doğumdan sonra ilk beslenme zamanı, ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin ve toplam emzirilme süresi karşılaştırması	81
Tablo 42. Doğum şekli ile ek gıdaya başlama zamanının karşılaştırılması.....	82
Tablo 43. Iowa geçerlilik güvenilirlik çalışması	82
Tablo 44. Katılımcıların IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği maddelerine verdiklerin yanıtların dağılımları	85
Tablo 45. Anne eğitimi ve baba eğitiminin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması.....	88
Tablo 46. Anne mesleği ve baba mesleğinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması.....	89
Tablo 47. Anketi dolduran kişinin yakınlık derecesi, aylık gelir düzeyi ve aile tipinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması.....	90
Tablo 48. Anne ile baba arasındaki akrabalık durumu, bulundukları iller ve doğum şeklinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması.....	91
Tablo 49. Doğum zamanı, ilk beslenme zamanı, ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin, toplam emzirme süresi ve ek gıdaya başlama zamanının bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması.....	92

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Dünya genelinde 2000–2003 arası 5 yaş altı çocuklarda ölüm nedenleri.....	11
Şekil 2. Malnütrisyonun 2000-2019 yılları arasında Dünya’daki yüzdesel ve sayısal değişimi.....	18
Şekil 3. Bodurluğun zaman içinde değişimi.....	20
Şekil 4. Çocuklarda beslenme durumunun zaman içinde değişimi 5 yaş altı çocukların malnütrisyon yüzde dağılımı.....	20
Şekil 5. Baş çevresi ölçümü.	27
Şekil 6. Trisepts cilt kıvrım kalınlığı ölçümü	28
Şekil 7. Sol üst orta kolda orta noktanın belirlenmesi ve orta kol çevresi ölçümü.....	29
Şekil 8. 2 yaşına kadar emzirme sürdürüldüğünde, emzirme önemli bir besin ögesi kaynağı olmaya devam eder.	34
Şekil 9. 5 yaş altı çocuklarda emzirmeye başlama zamanı yüzdesi	35
Şekil 10. Yaşa göre emzirilme pratikleri 2 yaş altı çocukların yüzde dağılımı	35
Şekil 11. Ortanca emzirme süresinin ve sadece anne sütü ile emzirmenin zaman içindeki değişimi	36
Şekil 12. Tamamlayıcı beslenme; 6.aydan sonra emzirmenin sürdürülmesinin yanı sıra diğer besinlerin verilmesini de ifade eder.	38
Şekil 13. Katılımcıların görev dağılımları.....	47
Şekil 14. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	48
Şekil 15. Katılımcıların grup ve illere göre dağılımı	48
Şekil 16. Aile hekimliği çalışanlarının mesleklerinden memnuniyet düzeyleri	49
Şekil 17. Katılımcıların çalıştıkları kurumlardaki 0-5 yaş çocuklarda tahmini malnütrisyon yüzdeleri	51
Şekil 18. Aile hekimliği çalışanlarının çocuklar için muayene başına ayırdıkları ortalama süre dağılımları	52
Şekil 19. Katılımcıların ve çocuklarının cinsiyetlerine göre dağılımı, Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı.....	57
Şekil 20. Katılımcıların illere göre dağılımı.....	58
Şekil 21. Ebeveynlerin IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği Toplam Puanlara Göre Dağılımları	86
Şekil 22. Ebeveynlerin IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puanlarına göre bebek beslenmesine göre gruplandırılmaları.....	87

KISALTMALAR

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanları Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASPEN: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition(Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği)

BGA: Boya Göre Ağırlık

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

DSÖ: Dünya Sağlık rgt

GAP: Güneydoğu Anadolu Projesi

IIFAS: Iowa Infant Feeding Attitude Scale

NCHS: Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi

SD: Standart Sapma

SS: Standart Sapma

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu)

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

YGA: Yaşa Göre Ağırlık

YGB: Yaşa Göre Boy

YK: Yüksek ğretim Kurumu

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği)

ÖZET

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde (Diyarbakır-Şanlıurfa-Mardin) Görev Yapan Aile Hekimliği Çalışanlarının ve 0-5 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin 0-5 Yaş Arası Çocuklarda Malnütrisyon, Beslenme ve Ek Gıdaya Geçiş İle İlgili Bilgi, Tutum-Davranış ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Malnütrisyon; nütrisyonel yetersizliğe bağlı, önlenabilen veya tedavi edilebilen, normal vücut kompozisyonundaki değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Sıfır-beş yaş çocuklarda anne sütü alırken ve anne sütü sonrası ek gıda alırken besin kaynaklarına yeteri kadar erişememe ve günlük enerji ihtiyacının karşılanamaması, beslenme yetersizliği olarak da bilinen malnütrisyonla yol açmaktadır. Amacımız bu çalışma ile aile hekimliği çalışanlarının ve 0-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerin 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon, beslenme ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi, tutum-davranış ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi, sonrasında aile hekimliği çalışanlarına verilecek eğitim ile bilgi, tutum-davranış ve farkındalığın artırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, gerekli izinlerin alınmasının ardından Şubat 2020 tarihinde Şanlıurfa'da Diyarbakır, Mardin ve Şanlıurfa'dan katılan fikir liderleri eğitimi ve toplantısı ile başladı. Aile hekimliği çalışanları ile Mart 2020'de Şanlıurfa ve Mardin'de toplantılar yapıldı. Toplantılarda katılımcılara eğitim öncesi onamları alındıktan sonra Aile Hekimliği Çalışanları Malnutrisyon anketi uygulandı. Sosyodemografik bilgi anketi ve iowa ölçeği, 0-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynlere hem çevrimiçi hem de yüz yüze görüşmelerle, çalışmamıza katılan aile hekimliği personeli tarafından uygulanmıştır. Toplanan veriler bilgisayara girilerek uygun istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 59'u hekim 15'i ebe hemşire olmak üzere 74 aile hekimliği çalışanı ile, 0-5 yaş arası çocuğu olan 314 ebeveyn katılmıştır. Aile hekimliği çalışanlarının mesleklerinden ortalama memnuniyet düzeyleri $6,37 \pm 1,98$ (min:1 max:10) saptanmıştır. Aile hekimliği çalışanlarına göre kendi birimlerine bağlı nüfustaki 0-5 yaş çocuk grubundaki malnütrisyon tahmini ortalaması yüzde $8,07 \pm 8,90$ olarak saptanmıştır. Aile hekimliği çalışanlarının % 79,7'si (n:59) şu anda bağlı oldukları kurumlarda herhangi bir zamanda en az bir defa da olsa 0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon tespit ettikleri saptanmıştır. Aile hekimliği çalışanlarının yaşları arttıkça malnütrisyon saptama oranı artmaktadır ($p=0,019$). Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcılar her bir çocuk hasta takip/muayenesi için daha fazla zaman ayırmaktadırlar. Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların tahmini yüzdeleri gerçek verilere daha uygun olarak saptanmıştır. Malnütrisyon saptamak için herhangi bir yöntem kullandıklarını (özellikle persentil takibi) belirten aile hekimliği çalışanlarının malnütrisyon saptama oranı daha fazladır. Çalışmamızın ikinci kısmına katılan annelerin % 14'ü (n:44) okuryazar değil, % 41,1'i (n:129) ilköğretim mezunu, % 44,9'u (n:141) lise ve üzeri eğitime sahiptirler. Çocukların % 82,2'sinin (n:258) ilk bir saat içinde emzirildiği, % 86'sının (n:270) doğumdan hemen sonra ilk besin olarak anne sütü aldığı belirlendi ve % 48,7'sinin (n:153) normal doğumla dünyaya geldiği saptanmıştır. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin bebek beslenmesi ile

ilgili toplam tutum puanı ortalaması $64,01 \pm 7,14$ (min:34, max:84) olarak saptanmıştır. Bebek beslenmesi tutum ölçeği puanına göre anne ve babaların eğitimi arttıkça emzirmeye eğilim artmaktadır (sırasıyla $p < 0,001$, $p = 0,013$). Ayrıca anne ve babaların çalışma durumlarına göre de anlamlı farklılık saptanmış olup memurların emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır (sırasıyla $p = 0,001$, $p = 0,001$). Ailelerin aylık gelir düzeyi arttıkça anne sütü ile beslenmeye yatkınlık artmaktadır ($p < 0,001$). Ayrıca sezaryenle doğum yapan ebeveynlerin emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır ($p = 0,001$).

Sonuç: Malnütrisyon dünya çapında ve özellikle de çocuklar arasında süregelen önemli bir problemdir. Birinci basamak sağlık çalışanları beş yaş altı çocuklarla oldukça sık karşılaşmaktadırlar. Birinci basamak sağlık çalışanlarının, çocuklarda beslenme ve malnütrisyon konularına hakim olmaları ile bu yaş grubundaki malnütre çocukların erken tanı ve tedavisi yapılabilecektir. Çocukların sağlıklı gelişimleri için aile hekimliği çalışanlarının büyümenin izlemi ve anne sütü ile beslenme konusunda oldukça dikkatli ve ebeveynlere karşı oldukça eğitici olmak durumundadırlar. Ayrıca anne babaların eğitim düzeylerinin yükseltilmesinin bebek beslenmesine yönelik farkındalıklarını ve tutumlarını geliştireceği düşünülmektedir. Birinci basamakta aile hekimlerine düşen en büyük rol, aile eğitime katkıda bulunmak, bebek beslenmesi ve malnütrisyon konusunda ailelerin bilgi beceri ve tutumlarını geliştirmek ve bu sayede daha sağlıklı toplumlar oluşmasına katkıda bulunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Anne Sütü, Bebek Beslenmesi, Büyüme ve Gelişme, Malnütrisyon

ABSTRACT

Family Medicine Employees Working in the Southeastern Anatolia Region (Diyarbakır-Şanlıurfa-Mardin) and Parents of 0-5 Age Group Children; Evaluation of Knowledge, Attitude-Behavior and Awareness Levels of Malnutrition, Nutrition and Transition to Supplementary Food in Children Between 0-5 Years Old

Introduction and Purpose: Malnutrition is defined as changes in normal body composition that can be prevented or treated due to nutritional deficiency. In children 0-5 years of age, when breastfeeding and receiving supplementary food after breast milk, inadequate access to food sources and inability to meet daily energy needs cause malnutrition, also known as nutritional deficiency. Our aim in this study is to evaluate the knowledge, attitude-behavior and awareness levels of family medicine workers and parents of 0-5 years old children about malnutrition, nutrition and transition to supplementary food, subsequently, the training to be given to family medicine employees is to increase the knowledge, attitude-behavior and awareness.

Materials and Methods: Our study started, after the necessary permissions were obtained, with the training and meeting of opinion leaders from Diyarbakır, Mardin and Şanlıurfa in February 2020 in Şanlıurfa. Meetings were held with family medicine employees in Şanlıurfa and Mardin on March 2020. Family Medicine Employees Malnutrition questionnaire was applied to the participants in the meetings after their consent was obtained before the training. The sociodemographic information questionnaire and the iowa scale were administered to parents with children aged 0-5, both online and by face-to-face interviews, by family medicine staff who participated in our study. The collected data were entered into the computer and evaluated using an appropriate statistics program.

Results: 74 family medicine employees, including 59 physicians and 15 midwives and nurses and 314 parents with children aged 0-5 years participated in our study. The average level of satisfaction of family medicine employees with their professions was 6.37 ± 1.98 (min: 1, max: 10). According to family medicine workers, the estimated average malnutrition in the 0-5 age group of the population belonging to their unit was found to be 8.07 ± 8.90 percent. It has been determined that 79.7% (n: 59) of family medicine employees have detected malnutrition in children aged 0-5 at the institutions they are currently affiliated to, albeit at least once at any time. As the age of family medicine workers increases, the rate of detecting malnutrition increases ($p=0,019$). Participants who stated that they detected malnutrition, spend more time for each one child patient follow-up / examination. The estimated malnutrition percentages of the participants who stated that they detected malnutrition were found closer to the actual data. The rate of detecting malnutrition is higher among family medicine workers who stated that they used any method to detect malnutrition (especially percentile tracking).

14% (n: 44) of the mothers participating in the second part of our study are not literate, 41.1% (n: 129) are primary school graduates, and 44.9% (n: 141) have high school and above education. It was found that 82.2% (n: 258) of the children were breastfed within the first hour, and 86% (n: 270) received breast milk as the first food immediately after birth. 48.7% of the children (n: 153) were found to be born by normal birth. The mean total attitude score of the parents participating in our study about infant nutrition was found to be 64.01 ± 7.14 (min: 34, max: 84). According to the baby nutrition attitude scale score, as the education of mothers and fathers increases, the tendency to breastfeed increases ($p < 0.001$, $p = 0.013$, respectively). A significant difference was found between infant nutrition and the working status of mothers and fathers, and it was found that civil servants were more prone to breastfeeding ($p = 0.001$, $p = 0.001$, respectively). As the monthly income level of families increases, the tendency to breastfeed increases ($p < 0.001$). Also, it was found that parents who delivered by cesarean section were more prone to breastfeeding ($p = 0.001$).

Conclusion: Malnutrition is an ongoing problem worldwide, especially among children. Primary healthcare professionals encounter children under the age of five quite often. Primary healthcare professionals will be able to make early diagnosis and treatment of malnourished children in this age group by having a good command of nutrition and malnutrition in children. For the healthy development of children, family medicine employees have to be very careful about growth monitoring and breastfeeding and be very educative towards parents. In addition, it is thought that increasing the education level of parents will improve their awareness and attitudes towards infant feeding. The major role of family physicians in primary health care is to contribute to family education, to improve the knowledge, skills and attitudes of families on infant nutrition and malnutrition, and thus to contribute to the formation of healthier societies.

Keywords: Family medicine, Breast milk, Baby nutrition, Growth and development, Malnutrition

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; insanın beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır⁽¹⁾. Toplumların bütün uğraşı çocukların her yönden sağlıklı ve bağımsız bir birey olarak hayata katılmalarıdır. Bu konuda birçok faktör etkilidir ve beslenme bu faktörlerden birisidir. Sağlıklı beslenme çocuğun bedensel, sosyal ve duygusal gelişimi üzerinde önemli rol oynamaktadır.

Sağlıklı beslenme çocuğun büyümesinin izlenmesi ile değerlendirilebilir. Bir çocuğun büyümesinin izlenmesi ile gelişimdeki normalden sapmalar erkenden belirlenebilir. Böylece normalden sapmaların nedenleri ortaya konulabilir ve gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir⁽²⁾.

Malnütrisyon ise; nütrisyonel yetersizliğe bağlı, önlenilen veya tedavi edilebilen, normal vücut kompozisyonundaki değişiklikler olarak tanımlanmaktadır⁽³⁾.

Malnütrisyon beş yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık % 45'inden sorumlu tutulmaktadır. Küresel olarak pnömoni, ishal ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların yanı sıra erken doğum, doğum asfiksisi, travma ve konjenital anomaliler, beş yaşın altındaki çocuklar için önde gelen ölüm nedenleri olmaya devam ediyor. Ayrıca çocuklarda en çok ölüme neden olan hastalıklardan ishal ve solunum yolu enfeksiyonlarında malnütrisyonun varlığı ölüm riskini en az iki kat arttırmaktadır⁽⁴⁾.

DSÖ'nün 2019 raporuna göre dünya çapında bodurluk oranı % 21 olarak tespit edilirken aynı raporun Batı Asya grubunda sınıflandırılan Türkiye'de ise bodurluk oranı % 15,1 olarak tespit edilmiştir. Aynı raporda kavruklu(zayıflık) oranı tüm dünyada % 7,3 olarak gösterilirken fazla kiloluluk oranı % 5,9 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'nin de içinde sınıflandırıldığı Batı Asya bölgesinde ise kavruklu ve fazla kiloluluk oranı sırasıyla % 4 ve % 9 olarak verilmiştir⁽⁵⁾.

Malnütrisyonunda klinik bulgular; beslenme yetersizliğinin süresi ve şiddetine, diyetin kalitesine, çocuğun yaşına, enfeksiyon olup olmamasına göre değişmektedir. Ağır malnütrisyonunda tanı kolaylıkla konulabilirken, orta veya hafif malnütre hastalarda tanı koymak güç olabilmektedir. Bu nedenle hasta tarafından alınan diyet kontrol edilmeli,

enerji ihtiyacı belirlenmeli, antropometrik ölçümler ve biyokimyasal parametreler değerlendirilmelidir⁽⁶⁾.

Anne sütü alımı çocuklarda büyüme ve gelişme için oldukça önemlidir. Anne sütünün, çocuklarda alerji ve enfeksiyonlara yakalanma olasılığını azalttığı ve ek olarak, anne sütü alımı fazla olan çocukların, ileriki yıllarda obez olma olasılıklarının da diğer çocuklara oranla daha düşük olduğu belirtilmektedir^(7, 8). Ayrıca 0-5 yaş çocuklarda anne sütü alırken ve anne sütü sonrası ek gıda alırken besin kaynaklarına yeteri kadar erişememe ve günlük enerji ihtiyacının karşılanamaması, beslenme yetersizliği olarak da bilinen malnütrisyonu yol açmaktadır⁽⁹⁾.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre⁽¹⁰⁾;

- Beş yaş altı çocukların, % 6'sı yaşlarına göre kısa (bodur), % 2'si zayıf, % 2'si düşük kilolu ve % 8'i fazla kiloludur. Bölgelere göre, bodurluk Doğu'da (% 8), zayıflık Orta ve Güney bölgelerinde (her biri % 3) ve fazla kilolu olma durumu Kuzey bölgesinde en yaygındır (% 13). Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise bodurluk oranı % 5,2'dir.
- Çocukların % 98'i hayatlarının bir döneminde de olsa emzirilmektedir. Çocukların % 42'si önerilenin aksine, prelakteal (emzirme öncesi) dönemde anne sütü dışında gıda almaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgesi özelinde ise bu oran %36,8 olarak saptanmıştır.
- İki yaş altı çocukların % 71'i doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmiştir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde ilk 1 saat içerisinde emzirilme oranı ise % 72,1 olarak saptanmıştır.
- Altı aydan küçük bebeklerin % 41'i sadece anne sütü ile beslenmiştir ve sadece anne sütü alan çocukların ortanca emzirilme süresi 1,8 aydır.
- Emzirilen ve emzirilmeyen 6 ile 23 ay arası çocuklara verilen en yaygın gıdalar peynir (% 74), yoğurt ve diğer süt ürünleridir (% 73). Meyve ve sebze verilme oranları sırasıyla % 74 ve % 77'dir. Et, balık ve kümes hayvanları ise en az oranda verilen gıdalardır. 6-23 aylık emzirilen çocuklarda bu gıdaların tüketim oranı ile (% 25), 6 ile 23 aylık çocuklar arasında hazır mama tüketimi, emzirilen çocuklar (% 15) arasında emzirilmeyen çocuklara (% 32) kıyasla daha düşüktür.

Her çocuğun gelişiminin en uygun şekilde ilerlemesinin sağlanması, sağlık çalışanlarının bedensel hastalık ve bozuklukları önleme ve sağaltmadaki rolü kadar önemlidir. Bebeklik ve erken çocukluk dönemi ile ilgili sağlık çalışanlarına pek çok sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluklar; gelişimin yakın takibinin yapılması, olası risk durumlarının erken dönemde fark edilmesi, aileye çocuğun gelişimine yönelik destekler verilmesinin sağlanması ve belirlenen gereksinimlere göre gerekli yönlendirmelerin yapılması gibi sıralanabilir. Gelişimsel sorunları olan çocukların olabilecek en erken zamanda fark edilmesi; gerekli olan müdahalelerin en erken dönemde yapılabilmesinin sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir. Gelişimsel değerlendirmenin zamanında yapılması, aynı zamanda risk faktörlerinin belirlenmesini ve en iyi gelişimi sağlamak amacıyla ebeveynlere yol gösterecek stratejilerin belirlenmesini sağlayacaktır⁽¹¹⁻¹³⁾.

Biz bu çalışma ile aile hekimliği çalışanlarının ve 0-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerin 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon, beslenme ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi, tutum-davranış ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi, sonrasında aile hekimliği çalışanlarına verilecek eğitim ile bilgi, tutum-davranış ve farkındalığın artırılmasıdır. Amacımız bu eğitim ile çocuklarda görülen gelişimsel gecikmelerin erken tespiti konusunda aile hekimliği çalışanlarının ve ebeveynlerin bilgi tutum ve davranışlarını geliştirilmesi, ailelerin bu konudaki beklentilerinin tanımlanmasını amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile hekimliği

2.1.1. Tanımı

Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını giderebilmek için sağlık hizmetleri 1960'lı yıllardan itibaren basamaklara ayrılmıştır. Günümüzde hekimlerin sunmuş oldukları sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç şekilde gruplandırılmaktadır⁽¹⁴⁾.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerini sağlayan en temel basamaktır. İkinci basamak sağlık hizmetleri; uzman hekimlerin hastalara uzmanlık alanına göre hizmet verdikleri organizasyonlardır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise; ileri düzeyde uzmanların ve yan dal uzmanlarının sunduğu bakım hizmetleridir. İyi işleyen bir sağlık sisteminde bu hizmetler yukarıya doğru daralan bir piramit şeklini almaktadır. Bu piramidin en alt basamağında birinci basamak sağlık hizmetleri yer almakta ve bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturmaktadır^(14, 15). Birinci basamakta bu işlevin en önemli uygulayıcısı ise aile hekimleridir.

Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü) tarafından kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli bir klinik uzmanlık olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimleri yaşı, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakıma ihtiyaç duyan herkese kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunmaktan sorumlulardır. Aile hekimleri birey ve toplumun sağlığını geliştirerek, hastalıkların meydana gelmesini önlemeye çalışarak, hastalıkları tedavi ederek, bakım ya da rahatsızlıklarda iyileştirme sağlayarak görevlerini yerine getirmektedirler⁽¹⁶⁾.

25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde ise aile hekiminin tanımı şu şekilde yapılmaktadır: “Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaşı, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir

mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.”⁽¹⁷⁾.

2.1.2. Görev ve Sorumlulukları

Birinci basamakta toplumun gereksinim duyduğu geniş bir sağlık hizmet yelpazesi mevcuttur. Toplumun gereksinim duyduğu bu geniş dağılıma yanıt verilebilmelidir. Hizmet yelpazesi koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi, hastalık, sakatlık ve diğer sağlık sorunlarının bakımı ve tedavisi, yaralanma ve işlevsel kayıpların önlenmesini kapsamalıdır. Aile hekimlerinin bu hizmetlerin verilmesinde oldukça büyük sorumlulukları vardır.

Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitim almış uzman hekimlerdir ve kişilerin yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırım yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunmakla sorumludurlar⁽¹⁸⁾.

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre ise aile hekimleri, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, bakanlıkça ve kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdürler. Ayrıca kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar⁽¹⁹⁾.

Sağlık Bakanlığınca aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları şöyle sıralanmıştır⁽¹⁹⁾.

1) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

4) Kişiyeye yönelik koruyucu sağıık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

5) Sağııkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağııkı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağııkı ve üreme sağııkı hizmetlerini vermek.

6) Periyodik sağıık muayenesi yapmak.

7) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanseri, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağııkı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağııkı ve benzeri) yapmak.

8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağıık hizmetlerinin yürütölmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağıık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

9) Aile sağııkı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağıık hizmetlerinin koordinasyonunu sağııkamak.

10) Sağıık hizmetine ulaşımın zor olduğı belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağıık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağıık hizmeti vermek

11) Genişletilmiş bağıışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütölün kampanyalar doğrultusunda bağıışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütölür.

12) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağııkamak ya da bu hizmetleri vermek.

13) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağıık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

14) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirek sağıık kayıtlarını güncellemek.

15) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

16) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

17) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

18) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

19) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile hekimliği; belli bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri olan ve bu becerileri kullanmak zorunda olan klinik bir uzmanlıktır⁽²⁰⁾. Aile hekimleri sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktasını oluştururlar. Bireylere sadece hastalık durumunda değil sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık verirler ve sağlıklı dönemde de bireylerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, süreklilik gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunarlar⁽²¹⁾.

Günümüz modern sağlık hizmetlerinde erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından en uygun ve etkin basamaktır^(21, 22). Aile hekimi kişiye yönelik sağlık hizmetleriyle tedavi uygulamalarını bir arada yürütür. Sunulan sağlık hizmetlerinden olan en etkin koruyucu hekimlik ise birinci basamakta yapılabilir⁽²²⁾.

Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindendir^(23, 24). Hastalıkların erken tanısı için belli cins ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması yaklaşımı benimsenmektedir. Periyodik sağlık muayeneleri, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı bireylerde, hastalığı belirti vermediği erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi verilerek sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak için geliştirilen düzenli sağlık kontrollerini içermektedir⁽²³⁻²⁵⁾.

Ülkemizdeki istatistiksel verilerin çok yetersiz olması ya da hiç olmaması sağlık sorunlarının çözümündeki en büyük sorunlardan biridir. Doğru ve yeterli verilere sahip olmadan ne kişilerin ne de toplumun sağlık sorunlarına çözüm üretmek olanaksızdır. Sağlık sisteminde kayıt tutmak tam bir koruyucu hekimlik uygulaması için de zorunludur. Aile hekimleri bireylerin tüm sağlık kayıtlarını tutarlar. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları için çok değerli bir veri kaynağı olup toplum sağlığının değerlendirilmesi için gerekli istatistiksel bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynaklardandır⁽²²⁾.

Aile hekimleri birey ile zaman içinde gelişen iletişimleri sayesinde bireye ait kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidirler. Gerekğinde hasta adına üstlendikleri savunmanlık rolü ile hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere en doğru bilgilerle gitmesini sağlayarak sağlık sistemi karmaşası içinde zarar görmesini önlerler. Böylece ikinci basamakta yığılmalar önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir⁽²¹⁾.

Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde en temel basamak, kişinin kendi sağlığını korumasına yönelik yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür. Aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biri de bireylere sağlık eğitimi vermektir⁽²⁰⁾. Bu yüzden aile hekimleri sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgiye sahip olmalıdırlar⁽²²⁾.

Hasta ile süreklilik içeren bir ilişkisi bulunan aile hekimleri, hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip olacağından erken tanıda avantaj sahibidir. Böylece hastayı pahalı ve zaman alan tanısal girişimlerden kurtarıırken kaynakların optimum şekilde kullanılmasını sağlar. Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır^(21, 22).

Hastaların % 90'ının sorunlarının etkin tanı ve tedavi hizmeti olmadan birinci basamakta çözümlenmesi mümkün değildir. Üst basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi iyi bir koordinatör olmalıdır; sevk ederken gerekirse bazı basamakları atlayabilir veya aynı anda birkaç noktaya sevk edebilir. Yani aile hekimi disiplinler arası iş birliği ve ekip çalışmasında koordinatördür⁽²²⁾. Ayrıca aile hekimi hastaya ilk ulaşacak hekim olarak ilk yardım ve acil tedavi konularında bilgi ve beceri sahibi olmalıdır⁽²¹⁾.

Sağlık sisteminin gelişimi ile toplumların sağlığı artarken ortalama yaşam süresi de uzamıştır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile toplumda yaşlı nüfus oranı ve kronik hastalık oranı yükselmiştir. Günümüz sağlık sistemi de buna göre şekillenmek zorunda kalmıştır. Birinci basamak kronik hastalık takibinde en etkin basamaktır. Kronik hastalıkları olanların yakın izlemi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi ve küçük müdahalelerle önlenmesini sağlar. Böylece, hastaneye başvuru oranlarında ve hastaneye yatış oranlarında azalma sağlanarak hem bireyler hastalıklardan korunmuş hem de kaynak tasarrufu sağlanmış olur⁽²⁰⁾.

2.1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği kavramı, Türkiye’de ilk kez 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. Birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerin hükümet tabipliğinden devralınan çok sayıda görev ve sorumluluklarının olması, çalışma ortamlarının yetersiz olması, kariyer olanaklarının olmaması, maaşlarının yetersiz kalması, sürekli tıp eğitiminin yetersizliği gibi sorunları farklı platformlarda özellikle meslek örgütü tarafından 1980’lerden sonra vurgulanmaya başlanmıştır⁽²⁶⁾. 1983 yılında Aile hekimi uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir^(27, 28).

İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1984 yılında kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 1990 tarihinde Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, 1998 yılında ise Bakanlar Kurulu kararıyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır⁽²⁶⁾.

"Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile 16 Temmuz 1993 tarihinde tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. 17 Eylül 1993’te Trakya Üniversitesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimine başlanmıştır. 1994 Yılında Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube

Müdürlüğü" tarafından Ankara'da, 1996 yılında Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır⁽²⁹⁾.

Ülkemizde aile hekimliğinin uygulanması için 2004 yılında “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” geliştirilmiştir⁽³⁰⁾. Daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından bazı illeri "pilot uygulama illeri" olarak belirlenerek Aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır ve 2010 yılında Türkiye'nin tüm illeri aile hekimliği uygulamasına geçmiştir. Böylece ülkemizde bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri aracılığıyla verilmesi sağlanmıştır⁽²⁹⁾.

Temel sağlık hizmeti sunan kuruluşların sorumlu oldukları koruyucu sağlık hizmetleri; topluma yönelik ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmıştır. Topluma yönelik sağlık hizmetleri sağlık ocakları yerine kurulan toplum sağlığı merkezlerinde, kişiye yönelik sağlık hizmetleri ise aile hekimleri tarafından sunulmaktadır^(31, 32).

2.2. Malnütrisyon

2.2.1. Tanım

DSÖ'nün tanımına göre malnütrisyon; büyüme ve gelişmenin sağlanması ve vücut fonksiyonları için ihtiyaç duyulan temel enerji ve besin yanıtına verilen hücresel yetersizlik olarak ifade edilmektedir. Genellikle malnütrisyon protein, enerji ve diğer besin öğelerinin yetersizliği ya da fazla alınması anlamına gelse de pratikte yetersiz beslenme ve protein enerji malnütrisyonu olarak tanımlanmaktadır⁽³³⁾.

Malnütrisyon, fetal gelişme geriliği, zayıflık, bodurluk, düşük kilolu olma, vücut kütle indeksinde (VKİ) düşme, ağır protein enerji malnütrisyonu olan marasmus ve kwashiorkor, vitamin ve mineral yetersizlikleri gibi dengesiz beslenmeye bağlı sorunların tümünü kapsayan bir kavramdır^(34, 35).

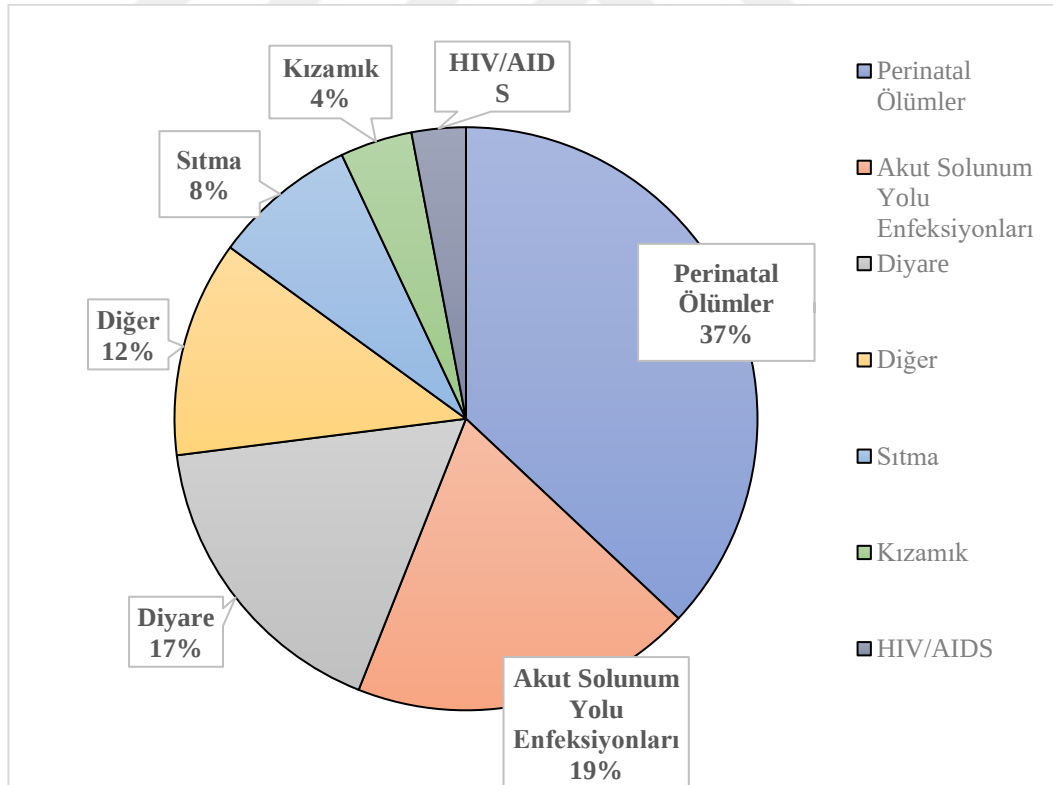
2.2.2. Malnütrisyonun Önemi

Malnütrisyon, özellikle çocuklar arasında görülen ve dünya çapında yaygınlığı olan, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde bulunan ciddi bir halk sağlığı sorunudur⁽³⁶⁾. Ailelerin sosyoekonomik durumları ve besinlere erişimi malnütrisyonun ortaya

çıkmasında etkili olmaktadır. Besinlere ulaşmakta zorluk çekerek uzun süre yetersiz beslenmeye maruz kalmanın çocuklardaki en temel göstergeleri; büyüme ve gelişmede yaşa göre geri kalma ve boy kısalığıdır^(7, 37, 38).

Dünya’da her yıl 139 milyon bebek doğmaktadır. Bu bebeklerin 5 milyona yakını bir yaşını doldurmadan, 1,7 milyonu ise 5 yaşına ulaşmadan hayatını kaybetmektedir⁽³⁹⁾. 2019 yılında ise dünya genelinde yaklaşık olarak 5,2 milyon beş yaş altı çocuğun hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir⁽⁴⁰⁾. Bu ölümlerin yarısından fazlası önlenabilir veya basit müdahaleler ile tedavi edilebilir nedenlerdir ve 5 yaş altı çocukların önde gelen ölüm nedenleri küresel olarak pnömoni, ishal ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların yanı sıra erken doğum, doğum asfiksi ve travma ve konjenital anomalilerdir⁽⁴⁾.

2000-2003 yılları arsında yapılan bir çalışmada malnütrisyon, yılda yaklaşık 300.000 ölümün doğrudan nedeni ve dolaylı yollardan çocuklarda tüm ölümlerin yaklaşık yarısından (% 53) sorumlu olarak tutulmaktadır (Şekil 1)⁽³⁵⁾.



Şekil 1. Dünya genelinde 2000–2003 arası 5 yaş altı çocuklarda ölüm nedenleri⁽³⁵⁾.

DSÖ ve UNICEF 2020 verilerine göre ise, gelişmekte olan ülkelerle ilgili raporunda, çocuk ölümlerinin %45'inin malnütrisyonla ilişkili olduğunu bildirilmiştir⁽⁴⁾.

DSÖ'nün 2019 raporuna göre dünya çapında bodurluk oranı %21 olarak saptanmıştır. Bu rapora göre 2000'li yıllar ile günümüz karşılaştırıldığında bodurluk oranında ciddi bir azalma olsa da hala 150 milyona yakın bodur çocuk bulunmaktadır. Kavruk(zayıf) çocuk oranında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ve yaklaşık 47 milyondur. Aşırı kilolu çocuk sayısında ise artış söz konusudur ve 2018 itibarıyla sayı 40 milyon düzeylerindedir⁽⁵⁾.

Çocukluk dönemi, erişkin döneminden farklı olarak, büyüme ve gelişmenin hala devam ettiği bir dönemdir. Büyüme, klinik olarak hücrelerin sayı ve büyüklük olarak artması, vücudun ise hacimsel ve ağırlık olarak artış göstermesi olarak değerlendirilebilir. Gelişme ise hücre ve doku düzeyinde yapısal içeriğin değişimi ile organizmanın olgunlaşması olarak ifade edilebilir^(41, 42). Çocukluk döneminde hayatın idame ettirilmesi ve optimal gelişimin sağlanması için yeterli miktarda beslenme ile vücut için gerekli olan protein, kalori, mineral ve eser elementlerin alınması ve metabolize edilerek kullanılması gerekmektedir. Temel çocuk gelişiminde yeterli süre ve miktarda verilen anne sütü ile birlikte, zamanında uygun ek gıda başlanması ve çeşitlendirilerek devam ettirilmesi son derece önemlidir. Yeterli beslenme ayrıca immün sistemin güçlenmesinde, nörolojik ve kognitif fonksiyonların gelişiminde de etkilidir. Bu konuda yapılan hatalı ve bilinçsiz uygulamaların olumsuz etkileri yalnız çocukluk çağında değil, yaşamın tüm dönemlerinde etkisini göstermektedir^(43, 44). Bu dönemde oluşacak ciddi malnütrisyon durumu, özellikle yaşamın ilk yıllarında (süt çocukluğu dönemi) fizyolojik gelişimin yanı sıra kognitif fonksiyonların gelişimini de etkiler ve ince motor fonksiyonların kazanılmasında ve gelişmesinde gecikmeye neden olabilmektedir^(41, 42). Yetersiz beslenen çocuklar daha sık hastalanmaktadırlar ayrıca hastalığa bağlı gelişen morbidite yetersiz beslenen çocuklarda yeterli beslenen çocuklara göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır^(45, 46).

Bir ülkenin gelişmesinde ve kalkınmasında en önemli faktörlerden biri topluma etkin ve yeterli miktarda sağlık hizmetinin götürülmesidir. Sağlık hizmetleri uygulamaları içinde bulunan koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan yeterli ve dengeli beslenme; büyüme ve gelişmeyi, sağlıklı yaşamayı, hastalıklardan korunmayı ve iyileşmeyi

abuklaştıran bir faktördür. Bu açıdan beslenme ocuk sağlığının gelişimi için oldukça önemlidir⁽⁴⁷⁾.

Sağlıklı bir ocuk takvim yaşına uygun olarak büyüyüp gelişirken herhangi bir hastalık belirtisi göstermezken aynı zamanda psikososyal yönden de sorunsuz bir şekilde olgunlaşmaktadır. Özellikle de büyümenin sratlı olduğu süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde karşılaşılan tüm olumsuzluklar geri dönüşümsüz bozukluklara neden olabileceği için bu dönem yeterli beslenmenin sağlanması oldukça önemlidir⁽⁴⁸⁾.

Beslenme bozuklukları tüm dünyada karşımıza çıkan sosyomedikal bir sorundur. Özellikle de gelişmekte olan ülkelerde bu sorun daha sık gözükmektedir. Bu açıdan bakıldığında bir toplumun ocuk bireylerinin büyüme gelişme durumu o toplumun sosyoekonomik durumunu gsterebilmektedir^(48, 49).

Ağır dereceli malnütrisyonlu çocukları tespit etmek nispeten hafif veya orta derecedeki malnütrisyonlu çocukları tespit etmekten daha kolaydır. Bu sebeple her hasta ocuk protein- enerji malnütrisyonu yönünden değerlendirilmelidir ve beslenme, enerji gereksinimi sorgulanmalı, biyokimyasal testler ve antropometrik ölçümler ile birlikte araştırılması gerekmektedir⁽⁵⁰⁾.

Çocuklar dünya nüfusunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Çocukların sağlığı yakından takip edilerek çocukların ölüm, hastalık ve sakatlık oranlarını azaltılabilir, sağlıklarını korunabilir, desteklenebilir, uzun ve üretken bir yaşam sürmelerine yardımcı olunabilir. ocuk sağlığının başarılı bir şekilde izlenmesi ekip işidir ve aileler, aile hekimleri, pediatristler ve diğer sağlık personellerinin iş birliği ile sağlanabilir⁽⁵¹⁾.

2.2.3. Etyoloji ve Fizyopatoloji

2.2.3.1. Etyoloji

Malnütrisyonun ortaya çıkışını etkileyen pek çok ekonomik, sosyal, kültürel ve tıbbi faktör vardır.

Malnütrisyon genellikle 6 ay – 5 yaş grubundaki çocuklarda gözlenmektedir ve komplikasyonlarından en çok etkilenen grup da bu çocuklardır özellikle de inflamasyon, enfeksiyon ve malign hastalıklar gibi katabolizmanın yoğun olduğu zamanlarda ve besin ve enerji ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır⁽⁵²⁾. Ayrıca

malnütrisyon gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla daha sık görülmektedir⁽⁵⁾.

Malnütrisyon etyolojisinde birincil ve ikincil nedenlere bağlı olarak söz edilebilir (Tablo 1). Etiyolojide rol oynayan faktörler bölgesel farklılık göstermektedir. Genel olarak birincil nedenler daha çok gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere gözükürken ikincil nedenler ise daha çok gelişmiş ülkelere gözükmektedir⁽⁵³⁾.

Tablo 1. Malnütrisyonun Nedenleri⁽⁵⁴⁾

Birincil nedenler	İkincil nedenler
Açlık, kıtlık ve doğal afetler gibi hazırlayıcı etmenler	Prematürite, travmatik doğum, düşük doğum ağırlığı
Düşük anne yaşı ve eğitim seviyesinin düşük olması	Emilim kusurlarıyla ve gastrointestinal kayıplar ile giden malabsorbsiyon sendromları (kronik ishaller, kısa barsak sendromu, çölyak hastalığı, intestinal lenfanjektazi vb.)
Ailede çocuk sayısının fazla olması (aile planlamasının yetersizliği)	Kronik süreçte malnütrisyonu yol açabilen sistemik hastalıklar (amiloidozis, diyabet, sistemik lupus eritematozus, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları vb)
Annenin çocuğunun bakımında yer almaması ve çalışıyor olması	Artmış katabolizma ve artmış atılım ile giden malignite ve enfeksiyöz hastalıklar
Ailenin düşük gelirli olması ve besin öğelerine ulaşamaması	Gastrointestinal sistemin anatomik defektleri ve işlevsel bozuklukları (yarık damak, Pierre-Robin sendromu, gastroözefagial reflü hastalığı vb)
Özellikle annede olmak üzere aile fertlerinde malnütrisyon olması	Nöromotor gelişim kusurları (mental retardasyon, hipoksik beyin hasarı vb)
Olumsuz psikososyal faktörler	İlaç kullanımına bağlı olarak diyare ve iştah kaybı gelişimi (antihipertansifler, diüretikler, antineoplastikler, asitblokajı yapan ajanlar vb)
Çocuk beslenmesinde yapılan yanlış uygulamalar, batıl inançlara göre besleme	Vitamin ve element eksiklikleri
Aile içinde hastalık bulunması (barsak parazitosu, tüberküloz)	
Gebelik süresince kötü bakım şartları	

Malnütrisyon için birçok risk faktörü bulunmakla birlikte en önemli risk faktörü anne sütünün eksik alınması ya da hiç alınmaması ve ek gıdaya erken ya da geç başlanmasıdır. Bunların haricindeki risk faktörlerine bakacak olursak; annenin eğitim düzeyinin düşük olması, annenin çalışıyor olması, çocuk ile ilgilenmesi gereken bakıcı ya da yardımcıların bebek bakımı ve beslenme ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmaması, kardeşler arasındaki doğum aralığının az olması, kardeş sayısının fazla olması, ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, çocukların doğuştan ya da sonradan ortaya çıkan kronik hastalıklara sahip olmaları, çocuğun sık hastalanması ve ailenin yetersiz sağlık hizmeti almasıdır⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾.

Malnütrisyonu sebep olan bu faktörlerin her biri birbiriyle yakından ilgilidir ve bir kısır döngü zincirinin halkalarını oluştururlar. Bu faktörler ancak uzun süreli çabalar ile ortadan kaldırılabilmektedir. Malnütrisyonun önlenmesi için atılacak adımlar her geciktiğinde sorun daha da ağırlaşmaktadır ve çözümün güçleşmesine neden olmaktadır. Bu yüzden kısa sürede sonuç alınabilecek bazı noktalardan bu zincirin kırılması gerekmektedir.

2.2.3.2. Fizyopatoloji

Malnütrisyonun birçok belirtisi yetersiz enerji ve/veya protein alımına uyum sağlayıcı cevapları göstermektedir. Yetersiz enerji ve/veya protein alımı nedeniyle vücutta aktivite ve enerji kullanımı düşer. Öncelikli olarak yağ depoları düşük enerji gereksinimini karşılamak için kullanılırlar. Daha sonra vücudun yapıtaşları olan proteinler yağ depolarının tükenmesi nedeniyle kullanılır. Bu sayede bazal metabolizmanın sürdürülmesi sağlanır^(58, 59).

Malnütrisyonun uzun süre ile devam etmesi durumunda organizmada metabolik, hormonal ve kan glukoz düzeyini düzenleyici mekanizmalar devreye girer. Öncelikle hızlı glukoneogenez başlar ve amino asitlerin tüketilmesi sonucu iskelet kaslarında kayıp gerçekleşir. Bunun sonucunda ise proteinlerin korunması için lipoliz ve ketogenez devreye girer⁽⁶⁰⁾.

Malnütrisyonunda, özellikle de kwashiorkor patogeneğinde serbest radikallerin etkili olduğu gösterilmiştir⁽⁶¹⁾.

Protein enerji malnütrisyonu organizmada işlevsel ve yapısal değişikliklere neden olur. Klinik bulgular malnütrisyonun derecesine, ortaya çıkış yaşına, süresine, eşlik edebilen eser element ve mineral eksikliklerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Hafif dereceli malnütrisyonun fark edilmesi güçtür. Genellikle bulgu görülmeyebilir. Orta ve ağır dereceli malnütrisyon formlarında ise ağır klinik tablolar görülebilmektedir. Malnütrisyonla öncelikle büyüme ve gelişme etkilenir. Malnütrisyon kilo alımında yavaşlama ile ortaya çıkabilmektedir. Ancak beslenme bozukluğunun devam etmesi malnütrisyonun sürmesi halinde kas-iskelet sisteminin gelişmesi ve lineer büyüme yetersiz kalır⁽⁶²⁾.

Malnütrisyon tüm sistemler üzerinde etkisi bulunan ve ilerleyici komplikasyonlara neden olan bir durumdur. Bu açıdan dikkatlice değerlendirilmelidir. Malnütre bir çocuğun tedavisi de yine aynı titizlikte ve her çocuğa özel olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır⁽⁶³⁾.

2.2.4. Dünya’da Malnütrisyon Epidemiyolojisi

Malnütrisyon prevalansı, dünya üzerindeki farklı noktalarda toplumların inançları, gelenekleri, sosyoekonomik durumları, sosyal özellikleri, emzirme alışkanlıkları ve anne sütünden kesilme yaşı gibi faktörlerden etkilenmektedir⁽⁶²⁾.

Malnütrisyonu sosyoekonomik durumu iyi olmayan, düşük eğitim düzeyine sahip, sağlık hizmetlerine ulaşmakta güçlük çeken ve parçalanmış ailelerin çocuklarında daha sık rastlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde orta ve gelişmiş ülkelere oranla daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin kırsal bölgelerde yaşayan nüfusun önemli bir bölümünde beslenme sorunu olduğundan daha sık görülür. Çalışan annelerin çocuklarında beslenme düzensizliği daha sık görüldüğünden bu çocuklarda daha sık görülmektedir. Ayrıca sel, deprem ve kıtlık gibi afet durumlarında artış gösteren bulaşıcı hastalıkların da etkisi sonucu malnütrisyon prevalansında artış görülmektedir⁽⁶²⁾.

Malnütrisyon ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkelerin yoksul bölgelerinde daha çok görülmektedir. Özellikle tüm Afrika ülkelerinde, Orta Doğu, Asya Kıtası’nın güneyi ve doğusu, Orta ve Güney Amerika, Hindistan’da önemini koruyan bir sorun olmaya devam etmektedir⁽⁶²⁾.

Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altındaki çocuklardaki bodurluk oranı % 34’tür. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyoekonomik refah düzeyine göre bakıldığında ise bodurluk dünyada % 5-65 gibi geniş bir dalgalanma göstermektedir. Kavrukluk (BGA

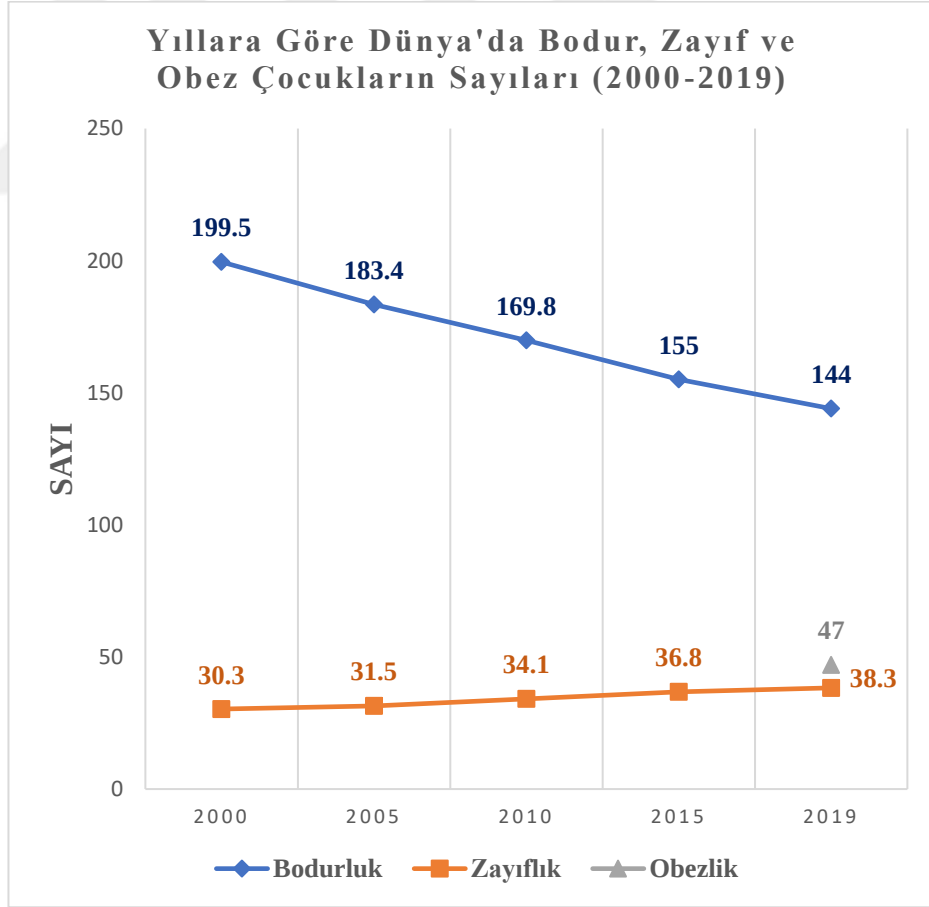
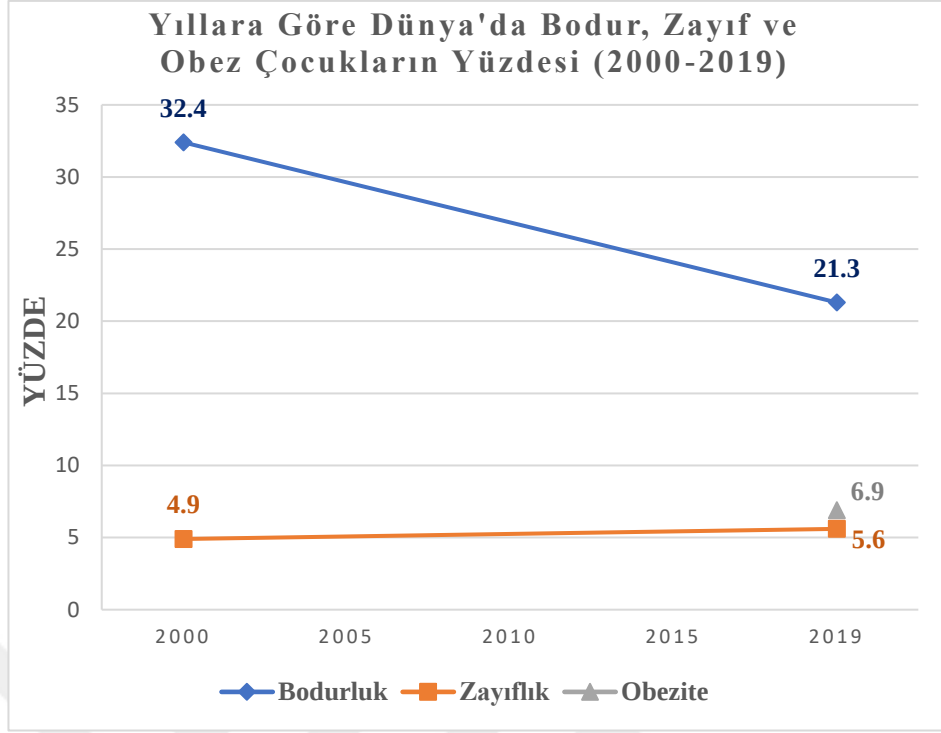
düşüklüğü) oranı ise DSÖ raporlarına göre tüm dünyada % 12 civarındadır ve 55 milyon çocuğu ilgilendirmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaş altındakilerin % 22 kadarı düşük kilolu olarak tespit edilmiştir. Yaşamın ilk iki yılı içerisinde gelişen bodurluk ilerde final boyun kısa kalmasına neden olmakta ve çocukların gelişimlerini olumsuz etkilemektedir^(64, 65).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), DSÖ, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Nüfus Birimi ve Dünya Bankası Grubu'nun ortak raporuna göre; dünya genelinde bodurluk oranları düşüyor olmasına rağmen hala beş yaş altı çocukların 144 milyonu bodur, 47 milyonu zayıf, 38 milyonu ise fazla kiloludur. Oransal olarak tüm dünyada beş yaş altı çocukların % 21,3'ü bodur, % 6,9'u zayıf ve % 5,6'sı fazla kiloludur(Şekil 2)⁽⁵⁾.

Dünyada bodur olan her beş childtan yaklaşık ikisi Güney Asya'da yaşamaktadır. Ayrıca bodur çocukların % 64'ü düşük-orta gelir grubu ülkelerde, % 27'si düşük gelir grubu ülkelerde, % 8'i üst-orta gelir grubu ülkelerde, % 1'i ise yüksek gelir grubu ülkelerde yaşamaktadır. UNICEF'in 2000 yılındaki raporuna göre bodur çocukların oranı % 32'den % 6,9'a gerilemiştir ve Afrika, 2000 yılına göre bodur çocukların sayısının arttığı tek bölgedir. Dünya'da üst-orta gelirli ülkeler 2000 yılından bu yana bodurluk yaygınlıklarını üçte ikiden fazla düşürürken, düşük gelirli ve düşük-orta gelirli ülkeler yalnızca üçte bir oranında azalma sağlayabilmişlerdir⁽⁵⁾.

Buna karşın fazla kilolu çocukların % 37'si düşük-orta gelir grubu ülkelerde, % 8'i düşük gelir grubu ülkelerde, % 41'i üst-orta gelir grubu ülkelerde, % 13'ü ise yüksek gelir grubu ülkelerde yaşamaktadır. 2000 yılına göre fazla kilolu çocukların oranı % 4,9'dan % 5,6'ya yükselmiştir. Güneydoğu Asya ve Kuzey Amerika, 2000 yılından bu yana aşırı kilolu çocuk sayısında önemli artış gösteren alt bölgelerdir⁽⁵⁾.

Asya alt bölgesi 5 yaş altındaki kavruk(zayıf) çocukların çoğunluğuna ev sahipliği yapmaktadır. Zayıf çocuk oranında 2000 yılına göre önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Dünya genelinde düşük kiloluluk prevalansı % 15, bodurluk prevalansı % 25 ve kavrukluk prevalansı % 8'dir. Az gelişmiş ülkelerde ise bu oranlar sırası ile % 23, % 37 ve % 10'dur⁽⁵⁾.



Şekil 2. Malnütrisyonun 2000-2019 yılları arasında Dünya'daki yüzdesel ve sayısal değişimi⁽⁵⁾

Dünya’da her yıl yaklaşık 139 milyon bebek dünyaya gelmektedir. Doğan bu bebeklerin 5 milyona yakını ilk yaş gününü göremezken 1,7 milyonu ise 5 yaşına ulaşamamaktadır⁽³⁹⁾. 1990'dan beri çocuk ölümlerinin azaltılmasında önemli küresel ilerleme kaydedilmiştir. Dünya çapında 5 yaş altı ölümlerin toplam sayısı 1990'da 12,6 milyonken 2019'da 5,2 milyona gerilemiştir ve bu çocukların çoğunlukla önlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlerden ötürü hayatını kaybettiği saptanmıştır. Bu ölümlerin 1,5 milyonunu 1 ila 11 aylık çocuklar oluştururken 1,3 milyon ölümü 1 ila 4 yaşındaki çocuklar oluşturmuştur. Yenidoğanlar (28 günün altında) ise kalan 2,4 milyon ölümü oluşturmuştur. Küresel olarak, pnömoni, ishal ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların yanı sıra erken doğum, asfiksi, doğum travması ve doğumsal anomaliler beş yaşın altındaki çocuklar için önde gelen ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Yetersiz beslenen çocuklarda, özellikle şiddetli akut beslenme problemi olanlar, ishal, zatürre ve sıtma gibi yaygın çocukluk hastalıkları kaynaklı ölüm riskleri daha yüksektir. Tüm çocuk ölümlerinin % 45’i malnütrisyon ile ilişkilendirilmektedir⁽⁴⁾.

UNICEF’e göre tanımlanabilen malnütrisyon olguları buzdağının görünen kısmını temsil etmektedir bu yüzden meydana gelen ölümler buzdağının görünmeyen kısmını oluşturmaktadır⁽⁶⁶⁾.

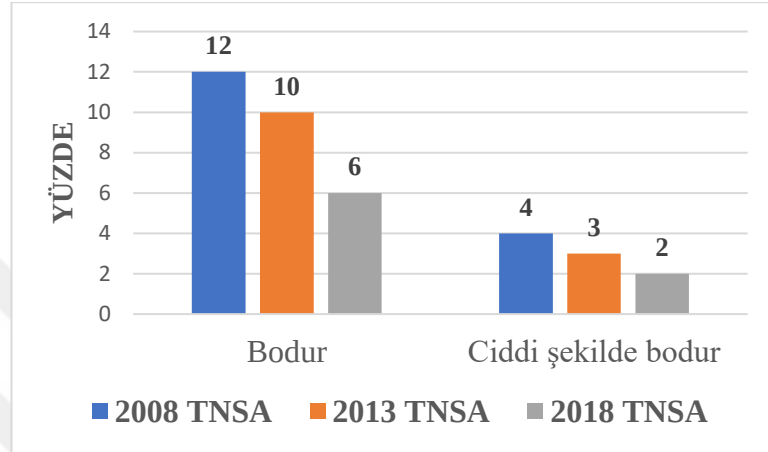
Sonuç olarak son 20 yılda tüm dünyada beş yaş altı çocuklarda, bodurluk ve zayıflık oranları azalmakla birlikte, malnütrisyon hala ciddi bir sorun olarak devam etmektedir^(64, 67).

2.2.5. Türkiye’de malnütrisyon

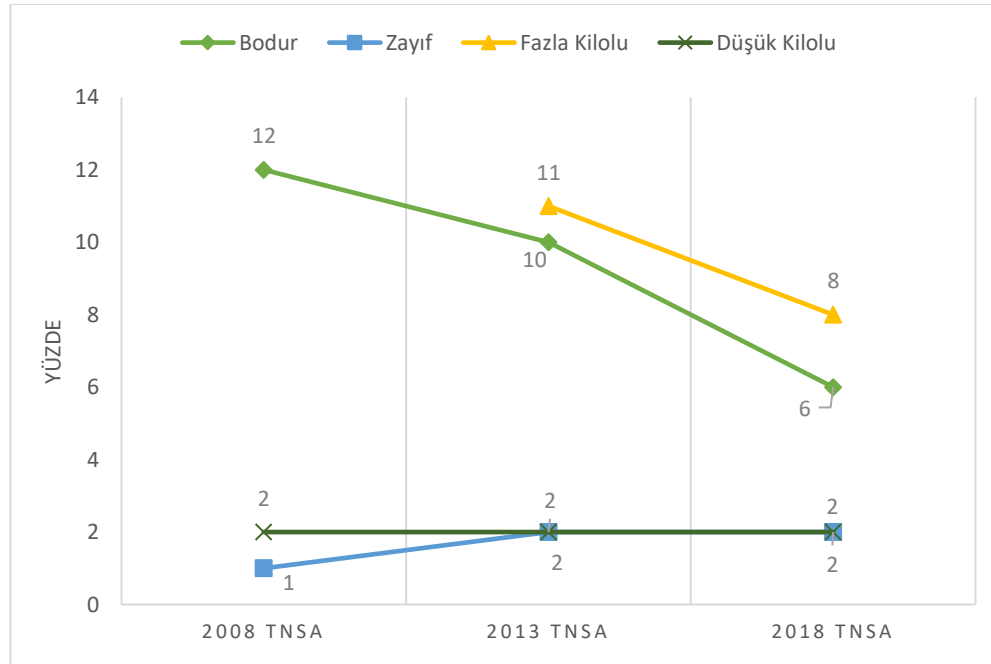
UNICEF’in 2019 yılındaki raporuna göre Türkiye’de 0-5 yaş arası çocukların % 10’unun bodur (yaşa göre boyu (YGB) kısa), % 2’si orta-ağır derecede zayıf (boya göre ağırlık), % 1’in altında oranla ağır derecede zayıf olduğu ve % 11 oranında fazla kilolu (boya göre ağırlık) olduğu ifade edilmiştir. Ekonomik gelir düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarında bodurluk oranı % 5 saptanırken gelir düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında % 19 saptanmıştır⁽⁶⁸⁾.

TNSA 2018 raporuna göre ise Türkiye’de 0-5 yaş arası çocukların % 6’sı bodur, % 1,5’i ise ciddi derecede bodur olarak saptanmıştır. 0-5 yaş arası çocukların % 2’den azı zayıf, %1’den azı ise ciddi derece zayıf olarak saptanmıştır. Fazla kilolu çocukların oranı ise %8 saptanmıştır. TNSA verileri 2008 yılından bu yana incelendiğinde bodur çocukların oranının % 12’lerden % 6’lara gerilediği gözükmemektedir (Şekil 3). Zayıf

çocuklarda 2008 TNSA’da oran % 1 olmasına karşın 2013 ve 2018 TNSA’da % 2 seviyesindedir. Fazla kilolu çocukların oranının ise 2008’e göre % 11’den % 8’e gerilediği gözükmemektedir. Hem akut hem de kronik sorunları gösteren düşük kilolu çocukların yüzdesi ise %2 seviyesinde sabit kalmıştır (Şekil 4)⁽¹⁰⁾.



Şekil 3. Bodurluğun zaman içinde değişimi⁽¹⁰⁾



Şekil 4. Çocuklarda beslenme durumunun zaman içinde değişimi 5 yaş altı çocukların malnütrisyon yüzde dağılımı⁽¹⁰⁾

Kentsel yerleşim bölgelerinde kırsal yerleşim bölgelerine göre kavrukluuk, zayıflık ve bodurluk daha az oranda saptanmıştır. Fazla kilolu çocukların oranı ise kentsel yerleşim bölgelerinde daha yüksek oranlı saptanmıştır⁽¹⁰⁾.

Türkiye’de bodurluk oranının annenin eğitim düzeyi arttıkça ve hane halkı gelir düzeyi yükseldikçe azaldığı saptanmıştır. Fazla kilolu çocukların oranının da gelir düzeyi yükseldikçe arttığı saptanmıştır. Ülkemiz bölgesel olarak incelendiğinde ise bodurluk % 18,7 ile en çok Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde saptanırken en düşük oran ise % 2,3 ile İstanbul’dur. Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise bodur çocukların oranı % 5,8, zayıf çocukların oranı % 1,5 ve fazla kiloluların oranı ise % 6,6 olarak saptanmıştır⁽¹⁰⁾.

Güneydoğu Anadolu bölgesi içerisinde Diyarbakır ve Mardin merkezli 7-16 yaş grubundaki 1912 çocuğun vücut kitle indeksine göre 2010 yılında yapılan bir çalışmada kızların % 8,4’ü erkeklerinse % 7,2’si düşük kilolu olarak saptanmıştır⁽⁶⁹⁾. 2016 yılında Van’da yapılan bir çalışmada 0-5 yaş arası 702 çocuk ile çalışma yapılmış ve çalışmanın sonuçlarına göre zayıf çocukların oranı %19,7, bodur olanların %17,7 ve kavruk olanların ise %16,2 saptanmıştır⁽⁷⁰⁾.

2.2.6. Malnütrisyon sınıflamaları

Malnütrisyon hastalığının derecesini gösteren çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Genellikle kabul edilen ağırlık kaybına boy kısalığına göre yapılan sınıflamalardır⁽⁷¹⁾.

2.2.6.1. Gomez Sınıflaması

İlk kez 1956 yılında Gomez tarafından tanımlanmıştır⁽⁷²⁾. Yaşa göre ağırlık değerlendirilerek sınıflandırma yapılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Gomez Sınıflaması^(73, 74)

Yaşa göre ağırlık (medyan değerlerin yüzdesi)	Malnütrisyon derecesi (beslenme durumu)
90-110	Normal
75-89	Hafif (1. Derece)
60-74	Orta (2. Derece)
<60	Ağır (3. Derece)

2.2.6.2. Waterlow Sınıflaması

Waterlow sınıflaması malnütrisyon etyolojisini tanımlamada yaşa göre ağırlık ölçütünün tek başına yeterli olmadığı görülerek 1972 yılında Waterlow tarafından geliştirilmiştir (Tablo 3) ⁽⁷⁵⁾. Yaşa göre boy ve boya göre ağırlık parametrelerini standart sapma skoruna veya ortanca değerin altında kalanlara göre bodur ve zayıf olarak tanımlanmaktadır ⁽⁷⁶⁾.

Tablo 3 . Waterlow sınıflaması ^(75, 76)

	Yaşa Göre Boy yüzdesi= (Çocuğun boyu/Aynı yaştaki 50. persentil değeri) X 100	Boya Göre Ağırlık yüzdesi= (Çocuğun ağırlığı/Aynı yaştaki 50. persentil değeri) X 100
Normal	>95	90-110
Hafif (1. Derece)	90-94	80-89
Orta (2. Derece)	85-89	70-79
Ağır (3. Derece)	<85	<70

2.2.6.3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sınıflaması

DSÖ tarafından 1999 senesinde, orta ve ağır malnütrisyonu değerlendirmek amacıyla ilk defa ortaya konmuştur. 2006 yılında bazı değişikliklere uğrayarak sınıflandırma son halini almıştır ^(72, 77).

Z skoruna (standart sapma skoru) dayanan bir sınıflandırmadır ve bu sınıflamaya göre çocuklar zayıf ve bodur olarak gruplandırılmışlardır. Çocukların boya göre ağırlık ve yaşa göre boy değerleri için z- skoru tanımlanmıştır. Z skoru, ölçülen değerin (ağırlık, boy, VKİ vb) yaş ve cins için medyan değerden standart sapma değeri olarak ne kadar uzakta olduğunu gösteren bir değerdir. Normal aralık -2 SS ve +2 SS arasındadır (Tablo 4) ⁽⁷⁸⁾. Eksi 2 SS ile -3 SS arasında olanlar orta derecede, -3 ve altındakiler ise ciddi derece olarak değerlendirilmektedir ⁽⁷⁹⁾.

Tablo 4. DSÖ sınıflaması⁽⁷⁸⁾

	Orta	Ağır
YGA SS skoru	2 ile -3	< -3
YGB SS skoru	2 ile -3	< -3 (bodur)

2.2.6.4. Wellcome Sınıflaması

Bu sınıflama yaşa göre ağırlık skoruna ve ödemnin olup olmamasına göre yapılmıştır. Yaşa göre beklenen ağırlığı % 60- 80 arasında ve % 60'ın altında olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır⁽⁸⁰⁾. Az gelişmiş ülkelerdeki süt çocuklarında görülen ağır malnütrisyon ile sık olarak kullanılmaktadır ve bu sınıflamaya göre marasmus ödem olmadan ciddi açlık, marasmik kwashiorkor ödem ile birlikte ciddi açlık, kwashiorkor ise malnütrisyon ile birliktelik gösteren ödemi tanımlamaktadır (Tablo 5) ⁽⁷⁷⁾.

Tablo 5. Wellcome sınıflaması⁽⁸¹⁾

YGA (medyanın yüzdesi)	Ödem Var	Ödem Yok
60-80	Kwashiorkor	Beslenme yetersizliği
<60	Marasmik kwashiorkor	Marasmus

2.2.6.5. McLaren Sınıflaması

McLaren sınıflandırması deri ve saç değişiklikleri, hepatomegali, ödem ve biyokimyasal ölçümleri göz önüne alarak yapılmış bir sınıflandırma yöntemidir (Tablo 6) ^(73, 82-84).

Tablo 6. McLaren Sınıflaması⁽⁸²⁾

Bulgular	Puanlama
Ödem	3
Dermatoz	2
Ödem+Dermatoz	6
Saç değişiklikleri	1
Hepatomegali	1
Serum albumin düzeyi (g/dl)	
1	7
1.0-1.5	6
1.5-2.0	5
2.0-2.5	4
2.5-3.0	3
3.0-3.5	2
3.5-4.0	1
>4	0

Puanlama;

0 - 3 Marasmus

4 - 8 Marasmik kwashiorkor

> 9 Kwashiorkor

2.2.6.6. Malnütrisyonun Yeni Sınıflaması

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) tarafından 2015 yılında yapılan etyolojiyi, süreyi ve malnütrisyonun ciddiyetini dikkate alan bir sınıflandırmadır. Bu sınıflamada, malnütrisyonu hangi besin eksikliğinin neden olduğu, inflamasyonla ilişkisi, büyüme ve gelişme üzerine etkileri de dahil edilmiştir^(85, 86).

Etiyolojiye göre malnütrisyon

Hastalıklara bağlı olarak besin alımında azalma ve çevresel davranışsal faktörlere bağlı olarak besin alımında şeklinde olarak ikiye ayrılmaktadır. Kıtlik gibi sosyoekonomik durum nedeniyle besine ulaşamama çevresel faktörlerle ilişkili malnütrisyon oluşumuna yol açarken; anoreksiya, yemek seçme gibi durumlar ise davranışsal faktörlerle ilişkili malnütrisyon oluşumuna yol açmaktadır.

Süreyeye göre malnütrisyon

Üç aydan kısa süreli malnütrisyon akut, üç ay ya da daha uzun süredir devam eden malnütrisyon ise kronik olarak sınıflandırılmaktadır.

2.2.7. Malnütrisyonun Değerlendirilmesi ve Kullanılan Göstergeler

Bir çocukta malnütrisyon şüphesi varlığında çocuğun beslenme durumunu öğrenmek için mutlaka ayrıntılı öykü alınmalı ve eşlik edebilecek olası hastalıklar açısından detaylı fizik muayene ve laboratuvar incelemesi yapılmalıdır. Tam bir fizik muayene sonrasında mutlaka antropometrik ölçümleri (ağırlık, boy, deri kıvrım kalınlığı, üst orta kol çevresi) alınmalıdır⁽⁷⁹⁾. Antropometrik ölçümler özellikle malnütrisyonun tipinin ve derecesinin belirlenmesinde oldukça faydalıdır⁽⁸⁷⁾. Ağırlık, boy, üst orta kol çevresi, orta kol çevresi/baş çevresi oranı ve deri kıvrım kalınlığı ölçümleri (özellikle triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlıkları) en sık kullanılan antropometrik ölçümlerdendir⁽⁸⁸⁾.

Büyüme durumu, bir çocukta en iyi devamlı ve düzenli yapılan ölçümlerle değerlendirilebilmektedir. Ancak tek bir ölçümle elde edilen değerlerin toplumdaki standartlarla karşılaştırılması ve bazı hesaplamaların kullanılmasıyla da beslenme durumu hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir⁽⁷⁹⁾. Ayrıca bu değerleri karşılaştırabilmek için uygun referans değerlerin kullanılması gerekmektedir. DSÖ, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi (NCHS) ve Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) bu standardizasyonu sağlamak ve ülkeler arası karşılaştırmaları yapabilmek için uluslararası referans değerleri belirlemişlerdir. Tüm Dünya’da önerilen bu referans aralıkları kullanılmaktadır⁽⁸⁹⁾.

Bu amaç doğrultusunda ülkemizde ise Neyzi ve arkadaşları tarafından oluşturulan referans değerleri sıkça kullanılmaktadır⁽⁹⁰⁾.

2.2.7.1. Yaşa göre boy

Boy uzunluğunun ölçümü çocuklarda beslenme durumunun ortaya konulmasında önemli bir göstergedir ve ayrıca akut ve kronik dönem beslenme yetersizliğinin ayırt edilmesinde önem taşımaktadır⁽⁹¹⁾.

Yaşa göre boy ölçümünün düşük olması “bodurluk” olarak tanımlanmaktadır ve düşük sosyoekonomik durum, kötü çevresel faktörler, kötü yaşam koşulları ve sık geçirilen enfeksiyonların bir göstergesidir⁽⁹²⁾.

Yaşıya göre boy Z-skoru, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapmanın (-2 SD) altında olan çocuklar bodur, eksi üç standart sapmanın (-3 SD) altında olan çocuklar ciddi şekilde bodur kabul edilmektedir. Bodurluk, kısa yaşıya göre boy, kronik beslenme yetersizliğinin bir işaretidir ve çocuğun yeterli besinleri uzun bir dönem alamadığının bir göstergesidir. Bodurluğun en dolaysız nedenleri yetersiz beslenme ve tekrarlayan enfeksiyonlar veya kötü besin alımına, emilimine ve kullanımına neden olan kronik hastalıklardır. Bu nedenle yaşıya göre boy endeksi bir nüfusta kronik malnütrisyonun iyi bir göstergesidir⁽¹⁰⁾.

2.2.7.2. Boya göre ağırlık

Boya göre ağırlığın düşük olması zayıflık, fazla olması ise fazla kiloluluk olarak tanımlanmaktadır. Düşük boya göre ağırlık akut dönemdeki yeterli ve dengeli beslenememeyi ifade etmektedir⁽⁹²⁾.

Boya göre ağırlık Z-skoru referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapmanın (-2 SD) altında olan çocuklar, zayıf veya akut olarak yetersiz beslenmiş olarak değerlendirilirken eksi üç standart sapmanın (-3 SD) altında olan çocuklar ciddi şekilde zayıf değerlendirilmektedir. Zayıf çocuk, kilo kaybıyla sonuçlanan yetersiz gıda alımından, yakın zamanda geçirilmiş bir hastalık ya da enfeksiyondan kaynaklanabilmektedir⁽¹⁰⁾.

Boya göre ağırlık Z-skoru referans grubun ortanca değerinden artı iki standart sapmanın (+2 SD) üstünde olan çocuklar fazla kilolu olarak kabul edilmektedir. Fazla kiloluluk, aşırı beslenmenin bir ölçüsüdür ve tüketilen enerji ve harcanan enerji arasındaki dengesizlikten kaynaklanır⁽¹⁰⁾.

2.2.7.3. Yaşıya göre ağırlık

Ağırlık ölçümü antropometrik ölçümlerin içerisinde en sık kullanılan ve en pratik tespit edilebilen parametrelerden biridir ve çocuğun yaşı, cinsiyeti ve boyu ile birlikte değerlendirildiğinde beslenme durumu ve çocuğun gelişimiyle ilgili önemli bilgiler verir⁽⁷⁴⁾.

Yaşıya göre ağırlığın düşük olması düşük kiloluluk olarak tanımlanmaktadır. Yaşıya göre ağırlık Z-skoru, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapmanın (-2

SD) altında olan çocuklar düşük kilolu, eksi üç standart sapmanın (-3 SD) altında olan çocuklar ciddi şekilde düşük kilolu kabul edilmektedir. Yaşa göre ağırlık endeksi genel olarak beslenme durumunun boylamsal (uzun dönemli) değerlendirmesini yapmak için kullanılır. Düşük yaşıya göre ağırlık, boya göre ağırlığın ve yaşıya göre boyun birleşik bir endeksidir. Düşük kiloluluk hem akut (zayıflık) hem de kronik (bodurluk) malnütrisyonu göstermektedir. Bu gösterge hem çocuğun boyundan hem de ağırlığından etkilenmektedir ve bu özelliği nedeniyle her iki gösterge konusunda da yorum yapılmasına olanak sağlar^(10, 92).

Ancak yaşıya göre ağırlık kısa çocukları zayıf olanlardan ayırt edemediği için bir dezavantaj olarak değerlendirilir⁽⁹³⁾.

2.2.7.4. Baş Çevresi Ölçümü

Baş çevresi ölçümü özellikle beyin ve sinir sistemi gelişiminin bir göstergesidir. Özellikle yaşamın ilk üç yılında mutlaka ölçülerek değerlendirilmesi gereken bir yöntemdir⁽⁹¹⁾. Baş çevresi değerlendirilmesi beslenme durumundan en az etkilenen antropometrik ölçümdür⁽⁹⁴⁾ (Şekil 5).



Şekil 5. Baş çevresi ölçümü.

2.2.7.5. Deri kıvrım kalınlığı

Bu ölçüm çocuğun cilt altı yağ dokusunu değerlendirilmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçüm olarak sıklıkla kaliper adı verilen özel bir alet ile çocuğun triseps cilt kıvrım kalınlığı ve subskapular cilt kıvrım kalınlığı ölçümleri kullanılmaktadır (Şekil 6)⁽⁹⁵⁾.

Ölçülen değer yaş ve cinsiyete göre normal değerlerle kıyaslanarak değerlendirilmektedir⁽⁷⁶⁾.



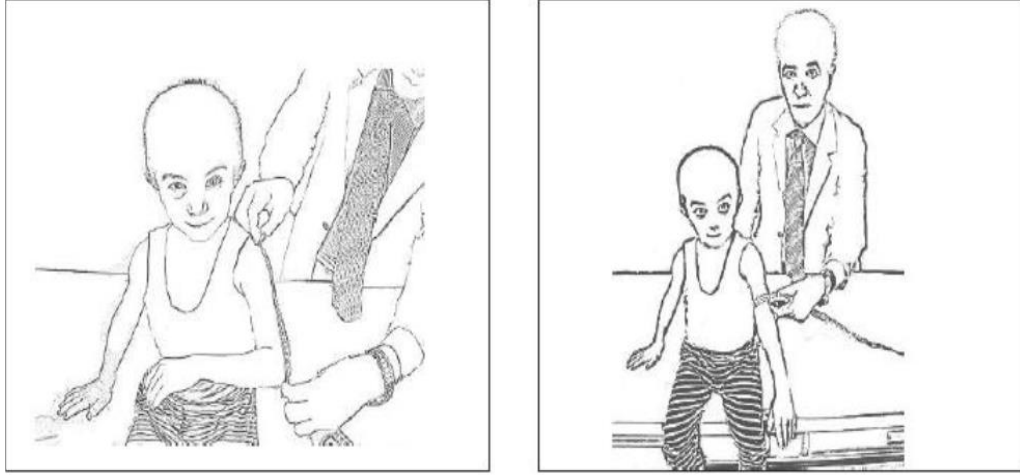
Şekil 6. Triseps cilt kıvrım kalınlığı ölçümü⁽⁹⁶⁾

Deri kıvrım kalınlığı ile çocuğun sahip olduğu enerji deposu ve yağ kitlesi paralellik göstermektedir. Bu endeks kısa dönemdeki beslenme durumunu değil, uzun dönemdeki beslenme durumunu daha iyi yansıtmaktadır⁽⁹¹⁾. Bu amaçla triseps deri kıvrım kalınlığı kullanılmaktadır ancak bu ölçüm boya göre ağırlıkla karşılaştırıldığında çok değerli bir ölçüm yöntemi değildir⁽⁵³⁾.

2.2.7.6. Üst Orta Kol Çevresi

Üst orta kol çevresi ölçümü, ucuz ve pratik bir yöntem olması, uzmanlık bilgisi gerektirmeden persentil eğrileri üzerinden değerlendirilebilmesi nedeniyle saha çalışmalarında oldukça sık tercih edilmektedir. Çocuklarda vücuttaki hem kas dokusunu hem de yağ depolarını yansıtan aynı zamanda da o anki beslenme durumunu gösteren önemli bir antropometrik ölçüdür (Şekil 7) ⁽⁹⁷⁾.

Özellikle beş yaş altındaki çocuklarda ciddi malnütrisyonu tespit etmede ve ödemin eşlik ettiği ağır malnütrisyon durumunu saptamada oldukça yararlıdır⁽⁹⁸⁾.



Şekil 7. Sol üst orta kolda orta noktanın belirlenmesi ve orta kol çevresi ölçümü⁽⁹⁶⁾

Üst orta kol çevresi, hem düşük boya göre ağırlığı tespit etmede hem de yaşına göre boy kısalığını saptamada yüksek oranda pratiktir. Üst orta kol çevresi, hayatın ilk bir yılı içerisinde belirgin şekilde artarken 1–5 yaş arası çocuklarda çok fazla değişmemektedir. Günümüzde üst orta kol çevresi, beş yaştan küçük çocuklar için ölçülen değerin 125 mm’ den düşük olması yetersiz ve global malnütrisyonu gösterirken, 110 mm’ den küçük olması durumunda ise ciddi malnütrisyon var demektir⁽⁹⁹⁻¹⁰¹⁾.

2.2.8. Malnütrisyonun korunması

Malnütrisyon görülme riskinin azaltılması için toplumun sosyoekonomik düzeyinin yükseltilmesi ve işsizlik oranının düşürülmesi oldukça önem taşımaktadır⁽¹⁰²⁾. Çocuk sağlığının iyileştirilmesi için DSÖ tarafından geliştirilen ve 1980’li yıllarda uygulamaya giren ‘çocuk sağ kalım programları’ çocukların sağlığına en fazla katkı yapacak hizmetler olarak kabul edilmiştir⁽¹⁰³⁾.

Malnütrisyonu önlemek için sağlık sistemi içinde yapılabilecekleri şöyle sıralanabilir;

- 1) Aile planlaması çalışmalarının yaygınlaştırılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi
- 2) Güvenli anneliğin gerçekleştirilmesi
- 3) Gebelerin doğum öncesi izlemleri yapılması ve yeterli sağlık hizmeti alması
- 4) Annelerin eğitim düzeyinin yükseltilmesi

5) Ailenin ve özellikle bakım veren kişilerin bebeğe olumlu yaklaşımlarının sağlanması

6) İlk 6 ay tek başına anne sütünün verilmesi, daha sonra ek besinlere geçilmesi ve anne sütüne koşullar uygunsa 2 yaşına kadar devam edilmesi

7) Bir çocuğun tek bir sağlık ekibi tarafından izleminin sağlanması ve aşılama önem verilmesi

8) Çocuğun büyümesi düzenli aralıklarla ölçülmeli ve değerlendirilmelidir

9) Evdeki yoksulluk, şefkat yoksunluğu ya da yeme yedirme ilişkisindeki risklerin erkenden fark edilmesi

2.3. Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi

Çocukluk çağında izlemler, birinci basamak ve çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Çocuk sağlığı izlemi, tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığının değerlendirildiği, çocukluk çağında görülen bazı hastalıkları önlemek, çocukluk çağı ölümlerini azaltmak, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu ve sağlıklı büyüme gelişmeyi destekleyerek çocukların sağlıklı erişkinler olarak yaşamlarını sürdürmesi amacıyla uygulanan birinci basamak sağlık hizmetlerindendir⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾.

Çocukluk çağı izlemleri birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır ve koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir sağlık hizmetidir. Ayrıca izlemelerin amacı sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesini sağlamaktır⁽¹⁰⁷⁾.

Büyümenin izlenmesi ise büyümenin belli aralıklarla uygun standartlar doğrultusunda değerlendirilmesi, normal olmayan durumların erken dönemde saptanması ve gereken önlemlerin alınmasını kapsamaktadır⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾.

UNICEF tarafından 1982-1983 yıllarında; “Büyümenin İzlenmesi ve Desteklenmesi” (Growth Monitoring), “Ağızdan Sıvı Tedavisi” (Oral Rehydration Therapy), “Anne Sütü ile Beslenme” (Breastfeeding) ve “Bağışıklama” (Immunization) yaklaşımını bu uygulamaların İngilizce baş harflerinin birleşimi olan “GOBI” ile ifade edilen çocuğun sağlıklı büyümesinin ve yaşamının korunmasında aileyi temel alan programda büyüme ilk sırada ele alınmıştır⁽¹¹¹⁾.

Çocuklarda büyümenin izlenmesi birinci basamakta izlem pratiğinin ana öğelerinden birisidir. Çünkü büyüme, çocuğun genel sağlık durumunun en iyi göstergesidir ve çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını bozan her durumda etkilenebilir. Çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen durumlar büyüme sürecini yavaşlatmaktadır^(108, 112, 113). Öte yandan bir çocuğun normal büyümeye sahip olması en azından sağlığını ciddi boyutta etkileyen bir probleminin olmadığını gösterir.

Büyümenin izlemi aile hekimi, pediatrist, pratisyen hekim, çocuk gelişimi uzmanı, ebe ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri tarafından yapılabilir. Büyüme, çocuk sağlığının en önemli göstergesidir. Bu yüzden büyümenin değerlendirme ve izlemi sağlık profesyonelleri tarafından, ulusal ve uluslararası standartlar doğrultusunda güncel büyüme referans eğrileri kullanılarak yapılmalıdır. Bu durum toplum sağlığını koruma ve geliştirmede olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır⁽¹¹⁴⁾.

DSÖ beş yaş altındaki her çocuğun sağlık izleminin yapılmasını ve bu izlemler sırasında büyümenin değerlendirmesini ve 0–1 yaş bebeklerin her ay, 2. yılda 2 ayda bir, 3–5. yıllarda 3–4 ayda bir büyüme hızlarının değerlendirilmesi ve bu bebeklerin vücut ağırlıklarının ölçülüp kaydedilmesi önermektedir⁽¹¹³⁾.

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, izlem dönemlerini doğumda, doğumdan sonra ilk 10 gün içinde, 15. gün, 41. gün, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48 ve 60. aylarda olarak belirlemiştir. Aile hekimleri doğumdaki izlem hariç bebeklik ve çocukluk çağı izlemlerin tamamından sorumludurlar⁽¹⁰⁷⁾.

2.4. Bebek Beslenmesi

2.4.1. Anne Sütü ve Önemi

Beslenme yaşamın her döneminde özellikle de büyümenin en hızlı olduğu bebeklik evresinde önemlidir. Doğumdan iki yaşın sonuna kadar devam eden dönem, çocuklarda büyüme-gelişiminin en hızlı olduğu sağlıklı bir yaşam oldukça önemli bir dönemdir.

Anne sütü; her bebeğin gereksinimine göre, bebeğin büyümesi, gelişmesi ve zekâ gelişimi için gerekli olan tüm besin öğelerini uygun miktarlarda içeren, biyoyararlanımı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besin kaynağıdır. Anne sütü ile beslenmenin ve

emzirmenin hem anne hem bebek için sağlık, beslenme, bağışıklık, gelişimsel, sosyal ve ekonomik yönden birçok olumlu etkisi bulunmaktadır^(115, 116).

Anne sütünün yararlarını şöyle sıralayabiliriz⁽¹¹⁷⁾;

- Anne sütü her zaman sterildir ve ısı derecesi idealdir.
- Besin ögesi bileşimi bebeğin gereksinmelerine uygundur.
- Anne sütü koruyucu etmenler içermektedir (Sindirime yardımcı aktif enzimler (yağ sindirimi için lipaz), enfeksiyonu önleyen ögeler, hormonlar ve büyümeyi sağlayan ögeleri)
- Anne sütü alan bebeklerde solunum yolu ve mide-barsak enfeksiyonları daha az görülür.
- Anne sütü verilmesi orta kulak iltihabı riskini azaltır.
- Anne sütü bebeklerin çene ve diş gelişimini olumlu yönde etkiler.
- Bazı kronik hastalıkların görülme riskini azaltır (tip I diyabet, çölyak hastalığı, obezite, koroner kalp hastalığı gibi).
- Alerjiye karşı koruyucudur ve bebeği pişikten korur.
- Bebeğin ruhsal, bedensel ve zihinsel gelişimine yardımcı olur.
- Ekonomiktir, hazırlık süreci gerektirmez.
- Anne ve bebek arasındaki duygusal bağı güçlendirir.
- Annenin sağlığını korur. Emziren annelerde meme kanseri, over kanseri, osteoporoz ve anemi oluşumu azalır.
- Anne sütü uterusun eski haline dönmesine yardımcı olur, anneyi aşırı kan kaybından korur.

Anne sütü biyolojik olarak aktif olan, çok sayıda kimyasal ve hücrel bileşen içeren bir sıvıdır. Anne sütünde bulunan başlıca makronutrientler; laktoz ve oligosakkaritler, süt lipitleri, trigliserit, kolesterol, fosfolipit ve steroid hormonlar, proteinler, kazein, alfa-laktalbumin, laktoferrin, mineraller, sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, magnezyum, fosfat, sekretuar IgA, lizozim olarak sayılabilir.

Anne sütünün bileşiminde postnatal dönemde zamanla dramatik değişiklikler olmaktadır. Ayrıca anne sütü içeriği anneler arasında, bebeğin gebelik haftasına göre,

postnatal yaşına göre ve emzirmenin başı ile sonu arasında zamanla değişkenlik göstermektedir⁽¹¹⁸⁻¹²⁰⁾.

Anne sütü salgılandığı döneme ve bileşimine göre üçe ayrılır;

Kolostrum: Doğumdan sonra (postpartum) ilk beş gün boyunca salgılanan süttür. Az miktarda salgılanır ve sarımsı renktedir. Kolostrum sekretuar IgA, laktoferrin, T ve B lenfositler, epidermal büyüme faktörü gibi immünolojik bileşiklerden zengindir. Ayrıca A, D ve B12 vitaminleri, sodyum, klor, magnezyum ve çinko içeriği olgun süte göre daha yüksektir. Kolostrum, bebeğin gastrointestinal sistemini immünoglobulinler ile mukozal bir tabaka oluşturarak kaplar ve böylece yenidoğan bebeği dış ortamdan gelecek patojen mikroorganizmalara karşı korur. Kolostrumda, olgun süte oranla daha fazla oranda protein bulunmaktadır (%3-3.5 g). Yağ ve laktoz içeriği ise olgun süte oranla daha az miktardadır^(121, 122).

Geçiş Sütü (Transizyonel): Kolostrumdan sonra 5-15. günler arasında salgılanan, kolostruma biraz benzeyen süttür. Miktarı kolostruma göre daha fazladır. Protein içeriği azalırken, laktoz, yağ ve kalori içeriği artar.

Matür Süt (Olgun): On beşinci günden sonra salgılanan süttür.

Emzirmenin başındaki anne sütü ön süt olarak adlandırılırken emzirmenin sonundaki süt son süt olarak adlandırılmaktadır. Emzirmenin başlangıcındaki ön süt karbonhidrattan zengin daha sulu bir süt iken, sonundaki son süt ise yağdan zengin daha doyurucu bir süttür.

UNICEF ve DSÖ ideal bir beslenme için 2002 yılından beri bebeklerin ilk 6 ay yalnızca anne sütüyle beslenmesini önermektedir. Ek gıdaya altıncı aydan sonra başlanmasını ve en az 2 yaşına kadar anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesini önermektedir (Şekil 8)^(123, 124). Bu sayede her yıl 800.000 bebek ölümü engellenecektir. Ancak tüm dünyada ilk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı halen % 40'ların altındadır⁽¹²⁵⁾.

Ayrıca Amerikan Pediatri Akademisi de emzirmenin ek gıda ile birlikte 12 aya kadar, bebeğin emmeyi istemesi durumunda güven duygusunun gelişmesi ve erken çocukluk döneminde enfeksiyonlara daha dirençli olmasını sağlamak amacıyla da 2,5 yaşına kadar emzirmenin devam ettirilmesini önermektedir⁽¹²⁶⁾.

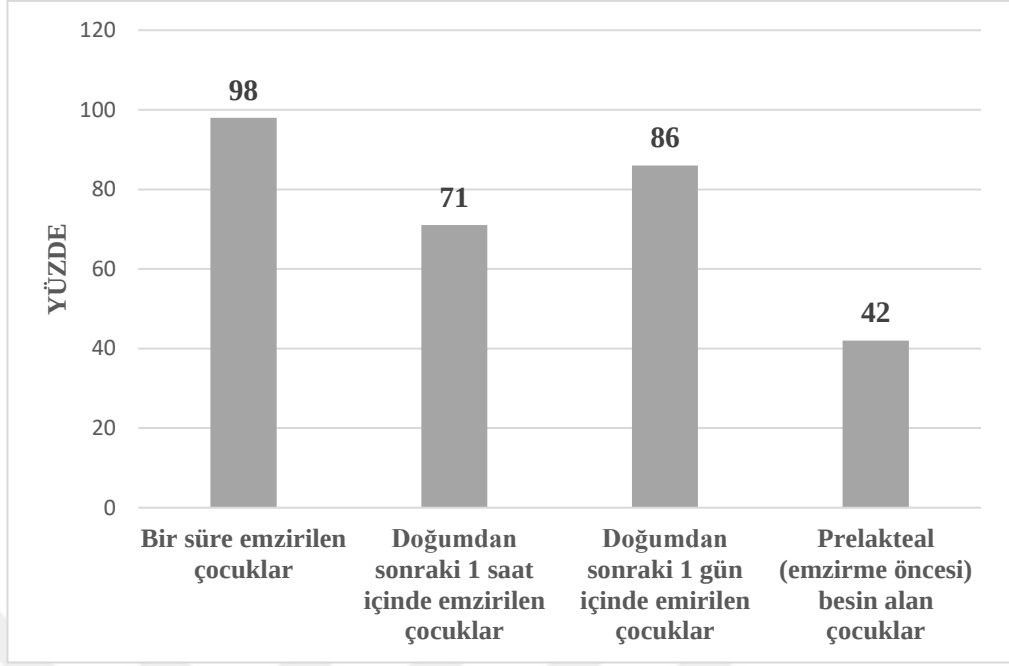


Şekil 8. 2 yaşına kadar emzirme sürdürüldüğünde, emzirme önemli bir besin ögesi kaynağı olmaya devam eder⁽¹²⁷⁾.

UNICEF ve DSÖ'nün yayınladığı “Innocenti Bildirgesi”nde ise; doğumu sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlanması, emzirmenin bebek her istediğinde teşvik edilmesi, yalancı meme veya emzik türünden herhangi bir şeyin bebeklere verilmemesi, yaşamın ilk 4-6 ayına kadar yalnızca anne sütü verilmesi ve bu dönemden sonraki evrelerde de yeterli ek gıda desteğinin yanında anne sütüne devam edilmesi önerilmektedir^(128, 129).

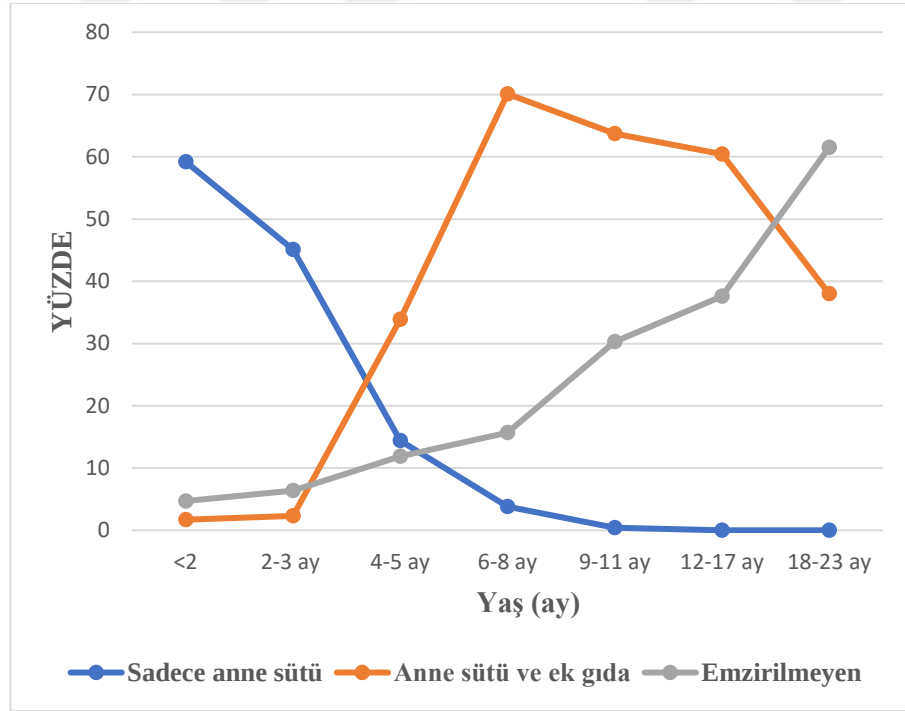
2018 yılında tüm dünyada bebeklerin yarısından azı (% 43) doğumu izleyen ilk bir saat içinde emzirilmiştir⁽¹³⁰⁾.

TNSA 2018'e göre Türkiye'de emzirme oldukça yaygındır ve bebeklerin % 98'i bir süre emzirilmiştir. Doğumdan sonra ilk 1 saat içinde emzirilme oranı % 71 iken, ilk 1 gün içerisinde emzirilme oranı % 86'dır (Şekil 9). TNSA 2013 verileri ile karşılaştırıldığında, doğumdan sonraki ilk 1 saat içerisinde emzirilen bebeklerin yüzdesi % 50'lerden 70'lere yükseldiği, ilk 1 gün içerisinde emzirme oranlarının % 70'ten % 86'ya yükseldiği görülmektedir. Son 5 yıl içerisinde ilk 1 saat içerisindeki emzirme oranının yükselmesi sevindiricidir, ancak bunun devamının sağlanması için emzirme danışmanlığı hizmetlerinin devamlılığı sağlanmalıdır⁽¹⁰⁾.



Şekil 9. 5 yaş altı çocuklarda emzirmeye başlama zamanı yüzdesi⁽¹⁰⁾

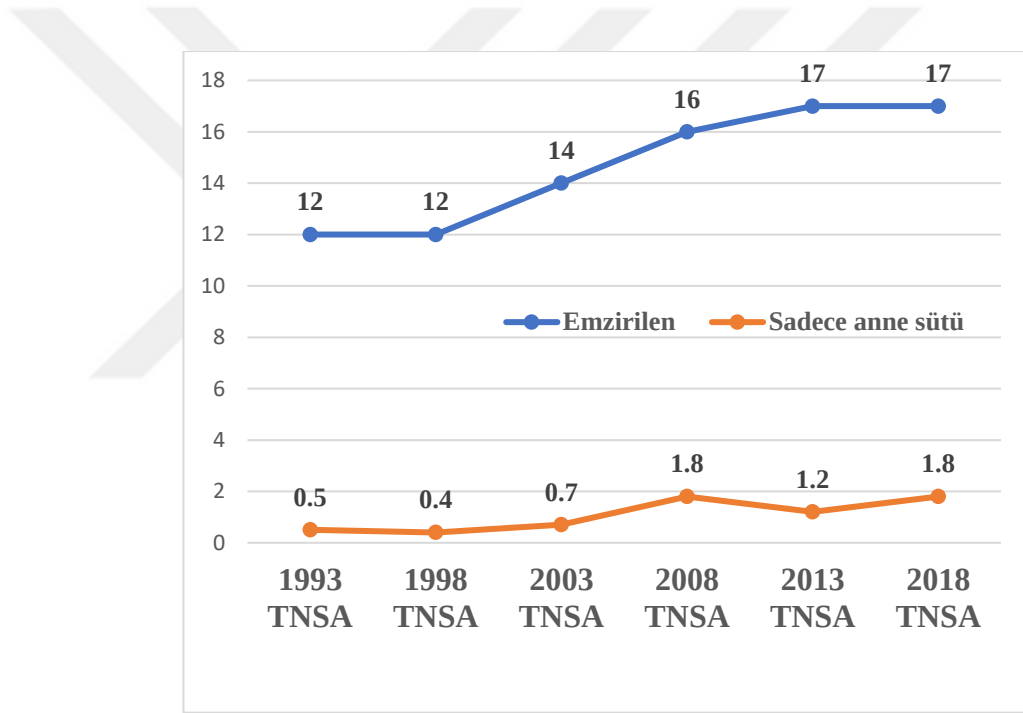
TNSA 2018 verilere göre 0-1 ay sadece anne sütü alma oranı % 59 iken, 4-5. aylarda bu oran % 14'lere düşmektedir (Şekil 10) ⁽¹⁰⁾.



Şekil 10. Yaşa göre emzirilme pratikleri 2 yaş altı çocukların yüzde dağılımı⁽¹⁰⁾

UNICEF'in 2015 yılı verilerine göre bebeklerin yalnızca yüzde 41'i doğumu izleyen ilk altı ay içinde sadece anne sütüyle beslenmektedir. Karşılaştırmalı olarak, bu oranlar en az gelişmiş ülkelerde yüzde 50,8'dir⁽¹³⁰⁾.

2018 TNSA'da ortalama sadece anne sütü ile beslenme süresi 1,8 ay iken ortalama emzirme süresi 16,7 aydır. Ortalama emzirme süresi 1998 TNSA'daki ortalama süreden (11,9 ay) yaklaşık 5 ay daha uzunken sadece anne sütü alan çocukların ortalama emzirilme süresi ise 1998 TNSA'dan (0,5 ay) 1,3 ay daha uzun olarak gerçekleşmiştir (Şekil 11). Bu oranlar ile kıyaslandığında Türkiye'de sadece anne sütüyle beslenme oranlarının düşük seviyede olduğunu görmekteyiz⁽¹⁰⁾.



Şekil 11. Ortalama emzirme süresinin ve sadece anne sütü ile emzirmenin zaman içindeki değişimi⁽¹⁰⁾

Tüm beş yaş altı ölümlerinde ilk 6 ay yalnızca anne sütü alımının sağlanması ve emzirme süresinin 12. aya kadar uzatılması ile %13 oranında azalış sağlanabileceği tahmin edilmektedir⁽¹³¹⁾.

Anne sütü verilirken dikkat edilmesi gereken noktalar Sağlık Bakanlığınca da şöyle sıralanmaktadır⁽¹¹⁷⁾;

- Doğumdan sonraki ilk yarım-bir saatte emzirmeye başlanmalıdır. Emzirme süresince (öncesi ve sonrası) bebeğe hiçbir içecek verilmemelidir.

- Bebekler ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmelidir. Tamamlayıcı beslenmeye 6 aydan önce başlanmamalıdır.

- 6 ayın üzerindeki tüm bebekler tamamlayıcı besin almalıdır ve anne sütüne tamamlayıcı besinler ile birlikte 2 yaşına kadar veya daha fazla devam edilmelidir.

- Kolostrum oldukça besleyicidir ve az miktarlarda emme bile süt üretimine yardımcı olur.

- Süt üretimini arttırmak için, bebekle anne doğumdan sonra aynı odada tutulmalı ve emzirme hemen denenmelidir.

- Anne laktasyon dönemine uygun, yeterli ve dengeli beslenmeli, bol sıvı tüketmelidir.

- Annenin dinlenmesi sağlanmalıdır, anneye ruhsal yönden yardımcı olunmalıdır.

- Anne ile bebek arasında tensel temas kurulmalıdır.

- Anneye özgüven kazandırıcı yakınlık ve ilgi gösterilmeli ve sakinleşmesi sağlanmalıdır.

- Bebekler anne sütü ile beslendikleri dönemde büyüme ve gelişme açısından mutlaka izlenmelidir.

Anne sütünün özendirilmesi, korunması ve desteklenmesi, sağlıklı beslenmeye atılan ilk büyük adımdır. Dünyanın birçok bölgesinde gerek toplumsal gerek ise ekonomik ve kültürel nedenlerle anne sütü ile besleme uygulamaları azalmakta ve emzirme süresi de gittikçe kısalmaktadır. Ülkemizde de doğumdan sonraki ilk aylarda hemen her bebeğin anne sütü ile beslenirken, emzirme oranı aylar ilerledikçe giderek azalmakta, bu nedenle de ek gıdaya daha erken başlandığı görülmektedir^(132, 133).

Yalnızca anne sütü ile beslenme; doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde bebeğin beslenme durumu, annenin ve içinde bulunduğu toplumun emzirmeye yönelik düşünce ve inanışları, annenin gebelikte emzirme danışmanlığı alıp almaması, bebeğin ve annenin sağlık durumu, bebek dostu hastanede doğum yapılması, hastanenin koşulları ve sağlık personelinin emzirmeye yönelik davranışları gibi faktörlerden etkilenmektedir⁽¹³⁴⁻¹³⁹⁾

Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılıp sürdürülebilmesi için, sağlık bakım profesyonellerince anneler emzirmeye erken başlamanın önemi ve ek gıdalara erken başlamanın sakıncaları konusunda bilinçlendirmelidirler. İlk altı ay boyunca anne sütü alan bebeğin su dahil hiçbir ek besine ihtiyacı olmadığı konusunda annelerin ikna edilmesi son derece önemlidir.

2.4.2. Tamamlayıcı Beslenme

Annenin gebelik döneminden itibaren bebeğin ilk 1000 günü içerisindeki beslenme durumu ileriki dönem ve tüm yaşamındaki sağlık durumunu etkilemektedir^(140, 141).

Anne sütüne ilave olarak bebeğin yaşına, gereksinmesine uygun diğer besinlerin verilmesi tamamlayıcı beslenme olarak adlandırılırken, anne sütüne ek olarak verilen besinler tamamlayıcı besin olarak adlandırılır ve bu besinlerin tüketildiği dönem ise tamamlayıcı beslenme dönemi olarak adlandırılmaktadır. Tamamlayıcı besinlerin bebeğin ihtiyacına göre bebeğe uygun kalitede, besleyici, temiz, güvenli ve yeterli miktarda olması gereklidir⁽¹²⁷⁾.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda 4. aydan sonra ek gıdalara geçilebileceği söyleyen çalışmalar yapılsa da DSÖ, yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütü verilmesini, anne sütüne ek olarak tamamlayıcı beslenmenin ise altıncı aydan sonra başlanmasını ve emzirmenin iki yaşına kadar devam etmesini önermektedir^(140, 142, 143)(Şekil 12).



Şekil 12. Tamamlayıcı beslenme; 6.aydan sonra emzirmenin sürdürülmesinin yanı sıra diğer besinlerin verilmesini de ifade eder⁽¹²⁷⁾.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 verilerine göre 6 aydan küçük çocukların % 41'i sadece anne sütüyle beslenmektedir. Sadece anne sütü alan çocukların oranı 0-1 aylık çocuklarda % 59'dan, 2-3 aylık çocuklar arasında % 45'e ve 4-5 aylık çocuklarda % 14'e düşmektedir. Altı aydan küçük çocukların sadece anne sütü ile beslenmesi gerektiği önerisinin aksine, çocukların % 23'ü anne sütü olmayan diğer süt almakta ve çocukların % 12'si anne sütüne ilave ek gıdalar almaktadır. 2 yaşın altındaki çocukların yarısından fazlasının (% 53) yaşa uygun emzirildiğini göstermektedir. Çocukların % 85'i 6-8 ayda katı, yarı katı veya yumuşak gıdalarla da beslenmektedir. Bir yaşında halen devam eden emzirme oranı % 66 iken çocukların 2 yaşına kadar emzirilme oranı sadece % 34'tür⁽¹⁰⁾.

Tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanı ve annelerin bebeklerini emzirme süreleri annenin yaşı, sigara içme durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ailenin sosyoekonomik düzeyi, bebeğin doğum şekli, emzik ve biberon kullanımı gibi birçok faktörden etkilenmektedir⁽¹⁴⁴⁻¹⁴⁶⁾.

Ek gıdaya geçiş döneminde ne tür besinler verileceği içinde yaşanılan toplumun kültürüne, yaşanılan coğrafi koşullara, ailenin sosyoekonomik durumuna, ailenin alışkanlıklarına kadar çok değişik özelliklerden etkilenmektedir⁽¹⁴⁷⁾. Tamamlayıcı beslenmeye kaşıkla alınabilecek püre kıvamında besinlerle başlanması ardından da yarı katı ve katı, yani bebeğin parmakla tutulabileceği kıvamda besinlerle devam edilmesi önerilmektedir⁽¹⁴⁸⁾.

Birçok ülkede ek gıdaya ilk başlanan besin meyve sularıdır. Öncelikli olarak meyve suyu daha sonra ise meyve pürelerinin bu aylarda başlanması önerilmektedir. Meyve suyu ve püreleri kalori, mineral ve vitamin bakımından bebeği desteklemekle birlikte fazla miktarda meyve suyu iştahı azaltacağı için verilmemelidir. Sütü-unlu mamalar ve yoğurt anne sütü yanında bebeğe ilk verilecek ek gıdalardan olabilirler. Sütü unlu mamalar hazırlanırken alerjik özellikleri daha az olan tahıl unları tercih edilmelidir. Pirinç unu bu özelliği nedeni ile sıklıkla kullanılmaktadır. Ailenin sosyo-ekonomik durumu elverdiğinde "devam formülaları" evde hazırlanan sütü unlu mamalar yerine verilebilir. Demir içeriği yüksek sebzeler ile hazırlanan sebze çorbaları 6-8 aylarda bebeğin diyetine eklenmelidir. Ayrıca bebeğin diyetine eklenecek yağ artık anne sütü ile karşılanamayan

enerji gereksiniminin karşılanmasına yardımcı olacaktır. Bu aylarda enerji gereksiniminin % 25-30 kadarı yağlardan karşılanmalıdır⁽¹⁴⁷⁾.

Ek gıdaya geçiş döneminde annenin uyarılması gereken, dikkat edilmesi bazı konular vardır. Bu önerilere uyulması durumunda bu dönem sorunsuz geçecektir⁽¹⁴⁷⁾.

- Bebeğin yeni besinlere alışması için zaman tanınmalıdır, ilk kez denenecek besinler haftada bir çeşit olacak biçimde başlanmalıdır.
- İlk kez denenen besin çok az miktarlarda ve tek öğün olarak verilmeye başlanmalı ve bebeğe açken verilmelidir. Bebek almak istemezse zorlanmamalı, bir süre geçtikten sonra yeniden denenmelidir.
- Tüm besinler kaşık ile verilmelidir.
- Bebeğe verilecek yiyecekler doğal ve taze ürünler kullanılarak hazırlanmalı ve gıda hijyenine uyulmalıdır.
- Hazırlanan yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan su kaynatılmalı, gereçler kaynatılarak temizlenecek türden seçilmelidir.
- Besinler hazırlanmadan ve bebek beslenmeden önce eller kesinlikle yıkanmalıdır. Ek gıdaya geçiş dönemi, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocuklarda morbidite ve mortalite oranının en yüksek olduğu dönemdir.

Tamamlayıcı Beslenmeye Erken ve Geç Başlamanın Dezavantajları⁽¹¹⁷⁾;

- Tamamlayıcı besinlere erken başlanırsa anne sütü verimi ve bebeğin anne sütü verme süresi azalır.
- Tamamlayıcı besinler önemli bir bulaş kaynağı olması nedeniyle bu besinlere erken başlama ile anne sütündeki koruyucu etmenler daha az alınacaktır. Bu nedenle bebeklerde morbidite ve mortalitenin artmasına sebep olur.
- Tamamlayıcı besinlerin besin değerleri anne sütüne göre daha düşüktür ve anne sütünün yerine geçemezler.
- Tamamlayıcı besinlere erken başlanması ve anne sütü ile birlikte aynı öğünde verilmesi anne sütündeki demir, çinko gibi birçok besin öğesinin emilimini azaltır.
- Tamamlayıcı besinlere erken başlanması durumunda atopik hastalıklar, astım, tip 1 diyabet, alerjik hastalıklar, enfeksiyöz hastalıklar daha sık görülmektedir.
- Tamamlayıcı besinlere erken başlanması durumunda özellikle barsak villus işlevlerinin bozulması riski artar.

- Tamamlayıcı beslenmeye geç başlanması ile bebeğin büyüme ve gelişmesi yavaşlamakta, malnütrisyonu sebep olmakta ve çeşitli vitamin mineral yetersizlikleri oluşmaktadır.
- Ayrıca tamamlayıcı besinlere geç başlanması durumunda bebeğin çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişimi yavaşlarken yeni tat ve yapıdaki besinlere alışması uzayacaktır.

Bu dönemdeki yetersiz beslenme, çocukluk çağı hastalıklarında morbidite ve mortalite oranında artışa neden olabilmektedir. Zamanında ve uygun şekilde başlatılan tamamlayıcı beslenme ise süt çocuğunun sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişmesini sağlar⁽¹⁴⁹⁾.

Eğer ilk 6 aylık dönemde annenin sütü azalıyorsa, önce anneye anne sütünün artırılmasına yönelik eğitim verilmeli, yanlışlar düzeltilmeli ve tamamlayıcı besinlere gereksiz yere erken başlanması önlenmelidir⁽¹¹⁷⁾.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı ve tipi, veri toplama araçları ve teknikleri, araştırma grubu (katılımcılar), araştırma sürecinde gerçekleştirilen işlem basamakları ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışmamızın amacı; aile hekimliği çalışanlarının ve 0-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerin 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon, beslenme ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi, tutum-davranış ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi, sonrasında aile hekimliği çalışanlarına verilecek eğitim ile bilgi, tutum-davranış ve farkındalığın artırılmasıdır. Bu eğitim ile amacımız çocuklarda görülen gelişimsel gecikmelerin erken tespiti konusunda aile hekimliği çalışanlarının ve ebeveynlerin bilgi tutum ve davranışlarını geliştirilmesi, ailelerin bu konudaki beklentilerini tanımlanmasıdır.

Çalışmamız; birinci basamak sağlık çalışanlarının beş yaş altı çocuklardaki malnütrisyon ve beslenme durumlarındaki farkındalıklarını değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Şanlıurfa, Diyarbakır ve Mardin illerindeki Aile Sağlık Merkezlerindeki (ASM) aile hekimliği çalışanları ve çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanların bulunduğu aile hekimliği birimlerine başvuran 0-5 yaş grubu çocuğu olan ebeveynler oluşturmaktadır.

Besin alımının yetersizliği durumunda erişkinlerde büyüme ve gelişme tamamlandığı için zayıf bir vücut yapısı oluşurken, çocukluk çağında beslenme azlığı ayrı bir klinik tabloya yani malnütrisyona neden olmaktadır. Malnütrisyonla özellikle büyümenin hızlı olduğu süt çocukluğu dönemindeki çocuklar etkilenmektedir⁽¹⁵⁰⁾. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde büyüme ve gelişmenin takibi önemli yer tutmaktadır. Aile hekimliği verilen sağlık hizmetleri içerisinde ilk tıbbi temas noktasını oluşturması açısından malnütrisyonun tespiti ve takibi açısından etkin konumdadırlar. Bu yüzden çalışmamıza aile hekimliği çalışanları ile 0-5 yaş grubu çocukları olan ebeveynler

dahil edilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı olarak anket formunu dolduran 74 aile hekimliği çalışanı ile 314 ebeveyn değerlendirmeye alınmıştır.

3.3. Gerekli İzinlerin Alınması

Çalışmamız, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından bilimsel araştırma etik ilkelerine uygun olarak değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Gönüllü olarak araştırmaya katılan aile hekimliği çalışanlarından ve 0-5 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır (Ek 1, Ek 2). Araştırma için ilgili İl Sağlık Müdürlüklerinden gerekli izinler alınmıştır.

3.4. Çalışma Tasarımı

Çalışmamız; gerekli izinlerin alınmasının ardından Şubat 2020 tarihinde Şanlıurfa'da Diyarbakır, Mardin ve Şanlıurfa'dan katılan fikir liderleri eğitimi ve toplantısı ile başlamıştır. Toplantı öncesinde katılımcılara onamları alındıktan sonra Aile Hekimliği Çalışanları Malnütrisyon anketi (Ek 3) uygulanmıştır. Fikir liderleri toplantısında illerde düzenlenecek olan toplantılar planlanmıştır. Ayrıca araştırma için kullanılacak olan görsel materyaller için fikir tartışmaları yapılmıştır. Toplantı sonunda ebeveynlere uygulanacak olan anketler (Ek 4, Ek 5) katılımcılara dağıtılmıştır.

Mart 2020 tarihinde aile hekimliği çalışanları ile Şanlıurfa ve Mardin'de toplantı düzenlenmiştir. Toplantı öncesinde katılımcılara onamları alındıktan sonra Aile Hekimliği Çalışanları Malnütrisyon anketi (Ek 3) uygulanmıştır. Eğitim verildikten sonra toplantı sonunda ebeveynlere uygulanacak olan anketler (Ek 4, Ek 5) ve araştırma için kullanılacak afişler katılımcılara dağıtılarak toplantı sonlandırılmıştır. Diyarbakır'da düzenlenmesi planlanan eğitim toplantısı Covid-19 pandemisi nedeniyle iptal edilmiştir.

Fikir liderleri ile Ocak 2021 tarihinde çevrimiçi ara proje değerlendirme toplantısı yapılarak verilerin bir kısmı paylaşılıp projemizin ön değerlendirilmesi yapılmıştır.

Sosyodemografik bilgiler anketi ve Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Ek 4, Ek 5) çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanları tarafından kendi birimlerine başvuran 0-5 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlere hem çevrimiçi olarak hem de yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Çalışmamızda veri toplama araçları olarak tarafımızca hazırlanan aile hekimliği çalışanlarına uygulanacak olan Aile Hekimliği Çalışanları anket formu ile ebeveynlere uygulanacak olan Sosyodemografik Bilgiler anketi ve Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Aile Hekimliği Çalışanları Malnütrisyon Anketi

Literatür incelenerek araştırmacılar tarafından hazırlanan ve gönüllülük esasına dayanarak doldurulan bu anket yüz yüze görüşülerek; katılımcıların yaş, cinsiyet, mezun olduğu üniversite, mezuniyet tarihi, meslekteki toplam çalışma süresi, çocuk hasta takip süresi, mesleklerinden memnuniyet düzeyleri, çalıştıkları birimlerdeki malnütrisyon düzeyi, malnütrisyon saptamaları, çocuk hasta takibi, büyüme ve gelişmenin izlemi, malnütrisyon saptanması durumunda yaptıkları işlemler ve kullandıkları yöntemler ile malnütrisyon ile ilgili bilgi ve tutumları gibi özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış ve çalışmamızda kullanılmıştır.

3.5.2. Sosyodemografik Bilgiler Anketi

Araştırmacı hekim tarafından, literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan ve katılımcılarla yüz yüze görüşmelerde ve çevrimiçi olarak doldurulan bu form; katılımcılara, çocuğun yaşı, cinsiyeti ve kronik hastalığı, annenin ve babanın eğitim durumları, işi ve aralarındaki akrabalık durumu, ailenin ortalama gelir düzeyi ve tipi, çocuğun doğum zamanı ve şekli, bebeğin beslenme şekli, emzirilme süresi ve sıklığı, bebeğin ek gıdaya geçiş dönemi ve zamanı gibi özellikleri değerlendirmek ve bilgi edinmek amacıyla hazırlanmış ve çalışmamızda kullanılmıştır.

3.5.3. Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Iowa)

Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Iowa Infant Feeding Attitude Scale-IIFAS) 1999 yılında De La Mora ve Russell tarafından geliştirilmiş olup kadınların emzirme tutumlarının ve bebek besleme yöntemlerinin analizini yapabilmek amacı ile tasarlanmıştır⁽¹⁵¹⁾. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2011 yılında Kızıltepe tarafından yapılmıştır⁽¹⁵²⁾. Ölçekteki 8 madde anne sütüyle beslenmeyi olumlarken, 9 madde formül mamayla beslenmeyi olumlar. Formül beslenme maddeler ters (1=5, 2=4, 4=2 ve 5=1) puanlandırılmıştır. Total tutum puanı 17 ile (biberonla beslemede pozitif

tutum gösteren) 85 puan (emzirmede pozitif tutumunu yansıtan) arasında değişmektedir⁽¹⁵¹⁾. Ölçek üç çalışmada test edilmiş, ilk iki çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,86, üçüncü çalışmada 0,68 olarak saptanmıştır⁽¹⁵¹⁾(Tablo 7).

Tablo 7. IOWA yenidoğan ve süt çocuğu beslenme skalası Türkçe versiyonu

1	Anne sütünün faydası bebek anne sütünden kesilene kadar devam eder (R).
2	Mama ile beslenme anne sütünden daha uygundur (R).
3	Emzirme anne –bebek arasındaki bağı artırır.
4	Anne sütü demirden fakirdir (R).
5	Mama ile beslenen bebeklerde şişmanlık daha çok görülür.
6	Anne çalışmaya başladığında mama ile beslemek daha iyi bir seçimdir (R).
7	Bebeklerini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevki olan emzirmeden mahrum olurlar.
8	Anneler topluma açık yerlerde bebeklerini emzirmemelidir (R).
9	Anne sütü ile beslenen bebekler mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.
10	Anne sütü ile beslenen bebeklerde şişmanlık daha çok görülür (R).
11	Anne emziriyorsa baba kendisini yalnız hisseder (R).
12	Anne sütü bebekler için ideal besindir.
13	Anne sütü mamadan daha iyi sindirilir.
14	Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır (R).
15	Anne sütü mamadan daha uygundur.
16	Anne sütü mamadan daha ucuzdur.
17	Anne sigara içiyorsa bebeğini emzirmemelidir (R).

(R) ile işaretli olanlar toplam puan elde edilmeden önce tersten skorlanır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bulgular; frekans dağılımı ve çapraz tablolar halinde sunulmuştur. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda T testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Sayısal ölçümlerin birbirleri arasındaki etkileşimi incelemek için pearson

korelasyon katsayısı ve ilgili p değeri elde edildi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alındı.

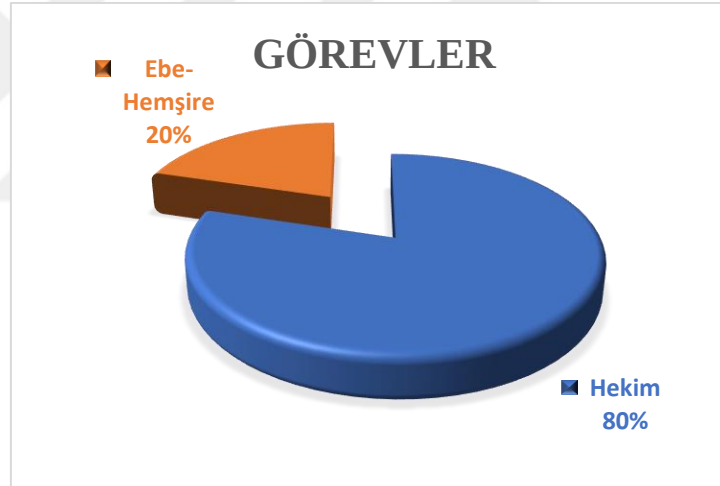


4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma neticesinde elde edilmiş bulgular aktarılmıştır. Öncelikle çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanları ile 0-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

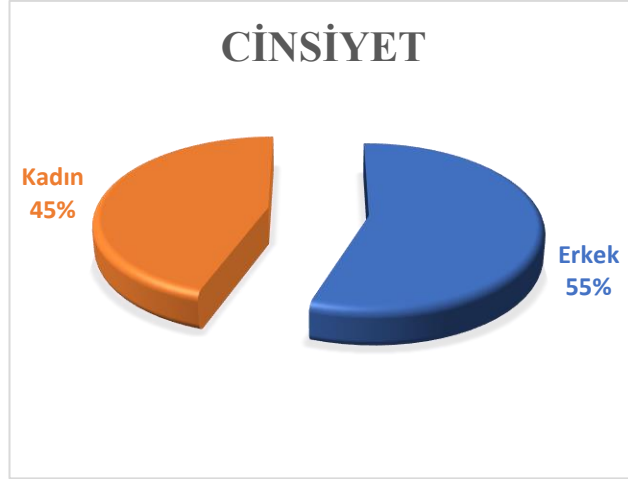
4.1. Aile Hekimliği Çalışanlarının Sosyodemografik Bulguları

Çalışmamıza Şanlıurfa, Diyarbakır ve Mardin’de görev yapan 59’u (% 79,7) hekim 15’i (% 20,3) ebe-hemşire olmak üzere toplam 74 aile hekimliği çalışanı katılmıştır (Şekil 13). Çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanlarının ortalama yaşı $34,81 \pm 7,77$ ’dir. En genç aile hekimliği çalışanı 20 yaşında iken yaşı en fazla olan 58 yaşındadır.



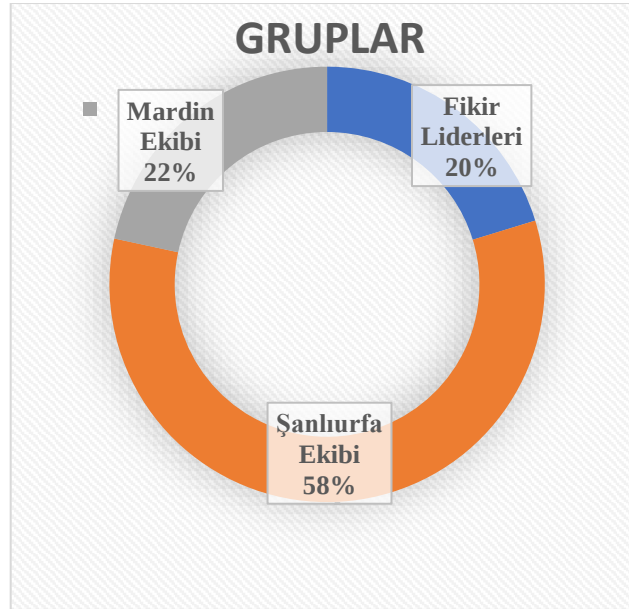
Şekil 13. Katılımcıların görev dağılımları

Çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanlarının % 55,4’ü (n:41) erkek, % 44,6’sı (n:33) ise kadın iken % 35,1’inin (n:26) çocuğu yoktur ve % 27’sinin (n:20) bir çocuğu, % 25,7’sinin (n:19) iki çocuğu ve % 12,2’sinin (n:9) üç çocuğu vardır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları Şekil 14’te gösterilmiştir.



Şekil 14. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Katılımcıların % 20,3'ünü (n:15) Şanlıurfa, Diyarbakır ve Mardin'den katılan fikir liderleri, % 58,1'ini (n:43) Şanlıurfa'dan katılan aile hekimliği çalışanları, % 21,6'sını (n:16) Mardin'den katılan aile hakimliği çalışanları oluşturmaktadır (Şekil 15).

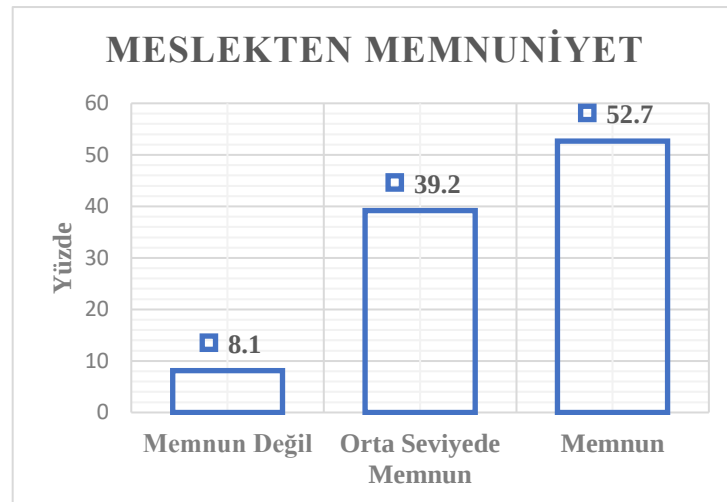


Şekil 15. Katılımcıların grup ve illere göre dağılımı

Katılımcıların mesleklerindeki ortalama çalışma süreleri $10,23 \pm 6,62$ yıl olarak saptanırken çocuk hasta takip/muayene ettikleri ortalama çalışma süreleri ise $8,45 \pm 5,61$ yıl olarak saptanmıştır. Mesleklerinden memnuniyet düzeyleri 1-10 arasında değerlendirmeleri istenen aile hekimliği çalışanlarının ortalama memnuniyet düzeyi $6,37 \pm 1,98$ puan saptanırken % 8,1'i (n:6) memnun olmadığını (0-3 puan), % 39,2'si (n:29) orta düzeyde memnun olduğunu (4-6 puan) ve % 52,7'si (n:39) ise memnun olduklarını (7-10 puan) belirtmişlerdir (Şekil 16). Katılımcıların yaşları, mesleklerindeki çalışma süreleri, çocuk hasta takip/muayene etme süreleri ve mesleklerinden memnuniyet düzeylerinin gösteren ortalama değerlerine ait veri istatistikleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sosyodemografik bilgi istatistikleri

	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Aile Hekimliği Çalışanları Yaşı	34,81	7,77	33,5	20	58
Mesleklerindeki Çalışma Süreleri	10,23	6,62	9,0	1	34
Çocuk Hasta Takip/Muayene Süreleri	8,45	5,61	8,0	1	25
Mesleklerinden Memnuniyet Düzeyleri	6,37	1,98	7,0	1	10



Şekil 16. Aile hekimliği çalışanlarının mesleklerinden memnuniyet düzeyleri

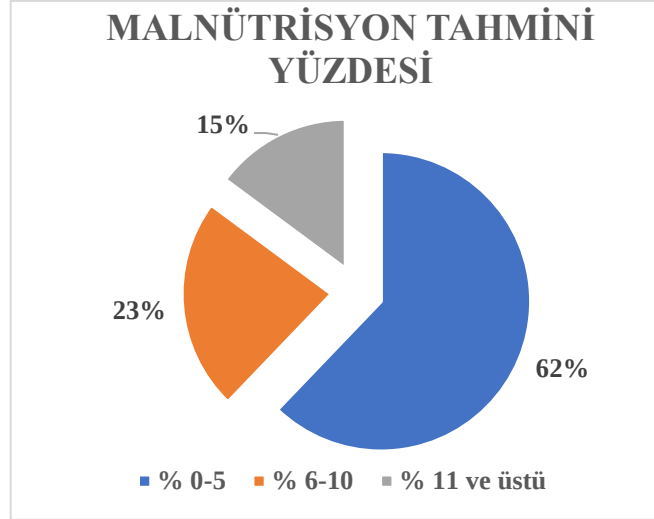
4.2. Aile Hekimliği Çalışanlarının Malnütrisyon ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranış Bulguları

Katılımcıların % 24,3'ü (n:18) erken çocukluk döneminde beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili kurslara katıldığını, % 29,7'si (n:22) kitaplar okuduğunu, % 18,9'u (n:14) dergi takip ettiğini, % 14,9'u (n:11) TV programları takip ettiğini, % 40,5'i (n:30) internetten araştırmalar yaptığını, % 8,1'i (n:6) gazete köşe yazıları takip ettiğini belirtirken % 43,2'si (n:32) ise bu etkinliklerden hiçbirine katılmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların malnütrisyon, ek gıda ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi edinme yolları ait istatistiksel veriler Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların malnütrisyon, ek gıda ve bebek beslenmesi ile ilgili bilgi edinme yolları

Erken çocukluk döneminde malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili;	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kursa katılanlar	18	24,3
Kitap okuyanlar	22	29,7
Dergi takip edenler	14	18,9
TV programlarından yararlananlar	11	14,9
İnternette araştırma yapanlar	30	40,5
Gazete köşe yazıları takip edenler	6	8,1
Bu etkinliklerden hiçbirini yapmayanlar	32	43,2

Katılımcılara göre kendi birimlerine bağlı nüfustaki 0-5 yaş çocuk grubundaki malnütrisyon tahmini ortalaması yüzde 8,07±8,90 olarak saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların % 62,2'si (n:46) çalıştıkları kurumlardaki tahmini malnütrisyon oranı için yüzde 0-5, % 23'ü (n:17) yüzde 6-10 ve % 14,9'u (n:11) ise yüzde 11 ve üstü yanıtını verirlerken (Şekil 17) katılımcıların % 79,7'si (n:59) şu anda bağlı oldukları kurumlarda herhangi bir zamanda en az bir defa da olsa 0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon tespit ettiklerini belirtmişlerdir.

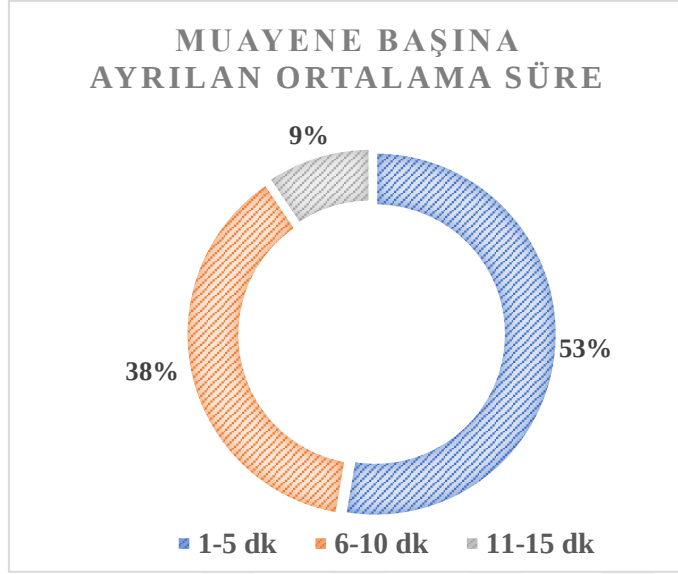


Şekil 17. Katılımcıların çalıştıkları kurumlardaki 0-5 yaş çocuklarda tahmini malnütisyon yüzdeleri

Çalıştıkları aile sağlığı merkezlerinde günde ortalama hizmet verdikleri çocuk sayısı ortalama $26,93 \pm 57,06$ olarak saptanırken katılımcıların % 27'si (n:20) günde ortalama 1-10 çocuğa hizmet verdiklerini, % 39,2'si (n:29) 11-20 çocuğa hizmet verdiklerini, % 20,3'ü (n:15) 21-30 çocuğa hizmet verdiklerini ve % 13,5'i (n:10) ise 31 ev üstü sayıda çocuğa hizmet verdiklerini belirtmişlerdir. Sıfır-beş yaş arası çocukların % 18,9'u (n:14) 0-2 ayda bir, % 28,4'ü (n:21) 3-4 ayda bir ve % 52,7'si (n:39) ise 5-6 ayda bir kontrole çağrıldıkları tespit edilmiştir.

Sıfır-beş yaş grubu çocuklara muayene için ayrılan ortalama süre $7,26 \pm 3,64$ dk olarak tespit edilirken katılımcılar her bir muayene için % 52,7 (n:39) oranında 1-5 dk zaman ayırdıklarını % 37,8 (n:28) oranında 6-10 dk zaman ayırdıklarını % 9,5 (n:7) oranında da 11-15 dk zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir (Şekil 18).

Katılımcıların kendi birimlerine ait tahmini malnütisyon yüzdesi, günde hizmet verdikleri çocuk sayısı ve her bir çocuk hasta muayenesi için ayırdıkları sürenin ortalama değerlerine ait istatistiksel veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.



Şekil 18. Aile hekimliği çalışanlarının çocuklar için muayene başına ayırdıkları ortalama süre dağılımları

Tablo 10. Katılımcıların çocuk hasta muayenesi ile ilgili istatistikleri

	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon tahmini yüzdesi	8,07	8,90	5	0	50
Günde hizmet verilen çocuk sayısı	20,85	12,66	20	0	60
Her çocuk muayenesi için ayrılan süre	7,26	3,65	5	1	15

Çalışmamıza katılan katılımcılar çalıştıkları sağlık merkezine bağlı nüfustaki 0-5 yaş grubundaki çocuk hastaların evlerine düzenli ziyaret yapıp yapmadıkları sorusuna % 1,4 (n:1) oranında hepsinin, % 6,8 (n:5) oranında çoğunun, % 5,4 (n:4) oranında yarısının, % 16,2 (n:12) oranında çok azının ve % 70,3 (n:52) oranında ise hiç birinin yanıtını vermişlerdir. Sıfır – beş yaş grubu çocukların persentil takiplerini katılımcıların % 10,8’si (n:8) 1-2 ayda bir, % 25,7’si (n:19) 3-4 ayda bir, % 60,8’si (n:45) 5-6 ayda bir, % 2,7’si (n:2) ise 7 ay ve üstü sürelerde yapıldığını belirtmişlerdir.

Aile hekimliği çalışanları malnütrisyon için risk faktörleri oluşturacak durumlarla ilgili soruda; malnütrisyon için risk faktörü olan bronkopulmoner displazi, kistik fibrozis, çölyak hastalığı ve prematürite için sırasıyla % 56,8 (n:42), % 78,4 (n:58), % 86,5 (n:64) ve % 87,8 (n:65) oranında evet diyerek doğru cevap vermişlerdir. Sıfır-beş yaş arası

çocukların malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için % 40,5 (n:30) oranında herhangi bir laboratuvar tetkiki kullanmadıkları belirtmişlerdir.

Katılımcılara beşli likert tipinde yöneltilen (1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Genellikle, 5: Her zaman olacak şekilde); kilo ölçümlerini düzenli olarak yapıyor musunuz sorusuna % 52,7 (n:39) oranında her zaman, boy ölçümlerini düzenli olarak yapıyor musunuz sorusuna % 48,6 (n:36) oranında her zaman, malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını sorguluyor musunuz sorusuna % 50 (n:37) oranında genellikle, çocukların beslenmesini değerlendirmek için ishal, kusma gibi semptomlarını sorguluyor musunuz sorusuna % 44,6 (n:33) oranında genellikle, çocukların beslenmesini değerlendirmek için sübjektif klinik değerlendirme yapıyor musunuz (Hastada azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) sorusuna % 31,1 (n:23) oranında bazen, malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için laboratuvar tetkiki kullanıyor musunuz sorusuna % 32,4 (n:24) oranında bazen ve çocuklarda beslenme durumunu saptamak için Strong Kids ölçeğini kullanıyor musunuz sorusuna % 77 (n:57) oranında hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Aynı şekilde katılımcılara beşli likert tipinde yöneltilen (1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Genellikle, 5: Her zaman olacak şekilde); mezuniyet sonrası bebek ve çocuklarla ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız sorusuna % 36,5 (n:27) oranında bazen, mezuniyet sonrası malnütrisyon ile ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız sorusuna % 29,7 (n:22) oranında nadiren, mezuniyet sonrası anne sütü/ek gıdaya geçiş ile ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız sorusuna % 32,4 (n:24) oranında genellikle, ebeveynlere ek gıdaya geçiş hakkında bilgi veriyor musunuz sorusuna % 55,4 (n:41) oranında genellikle ve ebeveynlere anne sütü hakkında bilgi veriyor musunuz sorusuna ise % 54,1 (n:40) oranında her zaman yanıtını vermişlerdir.

Katılımcıların malnütrisyon, anne sütü ve beslenme ile ilgili değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların malnütrisyon, anne sütü ve beslenme ile ilgili değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

	Hiçbir zaman (%)	Nadiren (%)	Bazen (%)	Genellikle (%)	Her zaman (%)
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların kilo ölçümelerini düzenli olarak yapıyor musunuz?	-	2,7	1,4	43,2	52,7
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların boy ölçümelerini düzenli olarak yapıyor musunuz?	-	1,4	4,1	45,9	48,6
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını sorguluyor musunuz?	1,4	1,4	8,1	50,0	39,2
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların beslenmesini değerlendirmek için ishal, kusma gibi semptomlarını sorguluyor musunuz?	1,4	8,1	12,2	44,6	33,8
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların beslenmesini değerlendirmek için sübjektif klinik değerlendirme yapıyor musunuz? (Hastada azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış)	10,8	13,5	31,1	25,7	18,9
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için laboratuvar tetkiki kullanıyor musunuz?	13,5	21,6	32,4	21,6	10,8
Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların beslenme durumunu saptamak için Strong Kids ölçeğini kullanıyor musunuz?	77,0	13,5	8,1	1,4	-
Mezuniyet sonrası bebek ve çocuklarla ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız?	10,8	24,3	36,5	24,3	4,1
Mezuniyet sonrası malnütrisyon ile ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız?	13,5	29,7	27,0	24,3	5,4
Mezuniyet sonrası anne sütü/ek gıdaya geçiş ile ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız?	12,2	16,2	27,0	32,4	12,2
Ebeveynlere ek gıdaya geçiş hakkında bilgi veriyor musunuz?	1,4	-	5,4	55,4	37,8
Ebeveynlere anne sütü hakkında bilgi veriyor musunuz?	-	-	-	45,9	54,1

Malnütrisyon için kullanılan sınıflandırmalar ile ilgili katılımcıların % 58,1'i (n:43) Waterlow sınıflaması hakkında duyumları olduğunu belirtirken yalnızca % 8,1'i (n:6) bilgi sahibi olduğunu, % 58,1'i (n:43) Gomez sınıflaması hakkında duyumları olduğunu belirtirken yalnızca % 6,8'i (n:5) bilgi sahibi olduğunu, % 45,9'u (n:34) Wellcome sınıflaması hakkında duyumları olduğunu belirtirken yalnızca % 4,1'i (n:3) bilgi sahibi olduğunu ve son olarak % 52,7'si (n:39) Mc Laren sınıflaması hakkında

duyumları olduğunu belirtirken yalnızca % 8,1'i (n:6) bilgi sahibi olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların malnütrisyon sınıflamaları ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen sorulara verdikleri yanıtların istatistiksel verisi Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların malnütrisyon sınıflamaları ile ilgili bilgi düzeyleri

	Daha önce duyumu olduğunu söyleyenlerin yüzdesi	Bilgi sahibi olanların yüzdesi
Waterlow sınıflaması	58,1	8,1
Gomez sınıflaması	58,1	6,8
Wellcome sınıflaması	45,9	4,1
Mc Laren sınıflaması	52,7	8,1

Aile hekimliği çalışanları 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon şüphelenme yüzdeleri sırasıyla; persentil değeri <%5 ise % 82,4 (n:61), persentil değeri % 5-25 arasında ise % 36,5 (n:27), persentil değerinde gerileme olduğunda % 60,8 (n:45), yaşa göre boyu kısa ise % 45,9 (n:34), boya göre vücut ağırlığı düşük ise % 43,2 (n:32) ve üst orta kol çevresi ölçümü 12,5 cm den az olduğu durumlarda % 9,5 (n:7) olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon şüphelenme durumları için verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon şüphelenme durumları için verdikleri yanıtların dağılımı

	Frekans(n)	Şüphelenenler (%)
Persentil değeri <%5	61	82,4
Persentil değeri %5-%25	27	36,5
Persentil değerinde gerileme olduğunda	45	60,8
Yaşa göre boyu kısa ise	34	45,9
Boya göre vücut ağırlığı düşük ise	32	43,2
Üst orta kol çevresi ölçümü < 12,5 cm	7	9,5

Sıfır-beş arası çocuklarda malnütrisyon durumunu değerlendirmek için aile hekimliği çalışanlarının % 83,8'i (n:62) persentil değerlendirmesini kullandığını, %

12,2'si (n:9) üst orta kol çevresi ölçümü kullandığını, % 1,4'ü (n:1) Waterlow sınıflaması kullandığını, % 2,7'si (n:2) Gomez sınıflaması kullandığını, % 1,4'ü (n:1) Wellcome sınıflaması kullandığını, % 2,7'si (n:2) Mc Laren sınıflaması kullandığını, % 45,9'u (n:34) serumda biyokimyasal değerlendirme yaptığını belirtirken % 13,5'i (n:10) herhangi bir yöntem kullanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için kullandıkları yöntemler için verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için kullandıkları yöntemler için verdikleri yanıtların dağılımı

	Frekans (n)	Yöntemi kullananlar (%)
Persentil değerlendirmesi	62	83,8
Üst orta kol çevresi ölçümü	9	12,2
Waterlow sınıflaması	1	1,4
Gomez sınıflaması	2	2,7
Wellcome sınıflaması	1	1,4
Mc Laren sınıflaması	2	2,7
Serumda biyokimyasal değerlendirme	34	45,9

Sıfır-beş arası çocuklarda malnütrisyon tespit edildiği durumlarda aile hekimliği çalışanlarının % 64,9'u (n:48) çocukları belirli aralıklarla takip ettiğini, % 67,6'sı (n:50) çocuğun boy-kilo persentil eğrilerindeki değişimi göz önünde bulundurarak takip ettiğini, % 64,9'u (n:48) çocuğa ve ailesine beslenme danışmanlığı verdiğini ve % 89,2'si (n:66) ise ikinci ya da üçüncü basamak hastaneye sevk ettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların malnütrisyon tespit etmeleri durumunda ne yaptıklarına yönelik verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 15'de gösterilmiştir.

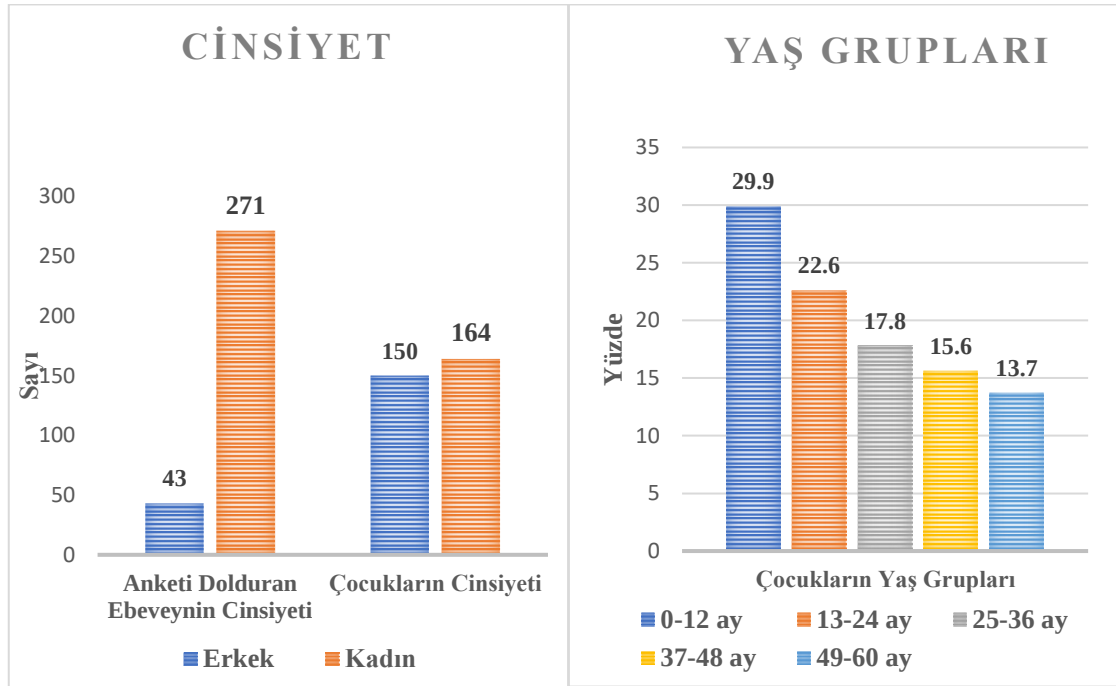
Tablo 15. Katılımcıların malnütrisyon tespit etmeleri durumunda ne yaptıklarına yönelik verdikleri yanıtların dağılımı

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Takip edenler	48	64,9
Boy-kilo persentil eğrilerindeki değişimi göz önünde bulundurarak takip edenler	50	67,6
Çocuğa ve ailesine beslenme danışmanlığı verenler	48	64,9
İkinci ya da üçüncü basamak hastaneye sevk edenler	66	89,2

4.3. 0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlerin Sosyodemografik Bulguları

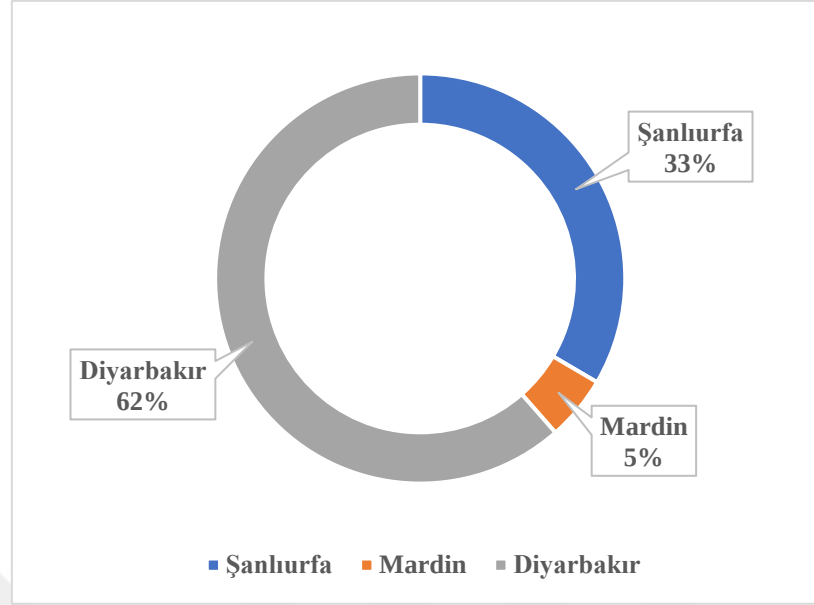
Çalışmamıza katılan ebeveynlerin 271'i kadıken 43'ü erkektir. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalaması $25,75 \pm 17,30$ ay olarak saptanırken çocuklarının % 47,8'si (n:150) erkek ve % 52,2'si (n:164) ise kızdır.

Katılımcıların ve çocuklarının cinsiyetlerine göre dağılımı ve çocukların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 19'da gösterilmiştir.



Şekil 19. Katılımcıların ve çocuklarının cinsiyetlerine göre dağılımı, Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Katılımcıların % 5,1'i (n:16) Mardin, % 61,5'i (n:193) Diyarbakır ve % 33,4'ü (n:105) ise Şanlıurfa'dan çalışmamıza dahil edilmişlerdir. Anketi dolduran kişilerin çocuklara yakınlık derecesine bakıldığında % 85,7'si (n:269) annesi, % 13,4'ü (n:42) babası ve bir kişi dedesi ikisi ise kardeşidir. Katılımcıların illere göre dağılımı Şekil 20'de gösterilmiştir.



Şekil 20. Katılımcıların illere göre dağılımı

Çalışmamıza katılan çocukların annelerin % 14'ü (n:44) okuryazar değil, % 28'i (n:88) ilkokul mezunu, % 13,1'i (41) ortaokul mezunu, % 15,3'ü (n:48) lise mezunu ve % 29,6'sı (n:93) da lisans ve üzeri eğitime sahiptirler. Baba eğitimleri incelendiğinde % 2,5'i (n:8) okuryazar değil, % 23,2'si (n:73) ilkokul mezunu, % 13,7'si (n:43) ortaokul mezunu, % 23,6'sı (n:74) lise mezunu ve % 36,9'u (n:116) da lisans ve üzeri eğitime sahiptirler. Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16.Ebeveynlerin eğitim durumları

	Anne		Baba	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	44	14,0	8	2,5
İlkokul mezunu	88	28,0	73	23,2
Ortaokul mezunu	41	13,1	43	13,7
Lise mezunu	48	15,3	74	23,6
Lisans ve üzeri	93	29,6	116	36,9

Çalışmamıza katılan çocukların ebeveynlerinin meslekleri incelendiğinde; annelerin % 76,1'i (n:239) ev hanımı, % 22'si (n:69) memur, iki kişi işçi, iki kişi serbest meslek ve birer kişi de avukat ve eczacıdır. Babaların mesleklerine bakıldığında ise % 30,9'u (n:97) memur, % 26,8'si (n:84) serbest meslek, % 22,9'u (n:72) işçi, % 10,8'i (n:34) esnaftır ve %8,6'sı (n:27) diğer (avukat, şoför, gazeteci, duvar ustası, aşçı,

mühendis, fırıncı, turizm sektörü, muavin, tamirci, pazarcı, eczacı, tornacı, güvenlik görevlisi, işsiz, özel sektör) meslek grubundadır. Ebeveynlerin mesleklerinin dağılımları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Ebeveynlerin mesleklerinin dağılımı

Babaların meslekleri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Memur	97	30,9
İşçi	72	22,9
Esnaf	34	10,8
Serbest Meslek	84	26,8
Diğer	27	8,6
Annelerin meslekleri		
Ev Hanımı	239	76,1
Memur	69	22
Diğer	6	1,9

Ailelerin ortalama aylık geliri 5058,92±4898,72₺ olarak saptanmıştır. Katılımcıların ortalama aylık gelirlerine bakıldığında % 38,5’i (n:121) 2500₺ altında gelire sahip, % 33,4’ü (n:105) 2501-5000₺ arasında gelire sahip, % 7,3’ü (n:23) 5001-7500₺ gelire sahip, % 13,4’ü (n:42) 7501-10000₺ gelire sahip ve % 7,3’ü (n:23) 10001₺ ve üstü gelire sahip saptanmıştır. Katılımcı ailelerinin aylık gelir durumlarına göre dağılımları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Katılımcı ailelerinin aylık gelir durumlarına göre dağılımları

	Frekans(n)	Yüzde (%)
2500 TL ve altı	121	38,5
2500 TL- 5000 TL	105	33,4
5000 TL-7500 TL	23	7,3
7500 TL- 10000 TL	42	13,4
10000 TL ve üzeri	23	7,3

Aile tipleri incelendiğinde % 80,9’u (n:254) çekirdek aile, % 17,5’i (n:55) geniş aile, % 1,3’ü (n:4) parçalanmış aile tipi ve bir aile de tek ebeveynli ailedir. 73 ailede (% 23,2) anne ile baba arasında akrabalık tespit edilmiştir. Ailelerdeki çocuk sayısına bakıldığında 83 ailede (% 26,4) tek çocuk yer almakta, 97 ailede (% 30,9) iki çocuk yer almakta, 60 ailede (% 19,1) üç çocuk yer almaktadır. Katılımcıların aile yapıları ve kardeş sayılarına göre dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların aile yapıları ve kardeş sayılarına göre dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	254	80,9
	Geniş Aile	55	17,5
	Parçalanmış/Tak Ebeveynli	5	1,6
Ailenin Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	83	26,4
	2	97	30,9
	3	60	19,1
	4 ve daha fazla	74	23,6

Çalışmamıza katılan çocuklardan 13 (% 4,1) tanesinde kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Çocukların % 99,4'ü (n:312) hastanede dünyaya gelirken yalnızca iki tanesinin doğumu evde olmuştur. Çocukların % 48,7'si (n:153) normal doğumla dünyaya gelirken % 51,3'ü (n:161) sezaryenle dünyaya gelmiştir. Yüzde 86 (n:270) oranında zamanında doğum gerçekleştiği tespit edilirken, % 11,8 (n:37) oranında erken doğum, % 2,2 (n:7) oranında geç doğum gerçekleştiği tespit edilmiştir. Tablo 20'de çocukların kronik hastalığı, doğum şekli, doğum yaptığı yer, doğum zamanına yer verilmiştir.

Tablo 20. Çocukların kronik hastalığı, doğum şekli, doğum yaptığı yer, doğum zamanı

Çocukların kronik hastalığı	Frekans (n)	Yüzde (%)
Var	13	4,1
Yok	301	95,9
Doğum Şekli		
Normal	153	48,7
Sezaryen	161	51,3
Doğum yaptığı yer		
Evde akrabaların/yakınların yardımıyla	1	0,3
Evde sağlık personeli yardımıyla	1	0,3
Hastanede	312	99,4
Doğum zamanı		
Erken doğum (<38 hafta)	37	11,8
Zamanında (38-42 hafta)	270	86
Zamanından geç (>42 hafta)	7	2,2

Çocukların % 87,3'ü (n:274) doğumdan yaklaşık bir saat içinde beslenirken % 12,7'sinin beslenmesi bir saatten sonra gerçekleşmiştir. Çocukların doğumdan sonraki ilk emzirilme zamanına bakıldığında % 82,2 (n:258) oranında ilk bir saat içinde emzirildiği, % 11,8 oranında bir saatten sonra emzirildiği, % 5,4 oranında bir günden sonra emzirildiği ve iki çocuğun hiç emzirilmediği tespit edilmiştir. Çocukların % 86'sı (n:270)

doğumdan hemen sonra ilk besin olarak anne sütü alırken % 11,1'i mama, % 2,2'si şekerli su ve birer çocuk inek sütü, hurma ve zemzem suyu almıştır. Çalışmamıza katılan çocukların % 34,7'sinin günde ortalama 7-10 kez, % 19,7'sinin 11-15 kez emzirildiği % 21,7'sinin ise her ağladığında emzirildiği belirtilmiştir. Emzirilmesi tamamlanmış çocuklar göz önüne alındığında çocukların ortalama emzirilme süresi $17,27 \pm 8,35$ ay olarak tespit edilmiştir. Yüzde 11,8'i 6 aydan az, % 37,9'u 18 aydan az süre emzirilmişken % 64,3'ü 2 yaşı geçecek şekilde emzirilmiştir. Çocukların % 33,8'i (n:106) ise halen emzirilmeye devam etmektedir. Çocukların doğumdan sonraki ilk beslenme zamanı, ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin, annelerin emzirme sıklığı ve süresi dağılımları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Doğumdan sonra ilk beslenme zamanı, doğumdan sonra ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin, emzirme sıklığı, emzirme süresi

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Doğumdan sonra ilk beslenme zamanı		
İlk 1 saat içinde	274	87,3
İlk 1 saatten sonra	40	12,7
Doğumdan sonra ilk emzirilme zamanı		
İlk 1 saat içinde	258	82,2
İlk 1 saatten sonra	37	11,8
İlk 1 günden sonra	17	5,4
Hiç emzirilmedi	2	0,6
Doğumdan sonraki ilk besin		
Anne sütü	270	86,0
Mama	35	11,1
Şekerli su	7	2,2
Hurma ve Zemzem suyu	1	0,3
İnek sütü	1	0,3
Emzirme sıklığı (günde)		
1-10 kez	147	46,8
11-20 kez	79	25,1
20 kez ve üzeri	18	5,7
Her ağladığında	68	21,7
Hiç emzirilmedi	2	0,6
Emzirme süresi		
Hiç emzirilmedi	2	0,6
1-3 ay	10	3,2
4-6 ay	25	8,0
7-12 ay	25	8,0
13-18 ay	57	18,2
19-24 ay	64	20,4
25 ay ve üzeri	19	6,1
Halen emzirenler	112	35,7

Çocukların ortalama ek gıdaya geçiş zamanı $5,41 \pm 1,80$ ay olarak tespit edilirken % 13,7'sinde üç aylık olmadan ek gıdaya başlanmış, % 37,6'sında 5.aydan önce ek gıdaya başlanmış ve % 92'sinde ise 6.aydan önce ek gıdaya başlanmış olduğu tespit edilmiştir. Ek gıdaya geçiş nedeni sorgulandığında ise katılımcıların % 51,3'ü ek gıdaya geçiş zamanının geldiğini düşündükleri için başladıklarını, % 29,9'u anne sütünün yetmemesi nedeniyle başladıklarını, % 16, 6'sı bebeğin ihtiyacı olduğunu düşündüğü için başladıklarını, % 6,4'ü bebek emmek istemediği için başladıklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin ek gıdaya hangi besinler ile geçtikleri sorgulandığında % 67,8'i (n:213) önce sıvı gıda ile, % 6,4'ü önce katı gıda ile, % 18,8'i hazır mama ile başladıklarını belirtirlerken ayrıca yoğurt, pirinç unu, inek sütü, bebe bisküvisi ile ek gıdaya başladıklarını belirten ebeveynler de tespit edilmiştir. Tablo 22'de çocukların yaşı, ailenin ortalama aylık geliri, emzirme süresi ve ek gıdaya başlama zamanlarının ortalama değerlerine yer verilmiştir. Tablo 23'te ise ailelerin ek gıdaya başlama zamanları, ek gıdaya başlama nedenleri ve ek gıdaya başlama besinlerinin dağılımlarına yer verilmiştir.

Tablo 22. Sosyodemografik bilgi istatistikleri

	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Çocuğun yaşı (ay)	25,75	17,30	23	1	60
Ailenin aylık ortalama geliri	5058	4898	3000	0	40000
Emzirme süresi(ay)	17,27	8,35	18	0	48
Ek gıdaya başlama zamanı(ay)	5,41	1,80	6	0	18

Tablo 23. Ek gıdaya başlama zamanı, ek gıdaya başlama nedeni, ek gıdaya başlama besini

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Ek gıdaya başlama zamanı		
Henüz başlamayanlar	18	5,7
0-1 ay	17	5,4
2-3 ay	8	2,5
4-5 ay	75	23,9
6.ay	171	54,5
7 ay ve üzeri	25	8,0
Ek gıdaya başlama nedeni		
Sütüm yetmiyordu	94	29,9
Zamanı geldiği için	161	51,3
Bebğin ihtiyacı olduğu için	52	16,6
İşe dönmek için	10	3,2
Bebek emmek istemedi	20	6,4
Yeni gebelik	8	2,5
Sağlık sorunları oldu	9	2,9
Besinlerin tadını öğrensini diye	1	0,3
Mamayı bırakmak için	1	0,3
Anatomik bozukluk	1	0,3
Henüz başlamayanlar	18	5,7
Ek gıdaya başlama besini		
Önce sıvı gıda	210	66,9
Önce katı gıda	20	6,4
Hazır mama	58	18,5
Yoğurt	3	1,0
Pirinç unu	1	0,3
İnek sütü	2	0,6
Bebe bisküvisi	2	0,6
Henüz başlamayanlar	18	5,7

4.4. Aile hekimliği çalışanları anketi bulguları

Katılımcıların mesleklerinden memnuniyet düzeyleri ile görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,007$). Hekimlerin meslekten memnuniyet puan ortalaması $6,07\pm1,93$ olarak saptanırken ebe-hemşirelerin ortalama memnuniyet puanı ise $7,60\pm1,76$ olarak saptanmıştır (Tablo 25).

Kadın katılımcılar ile erkek katılımcılar arasında meslek memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,052$). Erkek katılımcıların meslekten memnuniyet puan ortalaması $5,97\pm1,90$ olarak saptanırken kadınların ise $6,88\pm1,99$ olarak saptanmıştır (Tablo 25).

Katılımcıların yaşları ile mesleklerinden memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,227$). Tablo 24’de katılımcıların meslekten memnuniyet düzeylerine göre yaş ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 24. Meslekten memnuniyet düzeylerine göre yaş ortalaması

Mesleklerinden memnuniyet	Yaş ortalaması	Minimum	Maksimum	n
Memnun değil	39,67±5,65	35	50	6
Orta düzeyde memnun	36,17±7,45	26	52	29
Memnun	33,05±7,90	20	58	39

Meslekten memnuniyet düzeyi ile katılımcıların grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,262$). Fikir liderlerinin mesleklerinden memnuniyet ortalama puanı 5,20±1,37, Şanlıurfa’dan katılanların ortalama puanı 6,81±2,01 ve Mardin’den katılanların ortalama puanı ise 6,31±2,02 olarak saptanmıştır. Tablo 25’de katılımcıların görevleri, cinsiyetleri, yaşları, meslekte geçirdikleri süreleri ve grupları ile mesleklerinden memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların görevleri, cinsiyetleri, yaşları, meslekte geçirdikleri süreleri ve grupları ile mesleklerinden memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması

	Mesleklerinden memnuniyet ortalama değeri	P değeri
Görev		
Hekim	6,07±1,93	0,007**
Ebe-hemşire	7,60±1,76	
Cinsiyet		
Erkek	5,97±1,90	0,052*
Kadın	6,88±1,99	
Yaş		
20-30	7,18±1,74	0,227*
31-40	6,31±1,97	
41-50	5,15±2,04	
51 ve üstü	6,67±1,53	
Mesleklerindeki geçirdikleri süre		
1-5 yıl	7,45±1,67	0,244*
6-10 yıl	6,27±1,69	
11-15 yıl	6,0±2,19	
16 yıl ve üstü	5,33±2,19	
Ekip		
Fikir liderleri	5,20±1,37	0,262*
Şanlıurfa ekibi	6,81±2,01	
Mardin ekibi	6,31±2,02	

*Pearson Chi-Square

**Bağımsız gruplar T testi

Meslekten memnuniyet düzeyi ile katılımcıların kaç yıldır çocuk hasta takip ettikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,159$) (Tablo 27).

Meslekten memnuniyet düzeyi ile her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,458$) (Tablo 27).

Tablo 26’da katılımcıların meslekten memnuniyet düzeylerine göre çocuk hasta takip/muayene etme süreleri ve her bir çocuk hasta için ayırdıkları sürelerin ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların meslekten memnuniyet düzeylerine göre çocuk hasta takip/muayene etme süreleri ve her bir çocuk hasta için ayırdıkları sürelerin ortalamaları

Mesleklerinden memnuniyet	Çocuk hasta takip/muayene etme süresi (yıl)	Her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayrılan ortalama süre (dk)
Memnun değil	10,67±3,56	7,67±4,97
Orta düzeyde memnun	9,66±6,20	6,45±3,29
Memnun	7,21±5,21	7,79±3,68

Meslekten memnuniyet düzeyi ile kendi birimlerine bağlı nüfustaki çocuk hastaların evlerine ziyaret yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,719$) (Tablo 27).

Tablo 27. Çocuk hasta takip/muayene etme süresi, her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan süre ve çocuk hastaların evine düzenli ziyaret yapma ile meslekten memnuniyet düzeyi karşılaştırılması

	Mesleklerinden memnuniyet n (%)			P değeri
	Memnun değil	Orta düzeyde memnun	Memnun	
Çocuk hasta takip/muayene etme süresi (yıl)				
1-5 yıl	-	3 (50)	3 (50)	0,159*
6-10 yıl	7 (24,1)	14 (48,2)	8 (27,5)	
11 yıl ve üstü	17 (43,5)	14 (35,9)	8 (20,5)	
Her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan ortalama süre				
1-5 dk	3 (7,7)	19 (48,7)	17 (43,6)	0,458*
6-10 dk	2 (7,1)	8 (28,6)	18 (64,3)	
11-15 dk	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	
Çocuk hastaların evlerine düzenli ziyaret yapma				
Hepsinin	-	-	1 (100)	0,719*
Çoğunun	1 (20)	2 (40)	2 (40)	
Yarısının	-	2 (50)	2 (50)	
Çok azının	2 (16,7)	6 (50)	4 (33,3)	
Hiçbirinin	3 (5,8)	19 (36,5)	30 (57,7)	

*Pearson Chi-Square

Meslekten memnuniyet düzeyi ile kendilerine muayene için başvuran çocukların kilo ve boy ölçümlerini düzenli yapma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,784$, $p=0,727$) (Tablo 28).

Meslekten memnuniyet düzeyi ile kendilerine muayene için başvuran çocukların beslenme durumlarını sorgulama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,309$) (Tablo 28).

Meslekten memnuniyet düzeyi ile kendilerine muayene için başvuran çocukların beslenme durumlarını değerlendirmek için semptom sorgulama arasında ve beslenme durumlarını değerlendirmek için yapılan subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,525$, $p=0,363$) (Tablo 28).

Meslekten memnuniyet düzeyi ile kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon/beslenme durumlarını değerlendirmek için laboratuvar tetkiki kullanımı ve beslenme durumunu saptamak için Strong Kids ölçeği kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,581$, $p=0,629$) (Tablo 28).

Meslekten memnuniyet düzeyi ile kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi verme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,771$, $p=0,837$) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılacak parametreler ve kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıda hakkında bilgi verme sıklığı ile mesleklerinden memnuniyet düzeyi karşılaştırması

Mesleklerinden memnuniyet n (%)				P değeri
Malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için; Kilo ölçümünü yapma sıklığı	Memnun değil	Orta düzeyde memnun	Memnun	
Hiçbir zaman	-	-	-	0,784*
Nadiren	-	1 (50)	1 (50)	
Bazen	-	1 (100)	-	
Genellikle	4 (12,5)	11 (34,4)	17 (53,1)	
Her zaman	2 (5,1)	16 (41)	21 (53,8)	
Boy ölçümünü yapma sıklığı				0,727*
Hiçbir zaman	-	-	-	
Nadiren	-	1 (100)	-	
Bazen	-	2 (66,7)	1 (33,3)	
Genellikle	4 (11,8)	12 (35,3)	18 (52,9)	
Her zaman	2 (5,6)	14 (38,9)	20 (55,6)	

Tablo 28'in devamı

Malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını sorgulama sıklığı				
Hiçbir zaman	-	1 (100)	-	0,309*
Nadiren	-	1 (100)	-	
Bazen	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
Genellikle	3 (8,1)	13 (35,1)	21 (53,8)	
Her zaman	1 (3,4)	12 (41,4)	16 (55,2)	
Semptom sorgulama sıklığı				
Hiçbir zaman	-	1 (100)	-	0,525*
Nadiren	-	3 (50)	3 (50)	
Bazen	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)	
Genellikle	5 (15,2)	11 (33,3)	17 (51,5)	
Her zaman	-	10 (40)	15 (60)	
Subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) sıklığı				
Hiçbir zaman	-	4 (50)	4 (50)	0,363*
Nadiren	1 (10)	1 (10)	8 (80)	
Bazen	3 (13)	10 (43,5)	10 (43,5)	
Genellikle	2 (10,5)	6 (31,6)	11 (57,9)	
Her zaman	-	8 (57,1)	6 (42,9)	
Laboratuvar tetkiki kullanım sıklığı				
Hiçbir zaman	1 (10)	6 (60)	3 (30)	0,581*
Nadiren	1 (6,2)	8 (50)	7 (43,8)	
Bazen	3 (12,5)	7 (29,2)	14 (58,3)	
Genellikle	-	6 (37,5)	10 (62,5)	
Her zaman	1 (12,5)	2 (25)	5 (62,5)	
Strong Kids ölçeğini kullanım sıklığı				
Hiçbir zaman	4 (7)	23 (40,4)	30 (52,6)	0,629*
Nadiren	1 (10)	2 (20)	7 (70)	
Bazen	1 (16,7)	3 (50)	2 (33,3)	
Genellikle	-	1 (100)	-	
Her zaman	-	-	-	
Anne sütü hakkında bilgi verme				
Hiçbir zaman	-	-	-	0,771*
Nadiren	-	-	-	
Bazen	-	-	-	
Genellikle	2 (5,9)	13 (38,2)	19 (55,9)	
Her zaman	4 (10)	16 (40)	20 (50)	
Ek gıdaya geçiş hakkında bilgi verme				
Hiçbir zaman	-	1 (100)	-	0,837*
Nadiren	-	-	-	
Bazen	-	1 (25)	3 (75)	
Genellikle	3 (7,3)	16 (39)	22 (53,7)	
Her zaman	3 (10,7)	11 (39,3)	14 (50)	

*Pearson Chi-Square testi

Her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan süre ile katılımcıların görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,030$). Hekimler her bir muayene için ortalama $6,80\pm3,46$ dk ayırdıkları saptanırken ebe-hemşireler ise $9,07\pm7,92$ dk ayırdıkları saptanmıştır.

Katılımcıların çocuk sayıları ile her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,676$). Ayrıca katılımcıların çocuklarının olup olmaması ile de her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,365$).

Katılımcıların her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre ile görevleri ve çocuklarının olup olmamasının karşılaştırmasının verileri Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre ile görev ve çocuklarının olup olmamasının karşılaştırması

		Her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayrılan ortalama süre (dk)	P değeri
Görev	Hekim	$6,80\pm3,46$	0,030*
	Ebe-hemşire	$9,07\pm7,92$	
Çocuk	Var	$7,54\pm3,90$	0,365*
	Yok	$6,73\pm3,14$	
Çocuk sayısı	Yok	$6,73\pm3,14$	0,676**
	1	$8,00\pm3,66$	
	2	$7,42\pm4,11$	
	3	$6,78\pm4,26$	

*Bağımsız örnekler T testi

**ANOVA analizi

Katılımcıların çocuk sayıları ile kendi birimlerine bağlı nüfustaki çocuk hastaların evlerine düzenli ziyaret yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,257$).

Katılımcıların çocuk sayıları ile kendilerine muayene için başvuran çocukların kilo ve boy ölçümlerini düzenli yapıp yapmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,360$, $p=0,316$).

Katılımcıların çocuk sayıları ile kendilerine muayene için başvuran çocukların beslenme durumlarını sorgulama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,642$).

Katılımcıların çocuk sayıları ile kendilerine muayene için başvuran çocukların beslenme durumlarını değerlendirmek için semptom sorgulama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken ($p=0,368$) beslenme durumlarını değerlendirmek için yapılan subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,048$).

Katılımcıların çocuk sayıları ile kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi verme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,920$, $p=0,328$).

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,019$). Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcıların yaş ortalaması $35,86\pm7,57$ olarak saptanmışken saptamadığını belirtenlerin yaş ortalaması ise $30,67\pm7,41$ olarak saptanmıştır.

Malnütrisyon saptama ile kaç yıldır çocuk hasta muayene ettikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,141$). Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcıların çocuk hasta muayene etme zamanı $8,93\pm5,89$ yıl olarak saptanırken malnütrisyon saptamadığını belirtenlerin çocuk hasta muayene etme zamanı ise $6,53\pm3,94$ yıl olarak saptanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması ve çocuk hasta takip/muayene etme süresi ile malnütrisyon saptama durumlarının karşılaştırılmasına Tablo 30'da yer verilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların yaş ortalaması ve çocuk hasta takip/muayene etme süresi ile malnütrisyon saptama durumunun karşılaştırılması

	Yaş ortalaması	Çocuk hasta takip/muayene etme süresi (yıl)
Malnütrisyon saptama		
Evet	$35,86\pm7,57$	$8,93\pm5,89$
Hayır	$30,67\pm7,41$	$6,53\pm3,94$
P değeri	0,019**	0,141*

* Bağımsız örnekler T testi

** Non Parametrik T Mann Whitney U Testi

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 31). Hekimlerin % 89,8'i malnütrisyon

saptadığını belirtirken ebe-hemşirelerin ise % 40'ı malnütrisyon saptadıklarını belirtmişlerdir.

Malnütrisyon saptama ile meslekten memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,473$) (Tablo 31).

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili kursa katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,015$) (Tablo 31).

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili herhangi bir etkinlik yapıp yapmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,079$) (Tablo 31). Etkinliklerden herhangi birini belirtenlerin malnütrisyon saptama oranları % 68,8 iken herhangi bir etkinlik yapmadıklarını belirtenlerin ise % 88,1'i malnütrisyon saptadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 31. Katılımcıların görevleri, meslekten memnuniyetleri, beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili etkinlik yapıp yapmama ile malnütrisyon saptayıp saptamamanın karşılaştırılması

	Malnütrisyon saptama n (%)		P değeri
	Evet	Hayır	
Görev			
Hekim	53 (89,8)	6 (10,2)	<0,001*
Ebe-hemşire	6 (40)	9 (60)	
Meslekten memnuniyet			
Memnun değil	5 (83,3)	1 (16,7)	0,473**
Orta düzeyde memnun	25 (86,2)	4 (13,8)	
Memnun	29 (74,4)	10 (25,6)	
Beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili etkinlik yapıp yapmama			
Evet	22 (68,8)	10 (32,2)	0,079***
Hayır	37 (88,1)	5 (11,9)	
Beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili kursa katılma			
Evet	18 (100)	-	0,015*
Hayır	41 (73,2)	15 (26,8)	

*Fisher's Exact Test

**Pearson Chi-Square

***Continuity Correction

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların kendi birimlerindeki malnütriye tahmini yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,018$). Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların kendi birimlerindeki malnütriye tahmini yüzdesi ortalaması $8,81\pm9,29$ saptanırken saptamadıklarını belirtenlerin tahmini yüzde ortalamaları ise $5,13\pm6,66$ olarak saptanmıştır.

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların günde ortalama kaç çocuğa hizmet verdikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p:0,352$). Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların günde ortalama $21,71\pm13,34$ çocuğa hizmet verdikleri saptanırken malnütrisyon saptamadıklarını belirten katılımcıların ise günde ortalama $17,47\pm9,17$ çocuğa hizmet verdikleri saptanmıştır.

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların her bir çocuk hasta muayenesi için ayırdıkları ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,048$). Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların her bir muayene ayırdıkları ortalama süresi $6,76\pm3,32$ dk olarak saptanırken malnütrisyon saptamadıklarını belirten katılımcıların ise her bir muayene ayırdıkları ortalama süre $9,20\pm4,31$ dk olarak saptanmıştır. Katılımcıların malnütrisyon saptama durumları ile malnütrisyon tahmini yüzdeleri, hizmet verilen çocuk sayısı ve her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama sürenin karşılaştırılmasına Tablo 32’de yer verilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların malnütrisyon saptama durumları ile malnütrisyon tahmini yüzdeleri, hizmet verilen çocuk sayısı ve her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayrılan ortalama sürenin karşılaştırılması

	Malnütriye tahmini yüzdesi (%)	Hizmet verilen çocuk sayısı/gün	Her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayrılan ortalama süre (dk)
Malnütrisyon saptama			
Evet	$8,81\pm9,29$	$21,71\pm13,34$	$6,76\pm3,32$
Hayır	$5,13\pm6,66$	$17,47\pm9,17$	$9,20\pm4,31$
P değeri	0,018*	0,352*	0,048*

* Non Parametrik T Mann Whitney U Testi

Malnütrisyon saptama ile katılımcıların kendi birimlerine bağlı nüfustaki çocuk hastaların evlerine düzenli ziyaret yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,805$). Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların % 67,8’i (n:40) hiçbirinin şeklinde yanıt vermiştir.

Malnütrisyon saptama ile kistik fibrozisin malnütrisyon için risk faktörü olup olmaması arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,014$) (Tablo 33). Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların % 84,7'si ($n:50$) kistik fibrozisin malnütrisyonu neden olabileceğini belirtmişlerdir. Ancak malnütrisyon için risk oluşturabilecek olan bronkopulmoner displazi, prematüre ve çölyak hastalığının risk faktörü olup olmaması ile malnütrisyon saptama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,240$, $p=0,375$, $p=0,110$) (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların malnütrisyon için risk oluşturabilecek hastalıklar (Bronkopulmoner displazi, Kistik fibrozis, Çölyak hastalığı, Prematürite) ile malnütrisyon saptama durumunun karşılaştırılması

Malnütrisyon için risk oluşturabilecek hastalıklar	Malnütrisyon saptama n (%)		P değeri	
	Evet	Hayır		
Bronkopulmoner displazi				
	Evet	36 (85,7)	6 (14,3)	0,240**
	Hayır	23 (71,9)	9 (28,1)	
Kistik fibrozis				
	Evet	50 (86,2)	8 (13,8)	0,014*
	Hayır	9 (56,2)	7 (43,8)	
Çölyak hastalığı				
	Evet	53 (82,8)	11 (17,2)	0,110*
	Hayır	6 (60)	4 (40)	
Prematürite				
	Evet	53 (81,5)	12 (18,5)	0,375*
	Hayır	6 (66,7)	3 (33,3)	

*Fisher's Exact Test

**Continuity Correction

Malnütrisyon saptama ile malnütrisyon saptamak için laboratuvar tetkiki kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,403$) (Tablo 34). Malnütrisyon saptadıklarını belirten katılımcıların % 62,7'si ($n:37$) laboratuvar tetkiki kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Malnütrisyon saptama ile kendilerine muayene için başvuran çocukların kilo ve boy ölçümlerini düzenli yapıp yapmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,846$, $p=0,899$) (Tablo 34). Ayrıca çocukların beslenme durumlarını sorgulama, semptom sorgulama ve beslenme durumlarını değerlendirmek için yapılan subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) ile malnütrisyon saptama arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,552$, $p=0,713$, $p=0,930$) (Tablo 34).

Malnütrisyon saptama ile kendilerine başvuran ebeveynlere ek gıdaya geçiş ve anne sütü ile ilgili bilgi verme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,614$, $p=0,820$) (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların malnütrisyon saptama durumları ile kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılacak parametreler ve kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıda hakkında bilgi verme sıklığının karşılaştırılması

Malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için;	Malnütrisyon saptama n (%)		P değeri
	Evet	Hayır	
Kilo ölçümünü yapma sıklığı			
Hiçbir zaman	-	-	0,846*
Nadiren	2 (100)	-	
Bazen	1 (100)	-	
Genellikle	25 (78,1)	7 (21,9)	
Her zaman	31 (79,5)	8 (20,5)	
Boy ölçümünü yapma sıklığı			
Hiçbir zaman	-	-	0,899*
Nadiren	1 (100)	-	
Bazen	2 (66,7)	1 (33,3)	
Genellikle	27 (79,4)	7 (20,6)	
Her zaman	29 (80,6)	7 (19,4)	
Malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını sorgulama sıklığı			
Hiçbir zaman	1 (100)	-	0,552*
Nadiren	1 (100)	-	
Bazen	6 (100)	-	
Genellikle	30 (81,1)	7 (18,9)	
Her zaman	21 (72,4)	8 (27,6)	
Semptom sorgulama sıklığı			
Hiçbir zaman	1 (100)	-	0,713*
Nadiren	6 (100)	-	
Bazen	7 (78,8)	2 (22,2)	
Genellikle	25 (75,8)	8 (24,2)	
Her zaman	20 (80)	5 (20)	
Subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) sıklığı			
Hiçbir zaman	7 (87,5)	1 (12,5)	0,930*
Nadiren	8 (80)	2 (20)	
Bazen	19 (82,6)	4 (17,4)	
Genellikle	14 (73,7)	5 (26,3)	
Her zaman	11 (78,6)	3 (21,4)	

Tablo 34'ün devamı

Laboratuvar tetkiki kullanım sıklığı			
	Hiçbir zaman	9 (90)	1 (10)
	Nadiren	13 (81,2)	3 (18,8)
	Bazen	22 (91,7)	2 (8,3)
	Genellikle	10 (62,5)	6 (37,5)
	Her zaman	5 (62,5)	3 (37,5)
Strong Kids ölçeğini kullanım sıklığı			
	Hiçbir zaman	46 (80,7)	11 (19,3)
	Nadiren	8 (80)	2 (20)
	Bazen	4 (66,7)	2 (33,3)
	Genellikle	1 (100)	-
	Her zaman	-	-
Anne sütü hakkında bilgi verme			
	Hiçbir zaman	-	-
	Nadiren	-	-
	Bazen	-	-
	Genellikle	28 (82,4)	6 (17,6)
	Her zaman	31 (77,5)	9 (22,5)
Ek gıdaya geçiş hakkında bilgi verme			
	Hiçbir zaman	1 (100)	-
	Nadiren	-	-
	Bazen	4 (100)	-
	Genellikle	31 (75,6)	10 (24,4)
	Her zaman	23 (81,2)	5 (18,8)

*Pearson Chi-Square

**Continuity Correction

Malnütrisyon saptama ile malnütrisyon durumunu değerlendirmek için herhangi bir yöntem kullanmama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,003$). Malnütrisyon saptadıklarını belirtenlerin % 93,2'si ($n:55$) yöntem kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için herhangi bir yöntem kullanma durumu ile malnütrisyon saptama durumlarının karşılaştırılması

Malnütrisyon durumunu değerlendirmek için herhangi bir yöntem kullanma durumu	Malnütrisyon saptama n (%)		P değeri
	Evet	Hayır	
Evet	55 (85,9)	9 (14,1)	0,003*
Hayır	4 (40)	6 (60)	

*Fisher's Exact Test

Malnütrisyon saptama ile malnütrisyon durumunu değerlendirmek için persentil değerlendirmesi yapma arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,012$). Malnütrisyon saptadıklarını belirtenlerin % 89,8'i ($n:53$) persentil

değerlendirmesi yaptıklarını belirtmişlerdir. Ancak malnütrisyon saptama ile orta kol çevresi ölçümü, malnütrisyon sınıflamaları (Waterlow, Gomez, Mc Laren ve Wellcome) kullanımı ve biyokimyasal değerlendirme yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,076$, $p>0,05$, $p=0,820$). Tablo 36’da katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için kullandıkları yöntemler ile malnütrisyon saptama durumlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 36. Katılımcıların malnütrisyon durumunu değerlendirmek için kullandıkları yöntemler ile malnütrisyon saptama durumlarının karşılaştırılması

Malnütrisyon durumunu değerlendirmek için;	Malnütrisyon saptama n (%)		P değeri
	Evet	Hayır	
Persentil değerlendirmesi			
Evet	53 (85,5)	9 (14,5)	0,012*
Hayır	6 (50)	6 (50)	
Üst orta kol çevresi ölçümü			
Evet	5 (55,6)	4 (44,4)	0,076*
Hayır	54 (83,1)	11 (16,9)	
Biyokimyasal değerlendirme yapma			
Evet	28 (82,4)	6 (17,6)	0,820*
Hayır	31 (77,5)	9 (22,5)	

*Fisher's Exact Test

Malnütrisyon saptama ile malnütrisyon şüphelenme durumları (persentil değerinin $<5\%$ olması, persentil değerinin $5\%-25\%$ arasında olması, persentil değerinde gerileme olması, yaşa göre boyda kısalık, boya göre vücut ağırlığının düşük olması, üst orta kol çevresi ölçümünün $12,5\text{ cm}$ ’den az olması) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların malnütrisyon yüzdesi tahminleri ile görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,848$). Hekimler tahmini malnütrisyon yüzdesi ortalaması $8,15\pm9,31$ olarak saptanırken ebe-hemşirelerin ortalaması ise $7,73\pm7,40$ olarak saptanmıştır.

Tahmini malnütrisyon yüzdesi ile katılımcıların beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili herhangi bir etkinlik yapıp yapmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,247$). Beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili herhangi bir etkinlik yapmadığını belirten katılımcıların tahmini malnütrisyon ortalamaları $6,69\pm6,59$ olarak saptanırken yaptıklarını belirten katılımcıların ortalaması ise $9,12\pm10,28$ olarak saptanmıştır.

Katılımcıların grupları ile kaç yıldır çocuk hasta muayene ettikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,078$). Fikir liderlerinin ortalama $11,13\pm5,83$ yıl, Şanlıurfa grubunun ortalama $7,56\pm5,26$ yıl ve Mardin grubunun ise ortalama $8,31\pm5,91$ yıldır çocuk hasta muayene /takip ettikleri tespit edilmiştir.

Katılımcıların grupları ile her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,054$). Her bir çocuk hastanın muayenesi için fikir liderlerinin ortalama $5,73\pm2,55$ dk, Şanlıurfa grubunun ortalama $8,05\pm3,79$ dk ve Mardin grubunun ise ortalama $6,56\pm3,72$ dk ayırdıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların grupları ile günde ortalama hizmet verilen çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,334$). Fikir liderlerinin ortalama $25,33\pm16,74$ çocuğa, Şanlıurfa grubunun ortalama $18,70\pm10,94$ çocuğa ve Mardin grubunun ise ortalama $22,44\pm12,18$ çocuğa hizmet verdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 37’de katılımcıların grupları ile çocuk hasta takip/muayene etme süreleri, her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre ve günde ortalama hizmet verilen çocuk sayısının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 37. Katılımcıların grupları ile çocuk hasta takip/muayene etme süresi, her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayırdıkları ortalama süre ve günde ortalama hizmet verilen çocuk sayısı karşılaştırılması

Katılımcıların grupları	Çocuk hasta takip/muayene etme süresi (yıl)	Her bir çocuk hasta muayenesi/takibi için ayrılan ortalama süre (dk)	Günde ortalama hizmet verilen çocuk sayısı
Fikir liderleri	$11,13\pm5,83$	$5,73\pm2,55$	$25,33\pm16,74$
Şanlıurfa ekibi	$7,56\pm5,26$	$8,05\pm3,79$	$18,70\pm10,94$
Mardin ekibi	$8,31\pm5,91$	$6,56\pm3,72$	$22,44\pm12,18$
P değeri	0,078*	0,054*	0,334*

*Nonparametric Tests Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların grupları ile katılımcıların kendi birimlerine bağlı nüfustaki çocuk hastaların evlerine düzenli ziyaret yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,660$). Fikir liderlerinin % 73,3’ü, Şanlıurfa grubunun % 65,1’i ve Mardin grubunun ise % 81,2’si hiçbirinin yanıtını vermiştir.

Katılımcıların grupları ile 0-5 çocukların persentil takiplerinin yapılma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,398$).

Katılımcıların grupları ile malnütrisyon saptamak için laboratuvar tetkiki kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,012$). Fikir liderlerinin % 73,3'ünün ($n:11$) laboratuvar tetkiki kullanmadıkları tespit edilirken Şanlıurfa grubunun % 65,1'i ($n:28$) ve Mardin grubunun ise % 75'i ($n:12$) kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların grupları ile malnütrisyon tespiti için laboratuvar tetkiki kullanımlarının karşılaştırılması

Katılımcıların grupları	Malnütrisyon saptamak için laboratuvar tetkiki kullanımı n (%)		P değeri
	Evet	Hayır	
Fikir liderleri	11 (73,3)	4 (26,7)	0,012*
Şanlıurfa ekibi	15 (34,9)	28 (65,1)	
Mardin ekibi	4 (25)	12 (75)	

*Pearson Chi-Square testi

Katılımcıların grupları ile kendilerine muayene için başvuran çocukların kilo ve boy ölçümlerini düzenli yapıp yapmamaları ve beslenme durumlarını değerlendirmek için yapılan subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,135$, $p=0,405$, $p=0,128$) (Tablo 39). Ancak katılımcı grupları ile çocukların beslenme durumlarını sorgulama ve semptom sorgulama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (sırasıyla $p=0,033$, $p=0,043$) (Tablo 39).

Katılımcıların grupları ile mezuniyet sonrası bebek-çocuk sağlığı, anne sütü-ek gıdaya geçiş ve malnütrisyon ile ilgili eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 39).

Katılımcıların grupları ile kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi verme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,077$, $p=0,181$) (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların grupları ile kendilerine başvuran çocukların malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için kullanılacak parametreler ve kendilerine başvuran ebeveynlere anne sütü ve ek gıda hakkında bilgi verme sıklığının karşılaştırması

Malnütrisyon ve beslenme durumlarını değerlendirmek için;	Katılımcıların grupları n (%)			P değeri
	Fikir liderleri	Şanlıurfa ekibi	Mardin ekibi	
Kilo ölçümünü yapma sıklığı				
Hiçbir zaman	-	-	-	0,135*
Nadiren	1 (50)	-	1 (50)	
Bazen	-	-	1 (100)	
Genellikle	7 (21,9)	16 (50)	9 (28,1)	
Her zaman	7 (17,9)	27 (69,2)	5 (12,8)	
Boy ölçümünü yapma sıklığı				
Hiçbir zaman	-	-	-	0,405*
Nadiren	-	-	1 (100)	
Bazen	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
Genellikle	6 (17,6)	19 (55,9)	9 (26,5)	
Her zaman	8 (22,2)	23 (63,9)	5 (13,9)	
Malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını sorgulama sıklığı				
Hiçbir zaman	1 (100)	-	-	0,033*
Nadiren	1 (100)	-	-	
Bazen	-	3 (50)	3 (50)	
Genellikle	10 (27)	18 (48,6)	9 (24,3)	
Her zaman	3 (10,3)	22 (75,9)	4 (13,8)	
Semptom sorgulama sıklığı				
Hiçbir zaman	1 (100)	-	-	0,043*
Nadiren	-	6 (100)	-	
Bazen	1 (11,1)	3 (33,3)	5 (55,6)	
Genellikle	7 (21,2)	18 (54,5)	8 (24,2)	
Her zaman	6 (24)	16 (64)	3 (12)	
Subjektif klinik değerlendirme (azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakış) sıklığı				
Hiçbir zaman	1 (12,5)	7 (87,5)	-	0,128*
Nadiren	1 (10)	4 (40)	5 (50)	
Bazen	6 (26,1)	10 (43,5)	7 (30,4)	
Genellikle	5 (26,3)	12 (63,2)	2 (10,5)	
Her zaman	2 (14,3)	10 (71,4)	2 (14,3)	
Laboratuvar tetkiki kullanım sıklığı				
Hiçbir zaman	6 (60)	4 (40)	-	0,001*
Nadiren	6 (36,5)	7 (43,8)	3 (18,8)	
Bazen	1 (4,2)	13 (54,2)	10 (41,7)	
Genellikle	2 (12,5)	12 (75)	2 (12,5)	
Her zaman	-	7 (87,5)	1 (12,5)	
Strong Kids ölçeğini kullanım sıklığı				
Hiçbir zaman	11 (19,3)	33 (57,9)	13 (22,8)	0,516*
Nadiren	4 (40)	4 (40)	2 (20)	
Bazen	-	5 (83,3)	1 (16,7)	
Genellikle	-	1 (100)	-	
Her zaman	15 (20,3)	43 (58,1)	16 (21,6)	

Tablo 39'un devamı

Anne sütü hakkında bilgi verme				
	Hiçbir zaman	-	-	0,181**
	Nadiren	-	-	
	Bazen	-	-	
	Genellikle	8 (23,5)	16 (47,1)	
	Her zaman	7 (17,5)	27 (67,5)	
Ek gıdaya geçiş hakkında bilgi verme				
	Hiçbir zaman	1 (100)	-	0,077*
	Nadiren	-	-	
	Bazen	-	4 (100)	
	Genellikle	8 (19,5)	20 (48,8)	
	Her zaman	6 (21,4)	19 (67,9)	

*Pearson Chi-Square

Katılımcıların grupları ile malnütrisyon şüphelenme durumları (persentil değerinin <%5 olması, persentil değerinin %5-%25 arasında olması, yaşa göre boyda kısalık, boya göre vücut ağırlığının düşük olması, üst orta kol çevresi ölçümünün 12,5 cm'den az olması) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak katılımcı grupları ile persentil değerinde gerileme olması durumunda malnütrisyon şüphelenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,012$). Fikir liderlerinin % 80'inin ($n:12$) ve Mardin grubunun % 81,2'sinin ($n:13$) persentil değerinde gerileme olması durumunda malnütrisyon şüphelendikleri tespit edilirken Şanlıurfa grubunun % 53,5'inin ($n:23$) ise şüphelenmedikleri tespit edilmiştir.

Katılımcıların grupları ile malnütrisyon saptandığını durumlarda yapılan işlemler (üst basamağa sevk, danışmanlık verme, persentil takibi yapma) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.5. 0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlerin Bebek Beslenmesi Bulguları

Ek gıdaya başlama zamanı ve toplam emzirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Ek gıdaya erken başladıkça emzirme süresinin kısaldığı tespit edilmiştir. Altı aydan kısa emzirilme süresi olan bebeklerin ortalama ek gıdaya başlangıç zamanı $3,71\pm 2,29$ ay olarak tespit edilmiştir (Tablo 40).

Tablo 40. Ek gıdaya başlama zamanı ile toplam emzirme süresi karşılaştırması

	Ek gıdaya başlama zamanı(ay)	p değeri
Toplam emzirme süresi (ay)		
6 ay ve altı emzirenler	3,71±2,29	<0,001*
7-18 ay emzirenler	5,75±1,47	
19 ay ve üzeri emzirenler	5,89±1,85	
Halen emzirenler (ek gıdaya başlayanlar)	5,36±1,34	

*ANOVA ile analiz edilmiştir.

Doğumdan sonraki ilk beslenme zamanı ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). İlk 1 saat içinde beslendiği tespit edilen 274 bebeğin 145'i normal doğumla dünyaya gelirken 129'unun sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. İlk 1 saatten sonra beslendikleri tespit edilen 40 bebekten ise 8'inin normal doğum, 32'sinin sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Sezaryenle doğumu gerçekleşen bebeklerin ilk beslenme zamanları ertelenmektedir.

Doğum şekli ile ilk emzirilme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). İlk 1 saat içinde emzirildiği tespit edilen 258 bebeğin 140'ı normal doğumla dünyaya gelirken 118'inin sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. İlk 1 saatten sonra emzirildiği tespit edilen 37 bebekten ise 7'sinin normal doğum, 30'unun sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Son olarak ilk 1 günden sonra emzirildiği tespit edilen 17 bebekten ise 6'sının normal doğum, 11'inin ise sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Sezaryenle doğumu gerçekleşen bebeklerde ilk emzirilme zamanının uzadığını anlaşılmaktadır.

Doğum şekli ile doğumdan sonraki ilk besin arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Doğumdan sonra ilk besin olarak anne sütü alan 270 bebeğin 143'ü normal doğumla dünyaya gelirken 127'sinin sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. İlk besin olarak mama alan 35 bebeğin ise 6'sı normal doğumla dünyaya gelirken 29'unun sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Son olarak ilk besin olarak şekerli su alan 9 bebeğin 4'ü normal doğumla dünyaya gelirken 3'ünün ise sezaryenle dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Sezaryenle doğumu gerçekleşen bebeklerde ilk besin olarak anne sütü dışı besin alımının daha çok olduğu anlaşılmaktadır.

Doğum şekli ile toplam emzirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,171).

Tablo 41’de doğum şekli ile doğumdan sonraki ilk beslenme zamanı, ilk emzirilme zamanı, ilk besin ve toplam emzirilme süresinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 41. Doğum şekli ile doğumdan sonra ilk beslenme zamanı, ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin ve toplam emzirilme süresi karşılaştırması

Doğum Şekli			p değeri
İlk Beslenme Zamanı	Normal doğum n (%)	Sezaryen n (%)	
İlk 1 saat içinde	145 (52,9)	129 (47,1)	<0,001*
İlk 1 saatten sonra	8 (20)	32 (80)	
İlk Emzirilme Zamanı			<0,001**
İlk 1 saat içinde	140 (54,3)	118 (45,7)	
1 saatten sonra	7 (18,9)	30 (81,1)	
1 günden sonra	6 (35,3)	11 (64,7)	
Doğumdan Sonraki İlk Besin			<0,001**
Anne sütü	143 (53)	127 (47)	
Mama	6 (17,1)	29 (82,9)	
Diğer (Şekerli su, inek sütü, hurma ve zembem suyu)	4 (44,4)	5 (55,6)	
Toplam Emzirme Süresi (ay)			0,171**
6 ay ve altı emzirenler	22 (57,9)	16 (42,1)	
7-18 ay emzirenler	48 (53,9)	41 (46,1)	
19 ay ve üzeri emzirenler	32 (39,5)	49 (60,5)	
Halen emzirenler (Ek gıdaya başlayanlar)	51 (48,9)	55 (51,9)	

*Continuity Correction testi

** Pearson Chi-Square testi

Doğum şekli ile ek gıdaya başlama zamanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,719). Normal doğumla dünyaya gelen bebeklerde ortalama 5,37±1,69 ayda ek gıdaya başlanırken sezaryenle dünyaya gelen bebeklerde ise ortalama 5,45±1,91 ayda başlandığı tespit edilmiştir (Tablo 42).

Tablo 42. Doğum şekli ile ek gıdaya başlama zamanının karşılaştırılması

	Ek gıdaya başlama zamanı(ay)	p değeri
Doğum şekli		
Normal doğum	5,37±1,69	0,719*
Sezaryen	5,45±1,91	

* Bağımsız örnekler T testi

4.6. 0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlerin Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği Bulguları

17 maddeden oluşan Bebek beslenmesi tutum ölçeği (iowa) güvenilirlik katsayısı 0,704 olarak elde edilmiştir. Bu da ölçeğin oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (Tablo 43).

Tablo 43. Iowa geçerlilik güvenilirlik çalışması

	Cronbach Alfa	Madde sayısı
Bebek beslenmesi tutum ölçeği (Iowa)	0,704	17

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında ilk önermesi olan “Anne sütünün besleyici faydaları anne sütünü kesinceye kadar sürer” önermesine, ebeveynlerin 144’ü (% 45,9) kesinlikle katılıyorum, 88’i (% 28) katılıyorum, 16’sı (% 5,1) kararsızım, 27’si (% 8,6) katılmıyorum ve 39’u (% 12,4) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 2. önerme olan “Hazır mama ile beslenme emzirmekten pratiktir” önermesine, ebeveynlerin 15’i (% 4,8) kesinlikle katılıyorum, 22’si (% 7) katılıyorum, 19’u (% 6,1) kararsızım, 103’ü (% 32,8) katılmıyorum ve 155’i (% 49,4) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 3. önerme olan “Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlantıyı artırır” önermesine, ebeveynlerin 218’i (% 69,4) kesinlikle katılıyorum, 72’si (% 22,9) katılıyorum, 8’i (% 2,5) kararsızım, 3’ü (% 1) katılmıyorum ve 13’ü (% 4,1) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 4. önerme olan “Anne sütünde demir yetersizdir” önermesine, ebeveynlerin 24’ü (% 7,6) kesinlikle katılıyorum, 50’si (% 15,9) katılıyorum, 95’i (% 30,3) kararsızım, 86’sı (% 27,4) katılmıyorum ve 59’u (% 18,8) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 5. önerme olan “Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur” önermesine, ebeveynlerin 59’u (% 18,8) kesinlikle katılıyorum, 108’si (% 34,4) katılıyorum, 53’ü (% 16,9) kararsızım, 63’ü (% 20,1) katılmıyorum ve 31’i (% 9,9) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 6. önerme olan “Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir” önermesine, ebeveynlerin 19’u (% 6,1) kesinlikle katılıyorum, 77’si (% 24,5) katılıyorum, 52’si (% 16,6) kararsızım, 88’i (% 28) katılmıyorum ve 78’i (% 24,8) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 7. önerme olan “Bebeğini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevklerinden birini kaçırmırlar” önermesine, ebeveynlerin 164’ü (% 52,2) kesinlikle katılıyorum, 93’ü (% 29,6) katılıyorum, 26’sı (% 8,3) kararsızım, 17’si (% 5,4) katılmıyorum ve 14’ü (% 4,5) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 8. önerme olan “Anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir” önermesine, ebeveynlerin 70’i (% 22,3) kesinlikle katılıyorum, 69’u (% 22) katılıyorum, 37’si (% 11,8) kararsızım, 65’i (% 20,7) katılmıyorum ve 73’ü (% 23,2) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 9. önerme olan “Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır” önermesine, ebeveynlerin 194’ü (% 61,8) kesinlikle katılıyorum, 78’i (% 24,8) katılıyorum, 15’i (% 4,8) kararsızım, 9’u (% 2,9) katılmıyorum ve 18’i (% 5,7) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 10. önerme olan “Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur” önermesine, ebeveynlerin 32’si (% 10,2) kesinlikle katılıyorum, 41’i (% 13,1) katılıyorum, 98’i (% 31,2) kararsızım, 106’sı (% 33,8) katılmıyorum ve 37’si (% 11,8) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında 11. önerme olan “Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa/emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissedeler” önermesine, ebeveynlerin 14’ü (% 4,5) kesinlikle katılıyorum, 35’i (% 11,1) katılıyorum, 49’u (% 15,6) kararsızım, 95’i (% 30,3) katılmıyorum ve 121’i (% 38,5) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skolasında 12. önerme olan “Anne sütü bebekler için ideal besindir” önermesine, ebeveynlerin 235’i (% 74,8) kesinlikle katılıyorum, 57’si (% 18,2) katılıyorum, 8’i (% 2,5) kararsızım, 3’ü (% 1) katılmıyorum ve 11’i (% 3,5) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skolasında 13. önerme olan “Anne sütü, hazır mamadan daha kolay sindirilir” önermesine, ebeveynlerin 199’u (% 63,4) kesinlikle katılıyorum, 75’i (% 23,9) katılıyorum, 17’si (% 5,4) kararsızım, 5’i (% 1,6) katılmıyorum ve 18’i (% 5,7) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skolasında 14. önerme olan “Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır” önermesine, ebeveynlerin 5’i (% 1,6) kesinlikle katılıyorum, 27’si (% 8,6) katılıyorum, 57’si (% 18,2) kararsızım, 100’ü (% 31,8) katılmıyorum ve 125’i (% 39,8) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skolasında 15. önerme olan “Emzirme ile besleme mama ile beslemeden daha rahattır” önermesine, ebeveynlerin 200’ü (% 63,7) kesinlikle katılıyorum, 72’si (% 22,9) katılıyorum, 13’ü (% 4,1) kararsızım, 14’ü (% 4,5) katılmıyorum ve 15’i (% 4,8) kesinlikle katılmıyorum dedi.

IOWA bebek beslenmesi tutum skolasında 16. önerme olan “Anne sütü mamadan daha ucuzdur” önermesine, ebeveynlerin 246’sı (% 78,3) kesinlikle katılıyorum, 47’si (% 15) katılıyorum, 6’sı (% 1,9) kararsızım, 2’si (% 0,6) katılmıyorum ve 13’ü (% 4,1) kesinlikle katılmıyorum dedi.

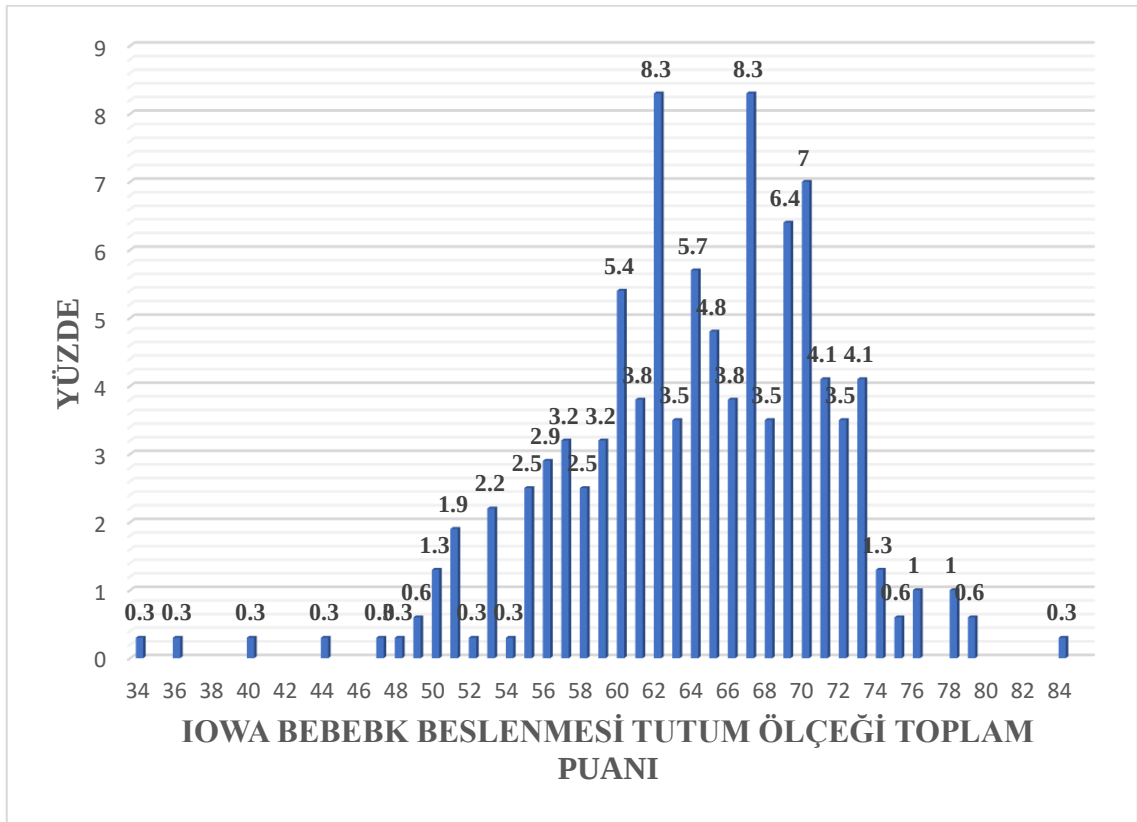
IOWA bebek beslenmesi tutum skolasında 17. önerme olan “Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir” önermesine, ebeveynlerin 107’si (% 34,1) kesinlikle katılıyorum, 67’si (% 21,3) katılıyorum, 56’sı (% 17,8) kararsızım, 42’si (% 13,4) katılmıyorum ve 42’si (% 13,4) kesinlikle katılmıyorum dedi.

Tablo 44’de katılımcıların IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği maddelerine verdiklerin yanıtların dağılımlarına yer verilmiştir.

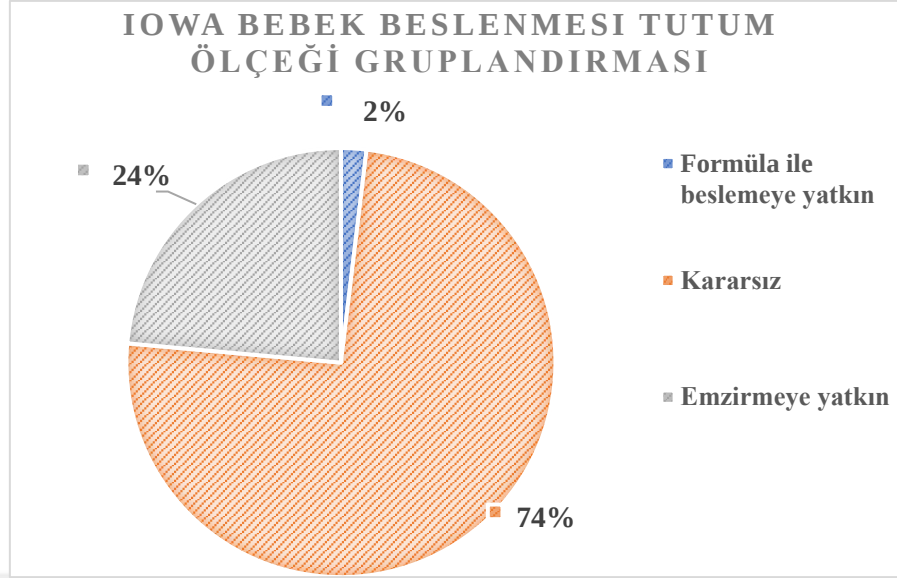
Tablo 44. Katılımcıların IOWA bebek beslenmesi tutum ölçeği maddelerine verdiklerin yanıtların dağılımları

IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S1. Anne sütünün besleyici faydaları anne sütünü kesinceye kadar sürer	39	12,4	27	8,6	16	5,1	88	28,0	144	45,9
S2. Hazır mama ile beslenme emzirmekten pratiktir.	155	49,4	103	32,8	19	6,1	22	7,0	15	4,8
S3. Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlantıyı artırır.	13	4,1	3	1,0	8	2,5	72	22,9	218	69,4
S4. Anne sütünde demir yetersidir.	59	18,8	86	27,4	95	30,3	50	15,9	24	7,6
S5. Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur.	31	9,9	63	20,1	53	16,9	108	34,4	59	18,8
S6. Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir.	78	24,8	88	28,0	52	16,6	77	24,5	19	6,1
S7. Bebeğini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevklerinden birini kaçırmırlar.	14	4,5	17	5,4	26	8,3	93	29,6	164	52,2
S8. Anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir.	73	23,2	65	20,7	37	11,8	69	22,0	70	22,3
S9. Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.	18	5,7	9	2,9	15	4,8	78	24,8	194	61,8
S10. Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur.	37	11,8	106	33,8	98	31,2	41	13,1	32	10,2
S11. Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa/emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissedeler.	121	38,5	95	30,3	49	15,6	35	11,1	14	4,5
S12. Anne sütü bebekler için ideal besindir.	11	3,5	3	1,0	8	2,5	57	18,2	235	74,8
S13. Anne sütü, hazır mamadan daha kolay sindirilir.	18	5,7	5	1,6	17	5,4	75	23,9	199	63,4
S14. Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır.	125	39,8	100	31,8	57	18,2	27	8,6	5	1,6
S15. Emzirme ile besleme mama ile beslemeden daha rahattır.	15	4,8	14	4,5	13	4,1	72	22,9	200	63,7
S16. Anne sütü mamadan daha ucuzdur.	13	4,1	2	0,6	6	1,9	47	15,0	246	78,3
S17. Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir.	42	13,4	42	13,4	56	17,8	67	21,3	107	34,1

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin bebek beslenmesi ile ilgili toplam tutum puanı ortalaması $64,01 \pm 7,14$ (min:17, max:84) olarak saptanmıştır. IOWA bebek beslenmesi tutum skalasında ebeveynlerin verdikleri yanıtlara göre aldıkları toplam puanlar gruplandırıldığında (17-48 Formüle ile beslemeye yatkın, 49-69 Kararsız, 70-85 Emzirmeye yatkın), ebeveynlerin % 74,5'i (n:234) 49-69 puan aralıkta bebek beslenmesi konusunda kararsız olarak tespit edilirken % 23,6'sı 70-85 puan aralıkta emzirmeye yatkın ve % 1,6'sı 17-48 puan aralıkta formüle ile beslemeye yatkın oldukları tespit edilmiştir (Şekil 21, Şekil 22).



Şekil 21. Ebeveynlerin IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği Toplam Puanlara Göre Dağılımları



Şekil 22. Ebeveynlerin IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puanlarına göre bebek beslenmesine göre gruplandırılmaları

Bebek beslenmesi tutum ölçeği anne eğitimine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Okuryazar olamayanlarda ortalama değer $59,45\pm6,41$, ilkokul mezunlarında ortalama değer $63,59\pm5,65$, ortaokul mezunlarında $62,56\pm6,85$, lise mezunlarında $65,67\pm6,51$ ve lisans ve üzeri olanlarda da $66,33\pm8,01$ olarak elde edilmiştir. Lisans ve üzeri mezunu olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği baba eğitimine göre de farklılık göstermektedir ($p=0,013$). Okuryazar olamayanlarda ortalama değer $59,62\pm8,67$, ilkokul mezunlarında ortalama değer $61,42\pm6,94$, ortaokul mezunlarında $61,63\pm7,43$, lise mezunlarında $65,35\pm5,27$ ve lisans ve üzeri olanlarda da $65,96\pm7,32$ olarak elde edilmiştir. Lisans ve üzeri mezunu olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar.

Anne eğitimi ve baba eğitiminin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılmasının verilerine Tablo 45’de yer verilmiştir.

Tablo 45. Anne eğitimi ve baba eğitiminin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması

Bebek beslenmesi tutum ölçeği		P değeri
Anne Eğitimi		
Okuryazar değil	59,45±6,41	<0,001*
İlkokul	63,59±5,65	
Ortaokul	61,63±7,43	
Lise	65,35±5,27	
Lisans ve Üzeri	66,33±8,01	
Baba Eğitimi		
Okuryazar değil	59,62±8,67	0,013*
İlkokul	61,42±6,94	
Ortaokul	61,63±7,43	
Lise	65,35±5,27	
Lisans ve Üzeri	65,96±7,32	

*Pearson Chi-Square testi

Bebek beslenmesi tutum ölçeği annenin mesleğine göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Ev hanımlarında ortalama değer $63,11\pm6,63$, işçilerde ortalama değer $59,50\pm14,85$ ve memurlarda ortalama değer $67,12\pm7,95$ olarak elde edilmiştir. Memur olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği babanın mesleğine göre de farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Serbest meslek sahiplerinde ortalama değer $63,03\pm6,25$, işçilerde ortalama değer $62,96\pm6,36$, esnaflarda ortalama değer $64,53\pm8,02$ ve memurlarda ortalama değer $65,46\pm8,24$ olarak elde edilmiştir. Yine memur olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar.

Anne mesleği ve baba mesleğinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılmasının verilerine Tablo 46'da yer verilmiştir.

Tablo 46. Anne mesleği ve baba mesleğinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması

Bebek beslenmesi tutum ölçeği		P değeri
Anne Mesleği		
Ev hanımı	63,11±6,63	0,001*
Memur	67,12±7,95	
İşçi	59,50±14,85	
Serbest meslek	65±1,41	
Diğer	68±7,07	
Baba Mesleği		
Memur	65,46±8,24	0,001*
Esnaf	64,53±8,02	
İşçi	62,96±6,36	
Serbest meslek	63,03±6,25	
Diğer	63,93±5,67	

*Pearson Chi-Square testi

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile anketi dolduran kişinin yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,509$).

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile ailenin aylık gelir ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Aylık gelir düzeyi arttıkça anne sütü ile beslenmeye yakınlık artmaktadır. Aylık gelir azaldıkça kararsızlık oranı artmaktadır.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile aile tipi arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,009$). Çekirdek ailelerin % 24,4'ü ($n:62$) emzirmeye yatkın saptanırken geniş ailelerin % 18,2'si ($n:10$) emzirmeye yatkın saptanmıştır.

Anketi dolduran kişinin yakınlık derecesi, aylık gelir düzeyi ve aile tipinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılmasının verilerine Tablo 47'de yer verilmiştir.

Tablo 47. Anketi dolduran kişinin yakınlık derecesi, aylık gelir düzeyi ve aile tipinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması

Bebek beslenmesi tutum ölçeği				
	Emzirmeye yatkın (70-85) n (%)	Kararsız (49- 69) n (%)	Formüla mama ile beslemeye yatkın (17-48) n (%)	P değeri
Anketi Dolduran Kişi				
Anne	7 (16,7)	33 (78,6)	2 (4,8)	0,509*
Baba	66 (24,5)	199 (74)	4 (1,5)	
Diğer (kardeş, dede)	1 (33,3)	2 (66,7)	-	
Aylık Gelir				
0-2500 TL	16 (13,2)	103 (85,1)	2 (1,7)	<0,001*
2501-5000 TL	20 (19)	83 (79)	2 (1,9)	
5001-7500 TL	10 (43,5)	12 (52,2)	1 (4,3)	
7501-10000 TL	18 (42,9)	23 (54,8)	1 (2,4)	
10001 TL ve üstü	10 (43,5)	13 (56,5)	-	
Aile Tipi				
Çekirdek aile	62 (24,4)	187 (73,6)	5 (2)	0,009*
Geniş aile	10 (18,2)	45 (81,8)	-	
Parçalanmış aile	1(25)	2 (50)	1 (25)	
Tek ebeveynli aile	1 (100)	-	-	

*Pearson Chi-Square testi

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile anne ile baba arasındaki akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,023$). Akrabalık olmayanlarda ortalama değer $64,53 \pm 7,35$ saptanırken akrabalık olanlarda ortalama değer $62,27 \pm 6,13$ olarak saptanmıştır. Anne ile baba arasında akrabalık olan ailelerin % 13,7'si ($n:10$) emzirmeye yatkın saptanırken akrabalık olmayanların % 26,6'sı ($n:64$) emzirmeye yatkın saptanmıştır.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile katılımcıların illeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,769$). Mardin'deki ebeveynlerin ortalama bebek beslenmesi tutum ölçeği değeri $64,81 \pm 9,47$, Diyarbakır'daki ebeveynlerin $63,73 \pm 7,17$ ve Şanlıurfa'daki ebeveynlerin $64,39 \pm 6,73$ saptanmıştır.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$). Normal doğum yapan ebeveynlerin ortalama bebek beslenmesi tutum ölçeği değeri $62,33 \pm 6,61$ ve sezaryenle doğum yapan ebeveynlerin ortalama bebek beslenmesi tutum ölçeği değeri $65,60 \pm 7,28$ olarak saptanmıştır. Normal doğum yapan ebeveynlerin % 15'i ($n:23$) emzirmeye yatkın

saptanırken sezaryenle doğum yapan ebeveynlerin ise % 31,7’si (n:37) emzirmeye yatkın saptanmıştır.

Tablo 48’de anne ile baba arasındaki akrabalık durumunun, bulundukları illerin ve doğum şeklinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılmasının verilerine yer verilmiştir.

Tablo 48. Anne ile baba arasındaki akrabalık durumu, bulundukları iller ve doğum şeklinin bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması

	Bebek beslenmesi tutum ölçeği	P değeri
Anne ile baba arasında akrabalık		
Var	62,27±6,13	0,023*
Yok	64,53±7,35	
Ebeveynlerin illeri		
Mardin	64,81±9,47	0,769*
Diyarbakır	63,73±7,17	
Şanlıurfa	64,39±6,73	
Doğum şekli		
Normal doğum	62,33±6,61	0,001*
Sezaryen	65,60±7,28	

*Pearson Chi-Square testi

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,954). Erken doğum yapan ebeveynlerin % 27’si (n:10) emzirmeye yatkın, zamanında doğum yapan ebeveynlerin % 23’ü (n:62) emzirmeye yatkın ve geç doğum yapan ebeveynlerin % 28,6’sı (n:2) emzirmeye yatkın saptanmıştır (Tablo 49).

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile doğumdan sonra ilk beslenme zamanı, doğumdan sonra verilen ilk besin ve doğumdan sonraki ilk emzirilme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla p=0,334, 0,641, 0,462). Doğumdan sonra ilk anne sütü veren ebeveynlerin % 23’ü (n:62) emzirmeye yatkınken % 75,2’si (n:203) anne sütü ile besleme konusunda kararsız saptanmışlardır. Doğumdan sonra ilk olarak mama veren ebeveynlerin ise % 31,4’ü (n:11) emzirmeye yatkınken % 65,7’si (n:23) anne sütü ile besleme konusunda kararsız olarak saptanmışlardır (Tablo 49).

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile toplam emzirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,057). Altı ayın altında emzirilen bebeklerin

ebeveynlerinin % 15,8'i (n:6) emzirmeye yatkın saptanırken % 84,2'si (n:32) anne sütü ile besleme konusunda kararsız saptanmışlardır. Altı ayın üstünde emzirilen bebeklerin ebeveynlerinin % 19,4'ü (n:41) emzirmeye yatkın saptanırken % 79,1'i (n:167) anne sütü ile besleme konusunda kararsız saptanmışlardır (Tablo 49).

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile ek gıdaya başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,382) (Tablo 49).

Tablo 49. Doğum zamanı, ilk beslenme zamanı, ilk emzirilme zamanı, doğumdan sonraki ilk besin, toplam emzirme süresi ve ek gıdaya başlama zamanının bebek beslenmesi tutum ölçeği puanları ile karşılaştırılması

Bebek beslenmesi tutum ölçeği				
	Emzirmeye yatkın (70-85) n (%)	Kararsız (49- 69) n (%)	Formüla mama ile beslemeye yatkın (17-48) n (%)	P değeri
Doğum zamanı				
Erken doğum	10 (27)	26 (70,3)	1 (2,7)	0,954*
Zamanında doğum	62 (23)	203 (75,2)	5 (1,9)	
Geç doğum	2 (28,6)	5 (71,4)	-	
İlk beslenme zamanı				
İlk 1 saat içinde	61 (22,3)	208 (75,9)	5 (1,8)	0,334*
İlk 1 saatten sonra	13 (32,5)	26 (65)	1 (2,5)	
İlk Emzirilme Zamanı				
İlk 1 saat içinde	57 (22,1)	196 (76)	5 (1,9)	0,462*
1 saatten sonra	13 (35,1)	23 (62,2)	1 (2,7)	
1 günden sonra	4 (23,5)	13 (76,5)	-	
Doğumdan Sonraki İlk Besin				
Anne sütü	62 (23)	203 (75,2)	5 (1,9)	0,641*
Mama	11 (31,4)	23 (65,7)	1 (2,9)	
Diğer (Şekerli su, inek sütü, hurma ve zembur suyu)	1 (11,1)	8 (88,9)	-	
Toplam emzirme süresi				
6 ay ve altı emzirenler	6 (15,8)	32 (84,2)	-	0,057*
7-18 ay emzirenler	14 (15,7)	72 (80,9)	3 (3,4)	
19 ay ve üzeri emzirenler	27 (33,3)	54 (66,7)	-	
Halen emzirenler (Ek gıdaya başlayanlar)	27 (25,5)	76 (71,7)	3 (2,8)	
Ek gıdaya başlama zamanı				
Henüz başlamayanlar	5 (27,8)	12 (66,7)	1 (5,6)	0,382*
0-1 ay	5 (29,4)	12 (70,6)	-	
2-3 ay	3 (37,5)	5 (62,5)	-	
4-5 ay	15 (20)	57 (76)	3 (4)	
6 ay	44 (25,7)	126 (73,7)	1 (0,6)	
7 ay ve üzeri	2 (8,3)	22 (91,7)	1 (4,1)	

*Pearson Chi-Square testi

5. TARTIŞMA

Malnütrisyonu DSÖ “İnsanın büyüebilmesi, yaşamını sürdürebilmesi ve bazı özel fonksiyonlarını yapabilmesi için ihtiyaç duyduğu besin ve enerji destelindeki dengesizlik” olarak tanımlamaktadır ⁽¹⁵³⁾.

Malnutrisyonun olumsuz etkileri özellikle büyüme hızının en yüksek olduğu yenidoğan, süt çocukluğu ve erken çocukluk dönemi çocuklarda görülmekte, hastalık ve ölüm oranlarını arttırmaktadır ⁽⁴²⁾.

UNICEF’in çocuklarda gıda ve beslenme raporuna göre; dünyada her 3 çocuktan biri, yani 200 milyondan fazla çocuk ya yetersiz beslenmektedir ya da aşırı kiloludur. Altı ay ile iki yaş arasındaki her 3 çocuktan neredeyse 2’si hızlı gelişimlerini destekleyecek kadar gıda alamamaktadır. Bu da çocukları yetersiz beyin gelişimi, öğrenmede başarısızlık, düşük bağışıklık düzeyi, sık enfeksiyona yakalanma ve birçok durumda da ölüm gibi olumsuz sonuçlara maruz bırakmaktadır ⁽⁵⁾.

Dünyadaki çocuk ölümlerinin yarısından fazlasından malnütrisyon sorumlu tutulmaktadır. Her yıl 13 milyona yakın sayıda 5 yaş altı çocuk malnütrisyona bağlı nedenlerle ölmektedir ⁽¹⁵⁴⁻¹⁵⁶⁾.

DSÖ verilerine bakıldığında malnütrisyon, hem az gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Dünyanın farklı bölgelerine bakıldığında ise malnütrisyon, özellikle Afrika ve Güneydoğu Asya başta olmak üzere yaklaşık 20 milyon dönem çocuğu etkilemektedir ⁽¹⁵⁷⁾. Malnütrisyonlu çocuk oranı 1990 yılında Asya’da % 32.4 ve Afrika’da % 35.5 iken 2014 yılında Asya’da % 17.5 ve Afrika’da % 23.5’e gerilemiştir ⁽¹⁵⁸⁾. Düşük ağırlıklı çocuk sayısı oranlarında gerileme görülüyor olsa da dünyada halen 5 yaş altı 144 milyon çocuk yetersiz besin alımı ile mücadele etmektedir ⁽⁵⁾.

Özellikle de ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelere malnütrisyon hala ciddi bir problem olmaya devam etmektedir. Dolayısıyla büyüme geriliği olan hastaların değerlendirilmesinde; ülkemiz için malnütrisyon hala büyük bir problem olduğundan, iyi bir nütrisyonel değerlendirme yapılması hastalara yanlış tanı konması ve gereksiz tetkikler yapılmasını önleyecektir ⁽¹⁵⁹⁾.

Erken tanı mortalite ve morbiditeyi azaltmasının yanında hastane yatış oranını da düşürerek maliyeti etkin kılmaktadır. Türkiye’de düşük sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi düşüklüğü, yanlış beslenme alışkanlıkları ve hijyen şartlarının uygun olmaması gibi nedenler malnütrisyonun ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Uygun olmayan çevre koşulları ve beraberinde gelen enfeksiyon hastalıklar malnütrisyonu daha da belirginleştirmektedir ⁽¹⁶⁰⁾.

Türkiye’de 2016 yılında 5 yaş altı ve bebek ölüm hızı en yüksek olan bölgeler sırasıyla Güneydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri olduğu tespit edilmiştir. 2013 verileriyle illerin gelişmişlik düzeyi ile ilgili yapılan bir araştırmada bu bölgelerin Türkiye’nin diğer bölgelerine göre gelişmişlik düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir ⁽¹⁶¹⁾.

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda, kronik beslenme yetersizliği olan 5 yaş altındaki çocukların oranı % 6 olup; bodur çocukların oranı yaşla birlikte artmaktadır ve 18-23 aylıkken (% 9) en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Bu durum yaşamın ilk 1000 gününde yetersiz beslenmenin etkisini ortaya koymaktadır. Zayıflık durumu ise 1 yaşın altındaki çocuklarda daha sık görülmektedir ve 6-8 aylık (%7) çocuklar arasında en yüksek seviyededir. Fazla kilolu çocukların oranı 12-17 aylıkken (%14) en yüksek seviyededir. Bodur olan çocukların oranı, annenin eğitimi ve hane halkı refah düzeyi arttıkça düşmektedir. Buna karşılık, fazla kiloluluk oranı annenin eğitim seviyesi ve hane halkı refah düzeyi arttıkça yükselmektedir. Doğum ağırlığı az olan çocuklarda doğum ağırlığı normal veya daha fazla olan çocuklara kıyasla bodurluk daha yüksek oranda saptanırken zayıflarda ise tam tersidir. Kırsal alanlara kıyasla kentsel alanlarda bodurluk daha az görülmektedir. Fazla kilolu çocuklar ise kentsel alanlarda kırsal alanlara göre daha yüksektir. Bölgelere göre bodurluk değerlendirildiğinde ise Doğu’dan Batı’ya doğru gittikçe azalmaktadır. Zayıflık Orta ve Güney bölgelerinde ve fazla kilolu çocuklar ise Kuzey bölgesinde en yaygındır. Bölgesel ayrımlarda ise, bodurluk yaygınlığının Kuzeydoğu Anadolu’da en yüksek olduğu, zayıflığın Batı Anadolu’da en yüksek değişimi oranda olduğu ve fazla kiloluluğun Doğu Karadeniz’de en yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir ⁽¹⁰⁾.

Bizim çalışmamız beş yaş altı çocuklardaki malnütrisyon prevalansını tespit etmekten ziyade; Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki Şanlıurfa, Mardin ve Diyarbakır

illerinde yer alan, beş yaş altı çocuklara en yakın sağlık profesyonelleri olan birinci basamak sağlık çalışanlarının, beş yaş altı çocukların büyüme ve gelişimleri konusunda izlemleri nasıl yaptıklarını, malnütrisyonun önemi ve etkileri konusunda ne kadar farkındalığa ve bilgiye sahip olduklarını, anne sütü ile beslenme ve ek gıdaya geçişe ne kadar önem verdiklerini ortaya koymaya yönelik ve aynı zamanda bu birimlere herhangi bir nedenle başvuran beş yaş altı çocuğu olan ebeveynlerin anne sütü ile beslenme ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi tutum ve davranış konusundaki farkındalık durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Literatürde bu tarzda çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak bu amaçlar doğrultusunda yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular; mevcut literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Aile Hekimliği Çalışanları Bulgularının Değerlendirilmesi

Katılımcıların mesleklerinden memnuniyet düzeyleri 1-10 arasında değerlendirmeleri istenen aile hekimliği çalışanlarının ortalama memnuniyet düzeyi $6,37 \pm 1,98$ puan saptanırken bu değer orta düzeyde memnun olduklarını (4-6 puan) göstermektedir. Katılımcıların % 8,1'i (n:6) memnun olmadığını (0-3 puan), % 39,2'si (n:29) orta düzeyde memnun olduğunu (4-6 puan) ve % 52,7'si (n:39) ise memnun olduklarını (7-10 puan) belirtmişlerdir. Hekimler ile ebe-hemşireler karşılaştırıldığında ise hekimlerin meslekten memnuniyet puan ortalaması $6,07 \pm 1,93$ olarak saptanırken ebe-hemşirelerin ortalama memnuniyet puanı ise $7,60 \pm 1,76$ olarak saptanmıştır. Ebe-hemşirelerin mesleklerinden daha memnun olduklarını görülmektedir.

Yalçınöz Baysal ve arkadaşlarının (2014) birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumlarını araştırdığı çalışmasında aile hekimlerinin % 46,8'inin, ebe-hemşirelerin ise % 87'sinin aile hekimliği modelinden memnun oldukları görülmüştür. Memnun olmama nedenlerini hekimler; sağlık elemanı sayısının yetersizliği, iş yükünün fazlalığı ve sistemdeki belirsizlikler olarak sıralamıştır. Ebe-hemşireleri ise; meslekleri ile anılmamaları, sağlık elemanı sayısının yetersizliği ve iş yükünün fazlalığı olarak sıralamıştır⁽¹⁶²⁾.

Katılımcıların meslekten memnuniyet düzeyleri ile cinsiyet ve yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). Erkek katılımcıların meslekten memnuniyet puan ortalaması $5,97 \pm 1,90$, kadınların ise $6,88 \pm 1,99$ olarak saptanmıştır. Mesleklerinden memnun olmayanların yaş ortalaması $39,67 \pm 5,65$ iken

memnun olanların $33,05 \pm 7,90$ saptanmıştır. Cinsiyetler arasında bir farklılık yoktur ancak katılımcı sayısının arttırılacağı daha geniş yelpazeli çalışmalar ile yaşa göre memnuniyet düzeyi arasında ilişki bulunabileceğini düşünüyoruz.

Katılımcıların meslekten memnuniyet düzeyleri ile çalıştıkları iller arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize üç il (Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin) arasında çalışma koşulları ve çalışanların memnuniyet düzeyleri arasında farklılık olmadığı yönünde fikir vermektedir.

Katılımcıların çalıştıkları aile sağlığı merkezlerinde günde ortalama hizmet verdikleri sıfır-beş yaş grubu çocuk sayısı ortalama $26,93 \pm 57,06$ olarak saptanırken çocukların muayenesi için ayırdıkları ortalama süre $7,26 \pm 3,64$ dk olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar günde ortalama olarak yaklaşık 30 hasta ile ilgilenirken her bir hasta için için oldukça kısıtlı bir zaman ayrıldığı görülmektedir. Katılımcıların meslekten memnuniyet düzeyleri ile çocuk hasta muayenesi için ayırdıkları süre arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize çalışanların memnuniyet düzeylerinden bağımsız olarak muayene için yaklaşık aynı süreleri ayırdıklarını göstermektedir.

Katılımcıların görevleri ile her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan süre arasında ilişki bulunmaktadır. Buna göre hekimlerin her bir muayene için ortalama $6,80 \pm 3,46$ dk ayırdıkları saptanırken ebe-hemşirelerin ise $9,07 \pm 7,92$ dk ayırdıkları saptanmıştır. Ebe-hemşirelerin çocuk hastalara daha çok vakit ayırdıkları görülmektedir. Bu durum bize ebe-hemşirelerin özellikle boy, kilo, baş çevresi ölçümü gibi işlerle ilgilenmesi nedeniyle çocuklarla daha fazla vakit geçirmelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların % 70,3'ünün çalıştıkları sağlık merkezine bağlı nüfustaki 0-5 yaş grubundaki hiçbir çocuk hastasının evine düzenli olarak ziyarette bulunmadıkları saptanmıştır ve meslek memnuniyeti ile ilişkisiz bulunmuştur. Bu durum bize çalışanların yaşadıkları iş yoğunlukları üzerine düzenli ev ziyareti yapamadıklarını düşündürmektedir ve meslek memnuniyeti arttıkça eve yapılan ziyaretler artmamaktadır.

Aile hekimliği çalışanları malnütrisyon için risk faktörleri oluşturacak durumlardan bronkopulmoner displazi, kistik fibrozis, çölyak hastalığı ve prematürite için sırasıyla % 56,8, % 78,4, % 86,5 ve % 87,8 oranında evet diyerek doğru cevap

vermişlerdir. Bu durumda katılımcıların bu tarz sağlık sorunları olan çocukların kendilerine başvurularında malnütrisyon için risk faktörü olduğunu bilip dikkatli olduklarını düşündürmektedir. Nitekim katılımcıların % 79,7'si şu anda bağlı oldukları kurumlarda herhangi bir zamanda en az bir defa da olsa 0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon tespit ettiklerini belirtmişlerdir.

DSÖ özellikle ilk 5 yaşta her çocuğun büyümesinin izlenmesi gerektiğini bildirmektedir. Çocuğun sağlık ve beslenme durumunu yansıtan tüm ölçümlerin büyüme eğrileri üzerinde, çocuğun içinde bulunduğu yaşa göre değerlendirilmesi ve bunun sürekli izlemler şeklinde gerçekleştirilmesi sağlık profesyonellerinin sorumluluğudur ^(44,106,163). Çocuk sağlığının en önemli göstergesi olan büyümenin, değerlendirme ve izlemini gerçekleştirecek sağlık ekibi üyelerinin, ulusal ve uluslararası standartlar doğrultusunda güncel büyüme referans eğrilerini kullanarak değerlendirme ve izlem yapması, toplum sağlığını koruma ve geliştirmede olumlu sonuçlar elde etmeye yardımcı olacaktır ⁽¹¹⁴⁾.

Katılımcılara çocuk hasta takibi ve muayenesi için sorulan bazı sorulardan kilo ölçümlerini düzenli olarak yapıyor musunuz sorusuna % 52,7 oranında her zaman, boy ölçümlerini düzenli olarak yapıyor musunuz sorusuna % 48,6 oranında her zaman yanıtını vermişlerdir. Bu şekilde yüksek oranda bu işlemlerin yapılması özellikle kilo ve boy ölçümlerinin Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Yönetmeliği'nde performansla dayalı olarak yapılması gereken işlemler içinde yer alması olarak düşünülebilir. Çelik (2014) tarafından retrospektif olarak Ankara'da yürütülen 'Sağlıklı çocuk izlem polikliniğinde çocukların büyüme durumu ve etkili etmenler' konulu araştırmada izleme alınmış 739 çocuğun 290'ının (% 39,3) başladığı percentilde büyümeye devam ettiği (büyümesi normal seyredenler) 188'inde (% 25,4) herhangi bir ayda iki ve daha fazla percentil kaybı olduğu (büyüme geriliği olanlar); 261'inde (% 35,3) percentilin ikiden daha az düştüğü (büyümesi yavaşlayanlar) saptanmıştır ⁽¹⁶⁴⁾.

Katılımcılara malnütrisyon tespiti için yöneltilen sorulardan beslenme durumlarını sorguluyor musunuz sorusuna % 50 oranında genellikle, ishal, kusma gibi semptomlarını sorguluyor musunuz sorusuna % 44,6 oranında genellikle, çocukların beslenmesini değerlendirmek için sübjektif klinik değerlendirme yapıyor musunuz sorusuna % 31,1 oranında bazen, malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için laboratuvar tetkiki kullanıyor musunuz sorusuna % 32,4 oranında bazen ve çocuklarda

beslenme durumunu saptamak için Strong Kids ölçeğini kullanıyor musunuz sorusuna % 77 oranında hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Bu durum bize çalışanların malnütrisyon ile ilgili farkındalık durumların azlığını, ayrıca çalışanların iş yoğunluğu içerisinde performansa dayalı işlemlere daha çok yoğunlaştığını düşündürmektedir.

Ancak katılımcıların ebeveynlere ek gıdaya geçiş ve anne sütü hakkında bilgilendirme yapıp yapmadıkları konusunda % 54,1'i anne sütü hakkında her zaman bilgilendirme yaptığını % 55,4'ünün ise ek gıda hakkında genellikle bilgilendirme yaptıkları görülmektedir. Bu durum bize neden olarak ek gıda ve anne sütü konusunda yürütülen çalışmaların sonucu olduğunu düşündürmektedir. Ancak yine de oranlar yeterince yüksek değildir. Geçkil ve arkadaşları tarafından (2012) kontrol ve deney grubuna ayrılan 94 anne üzerindeki anne sütü ile ilgili verilecek eğitim ile annelerin emzirme davranışları üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında anne sütü eğitim alan annelerin anne sütü, emzirme ve ek gıdalara geçiş konusunda bebeklerine tek başına anne sütü verme süresi kontrol grubundan daha uzun bulunmuştur. Ayrıca eğitim alan annelerin bebeklerini emzirme süresi kontrol grubundan daha uzun bulunmuştur. Ancak eğitim alan ve almayan anneler arasında ek gıdaya geçiş konusunda bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır⁽¹⁶⁵⁾.

Katılımcıların mesleklerinden memnuniyet düzeyleri ile beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan durum ve sorgulamalar ile beslenme konusunda bilgi ve eğitim verme arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize meslekten memnuniyet düzeyinin beslenme ve gelişim ile ilgili yapılan takip, sorgulama ve verilen bilgilendirici eğitimleri etkilemediğini göstermektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu malnütrisyon sınıflandırmalarını kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bir kısmı ise bilgi sahibi olduğundan bahsetmiştir. Bu durum malnütrisyon ile ilgili farkındalık düzeyinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların % 82,4'ü persentil değeri % 5'in altına indiğinde ve % 60,8'i persentil değerinde gerileme olduğunda malnütrisyondan şüphelendiklerini belirtmişlerdir. Ancak malnütrisyon için oldukça kolay ve uygulanabilir bir yöntem olan üst orta kol çevresi ölçümünü ise katılımcıların yalnızca % 12,2'si kullandıklarını belirtmişlerdir. Oldukça kolay bir yöntem olmasının yanında doğru sonuçları verebilecek

bu yöntemin kullanımı konusunda farkındalığın olmaması düşündürücüdür. Ayrıca katılımcıların % 45,9'u malnütrisyon tespiti için serumda biyokimyasal değerlendirme yaptıklarını belirtmişlerdir. Oldukça sık kullanılan bir yöntemin malnütrisyon için kullanılmaması malnütrisyon konusunda farkındalık ve bilgi düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların sıfır-beş arası çocuklarda malnütrisyon tespit etmeleri durumunda oldukça yüksek bir oran olan % 89,2 ile ikinci ya da üçüncü basamak hastaneye sevk ettikleri tespit edilmiştir. Bu durum bize malnütrisyon tespit edildiği takdirde doğru bir karar ile sevk oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çocuk sayıları ile her bir çocuk hasta muayenesi için ayırdıkları süre yönünden ve evlerine yapılan düzenli ziyaret miktarı ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize aile hekimliği çalışanlarının çocuk sayılarından bağımsız olarak hastalarla ilgilendiklerini göstermektedir.

Katılımcıların çocuk sayıları ile beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan durum ve sorgulamalar ile beslenme konusunda bilgi ve eğitim verme arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize çocuk sayısının beslenme ve gelişim ile ilgili yapılan takip, sorgulama ve verilen bilgilendirici eğitimleri etkilemediğini göstermektedir. Ancak beslenme durumlarını değerlendirmek için subjektif klinik değerlendirme ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısı arttıkça subjektif klinik değerlendirme daha sık yapılmaktadır.

Katılımcıların % 79,7'si bağlı oldukları birimde herhangi bir zamanda malnütrisyonlu çocuk saptadıklarını belirtmişlerdir. TNSA 2018 çalışmasında Güneydoğu Anadolu bölgesinin tamamı için “boy kısalığı” prevalansı % 5,8, “zayıflık” prevalansı % 1,5 ve düşük kiloluluk prevalansı %1,1'dir. 2014 yılındaki Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasının verilerine göre ise 0-5 yaş arası çocuklarda kavrukuluk %0,4, bodurluk ise %10,3 sıklık ile ortaya konmuştur. Aynı araştırmada düşük kiloluluk prevalansı %2,8 olarak bulunmuştur ⁽¹⁶⁶⁾. Özgür ve arkadaşlarının (2002) GAP (Güneydoğu Anadolu projesi) Bölgesi'nde yapılan bir araştırmada 0-59 aylık çocukların % 35,6'sının boyca -2SD'nin altında olduğu ve % 15,1'inin ise düşük kilolu olduğu saptanmıştır ⁽¹⁶⁷⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada beş yaş altı çocuklarda kısa boyluluk oranı % 16,5, zayıflık oranı

% 3,1 ve düşük kiloluluk oranı ise % 4,6 olarak saptanmıştır⁽¹⁶⁸⁾. Şanlı'nın Diyarbakır'da yaptığı tez çalışmasında (2014) Gomez sınıflaması kullanılarak kontrol grubunun değerlendirilmesinde %30'unda hafif malnütrisyon saptanırken kalan %70'i normal olarak bulunmuştur. Kronik akciğer hastalığı tanısı olan çocukların ise malnütrisyon değerlendirmesinde ise %28,6'sı hafif, %16,6'sı orta ve % 5,8'i ağır derecede olmak üzere %53'ünde düşük kiloluluk tespit edilmiştir⁽¹⁶⁹⁾. Yıldız'ın Diyarbakır'da yaptığı tez çalışmasında (2018) çalışmaya alınan 83 olgunun % 8,4'ü akut malnütrisyon (wasting), % 38,6'sı kronik malnütrisyon (stunding), % 53'ü ise akut-kronik malnütrisyon (wasting-stunding) olarak saptanmıştır⁽¹⁷⁰⁾. Sönmez'in Van ilinde yaptığı 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon çalışmasında kısa boyluluk oranı % 17,7, zayıflık oranı % 19,7 ve düşük kiloluluk oranı ise % 16,2 saptanmıştır⁽¹⁷¹⁾. Batı'nın Konya'da yaptığı tez çalışmasında (2017) 1-4 yaş arası çocuklarda Gomez sınıflamasına göre çocukların % 18,70'i malnütre saptanırken Z skoru değerlendirmelerine göre ise çocukların % 3,50'i düşük kilolu, % 7,20'si bodur olarak saptanmıştır⁽¹⁷²⁾. Muhammet'in Rize'de yaptığı tez çalışmasında (2020) çocukların %1,5'i düşük kilolu, %2,7'si bodur, %1,8'i kavruk ve %10,8'i fazla kilolu saptanmıştır⁽¹⁷³⁾.

Hekimlerin ebe-hemşirelere göre daha fazla oranda malnütrisyon saptadıkları tespit edilmiştir. Bu elbette beklenen bir durumdur. Katılımcıların yaşları ile malnütrisyon saptamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Beklenildiği gibi katılımcıların yaşı arttıkça malnütrisyon saptama oranları artmaktadır. Ancak katılımcıların malnütrisyon saptama ile kaç yıldır çocuk hasta muayene ettikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize çocuk hasta muayene etme ile malnütrisyon tanısı koyma arasında ilişki olmadığını göstermektedir.

Katılımcılardan beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili kursa katılanların daha fazla oranda malnütrisyon saptadıkları tespit edilmiştir. Bu durum süregelen şekilde mezuniyet sonrası eğitimin devam etmesinin katkısını göstermektedir.

Malnütrisyon saptadıklarını belirtenler ile saptamadıklarını belirtenler arasında malnütrisyon tahmini yüzdesi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcıların tahmini yüzdeleri gerçek verilere daha uygun olarak diğer gruba göre daha yüksektir.

Malnütrisyon saptama ile her bir çocuk hasta takip/muayenesi için ayrılan ortalama süre arasında saptadıklarını belirtenler lehine anlamlı bir ilişki vardır. Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcılar daha fazla zaman ayırmaktadırlar. Bu durum bize muayene süresi arttıkça daha ayrıntılı inceleme yapılarak daha doğru teşhisler koyulabileceğini göstermektedir.

Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcılar kistik fibrozisin malnütrisyon için risk faktörü olduğunu düşünürlerken malnütrisyon için risk oluşturabilecek olan bronkopulmoner displazi, prematüre ve çölyak hastalığının risk faktörü olup olmaması ile malnütrisyon saptama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize çalışanların farkındalık ve bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olmadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların malnütrisyon saptamaları ile beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan durum ve sorgulamalar ile beslenme konusunda bilgi ve eğitim verme arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum bize malnütrisyon saptamanın beslenme ve gelişim ile ilgili yapılan takip, sorgulama ve verilen bilgilendirici eğitimleri etkilemediğini göstermektedir. Ancak geniş katımlı yapılacak çalışmalar ile fark oluşturulabileceğini düşünüyoruz.

Malnütrisyon saptamak için herhangi bir yöntem kullananların malnütrisyon saptadıkları gözükmemektedir. Yöntemlere bakıldığında ise persentil takibi yapanların malnütrisyon saptadıkları gözükmemektedir. Diğer yöntemlerin daha az kullanıldığı göz önüne alındığında şaşırtıcı bir durum değildir. Ancak oldukça sık kullanılan biyokimyasal yöntem de malnütrisyon saptamak için bir farklılık oluşturamamıştır.

Katılımcıların grupları ile her bir çocuk hasta muayenesi için ayrılan ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak her bir çocuk hastanın muayenesi için fikir liderlerinin ortalama $5,73 \pm 2,55$ dk, Şanlıurfa grubunun ortalama $8,05 \pm 3,79$ dk ve Mardin grubunun ise ortalama $6,56 \pm 3,72$ dk ayırdıkları tespit edilmiştir. Şanlıurfa grubunun nispeten daha fazla zaman ayırdığı görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile laboratuvar tetkiki kullanımları arasında fark vardır ve fikir liderleri kullanmadıklarını belirtirlerken Şanlıurfa ve Mardin ekipleri çoğunlukla

kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak malnütrisyon tespit etme yönünde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır.

Katılımcıların grupları ile beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan durum ve sorgulamalar ile beslenme konusunda bilgi ve eğitim verme arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır. Ancak beslenme durumunu sorgulama ile semptom sorgulama arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum bize gruplar arasında beslenme ve gelişim ile ilgili yapılan takip, sorgulama ve verilen bilgilendirici eğitim vermeleri açısından farklılık göstermektedir. Ancak yine de semptom ve beslenme sorgulamanın farklı olması bize Şanlıurfa ekibinin daha çok sorgulama yaptığını göstermektedir.

Katılımcıların grupları ile malnütrisyon şüphelenme durumları arasında ise sadece persentil takibi konusunda farklılık saptanmıştır. Fikir liderleri ve Mardin ekibi daha yüksek oranda şüphelenmektedirler. Şanlıurfa ekibi ise nispeten daha az oranda şüphelenmektedirler.

5.2. 0-5 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda annelerin % 14'ü okuryazar değil, % 28'i ilkokul mezunu, % 13,1'i ortaokul mezunu, % 15,3'ü lise mezunu ve % 29,6'sı da lisans ve üzeri eğitime sahiptirler. Annelerin % 76,1'i ev hanımıdır ve çalışan annelerin oranı ise % 23,9'dur. TNSA 2018 verilerine göre kadınların % 9'u hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş, % 29'u ilkokulu, % 20'si ise ortaokulu, kadınların % 41'i lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. TNSA 2018 annelerin % 28'inin araştırma sırasında çalışmakta olduğunu göstermektedir ve kadınların % 4'ü hale çalışmamalarına rağmen, araştırmadan önceki son 12 ayda çalışmışlardır. Araştırmamızın annelerin çalışmasına dair bulguları, ülkemiz ile paralellik göstermektedir. Özen'in (2018) 'Emziren annelerin emzirme öz yeterliliklerinin, bebek beslenmesi tutumlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi' konulu çalışmasında annelerin % 36,4'ü ilköğretim mezunu olduğu, % 31,4'ü lise mezunu ve % 32,2'si de lisans ve üzeri eğitime sahip olduğu tespit edilmiş ve çalışan annelerin oranı ise % 34,7 tespit edilmiştir⁽¹⁷⁴⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada eğitim durumuna bakıldığında annelerin % 58,6'sı "öğrenimi yok-ilkokulu bitirmemiş" olarak

saptanmıştır. Annelerin çalışma durumuna bakıldığında ise tamamına yakını % 98,5'inin "çalışmıyor/ev hanımı" oldukları tespit edilmiştir ⁽¹⁶⁸⁾. Muhammet'in (2020) Rize'de yaptığı tez çalışmasında anne eğitim düzeyi incelendiğinde %34'ü üniversite mezunu, %28,9'u lise mezunu iken %19'u ortaokul ve %18,1'i ilkokul ve öncesi eğitim düzeyine sahip saptanmıştır ⁽¹⁷³⁾. Ceylan ve arkadaşlarının (2019) 'Şırnak 4 nolu aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 12-59 ay çocuklarda büyüme gelişme durumunun değerlendirilmesi' konulu annelerin % 45'inin okuryazar olmadığı, % 99,5'inin ise çalışmadığı tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁵⁾. Geçkil ve arkadaşları (2012) tarafından kontrol ve deney grubuna ayrılan 94 anne üzerindeki anne sütü ile ilgili verilecek eğitim ile annelerin emzirme davranışları üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında % 55,8'inin ilkokul ve altı düzeyde eğitim aldığı, % 14,9'unun ortaokul mezunu olduğu, yine % 26,6'sının ise lise ve üzeri düzeyde eğitim aldığı tespit edilmiştir. Ayrıca % 96,8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir ⁽¹⁶⁵⁾. Çöl Araz tarafından (2012) Gaziantep'te yapılan 'Yenidoğan döneminde anne sütü ile beslenmeye başlanması üzerinde etkili olan sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi' konulu çalışmada annelerin % 40,5'i ilkokul, % 13,2'si ortaokul, % 46,2'si ise lise ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁶⁾. Bu çalışma bu yönü ile bizim çalışmamız ve yöre ile paralellik göstermemektedir. Ancak annelerin % 79,8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁶⁾.

Araştırmamızda babaların % 2,5'i okuryazar değil, % 23,2'si ilkokul mezunu, % 13,7'si ortaokul mezunu, % 23,6'sı lise mezunu ve % 36,9'u da lisans ve üzeri eğitime sahiptirler. Babaların mesleklerine bakıldığında ise % 30,9'u memur, % 26,8'si serbest meslek, % 22,9'u işçi, % 10,8'i ise esnaftır. TNSA 2018'e göre altı yaş ve üstü erkeklerin % 14'ü hiç okula gitmemiş veya ilkokulu tamamlamamıştır. Erkeklerin % 33'ü ilkokulu bitirmiş, % 21'i ise ortaokulu tamamlamıştır. Yaklaşık olarak 3 erkekten biri lise veya üzerini tamamlamıştır (%33) ⁽¹⁰⁾. Bizim çalışmamızda babaların eğitim düzeyi nispeten daha yüksek saptanmıştır. Bu durumu verilerin toplandığı aile sağlığı merkezlerin bölgesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Muhammet'in (2020) Rize'de yaptığı tez çalışmasında baba eğitim düzeyi ise %32,5'i üniversite mezunu, %35,2'si lise mezunu, %14,8'i ortaokul ve %17,2'si ilkokul ve öncesi eğitim düzeyine sahiptir ⁽¹⁷³⁾. Ceylan ve arkadaşlarının (2019) 'Şırnak 4 nolu aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 12-59 ay çocuklarda büyüme gelişme durumunun değerlendirilmesi' konulu babaların % 15'inin

okuryazar olmadığı tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁵⁾. Çöl Araz tarafından (2012) Gaziantep’te yapılan ‘Yenidoğan döneminde anne sütü ile beslenmeye başlanması üzerinde etkili olan sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi’ konulu çalışmada annelerin % 25,6’sı ilkokul, % 7,4’ü ortaokul, % 67’si ise lise ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁶⁾. Bu çalışma bu yönü ile bizim çalışmamız ve yöre ile paralellik göstermemektedir.

Ailelerin ortalama aylık geliri 5058,92±4898,72₺ olarak saptanmıştır. Katılımcıların ortalama aylık gelirlerine bakıldığında % 38,5’inin 2500₺ altında gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2018’e göre Doğu bölgesinde nüfusun en büyük bölümü (% 44) en düşük refah düzeyinde yer alırken, Batı bölgesinde nüfusun en büyük bölümü (% 28) en yüksek refah düzeyinde yer almaktadır. Bu bulguya paralel olarak, ülkenin doğu kesiminde bulunan bölgelerden, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde nüfusun en büyük bölümü en düşük refah düzeyinde yer alırken (sırasıyla % 52, % 44 ve % 42), İstanbul, Batı Anadolu ve Doğu Marmara bölgelerinde nüfusun en küçük bölümü en düşük refah düzeyindedir (sırasıyla %4, %8 ve %10) ⁽¹⁰⁾. Çalışmamızın yapıldığı illerin bulunduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki halkın büyük çoğunluğu en düşük düzeyde refaha sahipken çok küçük bir bölümü en yüksek düzeyde refaha sahiptir. Çalışmamız verileri ile bölgenin verileri paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak çalışmamızın gerçekleştiği aile sağlığı merkezlerinin bulundukları bölgelerden bazılarının refah düzeyinin yüksek olmasını düşünmekteyiz. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan ailelerin kendi ifadelerine göre % 74,7’sinin aylık geliri 1000 TL’nin altındadır ⁽¹⁶⁸⁾. Yine bizim çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Bu duruma ek neden olarak çalışmanın yapım yılı neden olmuş olabilir.

Ailelerdeki çocuk sayısına bakıldığında % 26,4’ünün bir çocuğu varken % 30,9’unun iki çocuğu ve % 19,1’inin ise üç çocuğu vardır. Bu oranlar Türkiye ortalamasının üzerinde yer almaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine bakıldığında, doğurganlık çağının sonuna gelmiş kadınların ortalama olarak 3 çocuğa sahip oldukları görülmektedir ⁽¹⁰⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan

ailelerin çocuk sayısı 0-2 arasında olan ailelerin oranı % 50,2, 3-4 arasında olan % 43,7, 4 ve üzeri olan ailelerin oranı ise % 11,1 olarak saptanmıştır ⁽¹⁶⁸⁾.

Çocukların % 99,4'ü hastanede dünyaya gelirken % 48,7'si normal doğumla % 51,3'ü ise sezaryenle dünyaya gelmiştir. Yüzde 86 oranında zamanında doğum gerçekleştiği tespit edilirken, % 11,8 oranında erken doğum, % 2,2 oranında geç doğum gerçekleştiği tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre hastanede doğumun gerçekleşme oranı % 99'dur. Ayrıca Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise doğumun hastanede gerçekleşme oranı çalışmamıza paralel olarak % 97,6'dır. Yine TNSA 2018 verilerine göre Türkiye genelinde sezaryenle doğum oranı % 52,5 olarak tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise sezaryenle doğum oranı çalışmamızdan farklı olarak % 40,4 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız Türkiye genelini yansıtmaktadır ⁽¹⁰⁾. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2019 verilerine göre, Türkiye'de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken 2019'da %54,5'e yükselmiştir ⁽¹⁷⁷⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan ailelerin % 68,9'u normal doğum yaptıklarını % 31,1'i de sezaryen yaptıklarını belirtmişlerdir ⁽¹⁶⁸⁾. Doğan'ın (2019) Ankara'da yapmış olduğu tez çalışmasında annelerin % 38,1'inin vajinal, % 61,9'unun ise sezaryen doğum yaptıkları belirlenmiştir. Annelerin çocuk sayısı değerlendirildiğinde % 50,5'inin tek çocuk, % 34,3'ünün iki çocuk % 15,2'sinin ise üç çocuk sahibi olduğu saptanmıştır ⁽¹⁷⁸⁾. F. Bolat ve arkadaşlarının 'İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler' konulu çalışmasında % 45,5 oranında normal doğum yapıldığı ve % 54,5 oranında da sezaryen yapıldığı tespit edilmiştir. Ayrıca % 92,3 oranında zamanında doğum gerçekleştiği tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁹⁾. Çöl Araz tarafından (2012) Gaziantep'te yapılan 'Yenidoğan döneminde anne sütü ile beslenmeye başlanması üzerinde etkili olan sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi' konulu çalışmada normal doğum oranı % 36,4 tespit edilirken % 63,6 oranında sezaryenle doğum tespit edilmiştir ⁽¹⁷⁶⁾.

Çalışmamızda 73 ailede (% 23,2) anne ile baba arasında akrabalık tespit edilmiştir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de akraba evliliği oranı bizim çalışmamızın verilerine de paralel olarak % 24 olarak saptanmıştır. Ancak bölgesel incelemeye bakıldığında ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Türkiye genelinin oldukça üstünde bir orana (% 42) sahip olduğu görülmektedir ⁽¹⁰⁾. Bu veriler bizim çalışmamız ile çelişmektedir.

Çalışmamız sonuçlarına göre çocukların % 87,3'ü doğumdan sonra yaklaşık bir saat içinde beslenirken doğumdan sonraki ilk emzirilme zamanına bakıldığında ise çocukların % 82,2 oranında ilk bir saat içinde emzirildiği, % 11,8 oranında bir saatten sonra emzirildiği, % 5,4 oranında bir günden sonra emzirildiği ve iki çocuğun hiç emzirilmediği tespit edilmiştir. TNSA 2018 verileri emzirmenin Türkiye'de oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Araştırmadan önceki son 2 yılda doğan çocukların % 98'i emzirilmiştir. Çocukların % 71'i doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirilmiş ve % 86'sı doğumdan sonraki ilk 1 gün içinde emzirilmiştir. TNSA 2018 verilerinin aksine bizim çalışmamız daha yüksek oranda veriler sunmaktadır. Bu durumun nedeni olarak araştırmamızın gerçekleşmiş olduğu aile sağlığı merkezlerinin bir kısmının sosyoekonomik yönden gelişmiş bölgelerde olmasını düşünüyoruz ⁽¹⁰⁾. Demir ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan 'Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş çocuklarda malnütrisyon sıklığı ve malnütrisyon saptanan çocukların annelerine verilen eğitimin etkisi' konulu araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların % 59,7'si ilk yarım saat içinde emzirildiği saptanmıştır ⁽¹⁸⁰⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan ailelerin çocukların % 87,7'sine kolostrum verilmiş, % 12,3'üne ise kolostrum verilmemiş olarak saptanmıştır. Kolostrum verilmiş olanların % 74,7'si ilk 1 saat içinde, % 25,3'ü ise 1 saatten sonra verildiği saptanmıştır ⁽¹⁶⁸⁾. Konya'da yapılan bir çalışmada (2017) annelerin % 38,30'unun 6-12 saat içerisinde, % 12,10'unun 12-24 saat içerisinde, % 41,80'inin 1 günden sonra bebeğini emzirdiği ve % 7,80'inin ise hiç emzirmediği saptanmıştır ⁽¹⁷²⁾.

Çalışmamız sonuçlarına göre emzirilmesi tamamlanmış çocuklar göz önüne alındığında çocukların ortalama emzirilme süresi 17,27±8,35 ay olarak tespit edilmiştir. Yüzde 11,8'i 6 aydan az, % 37,9'u 18 aydan az süre emzirilmişken % 64,3'ü 2 yaş geçecek şekilde emzirilmiştir. Çocukların % 33,8'i ise halen emzirilmeye devam etmektedir. TNSA 2018 verilerine göre ise 6 aydan küçük çocukların % 41'i sadece anne sütüyle beslenmiştir. Sadece anne sütü alan çocukların oranı yaşla birlikte hızla azalmakta; 0-1 aylık çocuklar arasında % 59'dan, 2-3 aylık çocuklar arasında % 45'e ve 4-5 aylık çocuklar arasında ise % 14'e düşmektedir. Ayrıca ortanca emzirme süresi 16,7 aydır ⁽¹⁰⁾. Demir ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan 'Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş çocuklarda malnütrisyon sıklığı ve malnütrisyon saptanan çocukların annelerine verilen eğitimin etkisi' konulu araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların %

49,2'sinin 12 aydan daha az süre anne sütü aldığı tespit edilirken 12 ay ve daha fazla anne sütü alanların oranı ise % 50,8 saptanmıştır. Ayrıca çocukların % 12,5' i bir-iki ay, % 28'i 3-4 ay, % 10,5'i beş ay, % 1,8'i altı aydan fazla sadece anne sütü aldığı ve altı ay boyunca sadece anne sütü alan çocukların sıklığı % 28,8 saptanmıştır ⁽¹⁸⁰⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan ailelerin çocukların sadece anne sütünü 6 aydan az alanların oranı % 25,1, 6 ay alanların oranı % 59,4 ve 6 aydan daha uzun süre alanların oranı ise % 15,5 saptanmıştır. Toplam anne sütü alma süresi ortalama 14 ± 7.2 ay saptanmış. Yüzde 87,7'sine kolostrom verilmiş, % 12,3'üne ise kolostrom verilmemiş olarak saptanmıştır ⁽¹⁶⁸⁾.

Çalışmamız sonuçlarına göre çocukların % 86'sı doğumdan hemen sonra ilk besin olarak anne sütü alırken % 11,1'i mama, % 2,2'si şekerli su ve birer çocuk inek sütü, hurma ve zezem suyu almıştır. GAP bölgesinde 2005 yılında yapılan bir araştırmada bölge çocuklarının % 56,4' üne ilk besin olarak anne sütü, %37,7'sine şekerli su verilmiştir ⁽¹⁸¹⁾. Demir ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan 'Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş çocuklarda malnütrisyon sıklığı ve malnütrisyon saptanan çocukların annelerine verilen eğitimin etkisi' konulu araştırmaya alınan 0-2 yaş çocukların % 72,3'ünün ilk besin olarak anne sütü aldığı % 8,7'sinin ilk olarak şekerli su aldığı tespit edilmiştir. Hiç anne sütü alamayan dört çocuktan üçüne doğumdan sonra üç ay sadece mama, bir çocuğa ise bir ay sadece inek sütü verildiği saptanmıştır ⁽¹⁸⁰⁾. Kolsuz ve arkadaşlarının (2016) Diyarbakır ilinin Benusen bölgesinde yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan ailelerin çocukların annelerinin anne sütü dışında ilk kez verdikleri ek gıda tercihlerine bakıldığında annelerin en fazla olarak % 47,6 oranında yoğurt, % 27,6 oranında hazır mama, % 12,4 oranında çay-bisküvi tercih ettiği görülmüştür ⁽¹⁶⁸⁾. Batı'nın Konya'da yaptığı tez çalışmasında (2017) annelerin % 85,90'unun çocuğuna doğduktan sonra ilk olarak anne sütü verdiği, % 78,72'si mama, % 15,60'ı şekerli su, diğerleri ise zezem, hurma suyu, soda ve inek sütü verdiği saptanmıştır ⁽¹⁷²⁾.

Çalışmamız sonuçlarına göre çocukların ortalama ek gıdaya geçiş zamanı $5,41 \pm 1,80$ ay olarak tespit edilirken % 13,7'sinde üç aylık olmadan ek gıdaya başlanmış, % 37,6'sında 5.aydan önce ek gıdaya başlanmış ve % 92'sinde ise 6.aydan önce ek gıdaya başlanmış olduğu tespit edilmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2016) İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada anneleri % 71,2'sinin beş-altı ayda tamamlayıcı gıdaya başladığı, %

10,8'inin dördüncü aydan önce, % 16'sının yedinci aydan sonra, % 2'sinin ise bir yaşından sonra başladığı saptanmıştır⁽¹⁸²⁾. Bilimsel veriler yanında geleneksel davranışlar ve annelerin inanç ve görüşlerine göre de ek gıdaya geçiş ve gıda seçimleri de farklı olabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda Almanya'daki annelerin % 16'sının üçüncü ayda başladığı, İtalya'daki annelerin % 34'ünün ek besinlere dördüncü aydan önce başladığı, İngiltere'deki annelerin ise % 51 oranında dördüncü aydan önce ek gıdaya başladığı bildirilmektedir⁽¹⁸³⁻¹⁸⁵⁾. Bazı ülkelerde annelerin ek gıdaya oldukça geç başladığı bildirilmiştir. Almanya'da yapılan bir çalışmada annelerin % 20'sinin anne sütü verme süresi altı aydan daha uzun saptanmıştır⁽¹⁸⁶⁾.

Çalışmamız sonucuna göre katılımcıların % 51,3'ü ek gıdaya geçiş zamanının geldiğini düşündükleri için başladıklarını, % 29,9'u anne sütünün yetmemesi nedeniyle başladıklarını, % 16, 6'sı bebeğin ihtiyacı olduğunu düşündüğü için başladıklarını, % 6,4'ü bebek emmek istemediği için başladıklarını belirtmişlerdir. Burdur'da yapılan bir çalışmada annelerin ek gıdaya başlama nedenleri % 42,2 sütün yetersiz olması, % 40,5'i bebeğin emmek istememesi ve % 8,6 oranında yeni gebelik olarak göstermişlerdir⁽¹⁸⁷⁾. Konya'da yapılan bir çalışmada 2 yıldan daha az süre emziren annelerin % 40,90'ı sütü yetmediği için, % 18,70'i ek besine geçtiği için, % 23,50'si çocuk emmediği için, % 11,60'ı tekrar gebe kalması nedeni ile emziremediği tespit edilmiştir⁽¹⁷²⁾.

Çalışmamız sonucunda ek gıdaya erken başladıkça emzirme süresinin kısaldığı tespit edilmiştir. Altı aydan kısa emzirilme süresi olan bebeklerin ortalama ek gıdaya başlangıç zamanı $3,71 \pm 2,29$ ay olarak tespit edilirken 18 ay üzeri emzirenler ortalaması $5,89 \pm 1,85$ ay olarak saptanmıştır.

Doğumdan sonraki ilk beslenme zamanı ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sezaryenle doğanlar normal yoldan doğanlara göre daha geç besine ulaşmaktadır. Yine aynı şekilde ilk emzirilme zamanı da sezaryenle doğan bebeklerde daha geç saptanmıştır. Ayrıca doğum sonrası alınan ilk besinde de doğum şekline göre farklılık saptanmıştır. Sezaryen ile doğan bebeklerin en fazla mama aldıkları tespit edilirken normal yoldan doğan bebeklerin ise anne sütü aldıkları tespit edilmiştir. Anne sütü bebek için her zaman hazır, kolay ulaşılabilir, ısı derecesi uygun, besin ögesi bileşimi en ideal, koruyucu etmenler içeren oldukça önemli bir gıdadır ve bu

nedenle bebeklerin en az 6 ay boyunca sadece anne sütü almaları ve 2 yaş ve üzerine kadar emzirilmelerinin sürdürülmesi gerekmektedir⁽¹⁸⁸⁾.

Çalışmamızda 17 maddeden oluşan Bebek beslenmesi tutum ölçeği (iowa) güvenilirlik katsayısı 0,704 olarak elde edilmiştir ve ölçeğin oldukça güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür.

Çalışmamız sonucunda ebeveynlerin bebek beslenmesi ile ilgili toplam tutum puanı ortalaması $64,01 \pm 7,14$ olarak saptanmıştır ve ebeveynlerin % 74,5'i bebek beslenmesi konusunda kararsız grupta, % 23,6'sı emzirmeye yatkın grupta ve % 1,6'sı formüle ile beslemeye yatkın grupta oldukları tespit edilmiştir. Kızıltepe'nin gebelerde yapmış olduğu bir çalışmada IOWA yenidoğan ve süt çocuğu beslenme skalasında toplam puan 52 ile 79 puan aralığında saptanmış ve gebelerin % 7,8'i emzirmeye yatkın grupta, % 92,2'si ise kararsız grupta saptanmıştır. Ayrıca Doğan'ın Ankara'da (2019) annelere yapmış olduğu bir çalışmada annelerin IOWA puan ortalamaları, $57,8 \pm 8,43$ olarak belirlenmiştir. Her iki çalışmada da katılımcılar bizim çalışmamıza paralel olarak kararsız grupta saptanmışlardır^(152, 178). Sittlington ve arkadaşlarının Kuzey İrlanda'da yaptıkları benzer çalışmada da evli olmanın, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasının ve çalışıyor olmanın ölçekten aldıkları puanları artırdığı saptanmıştır⁽¹⁸⁹⁾.

Çalışmamızda bebek beslenmesi tutum ölçeği ortalama değeri ile anne eğitimi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p < 0,001$). Okuryazar olamayanlarda ortalama değer $59,45 \pm 6,41$, ilkokul mezunlarında ortalama değer $63,59 \pm 5,65$, ortaokul mezunlarında $62,56 \pm 6,85$, lise mezunlarında $65,67 \pm 6,51$ ve lisans ve üzeri olanlarda da $66,33 \pm 8,01$ olarak elde edilmiştir. Lisans ve üzeri mezunu olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar. Bebek beslenmesi tutum ölçeği annenin mesleğine göre farklılık göstermektedir ($p = 0,001$). Ev hanımlarında ortalama değer $63,11 \pm 6,63$, işçilerde ortalama değer $59,50 \pm 14,85$ ve memurlarda ortalama değer $67,12 \pm 7,95$ olarak elde edilmiştir. Memur olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar. Özen'in (2018) 'Emziren annelerin emzirme öz yeterliliklerinin, bebek beslenmesi tutumlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi' konulu çalışmasında lisans ve üzeri mezunu olan annelerin emzirmeye daha yatkın olduğu saptanırken annenin çalışması ile arasında anlamlı bir

ilişki saptanmamıştır ⁽¹⁷⁴⁾. Doğan'ın (2019) Ankara'da yapmış olduğu tez çalışmasında annelerin eğitim durumlarına göre IOWA toplam puan ortalamalarına bakıldığında annelerin eğitim durumuna göre IOWA toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ve üniversite ve üzeri mezun olanların emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Ayrıca çalışan annelerin IOWA toplam puanları çalışmayan annelere göre yüksek saptanmıştır ⁽¹⁷⁸⁾.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği baba eğitimine göre de farklılık göstermektedir ($p=0,013$). Okuryazar olamayanlarda ortalama değer $59,62\pm 8,67$, ilkokul mezunlarında ortalama değer $61,42\pm 6,94$, ortaokul mezunlarında $61,63\pm 7,43$, lise mezunlarında $65,35\pm 5,27$ ve lisans ve üzeri olanlarda da $65,96\pm 7,32$ olarak elde edilmiştir. Lisans ve üzeri mezunu olanların ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek elde edilmiştir ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar. Bebek beslenmesi tutum ölçeği babanın mesleğine göre de farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Memurlarda ortalama değer $65,46\pm 8,24$ olarak elde edilmiştir ve memur babalar bebeklerin anne sütü ile beslenmesine daha yatkındırlar.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile ailenin aylık gelir ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Aylık gelir düzeyi arttıkça anne sütü ile beslenmeye yatkınlık artmaktadır. Aylık gelir azaldıkça kararsızlık oranı artmaktadır.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile aile tipi arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,009$). Çekirdek ailelerin % 24,4'ü emzirmeye yatkın saptanırken geniş ailelerin % 18,2'si emzirmeye yatkın saptanmıştır. Çekirdek aile yapısına sahip aileler emzirmeye daha yatkın saptanmışlardır.

Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile anne ile baba arasındaki akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,023$). Aralarında akrabalık olmayan ebeveynlerin emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda bebek beslenmesi tutum ölçeği ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$). Normal doğum yapan ebeveynlerin ortalama bebek beslenmesi tutum ölçeği değeri $62,33\pm 6,61$ ve sezaryenle doğum yapan ebeveynlerin ortalama bebek beslenmesi tutum ölçeği değeri $65,60\pm 7,28$

olarak saptanmıştır. Çocukları sezaryenle doğan ebeveynlerin emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Doğan'ın Ankara'da ve Özen'in (2018) Adana'da yapmış olduğu bir çalışmada normal ve sezaryen doğum yapan annelerin IOWA toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır⁽¹⁷⁸⁾.

5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri

- Çalışmamız Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki birinci basamak sağlık çalışanlarının beş yaş altı çocuklardaki beslenme, malnütrisyon, anne sütü ve ek gıdaya geçiş ile ilgili durumlarda sağlık çalışanlarının ne kadar farkında olduğunu, bilgi düzeylerini ve tutumlarını inceleyen nadir biri çalışmadır.
- Birinci basamak sağlık çalışanlarında malnütrisyon ile ilgili çalışmalar oldukça az sayıda olduğu için bu çalışmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Çalışmamızın ikinci aşaması ise ebeveynlerin anne sütü, beslenme ve ek gıda konusunda yaklaşımlarını inceleyen bölgesel bir çalışmadır.
- Kullandığımız ölçeklerin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.
- Çalışmamız tek merkezli değil Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde üç ili (Şanlıurfa, Mardin, Diyarbakır) kapsayan geniş çaplı bir çalışmadır.

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışmamız anket uygulamasına bağlı kısıtlılıklar içermektedir.
- Malnütrisyon, beslenme, anne sütü ve ek gıdaya geçiş ile ilgili birinci basamak sağlık çalışanlarının farkındalıklarını ve bilgilerini ölçen araştırmalar sınırlı olduğu için ilgili konularda çok fazla çalışmaya ulaşamamıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilmiş bulguların genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler bağlamında hem uygulamaya hem de ileride bu alanda yapılacak araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada aile hekimliği çalışanlarının ve 0-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerin 0-5 yaş arası çocuklarda malnütrisyon, beslenme ve ek gıdaya geçiş ile ilgili bilgi, tutum-davranış ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmiştir. Sıfır-beş yaş arası çocuklarda görülen gelişimsel gecikmelerin erken tespiti konusunda aile hekimliği çalışanlarının ve ebeveynlerin bilgi tutum ve davranışlarını geliştirilmesi, ailelerin bu konudaki beklentilerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

- Çalışmamıza 59'u hekim 15'i ebe hemşire olmak üzere 74 aile hekimliği çalışanı ile, çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanlarına herhangi bir sebep ile başvuran 0-5 yaş arası çocuğu olan 314 ebeveyn dahil edilmiştir.
- Aile hekimliği çalışanlarının mesleklerinden ortalama memnuniyet düzeyleri $6,37 \pm 1,98$ puan saptanırken % 8,1'inin (n:6) mesleğinden memnun olmadığını (0-3 puan), % 39,2'sinin (n:29) mesleğinden orta düzeyde memnun olduğunu (4-6 puan) ve % 52,7'sinin (n:39) ise mesleğinden memnun olduklarını (7-10 puan) saptanmıştır.
- Aile hekimliği çalışanlarına göre kendi birimlerine bağlı nüfustaki 0-5 yaş çocuk grubundaki malnütrisyon tahmini ortalaması yüzde $8,07 \pm 8,90$ olarak saptanmıştır.
- Aile hekimliği çalışanlarının % 79,7'si (n:59) şu anda bağlı oldukları kurumlarda herhangi bir zamanda en az bir defa da olsa 0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon tespit ettikleri saptanmıştır.
- Aile hekimliği çalışanlarının 0-5 yaş arası çocuklara takip/muayene için ayırdıkları ortalama süre $7,26 \pm 3,64$ dk olarak tespit edilirken katılımcıların % 52,7'sinin (n:39) 1-5 dk zaman ayırdığı % 37,8'inin (n:28) 6-10 dk zaman ayırdığı % 9,5'inin (n:7) ise 11-15 dk zaman ayırdığı saptanmıştır.

- Aile hekimliği çalışanlarının % 52,7'sinin (n:39) kilo ölçümelerini her zaman yaptığı, % 48,6'sının (n:36) boy ölçümelerini her zaman yaptığı, % 50'sinin (n:37) malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını genellikle sorguladıkları, % 44,6'sının (n:33) çocukların beslenmesini değerlendirmek için ishal, kusma gibi semptomları genellikle sorguladıkları, % 31,1'inin (n:23) çocukların beslenmesini değerlendirmek için sübjektif klinik değerlendirmeyi bazen yaptıkları, % 32,4'ünün (n:24) malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için laboratuvar tetkikinin bazen kullandıkları ve % 77'sinin (n:57) çocuklarda beslenme durumunu saptamak için Strong Kids ölçeğini hiçbir zaman kullanmadıkları saptanmıştır.
- Aile hekimliği çalışanlarının % 55,4'ünün (n:41) ebeveynlere ek gıdaya geçiş hakkında genellikle bilgi verdikleri ve % 54,1'inin (n:40) ebeveynlere anne sütü hakkında her zaman bilgi verdikleri saptanmıştır.
- Ebe-hemşirelerin hekimlere oranla mesleklerinden daha memnun oldukları saptanmıştır.
- Ebe-hemşirelerin hekimlere oranla her bir çocuk hasta takibi/muayenesi için daha fazla zaman ayırdıkları saptanmıştır.
- Aile hekimliği çalışanlarının malnütrisyon saptama ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,019$). Yaş arttıkça malnütrisyon saptama oranı artmaktadır.
- Malnütrisyon saptama ile her bir çocuk hasta takip/muayenesi için ayrılan ortalama süre arasında saptadıklarını belirtenler lehine anlamlı bir ilişki vardır. Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcılar daha fazla zaman ayırmaktadırlar.
- Malnütrisyon saptadıklarını belirtenler ile saptamadıklarını belirtenler arasında malnütrisyon tahmini yüzdesi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Malnütrisyon saptadığını belirten katılımcıların tahmini yüzdeleri gerçek verilere daha uygun olarak diğer gruba göre daha yüksektir.
- Malnütrisyon saptamak için herhangi bir yöntem kullandıklarını belirten aile hekimliği çalışanlarının malnütrisyon saptadıkları saptanmıştır. Yöntemlere bakıldığında ise özellikle persentil takibi yapanların malnütrisyon saptadıkları saptanmıştır.

- Ebeveynlerin % 5,1'i (n:16) Mardin, % 61,5'i (n:193) Diyarbakır ve % 33,4'ü (n:105) ise Şanlıurfa'dan çalışmamıza dahil edilmişlerdir.
- Çalışmamıza katılan annelerin % 14'ü (n:44) okuryazar değil, % 28'i (n:88) ilkokul mezunu, % 13,1'i (41) ortaokul mezunu, % 15,3'ü (n:48) lise mezunu ve % 29,6'sı (n:93) da lisans ve üzeri eğitime sahiptirler.
- Çalışmamıza katılan annelerin % 76,1'inin (n:239) çalışmadığı saptanmıştır.
- Çocukların % 48,7'si (n:153) normal doğumla dünyaya gelirken % 51,3'ü (n:161) sezaryenle dünyaya geldiği saptanmıştır.
- Çocukların % 87,3'ü (n:274) doğumdan yaklaşık bir saat içinde beslenirken % 12,7'sinin beslenmesi bir saatten sonra gerçekleşmiştir.
- Çocukların doğumdan sonraki ilk emzirilme zamanına bakıldığında % 82,2 (n:258) oranında ilk bir saat içinde emzirildiği, % 11,8 oranında bir saatten sonra emzirildiği, % 5,4 oranında bir günden sonra emzirildiği ve iki çocuğun hiç emzirilmediği tespit edilmiştir.
- Çocukların % 86'sı (n:270) doğumdan hemen sonra ilk besin olarak anne sütü alırken % 11,1'i mama, % 2,2'si şekerli su ve birer çocuk inek sütü, hurma ve zembek suyu almıştır.
- Ortalama emzirilme süresi $17,27 \pm 8,35$ ay olarak tespit edilmiştir.
- Çocukların ortalama ek gıdaya geçiş zamanı ortalaması $5,41 \pm 1,80$ ay olarak tespit edilmiştir.
- Ebeveynlerin % 51,3'ünün ek gıdaya geçiş zamanının geldiğini düşündükleri için, % 29,9'unun anne sütünün yetmemesi nedeniyle, % 16,6'sının bebeğin ihtiyacı olduğunu düşündüğü için ve % 6,4'ünün bebek emmek istemediği için ek gıdaya başladıkları saptanmıştır.
- Ebeveynlerin % 67,8'inin (n:213) önce sıvı gıda ile, % 6,4'ünün önce katı gıda ile, % 18,8'inin hazır mama ile ek gıdaya başladıkları saptanırken yoğurt, pirinç unu, inek sütü, bebe bisküvisi ile ek gıdaya başladıklarını belirten ebeveynler de tespit edilmiştir.
- Ek gıdaya başlama zamanı ve toplam emzirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,001$). Ek gıdaya erken başladıkça emzirme süresinin kısaldığı tespit edilmiştir.

- Doğumdan sonraki ilk emzirilme zamanı ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sezaryenle doğumu gerçekleşen bebeklerin ilk beslenme zamanları ertelenmektedir.
- Doğum şekli ile doğumdan sonraki ilk besin arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,001$). Sezaryenle doğumu gerçekleşen bebeklerde ilk besin olarak anne sütü dışı besin alımının daha çok olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamıza katılan ebeveynlerin bebek beslenmesi ile ilgili toplam tutum puanı ortalaması $64,01\pm7,14$ (min:34, max:84) olarak saptanmıştır.
- Bebek beslenmesi tutum ölçeği (iowa) puanının anne ve babaların eğitimine göre anlamlı farklılık saptanmış olup anne ve babaların eğitimi arttıkça emzirmeye eğilim artmaktadır (sırasıyla $p<0,001, p=0,013$).
- Yine bebek beslenmesi tutum ölçeği (iowa) puanının anne ve babaların çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık saptanmış olup memurların emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır (sırasıyla $p=0,001, p=0,001$).
- Ailelerin aylık gelir düzeyi arttıkça anne sütü ile beslenmeye yatkınlık artmaktadır ($p<0,001$).
- Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile anne ile baba arasındaki akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,023$). Anne ile baba arasında akrabalık arttıkça emzirmeye yatkınlık azalmaktadır.
- Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile katılımcıların illeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,769$).
- Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$). Sezaryenle doğum yapan ebeveynlerin emzirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır.
- Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile toplam emzirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,057$).
- Bebek beslenmesi tutum ölçeği ile ek gıdaya başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,382$).

Sonuç olarak çalışmamıza katılan aile hekimliği çalışanlarının beş yaş altı çocuklarda görülen malnütrisyona yeterince hazırlıklı olmadıkları anlaşılmaktadır. Malnütrisyon beş

yaş altı çocuklarda katılımcılarımızın tahminlerimden daha fazla görülmektedir. Malnütrisyon dünya çapında ve özellikle de çocuklar arasında süregelen önemli bir problemidir. Bugün dünyada her yıl beş yaşın altında ölen çocukların üçte birinin ölüm nedeni doğrudan ya da dolaylı olarak beslenme yetersizliğine bağlı nedenlerden meydana gelmektedir ⁽³⁶⁾. Çocukluk dönemi erişkinlik döneminden farklı olarak, büyüme ve gelişmenin devam ettiği bir dönemdir. Özellikle süt çocukluğu döneminde oluşan ciddi malnütrisyon, fizyolojik gelişimin yanı sıra kognitif fonksiyonların gelişimini de etkiler ve ince motor fonksiyonların kazanımında gecikmeye neden olur ⁽¹⁹⁰⁾. Çocukluk döneminde Dünya ve ülkemiz oldukça önemli bir sağlık problemi olan malnütrisyonun erken tanısı ve tedavisi ile çocukların daha sağlıklı bireyler olarak yetişmeleri sağlanırken aynı zamanda ülkelerin sağlık harcamaları da erken tanı ve teşhis ile olumlu yönde etkilenecektir. Birinci basamak bu yaş grubundaki çocuklarla oldukça sık karşılaşmaktadır. Her çocuk doğumundan beşinci yaşını doldurana kadar bakanlığın istemiş olduğu izlemlerle en az 17 kere birinci basamak sağlık çalışanlarının karşısına çıkmaktadır (Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü). Bu izlemlerin çoğunda boy, kilo takibi gibi büyümenin değerlendirilmesini sağlayacak parametrelere bakılmaktadır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuklarda beslenme, malnütrisyon konularına hakim olmaları ile bu yaş grubundaki malnütre çocuklara erken tanı konması içten bile değildir. Dolayısıyla erken ve etkin tedavi alma fırsatı olan çocukların gelişimleri daha iyi olacak ve hem çocuklar sağlıklı bir birey olarak yetişecek ve ailenin iç huzuru sağlanacak hem de erken tanı sayesinde sağlık harcamaları önemli ölçüde azalacaktır.

Çalışmamızın ikinci aşamasının sonucu olarak ise ailelerin geçmişe oranla daha iyi olsa da halen anne sütü ile beslenme konusunda kararsız oldukları, yeterince önemini anlamadıkları görülmektedir.

Anne sütü alımının da çocuklarda büyüme ve gelişme için önemli olduğu ayrıca anne sütünün, çocuklarda alerji ve enfeksiyonlara yakalanma olasılığını azalttığı da belirtilmektedir. Ayrıca anne sütü alımı iyi olan çocukların, erişkin dönemde obez olma olasılıklarının da diğer çocuklara oranla daha düşük olduğu vurgulanmaktadır.

Birinci sağlık çalışanlarına çocukların anne sütü ile yeterli miktarda beslenebilmeleri için oldukça önemli sorumluluklar düşmektedir. Gebelik öncesi anne ve baba ile karşılaşılan her vizitte, gebelik sırasındaki her takipte ve gebelikten sonraki bebeğin ve

annenin her kontrolü sırasında anne sütü ile beslenmenin önemini vurgulayacak fırsatlar doğacaktır. Bu fırsatları değerlendirerek anne babaları ve toplumu anne sütü ile beslenme konusunda bilgilendirip farkındalık yaratmalıyız. Anne sütü ve ek gıda konusunda bilinçlendirilen her anne baba demek sağlıklı güçlü bir çocuk demektir.

6.2. Öneriler

Aşağıda araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, konu ile ilgili yapılabilecek uygulamalara ve ileriki araştırmalara yönelik önerilere yer verilmiştir.

- Malnutrisyon Türkiye’de ve Dünya’da önemli çocuk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Malnutrisyonda erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. Özellikle birinci basamakta görev yapan sağlık personeli aracılığı ile hafif ve orta derecede malnutrisyonun tanılanabilmesi, malnutrisyon nedeni ile oluşabilecek hastalıkların önlenmesi ve ülkemizin bunun getireceği yükten korunabileceği göz ardı edilmemelidir.
- Yapılan araştırmalar da göz önüne alınarak malnutrisyonun önlenmesine yönelik sürekli güncellenen ve ülkemizin koşullarına uygun rehberler geliştirilmeli, uygulanmalı ve bu uygulamanın sonuçları düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Önlenebilir bir sağlık sorunu olan malnutrisyonun toplum tarafından bilinmeli, farkındalık yaratılmalı ve bireyler bu konuda bilinçlendirilmelidir. Malnutrisyon konusunda uzman olan sağlık çalışanlarının çeşitli eğitimler düzenleyerek toplumun her kesimini eğitmesi ve bu eğitimin de sürekli hale getirilmesi gerekmektedir.
- Birinci basamak sağlık çalışanlarına malnütrisyon, anne sütü ve ek gıda konusunda eğitim verilebilir. Böylece ailelerin farkındalık düzeyleri artacaktır.
- Birinci basamak sağlık merkezlerindeki yoğunluk azaltılarak hekimlerin ve ebe-hemşirelerin çocuklara ayırdıkları süre artırılabilir. Böylece daha etkin bir erken tanı ve tedavi sağlanabilir.

- Birinci basamak sağlık çalışanlarının ağır iş yükleri azaltılarak aile hekimlerinin önemli bir görevi olan sağlığın korunması ve teşviki yönünde daha etkin ve verimli olmaları sağlanabilir.
- Çalışmamız sağlık çalışanlarının malnütrisyon ve çocuklardaki büyüme ve gelişmenin izlemi konusunda farkındalık amaçlayan ender bir çalışmadır. Bu tarz çalışmaların yaygınlaşarak daha fazla bölgede yapılması önerilmektedir, böylece farkındalık artacaktır.
- Yaşamın ilk iki yılı, büyümenin ve gelişmenin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde doğru beslenmenin ileri yaşlara da yansıyan önemli etkileri vardır. Bu nedenle anneler ilk 6 ay bebeklerine sadece anne sütü vermeye emzirmeye özendirilmelidir.
- Annelerin, bebeklerini daha sağlıklı bir şekilde beslemeleri ve anne sütüne daha fazla önem vermeleri için anne ve babanın eğitim seviyesinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Ebeveynlerin bilinç düzeyinin artırılması için çalışmalar yapılabilir ve kontrollü gebeliklerin oluşması, aile planlamasının yapılması teşvik edilebilir.
- Doğru bebek beslenmesi konusunda ailelere grup seminerleri düzenlenebilir.
- Son yıllarda çalışan anne sayısının oldukça artması nedeniyle ebeveynler kadar, çocukla neredeyse gün boyu ve anneden daha uzun sürelerle birlikte olan bakıcılar da ocuk bakımı ve beslenmesi konusunda eğitilmelidir.
- Emzirme eğitimi ile emzirme başarısı artabilir ve toplumsal gelişime katkı sağlanabilir.
- Annelere anne sütünün ve emzirmenin önemi hakkında gebelik döneminden başlanıp doğumu izleyen günlerde de devam etmek üzere eğitim yapılması, ek besinlere nasıl ve ne zaman başlanması gerektiğinin önemi belirtilip eğitiminin verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Verilecek olan beslenme eğitimleri içeriğinde çocuğa yemek yedirme şekli, yemek yemediğinde annenin sergileyeceği tavır gibi konulara da yer verilmelidir.

- Çalışmamız bölgesel bir çalışma olup farklı değişkenler de katılarak daha geniş çaplı ve daha yüksek katılımlı çalışmaların önünü açabilecek referans bir çalışmadır. Ülke geneli böyle çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ); **1986**.
2. **Döner B.** Bebek ve Çocuklarda büyüme ve beslenmenin antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi. [Available from: <http://halksagligi.med.ege.edu.tr/Seminerler> **2003-4**.
3. **Pettigrew RA, Charlesworth PM, Farmilo RW, Hill GL.** Assessment of nutritional depletion and immune competence: a comparison of clinical examination and objective measurements. JPEN J Parenter Enteral Nutr. **1984**;8(1):21-4.
4. Children: reducing mortality **2020** [18.02.2021]. WHO media centre. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
5. UNICEF. Levels and trends in child malnutrition, United Nations Children's Fund (UNICEF). World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. . Geneva: World Health Organization. **2019**.
6. **De Onis M, Monteiro C, Akré J, Clugston GA.** The Worldwide magnitude of protein-energy malnutrition : an overview from the WHO Global Database on Child Growth / M. de Onis ... [et al.]. Bulletin of the World Health Organization 1993 ; 71(6) : 703-712. **1993**.
7. **Nelson M.** Childhood nutrition and poverty. Proc Nutr Soc. **2000**;59(2):307-15.
8. **Ergül Ş.** Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin. **2011**;10(2):223-30.
9. **Tanumihardjo SA, Anderson C, Kaufer-Horwitz M, Bode L, Emenaker NJ, Haqq AM, et al.** Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox. J Am Diet Assoc. **2007**;107(11):1966-72.
10. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü. **2018**.
11. **Ertem İ.** Sağlık hizmetinde çocukların gelişimlerinin izlenmesi ve desteklenmesi. Gelişimsel Pediatri. **2006**;15(4):67-74.
12. **Regalado M, Halfon N.** Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. Archives of pediatrics & adolescent medicine. **2001**;155(12):1311-22.
13. **Pediatrics AAo.** Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. Pediatrics. **2001**;108:192-6.

14. **McWhinney IR, Freeman T.** Textbook of family medicine: Oxford University Press; **2009**.
15. **Olesen F, Fleming D.** Patient Registration and Controlled Access to Secondary Care Prerequisites for Integrated Care. The European Journal of General Practice. **1998**;4(2):81-3.
16. **Parlak A, Özenç S, Arslan E.** Aile Hekimliği Disiplini.
17. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. 27801, 30.12.**2010**.
18. **WONCA.** The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. **2011**.
19. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. (28539, 25.01.**2013**).
20. **Taylor RB.** Family Medicine: Current Issues and Future Practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherger JE, editors. Family Medicine: Principles and Practice. New York, NY: Springer New York; **1998**. p. 1-5.
21. **Aydın S.** Aile hekimliği Türkiye modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Mavi Ofset Yayınları. **2004**:35-40.
22. **Çağlayaner H.** Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. . İstanbul: İletişim Yayınları. **1995**;1. Baskı:17-20.
23. **Grimm K, Diebold M.** Periodic Health Examination. Ed. Rakel RE. Textbook of Family Medicine. Philadelphia: WB Saunders; **2011**.
24. **Rakel RE, RB K, DR F.** Patient Education. Rakel RE. The problem-oriented medical record. In: Rakel RE, ed Textbook of Family Practice 6th ed Philadelphia: WB Saunders; **2002** p 2002:3-18, 159-209, 53-61, 1587-602.
25. **Ersoy E, Saatçi E.** Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. **2017**;21(2):82-9.
26. TC Sağlık Bakanlığı. Aile doktorları için kurs notları. Sağlık Bakanlığı, Bilgi İşlem Müdürlüğü, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, Ankara. **2004**.
27. **Başak O, Görpeliöğlu S.** Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. **2007**;2(1):40-3.
28. **Görpeliöğlu S.** Sağlık Reformu ve Aile Doktorluğu: Edirne Raporu. **2002** [Available from: <http://aile.trakya.edu.tr/belgeler/rapor.doc>].

29. **Kantarıcı Y.** Aile Hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerine etkisi:Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi örneği: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; **2015**.
30. Sağlık Bakanlığı. Aile hekimliği Türkiye modeli. Baskı Ankara: Mavi Ofset Yayınları. **2004**:35-40.
31. **Erol H, Özdemir A.** Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi. **2014**;4(1):9-34.
32. **Sülkü SN.** Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. In: Başkanlığı MBSG, editor. Ankara: Hermes.**2011**. p. 144.
33. WHO. World Health Organization The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; **2000**.
34. **De Onis M, Blössner M.** The World Health Organization global database on child growth and malnutrition: methodology and applications. International journal of epidemiology. **2003**;32(4):518-26.
35. **Müller O, Krawinkel M.** Malnutrition and health in developing countries. Cmaj. **2005**;173(3):279-86.
36. **Atilla S, Bağcı Bosi T.** Protein enerji malnütrisiyonu. İçinde: Güler Ç, Akın L (ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. **2006**:765-73.
37. **Elkholy TA, Naglaa H, Rasha M.** Demographic, socio-economic factors and physical activity affecting the nutritional status of young children under five years. Life Science Journal. **2012**;9(4).
38. **Hatun Ş.** Çocuk hakları sözleşmesinin 13. yılında yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. **2002**:7-29.
39. **Pinto C, Rollins N, Daelmans B, Bahl R, Martinez J, Mason E.** Child Health Oxford textbook of global public health: Oxford Textbook; **2015**.
40. UNICEF. Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranları **2020** [17.02.2021]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>.
41. **Heywood A, Marshall T, Heywood P.** Motor development and nutritional status of young children in Madang, Papua New Guinea. Papua and New Guinea medical journal. **1991**;34(2):109-16.
42. **Schofield C, Ashworth A.** Why have mortality rates for severe malnutrition remained so high? Bulletin of the World Health Organization. **1996**;74(2):223.
43. **De Onis M, Brown D, Blossner M, Borghi E.** Levels and trends in child malnutrition. UNICEF-WHO-The World Bank joint child malnutrition estimates. **2012**.

44. **Köksal E.** Beslenme ve bilişsel gelişim. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın. **2008**(726):9.
45. **Pelletier DL, Msukwa LA.** The use of national sample surveys for nutritional surveillance: lessons from Malawi's National Sample Survey of Agriculture. *Social science & medicine*. **1991**;32(8):887-98.
46. **Toole M.** Micronutrient deficiencies in refugees. *Lancet (British edition)*. **1992**;339(8803):1214-6.
47. **Ok Ş, Conk Z.** Annelerin Bebek Beslenmesi Hakkında Bilgi Durumlarının Bebeklerin Büyüme Ve Gelişmelerine Etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*; Cilt 4, Sayı 2 (2001). **2010**.
48. **Neyzi O, Bundak R.** Büyüme-Gelişme ve Bozuklukları. 4. Baskı ed. Olcay Neyzi, Türkan Ertuğrul, editors. *Pediatric: Nobel tıp kitabevi*.
49. **Arnold JC, Engel R, Aguilon D, Caedo M.** Utilization of Family Characteristics in nutritional classification of preschool children. *The American journal of clinical nutrition*. **1981**;34(11):2546-50.
50. **Figuerola-Colon R.** CXlinical and laboratory assessment of the malnourished child. Suskind RM, Suskind LL.(eds). . *Textbook of pediatric nutrition*. **1993**;New York, Raven Press. Ltd.:191.
51. **Özmert EN.** Çocuk sağlığı izlemi. *Katkı Pediatric Dergisi Sosyal Pediatric I* **2003**;5(1):115-32.
52. **Ge K, Chang S.** Definition and measurement of child malnutrition. *Biomedical and environmental sciences: BES*. **2001**;14(4):283-91.
53. **Kale G, Coşkun T, Yurdakök MK.** *Pediatric Tanı ve Tedavi Hacettepe Uygulamaları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. **2009**:662-85.
54. **Altaş B, Kuloğlu Z.** Malnutrisyonlu Çocuğa Yaklaşım. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. **2011**;5(1):54-64.
55. **Brewster DR.** Critical appraisal of the management of severe malnutrition: 1. Epidemiology and treatment guidelines. *Journal of paediatrics and child health*. **2006**;42(10):568-74.
56. **Prost M-A.** Postnatal origins of undernutrition. *Emerging Societies-Coexistence of Childhood Malnutrition and Obesity*. 63: Karger Publishers; **2009**. p. 79-94.
57. **Linnemayr S, Alderman H, Ka A.** Determinants of malnutrition in Senegal: Individual, household, community variables, and their interaction. *Economics & Human Biology*. **2008**;6(2):252-63.
58. **WC H.** Süt çocukları ve çocukların beslenmesi (Çeviri: T Güran.) Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Editörler) *Nelson Pediatric'de İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi*. **2008**:157-61.

59. **Badaloo A, Reid M, Forrester T, Heird WC, Jahoor F.** Cysteine supplementation improves the erythrocyte glutathione synthesis rate in children with severe edematous malnutrition. *The American journal of clinical nutrition.* **2002**;76(3):646-52.
60. **Patrick J, Golden M.** Leukocyte electrolytes and sodium transport in protein energy malnutrition. *The American journal of clinical nutrition.* **1977**;30(9):1478-81.
61. **Golden MH, Ramdath D.** Free radicals in the pathogenesis of kwashiorkor. *Proceedings of the Nutrition Society.* **1987**;46(1):53-68.
62. **Saner G, Durmaz Ö, Gökçe S.** Protein enerji malnütrisyonu. Neyzi O, Ertuğrul T (editörler): *Pediyatri 4. Baskı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; **2010**. 239-50 p.
63. **Ghosh S.** Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers. *Indian Journal of Medical Research.* **1999**;110:30.
64. **WHO.** World Health Organization World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals: World Health Organization; **2016**.
65. **Mogensen KM, Malone A, Becker P, Cutrell S, Frank L, Gonzales K, et al.** Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition consensus malnutrition characteristics: Usability and association with outcomes. *Nutrition in Clinical Practice.* **2019**;34(5):657-65.
66. **Grover Z, Ee LC.** Protein energy malnutrition. *Pediatr Clin North Am.* **2009**;56(5):1055-68.
67. **Magill AJ, Ryan ET, Hill DR, Solomon T.** *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease: Expert Consult-Online and Print*: Elsevier Health Sciences; **2012**.
68. **UNICEF.** The state of the world's children 2019: children, food and nutrition: growing well in a changing World report: Unicef; **2019**. 222 p.
69. **Kara İH, Dikici B, Yel S, Özdemir Ö.** Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Okul Çocuklarında Malnütrisyon ve Obezite Prevalansı. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* **2010**;12(1):54.
70. **Kızılyıldız BS, Sönmez BI, Karaman K, Beger B, Mercen A, Alioğlu SI, et al.** Prevalence, demographic characteristics and associated risk factors of malnutrition among 0-5 aged children: a cross-sectional study from Van, eastern Turkey. *Pediatric reports.* **2016**;8(4):15-20.
71. **Coşkun T.** Protein enerji malnütrisyonu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* **1992**;1:254-8.
72. **Gomez F, Ramos Galvan R, Frenk S.** Mortality in second and third degree malnutrition. *Bull World Health Organ* 2000. **1956**;78:1275-80.

73. **Coşkun T, Özalp İ.** Protein Enerji Malnütrisyonu ve Hastaların İzlemi. *Katkı Pediatri Dergisi*. **1986**;7:137-43.
74. **Gomez F, Ramos Galvan R, Frenk S, Cravioto Munoz J, Chávez R, Vázquez J.** Mortality in second and third degree malnutrition. *Journal of tropical pediatrics*. **1956**;2(2):77-83.
75. **Waterlow J.** Classification and definition of protein-calorie malnutrition. *British medical journal*. **1972**;3(5826):566.
76. **Dündar N, Dündar B.** Malnütrisyonda çocuğun değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. **2006**;13(4):39-42.
77. **Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE.** Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bulletin of the World Health organization*. **2000**;78:1207-21.
78. **Özen H.** Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Özen H, Yüce A, Gürakan F, Demir H. *Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme*. 2. Baskı Akademi Yayınevi **2013**. 391 p.
79. **Özen H.** Malnütrisyon, Beslenme. *T Klinikleri J Pediatr Sci*. **2005**;8:103.
80. **Özdemir MS.** Üst orta kol çevresi ölçümünün 1-5 yaş arası Türk çocuklarda malnütrisyon tanısında kullanılan gomez, waterlow ve Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmaları ile bağlantısı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2014**.
81. **Tunçbilek E.** Çocuk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: SYB Matbaası, . **1998**:97-108.
82. **Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A.** Protein enerji malnütrisyonu In: Hasanoğlu E (ed). *Temel Pediatri*. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri. **2002**:51-8.
83. **Yuca S.** 7–17 Yaş arası Türk çocuklarında triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlıkları persentil değerleri Yan Dal Uzmanlık Tezi. : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2009**.
84. **Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioglu S, Mercanligil S, et al.** *Diyet El Kitabı*, (4. Baskı): Hatipoğlu Yayınevi, Ankara,; **2002**. 94-114 p.
85. **Becker P, Carney LN, Corkins MR, Monczka J, Smith E, Smith SE, et al.** Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). *Nutr Clin Pract*. **2015**;30(1):147-61.
86. **Mehta N, Corkins M, Lyman B, Malone A, Goday P, Carney L, et al.** American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. **2013**;37(4):460-81.

87. **Mclaren D, Read WC.** Weight/length classification of nutritional status. The Lancet. **1975**;306(7927):219-21.
88. **Tezcan S, Esin Ertan A, D. A.** Beş yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumu ve değerlendirilmesi. T Klin J Med Sci. **2003**; 23:420-9.
89. **Group WW.** Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Bulletin of the World Health Organization. **1986**;64(6):929.
90. **Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F, et al.** Reference values for weight, height, head circumference, and body mass index in Turkish children. Journal of clinical research in pediatric endocrinology. **2015**;7(4):280.
91. **Arsılköylü AE, Yılğör E.** Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi; Klinik ve Laboratuvar. Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topic. **2007**:12-6.
92. **Status WP.** Report of WHO Expert Committee. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series. Geneva WHO technical report series. **1995**;854(9).
93. **WHO.** An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. WHO Working Group on Infant Growth. Bulletin of the World Health Organization. **1995**;73(2):165-74.
94. **Şehla İ.** 9-72 aylık çocuklarda antropometrik ölçümler ve antropometrik ölçümlere etki eden parametrelerin araştırılması. Uzmanlık Tezi İstanbul. **2006**.
95. **Addo OY, Himes JH, Zemel BS.** Reference ranges for midupper arm circumference, upper arm muscle area, and upper arm fat area in US children and adolescents aged 1–20 y. The American journal of clinical nutrition. **2017**;105(1):111-20.
96. **Pekcan G.** Beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı. **2008**:67-141.
97. **English M, Esamai F, Wasunna A, Were F, Ogutu B, Wamae A, et al.** Assessment of inpatient paediatric care in first referral level hospitals in 13 districts in Kenya. The Lancet. **2004**;363(9425):1948-53.
98. **Myatt M, Khara T, Collins S.** A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs. Food and nutrition bulletin. **2006**;27(3_suppl3):S7-S23.
99. **Lai HJ.** Classification of nutritional status in cystic fibrosis. Current opinion in pulmonary medicine. **2006**;12(6):422-7.
100. **Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C.** Circumferences, “Anthropometric Standardization Reference Manual” (Ed. T.G. Lohman, A.F. Roche ve R. Martorell)’de, Human Kinetics Books. **1988**:39-54.

101. **Öztürk A.** Türk Çocuklarında Üst Orta Kol Çevresi Referansları. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi Türk Çocuklarında Antropometrik Çalışmalar Özel Sayısı. **2012** cilt: 8:52-3.
102. WHO. Community-based management of severe acute malnutrition. Geneva: World Health Organization. **2007**:3-8.
103. WHO. World Health Organization Life in the 21st century, A vision for all. The world health report. **1998**.
104. **Gür E.** Sağlam Çocuk izlemi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 35 **2003**:9-16.
105. **Yurdakök K.** Sağlam çocukların izlemi. İçinden: Özalp İ, Yurdakök M, Coşkun T, editör. Pediatride Gelişmeler. Ankara. **1999**:51-63.
106. **Evliyaoğlu N.** Sağlam çocuk izlemi. Türk Pediatri Arşivi. **2007**;42(Supp: 1):6-10.
107. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,. Ankara. **2018**.
108. **Köksal E.** Büyüme gelişmenin önemi ve izlenmesi. Klinik Çocuk Forumu. **2004**;4(1):25- 31.
109. **Beyazova U, Şahin F.** Çocukluk çağında sağlığın değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik hizmetler. İçinden: Sayita SU, Şirin MN, editör. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı. İstanbul: İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları. **2000**:243-7.
110. **Mckinney ES, Ashwill JW, Murray SS, James SR, Garrie TM, Droske SC.** Maternal-Child Nursing. . Philadelphia: Saunders. **2000**:590- 603.
111. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu. Ankara: Pelin Ofset. **2008**:4-38.
112. **Gökçay G, Neyzi O, Bulut A.** Sağlam çocuk izlemi. İçinden: Neyzi O, Ertuğrul T, editör. Pediatri. 3 Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. **2002**:39-56.
113. **Yalçın SS.** Büyümenin izlenmesi. Katkı Pediatri Dergisi **2003**;25(1):43- 61.
114. **Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F.** Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. **2008**;51(1):1-14.
115. **Baysal A (Editör).** Beslenme. Dokuzuncu Baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, **2002**: 60-155.

116. **Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G.** Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: Prospective study using nonlinear mixed effect models. *Jornal de pediatria*. **2008**;84(3):237-43.
117. TC Sağlık Bakanlığı. Bebek beslenmesi. Ankara. **2008**.
118. **Ballard O, Morrow AL.** Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*. **2013**;60(1):49-74.
119. **Lawrence RA, RM L.** Biochemistry of human milk. In: Lawrence RA and Lawrence RM, (eds). A guide for medical profession. 8th edition Saunders. **2016**:91-146.
120. **Furman L, Schanler RJ.** Breastfeeding. In: Gleason CA, Juul S, (eds). Avery's diseases of the newborn. 10th edition Philadelphia: PA, Elsevier. **2018**:991-1008.
121. **Bilgen H, Kültürsay N, Türkyılmaz C.** Turkish Neonatal Society guideline on nutrition of the healthy term newborn. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*. **2018**;53(Suppl 1):S128.
122. **Nurdan U.** Anne sütünün oluşumu ve içeriği. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*.2(2):130-53.
123. **Gong Y-h, Ji C-y, Zheng X-x, Shan J-p, Rui H.** Correlation of 4-month infant feeding modes with their growth and iron status in Beijing. *Chinese medical journal*. **2008**;121(5):392-8.
124. **Georgieff, M., Piovanetti, Y., & Queenan, J. (1997).** Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100(6), 1035-1039.
125. WHO. World Health Organization Breastfeeding **2020** [20.02.2021]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding>.
126. **Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012).** Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*.
127. TC Sağlık Bakanlığı. Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları için Rehber Kitap. Ankara; **2009**.
128. **Taşçı K, Turan T, editors.** Doğum yapan annelerin emzirme tutumunun değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forum*; **2006**.
129. **Tunçbilek E (1995)** Türkiye’de Bebek Ölümleri ve Nedenleri: Çocuk Sağlığı Temel Bilgiler, Tunçbilek E (Ed), 3ncü Baskı, Ankara, s. 9-18
130. UNICEF. UNICEF: Aile dostu politikaların anne sütüyle besleme oranlarını tüm dünyada artırma açısından önemi **2019** [20.02.2021]. Available from: <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCtenleri/unicef-aile-dostu-politikalar%C4%B1n-anne-s%C3%BCt%C3%BCyle-besleme-oranlar%C4%B1n%C4%B1-t%C3%BCm-d%C3%BCnyada>.

131. **Bhandari N, Kabir AI, Salam MA.** Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Maternal & child nutrition.* **2008**;4:5-23.
132. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara-**2009** ss. 2000:9-41.
133. **Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H.** Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* **2005**;48(3):226-33.
134. **Duong DV, Binns CW, Lee AH.** Breast-feeding initiation and exclusive breast-feeding in rural Vietnam. *Public Health Nutrition.* **2004**;7(6):795-9.
135. **Tunçel EK, Dünder C, Canbaz S, Pekşen Y.** Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2006**;10(1):1-6.
136. **Aidam BA, Perez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J.** Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. *European journal of clinical nutrition.* **2005**;59(6):789-96.
137. **Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E.** Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica.* **2007**;96(10):1441-4.
138. **Santo LCdE, De Oliveira LD, Giugliani ERJ.** Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth.* **2007**;34(3):212-9.
139. **Vogel A, Hutchison B, Mitchell E.** Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica.* **1999**;88(12):1320-6.
140. WHO. World Health Organization Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. **2003**.
141. **Kramer MS, Kakuma R.** The optimal duration of exclusive breastfeeding; a systematic review.. . Geneva World Health Organization **2002**.
142. **Devecioğlu E, Gökçay G.** Tamamlayıcı beslenme. *Çocuk Dergisi.* **2012**;12(4):159-63.
143. WHO. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Geneva: World Health Organization; **2011**.
144. **Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Wong EM, Sham A, et al.** Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* **2010**;10(1):1-12.

145. **Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles M-A, et al.** Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French ‘EDEN mother–Child’ Cohort. *Maternal and child health journal*. **2013**;17(4):714-22.
146. **Ludvigsson JF, Ludvigsson J.** Socio-economic determinants, maternal smoking and coffee consumption, and exclusive breastfeeding in 10 205 children. *Acta paediatrica*. **2005**;94(9):1310-9.
147. **Tokath A.** Bebeklerde ek besinlere geiş;“Weaning” dönemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. **2003**;12(4):134-6.
148. **Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW.** How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. **2012**;4(11):1575-609.
149. **Gr E.** Tamamlayıcı beslenme. *Türk Pediatri Arşivi*. **2006**;41:181-8.
150. **Brook C, Hindmarsh P, Healy M.** A better way to detect growth failure. *British medical journal (Clinical research ed)*. **1986**;293(6556):1186.
151. **Mora Adl, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L.** The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity 1. *Journal of Applied Social Psychology*. **1999**;29(11):2362-80.
152. **Kızıltepe C.** Yenidoğan ve st ocuğu beslenmesinde IOWA skalasının geerliliğinin değerlendirilmesi. **2011**.
153. **Behrman R, Kliegman M, Jenson H.** (2000). *Nelson Textbook of Pediatrics* 16th ed. Philadelphia: Saunders, 169- 172
154. WHO. Malnutrition-The Global Picture. World Health Organization. Available at <http://www.who.int/home-page/>.
155. **Blossner, Monika, de Onis, Mercedes.** Malnutrition: quantifying the health impact atnational and local levels. Geneva, Switzerland: World Health Organization; **2005**.
156. Child and adolescent health and development, WHO **2011**.
157. WHO. “Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition.” **2007**. Web. 03.09.2015.
158. WHO. **2016a**. “Commission on Ending Childhood Obesity.” Web. 25.02.2016

159. **Bhutta ZA. (2006).** Effect of infections and environmental factors on growth and nutritional status in developing countries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 43: 13-21
160. **Güleç SG, Urgancı N, Polat S, Yağar G, Hatipoğlu N.** Hastanede yatan üç yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2011**; 45: 124-9.
161. **Gül E, Çevik B.** 2013 Verileriyle Türkiye’de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırması. İktisadi Araştırmalar Bölümü. Türkiye İş Bankası, **2015**.
162. **Yalçınöz Baysal, H, Hacıoğlu N, Yıldız E, Öztürk S. (2014).** Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşleri. *ERÜ sağlık bilimleri fakültesi dergisi*, 2 (1), 22-29. retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/erusaglik/issue/5987/79605>
163. **Bundak R, Olcay N, Günöz H, Darendeliler F.** Büyüme ve gelişme. İçinden: Neyzi O, Ertuğrul T, editör. *Pediatric. 3. Baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; **2002**. s. 81-99.
164. **Çelik, S. B., Şahin, F., Beyazova, U., & Can, H. (2014).** Sağlıklı çocuk izlem polikliniğinde çocukların büyüme durumu ve etkili etmenler. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(2), 104-110.
165. **Geçkil, E., Şahin, T., & Tunçdemir, A. (2012).** Aile Sağlığı Elemanları Tarafından Uygulanan" Emzirmeyi Destekleme ve İzleme Programının" Doğum Sonrası İlk Altı Ayda Annelerin Etkili Emzirme Davranışları Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).).
166. **Hilal Özcebe, A. T. B. B, Bekir Keskinlik, Nazan Yardım, Nermin Çelikay, Ertuğrul Çelikcan.** (ed Ministry of Health) (Ministry of Health, Ankara, **2013**.
167. **Özgür S, Bozkurt Aİ, Özçirpıcı B, ve ark.** GAP Bölgesinde çocuklarda malnütrisyon durumu. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. Diyarbakır: Güneydoğu Anadolu Bölgesi Bildirileri, **2002**: 894-897.
168. **Kolsuz, S., Günay, S. A. K. A., & Gördük, M. N. (2019).** Diyarbakır Benusen’de 0-5 yaş çocuklarda malnütrisyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 17(1), 65-78.
169. **Emecen Şanlı M. (2014)** Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde Kronik Akciğer Hastalıklı Çocukların Malnütrisyon Durumunun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
170. **Yıldız, A. (2018).** Malnütrisyonlu çocuklarda beslenme rejiminin sonuçları. Yayımlanmamış doktora tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.

171. **Sönmez B.** Van il merkezinde 0-5 yaş grubu çocuklarda malnütrisyon prevalansı ve etkileyen faktörler, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Van **2010**.
172. **Batı, S. (2017).** Konya ilinde 1-4 yaş arası çocuklarda malnutrisyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
173. **Muhammet R. (2020)** Rize ili 5 yaş altı çocuklarda malnütrisyon sıklığı ve malnütrisyon gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize.
174. **Özen E. 2018,** Emziren annelerin emzirme özyeterliliklerinin, bebek beslenmesi tutumlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi, Adana
175. **Ceylan A, Savur E, Çiçek Girgin M. (2019)** Şırnak 4 nolu aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 12-59 ay çocuklarda büyüme gelişme durumunun değerlendirilmesi, Şırnak
176. **Çöl Araz N.** Yenidoğan döneminde anne sütü ile beslenmeye başlanması üzerinde etkili olan sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi, Türkiye Çocuk Hast Derg / Turkish J Pediatr Dis **2012**; 6(4): 215-220
177. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı **2019**, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2019.pdf, Erişim tarihi: 15.04.2021.
178. **Doğan, G. (2019).** Annelerin bebek beslenmesine yönelik bilgi, tutum davranışları ile postpartum depresyon durumlarının değerlendirilmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
179. **Bolat, F., Sinan, U. S. L. U., Bolat, G., Bülbül, A., Arslan, S., Çelik, M., ... & Nuhoglu, A. (2011).** İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi, 11(1), 5-13.
180. **Demir, R., & Özçırpıcı, B. (2014).** Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-2 yaş çocuklarda malnütrisyon sıklığı ve malnütrisyon saptanan çocukların annelerine verilen eğitimin etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 57(3).
181. **Şahinöz S, Özçırpıcı B, Bozkurt Aİ ve ark.** GAP Bölgesi'nde çocuk beslenmesine ilişkin uygulamaların durumu. Beslenme ve Diyet Dergisi **2005**; 32: 37-45.
182. **Kaya, Z., Yiğit, Ö., Erol, M., & Gayret, Ö. B. (2016).** Altı-Yirmi Dört Ay Arası Yaş Grubunda Beslenmeyle İlgili Anne ve Babaların Bilgi ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni, 54(2).

183. **Giovannini M, Riva E, Banderali G, et al.** Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr* **2004**;93:492-7
184. **Koletzko B, Dokoupil K, Reitmayr S, Weimert-Harendza B, Keller E.** Dietary fat intakes in infants and primary school children in Germany. *Am J Clin Nutr* **2000**;72(Suppl 5):1392-8.
185. **Bolling K, Grant C, Hamlyn B, et al.** BT Infant Feeding Survey 2005. PL London: PN The Information Centre, National Health Service **2007**.
186. **Fewtrell MS, Lucas A, Morgan JB.** Factors associated with weaning in full term and preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* **2003**;88:296-301.
187. **Çatak, B., Sütlü, S., KILINÇ, A. S., & Dudu, B. A. Ğ. (2012).** Burdur ilinde bebeklerin emzirilme durumu ve beslenme örüntüsü. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 115-122.
188. **Council N.** The Infant Feeding Guidelines for Health Workers. Dietary Guidelines for Children and Adolescents in Australia incorporating. Commonwealth of Australia, Canberra, **2003**.
189. **Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M et al.** Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. *Health Education Research* 22: 561-70, **2007**.
190. **Heywood, A. H., Marshall, T. & Heywood, P. F.** Motor development and nutritional status of young children in Madang, Papua New Guinea. *P N G Med J* 34, 109-116 (**1991**)

8. EKLER

8.1. EK 1.Aile Hekimliği Çalışanları Aydınlatılmış Onam Formu

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE (DİYARBAKIR-ŞANLIURFA-MARDİN) GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLİĞİ ÇALIŞANLARININ VE 0-5 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN 0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON, BESLENME VE EK GIDAYA GEÇİŞ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM-DAVRANIŞ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.

Malnütrisyon; nütrisyonel yetersizliğe bağlı, önlenebilen veya tedavi edilebilen, normal vücut kompozisyonundaki değişiklik olarak tanımlanmaktadır. Malnütrisyon; beş yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık %60'ından sorumludur. Bu durumda hasta tarafından alınan diyet kontrol edilmeli, enerji ihtiyacı belirlenmeli, antropometrik ölçümler ve biyokimyasal parametreler değerlendirilmelidir. Türkiye için her beş çocuktan birinin gelişimsel sorunu olduğu kabul edilirse, bu çocukların olabilecek en erken dönemde fark edilmeleri çok önem kazanmaktadır. Gelişimsel sorunları olan çocukların olabilecek en erken dönemde fark edilmeleri, gerekli olan müdahaleleri en erken dönemde alabilmelerinin sağlanabilmesi açısından çok önemlidir. Her çocuğun gelişiminin en uygun şekilde ilerlemesini sağlamak, sağlık çalışanlarının bedensel hastalık ve bozuklukları önleme ve sağaltmadaki rolü kadar önemlidir. Bebeklik ve erken çocukluk dönemi ile ilgili sağlık çalışanlarına pek çok sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluklar; gelişimin yakın takibinin yapılması, olası risk durumlarının erken dönemde fark edilmesi, aileye çocuğun gelişimine yönelik destekler verilmesini sağlamak ve belirlenen gereksinimlere göre gerekli yönlendirmeleri yapmak gibi sıralanabilir. Gelişimsel değerlendirmenin zamanında yapılması, aynı zamanda risk faktörlerinin belirlenmesini ve en iyi gelişimi sağlamak amacıyla ebeveynlere yol gösterecek stratejilerin de belirlenmesini sağlayacaktır.

Bu çalışmamızda aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerine, aile sağlığı elemanlarına yüz yüze görüşme ile yapacağımız anketler mevcuttur. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde

durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Dr.Tolgahan Kara

Prof.Dr.Ersin Akpınar

Telefon:0322 3386060-3087

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

8.2. EK 2.Ebeveynler Aydınlatılmış Onam Formu

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE (DİYARBAKIR-ŞANLIURFA-MARDİN) GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLİĞİ ÇALIŞANLARININ VE 0-5 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN 0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON, BESLENME VE EK GIDAYA GEÇİŞ İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM-DAVRANIŞ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.

Malnütrisyon; nütrisyonel yetersizliğe bağlı, önlenebilen veya tedavi edilebilen, normal vücut kompozisyonundaki değişiklik olarak tanımlanmaktadır. Malnütrisyon; beş yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık %60'ından sorumludur. Çocuklarda en çok ölüme neden olan hastalıklardan ishal ve solunum yolu enfeksiyonlarında malnütrisyonun varlığı ölüm riskini en az iki kat arttırmaktadır. Bu durumda hasta tarafından alınan diyet kontrol edilmeli, enerji ihtiyacı belirlenmeli, antropometrik ölçümler ve biyokimyasal parametreler değerlendirilmelidir. Türkiye için her beş çocuktan birinin gelişimsel sorunu olduğu kabul edilirse, bu çocukların olabilecek en erken dönemde fark edilmeleri çok önem kazanmaktadır. Gelişimsel sorunları olan çocukların olabilecek en erken dönemde fark edilmeleri, gerekli olan müdahaleleri en erken dönemde alabilmelerinin sağlanabilmesi açısından çok önemlidir.

Bu çalışmamızda aile sağlığı merkezlerine muayene için başvuran 0-5 yaş çocuğu olan ebeveynlerle yüz yüze görüşme ile yapacağımız anketler mevcuttur. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Dr.Tolgahan Kara

Prof.Dr.Ersin Akpınar

Telefon:0322 3386060-3087

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

8.3. EK 3.Aile Hekimliği Çalışanları Malnütrisyon Anket Formu

1-Yaş:.....

2-Cinsiyet

☐Kadın

☐Erkek

3-Çocuğunuz var mı? ☐ Hayır, çocuğum yok. ☐ Evet.....çocuğum var.

4-Göreviniz ☐Hekim ☐Ebe-Hemşire

5-Mezun olduğunuz üniversite:.....

6-Mezuniyet yılı:

7- Kaç yıldır çocuk hasta takip/muayene ediyorsunuz?
:.....

8-Mesleğinizden memnuniyet dereceniz nedir? Size uygun olanı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç memnun değilim

Çok memnunuz

9-Erken çocukluk döneminde beslenme, malnütrisyon ve ek gıdaya geçiş ile ilgili hangi etkinlikleri yapmakta iseniz hepsini işaretleyiniz.

☐ Kurs/kurslara katılıyorum. Adı/adları:

☐ Kitap/lar okurum. Adı/adları:

☐ Dergi/ler takip ederim. Adı/adları:

☐ TV programı/ları izlerim. Adı/adları:

☐ İnternet sayfası/ları kullanırım. Adresi/adresleri:

☐ Gazete kösesi/leri izlerim. Adı/adları:

☐ Bu etkinliklerden hiçbirini yapmadım/ yapmamaktayım.

10-Size bağlı nüfusta 0-5 yaş arası çocuklarda hiç malnütrisyon saptadınız mı?

☐Hiç saptadım

☐ Evet saptadım (.....çocuk)

11- Size bağlı nüfusta 0-5 çocuklardaki malnütrisyon oranı **tahmini yüzdesi** size göre nedir? (%.....)

12-Nüfusunuzla bağlı 0-5 yaş arası çocukları hangi sıklıkla kontrole çağırıyorsunuz/izliyorsunuz? (.....ay)

13-Şu anda çalışmakta olduğunuz görev yerinizde **günde** ortalama kaç çocuğa sağlık hizmeti sunmaktasınız?
(..... çocuk)

14-Şu anda çalışmakta olduğunuz görev yerinizde **her bir çocuk hastanıza ortalama kaç dakika** ayırmaktasınız? (.....dk)

15-Çalıştığınız sağlık merkezinde size bağlı nüfustaki 0-5 yaş grubundaki çocuk hastaların ne kadarının **evine düzenli ziyaret** yapmaktasınız?

☐ Hepsinin

☐ Çoğunun

☐ Yarisinin

☐ Çok azının

☐ Hiçbirinin

16- Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların persentil takiplerini hangi aralıkla yapıyorsunuz? (.....ay)

17- Sizce aşağıdaki hastalıklardan hangisi/hangileri malnütrisyon için risk oluşturur? (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

☐Bronkopulmoner displazi

☐Çölyak hastalığı

☐Diğer.....

☐Akut böbrek hastalığı

☐Kistik fibrozis

.....

☐Prematürite

☐Akut karaciğer yetmezliği

18- Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için hangi **laboratuvar tetkiklerini kullanıyorsunuz?**

Belirtiniz.....

.....

.....

☐Laboratuvar tetkiki kullanmıyorum

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
19.Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların;					
Kilo ölçümelerini düzenli olarak yapıyor musunuz?					
Boy ölçümelerini düzenli olarak yapıyor musunuz?					
Malnütrisyon/ek gıdaya geçiş/beslenme durumlarını sorguluyor musunuz?					
Beslenmesini değerlendirmek için ishal, kusma gibi semptomlarını sorguluyor musunuz?					
Beslenmesini değerlendirmek için sübjektif klinik değerlendirme yapıyor musunuz? (Hastada azaltılmış cilt altı yağ dokusu ve/veya kas kütlesi-boş bakiş)					
Malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için laboratuvar tetkiki kullanıyor musunuz?					
Beslenme durumunu saptamak için Strong Kids ölçeğini kullanıyor musunuz?					
20-Mezuniyet sonrası bebek ve çocuklarla ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız?					
21- Mezuniyet sonrası malnütrisyon ile ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız?					
22- Mezuniyet sonrası anne sütü/ek gıdaya geçiş ile ilgili kurs/seminer/sempozyuma katılır mısınız?					
23- Ebeveynlere ek gıdaya geçiş hakkında bilgi veriyor musunuz?					
24- Ebeveynlere anne sütü hakkında bilgi veriyor musunuz?					

25- Aşağıdaki tabloda **malnütrisyon sınıflamaları ile ilgili olarak size uygun olan kutucukları işaretleyiniz.**

	Daha önce duydunuz mu?	Bilginiz var mı?
Waterlow sınıflaması		
Gomez sınıflaması		
Wellcome sınıflaması		
Mc Laren sınıflaması		
Diğer(.....)		

26- Size başvuran 0-5 yaş arası çocukların **malnütrisyon durumlarını değerlendirmek için hangi yöntemi/leri kullanıyorsunuz?** (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- | | |
|--|--|
| ☐ Herhangi bir yöntem kullanmıyorum | ☐ Mc Laren sınıflaması kullanıyorum |
| ☐ Persentil değerlendirmesi yaparım | ☐ Serumda biyokimyasal değerlendirme yaparım. (serum albumin, prealbumin, transferrin, eser elementler) |
| ☐ Üst orta kol çevresi ölçümü yapıyorum | ☐ Diğer(.....) |
| ☐ Waterlow sınıflaması kullanıyorum | |
| ☐ Gomez sınıflaması kullanıyorum | |
| ☐ Wellcome sınıflaması kullanıyorum | |

27- Aşağıdaki durumlardan hangisi/hangilerinde **malnütrisyon şüphelenirsiniz?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|---|---|
| ☐ Persentil değeri <%5 | ☐ Boya göre vücut ağırlığı düşük ise |
| ☐ Persentil değeri %5-%25 arasında ise | ☐ Üst orta kol çevresi ölçümü 12,5 cm den az ise |
| ☐ Persentil değerinde gerileme olduğunda | ☐ Diğer (.....) |
| ☐ Yaşa göre boyu kısa ise | |

28- Malnütrisyonlu bir çocuk **saptadığınızda ne yapıyorsunuz?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Takip ederim
- ☐ Çocuğun boy-kilo persentil eğrilerindeki değişimi göz önünde bulundurarak takip ederim.
- ☐ Beslenme danışmanlığı veririm.
- ☐ İkinci ya da üçüncü basamak hastaneye sevk ederim.
- ☐ Diğer.....

8.4. EK 4. 0-5 yaş Çocuğu olan Ebeveynlere Uygulanacak Sosyodemografik Anket Formu

1-Çocuğun doğum tarihi ay/.....yıl

2-Çocuğun cinsiyeti ☐Kız ☐Erkek

3-Adres(il/ilçe).....

4-Anketi dolduran kişinin çocuğa yakınlık derecesi:

☐Annesi ☐Babası ☐Diğer (Belirtiniz.....)

5-Ebeveynlerin mesleği

6-Ebeveynlerin eğitim düzeyleri

Annenin Mesleği	Babanın Mesleği
☐ Ev hanımı	☐ Memur
☐ Memur	☐ Esnaf
☐ İşçi	☐ İşçi
☐ Serbest meslek	☐ Serbest meslek
☐ Diğer.....	☐ Diğer.....

Annenin eğitim durumu	Babanın eğitim durumu
☐ Okuryazar değil	☐ Okuryazar değil
☐ İlkokul mezunu	☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu	☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu	☐ Lise mezunu
☐ Üniversite ve üzeri	☐ Üniversite ve üzeri

7- Ailenin aylık ortalama gelir düzeyi nedir? :.....TL/ay

8-Aile tipi

☐Çekirdek aile ☐Geniş aile ☐Parçalanmış aile ☐Tek ebeveynli aile
☐Diğer (.....)

9-Anne ile baba arasında akrabalık var mı? ☐Yok ☐Var (Belirtiniz.....)

10-Ailede kaç çocuk var? (Belirtiniz.....)

11-Çocuğun kronik hastalığı var mı? ☐Yok ☐Var
(Belirtiniz.....)

12-Doğum şekli? ☐Normal doğum ☐Sezaryen

13-Doğum yaptığı yer?

☐Evde akrabaların/yakınların yardımıyla ☐Evde sağlık personeli yardımıyla
☐Hastanede ☐Diğer.....

14-Doğum zamanı?

☐Erken doğum (<38 hafta) ☐Zamanında (38-42 hafta) ☐Zamanından geç (>42 hafta)

15-Doğduktan sonra ilk ne zaman beslediniz?

☐Doğar doğmaz ☐..... dk/.....saat sonra

16-Doğduktan sonra bebeğe ilk ne verdiniz?

☐ Anne sütü ☐Mama ☐ Şekerli su ☐İnek sütü ☐Diğer
(.....)

17-Doğum sonrası ilk emzirme zamanı nedir?

☐Doğar doğmaz ☐.....dk/.....saat sonra ☐Hiç
emzirilmedi(Eğer bu seçeneği işaretliyorsanız **20. soruya geçiniz.**)

18-Emzirme sıklığı

☐Günde..... kez ☐Her ağladığında

19-Ne kadar süre emzirdiniz?

☐ ay.....yıl ☐Halen emziriyorum

20-Ek gıdaya bebeğiniz kaç aylıkken/yıllıkken başladınız? ay.....yıl

21-Ek gıdaya başlama nedeni nedir?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sütüm yetmiyordu | ☐ Bebek emmek istemedi |
| ☐ Zamanı geldiği için | ☐ Sağlık sorunları oldu |
| ☐ İhtiyacı olduğu için | ☐ Yeni gebelik |
| ☐ İşe dönmek için | ☐ Diğer(.....) |

22-Ek gıdaya hangi besinler ile başladınız?

☐Önce sıvı gıda ☐Önce katı gıda ☐Hazır mama ☐Diğer.....

8.5. EK 5.Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (IOWA)

Ebeveynin Bebek Beslenme Tutum Ölçeği					
	Kesinlikle KATILMIYORUM	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle KATILIYORUM
23. Anne sütünün besleyici faydaları anne sütünü kesinceye kadar sürer					
24. Hazır mama ile beslenme emzirmekten pratiktir.					
25. Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlantıyı artırır.					
26. Anne sütünde demir yetersidir.					
27. Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur.					
28. Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir.					
29. Bebeğini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevklerinden birini kaçırmazlar.					
30. Anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir.					
31. Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.					
32. Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur.					
33. Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa/emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissedeler.					
34. Anne sütü bebekler için ideal besindir.					
35. Anne sütü, hazır mamadan daha kolay sindirilir.					
36. Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır.					
37. Emzirme ile besleme mama ile beslemeden daha rahattır.					
38. Anne sütü mamadan daha ucuzdur.					
39. Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir.					