



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**2-5 YAŞ ARASI SAĞLIKLI ÇOCUKLARIN BESLENME  
ÖZELLİKLERİ VE AİLE ETKİLEŞİMİ**

FATMA DERELİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yard. Doç.Dr. Zerrin ÇİĞDEM

İSTANBUL- 2006

## **I.TEŞEKKÜR**

Yüksek lisansım boyunca desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam sayın Yard.Doç.Dr. Zerrin Çiğdem'e,

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması genel müdür yardımcısı sayın Uz.Dr. Handan Rodop'a,

Umutsuz kaldığımda desteğiyle ve yardımlarıyla yanımda olan sayın hocam Prof.Dr.Gülay Görak'a

Veri toplama sırasında yardımını esirgemeyen Okmeydanı 70. yıl Cumhuriyet Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması tüm çalışanlarına,

Destekleri ve işbirliği ile yardım eden arkadaşım Rabia Güney'e

Resmi prosedürlerde her zaman yol gösterici ve sevecen davranan M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrenci işleri sorumlusu sayın Cansın Kalender'e,

Anlayışları ile destek veren iş arkadaşlarıma,

Her zaman özveri ve destekleri ile yanımda olan sevgili aileme,

Saygı ve şükranlarımı sunarım.

**Fatma DERELİ**

## **II. İÇİNDEKİLER**

<b>I.TEŞEKKÜR.....</b>	<b>I</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>II</b>
<b>III.TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR.....</b>	<b>IV</b>
<b>IV. TABLO VE ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....</b>	<b>V</b>
<b>İ. TABLOLAR LİSTESİ.....</b>	<b>V</b>
<b>İİ. ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>VII</b>

<b>1. ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY.....</b>	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>4</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
4.1. BESLENMENİN TANIMI, ÖNEMİ VE İLKELERİ.....	7
4.2. TÜRKİYE VE DÜNYADAKİ ÇOCUKLARIN BESLENME DURUMLARI.....	10
4.3. BESLENME DAVRANIŞLARININ GELİŞİMİ VE AİLENİN ETKİSİ.....	12
4.3.1. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları.....	16
4.3.2. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler.....	18
4.4. 2-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN BESLENMESİ.....	20
4.4.1. Besin Öğeleri Gereksinimleri.....	23
4.4.2. Günlük Menü Örnekleri.....	30
4.5. 2-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN BESLENME SORUNLARI.....	32
4.5.1. Fazla Beslenme ve Obezite.....	32
4.5.2.Yetersiz Beslenme Ve Malnutrisyon.....	34
4.5.3. Kabızlık.....	38
4.5.4. İştahsızlık.....	38

<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>40</b>
5.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	40
5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	40
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	41
5.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇ.....	41
5.4.1. Çocuğa Yönelik Veri Formu.....	41
5.4.2. Aileye Yönelik Veri Formu.....	42
5.4.3. Aile Ortamı Ölçeği.....	42
5.4.3.1.Aile Ortamı Ölçeğinin Anket Formunun Geçerlilik Güvenilirlik Analizi Değerlendirme Sonuçları.....	43
5.4.3.2.Aile Ortamı Ölçeği Verilene Göre Değerlendirmeler.....	44
5.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	45
5.6. VERİLERİN ANALİZİ.....	46
5.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	46
<b>6.BULGULAR.....</b>	<b>47</b>
6.1. AİLEYE YÖNELİK ÖZELLİKLER.....	47
6.2. ÇOCUĞA YÖNELİK ÖZELLİKLER.....	57
6.3. ÇOCUĞA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	75
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>80</b>
7.1. AİLEYE YÖNELİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	80
7.2.ÇOCUKLARA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	86
7.3. ÇOCUĞA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	95
<b>8.EKLER.....</b>	<b>97</b>
<b>9.KAYNAKLAR.....</b>	<b>112</b>
<b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>120</b>

### **III. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR**

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi.....	<b>AÇSAP</b>
Aile Ortamı Ölçeği.....	<b>AOÖ</b>
Devlet İstatistik Enstitüsü.....	<b>DİE</b>
Gayri Safi Milli Hasıla.....	<b>GSMH</b>
Insulin-like Growth Factor.....	<b>IGF</b>
Protein Enerji Malnutrisyonu.....	<b>PEM</b>
Sosyal Sigortalar Kurumu.....	<b>SSK</b>
Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması.....	<b>TNSA</b>

## IV. TABLO VE ŞEKİLLERİN LİSTESİ

### İ. TABLOLAR LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo6.1.1:</b> <i>Ailenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı</i> .....	47
<b>Tablo 6.1.2:</b> <i>Aile Özelliklerinin Dağılımı</i> .....	48
<b>Tablo 6.1.3:</b> <i>Ailenin Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı</i> .....	52
<b>Tablo6.1.4:</b> <i>Ailelerin Beslenme Özellikleri İle Mutfak Harcamalarının Karşılaştırılması</i> .....	54
<b>Tablo 6.1.5:</b> <i>Ailede Tüketilen Besin Grubu İle En Sık Atlanan Öğünün Karşılaştırılması</i> .....	56
<b>Tablo6.2.1:</b> <i>Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı</i> .....	57
<b>Tablo 6.2.2:</b> <i>Çocukların Yaş Gruplarına Göre Tartı, Boy Ve Üst Kol Çevresi Ortalamalarının Dağılımı</i> .....	59
<b>Tablo 6.2.2.1:</b> <i>Tüm Çocuklarda Yaş Gruplarına Göre Kilo ve Boy Persentillerinin Dağılımı</i> .....	60
<b>Tablo6.2.2.2 :</b> <i>Kız Çocuklarda Yaş Gruplarına Göre Kilo ve Boy Persentillerinin Dağılımı</i> .....	61
<b>Tablo 6.2.2.3:</b> <i>Erkek Çocuklarda Yaş Gruplarına Göre Kilo ve Boy Persentillerinin Dağılımı</i> .....	62
<b>Tablo 6.2.3 :</b> <i>Çocukların 0-1 Yaş Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı</i> .....	63
<b>Tablo6.2.4:</b> <i>Anne Sütü Alma ve Ek Gıdalara Başlama Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı</i> .....	64

<b>Tablo 6.2.5:</b> Çocukların 1-2 Yaş Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı.....	<b>65</b>
<b>Tablo 6.2.6:</b> Çocukların Şu Andaki Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı.....	<b>65</b>
<b>Tablo 6.2.7:</b> Çocuğun Şu Anki Beslenme Özellikleri İle Yemek Saatlerinin Karşılaştırılması.....	<b>69</b>
<b>Tablo 6.2.8:</b> Çocuğun Şu Andaki Beslenme Özellikleri İle Beslenme Sorununun Karşılaştırılması.....	<b>71</b>
<b>Tablo 6.2.9:</b> Çocuğun Beslenme Alışkanlığı İle Günlük Öğün Sayısının Karşılaştırılması.....	<b>72</b>
<b>Tablo 6.2.10:</b> Çocukların Şu Anki Beslenme Özellikleri ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması.....	<b>73</b>
<b>Tablo 6.3.1:</b> 1-2 Yaş Arası Beslenme Özellikleri İle Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	<b>75</b>
<b>Tablo6.3.2:</b> Şu andaki Beslenme Özellikleri İle Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	<b>76</b>

## İİ. ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
<i>Şekil 1:</i> Anne ve Babaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	49
<i>Şekil 2:</i> Anne Ve Babanın İŞ Durumlarına Göre Dağılımı.....	50
<i>Şekil 3:</i> Aile Tipine Göre Dağılım.....	50
<i>Şekil 4:</i> Sağlık Güvencesine Göre Dağılım.....	51
<i>Şekil 5:</i> Gelir Durumuna Göre Dağılım.....	51
<i>Şekil 6:</i> Anne Çalışıyorsa; Çocuk Bakımının Dağılımı.....	51
<i>Şekil 7:</i> Öğün Sayısının Dağılımı.....	53
<i>Şekil 8:</i> En Sık Atlanan Öğün Dağılımı.....	53
<i>Şekil 9:</i> Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılım.....	58
<i>Şekil 10:</i> Geçirilen Hastalık Oranlarına Göre Dağılım.....	58

## 1.ÖZET

Araştırma, 2-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmıştır.

Araştırma aralık 2004- mart 2005 tarihleri arasında,Sağlık Bakanlığı 70. yıl Cumhuriyet Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi'nde sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran 2-5 yaş arası çocukların anneleri ile yüz yüze görüşülerek 185 olgu üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama aracı olarak, Çocuğa Yönelik Veri Formu, Aileye Yönelik Veri Formu ve Aile Ortamı Ölçeği(AOÖ) kullanılmıştır.

Aile Ortamı Ölçeğinden alınan alt puanlar çocuğun 1-2 yaş beslenme özellikleri ve 2-5 yaş arası beslenme özellikleri ile karşılaştırılmıştır.

Aile Ortamı Ölçeği ile çocukların 1-2 yaş arası beslenme özellikleri arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Şu andaki beslenme özelliklerine bakıldığında,Aile Ortamı Ölçeği'nin birlik-beraberlik alt boyutunda çocukların yemek saatleri düzeli olması, kendi kendini besleme, yemeğini yemediği taktirde cezalandırma, ceza olarak da aç bırakmayı tercih etme, çocuğun verilen porsiyonu bitirdiği zaman verilen ödüllerin arasında çocuğun istediğini yapmak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Aile Ortamı Ölçeği'nin denetim alt boyutunda ise; beslenme sorunlarından iştahsızlık, öğün atlamama,kendi kendini besleyebilme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, ailenin yeme alışkanlıklarının doğrudan çocuğun yeme alışkanlıklarını etkilediği, ekonomik durumun ailelerin yeme alışkanlıklarında etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Ailenin çocuğun beslenmesi konusundaki bilgi ve tutumu çocuğun yeme özelliklerini şekillendirdiği görülmüştür.Ayrıca ülkemizde 2-5 yaş arası çocukların izlem sıklığının azalmış olmasından dolayı ailelerin doğru beslenme alışkanlıkları konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

## **2. SUMMARY**

### **NUTRITION CHARACTERISTICS AND FAMILY RELATION OF HEALTHY CHILDREN BETWEEN 2-5 AGES**

The research has been planned as mean of identification and relation means in order to determine nutrition characteristics and family relation of healthy children between 2-5 ages.

The research has been realized between dates of December-2004 and March - 2005 on 185 subjects by talking and discussing directly face –to- face with motherly of children between 2-5 years age who have applied to healthy children Polyclinics at 70<sup>th</sup> Year Cumhuriyet Okmeydanı Mother Child Health and Family Planning Training Center of the Ministry of Health .

As means of collecting data , Data Form Related to Child , Data Form related to Family Environment Criteria have been applied.

Sub-points obtained from Family Environment Criteria ,have been compared with nutrition characters of children between 1-2 years age and children between children between 2-5 years age.

No observation has been made in real sense in respect with nutrition characteristics for children between 1-2 years age by Family Environment Criteria. There are very serious relationship aspects about regular eating time of children in sub-dimension of unity-togetherness of Family Environment Criteria , Self feeding punishment if child does not eat meat and preference of leaving child without meal as punishment and where child finished given portion of meal , child should be amended and child will be free to do whatsoever child wants .

Whereas in Sub-dimension of Family Environment Criteria serious relationship has been found between lack of appetite not eating proper meals and self –nutrition.

In conclusion it has been determined that eating habits of family effects directly eating habits of child as well as Economical Conditions Effect eating habit of family.

It has been observed that knowledge and attitude of Family about feeding of child influences eating characteristics of child. In addition ,due to reduction of observation of children between 2-5 years ages in our country, it has been seen and observed that families have inadequate knowledge and information related to proper feeding and nutrition habits subject-matter.

**Key words:** Nutrition, healty child, 2-5 years ages, family.

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Beslenme; büyüme ,yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin organizmaya alınıp kullanılmasıdır. Bu nedenle de enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli olarak sağlanması, çocukların sağlıklı olabilmeleri için önemlidir( 15).

Çocuğun bedensel, duygusal gelişmesini ve sosyal davranışlarını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri yaşına, cinsine ve aktivitesine uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesidir(63).

Beslenme, erişkinlerin de hastalıklarının etyolojisi ve tedavisinde önem taşımakla beraber, çocukların yaşamlarında erişkinlere oranla daha değerli yer tutar. Pediatrik yaş grubunda yaşamsal önemi olan, büyüme ve gelişmeyi etkileyen en önemli faktörlerin başında gelir( 11).

Beslenmenin, büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu bebeklik ve çocukluk çağında ayrı bir yeri vardır. Bu dönemde optimal beslenmenin sağlanmaması, büyüme ve gelişmeyi yavaşlatır, durdurur. Bazı beslenme bozukluğu hastalıklarının oluşmasına neden olur ve enfeksiyon hastalıklarına karşı direnci düşürür( 11).

Beslenme konusundaki bütün ilerlemelere rağmen, dünyanın bir çok bölgesinde ve özellikle gelişmekte olan bölgelerde çocuklarda ölüm nedenlerinin başında beslenmeye ait sorunlar kendini göstermektedir(11).

Yapılan araştırmalar, yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda çocuk mortalite oranının, yeterli ve dengeli beslenen toplumlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir ( 11).

Malnutrisyon, gelişmekte olan ülkelerde her üç çocuktan birinin zihinsel ve bedensel gelişimini engellemektedir. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altındaki çocukların % 12'si akut , % 40'ı da kronik malnütrisyonludur. Sonuçta, her yıl 12 milyon olan 5 yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık 6 milyonunun ölüm nedeni malnutrisyon olmaktadır(1).

Bu hastalıkta tartı artmasında duraklama ilk bulgudur. Düzenli olarak izlenirse büyüme eğrisinde sapma görülür.Boya oranla tartıda belirgin bir düşüklük Protein Enerji Malnutrisyonu (PEM) için değerli bulgudur. Eğer bir çocuk genetik ve endokrin nedenlerle açıklanamayan boy kısalığı gösteriyorsa, kötü beslenmenin uzun süreli

olduğu ve boy uzamasının en hızlı olduğu hayatın erken dönemlerinde kötü beslenmiş olması olasılığı vardır. Bundan başka eğer boya göre tartı eksikliği %10'un üzerinde ise, kötü beslenmiş olma olasılığı çok daha kuvvetlidir(11).

Sağlıklı beslenmiş bir çocuğun başta immün sistemi olmak üzere bir çok sistemi sağlıklı gelişecek, çocuğun santral sinir sistemi gelişimi iyi olduğu takdirde gerek kognitiv gelişimi gerekse de entelektüel performansı daha üst düzeyde oluşacaktır. Bütün bunlar onun beden ve ruh sağlığını etkileyerek toplum içine daha başarılı ve mutlu bir birey olarak katılmasına etkide bulunacaktır(64).

Yaşamın her döneminde önemli olan beslenme, çocuklar için anne karnında başlar ve büyüme gelişmenin devam ettiği 20'li yaşlara kadar devam eder. Çocukları doğumdan itibaren iyi beslenen toplumlar, daha sağlıklı ve üretken olurlar. Araştırmalar ilk 7 yılda sağlıklı beslenen çocukların, diğer etkenlerden bağımsız olarak okul başarılarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. ( 18).

Bir yaşını doldurmuş çocuk kesin olarak aile sofrasındaki yerini almalıdır. Çocuğun erişkin hızında yemek yiyemeyeceği unutulmamalı ve buna sabır gösterilmelidir. Öğünlerdeki porsiyonların bitirilmesi için ısrarcı olunmamalıdır. Çocuk yemek istemiyor ise yemeyecektir. Bu nedenle çocuğa asla bağırılmamalı veya yemesi için vurulmamalıdır. İsrarcı olan anneler ile çocuk arasında psikolojik bir çatışma kaçınılmazdır. İş bu noktaya geldiğinde hem anne, hem de çocuk için yemek saatleri bir kabaya dönüşecek ve çocuklar aşırı ısrarcı anneye öğürerek ve /veya kusarak karşılık vereceklerdir. Anneye kızarak ,döverek bu savaşı kazanamayacağı, ısrarcı olunmadan gelecek öğüne kadar su dışında başka bir gıdanın çocuğa verilmemesi gerektiği anneye anlatılmalıdır. Daha çok ve daha kolay yesin diye çocuğun oyun alanı veya televizyon önü yemek masası niyetine kullanılmamalıdır. Tabak kaşık ile çocuğun arkasında dolaşarak ona yemek yedirilmemelidir. Özellikle oyun çağı döneminde pek çok anne bu yanlışı yapmaktadır(64).

Son yıllarda çocukların yaşam biçimleri ve yeme alışkanlıklarındaki değişimler, genelde aile ve sosyal çevredeki değişikliklere bağlanabilir. Bu değişimler, çalışan ailelerin artması, doğum sayısı ve aile birey sayısında azalma , tarım, balıkçılık, yiyecek teknolojisinde ilerlemeler, nüfusun hızla kentlere doğru kayması, sağlık kurumları ve eğitimin yaygınlaşması, televizyonun etki alanının artması ve çocukların daha erken yaşta okula başlamalarıdır(52).

Televizyon reklamlarının yaşam biçimi ve diyet alışkanlıkları üzerine büyük etki yapması, çocuğun önemli bir zaman dilimini televizyon karşısında geçirmesine, çocuk için neredeyse anne ,baba ve okuldan daha baskın bir bilgi kaynağı olmasına bağlıdır. Televizyon reklamlarının büyük kısmını besin değeri kısıtlı, yüksek kalori, yağ (özellikle doymuş), şeker, kolesterol ve tuz içeriği olan ve hemen hemen hiç besin ögesi içermeyen gıdalar oluşturmaktadır. Ayrıca bunlar içerdikleri katkı maddeleri dolayısı ile sakıncalıdır. Bu tür değersiz gıdaların tüketiminin çocuğun televizyon seyretme süresi ile orantılı olduğu bildirilmiştir(52).

Araştırma, 2-5 yaş arasındaki sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırmanın hipotezi olarak;

- Ailedeki bireylerin yeme alışkanlıklarının çocukluk dönemi yeme alışkanlığını etkileyeceği,
- Aile içi dinamiklerin çocuğun erişkin dönemde yeme alışkanlıklarını etkileyeceği,
- Ailenin genel yeme özelliklerinin çocuğun yeme alışkanlıklarını etkileyeceği düşünülmüştür.

## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1. BESLENMENİN TANIMI, ÖNEMİ VE İLKELERİ

Beslenme, canlılarda büyüme, sağlık, üreme için gerekli besin maddelerinin alınmasıdır. Besinler, bedende gerçekleşen kimyasal tepkimeler için gerekli kimyasal enerjinin yanı sıra, bedene destek olan, hücrelerin oluşması ve yenilenmesi için gereken maddeleri de sağlarlar. Canlıların varlıklarını sürdürebilmeleri için çeşitli kimyasal bileşenler içeren besinler almaları gerekir.

Beslenme; büyüme ,yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin organizmaya alınıp kullanılmasıdır. Bu nedenle de enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli olarak sağlanması, çocukların sağlıklı olabilmeleri için önemlidir(15).

Sağlıklı ve üretken olmanın göstergesi, beden, ruhen ve sosyal açıdan iyi gelişmiş bir beden yapısına sahip olmak ve bu yapının bozulmadan uzun süre var olmasıdır(11).

Çocuğun bedensel, duygusal gelişmesini ve sosyal davranışlarını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri yaşına, cinsine ve aktivitesine uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesidir(63).

Beslenme, erişkinlerin de hastalıklarının etyolojisi ve tedavisinde önem taşımakla beraber, çocukların yaşamlarında erişkinlere oranla daha değerli yer tutar. Pediatrik yaş grubunda yaşamsal önemi olan, büyüme ve gelişmeyi etkileyen en önemli faktörlerin başında gelir( 11).

Beslenme konusundaki bütün ilerlemelere rağmen, dünyanın bir çok bölgesinde ve özellikle gelişmekte olan bölgelerde çocuklarda ölüm nedenlerinin başında beslenmeye ait sorunlar kendini göstermektedir(11).

Yapılan araştırmalar, yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda çocuk mortalite oranının, yeterli ve dengeli beslenen toplumlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir( 11).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, sadece ölüm oranını değil, aynı zaman da büyüme ve gelişmeyi ( fiziksel ve mental) etkilemektedir ( 11).

Enerji ve besin öğelerinde olduğu gibi, çocuklar içinde önerilen sağlıklı beslenme biçimi de yaşıa göre farklılıklar gösterir. Ailelerin bu değişimlere uyum göstermesi her zaman kolay olmayabilir. Bu durum, özellikle süt çocukluğu döneminden sonra bazı ailelerin önemli bir sorunu olarak ortaya çıkabilir(18).

Beslenme, büyüme ve gelişmeyi doğrudan etkiler. Çocukluk dönemindeki yetersiz ve dengesiz beslenme, enfeksiyon hastalıkları ile birleştiğinde gelişme geriliğine, bebek ve çocuk ölümlerinin artmasına neden olur(11).

Büyüme- gelişme olayı, beslenme genetik yapı, cinsiyet, hormonlar, çevresel koşullar, sosyo-ekonomik durum, kültür ve gelenekler gibi çeşitli faktörlerin etkisi altındadır. Bu faktörlerden en önemlisi kuşkusuz “ beslenme” dir(11).

Beslenmenin büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu bebeklik ve çocukluk çağında ayrı bir yeri vardır. Bu dönemde optimal beslenmenin sağlanmaması, büyüme ve gelişmeyi yavaşlatır, durudur. Bazı beslenme bozukluğu hastalıklarının oluşmasına neden olur ve enfeksiyon hastalıklarına karşı direnci düşürür( 11).

Her çocuk için günlük tüketeyeği yiyeceğin çeşit ve miktarı farklıdır. Bu farklılığı; büyüme hızı, genel sağlık durumu, aktivite derecesi, beslenme konusundaki aile alışkanlıkları ve kişisel tercihler belirler( 15).

Ülkemizde yenidoğan bebeklerin %95’i emzirilmektedir. Ancak 6 aylık bebekler arasında yalnız anne sütü ile beslenen bebek oranı %5’in altında ve ilk 4-6 ay ek gıdalara başlama sıklığı %49 oranındadır(24).

Dünyada her yıl, bir milyondan fazla çocuğun anne sütü alamadığı için ishal, solunum yolu enfeksiyonları ve diğer enfeksiyonlardan öldüğu tahmin edilmektedir. Yapılan çalışmalar ek gıdalara genellikle 4 aydan önce başlandığını ve iki yaşından önce de emzirmenin kesildiğini göstermektedir(24).

Büyüme faktörleri, normal ve patolojik sürecin önemli kısmına katkıda bulunurlar. Bir başka deyişle, büyüme faktörleri fiziksel ve patolojik hücrenel

büyümenin ve onarımın araçlarıdır. Beslenme, organizmada Insulin-like Growth Factor ( IGF)'ler ve diğer büyüme faktörlerinin temel regülatörlerinden biridir. Bu nedenle, büyüme faktörlerinin beslenme desteğinde kullanımları klinik beslenmede giderek artmaktadır(19).

***Beslenme durumunun değerlendirilmesinde yanıt aranacak sorular:***

- Çocuğun besinsel gereksinimleri nelerdir? Çocuk metabolik yönden ne durumdadır (hipo- hiper- veya metabolik)?
- Yeterli protein ve enerji sağlanabilmiş midir? Diğer bir deyişle çocuk ne almaktadır?
- Bağırsaklardan emilim yeterli midir?
- Fazla miktarlarda verilen besin ögesi var mıdır?
- Verilen besinler ne şekilde metabolize edilmektedir? Çocukta anabolizma ve katabolizmadan hangisi hakim durumdadır?
- Besin ögelerinin depoları ne durumdadır?
- İçinde bulunulan beslenme durumunun sonuçları nelerdir? Herhangi bir zarar vermiş midir? Büyüme, gelişme ve kognitif fonksiyonlar etkilenmiş midir? Çocukta yara iyileşmesinin gecikmesi veya enfeksiyon gibi komplikasyonların gelişme riski var mıdır?
- Çocuğun ek nütrisyonel desteğe gereksinimi var mıdır?(enteral ve parenteral beslenme).

***Genel Beslenme İlkeleri***

Çocuğun gelecekte sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olabilmesi için, çocuğun günlük beslenmesinde ve öğünlerinde ailelerin göz önünde bulundurması ve uyması gereken bazı kurallar ve ilkeler vardır. Bunlar;

- Hiçbir yiyecek tek başına çocuğun gereksinimi olan total protein, enerji, vitamin ve mineralleri karşılayamaz. Bu nedenle, her gün belirli yiyecek gruplarından belirli miktarlarda tüketilmelidir.

- Yemek öğünleri düzenli, porsiyonlar çocuğun yaşına uygun olmalıdır.
- Çocukların günlük gereksinimi üç ana öğünde verilen yiyeceklerle karşılanamaz. Ana öğünün tamamlayıcısı ve dengeli bir diyetin önemli bir kısmını oluşturan ara öğünlerde seçilen yiyeceklerin besleyici değerinin yüksek olmasına dikkat edilmelidir.
- Diş sağlığı açısından şeker ve şekerin konsantre miktarını içeren yiyecek ve içeceklerden kaçınılmalıdır(15).

#### **4.2. TÜRKİYE VE DÜNYADAKİ ÇOCUKLARIN BESLENME DURUMLARI**

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması(1998) verilerine göre, yetersiz beslenme yaşamın ilk aylarında önemli bir sorun gibi gözükmemektedir. Ancak bodur olarak sınıflandırılan, diğer bir deyişle beslenme yetersizliğine bağlı olarak büyümeleri duraklamış çocukların oranında, ilk yaştan itibaren devamlı bir artış gözlenmektedir. Araştırmaya göre 5 yaşındaki çocukların  $\frac{1}{4}$  'ü kronik olarak yetersiz beslenmekte, %8'i ise ciddi bir şekilde kronik beslenme bozukluğu göstermektedir. Bodurluğun sık görüldüğü toplumlarda, ilk 3 yaştaki çocukların beslenmesine toplumsal olarak sosyal destek verilmesi ve sürekli eğitim yapılmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (18).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 5 yaşından küçük 10.7 milyon çocuk ölmekte ve ölümlerin %49 'u da yetersiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. Diğer yandan günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, çocuklar arasındaki şişmanlık kitlesel epidemik durumuna gelmiştir (47).

Hayatın ilk iki ayında bebeklerin yalnız % 44'ü sadece anne sütü ile beslenmektedir, bu yüzde düşük olmasına rağmen TNSA\_1998'de elde edilen önemli ölçüde yüksektir(%14). Bu yaş grubundaki çocukların %47'sinin anne sütü ile beraber su, içinde su olan sıvılar ve meyve suyu alan çocuklar olduğu gösterilmiştir. Çocukların %23'ü doğumdan sonraki iki ay içerisinde diğer ek gıdaları almışlardır. Bebekler 2-3 aylık olduğunda,yalnız %16 'sı anne sütü ile beslenmektedir. 2-3 aylık çocuklarda ek gıda alanların yüzdesi artarak %78'e çıkmıştır. Çocuklar 12-15 aylık olduklarında %45

'i artık emzirilmemektedir. Bebeklerde erken yaşta ek gıdaların verilmeye başlanması Türkiye'de bebek ölümlerine yol açan nedenlerden biri olan barsak enfeksiyonlarının riskini arttırmaktadır. 6 aydan küçük çocuklarda biberon kullanımı %37 ve bu oran 8-9 aylık çocuklarda en yüksek seviyeye ulaşarak %62'ye çıkmaktadır (61).

İlk altı ayda her 5 çocuktan yalnız biri sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama yaygındır ve biberon ile besleme tercih edilmektedir. TNSA-2003 sonuçları, ulusal ve uluslar arası kuruluşların devam eden yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarını yaygınlaştırma konusundaki desteklerin daha da artırılması gerektiğini vurgulamaktadır( 61).

5 yaşın altındaki her 8 çocuktan birinin bodur(yaşına göre kısa) ve bu çocukların dörtte birinden fazlasının ciddi şekilde bodur olduğunu göstermektedir. Diğer tarafta daha az sayıda çocuk zayıftır; yaşa göre ağırlık endeksine bakıldığında beş yaşın altındaki çocukların %4'ü düşük kiloludur. 24-59 aylık çocukların yaklaşık %15'i bodur olarak sınıflandırılmıştır. 5 yaşındaki çocukların yaklaşık %15'i kronik olarak yetersiz beslenmiştir ve %5'i ciddi şekilde bodurdur. Tüm bu göstergeler, yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlıklarını ve /veya tekrarlayan kronik enfeksiyonlarının varlığını yansıtmaktadır ( 61).

Yetersiz beslenme yüzdesindeki artış çocuğun doğum sırasındaki artış ile birlikte olduğu gerçeği önemlidir. Örneğin; doğum sırası 6 ve daha fazla olan çocukların dörtte birinden biraz fazlası ve doğum sırası 4 veya 5 olan çocukların beste biri yaşına göre kısadır. İki yıldan daha kısa aralıklarla doğan çocukların bodur olma olasılığı çok yüksek olup, bu çocukların yüzde 21'i bodurdur ve %8'i ciddi şekilde kronik beslenme yetersizliği göstermektedir (61).

TNSA-2003 sonuçları ile TNSA-1998 sonuçları karşılaştırıldığında araştırmalar arasındaki 5 yılda Türkiye'de yaşayan çocukların beslenme durumunda bir iyileşme meydana gelmiştir. Örneğin; TNSA-2003'de bodur olarak saptanan çocuklar %12 TNSA-1998'de bulunan değerden %16 dır (61).

Tüm dünyadaki toplam çocuk sayısı: 2.2 milyar. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan çocuk sayısı:1.9 milyar. Yoksulluk içinde yaşayan çocuk sayısı: 1 milyar, bu oran her iki çocuktan birini yansıtmaktadır([www.unicef.org](http://www.unicef.org)).

Dünyadaki para piyasalarında her gün 1.5 trilyon dolar el değiştirirken, 600 bini çocuk olmak üzere 1.2 milyar insan günde 1 dolardan azıyla geçimini sağlamaya çalışmaktadır.

- Kişi başına ortalama gelir 40 ülkede 1990 yılından bu yana her yıl yüzde 3 oranında artarken, 55 ülkede ortalama kişi başına gelir aynı dönemde azalmıştır ve bugün 80'i aşkın ülkenin kişi başına gelir düzeyi on yıl öncesi düzeye göre daha düşüktür.
- Dünya nüfusunun en zengin beşte birinin toplam dünya gelirinden aldığı pay, en yoksul beşte birin aldığından 74 kat daha fazladır.
- Gelir dağılımındaki eşitsizlikler OECD ülkelerinin çoğunda 1980'den bu yana artmıştır.
- Dünyanın en zengin ülkelerinde yaşayan nüfusun tahminen yüzde 12 kadarı yoksulluğun etkisi altındadır([www.tbb.org](http://www.tbb.org)).

Beş yaş altı ölüm hızını düşürebilme hızı açısından Türkiye 195 ülke içinde 29'uncu sıradadır. Ülkemizde 1990 – 2003 yılları arasında beş yaş altı ölüm hızı her yıl ortalama yüzde 5.3 puan oranında düşmüştür.

### **4.3. BESLENME DAVRANIŞLARININ GELİŞİMİ VE AİLENİN ETKİSİ**

Aile yapısı ve aile içi etkileşim, hem sorun yaratıcı hem de sorun çözücü özelliğe ve güce sahiptir. Aileyi oluşturan bireyler bir birini tamamlayan fonksiyonel bir bütünün parçasıdır. Aile en temel bağlantısal parça olup, bütün toplumlarda en yakın sosyal çevreyi oluşturmaya devam etmektedir. Bu nedenle de aile, aile üyelerinin fiziksel ve mental sağlığı üzerinde çok önemli etkiye sahiptir(6).

Beslenme ailesel bir aktivitedir. Aile üyeleri genellikle aynı diyeti paylaşır ve aynı oranda tuz , kalori, kolesterol ve yağ tüketirler. Ailede anoreksiya nevroza ve bulimiya nevroza gibi majör yeme bozukluklarının gelişimi ve tedavisinde de önemli rol oynamaktadır. Ebeveynler yiyeceği sıklıkla ödül veya ceza olarak kullanılmaktadır. Ebeveynlerin çocuğu yeme yönünde desteklemesi ile çocukluk çağı obesitesi arasında bir korelasyon gösterilmiştir. Öte yandan obesite tedavisinde aile desteğinin önemi üzerine yapılmış pek çok çalışma vardır(5).

Ailenin sağlık üzerine etkileri; biyolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik etkiler olarak karşımıza çıkar (27).

Keskin ve arkadaşları yaptığı çalışmada toplumumuzun ocuk terbiyesinde ödüle hemen hemen hiç yer vermezken, büyük ölçüde ceza kullandığı ortaya çıkmıştır(27).

İnsan davranışları doğumdan ölüme kadar gelişim evreleri göstererek, sürekli bir değişim halindedir. Bir sonraki evre , kazanılan bir yetinin üzerine inşa edilir. Bu yeti yeterince kazanılmamışsa sadece bir sonraki evre değil daha sonraki diğer evrelerde bu durmadan olumsuz etkilenir(27).

Bir yaşını doldurmuş ocuk kesin olarak aile sofrasındaki yerini almalıdır. Çocuğun erişkin hızında yemek yiyemeyeceği unutulmamalı ve buna sabır gösterilmelidir. ğnlerdeki porsiyonların bitirilmesi için ısrarcı olunmamalıdır. ocuk yemek istemiyor ise yemeyecektir. Bu nedenle çocuğa asla bağırılmamalı veya yemesi için vurulmamalıdır. İsrarcı olan anneler ile ocuk arasında psikolojik bir çatışma kaçınılmazdır. İş bu noktaya geldiğinde hem anne, hem de ocuk için yemek saatleri bir kabusu dönüşecek ve çocuklar aşırı ısrarcı anneye ğrerek ve /veya kusarak karşılık vereceklerdir. Anneye kızarak ,döverek bu savaşı kazanamayacağı, ısrarcı olunmadan gelecek öğüne kadar su dışında bir gıdanın çocuğa verilmemesi gerektiği çocuğa anlatılmalıdır. Daha çok ve daha kolay yesin diye çocuğun oyun alanı veya televizyon n yemek masası niyetine kullanılmamalıdır. Tabak kaşık ile çocuğun arkasında dolaşarak ona yemek yedirilmemelidir. Özellikle oyun ağı döneminde pek çok anne bu yanlışı yapmaktadır(63).

Kendi kendine yeme isteği bir yaş civarında başlar. Bu dönem, infant ve adölesan çağda görülen hızlı büyümenin yavaşladığı, anne bağımlılığının azaldığı ve kişilik kazanma çabasının belirginleştiği bir dönemdir. Bu yaş çocuğu tat ve şekille ilgilenmeye başlar ve yemekleri elleri ile hissetmeyi, karıştırmayı ve yemeyi severler.Dış dünyaya olan merakı artarken, yemek saatlerinde yemeğe karşı gösterdiği ilgi azalır. Açlık hissi ocuk büyüdükçe yerini sosyal ve çevresel faktörler karşısında baskılanır(47).

2-3 yaşlarında bağımsızlık için mücadele belirgin hale gelir. Bu dönemde sevilmeyen gıdalar günden güne, haftadan haftaya değişebilir. Genel olarak anne ve babaların yakınması çocuklarının iştahsızlığı ve yamağa gösterdiği ilgisizliktir.

Çocuğun gıda alımının zaman zaman artık azalması doğaldır. Özellikle bir önceki öğünde tüketilen yüksek enerjili gıdaların bir sonraki öğünün miktarını azalttığı, bu azaltımında genellikle çocuğun sevmediği gıdalar yönünde olduğu bildirilmiştir(47).

Süt çocukluğu döneminde sürekli beslenmesine alıştığı çocuğunun, oyun çağı ve okul öncesi dönemde yemeğe ilgisiz olması aileyi endişelendirebilir. Besin tüketimindeki yeterliliğin en iyi göstergesi çocuğun normal büyümesidir. Anne babalar büyüme eğrisinin kendilerine gösterilmesi ile rahatlatılabilir. Bu dönemde gözlenebilecek bir diğer problemde biberon bağımlılığıdır. Biberonun uzun süre emzik gibi kullanılmasın a izin verilmesi bu bağımlılığa neden olabilir.Sonuç olarak, kalori alımı uygunsuz şekilde aşırı artabilir. Veya fazla sıvı alınımı diğer gıdaların reddine ve dolayısı ile beslenme bozukluğuna yol açabilir(52).

Gelişim aşamasındaki kişilerin sürekli olarak karbonhidratlara maruz kalması kalyojenik etki oluşturur. Biberonda ısrar eden çocuk için iki metod uygulanabilir: Evdeki tüm biberonların uzaklaştırılması ya da daha yavaş bir metod olarak biberonla çocuğa sadece su verilmesi (52).

4-5 yaş çocuğu yemekten daha çok oyun ile ilgilenir ve taklit özelliği çok belirgin olduğundan anne, baba ve kardeşlerinden gördüklerini yapar. Bu dönemde anne babanın yemek saatlerine zaman ayırması ve sabırlı olması gerekir.Tam olarak yemekte bağımsızlığın kazanılması yıllar içinde olur ve her ailede farklı orandadır (52).

Son yıllarda çocukların yaşam biçimleri ve yeme alışkanlıklarındaki değişimler, genelde aile ve sosyal çevredeki değişikliklere bağlanabilir. Bu değişimler, çalışan ailelerin artması, doğum sayısı ve aile birey sayısında azalma , tarım, balıkçılık, yiyecek teknolojisinde ilerlemeler, nüfusun hızla kentlere doğru kayması, sağlık kurumları ve eğitimin yaygınlaşması, televizyonun etki alanının artması ve çocukların daha erken yaşta okula başlamalarıdır (52).

Televizyon reklamlarının yaşam biçimi ve diyet alışkanlıkları üzerine büyük etki yapması, çocuğun önemli bir zaman dilimini televizyon karşısında geçirmesine, çocuk için neredeyse anne ,baba ve okuldan daha baskın bir bilgi kaynağı olmasına bağlıdır. Televizyon reklamlarının büyük kısmını besin değeri kısıtlı, yüksek kalori, yağ (özellikle sature), şeker, kolesterol ve tuz içeriği olan ve hemen hemen hiç mikronutrient içermeyen gıdalar oluşturmaktadır. Bunlar içerdikleri katkı maddeleri

dolayısı ile sakıncalıdır. Bu tür değersiz gıdaların tüketiminin çocuğun televizyon seyretme süresi ile orantılı olduğu bildirilmiştir (52).

### ***Optimal Beslenme Alışkanlıklarının Kazandırılması***

İyi beslenme alışkanlıklarını kazanılması çocukluk çağında başlar ve yaşam boyu uygulanan bir pratik haline gelir. Optimal yeme alışkanlığı aşağıdaki öneriler doğrultusunda kazandırılabilir:

- Anne , baba ve kardeşlerin yönelimleri, çocuğun yeme yaklaşım ve isteğini etkiler. Yemek saatlerinin düzenli olması , kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir. ara öğünlerin, çocuğun total enerji gereksiniminin  $\frac{1}{4}$  'ünü sağladığını bildiren yayınlar vardır. Yeni gıdalar teker teker diyeteye sokulmalı, çocuk henüz açken , öğün başında bu yemekler çocuğa verilmeli, bunlar çocuğun alabileceği şekilde sunulmalıdır. Sebzeler ve et genellikle çocukların sevmediği ancak önemli gıdalardır.
- Büyüme hızı, ince ve kaba motor beceriler, kişilik gelişimi çocuğun neyi ne kadar yediğini etkiler. Kullandığı araçlar ve porsiyonların büyüklüğü, çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır. Yetersiz beslenme ve öğün atlama, öğrenme için gerekli olan fizik ve mental çabanın kalitesini düşürür.
- Emosyonel stres veya yemek esnasında başka aktivitelerle ilgilenme, besin alımını etkiler. Bu durumlar minimale indirilmelidir.
- Olumsuz yeme alışkanlıkları önemszenmemeli, olumlu davranışlar desteklenip övülmeli ve sevilen gıdalar ödül olarak kullanılmamalıdır.
- Çocuk yemek saatlerinde yemiyorsa, yemek vermek için bir sonraki öğün saati beklenmelidir.
- Çocukluk çağında obesiteye eğilim olması halinde önlemler alınması gerekir(45).

Gerek oyun çağı gerekse de okul çağında artık evden dışarı çıkmaya başlayan çocuklar dışarıda değişik ambalaj içinde sunularak onları cezbeden sağlık açısından hiç de yararlı olmayan ürünlerle tanışacaktır. Damak tadı açısından onları cezbedecek bu ürünler genelde doymuş yağlar, şeker ve tuzdan zengindir. Her türlü kraker, bisküvi , cips, şeker, çikolata, şekerli sakız, hamburger ve pizza, kolalı içecekler sağlıklı

beslenme açısından sakıncalı yiyeceklerdir. Özellikle kentsel yerleşimli çocukların bunlarla tanışmaması olanaksızdır. Bu nedenle çocukla kavga etmeden çocuğun yaşına göre davranarak bu tür ürünlerden çocuk uzak tutulmalıdır. Bu uyarıların uygulanabilmesi için ailenin mutfak düzeni önemlidir. Yani ailenin mutfağında bu ürünler yer almamalıdır (64).

Ailenin dengeli ve yeterli beslenme düzeni varsa, çocuk için özel yemek hazırlama gerekmez. Bu çağda çocuk artık yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazanmış olmalıdır (11).

Çocuğun düzenli yemek yeme alışkanlığını kazanmasında ailenin tutumu çok önemlidir. Aile çocuğun gereksiniminin ne olduğunu bilip ona göre yedirmelidir. Çocuğun bu çağda özellikle ikinci yaşta yemek yememesinin bir nedeni de daha önce alıştırılmamış olmasındandır. Zamanında ek yiyeceklere başlamamış olan çocukların 2. yaşta yeteri kadar yiyecek almalarında güçlük olabilir ( 11).

Garipağaoğlu ve arkadaşlarının, beslenme sorunu olan çocuklara ekip yaklaşımının sonuçları adlı çalışma 20 vaka üzerinde 3 ay süre ile aileler ekip tarafından eğitilip çocukların büyüme ve doğru beslenme alışkanlıkları kazanması ve ilk başta annelerde olan beslenme sorumluluğunun çocuklara verilmesi sağlanmıştır (17).

#### **4.3.1. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları**

Enerjinin yeterli alınması, boya uyan vücut ağırlığının her dönemde sağlanması ve korunması:

Çocukların iştahları pek çok şeyden kolayca etkilenir. Uzun süreli iştah azalması, kilo kaybına, malnütrisyona ve büyümede aksamalara neden olurken; enerji fazlalığı da şişmanlığa yol açar. Çocukluk dönemindeki şişmanlık, psikolojik sorunlarla seyretmekle kalmaz, erişkinliğe yansır ve birçok kronik hastalık için risk faktörü oluşturur(47).

#### ***Besinlerde çeşitliliğe özen gösterilmesi:***

Karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller, ve sudan oluşan ve sayıları 50'yi bulan besin öğeleri, vücuda ancak farklı türde besinlerin yenmesi ile

alınır. Bu nedenle, günlük beslenmede besinlerin mümkün olduğu kadar farklı grupları temsil edecek şekilde tüketilmesi önerilir(47).

***Total yağ, doymuş yağ ve kolesterol miktarının azaltılması:***

Amerika başta olmak üzere, dünyanın birçok ülkesinde ölüm nedenlerinin başında yer alan kalp-damar hastalıklarından korunabilmek için, alman önlemlerin başında, total yağ, doymuş yağ ve kolesterol tüketiminin azaltılması gelmektedir. Sözü edilen öğeleri azaltabilmek için et, tavuk, yumurta, süt, yoğurt, peynir gibi hayvansal besinlerin az ya da önerilen miktarlarda tüketilmesi ve az yağlı olanının tercih edilmesi önerilmektedir(47).

***Yeterli lif tüketilmesi:***

Konstipasyonun önlenmesi, diyabetin daha iyi kontrolü, kan lipitlerinin daha iyi düzenlenmesi, kanser dahil çeşitli barsak hastalıkları ile obesitenin önlenmesi konularında önemli rolü olan lifin yeterli miktarlarda alınması önerilir. Bunun için, liften zengin olan sebzelere, meyvelere, kuru baklagillere, tam undan yapılmış ekmeğe, makarnaya, bisküviye vb. besinlere, bulgura, kuru yemişlere günlük beslenmede sık yer verilmesi istenir. Çocuklar genellikle sebzeleri ve tam undan yapılmış ekmeği sevmezler. Buna karşın, meyve ve kurubaklagilleri severler. Annelerin bir yandan çocukların gereksinimlerini, diğer yandan tercihlerini göz önüne alarak, lifli besin tüketimini dengelemeleri gerekir(47).

***Şeker tüketiminin azaltılması:***

Çocuklar tarafından çok sevilen şekerin fazla tüketilmesi, şişmanlığa ve diş çürümelerine neden olur. Günlük beslenmede enerjinin büyük bir bölümünün(% 45-50) ekmek, pilav, makarna gibi kompleks karbonhidratlardan gelmesi, şeker ve tatlı türden besinlerin günlük enerjinin % 5, en fazla % 10 ile sınırlanması önerilir.Hatta mümkünse, hergün şeker ve tatlı türünden bir besinin yenmemesi, yenecekse ana öğünlerde, bir başka besin ile yer değiştirerek ya da az miktarda yenmesi önerilir. Bu şekilde diş çürümelerinin ve şişmanlığın önüne geçilebilir(47).

### ***Tuz alımının sınırlandırılması:***

Çocukların tuz gereksinimi oldukça düşüktür. Tuzun sürekli olarak fazla tüketilmesi, ileri yaşlarda yüksek tansiyon hastalığına neden olur. Çocuklar yemeklere tuz serpmekten hoşlanırlar. Tuzluğun masadan uzak tutulması, yemeklere az tuz eklenmesi, hazır besinlerden (çorbalar, et suları, soslar, konserveler, salamuralar vb.) kaçınılması, cips-pringles, gibi atıştırma türünden besinlerin azaltılması, tuz alımının sınırlandırılmasına yardımcı olur (47).

### **4.3.2. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler**

Beslenmeyi etkileyen faktörler çok çeşitli yönlüdür. Bu faktörler arasında en önemlileri:

- Sosyo-kültürel ve ekonomik düzey
- Besin üretimi dağıtımı ve besin teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizlikler
- Nüfus planlaması
- Çevre koşullarının sağlık kurallarına uymayıdır (11).

Sosyo-ekonomik düzey, besin alımında önemli bir faktördür. Özellikle besin değeri yüksek olan besinlerin tüketimi gelir düzeyi ile yakından ilgilidir (11).

Nüfus planlamasının da etkisi büyüktür. Ailede birey sayısı birey başına düşen gelir azalıp beslenmeye ayrılan pay düşmektedir (11).

Ailelerin sosyo-kültürel düzeyi çocuklardaki yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının başındadır. Evlerinde yeteri kadar değişik türde besin bulunmasına karşın bunları beslenme ilkelerine uygun olarak kullanamayan aile çoğunluktadır (11).

Çocuklarda beslenme yetersizliğinin bir nedeni de batıl inanışlar veya bilgisizlik sonucu küçük çocuklara esansiyel besinlerin verilmeyip şeker v.b. besinlerin verilmesidir. Büyümekte olan çocukların besin gereksinimleri bilinmediğinden bir çok hastalığın beslenme yetersizliğinden oluştuğu da dikkatten kaçmamaktadır(11).

Bundan başka besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanması ki temel ilkeler bilinmediği için besin öğelerinde kayıplar çok olmaktadır (11).

Çevre koşullarının sağlık koşullarına uygun olmayışı da beslenme sorunlarını yaratan nedenler arasındadır. Besinlerin uygunsuz koşullarda saklanması,işlenmesi ve hazırlanması vücuda zararlı öğelerin de girmesine neden olmaktadır(11).

Annenin eğitim düzeyi, çalışıyor olması çocuk beslenmesi konusundaki bilgisinden bağımsız olarak, bebek ve çocuk beslenmesini olumlu etkilemektedir. Bu durumun annenin kendine olan güveninin artması, ev içi kaynakların kullanımında söz sahibi olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir(18).

Çocuğun iç düzenleyici dinamiğini göz önüne almayan otoriter beslenme biçimleri çocuklarda iştahsızlığa yol açmaktadır. Aile içi sorunlar, inatçı kişilik yapısı ve oral-motor kas gelişimi problemleri de çocuklarda ek besinlere başlamada sorunlara neden olmaktadır(18).

Beslenmede tek düzeliğin çocuğu olumsuz etkilediği, besinlerde çeşitliliğin artırılması ile toplam enerji alımının arttığı belirtilmektedir. Araştırmalar hazır mamalardaki şeker miktarının artması ile, mamanın alım miktarının da arttığını göstermektedir. Yine enerji yoğunluğu yüksek olan besinler de iştahı olumsuz etkilemektedir(18).

#### ***Uygun beslenme davranışı 4 grupta toplanır;***

- **Beslenme biçimi:** Beslenme biçimi çocuğun psiko-motor gelişimine (kaşığı tutma, çiğneme, ısırma becerisi vb.)uyarlanmalıdır.
- **Besleyen kişinin canlılığı:** Besleyen kişi bebeği yada çocuğu yemek için cesaretlendirmeli, çocuğa kendini beslemede yardımcı olmalıdır.
- **Besleyen kişinin duyarlılığı:** Çocukla bakıcı arasında duygusal yakınlık olmalı, beslemenin zamanlaması çocuğun ruhsal durumuna göre ayarlanmalıdır.
- **Beslenme koşulları:** Beslenme düzenli ve aynı saatte olmalı, çevrede dikkat çeken başka olaylar olmamalı, çocuk denetlenmelidir (18,[www.tgc.org](http://www.tgc.org)).

#### 4.4. 2-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN BESLENMESİ

2-5 yaş, çocuğun büyüme ve gelişmesinde büyük aşamalar gösterdiği yıllardır. Bu aşamalarda büyüme hızı ilk yaşa kıyasla azalmıştır. Büyüme hızının azalmasına bağlı olarak besi gereksinimlerinin daha az olması beklenir. Ancak 1-3 yaş arası hareketin çok arttığı bir dönem olması nedeniyle kalori gereksinimi çok yüksektir( 100 kalori/kg/gün)Genelde alınan kaloringin %10-15 'i yüksek kaliteli proteinlerden, %30-35'i yağlardan ve %50-60'ı karbohidratlardan gelmektedir(18).

Bu dönemdeki çocukların beslenmesi, ailenin diğer bireylerinden farklı değildir. Sağlıklı beslenme önerileri tüm aileye yapılır. Ancak büyüme gelişmenin devamı açısından günlük alınması gereken besinlerin miktarı, ailenin diğer üyelerinden farklıdır (18).

Okul öncesi dönemin başında çocuklar ,tam olarak başkalarına bağımlı ve sınırlı türden besinler tüketirken, aynı dönemin sonunda tam olarak bağımsız, farklı türden besinler tüketir duruma gelir. Beslenme açısından oldukça değişkenlik gösteren bu dönem, sağlıklı beslenme alışkanlığının gelişmesi açısından da önemlidir (18).

İki yaşına gelmiş çocuk genellikle 3 öğün yemek yer. Yemek aralarında özellikle ikinci vakti meyve veya meyve suyu verilebilir. Ayrıca yatarken de süt içebilir. Yemek aralarında şekerlemeler, pasta, bisküvi veya kurabiye verilmesi gereksizdir. Bu yiyecekler çocuğun normal besin gereksinimini karşılamasını engellediği gibi diş çürümelerine de yol açabilir. Ailenin dengeli ve yeterli beslenme düzeni varsa, çocuk için özel yemek hazırlama gerekmez. Bu çağda çocuk artık yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazanmış olmalıdır (11).

Çocuğun düzenli yemek yeme alışkanlığını kazanmasında ailenin tutumu çok önemlidir. Aile çocuğun gereksiniminin ne olduğunu bilip ona göre yedirmelidir. Çocuğun bu çağda özellikle ikinci yaşta yemek yememesinin bir nedeni de daha önce alıştırmamış olmasındandır. Zamanında ek yiyeceklere başlamamış olan çocukların 2. yaşta yeteri kadar yiyecek almalarında güçlük olabilir (11).

İkinci yıl sonlarında kendi kendine yemek için büyük istek duyar. Bu istek mümkün olduğunca yerine getirilmelidir (11).

Aynı zamanda çocuk çoğunlukla büyüklerini taklit edeceğinden yetişkinlerin besleme konusunda çocuklara iyi örnek olmaları gerekir (11).

Oyun çocukluğu dönemi çocuğun 1-3 yaş dönemidir. Bu dönemde çocukta psikolojik sebeplere bağlı olarak yemek seçme ve reddetme olabilir. Anne ve babanın çocuğa daha fazla yemesi için ısrarları, ödüllendirme ve cezalandırma davranışları çocuğun yemesinin olumsuz gitmesine neden olur (11).

Bu yaştan sonra ki okul öncesi dönem çocuğun sosyal yaşamının başladığı dönemdir. Bu dönemdeki yemek alışkanlığı hayatın diğer dönemlerinde de sürer. Bu yaş çocuklarının diyetlerini zenginleştirmek için çeşitli karışımlar yapılabilir( örneğin makarnaya, peynir, yumurta,yoğurt v.b. katmak gibi) (11).

Bu çocuklarda iştahın önemli faktörlerinden birini lezzet oluşturur. Aşırı soğuk ve sıcaklardan kaçınılmalıdır. Çünkü bu yaş gurubundaki çocuklar besinlerin ılık olmasından hoşlanır. Bazen besinlerin kokusu bile önemlidir. Bir çok çocuk yemekte birbirine karışmış şeyleri reddeder.Yani çocuk yemekte düzenlilikten hoşlanır. Çocukların bir çoğu lezzete karşı çok hassastır ve çok pişirilmiş veya tadı bozuk yemekleri yemezler(11).

Okul öncesi ve okul çocuklarına uygulanan beslenme programlarının, büyüme-gelişmeyi sağlama yanında, yaşam boyu sağlığı korumayı, hastalık risklerini azaltmayı, hatta önlemeyi de hedeflemesi gerekir. Bu hedefe ulaşmak ise, çocuğun beslenme alışkanlıklarını; ağız tadını, tercihlerini göz ardı etmeksizin, yaşma uygun türde ve miktarda besin seçimi ile mümkündür.

Bu dönemdeki çocukların beslenmesi, ailenin diğer bireylerinden ayrı düşünülemez. Sağlıklı beslenme ilkeleri tüm aile için geçerlidir. Ancak, sürekli büyüyen-gelişen çocukların erişkinlerden daha fazla besleyici, fakat daha küçük porsiyonlarda besinlere gereksinimleri vardır (47).

Çocuğun yemeğinin fiziksel durumu duygusal ortam kadar önemlidir. Sofraya rahat ulaşacak pozisyona olmalıdır. Tabaklar, bardaklar ve diğer kaplar kırılmayan cinsten olmalı ve hemen devrilmeyip dökülmeyecek şekilde yeteri kadar ağır olmalıdır. Tabak yerine kase çocuğun kaşıklaşmasını kolaylaştıracak bir uygulamadır. Kalın kısa saplı kaşık ve çatal tercih edilmelidir (11).

Çocuklar aşırı yorgun oldukları zaman iştahları olmaz. Yemekten önce hafif bir aktivite veya seyahat yemeğin rahat ve eğlenceli bir şekilde yenmesini sağlar.İyi iştah

kazandırmak için çocukların aktif, fakat fazla yorulmadan aktivite göstermeleri ve temiz havalı açık yerlerde vakit geçirmeleri gerekmektedir (11).

Birinci yılın sonunda ve 2.yılda büyüme hızında azalmaya bağlı olarak kalori gereksinimi azalır. Bazı yiyeceklere, yada tüm yiyeceklere karşı geçici ilgi azlığı ortaya çıkar. Çocuklardaki bu özelliğin bilinmesi, ailelerin çocuğu gereksiz yere yemeye zorlamalarını engelleyebilir, Bu nedenle annelere 2.yılda yeme alışkanlığı hakkında bilgi vermek gerekir, iki-beş yaş arasında ortaya çıkan beslenme sorunları genellikle ailelerin yeme açısından aşın ısrarcı olmasından ve endişelenmesinden kaynaklanmaktadır(12).

9. aydan sonra çocuğun temel besini olmaktan çıkan anne sütü 12-15 ay arasında, en geç 2 yaşında ve-anne için uygun olan bir zamanda kesilmelidir. Anne sütü kesilirken ailenin diğer bireylerinin çocuk ile daha fazla ilgilenmesi ve anneye yardımcı olması gerekir.

Çocuk 13-14 aylık olduktan sonra kendisi kaşık kullanmalıdır. Aile bireyleri ile sofraya oturan çocuğun ayrı bir tabağı olmalı ve neyi ne kadar tükettiğine dikkat edilmelidir.

En sık yapılan hatalardan biri çocuğu yemek suyu ile beslemektir. Hiçbir besleyici değeri olmayan bu beslenme biçimi uygulanmamalıdır.

Bu dönemde de çocuklar günde 4 öğün beslenmeli, temel besin gruplarını

- Süt ve sütlü gıdalar;
- Et - yumurta ve baklagiller;
- Sebze ve meyveler;
- Unlu ve nişasta besinler yeterli ve dengeli olarak tüketmelidirler(13,40).

#### 4.4.1. Besin Ögeleri Gereksinimleri

Çocukluk çağı besin gereksinimleri genel olarak 5 yaş altı ve 5 yaş üstü olmak üzere 2 grupta ele alınır. Beş yaşından küçüklerde, enerjinin yaklaşık yarısının karbonhidratlardan sağlandığı, yağ sınırlamasının (özellikle 2 yaşın altında) yapılmadığı, lif içeriği az olan dengeli bir beslenme önerilir. Beş yaşından büyük çocuklar için önerilen beslenme biçimi erişkine benzerdir. Bu yaşta temel olarak ileri yaşlar için gerekli olan sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmaya çalışılır (18).

Bilindiği gibi, bir çocuğun enerji gereksinimleri bazal metabolizmaya, büyüme hızına, vücut ölçülerine, yaş ve aktiviteye bağlıdır(11).

Büyüme sağlayacak ve proteinin enerji kaynağı olarak kullanılmayacak şekilde yeterli kalori sağlanmalı, aynı zamanda şişmanlığa yol açacak miktarda aşırılığa kaçılmamalıdır. Bu grupta enerji alımı normalde 1300-1700 kal/ gün'dür(11).

Çocukların idame gereksinimlerini karşılaması ve optimal büyüme sağlaması için yeterli protein almaları gereklidir. Önerilen gereksinim tablolarına göre kg. başına düşen protein miktarı ilk çocukluk yıllarında 1,5-1,8 gr. arasındadır(11).

Bir yaşındaki bir çocuğun günlük kalori gereksinmesi 1000 kalori (4.2 MJJ civarındadır. Günde yarım litre inek sütü içse, bu kalori gereksinmesinin % 35 ini karşılamış olur. Günde yarım litre süt de bu çocuk için iyi bir besin sayılır. Kalan kalorisini çocuk ailenin diğer bireylerinin yediği yiyeceklerden sağlayabilir. Çocuğun. 5 yaşına kadar günde 500 ml süt içmesinin iyi bir uygulama olduğu genellikle kabul edilir; 1926 yılında İngiltere'de Corry Mann önemli bir çalışma yapmıştır. Sanayileşmenin en hızlı ve zor yılları olan o yıllarda, İngiltere'de birçok çocuklara, zenginlerin ve dindarların yardımıyla bakımevlerinde bakılıyordu. O zamana göre yeterli olduğu düşünülen bir beslenme programı izleniyordu. Bir grup çocuğa ek olarak günde 500 ml süt verildiği zaman, bir öteki çocuklardan ortalama 2 cm daha fazla uzadıkları ve okul başarılarının arttığı görülmüştür(53).

2 yaşına kadar çocuğa bir multivitamin preparatı vermek, oldukça yaygın bir uygulamadır. Aslında dengeli beslenen bir çocuğun vitamin preparatına ihtiyacı yoktur. Mineral preparatları ise genellikle yeteri kadar kalsiyum ve demir içermezler. Süt içimi iyi olan bir çocukta kalsiyum eksikliği gelişmez.

Çocuk her gün hiç olmazsa bir öğünde yeteri kadar et veya balık yemiyorsa demir ve çinko eksikliği gelişebilir. Bu da çocuğun büyümesini, öğrenme yeteneğini etkileyebilir(18).

Çocuklarda hareketlilik çok farklıdır,hareketliliğe bağlı olarak da çocuğun iştahı günden güne değişik olabilir. Çocuğun kilo alışı normal bir tempoda gidiyorsa fazla yada az yiyor diye endişeye gerek yoktur (18).

Bir çok okullarda sabah kahvaltısı ile öğle yemeği arasında bir küçük beslenme verilir. Bu iyi bir uygulamadır. Bu saatte verilecek en iyi besin (eğer dokunmuyorsa) bir bardak süt olabilir. Akşam yemeği gecikecekse ufak bir ikinci kahvaltısı verilebilir. Ancak çocuğun asıl beslenmesi üç öğünde olmalıdır. Çocuğun öğünleri, ailesi ile birlikte alması son derece yararlıdır. Ancak akşam yemekleri. 7. den sonraya..kalıyorsa, 5 yaşının altındaki çocuklar erken yatacağı için, onları önceden doyurup yatırmak gerekebilir. Sabah kahvaltısı çocuk için en gerekli öğündür ve yeterince yaptırılmalıdır. Ailesinin tümüyle sofraya oturduğunu gören çocuk, sabah kahvaltısını zevkle yapar. Yiyecek maddelerinin temizliğine son derece özen göstermek gerekir. Yiyecekler ve yemekler taze olmalı veya en uygun şartlarda dondurularak saklanmış olmalıdır. Yeteri soğuklukta saklanmayan et, tavuk ve diğer besinlerin ne kadar çabuk bozulabileceğinin bilinmediğini, gazetelerdeki sık sık besin zehirlenmesi haberleri de göstermektedir(18).

Süt ve süt ürünleri birçok çocuğun tipik diyetlerindeki protein miktarına önemli ölçüde katkıda bulunur. Et ve yumurtadan, hububattan, ekmekten ve sebzelerden alınan proteinlere ilave olarak alınan gıdalar komplet protein kaynaklarıdır(11).

### ***Protein***

Protein gereksinimi, infant ve adolesan arasındaki zaman diliminde büyüme hızına paralel olarak düşer. Çocuklar için alınması gereken protein miktarları, erişkinler için gerekli olan miktara (0,8 g/kg), büyüme ve utilizasyon etkinliğinin oluşturulması için gereken miktarın eklenmesi ile elde edilen değerdir. Önerilen miktar 1-3 yaş için 1,2 g/kg, 4-6 yaş için 1,1 g/kg, 7-10 yaş için 1g/kg 'dır. Okul çağı çocukları için önerilen protein miktarı 1 g/kg veya total kalorinin %5,7 'sidir. Önerilen miktarların en fazla iki katına kadar çıkılmalıdır. Çünkü aşırı protein

tüketiminin, ileri yaşlarda glomerüler skleroz ve osteoporozu arttırdığı bildirilmektedir(18).

### ***Enerji***

Bebeklik dönemine göre büyüme hızı yavaşladığı için, 2-5 yaş grubu çocukların enerji gereksinimleri, yaşa göre hesaplanan (1000+yaşx100) ya da önerilen kadar fazla değildir.Günlük alınan enerjinin;

% 50-55 'inin karbonhidrattan,

%10-15 'ini proteinden,

%30-35'inide yağlardan gelmesi önerilir.

Bir diğer enerji formülü, önerilen enerji alınımı(kcal):  $(110-(3 \times \text{yaş}) \times \text{vücut ağırlığı(kg)})$ . Bu hesplama toplam 2500 kaloriye kadar kullanılabilir(26).

Bu dönemdeki çocukların günlük enerjilerinin önemli bir kısmını, bisküvi, çikolata, gofret ve şekerlemeler ile meyve suyu, gazoz, kola, çay gibi içeceklerden gelen enerjinin oluşturduğu bilinmektedir. Genel sağlık ve diş sağlığı üzerine olumsuz etkileri dikkate alındığında, boş kalori kaynağı olarak düşünülen bu besinlerden çocukların uzak tutulması gerekir(18).

### ***Yağ***

Son yıllarda endüstrileşmiş ülkelerde, tüm yaş gruplarında, yağ tüketiminde bir azalma eğilimi görülmektedir. Az yağ tüketmek erişkinlerde herhangi bir beslenme sorunu yaratmazken, okul öncesi çocuklarda enerji açığına neden olur. Çünkü yağın kısıtlanması halinde çocuk yağdan gelen enerjiyi karbonhidratlardan karşılar. Karbonhidratlı besinlerin volüm olarak daha doyurucu oldukları (özellikle liften zenginse) göz önüne alındığında, yeterli yağ tüketmeyen çocukların günlük enerjileri açık kalır(18).

Beş yaşına doğru yağ tüketiminde dereceli bir sınırlama yapılır ve okul öncesi dönemde yağdan gelen enerjinin %30-35 civarında tutulması önerilir. 5 yaşından sonra erişkinler gibi olurlar yani günlük enerji ihtiyacının %30 'unu yağlardan alırlar(18,49).

Yağ asitleri yenidoğanlarda görme fonksiyonları ve beyin gelişimi üzerinde kritik etkileri vardır. Büyük çocuklarda uzun zincirli yağ asidi eksikliğinin, dikkat bozukluğu, hiperaktivite sendromu bozukluğu ile ilişkili olduğunu gösteren yayınlar vardır(48).

### ***Lif***

Bu yaş grubu çocukların beslenmeleri ile, günde 3- 25 gr ortalama 12 gr kadar lif tükettikleri, bununda normal vücut fonksiyonları için yeterli olduğu bildirilmiştir. Eğer çok fazla tüketilirse doygunluk hissi yaratacağından çocuklarda enerji açığa çıkabilir. Ayrıca fazla lif alımı, çocuklar için önemli olan demir, kalsiyum, çinko, bakır ve magnezyum gibi önemli minerallerin emilimini olumsuz etkileyebilir. Yine liften fazla beslenen çocuklarda gaz ve aşırı dışkılama gibi sorunlar görülebilir. Günde 1-2 orta boy meyve, 1 porsiyon sebze, 4-5 dilim ekmek veya bulgur, makarna vb. tahıllar ve haftada bir yada iki kez tüketilen kurubaklagil yemeği ile karşılanır(18).

### ***Mineraller ve Vitaminler***

Mineraller ve vitaminler de çocukluk yaşlarında normal gelişme için ve büyüme için önem taşırlar. Okul öncesi 1-3 yaş grubu arasındakiler demir eksikliği için yüksek risk grubunda olduklarından, önerilen günlük demir gereksinimi bu grupta 15 mg. ve 4-6 yaş grubunda 10 mg. olmalıdır (11).

### ***Kalsiyum***

Kalsiyum, bu dönemde 1-3 yaşa göre gereksinimi artan önemli mineraller arasındadır(18).

Kalsiyum için önerilen 800mg/gün değer 1-10 yaş grubu için geçerlidir. Süt ve diğer süt ürünleri kalsiyumun primer kaynağı olduğundan bu besinleri kısıtlı olarak alan yada alamayan çocuklar kalsiyum yetmezliği ve getireceği komplikasyonlar açısından risk grubundadırlar(11).

### ***Çinko***

Çinko da büyüme için esansiyel bir maddedir. Yetersizliğinde; büyüme geriliği, tad duyusu bozukluğu ve yara iyileşmesi bozukluğu ortaya çıkar. Günlük alım 10 mg. olmalıdır. En çok et ve deniz ürünlerinde bulunabildiğinden, bu gıdaların yetersiz alınımında çinko eksikliği oluşabilmektedir(11).

Çinkodan fakir beslenen çocukların iştahsız, yeterli kilo alamayan ve sık enfeksiyon geçiren çocuklar olduğu izlenmiştir (64).

### ***D vitamini***

D vitamininin alımı çocuğun bulunduğu coğrafi bölgeye ve güneşte kaldığı süreye bağlıdır. Tropikal bölgelerde yetişen çocuklar için D vitamininin, ilaveten alınmasına gerek olmadığı ya da en az günde 100 I.Ü. (2,5 mikrogram) alınması halinde kalsiyum utilizasyonu için yeterli olduğu kabul edilmektedir. Çocuklarda( bu yaş grubu) görülen ve çeşitli bozukluklara yol açabilen D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm, günlük gereksinim olan 400 I.U. D vitamininin doğumdan sonra 3- 4 haftalıktan başlayarak düzenli olarak verilmesiyle önlenbilir( 11).

### ***A vitamini***

A vitamini de çocukların gelişiminde büyük rolü olan bir vitamindir. Görme işlevindeki rolünün yanı sıra Vücut membranlarının stabilitesi, epitel hücre bütünlüğü, mukus salgılama yeteneği, bazı glukoproteinlerin biosentezi gibi işlevleri için vitamin A gereklidir. Bütün okul öncesi çocukların % 1 inden fazlasında Güney ve Doğu Asya'nın pirinç yiyen bölgelerinde A vitamini eksikliği belirtileri (körlük, deri belirtileri) gösterilmiştir. Bu yaş grubu çocukların yetersizlik belirtileriyle karşılaşmamaları 2000-2500 İ.U. / gün A vitamini almaları gerekmektedir. A vitamini en çok hayvansal kaynaklardan; balık karaciğeri, karaciğer, süt ve süt yağı, yumurta sarısında, bitkisel kaynaklardan; sarı, turuncu ve yeşil sebze ve meyvelerde bulunur(11).

### ***B1 vitamini***

B1 vitamini(tiamin) vücuttaki çeşitli biyokimyasal tepkimeler için gerekli bir vitamindir. Et, karaciğer, baklagiller, yer fıstığı, yumurtada bulunur. Eksikliğinde beriberi hastalığı ortaya çıkar. 2-6 yaş için günlük gereksinim 0,7-0,9mg dır ( 11).

### ***Niacin***

Niacin ( Nikotinik asit) oksidasyon ve redüksiyon reaksiyonlarında koenzimdir. Hüvrelerin oksijeni kullanabilmesi için gerekli solunum enzimlerinin işlemlerini sağlar. Besinlerde mevcut olan triptofan aminoasidinden vücutta yapılabilir. Karaciğer, balık eti, etlerde bulunur, tahıllarda azdır ve mısır tüketimi fazla olan yerlerde avitaminoz belirtilerine daha çok rastlanır. Yetersizliğinde pellegra görülür. 2-6 yaş grubu çocukların günlük ihtiyacı 9-11 mg dır (11).

### ***B2 vitamini***

B2 vitamini kısa zincirli yağ asitlerinin oksidasyonunda önemli rol oynar. Riboflavin yetersizliğinde klinik bulguların başında deride, özellikle dudak, burun, göz kenarlarındaki yaralar gelir. Burun dışında göz damarlarında genişleme, yanma, görme zorluğu ve sinir sistemi bozuklukları, riboflavin yetersizliğinin belirtilerindedir. Kaynakları en çok et, süt, yumurta, gibi hayvansal kaynaklı yiyecekler, yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagillerdir. Tahıllardaki riboflavin yetersizliği belirtilerinin görülüş sıklığı %5-49 arasında değişmektedir. Günlük alınması gereken miktar bu yaş grubunda 0,8-1,0 mg 'dır (11).

### ***C vitamini***

Askorbik asit veya C vitamininin en önemli görevi bağ dokusu proteini olan kollajenlerin oluşumudur. Ayrıca trozin metabolizmasında rolü vardır, demiri indirgeyerek emilimini kolaylaştırır. Besinlerde C vitamini kaynakları sebze ve meyvelerdir. Bunlardan portakal, mandalina, limon, greyfurt C vitamininden zengindir, karışık salata veya domates iyi kaynaklardandır. Yetersizliğinde önce yorgunluk, iştah azalması daha sonra da sırası ile büyümede duraklama, anemi, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, diş etlerinin şişmesi ve kanaması, ateş, kemiklere kırılmalarla belirlenen skorbüt hastalığı görülmektedir. 2-6 yaş grubunda günlük gereksinim 45 mg'dır (11).

***1-5 Yaş Çocuğunun Genellikle dengeli bir beslenme listesi şu şekilde olmalıdır:***

- Her gün en az 2 su bardağı süt veya yoğurt verilmelidir. Çünkü bu besinler kemik gelişimi için önemli olan kalsiyum'un en iyi kaynağıdır. İki kibrit kutusu peynirde bir bardak süttteki kadar kalsiyum vardır.
- Vücutta kan yapımında görevli olan demirin en iyi kaynağı olan tavuk, balık, yumurta ve kurubaklagillerin bir veya bir kaçından en az iki porsiyon bulunmalıdır. Yumurta, düzenli et yiyen çocuklara gün aşırı, diğerlerine her gün verilebilir. Yumurta rafadan veya katı pişmiş olarak sandviç içinde veya omlet şeklinde de tüketilebilir.

1 porsiyon et = 2 köfte veya 5 silme yemek kaşığı kuru baklagil (mercimek, bakla, kuru fasulye).

- Meyve ve sebzeler: vitaminler açısından zengindir, ayrıca kalsiyum ve demir emilimine de yardımcıdır. Bu yaşta çocuklara 5 porsiyon sebze ve meyve verilmelidir. Ancak çocuklar özellikle sebzeler konusunda çok seçicidir. Bu nedenle sebzelerin çorbalar, pilav, makarna, börek ve köfteler içine doğrudan konması veya yine pilav, makarna, köfte yanında ek olarak verilmesi sebzelerin daha zevkli ve kolay yenmesini sağlayabilir. Meyvelerin kabuklu olarak yenmesi bu yaş grubunda sık rastlanan kabızlık sorununun önlenmesine yardımcı olur.

1 porsiyon sebze = 5-6 silme yemek kaşığı sebze yemeği

1 porsiyon meyve = 1 orta boy meyve = 5/4 su bardağı meyve suyu

- Vücudun esas enerji kaynağı olan ekmek ve diğer unlu nişastalı yiyeceklerde günde en az 6 porsiyon yenmesi gerekmektedir. Belirlenen bu miktarın 3 porsiyonu 3 dilim ekmek, diğerleri çorba, pilav, makarna, patates, börek vb. şeklinde verilebilir. 1 porsiyon = 5-6 silme yemek kaşığı pilav/makarna veya 1 dilim ekmek(41,44).

Çocuklara mümkün olduğu kadar erken dönemde kendi kendilerine çatal-kaşık kullanarak yemeleri öğretilmelidir. İlk 3 yaşta çocuklarda çiğneme ve yuma işlevlerinin gelişimi tamamlanmamıştır. Bu nedenle besinler yumuşak bir şekilde verilmelidir. Sert ve taneli besinler kolayca soluk borusuna kaçarak boğulmaya yol açabileceği için verilmemelidir. Fındık, fıstık, kabak ve ay çekirdeği ve kuru baklagiller solunum yollarına en sık kaçan maddelerdir(41).

Çocuklara çay, kahve veya kola verilmesi içerdikleri uyarıcı maddeler nedeni ile onları aşırı sinirli yapar, çocuklara bu tür maddeler hiç tattırılmamalıdır(41).

Her çeşit şeker çocuklara sık verilmemesi gereken yiyeceklerdendir. Yemek aralarında çocuğa şeker vermek, iştahını kapatarak yetersiz beslenmesine yol açtığı gibi ileride görülen diş çürüklerinin de önde gelen nedenidir. Bu dönemde çocuklar ağız ve diş sağlığı konusunda eğitilmelidirler. 1.5-2 yaşma gelen her çocuk bîr diş fırçasına sahip olmalıdır. Bu yaşta henüz diş macununa gerek yoktur. Diş macunu kullanmaya 3. yaştan sonra başlanabilir(13,41).

#### 4.4.2. Günlük Mn rnekleri

##### 2-3 a arası için günlük mn rneği(18).

###### Kahvaltı

- ¾ su bardağı süt(150 ml)
- 1 yumurta veya 1 kibrit kutusu kadar peynir
- 3-4 adet zeytin(ekirdeği çıkarılmış)
- 1-2 tatlı kaığı reçel, pekmez, bal, fındık ezmesi(birisi)
- 1 ince dilim ekmek
- Birkaç dilim domates veya mandalina

###### ğle

- 2-3 yemek kaığı etsiz kuru fasulye
- 2-3 yemek kaığı dolusu bulgur pilavı
- yarım kase yoğurt(100ml)

###### İkinci

- 1 orta boy meyve veya
- bir ince dilim kek

###### Akam

- 3-4 yemek kaığı (1 kepçe) sebzeli tavuk
- 1 dilim ekmek
- sütlü tatlı(150 ml)

#### 4-6 yaş arası için günlük m?nü ?rneği(17).

##### Kahvaltı

- 1 su bardağı s?t(200 ml)
- 1 yumurta veya 1 kibrit kutusu kadar peynir
- 1-2 tatlı kaşığı reçel, bal , pekmez, fındık ezmesi(birisi)
- 4-5 adet zeytin
- 1 orta dilim ekmek
- birkaç dilim domates veya mandalina

##### Öğle

- 2 orta dilim kıymalı b?rek
- 2-3 yemek kaşığı (2/3 kepçe) zeytinyağlı sebze yemeği
- bir su bardağı ayran(200 ml)

##### İkindi

- 1 su bardağı meyve suyu (taze sıkılmış)
- 1-2 adet kurabiye

##### Akşam

- 2 adet etli biber dolma
- bir kase yoğurt(200ml)
- 1küçük boy meyve

## 4.5. 2-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN BESLENME SORUNLARI

### 4.5.1. Fazla Beslenme ve Obezite

Gelişmiş ülkelerin çocukluk dönemi beslenme bozukluklarının önemli bir kısmını oluşturan obesite (şişmanlık), vücutta aşırı yağ depolanması sonucu ortaya çıkar. Erişkin yaşa yansır ve bir çok medikal sorunla birlikte seyreder(15).

Fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olan vücutta aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan enerji metabolizması bozukluğu olarak tanımlanan obezite, bir hastalık değil bir semptomlar kompleksidir. Normal ağırlıktaki bebek ve çocuklarda adipoz doku ( yağ hücresi) boyutlarındaki artışlar yaşamın ilk yılı süresince adiposit kitlesindeki artışın önemli bir bölümünü oluşturur. Toplam adipozit sayısı 6 ay- 2 yaş arasında yavaş artar ve 8- 10 yaşa kadar durağan kalır, daha sonra boy ve sayısında puberte ile ilişkili artış meydana gelir(70).

M.Ö. 460 yıllarında tıbbın babası hipokrat'ın “ obezlerde ani ölümlerin sık,yaşam süresinin kısa “ olduğunu belirtmiş olmasına rağmen, yakın yıllara kadar çocuklardaki obesite üzerinde pek durulmamış ve “ şişman çocuk, sağlıklı çocuktur” inancı gerek aileler gerekse hekimler arasında oldukça yaygın bir biçimde kabul görmüştür (15).

Obezite, gelişmiş batı ülkelerinde önemli beslenme bozukluğu olup A.B.D.' de tüm çocuk ve adölesanların % 27 'si , yetişkinlerin ise % 33 'ü obezdir. Çocukluk çağı obezitesinin 1976 yılından bu güne % 50 oranında arttığı bilinmektedir. Obez adölesanların 80 'inin obez yetişkinler olduğu düşünüldüğünde, çocukları ve çocuk sağlığını emosyonel, fiziksel ve sosyal yönleriyle birlikte ele alınıp, şişman ve fazla kilolu çocukların erken tanınması önemlidir(70).

Günümüzde ise obezite ile hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, dejeneratif artrit, trombofilebit gibi bir çok hastalık arasında sıkı bir ilişki olduğu, obez kişilerde yaşam süresinin kısaldığı, ayrıca erişkin obezlerin büyük bölümünün bebeklik-çocukluk döneminde başladığı iyi bilinmektedir. Bu nedenle, özellikle gelişmiş

ülkelerde daha bebeklik döneminden başlayarak obesite kontrol edilmeye çalışılmaktadır( 15).

Obeziteyi; beslenme şekli, genetik faktörler, çevresel faktörler, psikolojik faktörler ve ailenin sosyo ekonomik düzeyi etkilemektedir(70).

Organizmada kalori alımı, harcanması ve depo edilmesi belli bir denge içinde olmaktadır. Obezler, genellikle fazla yemek yerler ve harcadıklarından daha fazla enerji alırlar. Sonuç, kullanılmayan enerjinin yağa dönüşümüdür. Vücuda alınan gıdalardan elde edilen enerji 3 yerde harcanır:

- 1) Bazal metabolizma
- 2) Isı oluşumu
- 3) Fizik aktivite

Ancak obez insanlarda fizik aktivite azaldığı için metabolizma hızı da düşüktür(69).

Obezite en sık yaşamın 1. yılında, 5-6 yaşlarında ve adölesan dönemde ortaya çıkar. Şişman çocuklar genellikle iri erken gelişen çocuklardır. Ergenlikten önce boyları ve kemik olgunlaşma düzeyleri yaşlılarına göre ileridir. Bu çocuklarda ergenlik belirtileri yaşlılarından daha erken ortaya çıkar ve büyüme daha erken yaşta tamamlanır. Abdomen sarkık görünümde ve genellikle beyaz yada pembe strialar içerir. Penis normal boyda olmasına rağmen yağ dokuya gömülüdür ve göreceli olarak küçük görünür. Puberte genellikle erken ortaya çıkar, ancak sonuçta ulaşılan boy akranlarından daha kısadır. Dış genital yapıların gelişimi kızların çoğunda normaldir, menarş gecikmez ancak erken olabilir. Ekstremitelerde ise, üst kol ve uylukta belirgin yağ fazlalığı dikkat çeker. Psikolojik bozukluklar şişmanlığın nedeni olduğu gibi, aynı zamanda şişmanlığa eşlik eden önemli bir sorundur. Kendini diğer çocuklardan farklı görme, içe çekilme, oyunlara katılamama, agresiflik, özgüvende azalma en sık ortaya çıkan sorunlardır (70).

#### 4.5.2.Yetersiz Beslenme Ve Malnutrisyon

Malnutrisyon, alınan besin miktarının yetersizliği veya dengesizliği yada emilim ve kullanımındaki bozukluklarla ilişkili her türlü beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Sürekli büyüyen ve gelişen bir organizmaya sahip olan çocuklarda beslenme dolayısı ile malnutrisyon özel önem taşımaktadır(66).

Çocukların kalori ve besin öğelerine olan gereksinimleri karşılanamazsa buna bağlı olarak yetersizlik ve dengesizlik sorunları ortaya çıkar. Malnütrisyon; çocuğun büyüme, gelişme ve sağlık durumunun standartların altında olmasıdır([www.aof.edu.tr](http://www.aof.edu.tr)).

Malnütrisyon en genel tanımı ile yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablodur. Bu tablo, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir toplum sağlığı problemi olup en fazla çocukluk yaş grubunu etkilemektedir(3).

Malnütrisyon, sadece yetersiz ve bilinçsiz beslenme durumunda karşılaştığımız bir hastalık tablosu değil, çeşitli primer ve sekonder faktörlerin neden olduğu semptomlar kompleksidir. Protein enerji malnütrisyonu, gelişmekte olan ülkelerin en yaygın çocuk sağlığı sorunudur. Bu ülkelerde yaşanan sosyal ve ekonomik sıkıntılar, eğitim problemleri, gıda üretimi ve tüketiminde yaşanan problemlerin kümülatif etkisi kronik açlık olarak topluma yansımakta ve bu durumdan en çok etkilenen ise toplumun duyarlı kesimi olan çocuklar olmaktadır(1).

Ülkemizde 0-5 yaş grubu çocuklarda görülen en önemli beslenme sorunları protein- enerji malnutrisyonu, raşitizm, anemi ve diş çürükleridir. Bu yaş grubu çocuklarda meydana gelen ölümlerin yarısından çoğu malnutrisyon ve bu hastalık nedeniyle ağır seyreden enfeksiyon hastalıklarına bağlıdır(46).

##### ***Malnutrisyon üç şekildedir:***

1. Marasmus
2. Marasmik- Kuwashiorokor
3. Kuwashiorokor

***Marasmus:*** Esas olarak kalori eksikliği sonucu görülür. Ancak, kalori eksikliği yanı sıra protein ve diğer besin öğelerinin eksikliği de vardır.

Çocuk kendi yaşı için verilen standardın çok altındadır. Kaşektik (zayıf) görünümündedir Bunlar genellikle, ya çok erken anne sütünden kesilmiş veya çok uzun

süre anne sütü ile beslenmişlerdir. Diğer yiyecekler yeterince verilmemiştir. Çocuklar uzun süren infeksiyonlar geçirmiş olabilirler. Özellikle uzun devam eden gastroenteritler başlıca nedendir. Gastroenterit geliştikten sonra oluşan sekonder laktoz entoleransı (ikincil süt şekeri toleranssızlığı) nedeniyle bebekler süttten yararlanmaları da engellenmektedir.

Marasmik bebeklerin yüzleri ihtiyar görünümündedir. Ödem yoktur.

***Kuwaşiorakor (kwashiorkor):*** Kalorisi yeterli fakat proteinsiz diyetle beslenen çocukların hastalığıdır, saf veya safa yakın karbonhidratla beslenen çocuklarda görülür. Büyüme ve gelişme durmuştur. Kandaki albümin ve serbest amino asitler azalmıştır. En önemli belirti ödemdir.

***Marasmik kuwaşiorakor:*** Her ikisinin de belirtisinin bir arada görüldüğü durumdur. Genelde ülkemizde görülen budur.

#### ***Malnutrisyon Durumunu Etkileyen Faktörler ve Nedenleri***

Malnütrisyonun nedenlerinden birisi yetersiz miktarda besin alınmasıdır. Yiyecek alışkanlıkları, alım gücünün az olması gibi sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin yanı sıra anne sütünün yetersiz süre alınması, ek gıdalara geç veya yanlış başlanması, bebek ya da çocuğun aldığı besin miktarının yeterli olmasına karşın çeşitli bağırsak hastalıkları nedeniyle besin kullanımının yetersiz olması, akut infeksiyon ve benzeri nedenlerle besin gereksiniminin artmış olması ve düşük doğum ağırlığı gibi diğer faktörler de malnütrisyon için risk faktörüdür(3).

Altınkaynak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada baba eğitim düzeyi azaldıkça Malnutrisyon derecesinin arttığı görülmüştür (1).

Ülkemizde 5 yaş altı çocuklarda malnutrisyonun sık olduğu ve malnutrisyonu hazırlayan etkenler arasında anne sütü alım süresinin az olması ile inek sütüne erken başlamanın yer aldığı saptanmıştır (70).

Erzurum'da Küçükkoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada ailedeki birey sayısı 4 ve daha az olan ailelerde malnutrisyona daha az, 5 ve daha fazla kişiden oluşan aileler de ise malnutrisyona daha çok rastlandığı bulunmuştur. Şensoy ve ark.'nın 0-48 aylık çocuklar üzerinde çubuk bölgesinde yaptıkları çalışmada; malnutrisyon görülme oranının ailedeki birey sayısı 4 olanlarda %8.4, 5 ve üzeri olanlarda ise %12 olduğu belirlenmiştir(11).

Toplumumuzun beslenme durumunu yönlendiren başlıca etmenlerden birisi de, bireylerin ekonomik göstergesi, yani satın alma gücüdür(1,11,45,65). Bir araştırmada ekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarına % 24.2 oranında malnutrisyona rastlanırken, ekonomik durumu kötü olan ailelerde bu oranın %53.7 olduğu ortaya çıkmıştır(46,1).

Ailelerin ekonomik durumu ile çocuklarda Malnutrisyon görülme sıklığı arasında sıkı bir ilişki vardır. Çünkü, gelir düzeyi düşüğe ailelerin beslenmeye ayırdıkları para azalmakta ve gelir içindeki oranı da yükselmektedir. Bu durum aileleri fiyatı ucuz, kalitesi düşük ve beslenme değeri iyi olmayan gıda maddelerini almaya yönlendirmektedir. Bunun sonucu olarak, sürekli büyüme ve gelişme içinde olan çocukların beslenme- sağlık durumları olumsuz yönde etkilenecektir (46,3).

### ***Malnutrisyonun Türkiye ve Dünyadaki Sıklığı***

Protein Enerji Malnütrisyonu (PEM) gelişmekte olan ülkelerin en yaygın sağlık sorunlarından biridir ve daha çok 6 ay ile 5 yaş arasındaki çocuklar etkilenebilir. Ağır PEM formları çocukluk yaş grubunda %2-3 oranında görülebilir. Türkiye’de beş yaş altı çocukların %10’unda malnütrisyon geliştiği bildirilmektedir. Yapılan diğer bir araştırmada ise Doğu Anadolu Bölgesi’ndeki çocukların %30’unda malnütrisyon geliştiği, ayrıca bu çocuklarda %3 oranında ağır tip malnütrisyon olduğu saptanmıştır . Dünya Sağlık Örgütü’nün raporlarına göre halen dünyada 300-500 milyon kişi yeterli besin alamamakta, 1.5 milyar insan da dengeli beslenmeden yoksun bulunmaktadır (1,3,46).

Dünyada, 5 yaş altında 190 milyon kronik malnütrisyonlu çocuk olduğu tahmin edilmektedir . Dünya Sağlık Örgütü (WHO), tüm dünyada her üç çocuktan birinin protein enerji malnütrisyonundan etkilendiğini tahmin etmektedir. Malnütrisyondan etkilenen çocukların % 76’sı Asya’da, % 21’i Afrika’da, % 3’ü Latin Amerika’da bulunmaktadır (3).

Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocukların % 42.7’sinin (229.9 milyon) kısa, % 9.2’sinin (49.5 milyon) zayıf ve % 35.8’inin (192.5 milyon) düşük kilolu olduğu bildirilmektedir . Türkiye’de ülkeyi temsil eden bir örneklem üzerinde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) araştırması sonuçlarına göre beş yaş altı çocukların % 16.0’ında "bodurluk", % 4.7’sinde "zayıflık" ve % 8.3’ünde "düşük

kiloluluk" saptanmıştır . Bir başka çalışmada ise aynı yüzdeler sırasıyla % 2.3, % 1.1 ve % 2.1 olarak saptanmıştır (3).

Gelişmekte olan ülkelerdeki yaşa-göre – boy'a göre değerlendirildiklerinde, malnutrisyonlu olan çocukların prevalansı %5 ile arasında değişmektedir. Bir çok ülkede bu prevalans 3 aylıkken artmaya başlar ve 3 yaş civarında, artışta azalma görülür ve plato çizer. Dolayısı ile yüksek prevalansın olduğu yerlerde bu ölçütün yorumlanması yaşa göre değişiklikler gösterir. Şöyle ki, 3 yaşın altında tespit edilen gerilik, çocuğun halen büyümesinde sorun olduğunu gösterirken, 3 yaşından sonraki düşüklük çocuğun büyümede geri kaldığı şeklinde yorumlanabilir. Bu yüzden 3 yaş sonrası çocukların normal fiziksel gelişimlerini yakalaması oldukça zordur. Boydaki düşüklükler uzun dönemli bir sürecin sonucu olduğundan "kronik Malnutrisyon" terimi genelde bu grubu tanımlamaktadır (66).

Malnutrisyon, gelişmekte olan ülkelerde her üç çocuktan birinin zihinsel ve bedensel gelişimini engellemektedir. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altındaki çocukların % 12'si akut malnütrisyon-lu, % 40'ı da kronik malnütrisyonudur(1). Sonuçta malnutrisyon, her yıl 12 milyon olan 5 yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık 6 milyonunun nedeni olmaktadır(1,3).

Dünya çocuk nüfusu 2 milyar 850 milyon. Dünya çocuk riski ortalama puanı 30. Dünyanın 192 ülkesi arasında Gayri Safi Milli Hasıla(GSMH) ise yılda 100 dolarla 45.100 dolar arasında değişiyor. 600 milyon çocuk, yoksulluk sınırının altında yaşıyor. Her beş çocuktan biri yoksul. Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaşın altındaki 200 milyon çocuk mutlak yoksulluk düzeyinin altında mücadele veriyor. Türkiye'de her üç çocuktan biri sağlıklı beslenemediği için gelişme ve büyüme bozukluğu içinde büyümektedir([www.cocukvakfi.org](http://www.cocukvakfi.org)).

Çocuklarda malnütrisyon çocuğun yaşıyla artmaktadır. Çocukların sadece % 2'si kavruk ve 5 yaş altı çocukların % 10'u düşük kiloludur. Genelde çocuk malnütrisyonunda başlıca sorun kavrukluktur ama her türlü malnütrisyon ölçümü açısından anahtar konu bölgesel farklılıklardır. Bodurluk, annesi eğitimsiz çocuklar, doğum sıralamasının üst kademelerinde yer alan çocuklar, 24 aydan az doğum aralıkları

içinde doğan çocuklar ile kırsal alanlarda yaşayan çocuklar arasında daha fazladır([www.die.gov.tr](http://www.die.gov.tr)).

#### **4.5.3. Kabızlık**

Kabızlık 2 yaş civarında, zorlu tuvalet eğitimi sonucu, kirlenme korkusuyla birlikte olan bağırsak boşaltmada isteksizliğe bağlı olarak gelişebilmektedir. Erken dönemde zorlu tuvalet eğitiminin yanı sıra beslenmede yapılan hatalar okul öncesi dönemdeki kabızlığın esas nedenini oluşturmaktadır. Diyetle lifli besinlere az yer verilmesi(lif miktarının 6 gr. /günden az olması) durumunda kabızlık gelişebilir(18).

Kabızlık süt tüketimi fazla olan çocuklar arasında yaygındır. Kabız çocukların genellikle 600 ml'nin üstünde süt aldıkları(çoğu da biberon ile olmak üzere) ve doğal olarak diğer besin çeşitlerini daha az aldıkları gözlenmiştir. Yetersiz sıvı alımı da kabızlığa yol açan önemli nedenler arasındadır(18).

Kabızlığın önlenmesinde, çocukların diyetinde sıvı alımı kontrol edilmeli, liften zengin gıdalar diyetine yeteri kadar bulundurulmalıdır(18).

#### **4.5.4. İştahsızlık**

İştahsızlık; bebeğin ya da çocuğun besinlere karşı kendiliğinden bir arzu göstermemesi ve verileni yeterince yememesidir(2).

Çocuğun sağlıklı olduğunu gösteren kriterlerin başında, yaşına uygun boy uzunluğu ve boyuna uygun ağırlık gelir. Çocuğun uygun boy ve ağırlığa ulaşmasında pek çok faktör rol oynar. “yeterli ve dengeli beslenme” bu faktörler içinde en önemlisidir. Yetersiz beslenme ve fazla beslenmede çocukta sağlıksız beslenme nedenidir(38).

İştahsız çocuklar yemek seçiciler, çiğneme ve yutma sorunu olanlar yavaş çiğneyenler, biyolojik sağlık sorununa bağlı iştahsız olanlar diye alt gruplara ayrılabilirler. Tanımın yapılabilmesi için çocukların bebeklik döneminden itibaren izlenmesi ve aile ile iyi bir iletişim içinde olunması gerekir. İştahsız çocukta temel sorun büyüme ve gelişme için gerekli besinlerin yeterince alınmaması, buna bağlı olarak da büyüme ve gelişmenin geri kalmasıdır. İştahsız çocuklara ilk yapılması gereken biyolojik bir sorun olup olmadığının belirlenmesidir(38).

Bir yaşından sonra çocuğun çevreye olan ilgisinin artmasına bağlı olarak besin alımı daha az olur. Çocuğa iştahlı olmadığı dönemlerde yemek yeme konusunda ısrar

edilmesi, çocukta yemek yeme isteğinin azalmasına yol açabilmektedir.Kendi kendine yemek yiyebilen çocukları, sofrada kendi haline bırakmak ve yemeği kendisinin yemesine olanak tanımak, sabırsızlık göstermemek, çocuğu çeşitli kurallara uyması konusunda zorlamamak gerekir. Aile bireylerinin birbirleri ile olan ilişkileri de çocuğun iştahı üzerinde etkisi olur.Anne- baba tutarsızlığı, yemek yeme sırasında yaşanan münakaşa ve kavgalar ve ailede yemek seçen kişilerin varlığı çocuğun yemeği reddetmesine neden olabilecek durumlardır(39).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ**

Araştırma, 2-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimini araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmıştır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma; Sağlık Bakanlığı 70. Yıl Cumhuriyet Okmeydanı Ana- Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Eğitim Merkezi'nin sağlam çocuk polikliniğinde aralık 2004-mart 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 70. Yıl Cumhuriyet Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi; 2 katlı olup, 1 aile planlaması hizmetleri polikliniği, 1 aile planlaması danışmanlık hizmetleri polikliniği, 1 jinekoloji polikliniği, 1 ameliyathane(küçük müdahaleler için), 1 aşı odası, 2 sağlam çocuk, 2 hasta çocuk polikliniği olmak üzere 7 bölümden oluşmaktadır. Kurumda çalışan hemşire sayısı; 8, doktor sayısı; 10 dur. Kurumda hemşire sayısının az olması nedeni ile düzenli ev ziyaretleri yapılamamaktadır.

Kuruma yıl içinde ortalama 88.000 kişi başvurmaktadır. 0-6 yaş kayıtlı çocuk sayısı 7833 dür. 1-6 yaş kayıtlı çocuk sayısı; 7350, 0-1 yaş bebek sayısı; 483, araştırma yapıldığı sırada 1 ayda sağlam çocuk polikliniğine gelen çocuk sayısı; 520, sağlam çocuk polikliniğine gelen 1-5 yaş arası çocuk sayısı; 232, 1 ayda bakılan bebek sayısı 288' dir.

Çalışmaya başlamadan önce gerekli sözlü ve yazılı izinler alınmıştır (EK I).

### 5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığı 70. Yıl Cumhuriyet Okmeydanı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine kayıtlı olan 1-6 yaş arası toplam 7350 çocuk oluşturmuştur(2-5 yaş arası çocuk sayısına ulaşılammıştır).

Araştırmanın örneklem grubunu ise; bazı kriterler göz önünde bulundurularak power analizinde(  $p < 0.05$  yanılma oranıyla seçilen toplam 185 çocuk oluşturmuştur.

Örneklem seçiminde;

- Çocuğun sağlam çocuk polikliniğine başvurması,
- Çocuğun 24 ayını doldurmuş olması,
- 61. aydan(6. yaştan) gün almamış olması,
- Ailenin iletişime açık olması ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi kriterleri göz önüne alınmıştır.

### 5.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇ

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisi ışığında geliştirilen Çocuğa Yönelik Veri Formu(EK 2),Aileye Yönelik Veri Formu(EK 3), Aile Ortamı Ölçeği (EK 4) kullanılmıştır.

#### 5.4.1. Çocuğa Yönelik Veri Formu

Literatür bilgisi ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan Çocuğa Yönelik Veri Formu; çocuğun cinsiyetini, doğum ve şu anki antropometrik ölçümlerini, genel sağlık durumunu, 0-1 yaş arası beslenme öyküsünü, 1-2 yaş arası beslenme öyküsünü ve şu anki beslenme öyküsünü, beslenme alışkanlıklarını, davranışlarını ve günlük beslenme örneğini içeren çoktan seçmeli ve açık uçlu olmak üzere toplam 48 sorudan oluşmaktadır(EK-2).

Tartıların ölçümlerinde 20 kg.'dan küçük çocuklar için, dijital Soehnle ( min: 10 gr-max: 20kg) marka tartı, 20 kg. ve üzeri çocuklar için ise yetişkin tartısı olan kantar tarzı tartı kullanılmıştır. Boy ölçümü için, santimetreli(cm) demir boy ölçer, üst kol

çevresi ölçümü için ise de esnek olmayan mezür kullanılmıştır.Üst kol çevresi ölçümü, sol kol, dirsek ekleminden fleksiyon halindeyken akromion-olekranon arasındaki mesafe ölçülüp orta noktası işaretlendi. Sol kol yeniden ekstansiyona getirildi ve vücudun yan tarafında serbestçe dururken işaretlenen orta noktadan ölçüm yapıldı(66).

#### **5.4.2. Aileye Yönelik Veri Formu**

Ailenin sosyodemografik özelliklerini, gelir durumunu, beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını içeren çoktan seçmeli ve açık uçlu olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmuştur(EK-3).

#### **5.4.3. Aile Ortamı Ölçeği**

Sosyal çevre ögesi olarak aile çevresinin algılanışı ‘‘Aile Ortamı Ölçeği(AOÖ)’’ kullanılarak ölçülmüştür. Ölçek, Moos(1974) tarafından 90 madde halinde geliştirilmiş olan ‘‘Family Environment Scale’’ nın, Usluer tarafından 1989 yılında geçerlilik güvenilirliği yapılarak türk toplumuna uyarlanmış ve 26 maddelik kısaltılmış formudur(38).

Aile bireylerine uygulanan bu ölçek uygulanabilirliği kolay bir ölçektir. İki alt boyuttan oluşur.

1) Birlik- Beraberlik; 16 maddeliktir( 1,2,5,6,7,9,11,13,18,19,20,21,23,24,25 ve 26. maddeler),

2) Denetim; 10 maddeliktir(3,4,8,10,12,14,15,16,17 ve 22. maddeler).

Maddelere verilen ‘‘ hiç uygun bulmuyorum’’ yanıtına ‘‘1’’ puan, diğerlerine sırasıyla, ‘‘2’’, ‘‘3’’ ve ‘‘4’’ puan verilir. Her bir alt testten elde edilen puan, bireyin algıladığı ailedeki birlik- beraberlik ve denetim düzeyini gösterir. Her iki alt ölçek için maksimum puan 40 ve 64’dür.

#### 5.4.3.1.Aile Ortamı Ölçeğinin Anket Formunun Geçerlilik Güvenilirlik Analizi Değerlendirme Sonuçları:

Ankete uygulanan geçerlilik güvenilirlik analizi sonuçlarına göre uygulanan anket geçerli ve güvenilir bulunmuş olup değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Alfa katsayısı, ölçekte yer alan k sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmayacağını tespit etmekte kullanılır.

<b>Boyutlar</b>	<b>İç tutarlılık (r)</b>
<b>Aile Ortamı Ölçeği (26 soru)</b>	<b>0,7936</b>
<b>Birlik-beraberlik (16 soru)</b>	<b>0,7645</b>
<b>Denetim (10 soru)</b>	<b>0,5542</b>

Toplam tüm soruların Cronbach's alpha katsayısı 0,7936 bulunmuş olup, anketin çok iyi düzeyde geçerlik ve güvenilir katsayısına sahip olduğu söylenebilir. Alt grupları geçerlilik katsayıları 0,55 ile 0,76 arasında değişmekte olup bunlarda iyi düzeyde geçerlik ve güvenilir katsayısına sahip bulunmuşlardır.

Nahcivan'ın yaptığı çalışmada, iç tutarlık düzeyinin alfa değeri birlik beraberlik alt testi için 0.82, denetim alt testi için 0.74 olarak bulunmuştur(39).

### 5.4.3.2. Aile Ortamı Ölçeği Verilerine Göre Değerlendirmeler

#### *Aile Ortamı Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı*

Cümleler	Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kuvvetle katılıyorum
Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.	14 (%7.6)	45 (%24.3)	83 (%44.9)	43 (%23,2)
Aile üyeleri duygularını açıkça ifade ederler.	9 (%4.9)	35 (%18.9)	84 (%45.4)	57 (%30.8)
Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.	8 (%4.3)	46 (%24.9)	85 (%45.9)	46 (%24.9)
Ailemizle ilgili kararlar, daha çok büyükler tarafından verilir.	80 (%43.2)	37 (%20.0)	44 (%23.8)	24 (%13.0)
Bizim ailede bireyler, kendi meselelerini kendileri halleder.	49 (%26.5)	59 (%31.9)	53 (%28.6)	24 (%13.0)
Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır.	10 (%5.4)	32 (%17.3)	100 (%54.1)	43 (%23.2)
Evde birbirimize kişisel sorunlarımızı anlatırız.	14 (%7.6)	25 (%13.5)	83 (%44.9)	63 (%34.1)
Aile üyelerinin “doğru ve yanlışlar” hakkında kesin düşünceleri vardır.	14 (%7.6)	66 (%35.7)	69 (%37.3)	36 (%19.5)
Aile üyeleri gerçekten birbirine destek olur.	6 (%3.2)	20 (%10.8)	77 (%41.8)	82 (%44.3)
Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz.	8 (%4.3)	26 (%14.1)	59 (31.9)	92 (%49.7)
Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır.	21 (%11.4)	39 (%21.2)	60 (%32.6)	64 (%34.8)
Bizim ailede canımız ne isterse yapabiliriz.	79 (%42.7)	54 (%29.2)	27 (%14.6)	24 (%13.0)
Ailemizde birlik, beraberlik duygusu vardır.	8 (%4.3)	27 (%14.6)	84 (%45.4)	65 (%35.1)
Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır.	15 (%8.1)	58 (%31.4)	76 (%41.1)	36 (%19.5)
Ailemizde kararlaştırılmış bir şeyin tam zamanında yapılması (dakiklik) çok önemlidir.	30 (%16.2)	68 (%36.8)	57 (%30.8)	30 (%16.2)
Bizim evde kurallar oldukça katıdır.	90 (%48.6)	67 (%36.2)	21 (%11.4)	7 (%3.8)

<b>Ailemizde üyelerin, sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır.</b>	44 (%23.8)	57 (%30.8)	58 (%31.4)	25 (%13.5)
<b>Aile üyeleri, kızgınlıklarını açıkça gösterir.</b>	25 (%13.5)	55 (%29.7)	68 (%36.8)	37 (%20.0)
<b>Ailece temiz ve düzenli insanlarız</b>	1 (%0.5)	13 (%7.0)	55 (%29.7)	116 (%62.7)
<b>Ailemiz bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder.</b>	4 (%2.2)	34 (%18.4)	68 (%36.8)	79 (%42.7)
<b>Ailemizde, sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız.</b>	12 (%6.5)	25 (%13.5)	50 (%27.0)	98 (%53.0)
<b>Ailemizde her bireyin görevi açıkça belirlenmiştir.</b>	8 (%4.3)	24 (%13.0)	86 (%46.5)	67 (%36.2)
<b>Ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda bunu çözümlmek ve huzuru sağlamak için çaba sarf ederiz.</b>	3 (%1.6)	19 (%10.3)	59 (%31.9)	104 (%56.2)
<b>Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz.</b>	5 (%2.7)	26 (%14.1)	65 (%35.1)	89 (%48.1)
<b>Bizim evde aradığımız bir şeyi, yerinde bulmak zordur.</b>	146 (%78.9)	25 (%13.7)	10 (%5.4)	4 (%2.2)
<b>Aile üyeleri, karşılaştıkları sorunları kendi kendilerine halledirler.</b>	39 (%21.1)	66 (%35.7)	36 (%19.5)	44 (%23.8)

## 5.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama aşaması, Sağlık Bakanlığı Cumhuriyet 70. Yıl Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi'nde sağlam çocuk polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Hafta içi saat 9:00 ile 15:00 saatleri arasında örneklem kriterlerine uyan, araştırmaya kayılmaya istekli, kuruma baş vuran 2-5 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerine gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra Aileye Yönelik Veri Formu, çocukların vücut tartısı, antropometrik ölçümleri ve boy uzunluklarının ölçümleri yapılarak Çocuğa Yönelik Veri Formu ve Aile Ortamı Ölçeği araştırmacı tarafından

sorularak yine araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Görüşme yaklaşık 45-60 dakika sürmüştür.

Veri toplama aşamasında çocukların sabırsız davranışları anneleri de aceleci davranmaya, hatta anketi yarıda bırakmalarına sebep olmuştur. Bu durumu engellemek için çocuklara balon, küçük oyuncaklar gibi hediyeler verilerek, anketin doldurulması esnasında annenin rahat bir ortamda olması sağlanmıştır.

## **5.6. VERİLERİN ANALİZİ**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi ve student t test kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise dört gözlü ve çok gözlü düzende Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## **5.7. ARAşTIRMANIN KISITLILIKLARI**

Araştırmada veri toplama sırasında çocukların huzursuz davranışları, annelerin bir an önce evlerine gitmek istemeleri bazen başladığımız anketi tamamlanamamıştır. Tamamlanmayan anketler değerlendirilmediği için de zaman ve maddi kayba neden olmuştur.

Annelerin çocuklarının beslenmeleri hakkında bilgi isteklerinin karşılanması veri toplama süresini uzatmıştır. Araştırmanın yapıldığı zaman aralığı olan aralık- mart aylarındaki soğuk hava koşulları nedeniyle sağlam çocuğa baş vuran çocuk sayısının az olması olgu bulmamızı kısmen güçleştirmiştir.

## 6.BULGULAR

2-5 yaş arası sağlıklı çocuklarda beslenme özellikleri ve aile etkileşimini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmamızda bulgular 3 bölümde ele alınmıştır.Bunlar;

- Aileye yönelik özellikler,
- Çocuğa yönelik özellikler,
- Çocuğa yönelik özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği ile karşılaştırılması şeklindedir.

### 6.1. AİLEYE YÖNELİK ÖZELLİKLER

*Tablo 6.1.1: Ailenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı*

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Annenin Eğitimi	İlk öğretim	112	60,5
	Orta öğretim	10	5,5
	Lise	48	25,9
	Üniversite	15	8,1
Annenin İşi	Çalışıyor	38	20,5
	Çalışmıyor	147	79,5
Annenin Sağlık Durumu(kendi ifadelerine göre)	İyi	181	97,8
	Orta – Kötü	4	2,2
Babanın Eğitimi	İlk Öğretim	81	43,8
	Orta Öğretim	18	9,7
	Lise	61	33,0
	Üniversite	25	13,5
Babanın İşi	İşçi	78	42,2
	Memur	30	16,2
	Esnaf	44	23,8
	Emekli	33	17,8
Babanın Sağlık Durumu(Kendi ifadelerine göre)	İyi	182	98,4
	Orta – Kötü	3	1,6
Toplam		185	100

Çalışmamızda annelerin yaşı 18 ile 45 arasında değişmekte olup ortalama yaş 28,67±5,26'dır. Annelerin % 60,5'i ilköğretim, %5,4'ü orta öğretim; % 25,9'u lise ve %8,1'i üniversite mezunudur. % 79,5'i çalışmamakta; %20,5'i ise çalışmaktadır; kendi ifadelerine göre % 97,8'inin sağlık durumu ise iyidir.

Babaların yaşı 21 ile 50 yaş arasında değişmekte olup ortalama yaş 32,37±5,86'dır. Babaların % 43,8'i ilköğretim, %9,7'si orta öğretim; % 33,0'ü lise ve %13,5'i üniversite mezunudur. % 42,2'si işçi; % 23,8'i esnaf, % 16,2'si memur; % 17,8'i emeklidir.Sağlık durumunu iyi olarak ifade edenlerin oranı %98,4 olarak bulunmuştur( **Tablo 6.1.1**).

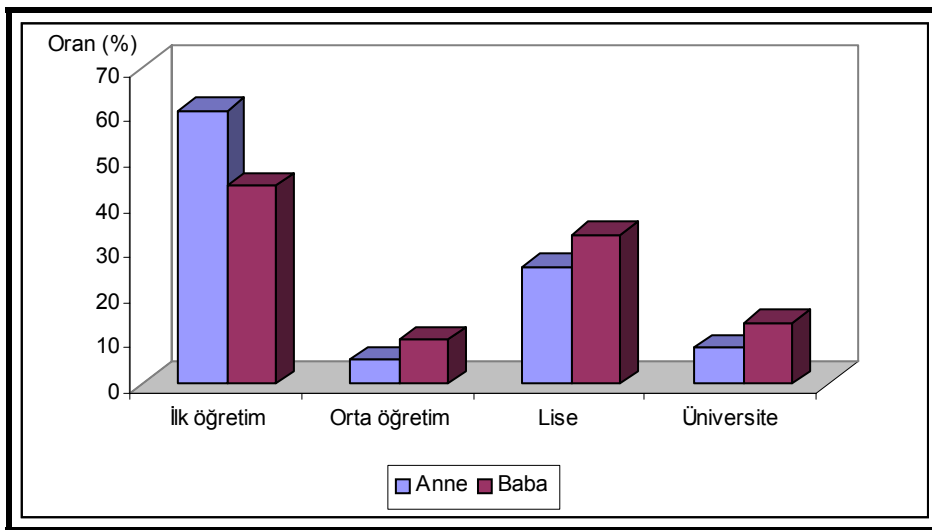
**Tablo 6.1.2: Aile Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Aile Özellikleri</b>		<b>(n=185)</b>	<b>%</b>
<b>Aile Tipi</b>	<b>Çekirdek Aile</b>	162	87,6
	<b>Geniş Aile</b>	21	11,4
	<b>Parçalanmış Aile</b>	2	1,1
<b>Sağlık Güvencesi</b>	<b>SSK</b>	103	55,7
	<b>Emekli Sandığı</b>	30	16,2
	<b>Bağ – Kur</b>	22	11,9
	<b>Özel Sigorta</b>	3	1,6
	<b>Yok</b>	24	13,0
	<b>Yeşil Kart</b>	3	1,6
<b>Gelir Durumu</b>	<b>500 YTL ve altı</b>	40	21,6
	<b>501-750 YTL</b>	67	36,2
	<b>751-1000 YTL</b>	78	42,2
<b>Ailenin Gelirinin Yeterliliği</b>	<b>Hayır</b>	78	42,2
	<b>Evet</b>	107	57,8
<b>Mutfak Harcama Miktarı</b>	<b>250 YTL ve altı</b>	49	26,5
	<b>251-499 YTL</b>	92	49,7
	<b>500 YTL ve üzeri</b>	44	23,8
<b>Mutfak Harcamaları Yeterliliği</b>	<b>Hayır</b>	125	67,9
	<b>Evet</b>	59	32,1
<b>Anne Çalışıyorsa; Çocuk Bakımı (n=38)</b>	<b>Aile bireyi</b>	22	58,3
	<b>Bakıcı-yuva</b>	16	41,7

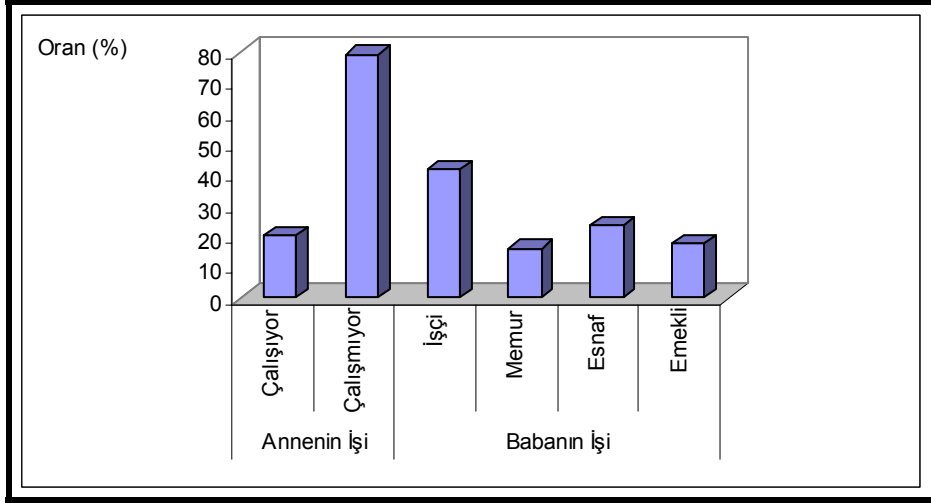
<b>Ailede Kaçınıcı Çocuk</b>	<b>1.Çocuk</b>	113	61,0
	<b>2.Çocuk</b>	51	27,6
	<b>3.Çocuk</b>	21	11,4
<b>Çocuğun Bakımında Sözü Geçen</b>	<b>Anne</b>	158	85,4
	<b>Baba</b>	8	4,3
	<b>Evin Büyükleri</b>	11	5,9
	<b>Ortak</b>	8	4,3
<b>Ailede Önemli Kararların Alınması</b>	<b>Ortak</b>	154	83,2
	<b>Koca</b>	31	16,8

Ailedeki çocuk sayısı 1 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama çocuk sayısı  $1,60 \pm 0,78$ 'dir. Ailelerin % 87,6'sı çekirdek aile, % 11,4'ü geniş aile ve %1,1'i parçalanmış ailedir. %55,7'si Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ; % 16,2'si Emekli Sandığı; % 11,9'u Bağkur'ludur. % 21,6'sı 500 YTL altında gelir grubuna; % 36,2'si 501-750 YTL alan gelir grubuna; % 42,2'si ise 750-1000 YTL alan gelir grubuna girmektedir. % 42,2'sinin aile geliri yeterli değildir. Mutfak harcamalarına 250 YTL ve altı ücret ayıranlar % 26,5; 251-499 YTL ayıranlar % 49,7 ve 500 YTL ve üzeri ayıranlar ise % 23,8'dir. %67,9'u mutfak harcama miktarını yeterli bulmamaktadır.

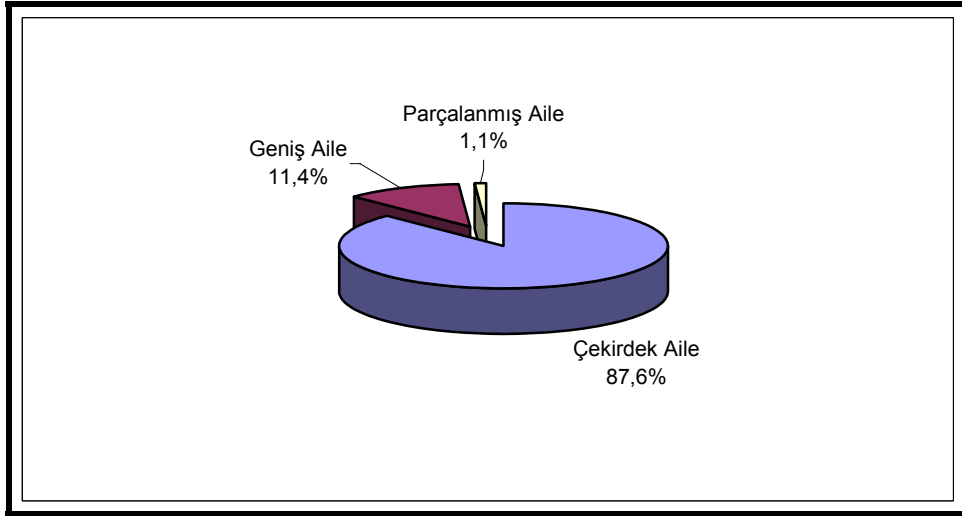
Olguların % 58,3'ü aile büyüğü tarafından tarafından; % 41,7'si bakıcı ve yuva tarafından bakılmaktadır. % 61'i 1.çocuk, % 27,6'sı ikinci çocuk; % 11,4'si üçüncü çocuktur. Çocuk bakımında % 85,4 oranında annenin sözü geçmektedir. Ailedeki önemli kararların büyük bir bölümü % 83,2'si ortak; % 16,8'i koca tarafından alınmaktadır(**Tablo 6.1.2**).



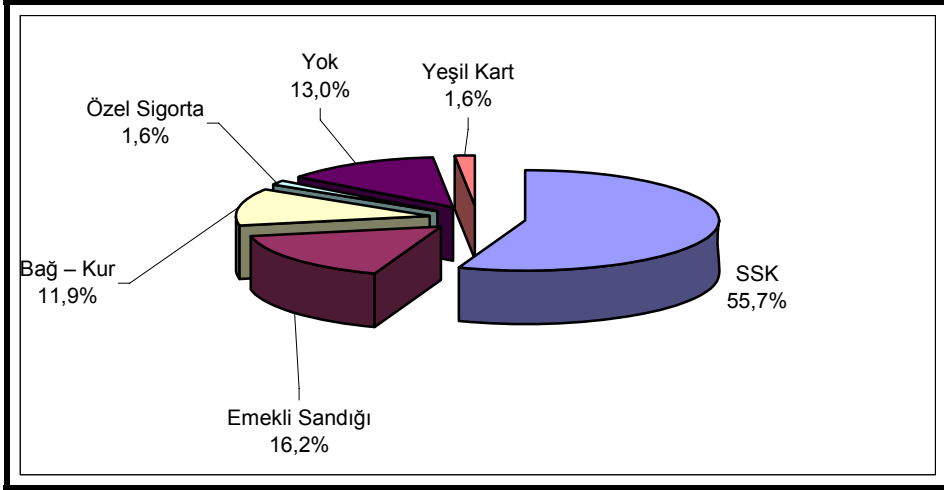
**Şekil 1: Anne ve Babaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı**



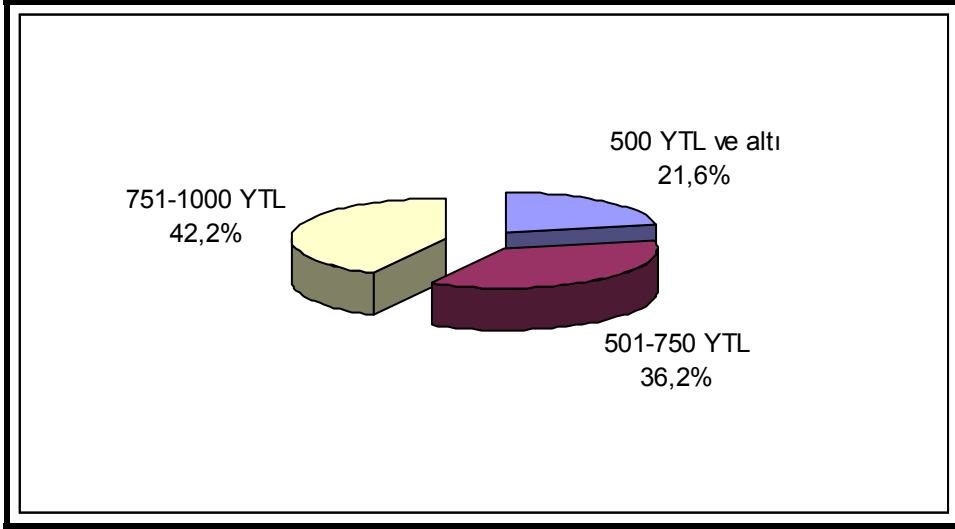
**Şekil 2: Anne Ve Babanın İş Durumlarına Göre Dağılımı**



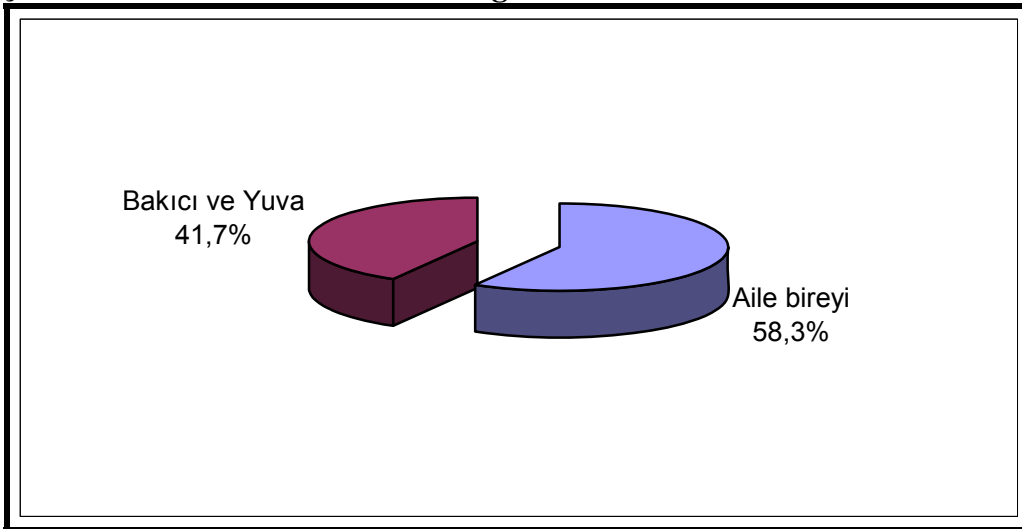
**Şekil 3: Aile Tipine Göre Dağılım**



**Şekil 4: Sağlık Güvencesine Göre Dağılım**



**Şekil 5: Gelir Durumuna Göre Dağılım**



**Şekil 6: Anne Çalışıyorsa; Çocuk Bakımının Dağılımı**

*Tablo 6.1.3:Ailenin Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı*

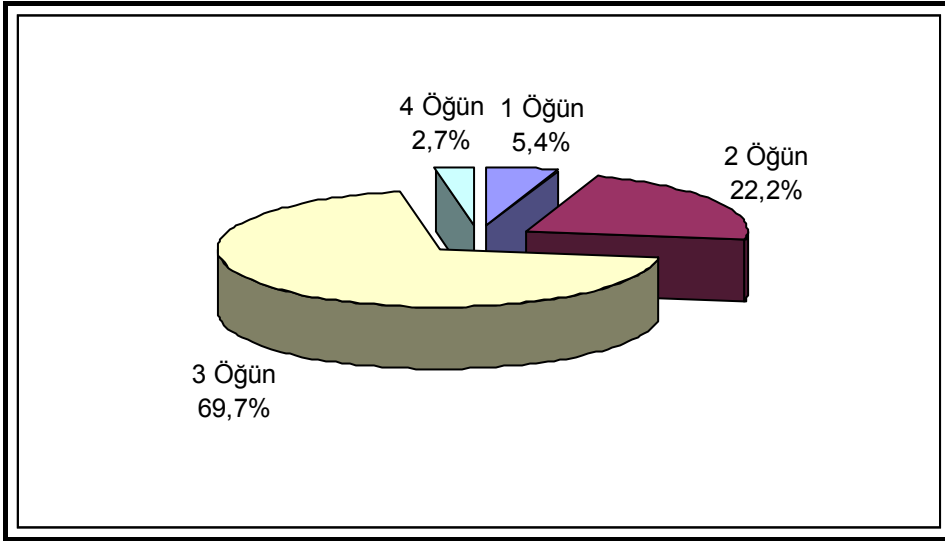
Ailenin Beslenme Özellikleri		n	%
Ailede Yemek Ayırt Etme	Var	121	65,4
	Yok	64	34,6
Düzenli Kahvaltı	Evet	141	76,2
	Hayır	44	23,8
Ailede Öğün Sayısı	1 Öğün	10	5,4
	2 Öğün	41	22,2
	3 Öğün	134	72,4
En Sık Atlanılan Öğün	Kahvaltı	48	25,9
	Öğle Yemeği	114	61,6
	Akşam Yemeği	8	4,4
	Atlamıyoruz	15	8,1
Ailede En Çok Tüketilen Besin Grubu	Sebze/Meyve	64	34,6
	Et	55	29,7
	Kurubaklagil	14	7,5
	Hazır Gıdalar	26	14,1
	Süt Ürünleri ve Kahvaltı Malzemeleri	26	14,1
Ailede En Az Tüketilen Besin Grubu	Sebze/Meyve	34	18,4
	Et	93	50,3
	Kuru Bakla	29	15,7
	Hazır Gıdalar	18	9,7
	Süt Ürünleri ve Kahvaltı Malzemeleri	11	5,9
<b>Toplam</b>		<b>185</b>	<b>100</b>

Ailelerin % 65,4'ü yemek ayırt etmektedir; evde düzenli kahvaltı edenler ise % 76,2 oranındadır. Günde üç öğün yemek yiyenler % 72,4 oranında; 2 öğün yemek yiyenler % 22,2 oranındadır. En sık atlanan öğün öğle yemeği olup % 61,6 oranında, sabah kahvaltısı % 25,9 oranındadır.

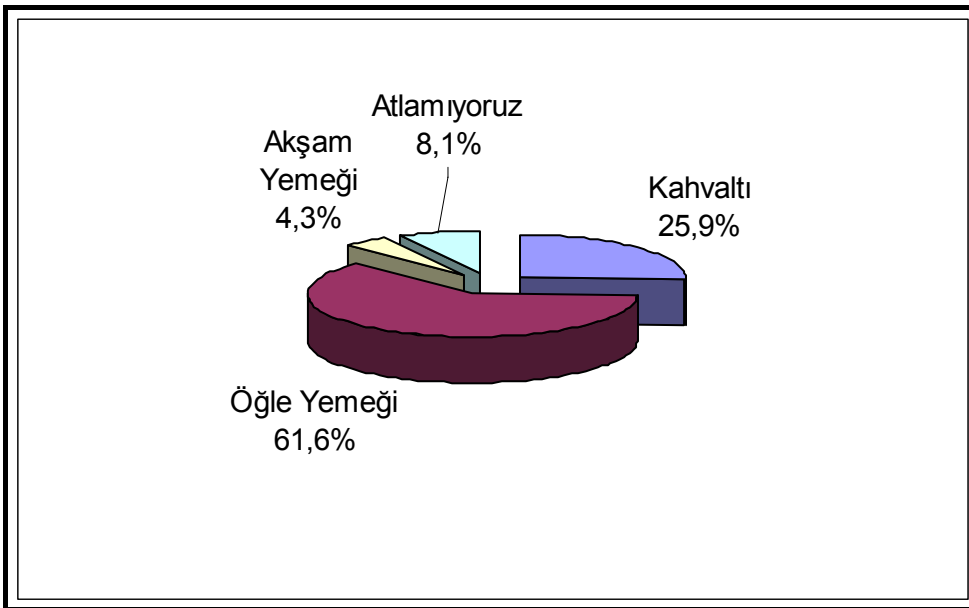
Ailelerin en çok tükettikleri besin gruplarını sıraladıklarında; % 34,6 oranında sebze( tüm sebze ve meyveler), %29,7 oranında et(et, tavuk, balık); % 7,5 oranında

kuru baklagiller(nohut,fasulye,mercimek,bulgur,kuru bakla); % 14,1'i hazır gıdalar(makarna,hazır çorba,sosis,salam); % 14,1'i süt ürünleri ve kahvaltı malzemeleri(süt, yoğurt, peynir, zeytin,yumurta,reçel,pekmez) olduğunu ifade etmişlerdir.

Ailelerin en az tükettikleri besin grupları ise; % 50,3 oranında et; % 18,4 oranında sebze; % 15,7 oranında kuru baklagiller; % 5,9 oranında süt ve süt ürünleri; % 9,7 oranında hazır gıdalar olduğu söylenmiştir(**Tablo 6.1.3**).



**Şekil 7: Öğün Sayısının Dağılımı**



**Şekil 8: En Sık Atlanan Öğün Dağılımı**

**Tablo6.1.4:Ailelerin Beslenme Özellikleri İle Mutfak Harcamalarının Karşılaştırılması**

Ailenin Beslenme Özellikleri		Mutfak Harcamaları Durumu						Test Değeri; p
		250 altı		251-499		500 ve Üzeri		
		n	%	n	%	n	%	
Ailenin Geliri	Yeterli	21	42,9	26	28,3	31	70,5	$\chi^2:21,743;$ $p:0,001^{**}$
	Yeterli değil	28	57,1	66	71,7	13	29,5	
Mutfak Harcamaları	Düzenli	32	65,3	59	64,1	34	79,1	$\chi^2:3,214;$ $p:0,200$
	Düzenli değil	17	34,7	33	35,9	9	20,9	
Ailede En Çok Tüketilen Besin Grubu	Sebze/ Meyve	19	38,8	38	41,3	7	15,9	$\chi^2:16,813;$ $p:0,032^*$
	Et	12	24,5	21	22,8	22	50,0	
	Kuru Bakliyat	3	6,1	9	9,8	2	4,5	
	Hazır Gıdalar	9	18,4	12	13,0	5	11,4	
	Süt Ürünleri ve Kahvaltılık Malzeme	6	12,2	12	13,0	8	18,2	
Ailede En Az Tüketilen Besin Grubu	Sebze/ Meyve	5	10,2	16	17,4	13	29,5	$\chi^2:26,201;$ $p:0,001^{**}$
	Et	30	61,2	51	55,4	12	27,3	
	Kuru Bakliyat	4	8,2	10	10,9	15	34,1	
	Hazır Gıdalar	7	14,3	9	9,8	2	4,5	
	Süt Ürünleri ve Kahvaltılık Malzemeler	3	6,1	6	6,5	2	4,5	

$\chi^2$ : Ki-kare test

\* $p<0,05$  anlamlı

\*\*  $p<0,001$  ileri düzeyde anlamlı

Çalışmamızda gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre aylık gelir düzeyinin yeterli olup olmadığı sorgulandığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ( $\chi^2:21,743$ )( $p<0,001$ ). Mutfak harcamalarına 500 YTL üzerinde miktar

ayırancın gelir düzeylerinden memnuniyet oranları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. 250 YTL altında ayırancın ve 250-500 arası ayırancın gelir düzeylerinden memnuniyet oranları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ).

Gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre mutfak harcamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak farklılık olmadığı mutfak harcamalarına ayrılan miktara göre düzenli mutfak harcamasının yapıldığı görüldü ( $p>0,05$ ).

Gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre ailede en çok tüketilen besin grupları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2:16,813$ ) ( $p<0,05$ ). Mutfak harcaması 500 YTL ve üzeri olan grubun et tüketimi oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Mutfak harcamaları düşük olan grupların ise sebze tüketimi anlamlı yüksekti.

Gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre ailede en az tüketilen besin grupları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2:26,201$ ) ( $p<0,01$ ). Düşük mutfak harcaması yapan grubunun 500 YTL ve üzeri harcama yapanlara göre en az tükettiği besin grubu et olmuştur(**Tablo 6.1.4**).

**Tablo 6.1.5: Ailede Tüketilen Besin Grubu İle En Sık Atlanan Öğünün Karşılaştırılması**

Tüketilen Besin Grubu		En Sık Atlanan Öğün								Test Değeri; <i>p</i>
		Kahvaltı		Öğle		Akşam		Atlanmıyor		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ailede En Çok Tüketilen Besin Grubu	Sebze/ Meyve	15	31,3	42	36,8	1	12,5	6	40,0	$\chi^2:16,561$ $p:0,167$
	Et	12	25,0	33	28,9	7	87,5	3	20,0	
	Kuru Baklagiller	4	8,3	9	7,9	-	-	1	6,7	
	Hazır Gıdalar	7	14,6	16	14,0	-	-	3	20,0	
	Süt Ürünleri ve Kahvaltılık Malzemeler	10	20,8	14	12,3	-	-	2	13,3	
Ailede En Az Tüketilen Besin Grubu	Sebze/ Mey	11	22,9	21	18,4	-	-	2	13,3	$\chi^2:24,040;$ $p:0,020*$
	Et	26	54,2	58	50,9	2	25,0	7	46,7	
	Kuru Baklagiller	4	8,3	18	15,8	5	62,5	2	13,3	
	Hazır Gıdalar	5	10,4	8	7,0	1	12,5	4	26,7	
	Süt Ürünleri ve Kahvaltılık Malzemeler	2	4,2	9	7,9	-	-	-	-	

$\chi^2$ : Ki-kare test

\*  $p < 0,05$  anlamlı

Çalışmamızda en sık atlanan öğün durumu, ailede en çok tüketilen besin gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Genelde en fazla öğle yemeği atladıkları görülmüştür.

En sık atlanan öğün durumu, ailede en az tüketilen besin gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $\chi^2:24,040$ )( $p<0,05$ ). Genelde en fazla öğle yemeği atlanıyor; en az kırmızı et tükettiğini söyleyen grubun öğlen öğünlerini de atladıkları görülmüştür(**Tablo 6.1.5**).

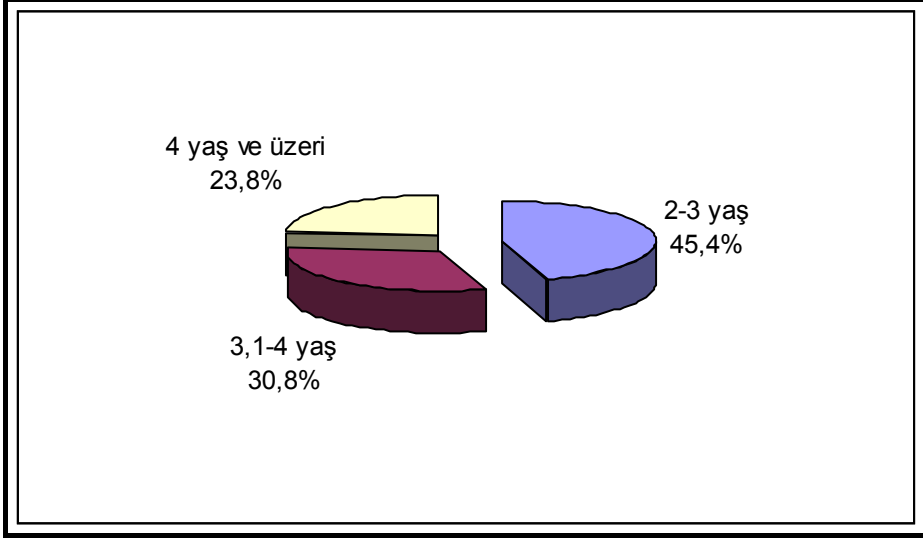
## 6.2. ÇOCUĞA YÖNELİK ÖZELLİKLER

**Tablo 6.2.1:Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

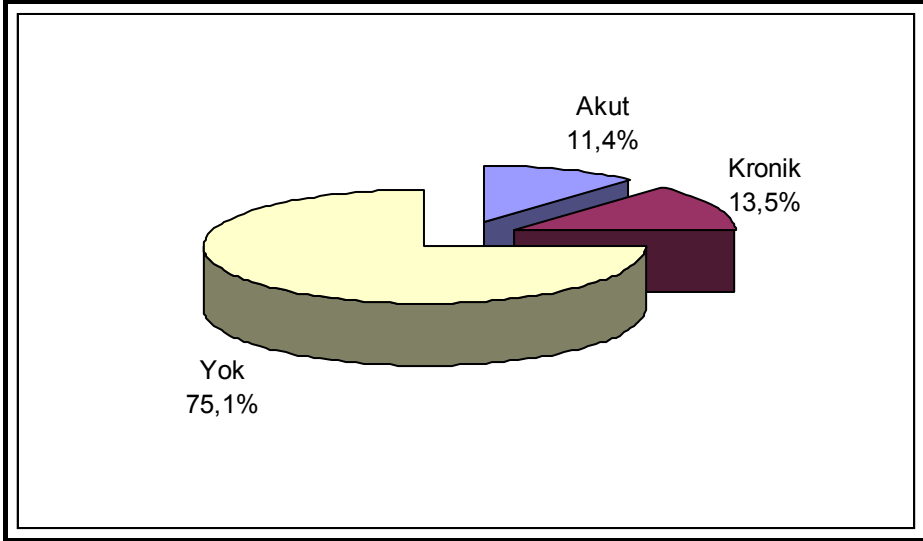
Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş	2-3 yaş	84	45,4
	3,1-4 yaş	57	30,8
	4 yaş ve üzeri	44	23,8
Cinsiyet	Kız	95	51,4
	Erkek	90	48,6
Okul Öncesi Eğitim Kurumuna Gitme	Evet	12	6,5
	Hayır	173	93,5
Geçirdiği Hastalıklar	Akut	21	11,4
	Kronik	25	13,5
	Yok	139	75,1
Aşıları	Tam aşı	165	89,2
	Eksik aşı	20	10,8
Aldığı Vitamin ve Mineraller	Demir	40	21,6
	D.Vitamini	2	1,1
	Multi Vitamin	21	11,3
	Almıyor	122	66,0
<b>Toplam</b>		<b>185</b>	<b>100</b>

Araştırma grubunu oluşturan çocukların yaşları 2 ile 5 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $3.28\pm0.88$ 'dir.Olguların %45,4 2-3 yaş arasında; %30,8'i 3.1-4 yaş arasında; %23,8'i ise 4 yaş ve üzerindedir.Çalışmamızdaki çocukların cinsiyet oranları

%51,4'ü kız, %48,6'sı erkek 'dir. Bunların % 6,5'i okul öncesi eğitim kurumuna gitmiştir. % 11,4'ü akut; % 13,5'i kronik hastalık geçirmiştir. % 89,2'sinin aşıları tamamdır.Çocukların %66'sı vitamin ve mineral desteği almamaktadır ( **Tablo 6.2.1**).



**Şekil 9: Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılım**



**Şekil 10: Geçirilen Hastalık Oranlarına Göre Dağılım**

**Tablo 6.2.2: Çocukların Yaş Gruplarına Göre Tartı, Boy Ve Üst Kol Çevresi Ortalamalarının Dağılımı**

	2-3 yaş		3-4 yaş		4 yaş ve üzeri	
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD
<b>Şu Andaki Tartısı</b>	13,83	1,48	15,45	1,98	18,09	2,57
<b>Boy Uzunluğu</b>	90,85	4,89	98,15	5,56	105,79	5,55
<b>Üst Kol Çevresi</b>	15,63	0,94	16,24	0,91	17,29	1,26

Çalışmamızda çocukların doğum tartılarının 2000gr-4800gr. arasında değiştiği, ortalama doğum tartılarının  $3.2632 \pm 0.449$ gr. olduğu gözlenmiştir.

2-3 yaş grubunda ortalama tartı  $13.83 \pm 1.48$  kg.; 3-4 yaş grubunda  $15.45 \pm 1.98$  kg. ve 4 yaş ve üzeri grupta ise  $18.09 \pm 2.57$  kg'dır.

2-3 yaş grubunda ortalama boy uzunluğu  $90.85 \pm 4.89$ cm ; 3-4 yaş grubunda  $98.15 \pm 5.56$ cm ve 4 yaş ve üzeri grupta ise  $105.79 \pm 5.55$  cm'dir.

2-3 yaş grubunda ortalama üst kol çevresi  $15.63 \pm 0.94$  cm; 3-4 yaş grubunda  $16.24 \pm 0.91$ cm ve 4 yaş ve üzeri grupta ise  $17.29 \pm 1.26$ cm'dir(**Tablo 6.2.2**).

**Tablo 6.2.2.1: Çocuklarda yaş gruplarına göre kilo ve boy persentillerinin dağılımı**

	Persentil	YAŞ grupları			
		2-3 yaş	3.1-4 yaş	4.1 yaş üzeri	Toplam
<b>KİLO</b>	<b>3-25</b>	9 (%10,7)	8 (%14,0)	5 (%11,4)	<b>22 (%11,9)</b>
	<b>25-50</b>	23 (%27,4)	1 (%28,1)	10 (%22,7)	<b>49 (%26,5)</b>
	<b>50-75</b>	28 (%33,3)	21 (%36,8)	14 (%31,8)	<b>63 (%34,1)</b>
	<b>75-90 ve üzeri</b>	24 (%28,6)	12 (%21,1)	15 (%34,1)	<b>51 (%27,5)</b>
<b>BOY</b>	<b>3-25</b>	11 (%13,1)	10 (%17,5)	7 (%15,9)	<b>28 (%15,1)</b>
	<b>25-50</b>	20 (%23,8)	12 (%21,1)	7 (%15,9)	<b>39 (%21,1)</b>
	<b>50-75</b>	34 (%40,5)	18 (%31,6)	15(%34,1)	<b>67 (%36,2)</b>
	<b>75-90 ve üzeri</b>	19 (%22,6)	17 (%29,8)	15 (%34,1)	<b>51 (%27,6)</b>

*n= 185*

Çalışmamızda çocukların, yaş ve cinsiyet ayrımı yapmadan, genel olarak kilo persentilleri, %11.9'u 3-25. persentillerde, %26.5 'i 25-50. persentillerde, %34.1'i 50-75. persentillerde, %27.5'i 75-90 ve üzeri persentillerde olarak bulunmuştur.

Aynı şekilde boy persentilleri ise; %15,1 'i 3-25. persentilerde, %21,1'i 25-50 persentillerde, %36,2'si 50-75. persentillerde, %27,6'sı ise 75-90 ve üzeri persentillerde bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre kilo ve boy persentilleri değerlendirildiğinde 4.1 yaş ve üzeri kilo persentili(75-90. ve üzeri) hariç, diğer persentiller en fazla 50-75. persentillerde yoğunlaşmışlardır(**Tablo 6.2.2.1**).

**Tablo6.2.2.2 : Kız çocuklarda yaş gruplarına göre kilo ve boy persentillerinin dağılımı**

	Persentil	YAŞ grupları			
		2-3 yaş	3.1-4 yaş	4.1 yaş üzeri	Toplam
<b>KİLO</b>	<b>3-25</b>	6 (%13,3)	7 (%22,6)	3 (%15,8)	<b>16 (%16,8)</b>
	<b>25-50</b>	15 (%33,3)	7 (%22,6)	4 (%21,1)	<b>26 (%27,4)</b>
	<b>50-75</b>	14 (%31,2)	12 (%38,7)	5 (%26,3)	<b>31 (%32,6)</b>
	<b>75-90 ve üzeri</b>	10 (%22,2)	5 (%16,1)	7 (%36,8)	<b>22 (%23,2)</b>
<b>BOY</b>	<b>3-25</b>	6 (%13,3)	8 (%25,8)	3 (%15,8)	<b>17 (%17,9)</b>
	<b>25-50</b>	16 (%35,6)	4 (%12,9)	3 (%15,8)	<b>23(%24,2)</b>
	<b>50-75</b>	14 (%31,1)	9 (%29,0)	5 (%26,3)	<b>28 (%29,5)</b>
	<b>75-90 ve üzeri</b>	9 (%20,0)	10 (%32,3)	8 (%42,1)	<b>27 (%28,4)</b>

Çalışmamızda ,kız çocuklarının yaş gruplarına göre kilo persentilleri en fazla, 2-3 yaş arasında %33,3 oranında 25-50. persentillerde, 3.1- 4 yaş arasında %38,7 oranında 50-75. persentillerde, 4.1 ve üzeri yaş gruplarında ise %36,8 oranında 75-90. ve üzeri persentillerde yoğunluk göstermişlerdir.

Kız çocuklarının boy persentilleri ise en fazla 2-3 yaş arasında % 35,6 oranında 25-50. persentillerde, 3.1-4 yaş arasında %32,3 oranında 75-90 ve üzeri persentillerde, 4.1 yaş ve üzeri yaş arasında ise yine %42,1 oranında 75-90. ve üzeri persentillerde yoğunluk göstermişlerdir(**Tablo 6.2.2.2**).

**Tablo 6.2.2.3: Erkek çocuklarda yaş gruplarına göre kilo ve boy persentillerinin dağılımı**

	Persentil	YAŞ grupları			
		2-3 yaş	3.1-4 yaş	4.1 yaş üzeri	Toplam
<b>KİLO</b>	<b>3-25</b>	3 (%7,7)	1 (%3,9)	2 (%8,0)	<b>6(%6,6)</b>
	<b>25-50</b>	8 (%20,5)	9 (%34,6)	6 (%24,0)	<b>23 (%25,6)</b>
	<b>50-75</b>	14 (%35,9)	9 (%34,6)	9 (%36,0)	<b>32 (%35,6)</b>
	<b>75-90 ve üzeri</b>	14 (%35,9)	7 (%26,9)	8 (%32,0)	<b>29 (%32,2)</b>
<b>BOY</b>	<b>3-25</b>	5 (%12,8)	2 (%7,7)	4 (%16,0)	<b>11 (%12,2)</b>
	<b>25-50</b>	4 (%10,3)	8 (%30,8)	4 (%16,0)	<b>16 (%17,8)</b>
	<b>50-75</b>	20 (%51,3)	9 (%36,6)	10(%40,0)	<b>39 (%43,3)</b>
	<b>75-90 ve üzeri</b>	10 (%25,6)	7 (%26,9)	7 (%28,0)	<b>24 (%26,7)</b>

Çalışmamızda ,erkek çocuklarının yaş gruplarına göre kilo persentilleri en fazla, 2-3 yaş arasında %35,9 oranlarında 50-75. ve 75-90 ve üzeri persentillerde, 3.1- 4 yaş arasında %34,6 oranlarında 25-50. ve 50-75. persentillerde, 4.1 ve üzeri yaş gruplarında %36 oranında 50-75. persentillerde yoğunluk göstermişlerdir.

Erkek çocuklarının boy persentilleri ise en fazla 2-3 yaş arasında %51,3 oranında 50-75. persentillerde, 3.1-4 yaş arasında %36,6 oranında 50-75. persentillerde, 4.1 yaş ve üzeri yaş arasında ise %40 oranında 50-75. persentillerde yoğunluk göstermişlerdir(**Tablo 6.2.2.3**).

**Tablo 6.2.3 : Çocukların 0-1 Yaş Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>0-1 Yaş Beslenme Özellikleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>0-6 Ay Beslenme Şekli</b>	<b>Anne Sütü</b>	135	73,0
	<b>Yapay</b>	21	11,4
	<b>Karışık</b>	29	15,6
<b>Ek Gıdaya Başlanan Yiyecek</b>	<b>Meyve Suyu</b>	53	28,6
	<b>Muhallebi</b>	31	16,8
	<b>Yoğurt</b>	49	26,5
	<b>Sebze Çorbası</b>	24	13,0
	<b>Ev Yemekleri</b>	28	15,1
<b>Toplam</b>		<b>185</b>	<b>100</b>

0-6 ayda çocuğun anne sütü ile beslenme oranı % 73,0; formül mama ile beslenme oranı % 11,4 ve karışık şekilde beslenme oranı ise % 15,6'dır.Çocukların % 28,6'sı ek gıdaya meyve suyu ile, %26,5'i yoğurt ile, %16,8'i muhallebi ile, % 15,1'i ev yemekleri ve % 13'ü sebze çorbası ile başladıkları gözlenmiştir ( **Tablo 6.2.3**).

**Tablo6.2.4:Anne Sütü Alma ve Ek Gıdalara Başlama Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı**

<b>Anne Sütü/Ek Gıda</b>	<b>Ortalama (ay)</b>	<b>SD</b>
<b>Anne Sütü Alma Süresi</b>	<i>9,42</i>	<i>8,33</i>
<b>Ek gıda(Genel)</b>	<i>5,46</i>	<i>1,72</i>
<b>Su</b>	<i>4,83</i>	<i>2,26</i>
<b>Meyve suyu</b>	<i>5,56</i>	<i>2,21</i>
<b>Muhallebi</b>	<i>5,56</i>	<i>1,67</i>
<b>Yoğurt</b>	<i>5,74</i>	<i>2,13</i>
<b>Sebze çorbası</b>	<i>5,82</i>	<i>1,92</i>
<b>Yumurta</b>	<i>7,19</i>	<i>2,85</i>
<b>Et ürünleri</b>	<i>11,15</i>	<i>5,32</i>
<b>Ev yemekleri</b>	<i>11,39</i>	<i>3,99</i>

Çocukların anne sütü alma süreleri  $9,42\pm 8,33$  ay olup, ek gıdaya başlama yaşları  $5,46\pm 1,72$  aydır. Su içirmeye başlama yaşı  $4,83\pm 2,26$  ay; meyve suyuna başlama yaşı  $5,56\pm 2,21$  ay; muhallebi  $5,56\pm 1,67$  ay; yoğurt  $5,74\pm 2,13$  ay; sebze çorbası  $5,82\pm 1,92$  ay; yumurtaya başlama yaşı  $7,19\pm 2,85$  ay; et ürünlerine başlama yaşı  $11,15\pm 5,32$  ay; ev yemeklerine başlama yaşı ise  $11,39\pm 3,99$  aydır (**Tablo 6.2.4**).

**Tablo 6.2.5:Çocukların 1-2 Yaş Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı**

1-2 Yaş Beslenme Özellikleri		n	%
Çocuğun İştah Durumu	Çok İyi	27	14,6
	Genellikle İyi	83	44,9
	Kötü	75	40,5
Beslenme Sorunu	İştahı Az	60	32,4
	Çok az Çeşitte Yemek Yer	11	5,9
	Beslenmesi Yavaş/Sıvı Gıdaları Tercih Etme	14	7,6
	Beslenme Sorunu Yok	100	54,1
<b>Toplam</b>		<b>185</b>	<b>100</b>

1-2 yaş arası dönemde beslenme öyküsünde ; çocuğunun iştahını çok iyi diyen annelerin oranı % 14,6; genellikle iyi diyenler %44,9; genellikle kötü diyenler %40,5 oranındadır. Çocuklarının beslenme sorunu olduğunu düşünenler %54,1 oranındadır. Sorunu iştahı az şeklinde tanımlayanlar % 32,4 oranında; çok az çeşitte yemek yer diyenler % 5,9 ve beslenmesi yavaş diyenler %7,6 oranındadır(**Tablo 6.2.5**).

**Tablo 6.2.6: Çocukların Şu Andaki Beslenme Özelliklerine Göre Dağılımı**

Şu Andaki Beslenme Özellikleri		n	%
Çocuğun Beslenme Sorunu	İştahı Az	80	43,2
	Çok Az Çeşitte Yemek Yeme	17	9,3
	Beslenmesi Yavaş/Sıvı Gıdaları Tercih Eder	9	4,8
	Beslenme Sorunu Yok	79	42,7
Çocuğun İştahsızlığının Değerlendirilmesi	Diğer Çocuklarla Karşılaştırma	41	38,3
	Verilen Öğünleri Bitirmesine Göre	66	61,7

<b>Yemek Yeme Şekli</b>	<b>Kucakta</b>	44	23,8
	<b>Aile Sofrası</b>	113	61,1
	<b>Masa/Sandalye</b>	28	15,1
<b>Günlük Öğün Sayısı</b>	<b>2</b>	86	46,5
	<b>3</b>	87	47,0
	<b>4</b>	12	6,5
<b>Bir Öğünün Süresi</b>	<b>0-20 dk</b>	59	31,9
	<b>20-30 dk</b>	102	55,1
	<b>30 dk ve üzeri</b>	24	13,0
<b>Öğün Saatlerinin Düzeni</b>	<b>Düzenli</b>	134	72,4
	<b>Acıktıkça</b>	35	18,9
	<b>Düzensiz</b>	16	8,7
<b>Öğün Araların Abur-Cubur Yeme</b>	<b>Evet</b>	116	62,7
	<b>Hayır</b>	69	37,3
<b>Biberon Kullanma</b>	<b>Evet</b>	63	34,1
	<b>Hayır</b>	122	65,9
<b>Kendi Tabagında Yeme</b>	<b>Evet</b>	177	95,7
	<b>Hayır</b>	8	4,3
<b>Kaşığı Kendisinin Kullanması</b>	<b>Evet</b>	170	91,8
	<b>Hayır</b>	15	8,2
<b>Kendi Kendini Besleme</b>	<b>Evet</b>	121	65,4
	<b>Etrafı Kirletme</b>	25	13,5
	<b>Fazla Zaman Alma</b>	28	15,2

	<b>Annesi Beslesin İstemesi</b>	11	5,9
<b>Öğünlerdeki Porsiyonu Bitirmesi İçin Israr Etme</b>	<b>Evet</b>	135	73,0
	<b>Hayır</b>	50	27,0
<b>Yemek Yerken Özel Bir İsteğinin Olması</b>	<b>Televizyon Karşında Yemek</b>	106	57,3
	<b>Masada Yemek</b>	21	11,4
	<b>Gezerek Yemek</b>	58	31,3
<b>Çocuk Yemeğini Bitirmezse Annenin Verdiği Tepki</b>	<b>Yemeği Kaldırma</b>	37	20
	<b>Çocuğa Yemeğini Yedirmeyi Deneme</b>	48	25,9
	<b>Oyalayarak Yedirme</b>	73	39,5
	<b>Başka Bir Yemek Önerme</b>	15	8,2
	<b>Ödül-Ceza</b>	12	6,4
<b>Yemeği Bitirmede Kullanılan Ceza</b>	<b>Aç Bırakma</b>	19	10,3
	<b>T.V. İzleme Yasağı</b>	64	34,6
	<b>Odasında Kalma Yasağı</b>	18	9,7
	<b>Ceza vermeme</b>	84	45,4
<b>Yemeği Bitirdiğinde Kullanılan Ödül</b>	<b>Şeker, Çikolata, Cips</b>	89	48,1
	<b>İstedğini Yapma</b>	17	9,2
	<b>Gezmeye Götürme</b>	40	21,6
	<b>Aferin Deme</b>	19	10,3
	<b>Ödül vermeme</b>	20	10,8
<b>Toplam</b>		<b>185</b>	<b>100</b>

Anneler şu anda çocukların % 57,3'ünde beslenme sorunu olduğunu belirtmekte; sorun görülenlerin % 43,2'sinde iştah azlığı; % 9,3'ünde çok az çeşitte yemek yeme, %4,8'inde sıvı gıdaları katı gıdalara tercih etme gelmektedir. Annelerin %61,7'si çocuklarının iştahsızlığını verilen porsiyonun bitirilmemesine göre

değerlendirmektedirler. Çocukların %23,8'i kucakta, % 61,1'i aile sofrasında ve %15'i masa sandalye üzerinde oturarak yemek yemektedir.

Çocukların % 46,5'i 2 öğün ; % 47,0'si 3 öğün yemek yemektedir. Bir öğün ortalama %55,1'inde 20-30 dk sürmekte; % 31,9'unda 0-20dk zaman almaktadır. % 72,4'ünün yemek saatleri düzenli; düzenli olmayanlarında % 18,9'u acıktıkça yemek yemek yediği, %8,7'sinin ise uyku saatlerinin düzensiz olmasından dolayı yemek saatleri de düzensiz olduğu gözlenmiştir.

Çalışmada çocukların % 62,7'si öğün aralarında abur-cabur yemekte; % 34,1'i biberon kullanmakta; % 95,7'si kendi tabağında yemek yemekte; % 91,8'i kaşığı kendi başına kullanmakta; %65,4'ü kendi kendini beslemekte; beslemeyenlerin % 13,5'i etrafi kirlettiği için; % 15,2'si fazla zaman aldığı için; %5,9'u çocuk annenin yedirmesini istediği için kendi kendini beslememekte. %73'ü öğündeki porsiyonu bitirilmesi için ısrar ettiğini söylemektedir.

Çalışmada çocukların % 57,3'ü yemeğini televizyon karşısında ; % 31,3'ünün ise gezerek yediği gözlenmiştir. Çocuk yemeği bitirmiyorsa % 39,5'i oyalayarak yemesini sağladığını; % 20,0'ı ise yemeği kaldırdığını ifade etmektedir. Ceza olarak %34,6'sı televizyon izlememe cezası verdiğini ; %10,3'ü ise aç bırakma cezası verdiğini söylemiştir. Ödüllendirme şekillerine göre bakıldığında %48,1'u şeker, çikolata ve cips ile; % 21,6'sı gezmeye götürme; % 9,2'si istediği bir şeyi yapma ve %10,3'ü aferin diye sözel yola ödüllendirdiğini söylemektedir (**Tablo 6.2.6**).

**Tablo 6.2.7:Çocuğun Şu Anki Beslenme Özellikleri İle Yemek Saatlerinin Karşılaştırılması**

Şu Anki Beslenme Özellikleri		Yemek Saatleri				Test Değeri; p
		Düzenli		Düzenli Değil		
		n	%	n	%	
Çocuğun Beslenme Sorunu	İştahı az	52	82,5	23	67,6	$\chi^2:3.077;$ $p:0,215$
	Çok az çeşitte yemek yer	9	14,3	8	23,5	
	Beslenmesi yavaş/Sıvı Gıdaları Tercih Eder	2	3,2	3	8,8	
Sağlık Problemleri	Yok	80	58,4	22	45,8	$\chi^2:2.333;$ $p:0,506$
	Kusma	12	8,8	6	12,5	
	Kabızlık	24	17,5	11	22,9	
	Karın ağrısı ve gaz sancısı	21	15,3	9	18,8	
Öğün Sayısı	2 Öğün	59	43,1	27	56,3	$\chi^2:2,631;$ $p:0,268$
	3 Öğün	68	49,6	19	39,6	
	4 Öğün	10	7,3	2	4,2	
Öğün Süresi	0-20 dk.	40	29,2	19	31,9	$\chi^2:2,349;$ $p:0,309$
	20-30 dk.	80	58,4	22	45,8	
	30 dk. ve üzeri	17	12,4	7	14,6	
Öğün Aralarında Abur-Cubur Yeme	Evet	81	59,1	35	72,9	$\chi^2:2,891;$ $p:0,089$
	Hayır	56	40,9	13	27,1	
Kendi Tabagından Yeme	Evet	133	97,1	44	91,7	$\chi^2:2,518;$ $p:0,113$
	Hayır	4	2,9	4	8,3	
Kaşığı Kendi Başına Kullanma	Evet	126	92,6	43	89,6	$\chi^2:0,445;$ $p:0,505$
	Hayır	10	7,4	5	10,4	

<b>Aile Sofrasına Oturma</b>	<b>Evet</b>	134	97,8	41	85,4	$\chi^2:10,678;$ $p:0,001^{**}$
	<b>Hayır</b>	3	2,2	7	14,6	
<b>Öğünlerdeki Porsiyonu Bitirmesi İçin İsrar</b>	<b>Evet</b>	99	72,3	36	75,0	$\chi^2:0,135;$ $p:0,713$
	<b>Hayır</b>	38	27,7	12	25,0	

$\chi^2$ : Ki-kare test

\*\*  $p < 0,01$  anlamlı

Yemek saatlerinin düzenine göre çocuğun beslenme sorunları, günlük öğün sayısı, öğün süresi, sağlık problemleri, öğün aralarında abur-cubur yemek, kendi tabağından yeme, kaşığı kullanma, porsiyonu bitirmesi için ısrar etme arasında anlamlı fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Yemek saatleri düzenli olanların aile sofrasına oturma oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $\chi^2:10,678$  )( $p < 0.01$ )(**Tablo 6.2.7**).

**Tablo 6.2.8: Çocuğun Şu Andaki Beslenme Özellikleri İle Beslenme Sorununun Karşılaştırılması**

Şu Andaki Beslenme Özellikleri		Çocuğunuzda Beslenme Sorunu						Test Değeri; p
		İştahı az		Çok az çeşitte yemek yer		Beslenmesi Yavaş/Sıvı gıdaları Tercih eder		
		n	%	n	%	n	%	
Sevmediği Yiyecekler	Sebze ve Meyveler	29	38,7	9	52,9	-	-	$\chi^2:15,757$ ; $p:0,015^*$
	Et	5	6,7	3	17,6	2	40,0	
	Kuru Bakliyat	7	9,3	1	5,9	2	40,0	
	Süt Ürünleri/ Kahvaltı	34	45,3	4	23,5	1	20,0	
Sevdiği Yiyecekler	Sebze ve Meyveler	3	4,0	1	5,9	-	-	$\chi^2:1,682$ ; $p:0,947$
	Et	11	14,7	4	23,5	1	20,0	
	Süt Ürünleri/ Kahvaltı	58	77,3	11	64,7	4	80,0	
	Hazır Gıdalar	3	4,0	1	5,9	-	-	

$\chi^2$ : Ki-kare test

\*  $p < 0,05$  anlamlı

Beslenme sorunu tiplerine göre çocuğun sevmediği yiyecekler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2:15,757$ )(  $p < 0,05$ ) . Çok az çeşitte yemek yiyenlerin sevmediği yiyeceklerden sebze oranı anlamlı olarak yüksektir; iştahı az olanların sevmediği yiyeceklerden süt ürünleri ve kahvaltı oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( **Tablo 6.2.8**).

**Tablo 6.2.9: Çocuğun Beslenme Alışkanlığı İle Günlük Öğün Sayısının Karşılaştırılması**

Beslenme Alışkanlığı		Günlük Öğün Sayısı						Test Değeri; p
		2 öğün		3 öğün		4 öğün		
		n	%	n	%	n	%	
Öğün Aralarında Abur-Cubur Yeme	Evet	61	70,9	52	59,8	3	25,0	$\chi^2:10,103;$ $p:0,006^*$
	Hayır	25	29,1	35	40,2	9	75,0	
Öğünlerdeki Porsiyonu Bitirmesi İçin İsrar Etme	Evet	64	74,4	66	75,9	5	41,7	$\chi^2:6,423;$ $p:0,040^*$
	Hayır	22	25,6	21	24,1	7	58,3	

$\chi^2$ : Ki-kare test

\*  $p < 0,05$  anlamlı

\*\*  $p < 0,01$  ileri düzeyde anlamlı

Çocuğun günlük öğün sayısı ile öğün aralarında abur cubur alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2:10,103$ )( $p < 0,01$ ); öğün sayısı düştükçe abur cubur yeme oranı yükselmektedir.

Ayrıca günlük öğün sayısı ile öğündeki porsiyonların bitirilmesi için ısrar etme arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2:6,423$ )( $p < 0,05$ ); öğün sayısı düştükçe öğündeki porsiyonu bitirmesi için ısrar etme oranı yükselmektedir (Tablo 6.2.9).

**Tablo 6.2.10: Çocukların Şu Anki Beslenme Özellikleri ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması**

Şu Anki Beslenme Özellikleri		Yaş Grubu						Test Değeri; p
		2-3 yaş		3.1-4 yaş		4. 1 yaş ve Üzeri		
		n	%	n	%	n	%	
Beslenme Sorunu	İştahı Az	40	78,4	20	64,5	15	100,0	$\chi^2:7,659;$ $p:0,105$
	Çok Az Çeşitte Yemek Yeme	9	17,6	8	25,8	-	-	
	Beslenmesi Yavaş/ Sıvı Gıdaları Tercih Eder	2	3,9	3	9,7	-	-	
Sağlık Problemleri	Yok	49	58,3	27	47,4	26	59,1	$\chi^2:4,677;$ $p:0,586$
	Kusma	8	9,5	6	10,5	4	9,1	
	Kabızlık	15	17,9	15	26,3	5	11,4	
	Karın Ağrısı ve Gaz Sancısı	12	14,3	9	15,8	9	20,5	
Sevmediği Yiyecekler	Sebze ve Meyveler	24	28,6	24	42,1	17	38,6	$\chi^2:7,166;$ $p:0,306$
	Et	9	10,7	9	15,8	3	6,8	
	Kuru Baklagiller	13	15,5	4	7,0	4	9,1	
	Süt Ürünleri ve Kahvaltılık Malzemeler	38	45,2	20	35,1	20	45,5	
Sevdiği Yiyecekler	Sebze/ Meyveler	5	6,0	4	7,0	3	6,8	$\chi^2:1,541;$ $p:0,957$
	Et	17	20,2	9	15,8	9	20,5	
	Hazır Gıdalar	60	71,4	41	71,9	31	70,5	
	Süt Ürünleri ve Kahvaltılık Malzemeler	2	2,4	3	5,3	1	2,3	

<b>Bir Öğün Ortalama Süresi</b>	<b>0-20 dk.</b>	28	33,3	18	31,6	13	29,5	$\chi^2:1,673;$ $p:0,796$
	<b>20-30 dk.</b>	48	57,1	30	52,6	24	54,5	
	<b>30 dk. ve Üzeri</b>	8	9,5	9	15,8	7	15,9	
<b>Yemek Saatleri Düzeni</b>	<b>Evet</b>	56	66,7	47	82,5	34	77,3	$\chi^2:4,717;$ $p:0,095$
	<b>Hayır</b>	28	33,3	10	17,5	10	22,7	
<b>Öğün Aralarında Abur-Cubur Yeme</b>	<b>Evet</b>	50	59,5	37	64,9	29	65,9	$\chi^2:0,675;$ $p:0,713$
	<b>Hayır</b>	34	40,5	20	35,1	15	34,1	
<b>Biberon Kullanma</b>	<b>Evet</b>	39	46,4	12	21,1	12	27,3	$\chi^2:10,919;$ $p:0,004^{**}$
	<b>Hayır</b>	45	53,6	45	78,9	32	72,7	
<b>Kendi Tabagında Yeme</b>	<b>Evet</b>	76	90,5	57	100,0	44	100,0	$\chi^2:10,054;$ $p:0,007^{**}$
	<b>Hayır</b>	8	9,5	-	-	-	-	
<b>Kaşığı Kendi Kullanma</b>	<b>Evet</b>	71	85,5	56	98,2	42	95,5	$\chi^2:8,288;$ $p:0,016^*$
	<b>Hayır</b>	12	14,5	1	1,8	2	4,5	
<b>Öğünlerdeki Porsiyonu Bitirmesi İçin Israr Etme</b>	<b>Evet</b>	60	71,4	47	82,5	28	63,6	$\chi^2:4,645;$ $p:0,098$
	<b>Hayır</b>	24	28,6	10	17,5	16	36,4	

$\chi^2$ : Ki-kare test

\*  $p < 0,05$  anlamlı

\*\*  $p < 0,01$  ileri düzeyde anlamlı

Yaş gruplarına göre çocuktaki beslenme sorunu varlığı, sağlık problemi çeşitleri, sevmediği ve sevdiği yemek çeşitleri, bir öğün ortalama süresi, yemek saatlerinin düzeni, öğün aralarında abur-cubur yeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6.2.10).

Yaş gruplarına göre biberon kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2:10,919$ ) ( $p < 0,01$ ); küçük yaş grubundaki olguların biberon kullanma oranı anlamlı yüksektir.

Yaş gruplarına göre kendi tabağında yeme ve kendi başına kaşık kullanma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir( $\chi^2:10,054$  )(p<0,01); küçük yaş grubundaki olguların kendi tabağında yeme ve kendi başına kaşık kullanma oranları anlamlı düşük bulunmuştur(**Tablo 6.2.10**).

### 6.3. ÇOCUĞA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

*Tablo 6.3.1: 1-2 Yaş Arası Beslenme Özellikleri İle Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması*

1-2 Yaş Arası Beslenme Özellikleri		Aile Ortamı Ölçeği					
		Birlik Beraberlik			Denetim		
		Ort.	SD	Test Değeri;p	Ort.	SD	Test Değeri;p
İştah Durumu	Çok İyi	48,62	7,53	F:1.101 p:0.335	25,96	4,52	F:0.764 p:0.467
	Genellikle İyi	46,22	7,61		24,96	4,03	
	Kötü	46,46	7,28		25,60	4,04	
Çocuğun Beslenme Sorunu Varlığı	Evet	46.32	7.02	t:0.515 p:0.608	25.53	4.02	t:0.596 p:0.552
	Hayır	46.95	7.92		25.17	4.19	
Beslenme Sorunu	İştahı Az	46,15	7,48	F:0.076 p:0.927	25,47	3,96	KW:0.477 p:0.622
	Az Çeşitte Yemek Yeme	47,00	5,95		26,00	3,95	
	Beslenmesi Yavaş/Sıvı Gıdaları Tercih Etme	46,00	5,87		24,50	4,40	

F: Oneway Anova

KW: Kruskal Wallis

t: Student t test

1-2 yaş arasında; annelerin çocukların iştah durumlarını belirtmelerine göre aile ortamı ölçeğinin birlik- beraberlik puanları ve denetim puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Çocuğun beslenme problemi varlığına göre birlik-beraberlik ve denetim puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ). Beslenme problemi görülen olgularda nedenlere göre aile ortamı ölçeğinin birlik-beraberlik ve denetim puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ )(Tablo 6.3.1).

**Tablo6.3.2: Şu andaki Beslenme Özellikleri İle Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Şu Andaki Besleme Özellikleri		Aile Ortamı Ölçeği					
		Birlik Beraberlik			Denetim		
		Ort.	SD	Test Değeri;p	Ort.	SD	Test Değeri;p
Çocuğunuzun Beslenme Sorunları	İştahı az	47,04	7,48	<i>F:2,135</i> <i>p:0.124</i>	25,65	4,09	<i>F:3,045</i> <i>p:0.05*</i>
	Az çeşit yer	43,00	6,98		24,65	3,85	
	Beslenmesi yavaş/Sıvı Gıdaları tercih Etme	47,20	5,89		21,20	4,21	
Beslenme Şekli	Kucakta	45,59	7,54	<i>F:1,999</i> <i>p:0.138</i>	24,84	4,40	<i>F:2,917</i> <i>p:0.059</i>
	Aile sofrası	46,49	7,33		25,13	3,89	
	Masa/Sandalye	49,11	7,69		27,03	4,20	
Öğün Sayısı	2 öğün	46,31	7,88	<i>F:1,164</i> <i>p:0.315</i>	25,38	4,13	<i>F:0,146</i> <i>p:0.864</i>
	3 öğün	47,38	7,42		25,24	4,32	
	4 öğün	44,17	3,51		25,92	1,93	
Bir Öğünün Ortalama Süresi	0-20 dk.	46,59	8,26	<i>F:1,980</i> <i>p:0,141</i>	25,49	4,29	<i>F:0,847</i> <i>p:0.430</i>
	20-30 dk.	47,35	7,01		25,51	4,10	
	30 dk. ve üzeri	44,00	7,06		24,33	3,63	
Yemek Saati Düzeni	Evet	47,49	7,06	<i>t:2.537</i> <i>p:0.012*</i>	25,68	3,90	<i>t:1.845</i> <i>p:0.067</i>
	Hayır	44,35	8,20		24,42	4,55	
En Sık Atlanan Öğün	Kahvaltı	44,35	8,63	<i>KW:6.033</i> <i>p:0.110</i>	24,21	4,46	<i>KW:12.773</i> <i>p:0.005**</i>
	Öğle	47,79	6,92		25,45	4,01	
	Akşam	45,25	3,65		25,37	1,68	
	Atlamıyoruz	46,40	7,82		28,27	3,06	

Kendi Tabağında Yeme	Evet	46,81	7,43	<i>t:1,181</i>	25,39	4,12	<i>t:0,599</i>
	Hayır	43,62	8,40	<i>p:0.239</i>	24,50	3,96	<i>p:0.550</i>
Kaşığı Kendi Kullanma	Evet	46,66	7,44	<i>t:0.064</i>	25,36	4,16	<i>t:0.265</i>
	Hayır	46,53	8,28	<i>p:0.949</i>	25,07	3,61	<i>p:0.791</i>
Aile Sofrasına Oturma	Evet	46,81	7,46	<i>t:1,033</i>	25,44	4,13	<i>t:1,231</i>
	Hayır	44,30	7,76	<i>p:0.303</i>	23,80	3,36	<i>p:0.220</i>
Kendi Kendini Besleme	Evet	47,93	6,90	<i>t:3,243</i>	25,74	4,01	<i>t:1,957</i>
	Hayır	44,03	8,03	<i>p:0.002**</i>	24,49	4,23	<i>p:0.05*</i>
Yemek Sırasında Özel İsteği	TV İle Yeme	46,94	6,86	<i>F:1,076</i> <i>p:0.343</i>	25,43	3,59	<i>F:0,844</i> <i>p:0.432</i>
	Masada Yeme	48,67	8,18		26,43	4,81	
	Gezerek Yeme	45,95	7,92		25,09	4,51	
Çocuk Yemeğini Bitirmiyorsa Yapılanlar	Yemeği Kaldırma	46,27	8,49	<i>F:2,657</i> <i>p:0.034*</i>	26,05	4,48	<i>F:1,693</i> <i>p:0,154</i>
	Yedirmeyi Deneme	47,56	7,27		24,79	4,23	
	Oyalayarak Yedirme	47,15	6,70		25,52	3,75	
	Başka Yemek Önerme	47,47	6,42		26,40	4,03	
	Ceza Verme	40,17	8,92		23,08	4,38	
Verilen Cezalar	Aç Bırakma	39,37	7,92	<i>F:10,825</i> <i>p:0.001**</i>	23,89	4,69	<i>F:1,788</i> <i>p:0,173</i>
	T.V. İzleme Yasağı	47,47	7,59		25,61	4,36	
	Oda Hapsi Yasağı	49,11	4,91		26,39	2,89	
Verilen Ödüller	Şeker,Çikolata, Cips	47,71	7,39	<i>F:2,735</i> <i>p:0.045*</i>	25,55	3,98	<i>KW:1,281</i> <i>p:0.283</i>
	İstedğini Yapma	42,12	6,39		23,59	2,96	
	Gezmeye Götürme	46,57	7,64		25,50	4,69	
	Aferin Deme	46,58	7,68		26,00	4,28	

*KW: Kruskal Wallis*

*t: Student t test*

*\*p<0,05 anlamlı*

*+ değerlendirme dışı bırakılmışlardır*

Şu andaki beslenme özellikleri; çocuğun beslenme sorunlarına göre birlik beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Aile ortamı ölçeğinin denetim puanları çocuğun beslenme sorunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( $F:3,045$ ) ( $p<0.05$ ). İştahı az olan olguların denetim puanı beslenmesi yavaş/sıvı gıdaları tercih edenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Evde besleme şekillerine göre birlik beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Kucakta beslenen çocuklarda puanın düşüklüğü, mama sandalyesinde beslenenlerde ise birlik beraberlik puanlarının yüksekliği dikkat çekicidir. Aile ortamı ölçeğinin denetim puanları da çocuğun evde besleme şekline göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Burada da mama sandalyesinde beslenen çocukların puanları yüksek bulunmuştur.

Çocuğun günde yediği öğün sayısına göre aile ortamı ölçeğinin birlik beraberlik puanları ve denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Bir öğünün ortalama süresine göre birlik beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Aile ortamı ölçeğinin denetim puanları da bir öğünün ortalama süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Yemek saatleri düzenli olan çocukların birlik- beraberlik puanları anlamlı yüksek bulunmuştur(  $t: 2,537$ ) ( $p<0,05$ ). Yemek saatleri düzenli olan çocukların denetim puanları da yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

En sık atlanan öğün durumuna göre birlik beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). En sık atlanan öğün durumuna göre denetim puanları ise ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir (  $KW: 12,773$ )( $p<0,01$ ); öğün atlamayan olguların denetim puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kendi tabağından yemek yeme durumuna göre birlik beraberlik ve denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kaşığı kendi başına kullanma durumuna göre birlik beraberlik ve denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ )(**Tablo 6.3.2**).

Aile sofrasına oturma durumuna göre birlik beraberlik puanları ve denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kendi kendini besleyenlerin birlik beraberlik puanları beslemeyen olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur( $t: 3,243$ ) ( $p<0,01$ ). Bu çocukların denetim puanlarının da anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür( $t: 1,957$ ) ( $p<0,05$ ).

Yemek yerken özel isteklerine göre birlik beraberlik puanları ve denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Çocuğun yemeği bitirmemesi durumunda yapılacaklara göre birlik beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermektedir ( F: 2,657)( $p<0,05$ ); yemeğini yemezse cezalandıran grubun, birlik beraberlik puanı diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çocuğun yemeği bitirmemesi durumunda yapılacaklara göre denetim puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Bitirmemesi durumunda ceza veriliyorsa ceza tiplerine göre birlik beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermektedir(F: 10,825) ( $p<0,01$ ); aç bırakarak ceza verilmesinin birlik beraberlik puanı diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yemeğin bitmemesi durumunda verilecek cezalara göre denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Yemeği yemesi durumunda verilecek ödüllere göre birlik-beraberlik puanları anlamlı farklılık göstermektedir (F: 2,735)( $p<0,05$ ).Çocuğun isteklerini yerine getirenlerin birlik beraberlik puanları diğer ödüllere göre anlamlı düşük bulunmuştur. Yemeği yemesi durumunda verilecek ödüllere göre denetim puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ )(**Tablo 6.3.2**).

## 7. TARTIŞMA

2-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşiminin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırma, Sağlık Bakanlığı 70. Yıl Cumhuriyet Okmeydanı Ana- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması'nda sağlam çocuk polikliniğine gelen 2-5 yaş arası 185 sağlam çocuk ve anneleri ile gerçekleştirilmiş olup elde edilen veriler literatür bilgilerinin ışığı altında ve bulguların bölümleri doğrultusunda tartışılmıştır.

### 7.1. AİLEYE YÖNELİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Son yıllarda çocukların yaşam biçimleri ve yeme alışkanlıklarındaki değişimler, genelde aile ve sosyal çevredeki değişikliklere bağlanabilir. Bu değişimler, çalışan ailelerin artması, doğum sayısı ve aile birey sayısında azalma , tarım, balıkçılık, yiyecek teknolojisinde ilerlemeler, nüfusun hızla kentlere doğru kayması, sağlık kurumları ve eğitimin yaygınlaşması, televizyonun etki alanının artması ve çocukların daha erken yaşta okula başlamalarıdır (52).

Çocuğun sağlıklı gelişimi üzerinde, annenin eğitim düzeyinin önemli rol oynadığı; ayrıca, ailenin sosyal ve ekonomik seviyesini de değiştirerek, çocuğun beslenmesini dolaylı olarak etkilediği bilinmektedir. Ulusal Beslenme Araştırması 1974 ve 1983 yılları bulgularına göre çocuk ölüm nedenlerinin daha çok annenin eğitim eksikliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmada; okur-yazar olmayan annelerin çocuklarında %41 olan büyüme ve gelişme geriliği oranı, orta okul ve lise mezunu annelerde %21.3 olup, gruplar arası fark ta istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (46).

Çalışmamızda annelerin yaş ortalaması  $28.67 \pm 5.26$  yıl (18-45) olup, % 60.5 'inin ilkokul, %5.4'ünün ortaokul, %25.9'unun lise ve %8.1 'inin üniversite olduğu belirlenmiştir. %79.5'i çalışmamakta; %20.5'i ise çalışmaktadır; %97.8'inin sağlık durumu iyi olarak tespit edilmiştir(**Tablo6.1.1**).

Ekonomik faaliyet, özellikle gelir üzerinde söz sahibi olduğu durumlarda, eğitim konusunda olduğu gibi, kadınların statülerinin iyileşmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir(61).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003) verilerine göre kadınların %30,5'i ilkokulu bitirmemiş/ eğitimi yok, % 39,4'ü ilkokul mezunu, %10,5'i ortaokul mezunu, %19,2'si lise ve üzeri okul mezunudur. Yine kadınların %21,7'si araştırma sırasında çalışırken, %11,1'inin çalışmadığı, %67,2'sinin araştırmadan 1 yıl öncesinden itibaren çalışmadığı açıklanmıştır(61).

İnal ve arkadaşlarının( 24), çocukların beslenme şeklinin sağlık durumuna etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada çocukların annelerinin yaş ortalamasının  $25,7 \pm 6$  yıl, %49.2 'sinin ilkokul mezunu olduğunu ve okur-yazar olmayan anne oranının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kaypak(25), Balıkesir-Burhaniye'de yaptığı çalışmasında annelerin çoğunluğunun (%42.7) 21-25 yaş grubunda toplanmış olup, %57.9'unun ilkokul mezunu olduğunu; babaların çoğunluğunun ise (%42.2), 26- 30 yaş grubunda toplandığını, %39.1'inin ilkokul mezunu olduğunu saptamıştır.

Ünüsün ( 64), Konya ilinde yaptığı çalışmasında, annelerin %34.2'si ilkokul, %30.1'i lise, %12,3'ü iki yıllık üniversite ve %23.3'ü dört yıllık fakülte mezunu olduğunu tespit etmiştir.

Çalışma bulgularımız TNSA 2003, İnal ve Kaypak'ın bulguları ile paralellik gösterirken,Ünüsün'ın bulgularından farklı olmasını;çalışmanın okul öncesi bir eğitim kurumunda yapılmış olmasına ,dolayısıyla annelerin daha yüksek oranda çalıştıklarına, eğitim düzeylerinin de buna bağlı olarak yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada babaların yaşı, 21 ile 50 yaş arasında değişmekte olup ortalama yaş  $32.37 \pm 5.86$ 'dır. Babaların %43.8'i ilköğretim, %9.7'si orta öğretim; %33.0'ü lise ve %13.5'i üniversite mezunudur.%42.2'si işçi; %23.8'i esnaf, %16.2'si memur; %17.8'i emeklidir. %98.4'ünün sağlık ise iyi olarak tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.1**).

TNSA 2003 verilerine göre; erkeklerin yaklaşık %77'si ilköğretimin birinci basamağını oluşturan 5 yıllık eğitimi tamamlamış olup, %17,6'sının ilkokulu

bitirmemiş/ eğitimi olmadığı, %40,1'inin ilkokul, %15,1'inin ortaokul, %26,6 'sının lise ve üzeri okul mezunu olduğu bildirilmiştir(61).

Altınkaynak ve arkadaşlarının(1) yaptığı çalışmada baba eğitim düzeyi azaldıkça Malnutrisyon derecesinin arttığı görülmüştür .

Ailedeki birey sayısının fazla olması, aile gelirinden bireylere düşen oranı azaltması yanında, aile bireyelerine özellikle de çocuklara verilen değeri düşürmektedir. Bu durumlar kötü beslenmenin nedenleri arasında yer almaktadır. Yapılan bir araştırmada; üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerdeki çocuklarda, malnutrisyonun daha sıklıkla görüldüğü belirlenmiştir. Yaşayan kardeş sayısı arttıkça, çocuğa gösterilecek ilgi ve kişi başına yapılan harcama da azalacaktır. Böylece ailedeki birey sayısı ile ekonomik düzeyi arasındaki pozitif bir ilişkinin varlığı da ortaya çıkmaktadır(46).

Çalışmamızda ailedeki çocuk sayısı 1 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama çocuk sayısı  $1.60 \pm 0.78$ 'dir. Ailelerin %87.6'sı çekirdek aile, %11.4'ü geniş aile ve %1.1'i parçalanmış aile olarak tespit edilmiştir(**Tablo 6.1.2**).

TNSA 2003 (61) verilerine göre Türkiye'deki ortalama hane halkı büyüklüğü 4 kişidir. Bu değer kentte 3.9 , kırdada 4.5 olarak bulunmuştur.

Erzurum'da Küçükkoğlu ve arkadaşlarının (11) yaptıkları bir araştırmada ailedeki birey sayısı 4 ve daha az olan ailelerde malnutrisyona daha az, 5 ve daha fazla kişiden oluşan aileler de ise malnutrisyona daha çok rastlandığı bulunmuştur. Şensoy ve arkadaşlarının 0-48 aylık çocuklar üzerinde çubuk bölgesinde yaptıkları çalışmada; malnutrisyon görülme oranının ailedeki birey sayısı 4 olanlarda %8.4, 5 ve üzeri olanlarda ise %12 olduğu belirlenmiştir.

Altınkaynak ve arkadaşlarının(1) yaptığı çalışmada;hafif malnutrisyonlu grupta ortalama çocuk sayısı  $2.6 \pm 1.18$ , orta malnutrisyonlu grupta  $2.86 \pm 1.16$  ve ağır malnutrisyonlu grupta ise  $3.46 \pm 1.75$  olarak bulunmuştur.

Şamsul (57) çalışmasında , ailelerin %76.6'sını çekirdek aile, %26.6'sını ise geniş olarak saptamıştır.

Kaypak(25) çalışmasında çekirdek aile oranının %87.2 olduğunu, tek çocuklu aile oranının %57,1, iki çocuklu aile oranını ise %30,1 olarak saptamıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Bu durum toplumumuzda artık ailelerin geleneksel geniş aile tipinden çıkarak çekirdek aileye yöneldiklerini göstermektedir.

Sosyo-ekonomik düzey, besin alımında önemli bir faktördür.Özellikle besin değeri yüksek olan besinlerin tüketimi gelir düzeyi ile yakından ilgilidir (11).

Çalışmamızda ailelerin %21.6'sı 500 YTL altında gelir gurubuna ; % 36.2'si 501-750 YTL alan gelir grubuna; %42.2'si ise 750-1000YTL alan gelir grubuna girmektedir.Ailelerin %42.2 'sinin aile gelirlerini yeterli bulmamaktadır. Mutfak harcamalarına 250 YTL ve altı ücret ayıranlar %26.5; 251-499YTL ayıranlar %49.7 , 500YTL ve üzeri ayıranlar ise %23.8 olarak bulunmuştur. Ailelerin %67.9'ü mutfak harcama miktarını yeterli bulamadıklarını belirtmişlerdir(**Tablo6.1.2**).

Altınkaynak ve arkadaşlarının (1) 2002 yılında yaptıkları çalışmada ortalama aylık gıda harcamasına bakıldığında; hafif malnutrisyonlu hastalarda 62 milyon gıda harcaması varken, orta malnutrisyonlu hastaların ailelerinde ortalama gıda harcaması 44 milyon ve ağır malnutrisyonlu grupta ise 37 milyon olarak bulunmuştur.

Leşkeri (34) yaptığı çalışmasında beslenme bozukluğu ve düşük sosyo-ekonomik düzey arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Beslenme bozukluğu saptanan çocukların %31.6'sı düşük sosyo-ekonomik düzeyden geldiği tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, çalışan annelerin çocuklarına %58.3'ü aile büyüğü tarafından ; %41.7'si bakıcı ve yuva tarafından bakılmaktadır.Çocuk sıralamasında %61.1'i 1.çocuk, %27.6'sı ikinci çocuk; %11.4'ü üçüncü çocuktur. Çocuk bakımında %85.4 oranında annenin sözü geçmektedir. Ailedeki önemli kararların büyük bir bölümü %83.2'si ortak;%16.8'i baba tarafından alınmaktadır(**Tablo 6.1.2**).

TNSA 2003(61) verilerine göre; Çocukların bakımı Türkiye'de, ya annenin kendisi ya da akrabalar tarafından sağlanmaktadır. Kurumsal bakımın oranı %5'ten daha az olmak üzere düşüktür. Çocuğun bakımını sağlamada önemli bir oranı akrabalar oluşturmaktadır. Gözlemlerin %37'sinde çocuğun bakımı anne tarafından sağlanmaktadır; bu da annenin çocuğu işe giderken beraberinde götürdüğü ya da kadının ev ortamında yaptığı bir işe sahip olduğunu göstermektedir. Anneleri çalışan 6 yaşından küçük çocukların %21 inde kocanın annesi bakmaktadır. Anne ve

kayınvalidenin yanı sıra, ailenin büyük kız çocuğu da kardeşlerin bakımında bazen yer almaktadır(%10). Kentsel bölgede çalışan annelerin çocuklarının bakımı %34 yine annenin kendisi, %2.7 baba, %7.4 büyük kız çocuk, %13.4 kadının annesi, %16.5 kocanın annesi, %5.4 diğer akrabalar, %0.5 büyük erkek çocuk, % 7.6 para karşılığı yardımcı ve %8.9 kurumsal bakım tarafından karşılanmaktadır.

Yemek zamanı ailelerin bir araya geldiği, kavgasız, gürültüsüz, neşeli sosyal bir olay olduğunu, yemeğin belli bir düzen içinde sunulduğunu, dağıtıldığını ve yendiğini çocuk görerek öğrenmelidir. Büyüklerin yemek seçmesi, yemeği beğenmemesi gibi davranışlar çocuğa olumsuz etki yapar. Çocuk anne- baba ve diğer aile bireylerini taklit eder (18).

Aileler çocukların besin öğeleri açısından zengin yiyeceklerle beslenmesini ve evdeki sofraya kurallarına uyulmasını isterler. Ancak ailelerin yeme davranışları ile yiyeceklere karşı tepkileri çocuklar için bir model olmaktadır. Anne , baba ve kardeşlerin yönelimleri, çocuğun yeme yaklaşım ve isteğini etkiler. Yemek saatlerinin düzenli olması , kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir(64).

Yaptığımız çalışmada aile içinde en az bir kişi %65.4 oranında yemek ayırt etmektedir; evde düzenli kahvaltı edenlerin oranı ise %76.2 oranındadır. Günde üç öğün yemek yiyenler %69.7, iki öğün yemek yiyenler %%22.2 oranındadır. En sık atlanan öğün, %61.6 oranında öğle yemeği olup, sabah kahvaltısı yapma ise %25.9 oranında olduğu gözlenmiştir (**Tablo 6.1.3**).

Çocukların beslenme alışkanlıklarını kazanmada önemli bir etmen de öğün sayısının düzenli olmasıdır. Güneşli'nin yaptığı bir çalışmada öğün sayısının sosyo-ekonomik düzeyin yükselişine bağlı olarak arttığı görülmektedir(34).

Çalışmada, ailelerin en çok tükettikleri besin grupları; %34.6 oranında sebze, %29.7 oranında et, %7.6 oranında kuru baklagiller, %14.1'i hazır gıdalar, %14.1'i süt ve süt ürünleri olarak bulunmuştur(**Tablo 6.1.3**).

En az tüketilen besin grupları ise; %50.3'ü et, %18.4'ü sebze, %15.7'si kuru baklagiller, %5.9'u süt ve süt ürünleri, %9.7 'si ise hazır gıdalar olarak cevaplanmıştır (**Tablo 6.1.3**).

Bulunan sonuçlar ailelerin sosyo-ekonomik durumu ile ilişkilidir. En fazla tüketilen besin grubu daha ucuz olan sebze, en az tüketilen besin grubu ise pahalı olan etten oluşmaktadır.

Ailelerin aylık gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre aylık gelir düzeyinin yeterli olup olmadığı sorgulandığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $\chi^2$ :21,743)( $p<0,01$ ). Mutfak harcamalarına 500 YTL üzerinde meblağ ayıranların gelir düzeylerinden memnuniyet oranları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Gelirden 250 YTL altında ayıranlar ve 250-500 arası ayıranların gelir düzeylerinden memnuniyet oranları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ) **(Tablo 6.1.4)**.

Gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre ailede en çok tüketilen besin grupları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir( $\chi^2$ :16,813) ( $p<0,05$ ). Mutfak harcaması 500 YTL ve üzeri olan grubun et tüketimi oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Mutfak harcamaları düşük olan grupların ise sebze tüketimi anlamlı olarak yüksektir(**Tablo 6.1.4**).

Gelirden mutfak harcamalarına ayrılan miktar sınıflamasına göre ailede en az tüketilen besin grupları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2$ :26,201) ( $p<0,01$ ). Düşük mutfak harcaması yapan grubunun 500 YTL ve üzeri harcama yapanlara göre en az tükettiği besin grubu et olmuştur(**Tablo 6.1.4**).

Kişi başına düşen gayri safi milli hasılanın 2900\$ işsizliğin %7,4 olduğu, Birleşmiş Milletler Gelişim Programının yaşam süresi, 1999 “ İnsan Yoksulluk Endeksine”e göre Türkiye 139 ülke arasında 86’ıncıdır. Nüfusu oluşturan ailelerin %5,6’sı mutlak, %27,7’si göreceli olarak yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır(74).

Ailelerin gelir düzeyi ile mutfak harcamaları arasında ilişki olduğu bilinen bir gerçektir. Toplumumuzda gelir düzeyi düştükçe mutfak harcamalarının kısıldığı, yeterli ve dengeli beslenmeden daha çok, beslenmede amaç karın doyurmaya gözlenmektedir.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) açıkladığı raporda, ülkemizde 4 kişilik ailenin mutfak harcaması 2006 nisan verilerine göre 93 milyon 323 bin lira olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda bir ailenin toplam harcamalarının %32,9’unun mutfak harcaması olduğunu bildirmiştir([www.die.gov.tr](http://www.die.gov.tr)).

Çalışmamızda bulgularımızın sonuçlarını ,araştırmanın yapıldığı bölgede daha çok orta ve alt gelir düzeyinde ailelerin oturmasına bağlamaktayız.

Çalışmamızda ailelerin en yüksek oranda öğle öğünlerini, daha sonra da sabah kahvaltılarını atlattıkları, en düşük oranda da akşam yemeğini atladıkları gösterilmiştir. Ayrıca en sık atlanan öğle öğünü ile ailede en az tüketilen besin grubu (et) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur( **Tablo 6.1.5**).Bu bulgumuzu ailelerin sabah kahvaltısını geç saatte yapıp, öğle öğününü atladıkları ve akşam babalar eve geldiği için bu öğünü atlamadıkları şeklinde yorumlamaktayız.

## **7.2.ÇOCUKLARA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışmamızda çocukların ortalama yaşlarının  $3.28 \pm 0.88$  olduğu, % 45.4'ünün 2-3 yaş grubunda yoğunlaştığı , cinsiyet oranlarının birbirine yakın olduğu gözlenmiştir.

Yaş grupları büyüdükçe çocuk sayısının azalma nedenini, bu yaşlarda izlem sıklığının seyrekleştirilmiş olmasına bağlamaktayız. Cinsiyetlerinin birbirine yakın olması çocukların, araştırmanın yapıldığı bölgede , çocuklar arası cinsiyet ayrımının olmadığını bize düşündürmektedir. Bu durumu toplum için sevindirici bir bulgu olarak değerlendirmekteyiz(**Tablo 6.2.1**).

Çocukların %93,5 'inin okul öncesi eğitim kurumuna gitmediği, %75,1'inin akut/kronik hastalığı olmadığı, %89,2 'sinin tam aşıları olduğu ve %66'sının vitamin/mineral desteği almadığı gözlenmiştir(**Tablo 6.2.1**).

Olguların okul öncesi eğitim kurumuna oldukça yüksek oranda gitmemelerini, annelerin büyük oranda çalışmamalarına ve yaş gruplarının 2-3 yaşta yoğunlaşmasına bağlamaktayız. Ülkemizde 0-6 yaş çocuk nüfusu 7,5 milyon, okul öncesi eğitim kurumuna giden çocuk oranı ise %11 olarak açıklanmıştır(75).

Çalışmamızda, geçirilen akut/kronik hastalık ile tam aşıları çocuk oranının birbirine yakın olması, sağlam çocuk izleminin düzenli yapıldığını, ailelerin de buna önem verdiğini düşündürmektedir. Vitamin/mineral desteğinin yüksek oranda olmaması ise; ülkemizde vitamin(D vitamini) desteğinin 2 yaş, mineral(demir)desteğinin 1 yaşa kadar rutin uygulanmasına bağlamaktayız.

TNSA-2003 (61) verilerine göre, 24-35 aylık çocuklarda tam aşıları olma durumu %43.2, hiç aşıları olmama durumu %7.1, 36-47 aylık çocuklarda tam aşıları olma durumu %41.5, hiç aşıları olmama durumu %9.7 olarak tespit edilmiştir.

Şamsul(57) çalışmasında, tam aşılı çocuk oranını %84, eksik olan çocuk oranını %14 olarak göstermiştir.

Çelikoyar(11), İstanbul ilinde sosyo-ekonomik düzeyi düşük bir grup çocuğun beslenme ve gelişim durumlarını araştırdığı çalışmasında aşılı çocuk oranını %14.3, eksik olanlar %60,hiç aşı yapılamayan çocuk oranı ise %25.7 olarak bulunmuştur.

Şamsul(57), 1-3 yaş grubunun beslenme özelliklerini incelerken vitamin kullanma oranını %60 olarak tespit etmiştir.Bu oran bizim çalışmamızdaki orandan yüksektir.Bu farklılığı yaş grubunun bizim çalışma yaş grubumuzdan küçük olmasına bağlamaktayız.

Beslenme; sağlıklı doğmuş bir çocuğun doğumdan sonra normal büyüme ve gelişmesinde en önemli faktördür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşamın ilk 3 yılı daha önemli olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 5 yaşından küçük her çocuğun büyümesinin izlenmesi gerektiğini belirtmektedir(66).

Çalışmamızda çocukların büyümelerini değerlendirmede vücut ağırlıkları, boy uzunluğu ve üst kol çevresi ölçümleri alınmıştır.

Vücut ağırlığı, süt çocukluğu döneminde (0-1 yaş büyümenin izlenmesinde tüm ölçümlerden daha duyarlıdır. DSÖ gelişmekte olan ülkelerde büyüme izlemesini basite indirgemek amacıyla özellikle ön planda vücut ağırlığının izlenmesini önermektedir. İki yaşından sonra ergenlik dönemine kadar ortalama yıllık artış 2,3 kg. 'dır ( 41, 66).

Boy uzaması çok yavaş değişiklik gösterip, yetersiz beslenme ve akut enfeksiyon geçirilmesi gibi durumlara duyarlı değildir. Kronik hastalık ve Malnutrisyon boyu etkilemesi için en az 6 aylık bir süre geçmesi gerekir. Boy uzunluğu daha çok çocuğun o andaki değil, geçmişteki beslenme durumunu göstermektedir. Boy uzunluğu 2 ile 4 yaş arasında 7-9 cm. /yıl, 4-10 yaş arasında 5-6 cm. yıl'dır(66).

Çalışmamızda, 2-3 yaş grubunda ortalama tartı 13.83±1.48 kg., 3,1-4 yaş grubunda 15.45±1,98 kg., 4,1 yaş ve üzeri grupta ise 18.09±2.57 kg.'dır. Tüm çocukların tartı ortalama değerleri ise; 15.34 ±2.56 kg. 'dır.

İki- üç yaş grubunda ortalama boy uzunluğu  $90.85 \pm 4.89$  cm, 3,1-4 yaş grubunda  $98.15 \pm 5.56$  cm, 4,1 yaş ve üzeri grupta ise  $105.79 \pm 5.55$  cm., tüm olguların boy uzunluğu ortalama değeri ise,  $96.65 \pm 7.96$  cm. olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda çocukların, yaş ve cinsiyet ayrımı yapmadan, genel olarak kilo persentilleri, %11.9'u 3-25. persentillerde, %26.5 'i 25-50. persentillerde, %34.1'i 50-75. persentillerde, %27.5'i 75-90 ve üzeri persentillerde olarak bulunmuştur(**Tablo 6.2.2.1**).

Aynı şekilde boy persentilleri ise; %15,1 'i 3-25. persentilerde, %21,1'i 25-50 persentillerde, %36,2'si 50-75. persentillerde, %27,6'sı ise 75-90 ve üzeri persentillerde bulunmuştur(**Tablo 6.2.2.1**).

Yaş gruplarına göre kilo ve boy persentilleri değerlendirildiğinde 4.1 yaş ve üzeri kilo persentili(75-90. ve üzeri) hariç, diğer persentiller en fazla 50-75. persentillerde yoğunlaşmışlardır(**Tablo 6.2.2.1**).

Çalışmamızda ,kız çocuklarının yaş gruplarına göre kilo persentilleri en fazla, 2-3 yaş arasında %33,3 oranında 25-50. persentillerde, 3.1- 4 yaş arasında %38,7 oranında 50-75. persentillerde, 4.1 ve üzeri yaş gruplarında ise %36,8 oranında 75-90. ve üzeri persentillerde yoğunluk göstermişlerdir(**Tablo 6.2.2.2**) .

Kız çocuklarının boy persentilleri ise en fazla 2-3 yaş arasında % 35,6 oranında 25-50. persentillerde, 3.1-4 yaş arasında %32,3 oranında 75-90 ve üzeri persentillerde, 4.1 yaş ve üzeri yaş arasında ise yine %42,1 oranında 75-90. ve üzeri persentillerde yoğunluk göstermişlerdir(**Tablo 6.2.2.2**).

Çalışmamızda ,erkek çocuklarının yaş gruplarına göre kilo persentilleri en fazla, 2-3 yaş arasında %35,9 oranlarında 50-75. ve 75-90 ve üzeri persentillerde, 3.1- 4 yaş arasında %34,6 oranlarında 25-50. ve 50-75. persentillerde, 4.1 ve üzeri yaş gruplarında %36 oranında 50-75. persentillerde yoğunluk göstermişlerdir (**Tablo 6.2.2.3**).

Erkek çocuklarının boy persentilleri ise en fazla 2-3 yaş arasında %50-75. persentillerde, 3.1-4 yaş arasında %36,6 oranında 50-75. persentillerde, 4.1 yaş ve üzeri yaş arasında ise %40 oranında 50-75. persentillerde yoğunluk göstermişlerdir(**Tablo 6.2.2.3**).

Çalışmamızda çocukların kiloları 50. persentilin altında olanlar %38,4 oranında, boy uzunlukları 50. persentilin altında olanlar ise %36,2 olarak bulunmuştur. Bu oran kız çocuklarında kiloda %44.2 , boyda %42.1'dir. Erkek çocuklarında ise kiloda %32.2, boy uzunluğunda %30 olarak bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında erkek çocuklarının persentilleri kız çocuklarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da ataerkil toplumumuzun erkeğe verdiği önem ve değerden kaynaklandığını bize düşündürmektedir.

TNSA 2003 (61) verilerine göre; 5 yaşın altındaki her 8 çocuktan birinin bodur(yaşına göre kısa) olduğu, bodur olarak sınıflandırılan çocukların oranının ilk yaştan itibaren devamlı artış gösterdiği, 24-59 aylık çocukların yaklaşık %15'inin bodur olarak sınıflandırıldığı, beş yaşındaki çocukların yaklaşık %15'inin kronik olarak yetersiz beslendiği gösterilmiştir.

Garipağaoğlu (15), İstanbul ilinde anaokuluna devam eden ve çocuk yuvasında kalan 3- 6 yaş arası 832 çocuk ile yaptığı çalışmasında, çocukların %13,3'ünün zayıf, %72,7'sinin normal, %14'ünün ise obez olduğunu açıklamıştır.

Leşkeri (34), yaptığı çalışmasında yuvaya devam eden 3-6 yaş arası 150 çocuğun 3. persentil değerinin altında boy uzunluğunun %1.3, vücut tartısının ise %2 oranında görüldüğünü açıklamıştır.

Kaypak(25), 0-6 yaş grubu çocuklarda yaptığı çalışmasında vücut ağırlığı ve boy uzunluğunun en yüksek oranda 25- 75. persentiller arasında yoğunlaştığını belirtmiştir.

Kol çevresi tek tek ağırlık ölçümlerinin yapılandığı 1-5 yaş arası çocuklarda Malnutrisyonun kısa sürede tanımlanması için kullanılır. Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılmaz. Doğumda 10,5 cm, 1 yaşında 16,5 cm, 5 yaşında 17,5 cm'dir. Kol çevresinin 1-5 yaş arası çocuklarda 12 cm'nin altında olması malnutrisyonu gösterir(65,66).

Çalışmamızda çocukların her 3 yaş grubunda da üst kol çevresi ortalamalarında 12,5 cm ve altında değer bulunmamıştır.

Çelikoyar(11), yaptığı çalışmasında çocukların üst kol çevrelerini yaşlarına göre normal değerlerde bulmuştur.

Çalışmamızda çocukların 0-1 yaş beslenme özellikleri incelendiğinde %73'ünün ilk 6 ay anne sütüyle beslendiği, ek gıdalara, benzer oranlarda meyve suyu ve yoğurt ile başladıkları gözlenmiştir.

Çocukların anne sütü alma süreleri incelendiğinde ortalama  $9.42 \pm 8.33$  ay olduğu, ek gıdalara başlama yaşının ise ortalama  $5.46 \pm 1.72$  ay olduğu bulunmuştur(**Tablo 6.2.4**) .

TNSA 2003(61) verilerine göre yalnız anne ile beslenme oranı ilk iki ayda %43.5 iken 4-5 aylarda %10.6, 6-7 aylarda ise %1.8 olarak açıklanmıştır. Annelerin su dahil anne sütü verme oranının ise 0-2 ayda %75.5, 4-5 aylarda %25.6 olduğu gösterilmiştir. Ortalama emzirme süresi ise 14.9 ay olarak bulunmuştur. Su hariç 6 aydan küçük bebeklerde ek gıdaya başlama oranı %46.4, 6-9 ay arasında ise; %72.3 olduğu gösterilmiştir.

Bulgularımız çocukların ilk 6 ayda su ile birlikte anne sütü aldıklarını bize düşündürmektedir. Bununla birlikte su hariç ek gıdaların 5.5 aydan sonra yaşa uygun, doğru gıdalar ile başlanmasını memnun edici bir sonuç olarak değerlendirebiliriz.

Bilindiği gibi anne sütü 9 aylıktan sonra çocuğun temel gıdası olmaktan çıkmakta, 1.5- 2 yaşında uygun kesilmesi önerilmektedir(41).

Çalışmamızda, ortalama anne sütü verme süresi literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Çocukların 1-2 yaş arasında günlük ve diğer besin öğeleri gereksinimlerini karşılayabilmesi için çeşitli türde besin gruplarından dengeli bir şekilde beslenmeleri gerekir. Tüm çocuklar en az iki yaşına kadar yedikleri konusunda denetlenmelidirler(18).

Çalışma grubumuzdaki çocukların 1-2 yaş arasındaki beslenme özellikleri incelendiğinde, anneler çocukların iştah durumunu %59.5 oranında çok/genellikle iyi

olarak ifade ederken, %54.1 oranında beslenme sorunu olmadığını, %32.4'ünün ise iştahını az olduğunu ifade etmişlerdir(**Tablo 6.2.5**).

1-2 yaş arasındaki çocukların hareketleri artarken, büyüme hızlarının yavaşlamasına bağlı olarak iştahları azalmaktadır. Aileler bu konuda bilgilendirilmeli ve sağlıklı beslenme davranışlarının kazandırılması konusunda desteklenmelidir.

İki –beş yaş arası dönemde liften yeterli/zengin ve az yağlı beslenmenin sağlanması amaçlanmalı ve bu çocukta davranış şekline dönüştürülmelidir(18).

Bu dönem beslenme açısından oldukça değişkenlik gösterir. Dönemin başında çocuklar, tam olarak başkasına bağımlı ve sınırlı türden besin tüketirken, dönemin sonunda tam olarak bağımsız, farklı türden besinleri tüketir duruma gelirler(18).

Çalışmamızda çocukların şu anki beslenme özellikleri incelendiğinde; annelerin birbirine eş oranlarda çocuklarının iştahının az olduğu ve beslenme sorunun olmadığını, çocuğun iştahını verilen porsiyonu bitirmesine göre değerlendirdiklerini ifade ettikleri gözlenmiştir. Çocukların yemeklerini %61,1 oranında aile sofrasında yediği, günlük öğün sayısının birbirine eş değer oranda 2 ve 3 öğünde yoğunlaştığı, bir öğün süresinin 20-30 dk. Arasında daha fazla olduğu ve öğünlerin büyük oranda düzenli olup, öğün aralarında abur-cubur yendiği ifade edilmiştir(**Tablo 6.2.6**).

Bir çok anne, çocuğunun iştahsız olduğunu ve yemek yeme sorunları ile karşılaştığından yakındır. Öğünlerin düzenli olmaması ve aralarda gelişi güzel besin maddelerinin alınması iştahın kesilmesine ve çocuğun düzenli yemek yememesine neden olabilir(34).

Şamsul(56) çalışmasında, çocukların %38.5 'inde iştah sorunu olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuç bizim çalışma grubumuzdaki sonuçlar ile yakınlık göstermektedir.

Bulgularımız incelendiğinde, çocukların yarısından fazlasının bir öğünü olması gereken sürede bitirdiğini görmekteyiz. Çalışmamızda öğün sayısının 2 ve 3 öğünde yoğunlaşmış olması, annelerin çocukların öğünlerini kendi öğün saatlerine göre düzenlendiğini, bundan dolayı çocukların normalde olması gereken 3 ana öğün 1 ara öğünden daha az öğün sayısında beslendiğini ve bu durumun çocukları öğün aralarında abur-cubur yemeğe yönelttiğini düşünmekteyiz.

Ayrıca %72,4 oranında annenin çocuklarının öğün saatlerini düzenli olarak ifade etmeleri ve yaklaşık %40 oranında çocuğun aile sofrası dışında yemek yemesini,

annelerin bu yaş grubu çocukların beslenme gereksinimi ve davranış geliştirme konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir. Bu eğitim yetersizliğini, bu yaş grubu çocuklarda sağlam çocuk izlem sıklığının yetersizliğine ve ailenin çocuğuna sağlıklı beslenme davranışlarını kazandırmamasına bağlamaktayız.

İki yaşından büyük bir çocuk rahatlıkla kendi tabağında , kendi kaşığı kullanarak ve aile sofrasında yemeğini yiyebilir. Ancak çocuğa yemeğini bitirmesi için yeterli zaman (en fazla 30 dk.) verilmeli ve bitirmesi için ısrarcı olmamakla birlikte, yedikleri kontrol edilmelidir(18,42).

Bulgularımız incelendiğinde çocukların yaklaşık 1/3 'ünün biberon kullanıyor olması, bu yaş grubu için uygun değildir.

Bulgularımızda çocukların tamamına yakınının kendi tabağında yemek yemesi, kaşığı kendi kullanabilmesi olumlu bir davranış olarak değerlendirilirken,kendi kendini beslenme oranının düşük olmasını, annelerin çocukların kendi kendilerini beslemede yetersiz kaldıklarını düşünerek, yemeği bitirmesinde ısrar etmelerine bağlamaktayız.

Çocukların televizyon karşısında yemek yemesi, oyalayarak anneleri tarafından yedirilmesi ve yemeğini bitirmediği zaman televizyon izleme yasağı ve bitirdiği zaman, şeker çikolata,cips gibi yiyeceklerin ödül olarak verilmesi bu bulgumuzu desteklemektedir.

Ünüsün(64) çalışmasında, ailelerin %38.4'ünün çocuğun istediği kadar T.V. izlemesine izin verdikleri ortaya çıkmıştır. T.V. izlemek çocukların yiyecek seçimleri ve şişmanlık veya zayıflığa neden olabilmektedir. T.V. reklamlarının etkisi ile çocukların en çok satın aldıkları yiyecekler şekerleme, ciklet, gazoz, pasta ve bisküvidir. Televizyonda gösterilen yiyecek ve içecek reklamlarının çocukları tüketime itmelerinin yanı sıra, verilen beslenme eğitimi bile çocukların seçimini etkileyebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda ,çocukluk yıllarında sağlıklı bir yemek yeme düzeninden yoksun büyüyen çocukların, ileri yaşlarda çeşitli beslenme bozuklukları gösterdikleri bulunmuştur.

Çalışmamızda çocukların şu anki beslenme özellikleri ile yemek saatlerinin ilişkisi incelendiğinde, yemek saatleri düzenli olan çocukların aile sofrasına oturduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur( $p<0.01$ ).Bu da bize aile sofrasına oturmanın, çocuğun yemek saatlerinin düzeninde en önemli özelliklerden biri olduğu göstermektedir(**Tablo 6.2.7**).

Ayrıca (Tablo 6.2.7) incelendiğinde yemek saatleri düzenli olanların sağlık problemlerinin daha az olduğu, öğün sayısının en fazla 3 öğünde yoğunlaştığı, öğün sürelerinin ise olması gereken 20-30 dk'da yoğunluk gösterdiği, abur cubur yeme oranının ise düzenli olmayanlara göre daha düşük oranda olduğu, kendi tabağından yeme ve kaşığı kendi kullanma oranının daha yüksek olduğu, porsiyonu bitirmesi için ısrarın da daha az olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar bize, ailedeki yemek saatlerinin düzenli/düzensiz olmasının, çocuğun beslenme özelliği ve davranışını etkileyen en önemli faktör olduğunu göstermektedir.

Bu yaş grubundaki çocuklara günde ortalama yarım litre süt/süt ürünleri, 1 veya 2 kez sebze ve meyve, 1-2 kez et veya baklagil ve yine günde 1-2 kez nişastalı gıdalar ve 3 dilim ekmek verilmelidir. Şekerleme, pasta, çay, kola gibi yiyecekler sık verilememelidir(42).

Geçici olarak bir yiyeceğe düşkünlük veya reddetme okul öncesi dönemde görülen yaygın bir sorundur. Normal gelişimin bir parçası olarak kabul edilen bu durum çocuğun bağımsızlığının bir ifadesidir. Bu nedenle çocuğu yemek konusunda zorlamanın doğru olmadığı, bunun sorunu kötüleştireceği, ancak reddedilen besinin bir süre sonra tekrar denenmesi gerektiği belirtilmelidir(18).

Çalışmamızda iştahı az olarak belirtilen çocukların süt ürünleri ve kahvaltılık malzemeleri, yemek seçen çocukların ise sebze ve meyveleri sevmedikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(**Tablo 6.2.8**) .

İki –beş yaş arası çocukların beslenmesinde ara öğün önemlidir.Ancak ara öğünlerde yenilen besinlerin iştahı kapatacak türden olması gerekmektedir. Meyve bu yaş grubunda en uygun seçenektir(18).

Çalışmamızda öğün aralarında abur-cubur yiyen ve öğünlerdeki porsiyonu bitirmesi için ısrar edilen çocukların günlük öğün sayısının düştüğü ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür(**Tablo 6.2.9**) .

Bu bulgumuzu öğün aralarında abur-cubur yiyen çocukların tokluk hissi yaşadıklarından dolayı öğün atlattıkları ve öğünü atlatan çocuğa da annelerin porsiyonu bitirmesi için ısrar ettiklerini düşünmekteyiz.

Meyve –sebze türü besinlerin sevilmemesi ara öğün olarak meyve verilmediğini, onun yerine şekerleme , cips gibi sağlıksız gıdaların verildiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda çocukların şu andaki beslenme özellikleri ile yaş grupları karşılaştırıldığında, çocukların 2-3 yaş grubunda biberon kullandıkları, kendi tabağından yeme ve kaşığı kullanmanın ise 3 yaş sonrasında artış gösterdiği ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Her üç yaş grubunda da iştah azlığının en yüksek oranda olduğu görülmüştür(**Tablo 6.2.10**).

Çocukların sebze ve meyveyi sevmemesinin 3 yaştan sonra artış göstermesi, hazır gıdaları her 3 yaşta da eşit oranda olması dikkat çekici bulunmuştur. Bu da bize çocukların erken yaşta hazır gıdalar ile tanıştığını göstermektedir.

Beslenme ailesel bir aktivitedir. Aile yapısı ve aile içi etkileşim, hem sorun yaratıcı hem de sorun çözücü özelliğe ve güce sahiptir. Aileyi oluşturan bireyler bir birini tamamlayan fonksiyonel bir bütünün parçasıdır. Aile en temel bağlantısal parça olup, bütün toplumlarda en yakın sosyal çevreyi oluşturmaya devam etmektedir. Bu nedenle de aile, aile üyelerinin fiziksel ve mental sağlığı üzerinde çok önemli etkiye sahiptir(6).

Bir yaşını doldurmuş çocuk kesin olarak aile sofrasındaki yerini almalıdır. Çocuğun erişkin hızında yemek yiyemeyeceği unutulmamalı ve buna sabır gösterilmelidir. Öğünlerdeki porsiyonların bitirilmesi için ısrarcı olunmamalıdır(63).

Kendi kendine yeme isteği bir yaş civarında başlar. Bu dönem, infant ve adölesan çağda görülen hızlı büyümenin yavaşladığı, anne bağımlılığının azaldığı ve kişilik kazanma çabasının belirginleştiği bir dönemdir. Bu yaş çocuğu tat ve şekille ilgilenmeye başlar ve yemekleri elleri ile hissetmeyi, karıştırmayı ve yemeyi severler. Dış dünyaya olan merakı artarken, yemek saatlerinde yemeğe karşı gösterdiği ilgi azalır. Açlık hissi çocuk büyüdükçe yerini sosyal ve çevresel faktörler karşısında baskılanır(41).

### 7.3. ÇOCUĞA YÖNELİK ÖZELLİKLERİN AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda çocukların 1-2 yaş arası beslenme özellikleri aile ortamı ölçeği birlik –beraberlik ve denetim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir( **Tablo 6.3.1**).

Bu bulgumuzu 1-2 yaş arası çocukların gelişim özelliklerinden dolayı diğer bakım gereksiniminde büyük ölçüde anneye bağımlı olmaları ve henüz yeni sosyalleşmeye başlamalarına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda çocukların şu anki beslenme özellikleri ile Aile Ortamı Ölçeği birlik –beraberlik ve denetim puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beslenmesi yavaş/sıvı gıdaları tercih edenlerin denetim puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ayrıca öğün atlamayan çocukların denetim puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yemek saatleri düzenli olan çocuklarında birlik- beraberlik puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(**Tablo 6.3.2**).

Çalışmamızda öncelikle ailede öğünlerin atlanmamasının ve yemek saatlerinin düzenli olmasının 2-5 yaş arası çocukların beslenmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Aile sofrasına oturan çocukların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte birlik-beraberlik ve denetim puan ortalamalarının oturmayanlara göre yüksek olması bu düşüncemizi güçlendirmektedir.

Kendi kendini besleyen çocukların gerek birlik-beraberlik gerekse denetim puan ortalamaları beslenmeyenlere göre yüksek olup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(**Tablo 6.3.2**).

Aile sofrasına oturan ve kendi tabağında kendi kendini besleyen çocuğun aile bireylerini model aldığı ve olumlu beslenme davranışlarını geliştirdiğini söyleyebiliriz.

Bu bulgumuzda, 2-5 yaş arası çocukların beslenme davranışı geliştirmesinde, aile bireylerinin taklit edilerek, çocuk tarafından öğrenildiği bilgisine paralellik göstermektedir.

Çocuğu yemek yemeye zorlama, istenmeyen bir şeyin zorla yaptırılması anlamına gelmektedir.Çocukların ortak özelliği, en çok baskı altında tutuldukları

konuya karşı negatif tutum geliştirmeleridir. Anne ile çocuk arasında başlayan olumsuzluk, iletişim kopukluğuna ardından da babaya sıçramasıyla aile içine yaygınlaşan bir iletişim bozukluğuna sebep olabilir.

Çalışmamızda, yemeğini bitirmeyen çocukların birlik- beraberlik puan ortalamaları en düşük olarak bulunmuş olup ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte ceza verilen çocuklarda denetim puan ortalamalarının da düşük olduğu gösterilmiştir.

Yemek seçen/ beğenmeyen çocuklara sınırlı ölçüde seçenek sunulmalı, çocuğun kabul edeceği bir yemek türünü yemekte bulundurmalı ve onu seçmesine izin verilmelidir(18).

Öğün süresi bittiğinde ise, tabağının kaldırılacağı açıkça belirtilmelidir. Bu bir ceza değil, çocuğun aşama aşama karşılık vereceği bir yaşantı şekli olacaktır(18, 40).

İstendiği gibi kurallara uygun yemeğini yiyen çocuk ise övülmeli, davranışı onaylanmalı ve takdir ile karşılanmalıdır(18,41).

Çalışmamızda yemeğini bitirmeyen çocuğa verilen cezalar incelendiğinde birlik- beraberlik ve denetim puan ortalamalarında aç bırakma cezasında birlik-beraberlik alt boyutunda ileri derecede anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir(**Tablo 6.3.2**).

Yemeğini bitirdiğinde verilen ödülleri incelendiğinde ise, her iki alt boyutta da çocuğun istediğini yapma düşük bulunmuş, birlik- beraberlik ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak; aile bir sistemdir ve aile bireyleri birbirini sürekli etkiler. Çocukların yemek yeme alışkanlıklarının ve davranışlarının geliştiği 2-5 yaş arası dönem, aile bireylerinden en fazla etkilendiği dönemdir. Aile düzeni, ailenin yemek yeme alışkanlıkları,davranışları çocuğun yemek yeme özelliklerini etkiler.

Çalışmanın hipotezi doğrulanmıştır.

Ülkemizde sağlam çocuk izleminin 2 yaşından sonra seyrekleştirilmiş olması 2-5 yaş arası dönemde ki çocukların annelerinin/ailelerinin beslenme özellikleri hakkında yeterli ve güvenilir bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir. Aileler, ev ziyaretleri ya da takip sıklığı sağlanarak çocukların beslenmeleri hakkında bilgilendirilmelidir.

## 8.EKLER

EK-1 : Araştırma ile ilgili Birimden Alınan İzin Belgesi

EK-2 : Çocuğa Yönelik Veri Formu

EK-3 : Aileye Yönelik Veri Formu

EK-4 : Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)

EK-1



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Yı : AÇSAP.B104İSM4340005 - 1493 -  
İşin : Araştırma İzni

9 / 12 / 2004

VALİLİK MAKAMINA

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma DERELİ, "2-5 Yaş Arası Sağlık Çocuklarının  
Slemlenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi" konulu tez çalışmasını Aralık 2004-Mart 2005  
hleri arasında 70. Yıl Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim  
Merkeziinde yapmak istemektedir.

Olurlarınıza arz ederim.

Prof.Dr.Erman TÜNCER  
Sağlık Müdürü

OLUR

9 / 12 / 2004

Necati ŞENTÜRK  
Vali a.

Vali Yardımcısı

/ 12 / 2004 Yz.U.BUÇAN  
/ 12 / 2004 Şb.Şf.H.USLU  
/ 12 / 2004 Şb.Md.Dr.E.N.YETKİN  
/ 12 / 2004 Md.Yrd.Uz.Dr.H.RODOP

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Peykhane Cad.24 Çemberlitaş İSTANBUL  
Tel: 0 212 511 89 19 - 0 212 514 06 07 Fax: 0 212 514 06 07



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : AÇSAP.B104İSM4340005 - 1508-  
Konu : Araştırma İzni

16.12.2004

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

İLGİ: 02.06.2004 tarih ve 969 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla talep edilen, yüksek lisans öğrencisi Fatma DERELİ'nin "2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi" konulu tez çalışmasını Okmeydanı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi'nde Aralık 2004-Mart 2005 tarihleri arasında yapması için alınan 09.12.2004 tarih ve 1493 sayılı Vilayet Oluru yazımız ekinde sunulmaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Uz.Dr. Handan RODOP

Müdür a.

Müdür Yardımcısı

EK:1 Adet Vilayet Oluru

13/12/2004 Yz.U.BUÇAN  
13/12/2004 Şb.Şf.H.USLU  
13/12/2004 Şb.Md.Dr.E.N.YETKİN

Adres: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Peykhane Cad.24 Çemberlitaş İSTANBUL  
Tel: 0 212 511 89 19 - 0 212 514 06 07 Fax: 0 212 514 06 07

## EK-2

### ÇOCUĞA YÖNELİK VERİ FORMU

Tarih:

Veri kaynağı:

Doğum tarihi:

Kronolojik yaş:

Cinsiyet:           K           E

1. Çocuk kaç aylık(gestasyon yaşı) doğdu?

.....

2. Doğum kilosu ne kadardı?

.....

3. Şu andaki tartısı.....

Persentil değeri.....

Boy uzunluğu.....Üst kol çevresi.....

Persentil değeri.....

4. Yuvaya gitti mi/ gidiyor mu?

1) Evet

2) Hayır

5. Geçirdiği hastalıklar var mı?

1) Akut.....

2) Kronik.....

6. Aşıları tam mı?

1) Evet

2) Hayır

7. Aldığı vitamin ve mineraller var mı?

1) Evet

2) Hayır

#### 0-1 YAŞ BESLENME ÖYKÜSÜ

8. 0-6 Ayda çocuğu ne ile beslediniz?

1) Anne sütü

2) Yapay

3) Karışık

**9. Ne kadar süre anne sütü ile beslediniz?**

.....

**10. Ek gıdalara başlama yaşı:.....**

**11. Ek gıdalara hangi yiyecek ile başladınız?**

.....

### **1-2 YAŞ RASI BESLENME ÖYKÜSÜ**

**12. Bu dönemdeki iştahını nasıl tarif edersiniz?**

- 1) Çok iyi
- 2) Genellikle iyi
- 3) Genellikle kötü
- 4) Çok kötü

**13. O dönemde sizce çocuğunuzun beslenme sorunu var mıydı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**14. Cevabınız evet ise çocuğunuzun sorunu neydi?**

- 1) İştahı az
- 2) Çok az çeşitte yemek yer
- 3) Sıvı içecekleri katı yiyeceklere tercih eder
- 4) Beslenmesi yavaş
- 5) Yiyecekleri çiğneyemez
- 6) Diğer, Lütfen belirtiniz.....

### **ŞU ANDAKİ BESLENME ÖYKÜSÜ**

**15. Size göre şu anda çocuğunuzun beslenme sorunu var mı?**

- 1) Evet.....
- 2) Hayır

**16. Eğer cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1) İştahı az
- 2) Çok az çeşitte yemek yer
- 3) Sıvı içecekleri katı yiyeceklere tercih eder
- 4) Beslenmesi yavaş
- 5) Yiyecekleri çiğneyemez
- 6) Diğer.....

**17. Çocuğunuzda aşağıda sıralanan problemlerden herhangi biri var mı?**

- 1) Kusma
- 2) Kabızlık
- 3) Karın ağrısı ve gaz sancısı
- 4) Yok

**18. Evde beslenme şekli nasıl?**

- 1) Kucakta
- 2) Aile sofrası
- 3) Mama sandalyesi
- 4) Masa /sandalye
- 5) Kanepeler /koltuk
- 6) Diğer.....

**19. Çocuğunuz günde kaç öğün yemek yiyor?**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5↑

**20. Bir öğün ortalama kaç dakika sürüyor?**

- 1) 0-10 dk
- 2) 10-20 dk
- 3) 20-30 dk
- 4) 30-60 dk
- 5) 1 satten fazla
- 6) Değişiyor
- 7) Bilmiyorum

**21. Yemek saatleri düzenli mi?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**22. Düzenli değilse neden?**

.....

**23. Öğün aralarında abur-cubur yiyor mu?**

1) Evet

2) Hayır

**24. Biberon kullanıyor mu?**

1) Evet

2) Hayır

**25. Kendi tabağında mı yiyor?**

1) Evet

2) Hayır

**26. Kaşığı kendi başına kullanıyor mu?**

1) Evet

2) Hayır

**27. Kaşık kullanmaya ne zaman başladı?**

.....

**28. Aile sofrasına oturuyor mu? Oturuyorsa ne zaman başladı?**

1) Evet.....

2) Hayır

**29. Kendi kendini besleyebiliyor mu?**

1) Evet

2) Hayır

**30. Beslemiyorsa neden?**

1) Etrafı kirlettiği için

2) Fazla zaman aldığı için

3) Kaşığı tutamadığı için

4) Diğer.....

**31. Öğünlerdeki porsiyonu bitirmesi için ısrar eder misiniz?**

1) Evet

2) Hayır

**32. Yemek yerken özel bir isteği oluyor mu?**

1) Televizyon karşısında yemek

2) Masada yemek

3) Yerde yemek

- 4) Gezerek yemek
- 5) Diğer.....

**33. Çocuğunuz tabağındaki yemeğı bitirmedeğinde ne yaparsınız?**

- 1) Yemeğı kaldırırim
- 2) Çocuğa yemeğini yedirmeyi denerim
- 3) Oyalayarak yemesini sağılarım
- 4) Başka bir yiyecek öneririm
- 5) Yemeğini yerse ödüllendireceğimi söylerim
- 6) Yemezse cezalandıracağımı söylerim

**34. Eğer ceza veriyorsanız ne gibi cezalar veriyorsanız?**

- 1) Aç bırakma
- 2) T.V. izleme yasağı
- 3) Odasında kalma yasağı
- 4) Diğer.....

**35.Eğer ödül veriyorsanız ne gibi ödüller veriyorsunuz?**

- 1)Şeker, çikolata, cips
- 2)Para veririm
- 3)İstedini yaparım
- 4)Gezmeye götürürüm

**36. Çocuk günde ne kadar süt içiyor?**

- 1) Hiç içmiyor
- 2) 1 su bardağından az
- 3) 1 su bardağı
- 4) 2 su bardağı
- 5) 2 su bardağından fazla

**37. İnek sütü içmeye ne zaman başladı?**

.....

**38. Sizce çocuğunuz iştahsız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**39. Çocuğunuzun iştatsız olduğunu neye göre karar veriyorsunuz?**

- 1) Diğer ocuklarla karşılaştırıyorum
- 2) Tabağındaki yemeği bitirmesine göre
- 3) Kilosuna göre

**40. Çocuk akşam yemeğini aileyle mi yiyor?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**41. Yemiyorsa neden?**

- 1) Akşam yemeği geç saatte yenildiği için
- 2) Çocuk uyuduğu için
- 3) Çocukun emek saatleri dzensi olduğu için
- 4) Akşam yemeği toplu halde yenilmediği için

**42. İçecekleri biberonla mı bardakla mı alıyor?**

- 1) Biberon
- 2) Bardak

**43. Sevmediği yemekler var mı, varsa neler?**

.....

**44. En sevdiği yiyecekler nelerdir?**

.....

**45. Sebze yemeklerini seviyor mu?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**46. Robot/ mikserde hazırlanmış yiyecek verdiniz mi?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**47. Yanıtınız evet ise kaç yaşına kadar?**

.....

**48. Yemeğin suyunu mu tanelerini mi yiyor?**

- 1) Tanelerini
- 2) Suyunu
- 3) İkisini birden

## **GÜNLÜK YEDİĞİ BESLENME ÖRNEĞİ**

### **Kahvaltı**

**Saat:**

### **Kuşluk**

**Saat:**

### **Öğlen**

**Saat:**

### **İkindi**

**Saat:**

### **Akşam**

**Saat:**

### **Yatmadan önce**

**Saat:**

## EK-3

### AİLEYE YÖNELİK VERİ FORMU

#### 1. Aile bireylerinin özellikleri

Bireyler Durumu	Yaş	Eğitim	Meslek	Sağlık
Anne				
Baba				
1.çocuk				
2.çocuk				
3.çocuk				

#### 2. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisidir?

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile
- 3) Parçalanmış aile

#### 3. Sağlık sigortanız var mı? Var ise hangisi?

- 1) SSK
- 2) Emekli Sandığı
- 3) Bağkur
- 4) Özel sigorta
- 5) Yok

#### 4. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?

.....

#### 5. Ailenizin geliri sizce yeterlimidir?

- 1) Evet
- 2) Hayır

#### 6. Gelirinizin ne kadarını mutfak harcamalarına ayırıyorsunuz?

.....

#### 7. Mutfak harcamalarınız düzenli mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

**8. Anne çalışıyorsa çocuğa/çocuklara kim bakıyor?**

- 1) Diğer aile bireyleri(baba, kardeş, büyükanne)
- 2) Bakıcı
- 3) Yuva
- 4) Diğer

**9. Çocuk ailenizde kaçınıcı çocuk?**

.....

**10. Çocuğun bakımında en çok sözü geçen birey kimdir?**

- 1) Anne
- 2) Baba
- 3) Evin büyükleri
- 4) Diğer

**11. Ailede önemli kararlar nasıl alınıyor?**

- 1) Ortak
- 2) Koca
- 3) Büyükanne/büyükbaba

**12. Ailede yemek ayırt eden kimse var mı?Varsa kim?**

- 1)Yok
- 2) Var.....

**13. Evde düzenli kahvaltı yapılır mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**14.Öğün saatleriniz nasıldır?**

Sabah.....  
Öğle.....  
Akşam.....

**15. Günde kaç öğün yemek yersiniz?**

.....

**16. En sık atladığınız öğün hangisidir?**

- 1) Kahvaltı
- 2) Öğle
- 3) Akşam

**17. Ailede en çok tüketilen besin grubu nedir?**

.....

**18. Ailede en az tüketilen besin grubu nedir?**

.....

## EK -4

### AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ

**AÇIKAMA:** Aşağıda aileler hakkında ifadeler yer almaktadır. Sizden istediğimiz, bunların her birini size okuduğumda , ailenizi en iyi tanımlayan ifadeyi söylemektir. Burada öğrenmek istediğimiz, ailenizi nasıl gördüğünüzdür(algıladığınızdır). Ailenizin diğer bireylerinin bu soruları nasıl cevaplayacaklarını tahmin etmeye çalışmayınız. Doğru yada yanlış fikir yoktur. Bazılarını cevaplarırken zorlanırsanız, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Lütfen yalnız kendi duygu ve düşüncelerine göre cevaplayınız.

	Hiç katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kuvvetle katılıyorum
--	------------------	--------------------	-------------	----------------------

1. Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.				
2. Aile üyeleri duygularını açıkça ifade ederler.				
3. Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.				
4. Ailemizle ilgili kararlar, daha çok büyükler tarafından verilir.				
5. Bizim ailede bireyler kendi meselelerini kendileri hallederler.				
6. Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır.				
7. Evde birbirimize kişisel sorunlarımızı anlatırız.				

8. Aile üyelerinin “doğru ve yanlışlar” hakkında kesin düşünceleri vardır.				
9. Aile üyeleri gerçekten birbirine destek olurlar.				
10. Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz.				
11. Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır.				
12. Bizim ailede canımız ne istese yapabiliriz.				
13. Ailemizde birlik beraberlik duygusu vardır.				
14. Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır.				
15. Ailemizde kararlaştırılmış bir şeyin tam zamanında yapılması(dakiklik) çok önemlidir.				
16. Bizim evde kurallar oldukça katıdır.				
17. Ailemizde üyelerin, sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır.				
18. Aile üyeleri kızgınlıklarını açıkça gösterir.				

19. Ailece temiz ve düzenli insanlarız.				
20. Ailemiz bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder.				
21. ailemizde, sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız.				
22. ailemizde her bireyin görevi açıkça belirlenmiştir.				
23. ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda bunu çözümlmek ve huzuru sağlamak için çaba sarfederiz.				
24. Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz.				
25. Bizim evde aradığımız bir şeyi yerinde bulmak zordur.				
26. Aile üyeleri karşılaştıkları sorunları kendi kendilerine hallederler.				

## 9. KAYNAKLAR

1. Altınkaynak, S.: Malnutrisyonda bazı epidemiyolojik özellikler, Sendrom Dergisi, 14:10,2002.
2. Altuğ, R.: Bebeklerde ve Çocuklarda Beslenme. 4. Basım, Bilge Kültür Sanat, İstanbul, 2004.
3. Aslan, D., Özcebe, H., Bilir, N., Vaizoğlu, S., Subaşı, N.: Van ili kent merkezinde beş yaş altı çocuklarda beslenme ve malnütrisyon durumu, Çocuk Dergisi, 4(1):16-23, 2004.
4. Baysal, A.: Beslenme. 8. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1999.
5. Bilgel, N.: Halk Sağlığı Bakışıyla Anne ve Çocuk Sağlığı. 1. Basım, Güneş 8 Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1997.
6. Bozdemir, N., Gündoğan, F.D.: Ailenin Sağlık Üzerine Etkileri, "Arşiv" Kaynak Tarama Dergisi, 13:3,2003.
7. Chit, T.M., Kyi, H., Thwin, A.: Mother' Beliefs and Attitudes Towards Child Weight, Child Feeding and Related Practices in Myanmar, Nutrition Health, 17(3):231-54, 2003.
8. Conters, D.K.: Complementary feeding, gurdning principles for feeding infants and young children during emergencies, World Health Organization, Geneva, 2004.
9. Cooke, L.J and Friends.: Demoographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by preschool children, Public Health Nutrition, 7(2):295-302, 2004.

10. Coşkun, T.: Çocuklarda Enteral ve Parenteral Beslenme, Sinem Ofset, Ankara, 1997.
11. Çelikoyar Z.: Sosyo-Ekonomik Düzeyi Düşük Bir Grup Kentsel Çocuğun Beslenme ve Gelişim Durumları.İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988 (Yürütücü: Doç. Dr. T. Kutluay).
12. Çıtak, A.: Ben Hasta Değilim. Ed= Ekşi, A., Beslenme Sorunları. , Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul,1999.
13. Devecioğlu, Ö., Cantez, T.: Pediatriye Rutinler. 1. Cilt, S.19-21, Nobel Tıp Kitabevi,İstanbul,2000.
14. Dolunay B.G.:Yuvaya Devam Eden Okul Öncesi Yaş Grubu Değişik Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Çocukların Beslenme ve Büyümelerinin Bir Yıl Süreyle İzlenmesi. İ.Ü.T.F.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1992 (Danışmanlık= Prof. Dr. G. Soner) .
15. Garibağaoğlu M.: Farklı Sosyo-Ekonomik-Kültürel Düzeyde 3-6 Yaş Grubu Anaokulu Çocuklarında Beslenme ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler.İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1992 (Danışman=Prof. Dr. H. Sabuncu).
16. Gariboğaoğlu, M., Saydam, R., Gökçay, G.: Beslenme sorunu olan çocuklarda ekip yaklaşımı ile elde edilen sonuçlar, Çocuk Dergisi, 5:2,2005.
17. Garipağaoğlu, M., Saydam, R., Gökçay, G.: Beslenme Sorunu Olan Çocuklara Ekip Yaklaşımının Sonuçları. 47. Milli Pediatri Kongresi 3. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 2. Pediatri Asistanları Kongresi Bilimsel Program ve Özet Kitabı, İstanbul, 2003.

18. Gökçay, G., Garipağaoğlu, M.: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme. 7.Basım, Saga Yayınları, İstanbul, 2002.
19. Gökmen, H., Besler, T.:Büyüme faktörleri ve diyet etkileşimi, Sendromu Dergisi, 11:11,1999.
20. Güler, S., Çivi, S.: Dünya çocuklarının durumu, Sendrom Dergisi, 7:1,1995.
21. Hayran (Ateş) A.: 0-3 Yaş Grubundaki Çocukların, Annenin Hamilelik Süresindeki Beslenme ve Sağlık Durumu ile İlişkisinin Araştırılması.İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul , 1996 (Yürütücü: Prof. Dr. A. Kavaklı).
22. Hindin, T.J., Contento, I.R., Gussow, J.D.: A media literacy nutrition education curriculum for head Start parents about the effects of television advertising on their children's food request, Journal American Diet Association, 104(2):192-8, 2004.
23. Ilett, S., Freeman, A.:Improving the diet of toddlers of Pakistani origin: A study of intensive dietary health education, Journal Fam Health Care, 14(1):16-9, 2004.
24. İnal, S.,Bozkurt.G.,Erdim, L.: Çocukların beslenme şeklinin sağlık durumuna etkisi, Hemşirelik Forumu, 7:1,2004.
25. Kaypak, A.: Balıkesir-Burhaniye'de Yaşayan Annelerin Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Özelliklerinin 0-6 Yaş Grubu Çocukların Büyüme ve Gelişmelerindeki Rolü. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996 (Danışman: Prof.Dr. H. Sabuncuğlu ).
26. Kayserili, H.: Obezite ve İlişkili Sendromlar. 27. Pediatri Günleri ve 6. Pediatri Hemşireliği Günleri, İstanbul, 2005.

27. Keskin, S.: Çocuk davranışları gelişim evreleri, Sendrom , 12:5,2000.
28. Keskin, S., Koçak, A., Koç, A.: Çocuk terbiyesinde övgü ve ceza, Sendrom, 12:10,2000.
29. Khichi, G.Q., Channar, M.S.: Growth and Nutritional Status Assessment of Two of Five Years Old Children Admitted in Children Ward. B.V. Hospital, Bahawalpur,1999.
30. Kılıç, M., Taşkın,E., Üstüngağ,B., Gürgöze,M.K., Kut, A.N., Aygün, A.: Malnutrisyonlu çocuklarda serum leptin, lipid ve protein düzeyleri ve antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi, Türk Pediatri Arşivi, 39:1, 2004.
31. Kırkinci M.: 0-6 Yaş Grubu Türk Çocuklarında Beslenme Durumu İle İlgili Deri Kıvrım Kalınlığı ve Kol Çevresinin Değerlendirilmesi.İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları A.B.D. Beslenme Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1993 (Danışmanlık =Prof. Dr. N. Bağrıaçık) .
32. Köksal, G.: Ankara İli Beslenme Alışkanlıkları ve Mutfak Kültürü Sempozyumu Bildirileri. Vekam, Ankara, 2000.
33. Kutluay, M.T.: İştahsız çocuk yönetimi, Klinik Çocuk Forumu, 6:1,2004.
34. Leşkeri N.:Yuvaya Devam Eden 3-6 Yaş Grubu Çocukların Beslenme Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989 (Yürütücü:Prof. Dr. T. Kutluay).
35. Lin, B.H., Guthrie, J., Elizabeth, F.: American children's diets not making the Grade,Public Healt Nutrition, 2004.

36. Maynard, L.M., Galuska, D.A., Blanck, H.M., Serdula, MK.: Maternal Perceptions of Weight Status of Children. *Pediatrics*, 111(5 part 2):1226-31, 2003.
37. Melgar – Quinonez, H.R., Kaiser, L.L.: Relationship of child feeding practices of overweight in low income mexican – American preschool aged children, *Journal American Diet Association*, 104(7): 1110-9,2004.
38. Merdol,T.K.: İştahsız çocuk yönetimi, *Klinik Çocuk Forumu*, 6:6,2004.
39. Nahcivan,N.: Sağlıklı Gençlerde ‘‘Öz Bakım Gücü’’ ve Aile Ortamının Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1993(Tez Yöneticisi: Yard. Doç.Dr.N.Tuncel).
40. Navia, B., Ortega, R.M and Friends.: Influence of maternal education on food consumption and energy and nutrient intake in a group of pre-school children from Madrid, *American Diet Association*,2003.
41. Neyzi, O.: Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1994.
42. Nicklas, T.A., Baranowski, T., and Friends.: Family and child-care provider influences on preschool children’s fruit, juice and vegetable consumption, *Nut. Rev.*, 59(7), S. 35-224, 2001.
43. Oran,O., Tekşam, Ö.: Dünyada ve Türkiye’de çocuk sağlığı ve ölüm nedenleri, *Katkı Pediatri Dergisi*, 25:1, 2003.
44. Oşar, Z., Erkan,T.: Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme. 1.Basım, Kaya Basım, İstanbul, 2004.

45. Özcebe, H., Tezcan, S., Güner, P.: Çocuklarda obezite sorunu ve önlemler, Sendrom, 5:1, 2005.
46. Özçelik, A.Ö., Sürücüoğlu, M.: Ülkemizde 0-5 yaş grubu çocuklarda malnutrisyon, Sendrom, 6:3, 1994.
47. Pehlivanoğlu, E.: Pediatriye beslenme, Klinik Çocuk Formu, 2:1, 2002.
48. Pek, H., Garipağaoğlu, M.: Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. 26. Pediatri Günleri, İstanbul, 2004.
49. Polan, E., Taylor, D.: Journey Across the Life Span. Second edition, New York, 1979.
50. Saydam, R.: Beslenme Davranışının Gelişimi. 2. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İstanbul, 2003.
51. Saydam, R.: Ebeveynin Değerlendirmesine Göre Çocuklarda Görülen Beslenme Problemi ve Beslenme Davranışı. 2. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İstanbul, 2003.
52. Selimoğlu, M.A., Aydoğdu, S., Yağcı, R.V.: Sağlıklı çocuk beslenmesi, Sendrom, 12:8, 2000.
53. Sencer, E.: Beslenme ve Diyet. 2. Baskı, S. 233-236, Güven Matbaası, İstanbul, 1991.
54. Sherry, B. And Friends.: Attitudes, practices and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, hispanic and african – american mothers, Journal American Diet Association, 104(2):215-21, 2004.

55. Smblloğlu,K., Smblloğlu,V.: Biyoistatistik, 10. Baskı, Hatipoğlu basım yayım, Ankara, 2002.
56. Őahin,S.: Süt çocuğu beslenmesinde ailelerin tutumları, gerisindeki sosyal faktörler ve sonuçlarının irdelenmesi, Okmeydanı Tıp Dergisi, 20:2, 2003.
57. Şamsul, N.: 1-3 Yaş Grubu, EskiŐehir İli, Sivrihisar İlçesi ocukların Büyüme-Gelişme, Beslenme Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Faktörlerin Saptanması, İ.. ocuk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989( Danışman: Prof.Dr. T. Kutluay).
58. Őenocak,M.: Temel Biyoistatistik, 1.Basım,ağlayan Kitabevi, İstanbul, 1990.
59. Thompson, L.S., Story, M.: Perceptions of Overweight and Obesity in Their Community: Findings From Focus Group With Urban, African-American Caretakers of Preschool Children. J Nalt Black Nurses Association, 14(1), 2003.
60. Tunçbilek, E.: Obezite genetik bir hastalıkmıdır?, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 48:2,2005.
61. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Ettleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Mdrlđđ, Devlet Planlama TeŐkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, 2004.
62. Uğuz, A., Türkkahraman, D., Yeğin, O.: Beslenme ve immun sistem, Pediatrik Gastroentoloji, Hepatopatoloji ve Beslenme Dergisi, 1:2,2004.
63. Unicef / UNHCR / WFP / WHO. Food and Nutrition Needs in Emergencies. WFP, Rome, 2002.

64. Ünüsan, N.: Okulöncesi Çocukların yeme problemlerinin incelenmesi, Çocuk Forumu Dergisi, 4:1,2001.
65. Yağcı, V.R.: Çocukluk çağında beslenme, Klinik Çocuk Forumu, 2:1,2002.
66. Yalçın.S.: Büyümenin izlenmesi, Katkı Pediatri Dergisi, 25:1, s. 43-61,2003.
67. Yaman, G.: İstanbul'dan Kurumsal Bakım Altında Bulunan 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Büyüme, Gelişme ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Prof.Dr. M. Karavuş ).
68. Yavuzer, H.: Ana- Baba ve Çocuk, 15. basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2002.
69. Yiğit, H., İnandı, T.: Sosyal Pediatik Açısından Beslenme, Sendrom Dergisi, 14:3,2002.
70. Yiğit.H., Ertekin, V., Altınkaynak, S.: Çocukluk çağında obezite, Sendrom, 14:1,2002.
71. Yiğit, H., Kılıçaslan, B., İnandı, T., Altınkaynak, S.: Beslenmenin malnutrisyon gelişimine etkisi, Sendrom, 15:2,2003.
72. Yörükoğlu, A.: Değişen Toplumda Aile ve Çocuk, 6. Basım, Özgür Yayınları,İstanbul, 2002.
73. Yurdakök, M.: Dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 48:3,2005.
74. Yurdakök,M., Coşkun, T.: Sosyal Pediatri, Meteksan A.Ş., Ankara, 1998.
75. Yurdakök,K., Alanay,Y.: Dünyada ve Türkiye'de çocukların durumu, Katkı Pediatri Dergisi, 25:1,s.13-26, 2003.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Sarkarya’da doğan Fatma Dereli ilk , orta ve lise öğrenimini aynı ilde tamamladı. 2001-2002 akademik ders yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokul’undan mezun oldu.

2001-2002 yılında Bakırköy SSK Doğumevinde süt çocuğu servisinde çalıştı.

2002 yılından itibaren, halen Okmeydanı Eğitim ve Araştırma hastanesinde Premature- Yenidoğan servisinde servis yetkili hemşiresi olarak çalışmaktadır.

NRP , CPR ve Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği sertifikaları bulunmaktadır.