

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**KİLİS İLİ MÜLTECİ KAMPLARINDA YAŞAYAN 0-60 AY
ÇOCUKLARDA BESLENME VE BÜYÜME DURUMUNUN
SAPTANMASI**

Fatih AYYILDIZ

**Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2021

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KİLİS İLİ MÜLTECİ KAMPLARINDA YAŞAYAN 0-60 AY
ÇOCUKLARDA BESLENME VE BÜYÜME DURUMUNUN
SAPTANMASI**

Fatih AYYILDIZ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nın
Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayla Gülden PEKCAN

GAZİANTEP
2021

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu tezin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve her aşamasında büyük emeği olan, her konuda yardımcı olup bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, bütün bunları yaparken göstermiş olduğu sabrı, içtenliği ve hoşgörüsü için değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayla Gülden PEKCAN'a

Yardımları için meslektaşım Uzm. Dyt. Tülay Sönmez'e

Bu tez için verilerin toplanmasında bana yardımcı olan Elbeyli Geçici Barınma Merkezinde bulunan tercümanlara ve personellerine, vaktini ayırıp çalışmama katılan bireylere,

Ve sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Fatih AYYILDIZ. Kilis İli Mülteci Kamplarında Yaşayan 0-60 Ay Çocuklarda Beslenme Ve Büyüme Durumunun Saptanması. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep, 2020. Bu çalışmanın amacı Kilis ili göçmen kamplarında yaşayan 0-60 ay çocuklarda beslenme ve büyüme durumunun saptanmasıdır. Çalışma Kilis İli sınırlarında bulunan göçmen kampında 0-60 ay çocuğu olan 253 gönüllü aile ile Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çocuklar ve ailelere ilişkin bilgi bir anket formu ile elde edilmiş ve çocukların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, üst orta kol çevresi ve baş çevresi gibi antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından alınmıştır. İstatiksel analizlerde SPSS 24.0 paket programı ve WHO Antro programı kullanılmıştır. Çalışma kapsamına alınan 253 çocuğun %48,2'si erkek, %51,8'i kızdır ve yaş ortalamaları 38,9±19,7 aydır. Çalışmaya katılan anne ve babaların yaş ortalaması sırasıyla; 29,7±5,6 ve 35,4±6,3 yıl ($p<0,05$) olarak bulunmuştur. Ailenin kampta yaşama süreleri ortalama 5,9±1,9 yıldır. Annelerin toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları ortalamaları sırasıyla; 4,1±1,9, 4,0±1,9 ve 4,0±1,9'dur. Çalışmada %6,3 oranında çocuk annesinin verdiği bilgiye göre hiç anne sütü emmemiştir. Annelerin çocuklarını ortalama emzirme süresi ise 14,0±7,8 aydır. Altı aydan önce devam formulası (%6.8), yoğurt (%23.0), meyve suyu (%7.2) verildiği belirlenmiştir. Çocukların yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu, boya göre vücut ağırlığı Z-skor değerlerine göre değerlendirildiğinde; zayıflık, bodurluk, hafif kiloluluk ve obezite görülme sıklığı sırasıyla %12,1, %5,1, %13,4 ve %4,0 olarak bulunmuştur. Çocukların üst orta kol çevreleri ve baş çevreleri Z-skor değerlerine göre değerlendirildiğinde; normal aralıkta olan çocukların oranı sırasıyla %78,2 ve %77,1 olarak bulunmuştur. Doğumda vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ortalama değerleri sırasıyla, 3147.6±395.2 g ve 50.5±2.4 cm bulunmuştur. Çocukların %63.2'sine besin desteği verildiği ve verilen besin desteğinin çoğunlukla D vitamini (%55.3) ve demir (%58.1) olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak Türkiye göçmenlere yönelik destek ve yardımlarda bulunmasına rağmen; göç sürecinde yetersiz ve uygunsuz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama ve eksikliklerin tespit edilmesinde yetersiz kalınması gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilmektedirler. Çalışmadaki veriler ışığında; göçmen annelere emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda alanında uzman kişilerce eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, özellikle 0-5 yaş arası göçmen çocukların düzenli takibinin yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen, beslenme, büyüme, zayıflık, bodurluk

ABSTRACT

Fatih AYYILDIZ. Determination of Nutrition and Growth Status of 0-60 Months Children Living in Refugee Camps in Kilis Province. Hasan Kalyoncu University Institute of Health Sciences Nutrition and Dietetics MSc Thesis. Gaziantep, 2020.

The aim of this study is to determine the nutrition and growth status of 0-60 month old children living in immigrant camps in Kilis province. The study was conducted between November 2019 and February 2020 with children of 253 volunteered families aged 0-60 months. General characteristics of the children and their families were collected via a questionnaire and the anthropometric parameters such as; body weight, length/height, mid-upper arm circumference and head circumference of the children were measured by the researcher. SPSS 24.0 package program and WHO Anthro program were used for the analysis. Of the 253 children included in the study, 48.2% were boys, 51.8% were girls, and the mean age was 38.9 ± 19.7 months. The mean age of mothers and fathers were 29.7 ± 5.6 and 35.4 ± 6.3 years, respectively ($p<0.05$). The mean duration of living in the camp was 5.9 ± 1.9 years. The mother's mean total pregnancy, live births and number of alive children were 4.1 ± 1.9 , 4.0 ± 1.9 and 4.0 ± 1.9 , respectively. In the study, 6.3% of the children did not ever breast-fed. Mean duration of breastfeeding of mothers was 14.0 ± 7.8 months. Before the age of 6 months, infants were given follow-up formula (6.8%), yogurt (23.0%), fruit juice (7.2%). Children's body weight for age, length/height for age, body weight for length/height are evaluated according to Z-score values. The prevalence of underweight, stunting, overweight and obesity were 12.1%, 5.1%, 13.4% and 4.0%, respectively. Overall, 78.2% and 77.1% of the children had mid-upper arm circumference and head circumference Z-score values within the normal ranges. Mean body weight and length of children at birth were 3147.6 ± 395.2 g and 50.5 ± 2.4 cm. Out of total, 63.2% of children were given food supplements, mostly the food supplement given to children were vitamin D (55.3%) and iron (58.1%). As a result, Turkey provides support and assistance to immigrants; during the migration process, they may face negative situations such as inadequate and improper nutrition, not being able to benefit from health services adequately and being inadequate to detect deficiencies. In the light of the data in the study; providing training and counseling services to immigrant mothers on breastfeeding and complementary feeding by experts in their field, and regular monitoring of growth of immigrant children aged 0-5 years may be recommended.

Key Words: Immigrant, nutrition, growth, underweight, stunting

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI	iv
ŞEKİL DİZİNİ	iviv
TABLO DİZİNİ	iv
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Göç Terminolojisi	3
2.1.1. Göç ve Çocuk	5
2.1.2. Göç ve Beslenme	6
2.2. Türkiye'deki Göçmenlerin Genel Durumu	7
2.3. Bebek ve Çocuklarda Beslenme	11
2.3.1. Anne Sütü ile Beslenme	11
2.3.2. Tamamlayıcı Beslenme	12
2.3.3. Çocuk Beslenmesi	14
2.4. Çocuklarda Beslenme Durumunun Saptanması	17
2.4.1. Antropometrik Ölçümler	18
3.BİREYLER ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	19
3.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Veri Toplama Gereçleri.....	19

3.4.1. Veri Toplama Formu	19
3.4.2. Çocuklara Ait Antropometrik Ölçümler	20
3.5. Verilerin İstatiksel Analizi.....	21
4.BULGULAR	22
4.1. Çocuklara ve Ebeveynlerine Ait Genel Bilgiler	22
4.2. Çocukların Beslenme Alışkanlıkları	24
4.3. Çocukların Antropometrik Değerleri	29
5. TARTIŞMA	43
5.1. Çocukların Ebeveynlerine Ait Genel Bilgiler.....	43
5.2. Çocuklara Ait Beslenme Özellikleri	46
5.3. Çocuklara Ait Antropometrik Ölçümler.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	55
6.3. Çalışmanın Sınırlılıkları	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	67
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	67
Ek 2. Etik Kurul Kararı	68
Ek 3. Kurum İzni	69
Ek 4. Veri Toplama Formları	70
Ek 5. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu	73
Ek 6. İntihal Raporu	74
Ek 7. Kısa Özgeçmiş	75

ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller		Sayfa No
Şekil 2.1.	Geçici barınma merkezi içinde ve dışında kalan Suriyelilerin dağılımı	8
Şekil 2.2.	Suriyelilerin En Çok Yaşadığı İlk On İle Göre Dağılımı	9



TABLO DİZİNİ

Tablolar		Sayfa No
Tablo 2.1.	Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezine Göre Dağılımı	8
Tablo 2.2.	Türkiye’de Kayıtlı Suriyelilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	10
Tablo 2.3.	Okul Öncesi Çocukların Günlük Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri	16
Tablo 2.4.	2-6 Yaş grubu Çocuklar İçin Besin Gruplarına Göre Besinlerin Standart Porsiyon Ölçüleri	17
Tablo 4.1.	Çocuğa Ait Genel Bilgiler	23
Tablo 4.2.	Çocukların Ebeveynlerine Ait Genel Bilgiler	24
Tablo 4.3.	Anneye Ait Gebelik Bilgileri	25
Tablo 4.4.	Çocuğun Beslenme Alışkanlıklarına Dair Bilgilerin Dağılımı	26
Tablo 4.5.	Bazı Değişkenler İle Tamamlayıcı Beslenme Başlama Zamanı Arasındaki İlişki	27
Tablo 4.6.	Çocuğun Besin Desteği Kullanımı İle İlgili Bilgilerin Dağılımı	28
Tablo 4.7.	Annelerin Bazı Temel Besinleri Bebeklerine Hangi Ayda Vermeye Başladığıyla İlgili Bilgilere Ait Veriler	29
Tablo 4.8.	Çocukların Doğumdaki Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst ve Medyan Değerleri	30
Tablo 4.9.	Çocukların Mevcut Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S) Medyan ve Alt-Üst Değerleri	31
Tablo 4.10.	Çocukların Yaşa Göre Vücut Ağırlığı Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	35
Tablo 4.11.	Çocukların Yaşa Göre Boy Uzunluğu Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	36
Tablo 4.12.	Çocukların Boya Göre Vücut Ağırlığı Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	37

Tablo 4.13.	Çocukların BKİ Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	38
Tablo 4.14.	Çocukların ÜOKÇ Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	39
Tablo 4.15.	Çocukların Baş Çevresi Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	40
Tablo 4.16.	Annelerin Eğitim Durumuna Göre Çocukların Antropometrik Ölçüm Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	42
Tablo 4.17.	Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Çocukların Antropometrik Ölçüm Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi	43

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BÇ	: Baş Çevresi
BGA	: Boy Uzunluğuna Göre Vücut Ağırlığı
BM	: Birleşmiş Milletler
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
cm	: Santimetre
dL	: Desilitre
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
FAO	: Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization)
g	: Gram
GİGM	: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü
IGF-1	: Insulin Benzeri Büyüme Hormonu-1
kg	: Kilogram
kcal	: Kilokalori
m	: Metre
mcg	: Mikrogram
mg	: Miligram
MGRS	: Çok Merkezli Büyüme Çalışması (Multicentre Growth Reference Study Group)
mL	: Mililitre
S	: Standart Sapma
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)
ÜOKÇ	: Üst Orta Kol Çevresi
YGA	: Yaşa Göre Vücut Ağırlığı
YGB	: Yaşa Göre Boy Uzunluğu

YGBKİ : Yaş Göre Beden Ktle İndeksi

\bar{x} : Ortalama



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Suriye nüfusunun yaklaşık yarısı 2011 yılından itibaren savaş nedeni ile yurtlarından ayrılarak dünyanın çeşitli ülkelerinde mülteci olarak yaşamaya başlamıştır (1). Günümüzde 3 milyondan fazla Suriyeli göçmen de Türkiye’de yaşamaktadır. Türkiye Dünyada en fazla göçmenin yaşadığı ülke konumundadır (2). Küresel akut malnütrisyon (yetersiz beslenme) 0-60 ay çocuklarda acil durumlarda beslenme durumunun en temel göstergesidir. Suriyeli göçmenlerin beslenme durumlarını gösteren yayın sayısı sınırlıdır. Ürdün’de yaşayan Suriyeli mülteci çocuklarda küresel akut malnütrisyon hızı düşük (%1,2), ancak bodurluk prevalansının %17 olduğu bulunmuştur (3). Ürdün’de Za’atari mülteci kampında yaşayan 6-59 ay çocukların %48,7’sinde ve 24 aydan küçük çocukların %64’ünde anemi saptanmıştır (4). Lübnan, Ürdün ve Irak’ta yürütülen kesitsel bir çalışmada 2000’den fazla çocuk üzerinde çalışılmış ve çocuklarda %21 bodurluk saptanmıştır (5). Avustralya’ya Orta Doğu ülkelerinden göç eden çocuklarda mikro besin öğeleri eksiklikleri bulunmuştur (6). Kuzey Yunanistan’da yaşayan 5 yaş altı 177 mülteci çocukta bodurluk sıklığı %17,4 belirlenmiştir. Sonuç olarak çalışmalarda, çalışma sayısının artırılması, bodurluğun nedeninin irdelenmesi ve çocuk ile gebe ve emziren kadınlara besin desteği verilmesi çözüm olarak önerilmiştir (7).

Bodurluk yaşa göre boy uzunluğunun (YGB) düşük olmasıdır ve uzun süre (kronik) yetersiz beslenmenin veya malnütrisyonun, kötü çevresel koşulların veya büyüme potansiyelini etkileyen diğer etkenlerin kümülatif etkisi sonucunda görülmektedir. Elzem vitamin ve minerallerin (örneğin, demir, çinko ve kalsiyum) diyetle alımında veya emiliminde yetersizlik mikro besin öğelerinin eksikliklerine ve çocuk ölümlerinde artışa neden olmaktadır. Bodurluk gastroenteritlere bağlı morbiditede ve solunum sistemi enfeksiyonlarına bağlı olarak artış göstermekte, tüm ölümlerde artışa, ileri yaşlarda bilişsel işlevlerde azalma riskinde artışa neden olmaktadır (8,9).

Beslenme; biyolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin tamamından etkilenen temel bir ihtiyaçtır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorun olan yetersiz ve dengesiz beslenme; bir yandan bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişimlerini, diğer yandan da toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini kötü yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler en fazla bebeklerde ve çocuklarda görülmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için beslenme durumunun özellikle toplumdaki

duyarlı gruplarda (0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar ve gençler, gebe ve emziren kadınlar, yaşlılar) ve hasta olan bireylerde sürekli izlenmesi gerekir (10,11).

Bebeklerde ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme, 6. aydan sonra tamamlayıcı beslenme ile birlikte emzirmenin sürdürülmesi malnütrisyonun önlenmesinde sağlıklı kuşakların oluşmasında büyük önem taşımaktadır. Tamamlayıcı beslenmede besinlerin kalitesi ve kantitesi de bebek ve çocuk sağlığı açısından önem taşımaktadır (10,12).

1.2. Araştırmanın Amacı

Göçmen çocuklarında malnütrisyon sorununun yaygın olarak görüldüğü ve 0-5 yaş grubu çocukların en yüksek malnütrisyon riskine sahip olduğu bilinmektedir (9). Malnütrisyon büyüme geriliğine, bebek ve çocuk ölümlerine neden olmakta, çocuklarda bilişsel gelişmeyi, öğrenme ve dikkati etkilemektedir (10). Gelişmekte veya gelişmiş tüm ülkelerde yaygın bir sorun olarak görülen malnütrisyon en fazla 6 ay- 5 yaş arasındaki çocukları etkileyerek zarar vermektedir. Malnütrisyonun korunma ve tedavide; erken tanı, uygun tedavi ve dikkatli izlem önem taşımaktadır.

Bu çalışma, Kilis ili göçmen kamplarında yaşayan 0-60 ay çocuklarda beslenme ve büyüme durumunun saptanması amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Suriyeli göçmen çocuklarında;

- Yaşa göre boy uzunluğu düşük olanların görülme sıklığı yüksektir.
- Yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre üst orta kol çevresi değerleri büyüme eğrilerine göre düşüktür.
- Sadece anne sütü ile beslenme oranı düşüktür.
- Erken aylarda tamamlayıcı besinlere başlanmaktadır.
- Ailedeki çocuk sayısı ile çocukta malnütrisyon görülmesi arasında ilişki vardır.
- Annenin eğitim durumu ile malnütrisyon görülmesi arasında ilişki vardır.
- Çocukların anne sütü alma süresi ile malnütrisyon görülmesi arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.2. Göç Terminolojisi

Birey ya da grupların siyasi, ekonomik, kültürel ve sosyal sebeplerden dolayı, yaşamlarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere yaşadıkları bölgeden başka bir bölgeye gitmeleri göç olarak tanımlanmaktadır. Bu yer değiştirme olayı iç ya da dış göç şeklinde olabilir. Bu yer değiştirme olayı ülke içinde olduğunda iç göç, bir ülkeden başka bir ülkeye olduğunda dış göç olarak tanımlanmaktadır. Göç nedenlerinin başında evlilik, eğitim, tayin, emeklilik ve daha iyi yaşama arzusu gelmektedir. Savaşlar ve doğal afetler gibi olaylar ise kitle şeklinde büyük göçlere neden olmaktadır (13-16).

Toplumların tarihinde, sebepleri ve sonuçları ile göçler önemli bir yere sahiptir. Göç olgusu bireylerin ve toplumların yaşamını ekonomik, siyasal, kültürel, sosyal ve sağlık alanlarında çok yönlü ve karmaşık olarak etkilemektedir. Bu etki; bireyler, toplumlar ve ülkeler arasındaki ilişki ve etkileşimin ortaya çıkmasına ve gelişmesine olanak sağlamaktadır (17). Suriye’de 2011 yılından beri süregelen savaş, milyonlarca insanı etkileyerek ciddi bir nüfus hareketliliğine sebep olmuştur. Savaştan kaçanların önemli bir bölümü ülkemize sığınmıştır (18).

Türkiye 1951 Cenevre Sözleşmesini ve 1967 New York Protokolü’nü kabul etmiştir, ancak coğrafi sınırlama ile uygulamaktadır. Ülkemizde mülteci hukukuyla ilgili ilk belge 1934 tarihinde hazırlanan 2510 sayılı İskan Kanunu’dur. Bu kanun ile farklı statülere sahip göçmenlerin ülke içindeki yerleşimleri düzenlenmiştir. Bu kanunun yerini 2006 yılında aynı isimli 5543 sayılı kanun almıştır (19). Türkiye ile AB arasında 2013 yılında, “Türkiye Cumhuriyeti ile AB Arasında İzinsiz İkamet Eden Kişilerin Geri Kabulüne İlişkin Anlaşma” imzalamıştır. Anlaşmaya göre, Türkiye, tüm üçüncü ülke vatandaşlarını, vatansız kişiler de dahil olmak üzere kabul edecektir ayrıca düzensiz göçmenler için geçici barınma merkezleri (kamplar) kurulacak, göçmenler bu merkezlerde en fazla 12 ay kalabilecek, bu süre zarfında göçmenlerin sağlık ihtiyaçları karşılanacaktır (20).

Geri Kabul Anlaşması ve Göçmen krizi mevzuatta değişiklikler yapılması gerektiğini ortaya çıkarmış olup 04.04.2013 tarihinde “6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” yürürlüğe girmiştir. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’nün kuruluş, yapılanma, görev ve yetkileri hakkındaki bölümü, Kanunun 2013 yılında; amaç,

kapsam, geri gönderme yasağı ve uluslararası koruma ile ilgili tanımlamalar ve hükümler hakkındaki diğer bölümleri ise 2014 yılında yürürlüğe girmiştir. Göç alanına ilişkin politikaların uygulanması, yabancıların; Türkiye'ye giriş-çıkışları ve sınır dışı edilmeleri, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması, uluslararası koruma ile ilgili işlemler Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından yürütmektedir. Yine kanun kapsamında; iç işleri bakanı başkanlığında ulusal ve uluslararası diğer kurum ve kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarının yetkililerinin de katılımıyla oluşturulan Göç Politikaları Kurulu toplanmaktadır. Amaç ise Türkiye'nin göç stratejilerini belirlemek ve uygulamaları takip etmektir (17,21).

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nda uluslararası koruma statüleri; coğrafi sınırlama ile 1951 Cenevre Sözleşmesi'ne ve 1967 New York Protokolü'ne uygun olarak tanımlanmıştır. Buna göre; sığınma talebiyle ülkemize gelen yabancılara yönelik dört çeşit uluslararası koruma statüsü bulunmaktadır. Bunlar; mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma ve geçici koruma statüsü olup; ilk üç statü ise bireyseldir. Ancak geçici koruma statüsü, toplu olarak veya toplu göç döneminde bireysel olarak gelen yabancılara sağlanmaktadır. Bu doğrultuda; Avrupa ülkelerinden gelen, ırkı, milliyeti, dini, siyasi düşünceleri veya belli bir gruba mensubiyeti nedeniyle zulme uğrayacağı konusunda haklı sebeplere bağlı korku taşıyan, bu nedenle ülkesinden ayrılan ve söz konusu korku nedeniyle ülkesine geri dönemeyen veya dönmek istemeyen yabancılara "mülteci" statüsü, verilmektedir. Avrupa ülkeleri dışından gelen ve mülteci tanımında geçen diğer özellikleri taşıyan yabancılara "şartlı mülteci" statüsü, mülteci ve şartlı mülteci tanımlamasının dışında kalan, ülkesine döndüğünde, ölüm cezası, işkence veya onur kırıcı cezaya mahkûm edilecek veya şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak olan yabancılara ise "ikincil koruma" statüsü verilmektedir. Yani coğrafi sınırlama gereği Avrupa ülkeleri dışından gelenlere mülteci statüsü verilmemektedir. Ülkesinden ayrılmaya zorlanan, ülkesine geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak için, devletlerin geri göndermeme yükümlülükleri çerçevesinde toplu göç ile gelen yabancılara ise "geçici koruma" statüsü verilmektedir. Geçici koruma statüsü ile toplu göç hareketlerine acil çözümler bulunması hedeflenmiştir. Geçici korumanın; temel ve acil insani ihtiyaçların karşılanması, güvenli topraklara erişim hakkı tanınması ve geri gönderme yasağının geçerli olması en önemli üç özelliğidir (17,21,22).

Sığınmacı ise bir ülkeye mülteci olarak kabul edilmek isteyen ve mülteci statüsüne ilişkin talepleri henüz işleme alınmamış olan yabancılar şeklinde ifade edilmektedir.

Uluslararası koruma statüleri olmadığı için sığınma talebinde bulunulan ülkeye yükümlülük getirmez, sığınmacıya ise hak ve sorumluluk kazandırmaz (23).

Göçmen kavramı genellikle; zorlama unsuru olmaksızın, kendi hür iradesiyle ve maddi ve/veya sosyal durumunu iyileştirmek amacıyla “kişisel rahatlık” için bireyin göç etme kararını aldığı durumları ifade etmek için kullanılmaktadır. Uluslararası platformda tek bir hukuki tanımı yoktur. Birleşmiş Milletler (BM) göçmen kavramını, gönüllü ya da zorunlu olması, düzenli veya düzensiz olmasına bakılmaksızın başka bir ülkede bir yıldan uzun süre ikamet eden birey olarak tanımlamaktadır (17).

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile geçici korumanın şartları, 2014 tarihli Geçici Koruma Yönetmeliği ile de geçici korumaya ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. Türkiye’deki Suriyelilere sağlanan uluslararası koruma statüsü, geçici korumadır. Dolayısıyla Suriyeliler için “geçici korunan Suriyeliler” kavramının kullanılması gerekmektedir (17,22,24). Fakat; “geçici korunan Suriyeliler” kavramının hukuki literatür dışında yaygın olarak kullanılmaması, uluslararası mevzuatta karşılığının olmamasından dolayı “göçmen” kavramı kullanılmıştır. Ayrıca; bu araştırmada kamp kelimesi de “geçici barınma merkezlerini” ifade etmektedir.

2.1.1.Göç ve Çocuk

Göç kararında genellikle etkisiz olan, dolayısıyla kendi istekleri dışında göç ettikleri kabul edilen çocuklar için göçün etkisi dikkat çekicidir (25). Göç esnasında çocukların büyüme ve gelişme döneminde olmaları, en az bir ebeveyne bağlı olmaları, fiziksel ve bilişsel olarak yetersiz olmaları nedeniyle savunmasız olmaları gibi sebeplerle çocuklar göçten olumsuz yönde en fazla etkilenen unsur olarak görülmektedir (26). Bu göç hareketi sürecinde çocukların yaşam hakkının temelleri olan sağlık, beslenme, barınma ve eğitim haklarından mahrum kalmaktadırlar (27). Göç ve göçmen/mülteci yaşam çocukların ruhsal, bedensel, sosyal gelişimlerinde çoğu zaman yaşam boyu iz bırakmakta ve birtakım komplikasyonlara neden olmaktadır (28).

Çocuk kavramı söz konusu göç olduğunda dikkat çekici istatistiksel verilere dayandırılarak verilmektedir. UNICEF verilerine göre dünya genelinde 2005 ve 2015 yılları arasında göç eden çocuk sayısı iki katından daha fazla oranda artarak 4 milyondan 9 milyona çıkmıştır (29). Avrupa komisyonu ise UNICEF verilerine dayalı olarak göç eden çocuklarla ilgili şu verileri paylaşmaktadır (26,30);

- Dünya genelinde toplam 50 milyon çocuk göç etmiş olup; şiddet ve güvensiz ortamlardan kaçarak göç etmek zorunda kalan çocukların sayısı 20 milyondur.

- Her 200 çocuktan biri mülteci konumundadır.
- Doğduğu ülkeden başka bir yerde yaşayan her 3 çocuktan birisi mülteci statüsündedir.
- Mülteci nüfusun yarısını çocuklar oluşturmaktadır.
- Göç eden her 8 kişiden biri çocuktur.
- Türkiye, dünyada mülteci sayısı en fazla ülkedir.
- Avrupa’da toplamda 5,4 milyon (%7 oranında) çocuk göçmen bulunmaktadır.
- 2015 yılında deniz üzerinden AB’ye giden mültecilerin yüzde 31’ini çocuklar oluşturmaktadır.
- 2015 yılında AB’ye iltica başvurusu yapan 4 kişiden biri çocuk olmuştur.
- 2015 yılında AB’ye ebeveyni olmayan toplam 96 bin çocuk sığınma talebinde bulunmuştur.

Türkiye’de ise Mülteciler Derneği verilerine göre, geçici koruma altındaki kayıtlı Suriyeli sayısı 21 Ekim 2020 tarihi itibari ile bir önceki aya göre 2.549 kişi artarak toplam 3.624.517 kişi olmuştur. Bu kişilerin 1.694.242’sini (%46,7) 0-18 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır (31).

2.1.2. Göç ve Beslenme

İnsanın temel gereksinimleri arasında öncelikli olarak karşılanması gereken beslenmedir. Çünkü tüm biyolojik ve fizyolojik süreçlerin devamı için sağlıklı beslenmenin sürdürülebilir olması zorunludur (32). Mülteciler, besin konusunda güvenliklerini, sağlıklarını, geçim kaynaklarını ve geleceklerini etkileyen büyük sıkıntılarla yüzleşmektedir ve bu bağlamda yaşanan beslenme ve besin güvencesizliği başlıca sıkıntılar olarak ele alınmaktadır (33). Uzun süren çatışmalar neticesinde etkilenen mültecilerin, çoğu zaman besinlere yönelik insani yardımlara bağımlı hale geldiğini ve bunun sonucu olarak besin çeşitliliği ve öğün sıklığında azalmaya maruz kaldığını göstermiştir (34). Ancak mültecilerin sadece sağlıklı beslenmek için değil karın doyurmak için karbonhidrat yoğunluklu beslenmek durumunda kalmaları yetersiz ve dengesiz beslenmeye sebebiyet vermektedir (35). Yetersiz ve dengesiz beslenme dolayısıyla vitamin-mineral eksiklikleri, anemi, çocuklarda büyüme gelişme geriliği ve hatta ölümcül olabilen malnütrisyon (özellikle yetersiz beslenme) gibi ciddi sorunların görüldüğü bildirilmiştir (13,36).

Göçler sonrasında toplumun yeterli barınma ve beslenme gereksiniminin karşılanamaması sonucu oluşan hijyen ve beslenme sorunları çeşitli hastalıklara sebep

olabilmektedir (27,37). Beslenme sorunları açısından bütün mülteciler risk altında olsa da bebekler, çocuklar, yaşlılar, gebeler ve kadınlara bu konuda daha fazla dikkat edilmelidir (18). Beslenme yetersizliği, bedensel ve zihinsel gelişimi olumsuz yönde etkilediği için engelliler, büyüme gelişme geriliği olanlar ve kronik hastalıklara yakalananların büyük bir çoğunluğunu göçe maruz kalan çocuklar oluşturur (38).

Mülteciler ile yürütülen çalışmalarda akut malnütrisyonun önemli morbidite (32) ve mortalite (27) sebepleri arasında yer aldığı ve en yaygın şekilde beş yaş altı çocuklarda görüldüğü saptanmıştır (39). Yine 2012 yılında kamplarda yaşayan mülteciler arasında yürütülen çalışmada da, akut malnütrisyon en fazla beş yaş altı çocuklarda görülmüştür (18). UNICEF 2016 verilerine göre Suriyeli 2200'den fazla mülteci çocuğa yapılan beslenme taraması sonucunda, 45 mülteci çocukta orta düzeyde akut malnütrisyon tespit edilmiştir. Ayrıca çocuklar tedavi programına alınarak, çocuk beslenmesi, gıda güvenliği, su ve sanitasyon gibi konuları içeren olağanüstü durumlarda beslenme eğitimleri gerçekleştirilmiştir (40).

Mülteciler için beslenme sorunu yeterli ve dengeli beslenmenin yanı sıra birçok boyutu içinde barındırır. Günümüzde sıkça duyduğumuz gıda güvenliği sorunu mülteciler içinde önemli bir sorundur. Bu nedenle besin öğelerine ulaşmanın yeterli olmadığı hijyenik ve sağlıklı gıdaya erişimin önem kazandığı ortaya çıkmaktadır (41). Ayrıca mültecilerin yaşadıkları yerlerde sağlıklı suya ulaşma imkânının kısıtlı olması da bir başka beslenme sorunudur. AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) raporuna göre mültecilerin sadece %27'sinin sağlıklı içme suyuna ulaşabildiği belirlenmiştir (42).

Kamplarda yaşayan mültecilerin kamp dışında yaşayanlara göre daha sağlıklı beslenme koşullarına ulaştığı bilinmektedir (27,43). Kamp dışında bulunan mültecilerin temel ve sosyal gereksinmelerini karşılamak üzere ise 2018 yılında UNICEF'in desteği ile 10.400'den fazla haneye yoksullukla mücadele kapsamında nakdi yardım desteği yapılmıştır (44). Ayrıca TC. Sağlık Bakanlığı (SB)'nin mülteci bebek ve çocuklar için D vitamini ve demir içeren vitamin ve mineral takviyelerini ücretsiz dağıttığı bilinmektedir (43). Ancak kayıt eksikliği sebebiyle çocuklara ulaşmak sağlık hizmetinin sağlanabilmesinde en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır (45).

2.2. Türkiye'deki Göçmenlerin Genel Durumu

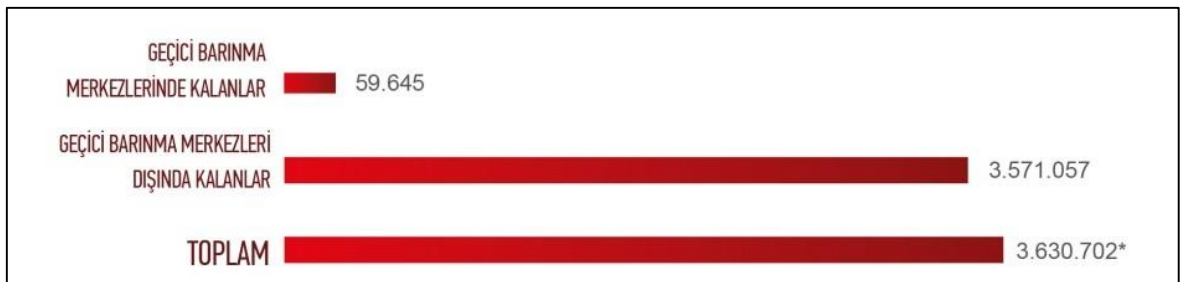
İç karışıklıkların başlaması sonrasında 2011 yılının Mart ayından itibaren günden güne artan sayıda Suriye vatandaşı uluslararası koruma bulmak amacıyla Türkiye'ye gelmiş ve gelmektedir. Ülkemiz tarafından bu kişilere "geçici koruma" statüsü

sağlanmaktadır. Suriye ile güçlü tarihi, kültürel ve komşuluk bağları olan Türkiye Cumhuriyeti iç karışıklıkların başladığı tarihten bu zamana, bu durumdan etkilenen Suriye vatandaşları için “açık kapı” politikası izlemiştir. Türkiye bu insani kriz sonucu oluşan göç dalgaları nedeniyle 10 şehirde kurulan 26 geçici barınma merkezinde 256 bin 971 Suriyeli yabancıya ev sahipliği yapmıştır. Suriye’de barış ve güven ortamının sağlanamamasından dolayı geçici koruma altındaki Suriyelilerin ülkemizdeki kalış süreleri uzamış ve 4 Kasım 2020 tarihi itibarıyla 5 ilde 7 geçici barınma merkezinde 59 bin 645 geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler bulunmaktadır (Tablo 2.1) (46).

Tablo 2.1. Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezlerine Göre Dağılımı (46)

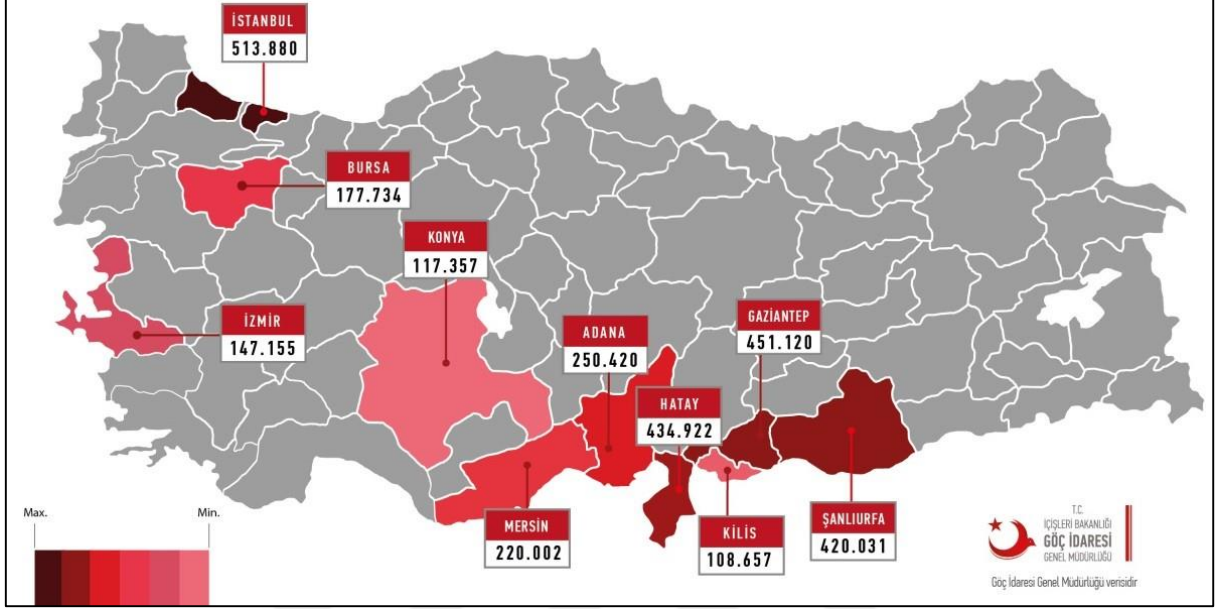
İL	GBM ADI	GBM MEVCUDU	TOPLAM MEVCUT
ADANA (1)	Sarıçam	21.249	21.249
KİLİS (1)	Elbeyli	8.502	8.502
KAHRAMANMARAŞ (1)	Merkez	10.607	10.607
HATAY (3)	Altınözü	2.633	9.678
	Yayladağı	3.638	
	Apaydın	3.407	
OSMANİYE (1)	Cevdetiye	9.609	9.609
Toplam		59.645	
GEÇİCİ BARINMA MERKEZLERİ DIŞINDA BULUNAN SURIYELİ SAYISI		3.571.057	

Ayrıca ülkemizde, geçici barınma merkezleri dışında 3 milyon 571 bin 57 geçici koruma sahibi Suriyeli yaşamaktadır. Toplamda ise 3 milyon 630 bin 702 Suriyeli barınmaktadır (Şekil 2.1). Türkiye’deki Suriyelilerin çoğu Suriye-Türkiye sınırına yakın olan bölgelerden gelmektedir. Bu bölgeler aynı zamanda yoğun çatışmaların olduğu bölgelerdir (46). Suriyeli mülteci sayısı, yeni gelenler ve doğanlar ile birlikte her gün yaklaşık 1000 kişi artmaktadır (47).



Şekil 2.1. Geçici Barınma Merkezi İçinde ve Dışında Kalan Suriyelilerin Dağılımı (46)

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM) verilerine göre, Suriyelilerin en çok bulunduğu ilk on il aşağıdaki Şekil 2.2’de gösterilmiştir (46). Suriyeli sayısının en fazla olduğu il İstanbul iken, Suriyelilerin yerli nüfusa oranla en yoğun yaşadığı yer ise Kilis ilidir (Şekil 2.2) (31).



Şekil 2.2. Suriyelilerin En Çok Yaşadığı İlk On İle Göre Dağılımı (46).

Mülteciler Derneği tarafından 21 Ekim 2020 verilerine göre yayınlanan yaş tablosuna göre kayıtlı Suriyelilerin yaş ortalaması 22,6 yıldır (Tablo 2.2) (31). Türkiye nüfusuna kayıtlı olanların 31 Aralık 2019 verilerine göre yaş ortalaması 32,4 yıldır (48).

Suriyelilerin 1.694.242’sini (%46,7) 0-18 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Çocuk (0-18 yaş) ile kadınların toplam sayısı ise 2.558.139 kişi (%70,5) olarak rapor edilmiştir. Genç nüfus olarak tanımlanan 15-24 yaş grubunda 760.129 kişi bulunmaktadır. Suriyeli genç nüfusun toplam Suriyeli sayısına oranı %20,9’dur (31). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 31 Aralık 2019 tarihinde yayınladığı verilere göre Türkiye’nin genç nüfus sayısı 12.955.672’dir. Bu genç nüfusun toplam nüfusa oranı ise %15,5’tir (48).

Tablo 2.2. Türkiye’de Kayıtlı Suriyelilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (31)

Yaş Aralığı (yıl)	Erkek	Kadın	Toplam
0-4	255.900	247.400	503.300
5-9	282. 601	259.721	542.322
10-14	203.410	184.596	388. 6
15-18	142.58	118.556	260.614
19-24	286.703	212. 812	499. 515
25-29	203.103	148. 213	351.316
30-34	159.210	116. 3	277.213
35-39	119. 421	97.213	216.634
40-44	84. 812	76.34	160.846
45-49	60.622	57.407	118.29
50-54	49.814	48. 956	98.770
55-59	38.213	38.279	76.492
60-64	28. 606	29.416	58.22
65-69	20. 366	20.795	41.161
70-74	7.785	8.775	16.560
75+	7.723	9.994	17.717
Toplam	1.950.347	1.674.170	3.624.517

2.3. Bebek ve Çocuklarda Beslenme Durumu

2.3.1. Anne Sütü ile Beslenme

Sağlıklı bir toplumu oluşturmak için atılan ilk adım gebelik öncesi dönemde başlayarak bebeklik döneminde devam etmektedir (49). Doğumun ardından ilk iki yıl bebeğin büyüme ve gelişmesi için son derece önemlidir (50). DSÖ ve UNICEF, büyüme ve gelişmenin desteklenmesi için ilk altı ay sadece anne sütü ve altıncı aydan sonrada uygun olan tamamlayıcı besine geçilmesi gerektiğini bildirmiştir. İki yaşına kadar da emzirmenin sürdürülmesi önerilmiştir (51). Anne sütü, doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde bir bebeğin ihtiyacını karşılayabilen tek besindir (52). Sindirimi kolay olup yapısındaki immün faktörlerden dolayı bağışıklık sistemini desteklemektedir (53). Bileşimi emzirme süreci boyunca bebeğin değişik ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde değişime uğramaktadır (54). Altı ay boyunca anne sütü bebeğin bütün enerji ve besin öğeleri ile biyoaktif bileşen ihtiyaçlarını karşıladığından bebeğe başka bir besin verilmemelidir. Bu süreçte verilecek her besin anne sütünün yararını azaltır, bebeğin bağışıklığını düşürerek enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına neden olur (52).

Anne sütü bebeğin ruhsal ve mental gelişimini desteklemektedir (55,56). Yalnızca bebeklik ve çocukluk dönemi için değil, ilerleyen yaşlarda görülebilecek diyabet, obezite gibi metabolik hastalıklara da karşı vücudu korumaktadır (53,55). Çene ve diş gelişimini destekleme, allerjiye karşı koruma ve bebeğin pişik olmasını önleme gibi etkilere sahiptir

(50). İlk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde anemi görülme riskinin düşük olduğu bilinmektedir (57).

Yapılan bir çalışmada, emzirilen bebeklerin emzirilmeyen bebeklere göre çocukluk çağı aşırı kiloluk oranında %15'lik bir azalma olduğu belirtilmektedir. Anne sütü alan bebeklerin büyüme eğrilerinin formül mama ile beslenen bebeklerin büyüme eğrilerine göre daha yavaş olduğu görülmüştür. Bu fark, yetişkinlik döneminde obeziteyi önlemek için koruyucu bir faktördür. Bahsedilen bu “büyüme hızlanma hipotezi” için bir diğer neden olarak ise formül mama ile beslenen bebeklerin yüksek düzeyde plazma insülin benzeri büyüme faktörüne (IGF-1) sahip olmalarının gösterilebileceği belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak da anne sütü ve formül mama arasındaki biyoaktif besin bileşimi farklılığı sonucu indüklenen endokrin mekanizmasının olabileceği rapor edilmektedir (58). Ayrıca anne sütü ve devam sütü alan bebeklerin tatları algılama düzeylerini karşılaştırmak üzere yapılan bir çalışmada, anne sütü alan bebeklerin annenin beslenmesinde yer alan aromaları daha fazla algıladığı ve tamamlayıcı besinlere geçiş sürecinde de anne sütü alan bebeğin yeni tatları kabul etmesinin daha kolay olduğu belirtilmiştir (59). Birinci yaşını tamamladıktan sonra çocuklar, günlük beslenme ihtiyaçlarının yaklaşık 1/3'ünü anne sütünden karşıladıklarından dolayı, anne sütü ile beslenme diğer besinlerin alımını önlemeyecek şekilde iki yaşa kadar devam etmelidir (60).

TNSA 2018 raporuna göre Türkiye’de 6 aydan küçük çocukların %41'inin sadece anne sütü ile beslendiği görülmektedir. Sadece anne sütü ile beslenen çocukların oranı yaşla birlikte hızla azalmakta; 0-1 aylık çocuklar arasında %59'dan, 2-3 aylık çocuklar arasında %45'e ve 4-5 aylık çocuklar arasında %14'e düştüğü görülmüştür. Ayrıca iki yaşın altındaki çocukların yarısından fazlasının (%53) yaşına uygun olarak uygun emzirildiği görülmektedir. Bir yaşa kadar emzirmenin devam etmesi (%66) yaygındır, fakat çocukların sadece %34'ü 2 yaşa kadar emzirilmektedir (61).

2.3.2. Tamamlayıcı Beslenme

Altıncı aydan itibaren sadece anne sütü ile bebeğin gereksinimleri karşılanamaz. Bu sebeple altıncı aydan sonra bebeğin beslenmesinde tamamlayıcı besinlere başlanarak bebeğin erişkin tipi beslenmeye geçişi sağlanmalıdır. Tamamlayıcı beslenme ile birlikte anne sütünün verilmesi iki yaşına kadar sürdürülmelidir. Tamamlayıcı besinler, anne sütünün yerini almamalı, sadece anne sütüne destekleyici olarak verilmelidir (62).

Tamamlayıcı beslenmeye geçişte bebeğin büyüme ve gelişme durumları da göz önünde bulundurulmaktadır. Büyüme ve gelişme durumunda herhangi bir problem yoksa

6. aydan önce tamamlayıcı besine başlanmamalıdır. Altıncı aydan önce tamamlayıcı besine başlanması, anne sütünün sağladığı yararlardan bebeğin yeterince faydalanamamasına yol açmaktadır (57). Yapılan bir çalışmada 15 haftadan önce tamamlayıcı beslenmeye başlayan bebeklerle, 6. aydan sonra başlayan bebeklerin sağlık durumları incelenmiştir. Bu bebekler 7 yaşına geldiklerinde erken dönemde tamamlayıcı besine başlayan çocukların solunum sistemi bozukluklarının daha fazla olduğu ve vücut yağ miktarının yüksek olduğu gözlenmiştir (59). Tamamlayıcı beslenmeye 6. aydan daha geç başlamak da bebek için sakıncalıdır. Büyüme-gelişme geriliği, malnutrisyon, protein, vitamin ve mineral yetersizlikleri görülebilmektedir. Çiğneme refleksi istenen düzeyde olmamakta ve bebek yeni tatlara karşı aşırı duyarlı hale gelebilmektedirler (50).

Tamamlayıcı besinler, geçiş besinleri ve aile yemekleri olarak iki gruba ayrılabilir. Süt çocukları için özel olarak hazırlanan besinlere “geçiş besinleri”; ailenin diğer bireylerinin tükettiği besinlere ise “aile yemekleri” denilmektedir (63). Bebeğin öğün sayısı tamamlayıcı besinlerin enerji yoğunluğuna ve her öğünde tüketilen besin miktarına göre planlanmalıdır (50). Bebeklere verilecek besin miktarı; 6-8. aylarda ortalama 200 kkal, 9-11. aylarda 300 kkal ve 12-23. aylarda 550 kkal olmalıdır. Ayrıca besinler verilirken çocuğun mide kapasitesi de göz önüne alınarak verilmelidir. Örneğin; mide kapasiteleri doğumda yaklaşık 30 mL (2 yemek kaşığı), 6. ayda 180 mL (1 çay fincanı) ve 1 yaşında 240 mL (1 su bardağı)’dır (64). İlk seçilecek olan besinler sindirimi kolay, besleyici değeri bebeğin ayına göre uygun besinler olmalıdır. Sebze-meyve püreleri, yoğurt ve pirinç ile hazırlanan besinler tercih edilebilir. Besinlere porsiyon olarak az az başlanılmalı ve bebeğin tolere etmesine göre besin miktarı yavaş yavaş artırılmalıdır. Beş-yedi gün aralıklarla yeni besinler denenmelidir (65). Bebeğin beslenmesinde besin çeşitliliği yavaş bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Beslenme programında uygulanan çeşitlilik, ilerleyen yaşlarda sahip olunan beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir (66).

DSÖ iyi bir tamamlayıcı besinin özelliklerini;

- Enerji, protein ve mikro besin öğeleri açısından zengin (özellikle demir, çinko, kalsiyum, A ve C vitaminleri, folat),
- Baharat ve tuz içermeyen,
- Çocuk tarafından tüketimi kolay,
- Çocuk tarafından sevilen,
- Yöresel olarak bulunabilir ve alınabilir olan şekilde sıralamıştır (67).

Ayrıca DSÖ tarafından, yapılan çok sayıda yayın ve uzmanların görüşleri doğrultusunda, zamanında doğan sağlıklı bebeklerde tamamlayıcı beslenmeye yönelik kılavuz hazırlanmıştır. Bu kılavuzda yer alan 10 madde şu şekildedir (68);

1. Bebek doğumdan itibaren 6. ayın sonuna kadar sadece anne sütü ile beslenmelidir, tamamlayıcı besinler 6. ayın sonunda (180 gün) anne sütüne ek olarak verilmelidir.
2. İsteğe bağlı olarak emzirme, iki yaş ve sonrasına kadar sürdürülmelidir.
3. Psiko-sosyal bakım ilkeleri temel alınarak duyarlı beslenme uygulaması yapılmalıdır.
4. Besinler doğru bir şekilde ve hijyen kurallarına uygun olarak hazırlanmalıdır.
5. Emzirmenin devamı ile birlikte 6. ayda az miktarlarda tamamlayıcı besinlere başlanmalı ve çocuk büyüdükçe besinlerin miktarı artırılmalıdır.
6. Bebek büyüdükçe, gereksinimlerine ve yaşına uyum sağlayarak besinin kıvamı ve çeşitliliğini kademeli olarak artırılmalıdır.
7. Tamamlayıcı beslenmede öğün sayısı, bebeğin yaşına ve anne sütünden yararlanma durumuna göre ayarlanmalıdır.
8. Bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için besin ögesi açısından zengin çeşitli besinler verilmelidir.
9. İhtiyaç halinde bebek için zenginleştirilmiş tamamlayıcı besinler veya vitamin-mineral takviyeleri kullanılmalıdır.
10. Hastalık sırasında ise daha sık emzirme ile birlikte sıvı alımı artırılmalı ve bebeğin sevdiği yumuşak besinler verilmelidir.

2.3.3. Çocuk Beslenmesi

Bir-beş yaş grubu çocuklarda beslenme; büyüme-gelişme ile yakından ilgilidir. (69). ‘Oyun Çağı’ olarak bilinen bu yaşlarda çocuk beslenmeyi ikinci plana atmaktadır (70). Beslenme noktasında yapılabilecek yanlışlar çocuğun ilerleyen dönemlerini olumsuz yönde etkilemektedir (69).

Çocukların besin gereksinimleri 3 yönden yetişkinlerden ayrılır (71);

1. Büyüme sürecinde oldukları için enerji ihtiyacı yetişkinlere kıyasla birim başına fazladır.
2. Protein, vitamin ve mineral gereksinimi yeni doku yapımı nedeniyle artar.
3. Kendi kendilerine yiyebilme becerilerinin sınırlı olması ve sindirim sistemi özellikleri sebebiyle diyetlerinde bazı besinler belirli şekilde hazırlanmalıdır.

Çocukların enerji ve besin öğeleri ihtiyaçları aşağıda özetlenmiştir.

Enerji: Okul öncesi çocuklar sürekli büyüme ve gelişme döneminde olduklarından dolayı enerji harcamaları yüksektir ve fiziksel aktivitelerinde meydana gelen artış enerji harcamasını artırmaktadır. Çocukların günlük enerji gereksinimi (kkal/gün) = (yaş x 100) +1,000 kkal formülü ile hesaplanabilmektedir. Ayrıca çocuğun aldığı enerjinin yeterli olup olmadığının belirlenmesi için büyümenin de izlenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (72).

Karbonhidrat: Karbonhidratlar vücut için en hızlı ve ekonomik enerji kaynağıdır (73). Türkiye genelinde 2-5 yaş grubundaki erkek çocukların günlük ortalama 152 g, kız çocukların ise 148 g karbonhidrat aldıkları görülmektedir. Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu çocuklarda günlük ortalama alınan enerjinin karbonhidrattan sağlanan oranları; erkeklerde %50,3 iken kızlarda %51,4 olduğu gösterilmiştir (74).

Protein: Yaşamın en hızlı büyüme evresinde olan çocuklar için vücut dokuları sürekli olarak protein sentezini gerektirmektedir (75). Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu erkek çocuklarda günlük ortalama protein alımlarının 39,2 g, kız çocuklarda 36,5 g olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu Türk çocuklarında günlük ortalama alınan enerjinin proteinden gelen oranları; erkeklerde %13,0 iken kızlarda %12,9 olduğu gösterilmiştir (74). Bu doğrultuda Suriyeli çocuklarda besin öğeleri alım miktarları da araştırılmalıdır.

Yağ: Vücudumuzun temel enerji kaynaklarından biri yağlardır. Vücudumuz için yağda çözünen vitaminlerin emilebilmesi için önemli bir yere sahiptir. Çocukluk döneminde ise özellikle büyüme açısından önemli olan tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini içeren yağların tüketimi istenmektedir (76). Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu erkek çocukların günlük ortalama 52,3 g, kız çocukların günlük ortalama 48,7 g yağ aldıkları görülmektedir. Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu çocuklarda günlük ortalama alınan enerjinin yağdan gelen oranları; erkeklerde %36,6 iken kızlarda %35,8 olduğu gösterilmiştir. Ayrıca günlük ortalama omega 3 yağ asidi, çoklu doymamış yağ asidi, tekli doymamış yağ asidi ve doymuş yağ asidi alımlarının sırasıyla; erkek çocuklarda sırasıyla 1,01 g, 13,6 g, 16,9 g ve 17,9 g ve kız çocuklarında ise sırasıyla 0,92 g, 12,5 g, 15,8 g ve 16,9 g olduğu gösterilmiştir (74).

Lif: Çocuğun yaşına ek olarak 5 gram lif eklenerek bulunan miktar, en düşük önerilen lif gereksinimidir (77). Posalı besinlerin hacmi yüksek olduğu için fazla miktarda posa alan bir çocuk eğer az iştahlı ise hemen doyacağı için yeteri kadar enerji alamayabilir. Bu nedenle posa içeren besinlerin ara öğünlerde verilmesinin daha uygun olduğu

belirtilmektedir (55). Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu çocukların günlük ortalama posa alımlarının erkeklerde 12,0 g, kızlarda ise 11,5 g olduğu gösterilmiştir (74).

D vitamini: D vitamini, kalsiyum ve fosfor metabolizmasının düzenlenmesinde görev alan, son yıllarda bir hormon olarak da kabul edilen ve kemik sağlığında kilit rol oynayan yağda çözünen bir vitamindir. D vitamini yetersizliği çocuklarda küresel bir sorundur (78). Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu çocuklarda günlük ortalama D vitamini alımlarının; erkeklerde 0,91 mcg, kız çocuklarda 0,89 mcg olduğu gösterilmiştir (74). Türkiye’de D vitamini eksikliği rakamları annelerde yaklaşık %80 iken bebeklerinde yaklaşık %40 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu zamana kadar 15 milyona yakın bebeğe D vitamini desteği verilmiştir. Türkiye’de ülke programına göre doğumdan sonra ilk hafta içerisinde her bebeğe ücretsiz günde 400 IU (10 mcg) D vitamini başlanmaktadır. Ayrıca çocukların her gün güneş ışınlarından yararlandırılması önerilmektedir (79). Yürütülen programın değerlendirilmesi amacıyla 2011 yılında yürütülen 6-17 aylık çocuklarda ve annelerinde D vitamini düzeyini belirleme çalışmasında annelerin %81,7’sinin D vitamini düzeyi 20 ng/mL altında bulunmuştur. Çocuklarda D vitamini eksikliği sınır değeri 15 ng/mL olarak alınmış, buna göre çocukların %26,8’ünde D vitamini eksikliği olduğu saptanmıştır (80).

Demir: Çocuklar yeterli düzeyde demir alamadıklarında demir yetersizliği anemisi görülmektedir. Demirden zengin besinlere örnek olarak; et, yumurta, kuru baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler, yağlı tohumlar, kuruyemişler, pekmez ve kuru meyveler verilebilir (81). Türkiye genelinde 2-5 yaş grubu çocuklarda günlük ortalama demir alımlarının; erkeklerde 7,0 mg, kızlarda 6,6 mg olduğu gösterilmiştir (74). Her yaş grubu; özellikle 0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar, gençler, gebe ve emziren kadınlar anemi açısından önemli risk gruplarındandır. Türkiye’de genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50’sinde anemi görülmesi doğrultusunda Sağlık bakanlığı tarafından “Demir Gibi Türkiye” programı kapsamında 2004 yılında 4-12 ay arası her bebeğe ücretsiz demir desteği vermeye başlanmıştır. Dördüncü aydan itibaren bebeklere her gün 10 mg demir desteği ücretsiz olarak verilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı ve/veya prematüre bebeklere ise 2. ayda 2 mg/kg/gün demir desteği başlanmaktadır (80). “Sağlık Bakanlığı Demir Gibi Türkiye Programı’nın izleme ve değerlendirilme amaçlı yürütülen bir çalışma sonucunda 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığının %30’lardan %7,8’lere düştüğü saptanmıştır (80,81).

Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015’egöre çocukların günlük enerji ve besin öğeleri yeterli alım miktarları Tablo 2.3.’te yer almaktadır (82).

Tablo 2.3. Okul Öncesi Çocukların Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Yeterli Alım Miktarları (82).

Enerji ve besin öğeleri	2-3 Yaş	4-6 Yaş
Enerji (kkal)	1000-1200	1200-1400
Karbonhidrat (g)	130	130
Karbonhidrat (%)	45-60	45-60
Lif (g)	10	14
Protein (g)	11,8-12,9	14-18,2
Protein (%)	5-20	5-20
Yağ (%)	35-40	20-35
A Vitamini (mcg)	250	300
D Vitamini (mcg)	15	15
E Vitamini (mg)	6-9	9
B1 (mg)	0,5	0,6
B2 (mg)	0,5	0,6
Niasin (mg)	6,7	6,7
Pantotenik asit (mg)	4	4
B6 (mg)	0,5	0,6
Biotin (mcg)	20	25
Folik asit (mcg)	120	140
B ₁₂ (mcg)	1,5	1,5
C vitamini (mg)	20	30
Kalsiyum (mg)	450	800
Magnezyum (mg)	80	130
Demir (mg)	7	7
Çinko (mg)	4,3	5,5
İyot (mcg)	90	90

Ayrıca TÜBER'e göre 2-6 yaş arası çocukların besin gruplarından günlük tüketmesi önerilen porsiyon miktarları Tablo 2.4.'de gösterilmiştir (82).

Tablo 2.4. 2-6 Yaş Grubu Çocuklar İçin Besin Gruplarına Göre Besinlerin Standart Porsiyon Miktarları (82)

Besin Grupları	Erkek		Kız	
	2-3 Yaş	4-6 Yaş	2-3 Yaş	4-6 Yaş
1. Süt Grubu	2½	2½	2	2½
2. Et, Tavuk, Balık, Yumurta	¾ - 1	1 - 1½	¾-1	1
3. Yağlı Tohumlar	⅛ (⅓)	¼ (½)	⅛ (⅓)	¼ (½)
4. Ekmek ve Tahıl Grubu	2½	2½ - 3	2½	2½
5. Sebze Grubu	1-2	2	1-2	2
6. Meyve Grubu	1½	1½ - 2	1½	1½

2.4. Çocuklarda Beslenme Durumunun Saptanması

Beslenme durumunun saptanması, çocuklarda büyüme ve gelişmenin incelenip değerlendirilmesinde önemli yer almaktadır. Beslenme durumunun saptanmasıyla çocukların makro ve mikro besin ögeleri gereksinmelerinin ne düzeyde karşılandığı belirlenmektedir (83). Büyüme dinamik ve karmaşık bir süreç olup, anne karnında başlayarak adolesan döneminin bitmesiyle sonlanmaktadır. Büyüme süreci, çevresel ve genetik faktörlerin denetimi altındadır ve bu sebeple büyüme dönemleri önemli bireysel değişiklikler gösterir. Büyüme süreci prenatal, bebeklik, çocukluk ve adolesan dönemlerinden oluşmaktadır (84). Çocuklarda büyümenin saptanması çocuklarda beslenme kaynaklı sağlık sorunlarının tanımlanmasına ve çözüm yolları bulunmasına yardımcı olmakla birlikte çocuğun sağlık durumunun ve toplumun refah düzeyinin önemli bir göstergesidir (85).

Çocuklarda sağlık ve beslenme durumunu tanımlayan tek belirtken büyümenin saptanmasıdır, çünkü sağlık ve beslenmeyi olumsuz etkileyen etmenler aynı zamanda çocuğun büyümesini de etkilemektedir. Çocuklarda beslenme ve sağlık sorunları yetersiz besin alımı ve/veya ağır ve sık tekrarlayan enfeksiyonlar geniş bir yelpazedeki etmenlerin sonucudur. Yaşa göre boy uzunluğu linear büyümeyi ve uzun dönemde büyüme bozukluğunu; boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı vücut oranlarını ve büyüme düzenini gösterir ve akut büyüme bozukluklarının göstergesidir. Yaşa göre vücut ağırlığı ise hem linear büyümeyi hem de vücut oranlarını tanımlar (86).

Beslenme durumunun saptanmasında amaç; beslenme durumunun tanımlanması, nedenlerin saptanması ve çözüm yollarının bulunması, bir girişimsel çaba (müdahale) uygulandıysa, etkinliğinin değerlendirilmesidir (11).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için özellikle toplumun duyarlı gruplarında (0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar ve gençler, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebe ve emzikli kadınlar, yaşlılar, işçiler) ve hasta olan bireylerinde beslenme durumunun sürekli izlenerek değerlendirilmesi gerekir (11). Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler:

- Besin tüketiminin (alımının) saptanması,
- Antropometrik yöntemler,
- Biyokimyasal ve biyofizik testler (fonksiyonel testler),
- Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü,
- Psikososyal verilerdir.

Bu yöntemlerin birkaçı veya tamamı birlikte kullanılabilceği gibi, çoğunlukla seçilecek yöntem ekonomik şartlara, zamana ve bu konuda eğitimli personele göre belirlenmektedir. Beslenme durumunu belirlemede en azından vücut ağırlığı ve boy uzunluğunun ölçülmesi, değerlendirilmesi ve yorumlanması, besin alımının saptanması ve değerlendirilmesi gerekir (11).

2.4.1. Antropometrik Ölçümler

Çocuklardan elde edilen antropometrik ölçümler, genel sağlık durumunun ve beslenme yeterliliğinin gözlenmesinde kullanılmaktadır. Uzun zaman dilimleri içerisinde oluşan büyüme ve gelişme eğilimlerini yansıtmada büyük önem taşımaktadır (87). Büyümenin izlenmesi şişmanlık, zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk ve kısa boy uzunluğu sorunlarının erken dönemde saptanması için kullanılan önemli bir araçtır (85). Sıfır ile beş yaş arası çocukların antropometrik ölçümlerinde ise; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi, üst orta kol çevresi ölçümleri alınmalı ve beden kütle indeksi (BKİ: Vücut ağırlığı-kg/ Boy uzunluğu-m²) değeri hesaplanmalıdır (88).

Genel olarak malnutrisyonun kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Malnutrisyon; fetal büyüme geriliği, düşük BKİ, bodurluk (çok kısa boy uzunluğu), zayıflık, düşük kiloluluk, ağır protein-enerji malnutrisyonu olan marasmus ve kuvaşiorokor, vitamin-mineral yetersizlikleri ile obezite gibi dengesiz beslenmeye bağlı problemlerin tamamını içeren bir kavramdır. Ancak genellikle yetersiz beslenme kavramıyla eşdeğer anlamda kullanılmaktadır (85,89).

Zayıflık, akut o andaki, kısa-sürel malnutrisyonu tanımlar. Yaşa göre vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı düşük, fakat yaşa göre boy uzunluğu normaldir. Düşük kiloluluk, akut ve kronik veya uzun-sürel malnutrisyonu tanımlar. Yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının hepsi düşüktür. Bodurluk ise kronik malnutrisyonun göstergesidir (85,89,90).

Baş çevresi ölçümü özellikle bebeklik döneminde beyin gelişimi hakkında bilgi vermektedir. Baş çevresi ölçümü hidrosefali, hipotroidi ve raşitizm gibi hastalıkların saptanmasında kullanılmaktadır (91).

Üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) çocuğun özellikle kas gelişimi hakkında bilgi vermektedir (92).

3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Araştırma, Kilis İli sınırlarında bulunan göçmen kampında 0-60 ay çocuğu olan gönüllü aileler ile Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma kapsamında toplam 253 çocuk (Erkek: 122, %48,2; Kız: 131, %51,8) yer almıştır.

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09.05.2019 tarih ve 2019/20 sayılı kararı ile Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmek üzere kabul edilmiştir (Ek 1).

3.2. Araştırmanın Etik Kurul Yönü

Çalışma için 14.06.2019 tarih ve 2019/78 karar no ile Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek 2). Çalışmanın yürütülmesi için Kilis İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli çalışma izni alınmıştır (Ek 3).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmada Kilis ili sınırları içerisindeki göçmen kampında bulunan 0-60 ay çocukları olan tüm ailelerin oluşturduğu evrenden; power (güç) =0,80 ve prevelans = 0,22 parametreleri ile MedCalc istatistik paket programı kullanılarak örneklem büyüklüğü 0-5 yaş grubu çocuklardan en az 253 bebek ve çocuk olarak hesaplanmıştır (93). Çalışma 253 çocukla tamamlanmıştır. Çocukların %48,2 (n=122) erkek ve % 51,8 (n=131) ise kızdır.

Çalışmaya zamanında doğmuş, tekil gebelik ile dünyaya gelmiş, doğumsal bir anomalisi olmayan, herhangi bir kronik ve metabolik hastalığı olmayan çocuklar dahil edilmiştir. Anne ve babasını kaybetmiş çocuklar çalışmaya dahil edilmemiştir. Her aileden bir çocuk çalışma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Gereçleri

Veri toplama gereci olarak; sorukağıdı ve araştırmacı tarafından alınan antropometrik ölçümler kullanılmıştır (Ek 4). Elbeyli Geçici Barınma Merkezi tercümanları aracılığıyla ailelerle iletişim kurularak sorulara yanıt alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ailelere çalışma hakkında bilgi verilerek "Gönüllüleri Bilgilendirme Formu" ile bireyler aydınlatılmış ve onayları alınmış, çocuklar araştırma kapsamına dahil edilmiştir (Ek 5).

3.4.1. Veri Toplama Formu

Sorukağıdı; 0-60 ay yaş grubu tüm çocukların anne ve babaları ile ilgili genel bilgiler, çocukların doğumdan itibaren beslenme durumları (anne sütü alma, besin desteğı kullanılma durumu, tamamlayıcı beslenmeye başlanma ve verilen besinler) yer almaktadır. Ayrıca çocukların doğumda ve şu andaki vücut ağırlığı (kg), boy uzunlukları, üst orta kol çevresi ve baş çevresi gibi antropometrik ölçümlerin yer aldığı bölümlerden oluşmaktadır (Ek 4).

3.4.2. Çocuklara Ait Antropometrik Ölçümler

Antropometrik Ölçümlerin Alınması: Çalışmaya katılan tüm çocukların boy uzunlukları, vücut ağırlıkları, üst orta kol çevresi, baş çevresi ölçümleri yapılmıştır.

Vücut Ağırlığı: 0-24 ay arası bebeklerin vücut ağırlıkları 0,1 kg'a duyarlı hassas bebek terazisi ile üzerindeki kalın giysiler çıkarılarak ölçülmüştür. Yaşları 24-60 ay arası olan çocukların vücut ağırlıkları ölçülmeden önce üzerlerinde mümkün olan en hafif giysilerle kalmaları istenilmiştir. Yatay, düz ve sert bir zemin üzerine tartının konulması, tartım öncesi kalibrasyonun yapılması gibi koşullara dikkat edilerek alınan ölçümler gram olarak kayıt edilmiştir (11,94).

Boy Uzunluğu: 0-24 ay arası bebeklerin boy uzunlukları infantometre ile yatar vaziyette, 24-60 ay arası çocukların ise stadiyometre ile ayakta ölçülerek cm olarak kayıt edilmiştir (11,94).

Üst Orta Kol Çevresi: Çocukların üst orta kol çevresi ölçümlerinde esnek olmayan mezura kullanılarak yapılmıştır. Ölçüm sırasında kol dirsekten 90° bükülerek omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arası orta nokta işaretlenip, daha sonra kol serbest olarak bırakılarak esnemeyen mezura ile işaret üzerinden geçen çevre ölçülmüştür (11,95).

Baş Çevresi: Çocukların baş çevrelerinin ölçümünde esnek olmayan mezura kullanılmıştır. Önde kaşların üzerinden arkada oksipital çıkıntıdan geçecek şekilde çevrenin ölçülmesiyle yapılmıştır (11,95).

Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi: Anropometrik ölçümler WHO-ANTRO programı version 3.2.2, January 2011 (The WHO Anthro Survey Analyser) (96) yardımı ile WHO-MGRS 2006 ve 2007 büyüme standartlarına (94,95) göre değerlendirilmiştir. Bulgular persentiller ve Z-skor değerleri olarak kesişim noktalarına

göre sınıflandırılarak verilmiştir (11,85). Sınıflandırmada kullanılan kesişim noktaları şöyledir.

Çok zayıf/ Çok kısa (bodur): $<-2SD$ (Z-skor) veya $<3.$ persentil

Zayıf/ Kısa boy: $-2SD - -1SD$ veya $3.-15.$ persentiller arası

Normal: $-1SD - 1SD$ veya $15. - 85.$ persentiller arası

Kilolu/Uzun boy: $1SD - 2SD$ veya $85.- 97.$ persentiller arası

Şişman (obez)/Çok uzun: $\geq 2SD$ veya $\geq 97.$ persentil

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışma 253 annenin katılımıyla yürütülmüştür. Veri toplama formlarındaki yanıtlar IBM SPSS Statistics 24 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken; sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum), kategorik değişkenler için frekans dağılımları kullanılmıştır.

Çalışma sonucu elde edilen verilerden; sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilerek, normal dağılım gösteren değişkenler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen değişkenler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Parametrik testler istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup, farklılıkların belirlenmesinde 3 veya daha fazla gruplar için tek yönlü Anova Testi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız iki bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız iki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığını saptamada ise ki kare analiz yöntemi kullanılmıştır (97).

Antropometrik ölçümler WHO-ANTRO programı ve ardından SPSS'e aktarılmış ve kesişim değerlerine göre gruplanarak değerlendirilmiştir (94-96).

4. BULGULAR

Bu çalışma, Kilis ilinde yer alan göçmen kampında yaşayan 0-60 ay arası çocukların beslenme ve büyüme durumunun saptanması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

4.1. Çocuklara ve Ebeveynlerine Ait Genel Bilgiler

Tablo 4.1'de çalışmaya katılan çocukların bazı genel bilgileri verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre, çalışma kapsamına alınan 253 çocuğun %48,2'si (n:122) erkek, %51,8'i (n:131) kızdır. Çocukların %89,3'ü Türkiye'de, %96,4'ü hastanede doğmuştur. Çalışmaya katılan çocukların hiçbiri 37. haftadan önce doğmamıştır ve ortalama doğum yaşı $38,8 \pm 0,7$ haftadır. Çocukların şu anki yaş ortalamaları $38,9 \pm 19,7$ aydır. Çocukların %10,3'ü 0-6 ay, %15,0'ı 13-24 ay ve %64,5'i 37-60 ay yaş grubundadır.

Tablo 4.1. Çocuğa Ait Genel Bilgiler

Çocuğa Ait Genel Bilgiler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	122	48,2
Kız	131	51,8
Doğduğu ülke		
Türkiye	226	89,3
Suriye	27	10,7
Doğum yeri		
Hastane	244	96,4
Ev	9	3,6
Çocuğun doğum yaşı (hafta)		
<37 hafta	-	-
≥ 37 hafta	253	100
$\bar{x} \pm S$ (hafta)		$38,8 \pm 0,7$
Çocuğun şu anki yaşı (ay)		
0-6	26	10,3
7-12	11	4,3
13-24	38	15,0
25-36	15	5,9
37-60	163	64,5
$\bar{x} \pm S$ (ay)		$38,9 \pm 19,7$

Tablo 4.2'de çocukların ebeveynlerine ait bazı genel bilgiler verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre anne ve babaların yaş ortalaması sırasıyla; $29,7 \pm 5,6$ ve $35,4 \pm 6,3$

yıldır ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Annelerin %96,0'sı ve babaların ise %70,8'i 19-39 yaş grubundadır.

Annelerin %47,6'sı, babaların %27,7'si ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Suriyeli kadınların aldığı ortalama eğitim süresi $7,1\pm 3,2$ iken, erkeklerde bu süre $8,3\pm 2,9$ yıldır ($p<0,05$). Yüzde 3,6 oranında anne çalıştığını belirtirken, çalışmayan babaların oranı %22,5'tir. Babaların %69,2'si işçidir. Ailenin kampta yaşama süreleri ortalama $5,9\pm 1,9$ yıldır.

Tablo 4.2. Çocukların Ebeveynlerine Ait Genel Bilgiler

Ebeveyne Ait Genel Bilgiler	Anne		Baba	
	n	%	n	%
Yaş grupları (yıl)				
19-29	122	48,2	45	17,8
30-39	121	47,8	134	53,0
40 ve üzeri	10	4,0	74	29,2
$\bar{x} \pm S$ (yıl)	29,7 \pm 5,6		35,4 \pm 6,3	
p değeri*	0,000*			
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	11	4,3	3	1,2
Okur yazar	9	3,6	2	0,8
İlkokul	103	40,8	65	25,7
Ortaokul	87	34,4	113	44,6
Lise	32	12,6	50	19,8
Üniversite/Yüksekokul	11	4,3	20	7,9
$\bar{x} \pm S$ (yıl)	7,1 \pm 3,2		8,3 \pm 2,9	
p değeri*	0,000*			
Meslek durumu				
Ev hanımı/Çalışmıyor	244	96,4	57	22,5
Memur	3	1,2	11	4,3
İşçi	4	1,6	176	69,6
Diğer	2	0,8	9	3,6
Medeni durum		n		%
Evli		252		99,6
Boşanmış / eşi ölmüş		1		0,4
Kampta yaşama süresi				
$\bar{x} \pm S$ (yıl)				5,9 \pm 1,9

Çalışmaya katılan annelerin gebeliklerine ait bilgiler Tablo 4.3'te verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre annelerin sadece %1,6'sı gebelik sırasında sigara içtiğini belirtmiştir. Annelerin %81,0'i vajinal doğum yapmıştır. Sezaryen doğum yapanların oranı ise %19,0'dur. Annelerin toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları ortalamaları sırasıyla; $4,1\pm 1,9$, $4,0\pm 1,9$ ve $4,0\pm 1,9$ 'dur.

Tablo 4.3. Anneye Ait Gebelik Bilgileri

Anneye Ait Gebelik Bilgileri	n	%
Gebelikte sigara içme durumu		
Hayır	249	98,4
Evet	4	1,6
Doğum şekli		
Vajinal	205	81,0
Sezaryen	48	19,0
Gebelik sayısı		
1	10	4,0
2-3	105	41,5
>4	138	54,5
$\bar{x} \pm S$		4,1±1,9
Canlı doğum sayısı		
1	10	4,0
2-3	107	42,2
>4	136	53,8
$\bar{x} \pm S$		4,0±1,9
Yaşayan çocuk sayısı		
1	14	5,5
2-3	103	40,7
>4	136	53,8
$\bar{x} \pm S$		4,0±1,9
Çalışmaya katılan çocuk ailenin kaçınıcı çocuğu		
1	47	18,6
2-3	109	43,1
>4	97	38,3
$\bar{x} \pm S$		3,3±1,9

4.2. Çocuğun Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 4.4.'te verilen bilgilere göre; %6,3 oranında çocuk annesinin verdiği bilgiye göre hiç anne sütü emmemiştir. Anne sütü alan çocukların %14,8'inin halen emzirildiği belirtilmiştir. Annelerin çocuklarını ortalama emzirme süresi ise 14,0±7,8 aydır. Annelere sütü neden kestiği veya vermediği sorulduğunda ise %42,2 oranında anne bebeğin canı istemediği için %19,3 oranında anne ise anne sütü olmadığı için süt vermeyi kestiğini ya da hiç vermediğini belirtmiştir. Çocuklar ortalama 7,2±4,6 ay sadece anne sütü ile beslenmiştir. Çocukların sadece anne sütü alma ortanca değeri ise 6,0 aydır.

Tablo 4.4. Çocuğun Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Özellikler

Beslenme Alışkanlıkları	n	%
Anne sütü emme durumu		
Hayır, hiç emmedi	16	6,3
Evet, emdi	237	93,7
Halen emiyor	35	14,8
Emdi, bıraktı	202	85,2
Emme süresi, $\bar{x} \pm S$ (ay)		14,0±7,8
Sadece anne sütü emme süresi		
1-3	41	16,2
4-6	109	43,1
7-12	64	25,3
13-18	16	6,3
19-24	7	2,8
Anne sütü alma süresi (ay)		
$\bar{x} \pm S$ (ay)		7,2±4,6
Ortanca (ay)		6,0
Planlanan emzirme süresi		
$\bar{x} \pm S$ (ay)		22,9±3,2
Anne sütü vermeme/kesme nedeni		
Anne sütü olmaması	42	19,3
Yeni bir gebelik	40	18,3
Bebeğin emme istememesi	92	42,2
Bebeğin hastalığı	10	4,6
Annenin hastalığı	34	15,6
Tamamlayıcı besine başlama durumu		
Henüz başlanmadı	18	7,1
Tamamlayıcı besine başlanan zaman $\bar{x} \pm S$ (ay)		7,6±4,5

Çalışmada, çocuğun cinsiyeti, annenin yaş grubu, eğitim durumu ve doğum şekli ile çocukların tamamlayıcı besinlere başlama zamanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup ($p>0,05$), ailedeki çocuk sayısı ile çocukların tamamlayıcı besinlere başlama zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ailedeki çocuk sayısı arttıkça 6. aydan önce tamamlayıcı besine başlama oranı da artmaktadır (Tablo 4.5).

Çalışmada çocuğun cinsiyeti, annenin eğitim durumu, doğum şekli ve ailedeki çocuk sayısı ile çocukların sadece anne sütü alma süreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p>0,05$), annenin yaş grubu ile çocukların sadece anne sütü alma süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerde yaş azaldıkça 6 aydan az sadece anne sütü verme oranları artmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bazı Değişkenler İle Tamamlayıcı Beslenme Başlama Zamanı Arasındaki İlişki

		Tamamlayıcı besine başlama zamanı*				p değeri	Sadece anne sütü ile beslenme süresi**				p değeri
		<6 ay (n:76)		≥6 ay (n:159)			<6 ay (n:83)		≥6 ay (n:154)		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Çocuğun cinsiyeti	Erkek	34	44,7	75	47,2	0,417	43	51,8	72	46,8	0,272
	Kız	42	55,3	84	52,8		40	48,2	82	53,2	
		40	52,6	69	43,4		51	61,4	68	44,2	
Annenin yaş grubu (yıl)	30-39	34	44,7	82	51,6	0,345	29	34,9	79	51,3	0,039
	40 ve üzeri	2	2,6	8	5,0		3	3,6	7	4,5	
Annenin eğitim durumu	Okuryazar değil	5	6,6	6	3,8	0,386	5	6,0	6	3,9	0,561
	Lise altı	61	80,3	123	77,4		66	79,5	119	77,3	
	Lise ve üzeri	10	13,2	30	18,9		12	14,4	29	18,8	
Doğum şekli	Vajinal	61	80,3	126	79,2	0,502	73	88,0	123	79,9	0,080
	Sezaryen	15	19,7	33	20,8		10	12,0	31	20,1	
Ailedeki çocuk sayısı	İlk çocuk	8	10,5	38	23,9	0,039	5	6,0	9	5,8	0,573
	2. çocuk	21	27,6	31	19,5		18	21,7	25	16,2	
	3.çocuk ve üzeri	47	61,8	90	56,6		60	72,3	120	77,9	

*Tamamlayıcı beslenmeye henüz başlamayan 18 çocuk dahil edilmemiştir.

**6 aydan küçük olup hala anne sütü almaya devam edenler dahil edilmemiştir.

Çocukların besin desteği kullanma durumuyla ilgili bazı bilgiler Tablo 4.6'da görülmektedir. Çocukların %63,2'si besin desteği kullanmaktadır. Çocukların %55,3'ünün D vitamini kullandığı belirlenmiştir. D vitamini kullanmaya başlama zamanı $3,5 \pm 6,5$ ay ve kullanma süresi ise $7,3 \pm 4,5$ aydır.

Çocukların en çok kullandığı besin desteği %58,1 oranıyla demirdir. Ortalama demir kullanmaya başlama zamanı $4,2 \pm 7,2$ ay ve kullanma süresi ise $7,5 \pm 5,3$ aydır.

Omega-3 ve multivitamin/mineral kullanma oranları ise sırasıyla; %7,1 ve %2,8'dir.

Tablo 4.6. Çocuğun Besin Desteği Kullanımıyla İlgili Bilgilerin Dağılımı

Besin desteği kullanma durumu	n	%
Çocuğun besin desteği kullanma durumu		
Hayır	93	36,8
Evet	160	63,2
D vitamini kullanma durumu		
Hayır	113	44,7
Evet	140	55,3
Başlama zamanı $\bar{x} \pm S$ (ay)	3,5±6,5	
Kullanma süresi $\bar{x} \pm S$ (ay)	7,3±4,5	
Demir kullanma durumu		
Hayır	106	41,9
Evet	147	58,1
Başlama zamanı $\bar{x} \pm S$ (ay)	4,2±7,2	
Kullanma süresi $\bar{x} \pm S$ (ay)	7,5±5,3	
Omega-3 kullanma durumu		
Hayır	235	92,9
Evet	18	7,1
Başlama zamanı $\bar{x} \pm S$ (ay)	2,9±2,8	
Kullanma süresi $\bar{x} \pm S$ (ay)	10,6±6,3	
Multivitamin-mineral kullanma durumu		
Hayır	246	97,2
Evet	7	2,8
Başlama zamanı $\bar{x} \pm S$ (ay)	1,3±0,5	
Kullanma süresi $\bar{x} \pm S$ (ay)	10,9±4,3	

Tablo 4.7.'de çocukların hangi gıdaya ne zaman başladığı bilgisinin dağılımı verilmiştir. Önerilenin aksine çoğu annenin çocuğuna 6 ay öncesinde tamamlayıcı besinlere başladığı görülmektedir.

Yüzde 6,3 oranında anne çocuğu doğduğu zaman bebek formulası (hazır mama) vermeye başlamıştır. Çocukların %6,8'i devam mamasına, %23'ü yoğurda, %7,2'si meyve suyuna altıncı aydan önce başladığı görülmektedir. Sebze çorbasına 7 aydan önce başlanan çocukların oranı %10,7'dir. Çocukların %2,0'sine 1 ay ve öncesinde inek sütü verilmeye başlanmıştır.

Tahıl, kurubaklagil, kırmızı et, tavuk ve balık gibi besinlere çocukların çok düşük oranına 7.-8. aylarda başlanmış olup çocukların yarısından fazlasına ise 13. ay ve sonrasında başlanmıştır. Çocukların %18,6'sı 12. ay öncesinde aile yemeği tüketmeye başlamıştır.

Tablo 4.7. Annelerin Bazı Temel Besinleri Bebeklerine Hangi Ayda Vermeye Başladığıyla İlgili Bilgiler

Besinler	Besinlere Başlama Yaşı (ay)																													
	Hiç		0.ay		1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay		7.ay		8.ay		9.ay		10.ay		11.ay		12.ay		≥13.ay	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Su	-	-	7	2,8	46	18,2	18	7,1	41	16,2	74	29,2	14	5,5	28	11,1	1	0,4	2	0,8	1	0,4	2	0,8	-	-	1	0,4	-	-
Bebek formulası	58	22,9	16	6,3	3	1,2	5	2,0	12	4,7	10	4,0	23	9,1	53	20,9	16	6,3	9	3,6	2	0,8	1	0,4	2	0,8	7	2,8	18	7,1
İnek sütü	12	4,7	2	0,8	3	1,2	4	1,6	8	3,2	12	4,7	15	5,9	30	11,9	22	8,7	24	9,5	8	3,2	14	5,5	6	2,4	20	7,9	55	21,7
Yoğurt	2	0,8	-	-	-	-	3	1,2	9	3,6	23	9,1	23	9,1	46	18,2	21	8,3	21	8,3	15	5,9	8	3,2	4	1,6	19	7,5	41	16,2
Muhallebi	17	6,7	-	-	-	-	1	0,4	4	1,6	9	3,6	9	3,6	23	9,1	11	4,3	9	3,6	16	6,3	18	7,1	5	2,0	20	7,9	93	36,8
Devam formulası	49	19,4	-	-	-	-	1	0,4	4	1,6	10	4,0	2	0,8	18	7,1	7	2,8	14	5,5	9	3,6	33	13,0	19	7,5	20	7,9	49	19,4
Meyve suyu	15	5,9	-	-	-	-	-	-	3	1,2	6	2,4	9	3,6	25	9,9	18	7,1	15	5,9	21	8,3	36	14,2	11	4,3	22	8,7	54	21,3
Meyve püresi	14	5,5	-	-	-	-	-	-	3	1,2	5	2,0	7	2,8	21	8,3	13	5,1	13	5,1	17	6,7	34	13,4	24	9,5	25	9,9	59	23,3
Sebze püre	14	5,5	-	-	-	-	-	-	3	1,2	6	2,4	8	3,2	22	8,7	5	2,0	19	7,5	12	4,7	33	13,0	12	4,7	33	13,0	68	26,9
Çorba (un)	11	4,3	-	-	-	-	-	-	3	1,2	4	1,6	5	2,0	18	7,1	8	3,2	10	4,0	14	5,5	22	8,7	24	9,5	34	13,4	82	32,4
Çorba (sebze)	11	4,3	-	-	-	-	-	-	3	1,2	4	1,6	4	1,6	16	6,3	7	2,8	14	5,5	16	6,3	22	8,7	16	6,3	34	13,4	88	34,8
Yemek suları	11	4,3	-	-	-	-	-	-	3	1,2	3	1,2	5	2,0	14	5,5	4	1,6	12	4,7	6	2,4	15	5,9	16	6,3	43	17,0	103	40,7
Bisküvi	12	4,7	-	-	-	-	-	-	1	0,4	-	-	3	1,2	14	5,5	4	1,6	10	4,0	5	2,0	19	7,5	10	4,0	37	14,6	120	47,4
Ekmek	11	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,8	14	5,5	1	0,4	10	4,0	13	5,1	11	4,3	21	8,3	37	14,6	115	45,5
Tahıllar	12	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	5	2,0	2	0,8	3	1,2	5	2,0	12	4,7	9	3,6	33	13,0	153	60,5
Kurubaklagil.	13	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,6	2	0,8	2	0,8	2	0,8	3	1,2	10	4,0	30	11,9	169	66,8
Kırmızı et	13	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,8	1	0,4	4	1,6	6	2,4	4	1,6	9	3,6	32	12,6	164	64,8
Tavuk vd.	13	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,8	1	0,4	1	0,4	6	2,4	7	2,8	8	3,2	31	12,3	166	65,6
Balık	13	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,8	-	-	2	0,8	2	0,8	5	2,0	5	2,0	30	11,9	176	69,6
Tuz	13	5,1	-	-	-	-	-	-	-	3	1,2	1	0,4	11	4,3	3	1,2	6	2,4	9	3,6	5	2,0	7	2,8	44	17,4	133	52,6	
Şeker	11	4,3	-	-	-	-	-	-	2	0,8	4	1,6	2	0,8	14	5,5	9	3,6	12	4,7	15	5,9	10	4,0	6	2,4	40	15,8	110	43,5
Aile yemeği	12	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,6	4	1,6	1	0,4	4	1,6	-	-	4	1,6	40	15,8	166	65,6

4.3.Çocukların Antropometrik Değerleri

Çalışmaya katılan annelerin %68,8'i çocuklarının doğumdaki vücut ağırlığını, %92,9'u doğumdaki boy uzunluğunu bilmemektedir. Bilen annelerin verdiği cevaplara göre çocukların doğumdaki vücut ağırlıkları ortalama 3147,6±395,2 g, doğumdaki boy uzunlukları ise ortalama 50,5±2,4 cm olarak saptanmıştır (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Çocukların Doğumdaki Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst ve Medyan Değerleri

Antropometrik Ölçümler	n	%
Doğumda vücut ağırlığı (g)		
Bilmiyor	174	68,8
Biliyor	79	31,2
<2500	1	0,4
$\bar{x} \pm S$ (g)	3147,6±395,2	
Medyan (g)	3000	
Min-Max (g)	2000-4100	
Doğumda boy uzunluğu (g)		
Bilmiyor	235	92,9
Biliyor	18	7,1
$\bar{x} \pm S$ (cm)	50,5±2,4	
Medyan (cm)	50	
Min-Max (cm)	45-55	

Tablo 4.9.'da çocukların mevcut antropometrik ölçümlerinin ortalama (\bar{x}) standart sapma (s) medyan ve alt-üst değerleri, WHO ortalama ve medyan değerleri ile birlikte verilmiştir. Tablo incelendiğinde; sadece 1-3 ay yaş grubunda vücut ağırlığı ortalaması WHO ortalama değerine göre düşük, boy uzunluğu ortalamalarında sadece 4-6 ay ve 37-48 ay yaş grubunda WHO ortalama değerlerine göre yüksek, BKİ ortalamalarında sadece 4-6 ve 19-24 ay yaş grubunda WHO ortalamalarına göre düşük bulunmuştur. Ayrıca ÜOKÇ 1-3 ve 10-12 aylık grupta WHO ortalamalarına göre düşük iken; baş çevreleri 7-9, 10-12, 19-24 ve 49-60 aylık gruplarda WHO ortalamalarına göre düşük bulunmuştur.

Tablo 4.9. Çocukların Mevcut Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama (\bar{X}) Standart Sapma (S) Medyan ve Alt-Üst Değerleri

Antropometrik ölçümler ve yaş (ay)	Erkek							Kız						
	\bar{X}	S	WHO \bar{X}	Medyan	WHO Medyan	Alt	Üst	\bar{X}	S	WHO \bar{X}	Medyan	WHO Medyan	Alt	Üst
Vücut ağırlığı (g)														
1-3	5220,0	634,1	5471,5	5265,0	5500,0	4200,0	6380,0	4523,3	49,3	5053,7	4500,0	5033,3	4490,0	4580,0
4-6	7482,5	565,8	7482,2	7650,0	7466,6	6400,0	8000,0	6466,7	472,6	6873,0	6300,0	6866,6	6100,0	7000,0
7-9	8726,7	303,5	8645,0	8780,0	8600,0	8400,0	9000,0	7766,7	1124,0	7938,7	7500,0	7900,0	6800,0	9000,0
10-12	10300,0	435,9	9408,3	10100,0	9400,0	10000,0	10800,0	9570,0	42,4	8715,7	9570,0	8700,0	9540,0	9600,0
13-18	10440,0	945,0	10410,7	10200,0	10400,0	9400,0	11700,0	9902,3	1161,7	9704,0	9900,0	9700,0	7800,0	12100,0
19-24	11185,7	829,5	11648,5	11400,0	11650,0	9400,0	12000,0	11050,0	2595,5	10957,7	10350,0	10966,6	9000,0	14500,0
25-36	15143,3	1074,5	12295,0	15150,0	13366,6	13800,0	16500,0	14044,4	2056,8	12788,6	14600,0	12800,0	10400,0	16200,0
37-48	16790,9	1707,1	15431,4	16850,0	15416,6	13850,0	20350,0	15348,6	2244,9	15060,5	15100,0	15058,3	11100,0	20000,0
49-60	17427,3	1770,6	17427,2	16900,0	17416,6	13850,0	21870,0	17348,5	1643,2	17241,0	17175,0	17241,6	14300,0	21300,0
Boy uzunluğu (cm)														
1-3	55,6	3,5	58,1	55,0	58,1	52,0	63,0	51,1	0,8	56,8	50,8	56,8	50,4	52,0
4-6	66,6	3,0	65,8	66,8	65,8	62,0	71,0	62,8	4,4	63,9	63,0	63,9	58,3	67,0
7-9	70,2	2,3	70,5	71,0	70,6	67,6	72,0	67,3	3,2	68,7	66,0	68,7	65,0	71,0
10-12	72,7	2,1	74,5	72,0	74,5	71,0	75,0	73,1	0,1	72,7	73,1	72,7	73,0	73,1
13-18	78,2	2,6	79,6	78,0	79,6	75,0	82,0	78,4	4,1	78,0	79,0	78,0	69,0	87,0
19-24	84,4	4,9	85,5	84,0	85,5	78,0	91,0	80,6	11,3	84,1	76,5	84,1	72,5	97,0
25-36	91,8	3,5	99,4	93,1	99,4	85,0	94,3	92,3	5,1	98,1	94,0	98,1	79,7	96,2
37-48	103,1	6,1	100,0	103,0	100,0	93,2	117,0	99,1	6,0	99,3	99,1	99,2	89,8	110,8
49-60	105,9	4,2	106,9	106,0	106,9	98,0	116,0	107,8	4,3	106,4	108,0	106,4	96,4	120,0
Beden kütle indeksi (kg/m²)														
1-3	16,5	1,6	16,0	16,8	16,0	13,5	18,4	16,9	0,7	15,5	16,9	15,6	16,2	17,5
4-6	16,5	0,6	17,2	16,8	17,2	15,6	17,3	16,1	1,2	16,8	15,5	16,8	15,3	17,5
7-9	17,4	1,5	17,2	17,5	17,2	15,9	18,9	16,7	3,3	16,8	17,4	16,8	13,2	19,6
10-12	19,1	0,4	16,9	19,1	16,9	18,8	19,5	17,6	0,0	16,4	17,6	16,5	17,6	17,6
13-18	16,8	0,9	16,3	17,1	16,3	15,2	17,5	15,8	1,7	15,9	15,1	15,9	13,4	20,6
19-24	15,6	1,2	15,8	15,1	15,8	14,0	17,7	17,7	1,1	15,5	17,9	15,5	16,3	18,7
25-36	18,0	0,8	15,7	17,9	15,7	16,9	19,1	16,5	1,7	15,5	16,9	15,5	13,6	18,0
37-48	16,0	1,2	15,4	15,8	15,4	13,0	19,1	15,6	1,0	15,3	15,7	15,3	13,5	17,2
49-60	15,5	1,0	15,2	15,5	15,2	13,3	18,1	14,9	1,1	15,2	14,8	15,2	12,7	17,4

Tablo 4.9. Devamı

Antropometrik ölçümler ve yaş (ay)	Erkek							Kız						
	\bar{X}	S	WHO \bar{X}	Medyan	WHO Medyan	Alt	Üst	\bar{X}	S	WHO \bar{X}	Medyan	WHO Medyan	Alt	Üst
Üst orta kol çevresi (cm)														
1-3	12,9	0,0	13,5	12,9	13,5	12,9	12,9	-	-	13,0	-	13,0	-	-
4-6	14,5	1,2	14,0	14,4	14,0	12,8	16,8	13,1	0,7	13,5	13,0	13,6	12,5	13,8
7-9	14,9	1,2	14,4	14,5	14,4	14,0	16,3	13,6	1,0	13,9	14,2	14,0	12,5	14,2
10-12	14,0	1,3	14,6	13,5	14,6	13,0	15,4	15,8	0,0	14,1	15,8	14,1	15,8	15,8
13-18	15,6	1,0	14,7	15,3	14,7	14,7	17,2	14,4	0,8	14,3	14,2	14,3	13,4	16,4
19-24	16,6	0,7	15,0	16,5	15,0	15,6	17,3	15,8	1,6	14,7	15,8	14,7	14,3	17,2
25-36	17,2	1,3	15,4	17,6	15,4	14,5	18,1	17,0	0,9	15,3	16,8	15,3	15,2	18,5
37-48	16,6	0,6	15,9	16,6	15,9	15,7	17,7	16,5	1,0	15,9	16,6	15,9	14,1	18,2
49-60	16,3	1,0	16,3	16,2	16,3	15,0	19,4	16,4	1,1	16,5	16,6	16,5	14,5	19,9
Baş çevresi (cm)														
1-3	39,9	1,6	38,9	39,5	38,9	37,8	42,5	37,8	1,2	38,1	38,5	38,1	36,4	38,5
4-6	43,1	1,3	42,5	43,0	42,5	41,1	45,5	41,0	0,9	41,4	41,2	41,4	40,0	41,8
7-9	44,1	0,6	44,5	44,2	44,5	43,5	44,6	42,8	2,7	43,3	43,0	43,3	40,0	45,3
10-12	44,8	1,0	45,7	44,5	45,7	44,0	46,0	45,5	0,1	44,5	45,5	44,5	45,4	45,6
13-18	47,0	0,9	46,8	47,0	46,8	46,0	48,2	45,9	1,4	45,7	46,1	45,7	42,1	48,0
19-24	47,3	0,9	47,9	47,1	47,9	46,2	48,5	46,7	1,4	46,8	46,8	46,8	45,2	48,1
25-36	48,9	0,8	48,9	49,0	48,9	47,5	49,6	48,6	1,0	47,9	49,0	47,9	46,6	49,6
37-48	50,0	1,1	49,8	50,0	49,8	47,0	52,1	49,0	1,3	48,9	49,2	48,9	46,4	52,5
49-60	49,8	1,1	50,5	49,8	50,5	47,5	52,2	49,6	1,0	49,6	49,6	49,6	47,5	52,2

Tablo 4.10'da çocukların yaşa göre vücut ağırlıklarının persentil ve z skor aralıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Bu tabloda yer alan bilgilere göre yaşa göre vücut ağırlığına göre erkek çocukların %9,0'ı kız çocuklarının %13,8'i, tüm çocukların ise %11,5'i <15. persentil değerinin altındadır. Erkeklerin %9,0'ı, kızların %15,2'si, tüm çocukların %1,1'i ise -1 SD skor değeri altındadır, yani zayıftır.

Çocukların persentil ve Z-skor değerlerine göre sırasıyla %8,7'si ve %9,5'i fazla kiloludur (≥ 85 - < 97. persentil ve $\geq 1SD$ - < 2SD), bu oran erkeklerde %8,2 ve %9,0, kızlarda ise %9,2 ve %9,9'dur. Fazla kiloluluk kızlarda daha fazla belirlenmiştir. Çocukların persentil ve Z-skor değerlerine göre obezite (≥ 95 . persentil ve $\geq 2SD$), görülme sıklığı çok düşük düzeydedir, sırasıyla %0,4 ve %0,4 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.11.'de çocukların yaşa göre boy uzunluğunun persentil ve z skor aralıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Persentil aralıklarına göre; erkeklerin %6,6'sı bodur (çok kısa), %15,3'ü ise kısa boyludur. Kızların %8,4'ü bodur (çok kısa) ve %15,3'ü ise kısa boy uzunluğuna sahiptir. Tüm çocuklarda ise bodur olanların oranı %7,5 ve kısa boylu olanların oranı ise %19,9 bulunmuştur. Z skor değerlerine göre ise erkeklerin %3,3'ü bodur (çok kısa), %18,3'ü ise kısa boyludur. Kızların %6,9'u bodur (çok kısa) ve %18,3'ü ise kısa boy uzunluğuna sahiptir. Tüm çocuklarda ise bodur olanların oranı %5,1 ve kısa boylu olanların oranı ise %23,1 bulunmuştur.

Tablo 4.12.'de çocukların boy uzunluğuna göre vücut ağırlıkları dağılımı persentillere ve Z-skor değerlerine göre verilmiştir.

Persentil aralıklarına göre; erkeklerin %0,8'i düşük kilolu, %6,6'sının vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre az, kızların ise %1,5'i düşük kilolu ve %13,0'ünün ise vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre azdır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %1,2 ve %9,8'dir. Erkek ve kızların sırasıyla, %12,3'ü ve %14,5'i fazla kilolu ve %5,7 ve %2,3'ü ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %13,4 ve %4,0 bulunmuştur. Z-skor aralıklarına göre; erkeklerin %9,0'unun vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre azdır ve düşük kilolu olan yoktur, kızların ise %1,5'i düşük kilolu ve %13,7'sinin ise vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre azdır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %0,8 ve %11,3'dür. Erkek ve kızların sırasıyla, %14,8'i ve %14,5'i fazla kilolu ve %3,3 ve %2,3'ü ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %14,6 ve %2,8 bulunmuştur.

Tablo 4.13.'de çocukların yaşa göre beden kütle indeksi dağılımı persentillere ve Z-skor değerlerine göre verilmiştir.

Persentil aralıklarına göre; erkeklerin %0,8'i çok zayıf, %7,4'ü zayıf, kızların ise %1,5'i çok zayıf ve %13,0'ü ise zayıftır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %1,2 ve %10,2'dir. Erkek ve kızların sırasıyla, %13,9'u ve %14,5'i fazla kilolu ve %4,9 ve %2,3'ü ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %14,2 ve %3,6 bulunmuştur.

Z-skor aralıklarına göre; erkeklerin %0,8'i çok zayıf, %8,2'si zayıf, kızların ise %1,5'i çok zayıf ve %13,7'si ise zayıftır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %1,2 ve %10,9'dür. Erkek ve kızların sırasıyla, %17,2'si ve %16,8'i fazla kilolu ve %2,5 ve %0,8'i ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %17,0 ve %1,7 bulunmuştur.

Tablo 4.14.'te çocukların üst orta kol çevresi dağılımı 3-60 ay çocuklar için persentillere ve Z-skor değerlerine göre verilmiştir

Persentil aralıklarına göre üst orta kol çevreleri; erkeklerin % 76,2'si, kızların %79,4'ü ve toplamda çocukların %76,7'si normal değerlerde (≥ 15 -<85 persentil) bulunmuştur. Z-Skor aralıklarına göre üst orta kol çevreleri; erkeklerin % 74,6'sı, kızların %75,6'sı ve toplamda çocukların %78,2'si normal değerlerde ($\geq -1SD$ -<1SD) bulunmuştur.

Tablo 4.15.'de çocukların baş çevresi dağılımı persentillere ve Z-skor değerlerine göre verilmiştir.

Persentil aralıklarına göre baş çevreleri; erkeklerin % 77,9'u, kızların %79,4'ü ve toplamda çocukların %78,7'si normal değerlerde (≥ 15 -<85 persentil) bulunmuştur. Z-Skor aralıklarına göre baş çevreleri; erkeklerin % 76,2'si, kızların %77,9'u ve toplamda çocukların %77,1'i normal değerlerde ($\geq -1SD$ -<1SD) bulunmuştur.

Tablo 4.10. Çocukların Yaşa Göre Vücut Ağırlığı Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Vücut Ağırlığı (Persentiller)									
		<3.		≥3.-<15.		≥15.-<85.		≥85.-< 97.		≥97.	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	1	12,5	7	87,5	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-
4-6	Erkek	-	-	3	25,0	9	75,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	5	100	-	-	-	-
	Kız	2	9,1	2	9,1	14	63,6	4	18,2	-	-
19-24	Erkek	1	14,3	-	-	6	85,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	25,0	2	50,0	-	-	1	25,0
25-36	Erkek	-	-	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	6	66,7	3	33,3	-	-
37-48	Erkek	-	-	1	3,0	27	81,8	5	15,2	-	-
	Kız	2	5,4	4	10,8	26	70,3	5	13,5	-	-
49-60	Erkek	-	-	5	11,1	37	82,2	3	6,7	-	-
	Kız	-	-	4	8,3	44	91,7	-	-	-	-
Toplam	Erkek	1	0,8	10	8,2	101	82,8	10	8,2	-	-
	Kız	4	3,1	14	10,7	100	76,3	12	9,2	1	0,8
Genel Toplam		5	2,0	24	9,5	201	79,4	22	8,7	1	0,4

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Vücut Ağırlığı (Z-Skor)									
		< -2SD		≥2SD-<1SD		≥-1SD-< 1SD		≥1SD-< 2SD		≥2SD	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	1	12,5	7	87,5	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
4-6	Erkek	-	-	3	25,0	9	75,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	5	100,0	-	-	-	-
	Kız	1	4,5	3	13,6	14	63,6	4	18,2	-	-
19-24	Erkek	1	14,3	-	-	6	85,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	25,0	2	50,0	-	-	1	25,0
25-36	Erkek	-	-	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	6	66,7	3	33,3	-	-
37-48	Erkek	-	-	1	3,0	27	81,8	5	15,2	-	-
	Kız	1	2,7	5	13,5	26	70,3	5	13,5	-	-
49-60	Erkek	-	-	5	11,1	37	82,2	3	6,7	-	-
	Kız	-	-	5	10,4	42	87,5	1	2,1	-	-
Toplam	Erkek	1	0,8	10	8,2	100	82,0	11	9,0	-	-
	Kız	2	1,5	18	13,7	97	74,0	13	9,9	1	0,8
Genel Toplam		3	1,2	28	10,9	197	78,0	24	9,5	1	0,4

Tablo 4.11. Çocukların Yaşa Göre Boy Uzunluğu Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Boy Uzunluğu (Persentiller)									
		<3.		≥3.-<15.		≥15.-<85.		≥85.-<97		≥97.	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	5	62,5	3	37,5	-	-	-	-
	Kız	2	66,7	-	-	1	33,3	-	-	-	-
4-6	Erkek	1	8,3	2	16,7	6	50,0	2	16,7	1	8,3
	Kız	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	1	20,0	1	20,0	3	60,0	-	-	-	-
	Kız	2	9,1	2	9,1	13	59,1	2	9,1	3	13,6
19-24	Erkek	2	28,6	1	14,3	3	42,9	1	14,3	-	-
	Kız	2	50,0	1	25,0	-	-	-	-	1	25,0
25-36	Erkek	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-
	Kız	1	11,1	1	11,1	5	55,6	2	22,2	-	-
37-48	Erkek	1	3,0	6	18,2	16	48,5	9	27,3	1	3,0
	Kız	1	2,7	10	27,0	22	59,5	4	10,8	-	-
49-60	Erkek	3	6,7	13	28,9	26	57,8	2	4,4	1	2,2
	Kız	1	2,1	4	8,3	39	81,3	2	4,2	2	4,2
Toplam	Erkek	8	6,6	30	24,6	67	54,9	14	11,5	3	2,5
	Kız	11	8,4	20	15,3	84	64,1	10	7,6	6	4,6
Genel Toplam		19	7,5	50	19,9	151	59,5	24	9,6	9	3,5

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Boy Uzunluğu (Z-Skor)									
		< -2SD		≥-2SD-<-1SD		≥-1SD-< 1SD		≥1SD-< 2SD		≥2SD	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	5	62,5	3	37,5	-	-	-	-
	Kız	2	66,7	-	-	1	33,3	-	-	-	-
4-6	Erkek	-	-	3	25,0	6	50,0	3	25,0	-	-
	Kız	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-
	Kız	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	3	100,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	1	20,0	4	80,0	-	-	-	-
	Kız	2	9,1	3	13,6	12	54,5	2	9,1	3	13,6
19-24	Erkek	2	28,6	1	14,3	3	42,9	1	14,3	-	-
	Kız	2	50,0	1	25,0	-	-	-	-	1	25,0
25-36	Erkek	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-
	Kız	1	11,1	1	11,1	4	44,4	3	33,3	-	-
37-48	Erkek	1	3,0	7	21,2	15	45,5	10	30,3	-	-
	Kız	-	-	12	32,4	21	56,8	4	10,8	-	-
49-60	Erkek	1	2,2	15	33,3	26	57,8	3	6,7	-	-
	Kız	1	2,1	4	8,3	39	81,3	3	6,3	1	2,1
Toplam	Erkek	4	3,3	34	27,9	66	54,1	18	14,8	-	-
	Kız	9	6,9	24	18,3	81	61,8	12	9,2	5	3,8
Genel Toplam		13	5,1	58	23,1	147	58,0	30	12,0	5	1,9

Tablo 4.12. Çocukların Boy Uzunluğuna Göre Vücut Ağırlığı Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Yaş (ay)	Cinsiyet	Boy Uzunluğuna Göre Vücut Ağırlığı (Persentil)									
		<3 .		≥3.-<15.		≥15.-<85.		≥85.-< 97.		≥97.	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	2	25,0	2	25,0	2	25,0	2	25,0
	Kız	-	-	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7
4-6	Erkek	-	-	2	16,7	10	83,3	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	1	33,3	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	5	100,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	3	13,6	16	72,7	2	9,1	1	4,5
19-24	Erkek	-	-	2	28,6	5	71,4	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-
25-36	Erkek	-	-	-	-	1	16,7	2	33,3	3	50,0
	Kız	-	-	2	22,2	3	33,3	4	44,4	-	-
37-48	Erkek	1	3,0	-	-	26	78,8	5	15,2	1	3,0
	Kız	-	-	3	8,1	29	78,4	5	13,5	-	-
49-60	Erkek	-	-	2	4,4	40	88,9	2	4,4	1	2,2
	Kız	1	2,1	8	16,7	36	75,0	3	6,3	-	-
Toplam	Erkek	1	0,8	8	6,6	91	74,6	15	12,3	7	5,7
	Kız	2	1,5	17	13,0	90	68,7	19	14,5	3	2,3
Genel Toplam		3	1,2	25	9,8	181	71,6	34	13,4	10	4,0

Yaş (ay)	Cinsiyet	Boy Uzunluğuna Göre Vücut Ağırlığı (Z-Skor)									
		< -2SD		≥-2SD-<-1SD		≥-1SD-< 1SD		≥1SD-< 2SD		≥2SD	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	2	25,0	2	25,0	2	25,0	2	25,0
	Kız	-	-	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7
4-6	Erkek	-	-	2	16,7	10	83,3	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	1	33,3	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	1	20,0	4	80,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	3	13,6	16	72,7	2	9,1	1	4,5
19-24	Erkek	-	-	3	42,9	4	57,1	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-
25-36	Erkek	-	-	-	-	1	16,7	4	66,7	1	16,7
	Kız	-	-	2	22,2	3	33,3	4	44,4	-	-
37-48	Erkek	-	-	1	3,0	26	78,8	5	15,2	1	3,0
	Kız	-	-	3	8,1	29	78,4	5	13,5	-	-
49-60	Erkek	-	-	2	4,4	40	88,9	3	6,7	-	-
	Kız	1	2,1	9	18,8	35	72,9	3	6,3	-	-
Toplam	Erkek	-	-	11	9,0	89	73,0	18	14,8	4	3,3
	Kız	2	1,5	18	13,7	89	67,9	19	14,5	3	2,3
Genel Toplam		2	0,8	29	11,3	178	70,5	37	14,6	7	2,8

**Tablo 4.13. Çocukların Yaşa Göre BKİ Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları
Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi**

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Beden Kütle İndeksi (Persentil)									
		<3.		≥3.-<15		≥15.-<85.		≥85.-< 97.		≥97.	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	1	12,5	5	62,5	1	12,5	1	12,5
	Kız	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-
4-6	Erkek	-	-	3	25,0	9	75,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	1	33,3	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	1	20,0	4	80,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	3	13,6	16	72,7	1	4,5	2	9,1
19-24	Erkek	-	-	2	28,6	4	57,1	1	14,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	25,0	2	50,0	1	25,0
25-36	Erkek	-	-	-	-	1	16,7	2	33,3	3	50,0
	Kız	-	-	2	22,2	1	11,1	6	66,7	-	-
37-48	Erkek	1	3,0	-	-	26	78,8	4	12,1	2	6,1
	Kız	-	-	3	8,1	30	81,1	4	10,8	-	-
49-60	Erkek	-	-	2	4,4	38	84,4	5	11,1	-	-
	Kız	1	2,1	8	16,7	36	75,0	3	6,3	-	-
Toplam	Erkek	1	0,8	9	7,4	89	73,0	17	13,9	6	4,9
	Kız	2	1,5	17	13,0	90	68,7	19	14,5	3	2,3
Genel Toplam		3	1,2	26	10,2	179	70,8	36	14,2	9	3,6

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Beden Kütle İndeksi (Z-Skor)									
		< -2SD		≥-2SD-<-1SD		≥-1SD-< 1SD		≥1SD-< 2SD		≥2SD	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	1	12,5	5	62,5	2	25,0	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-
4-6	Erkek	-	-	3	25,0	9	75,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	1	33,3	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-
10-12	Erkek	-	-	-	-	-	-	3	100,0	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	1	20,0	3	60,0	1	20,0	-	-
	Kız	-	-	3	13,6	16	72,7	2	9,1	1	4,5
19-24	Erkek	-	-	2	28,6	4	57,1	1	14,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-
25-36	Erkek	-	-	1	16,7	-	-	3	50,0	2	33,3
	Kız	-	-	2	22,2	1	11,1	6	66,7	-	-
37-48	Erkek	1	3,0	-	-	26	78,8	5	15,2	1	3,0
	Kız	-	-	4	10,8	28	75,7	5	13,5	-	-
49-60	Erkek	-	-	2	4,4	38	84,4	5	11,1	-	-
	Kız	1	2,1	8	16,7	36	75,0	3	6,3	-	-
Toplam	Erkek	1	0,8	10	8,2	87	71,3	21	17,2	3	2,5
	Kız	2	1,5	18	13,7	88	67,2	22	16,8	1	0,8
Genel Toplam		3	1,2	28	10,9	175	69,2	43	17,0	4	1,7

Tablo 4.14. Çocukların ÜOKÇ Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Percentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Yaş (ay)	Cinsiyet	Üst Orta Kol Çevresi (Percentiller)									
		<3.		≥3.-<15.		≥15.-<85.		≥85.-< 97		≥97.	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3 *	Erkek	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4-6	Erkek	-	-	1	8,3	9	75,0	-	-	2	16,7
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	4	80,0	-	-	1	20,0
	Kız	-	-	-	-	20	90,9	2	9,1	-	-
19-24	Erkek	-	-	-	-	2	28,6	5	71,4	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	50,0	-	-	2	50,0
25-36	Erkek	-	-	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	4	44,4	4	44,4	1	11,1
37-48	Erkek	-	-	-	-	31	93,9	2	6,1	-	-
	Kız	-	-	1	2,7	30	81,1	6	16,2	-	-
49-60	Erkek	-	-	2	4,4	41	91,2	-	-	2	4,4
	Kız	-	-	7	14,6	40	83,3	-	-	1	2,1
Toplam	Erkek	-	-	4	3,2	93	76,2	13	10,6	5	4
	Kız	-	-	10	7,6	101	79,4	13	9,9	4	3,1
Genel Toplam		-	-	14	5,5	194	76,7	26	10,3	9	3,5

Yaş (ay)	Cinsiyet	Üst Orta Kol Çevresi (Z-Skor)									
		< -2SD		≥-2SD-<1SD		≥-1SD-<1SD		≥1SD-<2SD		≥2SD	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3 *	Erkek	-	-	-	-	1	12,5	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4-6	Erkek	-	-	1	8,3	9	75,0	1	8,3	1	8,3
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
	Kız	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	4	80,0	-	-	1	20,0
	Kız	-	-	-	-	20	90,9	2	9,1	-	-
19-24	Erkek	-	-	-	-	2	28,6	5	71,4	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	50,0	1	25,0	1	25,0
25-36	Erkek	-	-	1	16,7	-	-	5	83,3	-	-
	Kız	-	-	-	-	4	44,4	5	55,6	-	-
37-48	Erkek	-	-	-	-	30	90,9	3	9,1	-	-
	Kız	-	-	1	2,7	28	75,7	8	21,6	-	-
49-60	Erkek	-	-	2	4,4	41	91,1	2	4,4	-	-
	Kız	-	-	7	14,6	40	83,3	1	2,1	-	-
Toplam	Erkek	-	-	5	4,1	91	74,6	17	13,9	2	1,6
	Kız	-	-	10	7,6	99	75,6	18	13,7	1	0,8
Genel Toplam		-	-	15	6,2	190	78,2	35	14,4	3	1,2

*ÜOKÇ 3-60 ay arası çocuklarda bakılmaktadır

Tablo 4.15. Çocukların Yaşa Göre Baş Çevresi Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Persentil ve Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Baş Çevresi (Persentiller)									
		<3.		≥3.-<15.		≥15.-<85.		≥85.-< 97.		≥97.	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	-	-	5	62,5	2	25,0	1	12,5
	Kız	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
4-6	Erkek	-	-	1	8,3	9	75,0	2	16,7	-	-
	Kız	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	4	80,0	1	20,0	-	-
	Kız	1	4,5	2	9,1	16	72,7	3	13,6	-	-
19-24	Erkek	-	-	1	14,3	6	85,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-
25-36	Erkek	-	-	-	-	6	100,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	8	88,9	1	11,1	-	-
37-48	Erkek	1	3,0	2	6,1	29	87,9	1	3,0	-	-
	Kız	-	-	4	10,8	30	81,1	1	2,7	2	5,4
49-60	Erkek	2	4,4	10	22,2	32	71,1	1	2,2	-	-
	Kız	-	-	6	12,5	40	83,3	2	4,2	-	-
Toplam	Erkek	3	2,5	16	13,1	95	77,9	7	5,7	1	0,8
	Kız	2	1,5	14	10,7	104	79,4	9	6,9	2	1,5
Genel Toplam		5	2,0	30	11,8	199	78,7	16	6,3	3	1,2

Yaş (ay)	Cinsiyet	Yaşa Göre Baş Çevresi (Z-Skor)									
		< -2SD		≥2SD<1SD		≥-1SD-< 1SD		≥1SD-< 2SD		≥2SD	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	Erkek	-	-	-	-	5	62,5	2	25,0	1	12,5
	Kız	-	-	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-
4-6	Erkek	-	-	1	8,3	9	75,0	2	16,7	-	-
	Kız	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-
7-9	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	-	-
10-12	Erkek	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-
13-18	Erkek	-	-	-	-	4	80,0	1	20,0	-	-
	Kız	1	4,5	2	9,1	16	72,7	3	13,6	-	-
19-24	Erkek	-	-	1	14,3	6	85,7	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-
25-36	Erkek	-	-	-	-	6	100,0	-	-	-	-
	Kız	-	-	-	-	8	88,9	1	11,1	-	-
37-48	Erkek	-	-	3	9,1	29	87,9	1	3,0	-	-
	Kız	-	-	5	13,5	29	78,4	2	5,4	1	2,7
49-60	Erkek	-	-	14	31,1	30	66,7	1	2,2	-	-
	Kız	-	-	7	14,6	39	81,3	2	4,2	-	-
Toplam	Erkek	-	-	21	17,2	93	76,2	7	5,7	1	0,8
	Kız	2	1,5	16	12,2	102	77,9	10	7,6	1	0,8
Genel Toplam		2	0,8	37	14,6	195	77,1	17	6,7	2	0,8

Tablo 4.16.'da, annelerin eğitim durumuna göre çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin z-skor değerlerine göre değerlendirilmesi verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; annesi ilkokul ve altı düzeyde eğitim alan çocukların %8,9'u, annesi ilkokul üzeri düzeyde eğitim alan çocukların %15,3'ü yaşa göre vücut ağırlığına göre düşük kiloludur (Z skor < 2 SD). Annesinin eğitimi ilkokul ve altı olan çocukların %22,0'ı, annesinin eğitimi ilkokul üzeri olanların %33,9'u bodurdur. BKİ değerlerine göre inceleme yapıldığında eğitim düzeyi düşük olan gruptaki çocukların %13,8'i hafif şişman %0,8'i obez iken eğitim düzeyi yüksek grupta %20,3'ü hafif şişman %2,3'ü obezdir. Baş çevresi ve ÜOKÇ değerlerinin eğitim düzeyi düşük olan grupta $\geq -1SD$ -< 1SD aralığında olma oranları %79,7 ve %77,2 iken eğitim düzeyi yüksek grupta bu oranlar %70,8 ve %76,9'dur. Annenin eğitim düzeyi ve antropometrik değerlerin Z skor dağılımları arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.17.'de, ailede bulunan çocuk sayısına göre çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin z-skor değerlerine göre değerlendirilmesi verilmiştir. Birinci gruptaki çocukların yaşa göre vücut ağırlığı dağılımına göre %10,2'si düşük ağırlıklı iken ikinci grupta bu oran %15,5'tir. Yaşa göre boy uzunluğu dağılımı incelendiğinde 1. gruptaki bireylerin %26,2'si 2. gruptaki bireylerin %30,9'u bodurdur. Ailedeki çocuk sayısı ile BGA ($p=0,028$) ve YGBKİ ($p=0,007$) Z-skor değerine göre dağılımı arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmuştur. Birinci gruptaki bireylerin BGA ve YGBKİ değerinin -2 SD altında olma durumları ikinci gruba göre düşük bulunmuştur.

Tablo 4.16. Annelerin Eğitim Durumuna Göre Çocukların Antropometrik Ölçüm Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Antropometrik Ölçümler	Annesi İlkokul ve Altı Düzeyde Eğitim Alan Çocuk										Annesi İlkokul Üzeri Düzeyde Eğitim Alan Çocuk										P değeri*
	<-2SD		≥-2SD-<-SD		≥-1SD-<1SD		≥1SD-<2SD		≥2SD		<-2SD		≥-2SD-<-SD		≥-1SD-<1SD		≥1SD-<2SD		≥2SD		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
YGA	1	0,8	10	8,1	102	82,9	10	8,1	-	-	2	1,5	18	13,8	95	73,1	14	10,8	1	0,8	0,361
YGB	5	4,1	22	17,9	80	65,0	12	9,8	4	3,3	8	6,2	36	27,7	67	51,5	18	13,8	1	0,8	0,090
BGA	1	0,8	11	8,9	94	76,4	16	13,0	1	0,8	1	0,8	18	13,8	84	64,6	21	16,2	6	4,6	0,177
YGBKİ	2	1,6	10	8,1	93	75,6	17	13,8	1	0,8	1	0,8	18	13,8	82	63,1	26	20,0	3	2,3	0,199
ÜOKÇ	-	-	6	4,9	98	79,7	17	13,8	-	-	-	-	9	6,9	92	70,8	18	13,8	3	2,3	0,282
BÇ	-	-	20	16,3	95	77,2	7	5,7	1	0,8	2	1,5	17	13,1	100	76,9	10	7,7	1	0,8	0,608

*ki kare testi, YGA: Yaşa göre vücut ağırlığı

YGB: Yaşa göre boy uzunluğu BGA: Boya göre vücut ağırlığı BKİ: Beden kütle indeksi ÜOKÇ: Üst orta kol çevresi BÇ: Baş çevresi

Tablo 4.17. Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Çocukların Antropometrik Ölçüm Değerlerinin WHO MGRS Büyüme Standartları Z-skor Değerlerine Göre Değerlendirilmesi

Antropometrik Ölçümler	Ailedeki Çocuk Sayısı <4 Olan Çocuk (1. Grup)										Ailedeki Çocuk Sayısı ≥4 Olan Çocuk (2. Grup)										p değeri*
	<-2SD		≥-2SD-<-SD		≥-1SD-<1SD		≥1SD-<2SD		≥2SD		<-2SD		≥-2SD-<-SD		≥-1SD-<1SD		≥1SD-<2SD		≥2SD		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
YGA	3	1,9	13	8,3	125	80,1	14	9,0	1	0,6	-	-	15	15,5	72	74,2	10	10,3	-	-	0,230
YGB	6	3,8	35	22,4	93	59,6	19	12,2	3	1,9	7	7,2	23	23,7	54	55,7	11	11,3	2	2,1	0,815
BGA	-	-	19	12,2	102	65,4	29	18,6	6	3,8	2	2,1	10	10,3	76	78,4	8	8,2	1	1,0	0,028
YGBKİ	-	-	19	12,2	100	64,1	35	22,4	2	1,3	3	3,1	9	9,3	75	77,3	8	8,2	2	2,1	0,007
ÜOKÇ	-	-	8	5,1	114	73,1	23	14,7	2	1,3	-	-	7	7,2	76	78,4	12	12,4	1	1,0	0,852
BÇ	1	0,6	19	12,2	124	79,5	10	6,4	2	1,3	1	1,0	18	18,6	71	73,2	7	7,2	-	-	0,495

*ki kare testi, kalın punto: $p < 0,05$ YGA: Yaşa göre vücut ağırlığı YGB: Yaşa göre boy uzunluğu BGA: Boya göre vücut ağırlığı BKİ: Beden kütle indeksi ÜOKÇ: Üst orta kol çevresi BÇ: Baş çevresi

1. Grup: Ailedeki çocuk sayısı <4 olanlar

2. Grup: Ailedeki çocuk sayısı ≥4 olanlar

5. TARTIŞMA

5.1. Çocukların Ebeveynlerine Ait Genel Bilgiler

Çalışmada çocukların anne ve babalarının yaş ortalamaları sırasıyla; $29,7\pm 5,6$ ve $35,4\pm 6,3$ yıl bulunmuştur (Tablo 4.2.). Şanlıurfa'da Suriyeli göçmen anneler üzerinde yürütülen bir çalışmada, çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması $25,4\pm 5,9$ olarak saptanmıştır (98). Çalışma grubunu Suriyeli ve kontrol grubunu Türk çocukların oluşturduğu bir çalışmada, Suriyeli annelerin yaş ortalamasının $25,8\pm 4,0$ Türk annelerin ise $31,5\pm 5$ yıl olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada baba yaşı ise çalışma grubunda ortalama $33,0\pm 6,0$ kontrol grubunda ise $35,6\pm 6,0$ yıl olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (99). Benzer şekilde bir başka çalışmada, Suriyeli grupta ortalama anne yaşı $24,1\pm 6,1$ yıl iken Türk annelerden oluşan grupta $28,6\pm 6,0$ yıl saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (100). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporuna göre (101), 25-49 yaş grubu Suriyeli kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 21,4 yıldır. Ayrıca bu raporda, kamplarda yaşayan kadınların ilk çocuklarını kamp dışında yaşayan kadınlardan yaklaşık bir yıl sonra doğurmaya başladığı da belirtilmiştir (sırasıyla 22,1 ve 21,3 yıl). TÜİK verilerine göre doğumlarını 2019 yılında gerçekleştiren annelerin ortalama yaşı 28,9 yıldır. İlk doğumunu 2019 yılında gerçekleştiren annelerin ortalama yaşı ise 26,4'dır (102). Yapılan bu çalışmada annelerin yaş ortalaması, Suriyeli anneler üzerine yapılan diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek çıkmıştır. Ancak Türkiye ile karşılaştırıldığında, çalışmada annelerin ortalama 4 çocuk sahibi olduğu ve Türkiye'de (102) kadınların ilk doğumunu yaklaşık 26 yaşında yaptıkları göz önüne alındığında; diğer çalışmalarla benzer olarak Suriyeli kadınların Türk kadınlarından daha erken yaşta anne oldukları görülmüştür.

Çalışmada annelerin %40,7'si ilköğretim, babaların ise %44,7'si ortaokul mezunudur. Suriyeli kadınların aldığı ortalama eğitim süresi $7,1\pm 3,2$ yıl iken erkeklerde bu süre $8,3\pm 2,9$ yıldır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.). Ayrıca okuryazar olmayan annelerin oranı %4,3 babaların oranı ise %2,1'dir. Altı-16 yaş arasındaki Suriyeli göçmen çocuklarla yürütülen bir çalışmada, ebeveynlerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde, anneler ve babaların büyük çoğunluğu ortaokul mezunu olup, bu oranlar sırasıyla %42,1 ve %30,7 olarak belirlenmiştir. Okuryazar olmayan annelerin oranı %4,3, babaların oranı ise %11,2 olarak bulunmuştur (103). Bir başka çalışmada ise Suriyeli anne ve babaların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi ortaokul olup, okuryazar olmayan anne ve babaların oranı sırasıyla %8,3 ve %11,7 bulunmuştur (99). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporuna (101)

göre, kadınların %20'si ortaokul, %47'si ilkokulu bitirmiştir. Suriyeli kadınların yaklaşık %19'u hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiştir ve tamamlanan ortanca eğitim süresi 5,9 yıl olarak saptanmıştır. Ayrıca kamplarda yaşayan Suriyeli kadınların okuryazar olma olasılığı, kamp dışında yaşayan Suriyeli kadınlardan daha fazla (sırasıyla %83 ve %78) bulunmuştur. Örnekleminin sadece % 22'sinin kampta yaşadığı bir çalışmada annelerin %14,5'inin okuryazar olmadığı tespit edilmiştir (98). Bu sonuçlar göz önüne alındığında yapılan çalışmada annelerin okuryazar olmama durumunun diğer çalışmalara kıyasla nispeten düşük olması, TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporuna benzer şekilde annelerin kamp içinde olmasından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada %3,6 oranında anne çalıştığını belirtirken, çalışmayan babaların oranı %22,5'tir. Ailenin kampta yaşama süreleri ortalama $5,9 \pm 1,9$ yıldır (Tablo 4.2). Yüzde 78'i kamp dışında yaşayan Suriyeli annelerle yürütülen çalışmada, %63,6'sının 2 yıldan daha fazla süredir Türkiye'de yaşadığı ve annelerin %4'ünün çalıştığı gözlenmiştir (98). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporunda (101) ise çalışma yüzdesi, kamp dışında yaşayan Suriyeli göçmen kadınlarda %9 ve kamplarda yaşayan Suriyeli kadınlarda ise %6'dır. Arada %3'lük bir fark ulunmaktadır. TÜİK verilerine göre 3 yaşın altında çocuğu olan 25-49 yaş grubundaki kadınların istihdam oranının %26,5 olduğu görülmektedir (104). Çalışmada ve literatürdeki diğer çalışmalarda ortak olarak Suriyeli annelerin çalışma düzeyi Türk annelere kıyasla düşük bulunmuştur.

Hekimin ve ailenin isteğine bağlı gerçekleşen sezaryen doğumlar ve ilk gebeliği sezaryen olan gebeliklerde ileriki gebeliklerin sezaryenle gerçekleştirilmesi, vajinal doğumla ilgili komplikasyonlardan kaçınma isteği tüm dünyada sezaryen oranlarının artmasına neden olmuştur (105). Suriye'nin orta gelirli bir ülke olmasına rağmen yüksek gelirli ülkelere yakın bir düzeyde sezaryen oranına sahip olduğu bildirilmiştir (106,107). Çalışmada annelerin %81'i vajinal %19'u sezaryen doğum gerçekleştirmiştir (Tablo 4.3.). Bir başka çalışmada bu oranlar sırasıyla %69,4 ve %30,6 olarak saptanmıştır (98). Yapılan bir çalışmada Suriyeli ve Türk annelerin doğum şekli karşılaştırılmış ve Türk annelerde sezaryen oranı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Türk:%50, Suriyeli:26,7)(99). Başka bir çalışmada doğum şekli açısından Suriyeli annelerle Türk anneler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Türk annelerde sezaryen oranları %50,2 iken Suriyeli annelerde %31,3'tür. Aynı çalışmada sezaryen endikasyonları değerlendirilmiş ve Türk kadınlarda sezaryen ile doğan 101 bebeğin 72 tanesi tekrar sezaryen iken Suriyeli kadınlarda 63 sezaryenden 23 tanesi tekrar sezaryenlerdir. Bu bağlamda Türklerdeki sezaryen vaka sayılarının yüksekliğinin mükerrer sezaryenlerden kaynaklandığı şeklinde

yorumlanmıştır (100). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporunda (95) ise; doğumların %27'sinin sezaryen ile yapıldığı ve sezaryen ile yapılan doğumların %21'inde sezaryen kararının, doğum sancıları başlamadan önce planlandığı bildirilmiştir.

Annelerin toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları ortalamaları sırasıyla; $4,1\pm 1,9$, $4,0\pm 1,9$ ve $4,0\pm 1,9$ 'dur (Tablo 4.3.). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporunda (101) ise; halen evli Suriyeli kadınlar için ortalama canlı doğum sayısı 3,2 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 3,1'dir. Aradaki bu farkın, kampta yaşam koşullarının daha iyi olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

5.2.Çocuklara Ait Beslenme Özellikleri

Anne sütü doğumdan itibaren altı ay sonuna kadar olan dönemde, bebeğin tüm besinsel gereksinimlerini tek başına karşılayabilen mükemmel içeriğe sahip, doğal bir besindir. Altı aydan sonra uygun şekilde başlanan tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirmeye iki yaşın sonuna kadar devam edilmelidir. Tamamlayıcı beslenme döneminde emzirme mutlaka sürdürülmelidir. Bebek, anne ve toplum sağlığı için emzirmenin özendirilmesi ve bilinçli bir şekilde desteklenmesi gereklidir. Bu konuda annelere emzirme konusunda danışmanlık verilmesi büyük önem taşımaktadır (63). Çalışmada çocukların %93,7'si en az bir defa anne sütü almıştır (Tablo 4.4). Türkiye'de TNSA 2018 verilerine göre; en az bir defa anne sütü verme oranı %98 olup, Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) 2005 yılı Suriye beslenme profili raporuna göre, üç yaş altı çocukların %95'inin anne sütü aldığı belirlenmiştir (101,108). Türkiye'de Suriyeliler üzerine yapılan bir çalışmada, çocukların %90,8'inin en az bir defa anne sütü aldığı saptanmıştır (98). Irak, Lübnan ve Ürdün'de yaşayan Suriyeli göçmenler üzerine Hossain ve arkadaşlarının (5) 2016 yılında yaptıkları çalışmada; 0-6 aylarında çocukların anne sütü alma oranı Ürdün'de Za'atari mülteci kampında %100, kamp dışında %94,4, Kuzey Lübnan'da %88, Güney Lübnan'da %93,8, Beyrut'ta %93,1, Bekaa'da %84,6, Irak'ta Domiz mülteci kampında ise %78.6 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada anne sütü verme oranı ise %93,7'dir.

WHO tarafından 0-6 aylık bebeklerin yaklaşık %35'ininküresel olarak sadece anne sütü aldığı bildirilmiştir. Uygun ve yeterli süre emzirme, ardından doğru tamamlayıcı besinlerin verilmesi ile yılda 1,5 milyon bebek ölümünün önlenebileceği hesaplanmaktadır (109). Çalışmada çocukların %35'inin sadece anne sütü alma süresi 6 ayın altındadır ve çocuklar ortalama $7,2\pm 4,6$ ay sadece anne sütü ile beslenmiştir. Annelerin çocuklarını ortalama emzirme süresi ise $14,0\pm 7,8$ aydır (Tablo 4.4.). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporuna göre (101); 6 aydan küçük Suriyeli göçmen çocukların %52'si sadece anne sütü

ile beslenmiştir. Sıfır-otuz beş aylık çocuklar için ortalama emzirilme süresi 13,7 ay olarak saptanmıştır. Türkiye’de ise sadece anne sütü ile beslenen 6 aydan küçük çocukların oranı %41 olarak belirlenmiştir. 0-35 aylık çocuklar için ortalama emzirilme süresi 16,7 ay olarak belirlenmiştir (61). Urfa’da yapılan bir çalışmada ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %53,6 olarak belirtilmiştir (98). Yapılan bir araştırmada ise Türk annelerin çocuklarının ortalama anne sütü alma süresi 18,5 ay (± 7), Suriyeli annelerin çocuklarının ortalama anne sütü alma süresi ise 14,6 ay (± 10) olarak saptanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,018$). Bu farkın ise; sığınmacı annelerin yaşadığı olumsuz tecrübelerden kaynaklanan stres sonucunda yeni doğan bebeklerini emzirmelerine engel olması ve doğurganlığın yüksek olmasından dolayı emzirme sürelerinin kısalmasına bağlanabileceği düşünülmüştür (99). Özmert ve arkadaşlarının, Türk Milli Pediatri Derneği tarafından göçmenler ile ilgili 2016 yılında yapılan bir destek programı kapsamında Osmangazi-Cevdetiye kampında yapılan ziyaretler, eğitimler ve tartışmalar sonucu ebeveynlerin ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi hakkında bilgilerinin olduğu ama çeşitli sebeplerle bunun tam uygulanamadığı görülmüştür. Bu konuda uygulamanın özellikle ilk yıllarda kampa gelenlerin daha başarısız olduğu ancak ilerleyen yıllarda uygulamanın daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebinin ise annelerin kaygı düzeyinin kampa gelinen ilk yıllarda daha yoğun olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür (110).

Çalışmada sadece anne sütü alan çocukların ortalama emzirilme süresi 6 ay bulunmuştur. Bir başka deyişle bu zamana gelene dek çocukların yarısı sadece anne sütü ile beslenmeyi bırakmaktadır (Tablo 4.4.). TNSA-2018 Suriye Örneklem Raporunda (101) sadece anne sütü alan çocukların ortalama emzirilme süresi 3,1 ay olarak saptanmıştır. Türkiye’de ise TNSA-2018 Raporuna (61) göre sadece anne sütü alan çocukların ortalama emzirilme süresi 1,8 ay olarak saptanmıştır. TNSA-2018 Raporları göz önüne alındığında; özellikle Türkiye olmak üzere Suriye örneğine göre de, ortalama emzirilme süresinin bu çalışmada daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmada annelere anne sütünü neden kestiği veya neden anne sütü vermediği sorulduğunda ise ilk sırada (%42,2) bebeğin canı istemediği için, ikinci sırada (%19,3) anne sütü olmadığı için, üçüncü sırada (%18,3) yeni bir gebelik cevaplarının verildiği saptanmıştır (Tablo 4.4.). Bir başka çalışmada ise anne sütünü kesme nedenleri olarak sırasıyla; bebeğin kendisi emmedi (%34,8), sütüm yoktu %23,2), hastalık nedeni ile kestim (%21,7), gebelik nedeni (%15,9) ile kestim cevaplarının verildiği görülmektedir (98).

Çalışma sonuçları benzer olup, yeni bir gebelik nedeni ile anne sütü kesme nedeninin 3. sırada yer aldığı gözlenmektedir.

Çalışmada bebeklerin tamamlayıcı besine başlama zamanı ortalama $7,6 \pm 4,5$ ay olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.). TNSA-2018 raporunda; katı, yarı-katı veya yumuşak besinlere başlamış Suriye örneklemindeki 6-8 aylık bebeklerin oranı %59, Türkiye’de ise bu oran %85 olarak belirtilmiştir (61,101). Sıfır-iki yaş grubu çocuklar ve anneleri ile yürütülen bir çalışmada, tamamlayıcı besinlere 17-26. haftalarda geçilmenin uygun olduğunu düşünen annelerin oranı %76’dır. Ayrıca annelerin %64,2’sinin çocuğuna henüz tamamlayıcı besin başlamadığı, tamamlayıcı besin başlayanların %16,8’inin altıncı aydan sonra ek gıdaya başladığı belirlenmiştir (98). Çalışmalar değerlendirildiğinde, Suriyeli göçmenlerde zamanından daha geç tamamlayıcı beslenmeye geçildiği söylenebilir.

Çalışmada çocuğun cinsiyeti, annenin yaş grubu, eğitim durumu ve doğum şekli ile çocukların tamamlayıcı besinlere başlama zamanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup; ailedeki çocuk sayısı ile çocukların tamamlayıcı besinlere başlama zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailedeki çocuk sayısı arttıkça 6. aydan önce tamamlayıcı besine başlama oranı da artmaktadır (Tablo 4.5.). Başka bir çalışmada, çocuğun tamamlayıcı besine başlama zamanı ile annenin yaşı, annenin eğitim durumu, çocuğun cinsiyeti, çocuğun ailede kaçınıcı çocuk olduğu ve doğum şekli arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (98).

Göçmen çocuklar nutrisyonel eksikliğe bağlı olarak anemi ve D vitamini yetersizliği için risk altındadır (111). UNICEF Türkiye’de 2200 Suriyeli mülteci çocukta yaptığı bir taramada çocukların %34’ünde mikro besin öğeleri eksikliği saptanmıştır (112). Lübnan’da 0-2 yaş arası mülteci çocuklar üzerine yapılan bir çalışmada anemi prevalansının %35,3 olduğu saptanmıştır (113). Gözlenen bu değer, Lübnanlı ev sahibi toplumda 2 yaşın altındaki çocuklar (%37) (114) arasında bildirilen prevalansın yanı sıra diğer Orta Doğu ülkelerinde gözlenen anemi prevalansına da benzer bulunmuştur (Bahreyn %32, İran %32, Irak %36, Suriye %37 ve Suudi Arabistan %39). Komşu ülkeler benzer diyetler tükettiğinden, özellikle folat ve demir olmak üzere mikro besin eksiklikleri için benzer yaygınlığa sahip olması olağan bir durum olarak belirtilmiştir (115). Aynı çalışmada gözlenen anemi prevalansı Kuveyt (%26), Katar (%26) ve Libya’da (%30) bildirilenden daha yüksek iken Umman’da (%41), Mısır’da (%45) ve Yemen’de (%59) görülenden daha düşük olduğu bildirilmiştir (116). Bu çalışmada yer alan çocukların %63,2’si besin desteği kullanmaktadır. En çok kullanılan besin desteği %58,1 oranıyla demir olup, bunu %55,3 oranıyla D vitamini kullanımı takip etmektedir (Tablo 4.6.). Başka

bir çalışmada ise Suriyeli göçmen çocukların sadece %36,4'ünün vitamin ve/veya mineral desteği aldığı saptanmıştır (98).

5.3. Çocuklara Ait Antropometrik Ölçümler

Nursal (117) tarafından yapılan çalışmada; zorunlu göçe maruz kalmış olan kadınların bebeklerinin, göç edilen ülkelere kıyasla daha az gelişmişlik gösterdiği belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda farklı yerli halklar arasında yaşayan azınlıklarda düşük doğum ağırlığı (<2500 g) gibi olumsuz perinatal sonuçlar daha yüksek bulunmuştur (118-123). Yapılan bu çalışmada çocukların doğumdaki vücut ağırlığı ve boy uzunluğunu bilen annelerin verdiği cevaplara göre çocukların doğumdaki vücut ağırlıkları ortalama $3147,6 \pm 395,2$ g, doğumdaki boy uzunlukları ise ortalama $50,5 \pm 2,4$ cm olarak saptanmıştır (Tablo 4.8.). Bir başka çalışmada ise Suriyeli annelerin bebeklerinin ortalama doğum ağırlığı $3179 \pm 525,89$ g iken Türk annelerin bebeklerinin ortalama doğum ağırlığı $3263,38 \pm 506,32$ g bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (100). Ancak başka bir çalışmada, Suriyeli yeni doğanların vücut ağırlık ortalaması $2897,7 \pm 460,1$ g Türk yeni doğanların vücut ağırlık ortalaması $3245,1 \pm 472,4$ g olarak saptanmış ve Türk yeni doğanların vücut ağırlık ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (117). Demirci ve ark (124) tarafından yapılan çalışmada da Suriyeli göçmenlerin yeni doğanlarının doğum ağırlıkları daha düşük saptanmıştır. Bu durumun Suriyeli kadınların beslenme ve doğum öncesi bakımlarının yetersizliğine bağlı olabileceği belirtilmiştir. Şanlıurfa'da göçmenler ile yürütülen bir çalışmada, çocuğunun doğum ağırlığı ve boy uzunluğunu bilen annelerin verdiği cevaba göre, çocukların %43,9'unun doğum ağırlığı 2500-3000 g arasında ve %20,5'i 2500 g altında, çocuğun doğum boy ortalaması da $49,13 \pm 1,80$ cm olarak belirlenmiştir (98). Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde ortak bir sonuca varılamadığı gözlenmiştir.

Çocukların yaşa göre vücut ağırlıkları değerlendirildiğinde çocukların %12,1'i < -1 SD Z-skor değeri altında yani zayıftır (Tablo 4.10.). Çocukların yaşa göre boy uzunluğu Z-skor değerine göre çocukların %5,1'i bodurdur. Çocukların boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı Z-skor değerlerine göre çocukların %13,4'ü fazla kilolu %4,0'ı obezdir (Tablo 4.11.). Yaşa göre BKİ Z-skor değerlerine göre %1,2'si çok zayıf, %10,9'u ise zayıftır (Tablo 4.13.). Yapılan bir çalışmada Suriyeli mülteci çocukların %22,1'i fazla kilolu ve %15,7'si kilolu, %14,3'ü bodur olarak saptanmıştır (103). Bir başka çalışmada Suriyeli mülteci çocukların %20,8'i bodur, %34,1'i düşük kilolu olarak bulunmuştur (98). Bucak ve arkadaşları tarafından (125) 2017 yılında 0-18 yaş arası 104 Suriyeli sığınmacıların

üzerine yapılan çalışmada; çocukların %19,2'si düşük kilolu, %31,7'si bodur olarak bulunmuş ve kronik yetersiz beslenme grubunda yer aldıkları belirtilmiştir. Altı farklı ülkede 2019 yılında 6-59 ay arasındaki bir grup Suriyeli göçmen çocuğun beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada; çocukların %10,6'sı fazla kilolu, yaklaşık %5'i zayıf, yaklaşık %10'u bodur olarak tespit edilmiş ve ülkelerin göçmenlere sağladıkları olanakların çocukların beslenme durumunu etkilediği belirtilmiştir. Göçmen çocuklarda beslenme problemi görülme oranları Ürdün'de %43,1, Lübnan'da %38,8, Yunanistan'da %6,7, Mısır'da %2,4 ve Irak'ta %2,1 olarak tespit edilmiştir (126). Bu sonuçlara göre, Türkiye'deki sığınmacı çocuklara sağlanan imkanların diğer ülkelere göre daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Ülkenin en çok göçmen nüfusa sahip şehirlerinden biri olan Gaziantep'te 2012 ve 2017 yılları arasında yapılan başka bir çalışmada yaş ortalaması 4,6±4,15 yıl olan çocuklarda zayıflık oranı % 29,1 olarak bulunmuştur. Araştırmalar, Türkiye'deki Suriyeli göçmen çocuklarda yetersiz beslenme yaygınlığı tahminlerinde farklılık gösterirken, sonuçlar yetersiz beslenmenin Suriyeli göçmen çocuklar için kilit bir sorun olduğunu ve Suriyeli göçmen çocuklarda Türklere kıyasla daha yaygın olduğunu göstermektedir (127). Rohingya göçmen kampında seçilen 6-24 aylık çocukların beslenme durumu ve beslenme şekillerinin değerlendirildiği çalışmada, bodurluk ve zayıflığın toplam yaygınlığı sırasıyla %58,1 ve %17 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada bu oranlar 12-24 aylık çocukların %44,6'sı bodur %11,6'zayıf ve 6-11 aylık çocukların %13,5'i bodur, %5,4'ü zayıf olarak belirtilmiştir (128). Kuzey Yunanistan'da göçmen kamplarında yapılan bir çalışmada, 5 yaşından küçük çocuklarda düşük bir akut yetersiz beslenme prevalansı (%1,9), ancak yüksek bodurluk prevalansı (%17) belirlenmiştir. Beş yaşından küçük çocuklar, gebe ve emziren kadınlar için mikro besin desteği önerilmiş olup; bölgedeki çocuk göçmenlerin beslenme durumu, bodurluğun ve herhangi bir mikro besin ögesi eksikliğinin nedeni hakkında daha fazla araştırma yapılması önerilmiştir (7). Son olarak TNSA-2018 Suriyeli Göçmen Örneklemine göre (101), 5 yaş altı çocukların %17'si bodur, %2'si zayıf, %4'ü düşük kilolu, %10'u fazla kilolu olarak saptanmış olup, TNSA-2018 Türkiye (61) raporunda, 5 yaş altındaki çocukların %6'sı bodur, yaklaşık %2'si zayıf, %2'si düşük kilolu, %8'i ise fazla kiloludur. Çalışma verilerine bakarak Suriyeli göçmen örneklemine, bodurluk ile birlikte fazla kiloluluk oranlarının da Türk çocuklara kıyasla daha fazla olduğu söylenebilir

Çalışmada ailedeki çocuk sayısı ile çocuğun antropometrik ölçümleri arasındaki ilişki incelenmiş ve BGA ve yaşa göre YGBKİ ile ailedeki çocuk sayısı arasında anlamlı

bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre ailedeki ocuk sayısı 4 ve üzeri olanlarda, 4'n altında olanlara kıyasla zayıflık oranının daha fazla olduğu grlmştir (Tablo 4.17.). Farklı ülkelerden 6-59 ay arası Suriyeli göçmen çocuklar ile yapılan bir çalışmada; zayıflık oranı 11 veya daha fazla üyeye sahip ailelerin çocuklarında, 1 ile 5 birey sayısına sahip ailelerin çocuklarına kıyasla daha fazla bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak, 6 ila 10 kişilik ailelerin çocukları arasında bodurluk görülme oranı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (126).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

1. Çalışma kapsamına alınan 253 çocuğun %48,2'si erkek, %51,8'i kızdır.
2. Çocukların %89,3'ü Türkiye'de, %96,4'ü hastanede doğmuştur.
3. Çalışmaya katılan çocukların hiçbiri 37. haftadan önce doğmamıştır ve ortalama doğum yaşı $38,8 \pm 0,7$ haftadır.
4. Çocukların şu anki yaş ortalamaları $38,9 \pm 19,7$ aydır.
5. Çalışmaya katılan anne ve babaların yaş ortalaması sırasıyla; $29,7 \pm 5,6$ ve $35,4 \pm 6,3$ yıldır ($p < 0,05$).
6. Annelerin büyük çoğunluğu %40,7 oranı ile ilkokul, babaların büyük çoğunluğu %44,7 oranıyla ortaokul mezunudur. Suriyeli kadınların aldığı ortanca eğitim süresi $7,1 \pm 3,2$ iken, erkeklerde bu süre $8,3 \pm 2,9$ 'dur ($p < 0,05$).
7. Yüzde 3,6 oranında anne çalıştığını belirtirken, çalışmayan babaların oranı %22,5'tir.
8. Ailenin kampta yaşama süreleri ortalama $5,9 \pm 1,9$ yıldır.
9. Çalışmaya katılan annelerin %1,6'sı gebelik sırasında sigara içtiğini belirtmiştir.
10. Annelerin %81'i vajinal doğum yapmıştır.
11. Annelerin toplam gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları ortalamaları sırasıyla; $4,1 \pm 1,9$, $4,0 \pm 1,9$ ve $4,0 \pm 1,9$ 'dur.
12. Çalışmada %6,3 oranında çocuk annesinin verdiği bilgiye göre hiç anne sütü emmemiştir. Annelerin çocuklarını ortalama emzirme süresi ise $14,0 \pm 7,8$ aydır.
13. Çalışmada annelere sütü neden kestiği veya vermediği sorulduğunda ise ilk sırada (%42,2) bebeğin canı istemediği için, ikinci sırada (%19,3) anne sütü olmadığı için, üçüncü sırada (%18,3) yeni bir gebelik cevaplarının verildiği görülmüştür.
14. Çocuklar ortalama $7,2 \pm 4,6$ ay sadece anne sütü ile beslenmiştir.
15. Sadece anne sütü alan çocukların ortanca emzirilme süresi 6,0 aydır.
16. Çalışmada çocukların %63,2'si besin desteği kullanmaktadır. Çocukların %55,3'ü D vitamini kullanmaktadır. D vitamini kullanmaya başlama zamanı ve kullanma süresi ise sırasıyla; $3,5 \pm 6,5$ ve $7,3 \pm 4,5$ aydır. Çocukların en çok kullandığı besin desteği %58,1 oranıyla demirdir. Ortalama demir kullanmaya başlama ve kullanma süresi ise; $4,2 \pm 7,2$ ve $7,5 \pm 5,3$ aydır. Omega-3 ve multivitamin/mineral kullanma oranları ise sırasıyla; %7,1 ve %2,8'dir.
17. Annelerin %6,3'ü çocuğu doğduğu zaman mama vermeye başlamıştır.

18. Çocukların %6,8'i devam formülüne, %23'ü yoğurda, %7,2'si meyve suyuna altıncı aydan önce başladığı görülmektedir.
19. Tahıl, kurubaklagil, kırmızı et, tavuk ve balık gibi besinlere çocukların yarısından fazlası 13. ay ve sonrasında başlamıştır.
20. Çocukların %18,6'sı 12. ay öncesinde aile yemeği tüketmeye başlamıştır.
21. Annelerin %68,8'i çocuklarının doğumdaki vücut ağırlığını, %92,9'u doğumdaki boy uzunluğunu bilmemektedir. Bilen annelerin verdiği cevaplara göre çocukların doğumdaki vücut ağırlıkları ortalama 3147,6±395,2 g, doğumdaki boy uzunlukları ise ortalama 50,5±2,4 cm olarak saptanmıştır.
22. Çocukların yaşa göre vücut ağırlıklarının persentil ve z skor aralıklarına göre erkek çocukların %9,0'ı kız çocuklarının %13,8'i, tüm çocukların ise %11,5'i <15. persentil değerinin altındadır. Erkeklerin %9,0'ı, kızların %15,2'si, tüm çocukların %12,1'i ise -1 SD skor değeri altındadır, yani zayıftır.
23. Çocukların yaşa göre vücut ağırlığı persentil ve Z-skor değerlerine göre sırasıyla %8,7'si ve %9,5'i fazla kiloludur (≥ 85 - < 97 . persentil ve $\geq 1SD$ - $< 2SD$), bu oran erkeklerde %8,2 ve %9,0, kızlarda ise %9,2 ve %9,9'dur. Fazla kiloluluk kızlarda daha fazla belirlenmiştir. Çocukların persentil ve Z-skor değerlerine göre obezite (≥ 95 . persentil ve $\geq 2SD$), görülme sıklığı çok düşük düzeydedir, sırasıyla %0,4 ve %0,4 olarak belirlenmiştir.
24. Çocukların yaşa göre boy uzunluğu persentil aralıklarına göre; erkeklerin %6,6'sı bodur (çok kısa), %15,3'ü ise kısa boyludur. Kızların %8,4'ü bodur (çok kısa) ve %15,3'ü ise kısa boy uzunluğuna sahiptir. Tüm çocuklarda ise bodur olanların oranı %7,5 ve kısa boylu olanların oranı ise %19,9 bulunmuştur.
25. Çocukların yaşa göre boy uzunluğu Z-skor değerlerine göre ise; erkeklerin %3,3'ü bodur (çok kısa), %18,3'ü ise kısa boyludur. Kızların %6,9'u bodur (çok kısa) ve %18,3'ü ise kısa boy uzunluğuna sahiptir. Tüm çocuklarda ise bodur olanların oranı %5,1 ve kısa boylu olanların oranı ise %23,1 bulunmuştur.
26. Çocukların boy uzunluğuna göre vücut ağırlıkları dağılımı persentil aralıklarına göre; erkeklerin %0,8'i düşük kilolu, %6,6'sının vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre az, kızların ise %1,5'i düşük kilolu ve %13,0'ünün ise vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre azdır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %1,2 ve %9,8'dir. Erkek ve kızların sırasıyla, %12,3'ü ve %14,5'i fazla kilolu ve %5,7 ve %2,3'ü ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %13,4 ve %4,0 bulunmuştur.

27. Çocukların boy uzunluğuna göre vücut ağırlıkları dağılımı Z-skor aralıklarına göre; erkeklerin %9,0'unun vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre azdır ve düşük kilolu olan yoktur, kızların ise %1,5'i düşük kilolu ve %13,7'sinin ise vücut ağırlığı boy uzunluğuna göre azdır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %0,8 ve %11,3'dür. Erkek ve kızların sırasıyla, %14,8'i ve %14,5'i fazla kilolu ve %3,3 ve %2,3'ü ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %14,6 ve %2,8 bulunmuştur.
28. Çocukların yaşa göre beden kütle indeksi dağılımı persentil aralıklarına göre; erkeklerin %0,8'i çok zayıf, %7,4'ü zayıf, kızların ise %1,5'i çok zayıf ve %13,0'ü ise zayıftır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %1,2 ve %10,2'dir. Erkek ve kızların sırasıyla, %13,9'u ve %14,5'i fazla kilolu ve %4,9 ve %2,3'ü ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %14,2 ve %3,6 bulunmuştur.
29. Çocukların yaşa göre beden kütle indeksi Z-skor aralıklarına göre; erkeklerin %0,8'i çok zayıf, %8,2'si zayıf, kızların ise %1,5'i çok zayıf ve %13,7'si ise zayıftır. Bu oranlar tüm çocuklarda sırasıyla %1,2 ve %10,9'dür. Erkek ve kızların sırasıyla, %17,2'si ve %16,8'i fazla kilolu ve %2,5 ve %0,8'i ise obezdir. Tüm çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla %17,0 ve %1,7 bulunmuştur.
30. Çocukların üst orta kol çevresi dağılımı 3-60 ay çocuklar için persentil aralıklarına göre üst orta kol çevreleri; erkeklerin % 76,2'si, kızların %79,4'ü ve toplamda çocukların %76,7'si normal değerlerde (≥ 15 -<85 persentil) bulunmuştur.Z-Skor aralıklarına göre üst orta kol çevreleri; erkeklerin % 74,6'sı, kızların %75,6'sı ve toplamda çocukların %78,2'si normal değerlerde ($\geq -1SD$ -<1SD) bulunmuştur.
31. Çocukların baş çevresi dağılımı persentil aralıklarına göre baş çevreleri; erkeklerin % 77,9'u, kızların %79,4'ü ve toplamda çocukların %78,7'si normal değerlerde (≥ 15 -<85 persentil) bulunmuştur. Z-Skor aralıklarına göre baş çevreleri; erkeklerin % 76,2'si, kızların %77,9'u ve toplamda çocukların %77,1'i normal değerlerde ($\geq -1SD$ -<1SD) bulunmuştur.
32. Annelerin eğitim durumuna göre çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin Z-Skor değerlerine göre değerlendirildiğinde; annenin eğitim düzeyi ve antropometrik değerlerin Z skor dağılımları arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmamaktadır ($p>0,05$).
33. Ailede bulunan çocuk sayısına göre çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin z-skor değerlerine göre değerlendirildiğinde; ailedeki çocuk sayısı ile YGBKİ ve BGA Z-skor değerlerine göre dağılımı arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmamaktadır ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Türkiye göçmenlere yönelik destek ve yardımlarda bulunmasına rağmen; göç sürecinde yetersiz ve uygunsuz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama ve eksikliklerin tespit edilmesinde yetersiz kalınması gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilmektedir. Çalışmadaki veriler ışığında; göçmen annelere emzirme ve tamamlayıcı beslenme konusunda alanında uzman kişilerce eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, özellikle 0-5 yaş arası göçmen çocukların düzenli takibinin yapılması önerilebilir. Ayrıca tüm bunların uygulanabilmesinde dil faktörünün önemi büyük olup, tercümanlık hizmetlerinin de geliştirilmesi önerilebilir.

6.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmada çocukların besin tüketim kaydı alınamamış olup 3 günlük (bir günü hafta sonu olmak kaydıyla) besin tüketim kaydı alınarak bebeklerin beslenme durumunun değerlendirilmesi yapılabilir.

Daha büyük örneklem üzerinde ve daha uzun dönem incelenen çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. ESCWA. Syria at war: five years on [Internet]. Beirut. 2015. Available from: <https://www.unescwa.org/publications/syriawar-five-years>.
2. WHO. WHO trains Syrian doctors and nurses to provide health care in Turkey. 2017. <https://www.who.int/migrants/news-events/en/#turkey>
3. Bilukha OO., Jayasekaran D., Burton A., Faender G., King'ori J., Amiri M., et al. (2014). Nutritional status of women and child refugees from Syria-Jordan. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 63(29):638e9. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6329a6.htm>.
4. UNHCR. Technical fact sheet: nutrition situation Syrian refugees response in Jordan. 2014. <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id¼7202>.
5. Hossain SMM., Leidman E., Kingori J., Al Harun A., Bilukha OO. (2016). Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys. *Confl Health*, 10:26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27872656>.
6. Sheikh M., Pal A., Wang S., MacIntyre CR., Wood NJ., Isaacs D., et al. (2009). The epidemiology of health conditions of newly arrived refugee children: a review of patients attending a specialist health clinic in Sydney. *J Paediatr Child Health*. Sep;45(9):509e13. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1754.2009.01550.x>.
7. Walpole SC., Abbara A., Gunst M., Harkensee C. (2018). Cross-sectional growth assessment of children in four refugee camps in Northern Greece. *Public Health*; 162:147-152.
8. Roth DE., Caulfield LE., Ezzati M., Black RE. (2008). Acute lower respiratory infections in childhood: opportunities for reducing the global burden through nutritional interventions. *Bull World Health Organ*;86(5):356e64.
9. Black RE., Allen LH., Bhutta ZA., Caulfield LE., de Onis M., Ezzati M, et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet Jan*;371(9608):243e60. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607616900>.
10. Pekcan G.(2016). Bölüm III: Çeşitli yaşam dönemlerinde beslenme. Yaşam sürecinde sık görülen beslenme sorunları. Beslenmenin Esasları ve Sağlığın

- Korunmasında Beslenme (Ed. Özenoğlu A) Hatiboğlu Yayınevi.611-663. (ISBN: 978-975-8322-96-1.
11. Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı, (Yazarlar. A. Baysal ve ark.) 67-142, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, (9. Baskı), 2016.
 12. Köksal G., Gökmen H. (2008). Tamamlayıcı beslenme. *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. 1. Baskı, Ankara, Klasmat Yayınları; s.7-14.
 13. Gümüş Y. (2015). Göçün Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(1):63-67.
 14. Aydın C. (2017). Göçmenlerin Karşılaştıkları ve Neden Oldukları Bazı Psikolojik Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Üzerine Bir Analiz. *Proceedings Book*, 301.
 15. Oral B., Çetinkaya F. (2017). Sosyolojik Bir Olgu Olarak Göç, Tanımı, Nedenleri ve Göç Kuramları. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*, 3(1):1-8.
 16. Göç Nedir. <http://www.gocmenidareleri.com/goc-tanimi/goctanimi>
 17. T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Türkiye ve Göç. 2015. Available from: http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_tasar%C4%B1m_icler.pdf.
 18. Türk Tabipler Birliği Yayınları (2016). Savaş, Göç ve Sağlık. Ankara. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf (erişim tarihi: 08.08.2017).
 19. İskan Kanunu, (1934). 2510.
 20. Ekmekci PE.(2017). Syrian refugees, health and migration legislation in Turkey. *J Immigr Minor Health*, 19(6):1434-41.
 21. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013), 28615.
 22. T.C. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı (2016). Türkiye’de Geçici Koruma Statüsündeki Suriye Vatandaşlarına Yönelik Sosyal Uyum ve Psikososyal Destek Çalışmaları Koordinasyon ve Planlama Çalıştayı.
 23. UNHCR The Un Refugee Agency. Refugees 2018. [Available from: <http://www.unhcr.org/tr/siginmacilar>.
 24. United Nations. International Migration 2017. [Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/MigrationWallChart2017.pdf>.

25. Polat S., Evliyaoğlu N. (2008). Göçmen çocuklar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 4(6), 52-55.
26. Karanfiloğlu M. (2019). Savaş, kadın, çocuk ve göç üzerine: Suriye Örneği. *Muhakeme Dergisi/Journal*, 2(1):99-124.
27. Gözübüyük AA., Ensar D., Dağ H., Arıca V. (2015). Olağan üstü durumlarda çocuk sağlığı. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3):324-330.
28. Alasagheirin MH., Mary K., Clark MK. (2018). Skeletal growth, body composition, and metabolic risk among North Sudanese immigrant children. *Public Health Nurs*, 35, 91–99.
29. UNICEF. (2018). Children Uprooted. <https://www.unicef.org/children-uprooted:UNICEF/UN0185401/Sanadiki>. Erişim Tarihi: 23.02.2018
30. UNICEF. (2016). Nearly 385 Million Children Living In Extreme Poverty, Says Joint World Bank Group – UNICEF Study. <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-385-million-children-living-extreme-poverty-says-joint-world-bank-group> Erişim Tarihi: 23.02.2018
31. Türkiye'deki Suriyeli sayısı. <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/> Erişim tarihi:09.11.2020
32. Borlu A., Ener D. (2017). Göçlerin toplum beslenmesine etkileri. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*. 3(1):22-26.
33. El Harake M., Kharroubi S., Hamadeh S., Jomaa L. (2018). Impact of a pilot school-based nutrition intervention on dietary knowledge, attitudes, behavior and nutritional status of Syrian refugee children in the Bekaa, Lebanon. *Nutrients*. 10:913. Doi:10.3390/nu10070913.
34. Style S., Tondeur MC., Wilkinson C., Oman A. (2013). Operational guidance on the use of special nutritional products in refugee populations. *Food and Nutrition Bulletin* 34(4):420-8.
35. Derince D. (2019). Suriyeli mülteci çocuklar özelinde: savaş mağduru çocuklar ve çocuk sağlığı sorunları. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi / Journal of Health Sciences and Research SABAD*, 1(1):57-70.
36. Savaş, Göç ve Sağlık Sempozyumu Sonuç Bildirgesi. (2016). *Toplum ve Hekim*, 31(2):150-155.
37. Mu R., de Brauw A. (2013). Migration and young child nutrition: evidence from rural China IZA. Discussion Papers, No. 7466, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn <http://ftp.iza.org/dp7466.pdf>

38. Şener D., Ocakçı A.(2014). Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine çok boyutlu etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 1:57-68.
39. Topcuoğlu R. (2012). Türkiye’de göçmen çocukların profili, sosyal politika ve sosyal hizmet önerileri hızlı değerlendirme araştırması. IOM Uluslararası Göç Örgütü, 51-58.
40. UNİCEF-2016. Türkiye’deki Suriyeli Çocuklar. http://unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/T%C3%BCrkiyedeki%20Suriyeli%20%C3%87ocuklar_Bilgi%20Notu%20Kasim%202015.pdf
41. Şeker BD., Aslan Z. (2015). Eğitim sürecinde mülteci çocuklar: sosyal psikolojik bir değerlendirme, *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi* 8(1):86-105.
42. AFAD (2017). Suriye Raporları, <https://www.afad.gov.tr/tr/25296/Suriye-Raporlari>.
43. TBMM (2018). İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Mülteci Hakları Alt Komisyonu Göç ve Uyum Raporu, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc_ve_uyum_raporu.pdf
44. UNICEF (2018). <http://unicef.org.tr/basinmerkezidetay.aspx?id=32846&d=1&dil=tr>.
45. Gültaş AY., Balçık PY. (2018). Türkiye’de Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (2):193-204.
46. Geçici koruma, İstatistikler. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> Erişim tarihi:09.11.2020
47. Kirişçi K., Brandt J., Erdoğan, M. (2018). Syrian refugees in Turkey: Beyond the numbers, <https://www.brookings.edu/blog/order-fromchaos/2018/06/19/syrian-refugees-in-turkey-beyond-the-numbers/>.
48. Nüfus ve demografi istatistik.<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109>.
49. Adak N. (2015). *1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimi*. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
50. Köksal G., Özel H. (2008). *Bebek Beslenmesi*. 2. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın.

51. WHO. 10 Facts on Breastfeeding. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en>.
52. Balcı E. (2011). Anne sütünün çocuk büyüme ve gelişmesi üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg*; 15(3):135-138.
53. Walker WA. (2013). Initial intestinal colonization in the human infant and immune homeostasis. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63(2):8-15.
54. Agostoni C., Decsi T., Fewtrell M., Goulet O., Kolacek S., Koletzko B., et al. (2008). ESPGHAN Committee on nutrition. complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 46:99-110. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162844>.
55. Köksal G., Gökmen H. (2000). *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
56. Duyff RL. (2003). *Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi*. (Yücecan S, Pekcan G, Besler T, Nursal B, Tercüme editörleri). İstanbul: Acar Matbaacılık.
57. Devecioğlu E., Gökçay G. (2012). Tamamlayıcı beslenme. *Çocuk Dergisi* 12(4):159-63.
58. Mameli C., Mazzantini S., Zuccotti VG.(2016). Nutrition in the first 1000 days: the origin of childhood obesity. *Int J Environ Res Public Health* 13(9):4.
59. Hausner H., Nicklaus S., Issanchou S., Mølgaard C., Møller P. (2010). Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. *Clinical Nutrition*, 29(1):141-8.
60. Ertuğrul T., Neyzi O. (2010). *Pediatrici*. 4.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
61. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)* (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
62. Wang L., van Grieken A., van der Velde LA., Vlasblom E., Beltman M., L'Hoir MP, et al. (2019). Factors associated with early introduction of complementary feeding and consumption of non-recommended foods among Dutch infants: The Beeboft Study. *BMC Ppublic Health* 19(1):388.
63. Topal S., Çınar N., Altınkaynak S. (2016). Süt çocukluğu döneminde beslenme. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 6(1):63-70.
64. Gür E. (2006). Tamamlayıcı Beslenme. *Turk Pediatrici Ars* 41(4):8-181.

65. Scott JA., Binns CW., Graham KI., Oddy WH. (2009). Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *Biomedcentral Pediatric* 9(1):60.
66. Coulthard H., Harris G., Emmett P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal & Child Nutrition* 5(1):75-85.
67. WHO. (2009). Infant and young child feeding.. Geneva: WHO Press.
68. WHO. (2001) Complementary feeding: Report of the global consultation. Geneva 10- 13 December.
69. Kobak C., Pek H. (2015). Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 30(2):42-55.
70. Küçükkömürler S. (2017). *Okul Öncesi Döneminde Çocuğun Beslenmesi*. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M, editörler. Anne ve çocuk beslenmesi. 8. Baskı. Ankara: Belgeç Yayınevi.
71. Akgönül G.(1985). Çocukta beslenmenin önemi ve amacı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 1(1):51-56*.
72. Samur G.(2015). Oyun Çocuğunun Beslenmesi Editör. Özen H. Soru ve Cevaplarla Çocuk Beslenmesi, Akademi Yayınevi, İstanbul. p 198-225.
73. Yanikkerem E., Çalık C. (2003). Osteoporoz: Bir Gözden Geçirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(1-3):167-178*.
74. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010). <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/sagliklibeslenmehareketlihayatdb/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>.
75. Akgönül G. (1985). Çocukta beslenmenin önemi ve amacı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 1(1):51-56*.
76. Arslan P.(2003). Çocukluk ve adölesan şişmanlığın diyet tedavisi ilkeleri. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2:27-32*.
77. Spear B., Barlow SE., Ervin C., Ludwig DS., Saelens BE, et al. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics. 120:254-289*.

78. Saggese G., Vierucci F., Boot AM., Czech-Kowalska J., Weber G., Camargo CA Jr, et al. (2015). Vitamin D in childhood and adolescence: an expert position statement. *Eur J Pediatr.* 174(5):565-76.
79. D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/d-vitamini-eksikli%C4%9Fi-%C3%B6nleme-ve-kontrol-program%C4%B1.html>) Erişim Tarihi: 10.11.2020.
80. Gazi Üniversitesi/Sağlık Bakanlığı (GÜ/SB) (2011). *Türkiye’de 6-17 Aylık Çocuklarda ve Annelerinde Hemogloblin Ferritin D - Vitamini Düzeyi ve Demir Eksikliği Anemisi Durum Belirleme. Yürütülen Programların Değerlendirilmesi Araştırması* (Cinaz P, Aycan S ve ark.). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
81. Yalçın SS, Tezel B, Yurdakök K, Pekcan G, Özbaş S, Köksal E, Tunç B, Şahinli S, Altunsu AT, Köse MR, Buzgan T, Akdağ R. (2013). A community-based iron supplementation program, “Iron like Turkey”, and the following prevalence of anemia among infants aged 12-23 months. *The Turkish Journal of Pediatrics* 55:16-28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
82. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015, (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara. (Ed: Pekcan GA, Şanlıer N, Baş M.) (ISBN: 978-975-590-608-9). <https://dosyashb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>.
83. Sobotka L. (2013). *Mikro besin öğeleri. Gündoğdu H Editör.* Klinik Nutrisyonun Temelleri. 4. Baskı. Bayt Bilimsel Araştırmalar, Ankara.
84. Rosenbloom AL. (2007). Physiology of growth. *Annales Nestle. Growth of Children-A Global Perspective* (Ed. Lentze MJ);65(3):97-108.
85. *Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu.* 2011. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_okul_cocuk_6_10yas_buyume_izlen_rap.pdf. Erişim Tarihi: 27.12.2020
86. WHO. (1986). *Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Bulletin of the World Health Organization;* 64:924-941.
87. Bayrak ME. (2011). Çocukluk Çağı Şişmanlığı, Nedenleri ve Klinik Tedavisi Baş M, Kızıltan G, editörler. *Çocuk ve Ergenlerde Ağırlık Yönetimi.* Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın.

88. Mehta M., Corkins MR., Lyman B., Malone A., Goday PS., Carney LN., et al. (2013). Defining pediatric malnutrition a paradigm shift toward etiology-related definitions. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*; 37(4):460-481.
89. WHO. (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. WHO Technical Report Series.824, Geneva.
90. Manary M., Solomons NW. (2004). Public health aspects of undernutrition. *Public Health Nutrition* (Ed. Gibney MJ, Margetts BM, Kearney JM, Arab L.) The Nutrition Society Textbook Series. Blackwell Publishing, 178.
91. Ogata BN., Hayes D. (2014). Position of the academy of nutrition and dietetics: nutrition guidance for healthy children ages 2 to 11 years. *Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics*; 114(8):1257-1276.
92. Yalvaç S., Erkan T., Erginöz E., Çokuğraş F., Kutlu T. (2008). Bahçelievler çocuk yuvası 0-6 yaş grubunda beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Türk Ped Arş*; 43(3):89-93.
93. Saka O. İstatiksel uygulamalar. Kişisel görüşme.
94. WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2006). *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age:methods and development*. Geneva: WHO. www.who.int/childgrowth/en
95. WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2007). WHO Child Growth Standards: Head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for age, subscapular skinfold-for-age. Geneva: WHO. www.who.int/childgrowth/en
96. WHO. The WHO Antro Survey Analyser. <https://www.who.int/nutgrowthdb/software/en/>
97. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (2016). Biyoistatistik. 17. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
98. Karuç S. *Suriyeli sığınmacı annelerin 0-2 yaş grubu çocuklarının beslenme özelliklerinin incelenmesi*. Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa 2019.

99. Tuğçe Ayas M. *Ankara'da geçici koruma statüsü altında yaşayan 18-72 ay arası Suriyeli çocukların gelişim düzeyinin değerlendirilmesi*. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara, 2019.
100. Bayındır Güneş P. *2017 yılında hastanemizde doğan Suriyeli mülteci anne bebekleri ile Türk annelerden doğan bebeklerin perinatal özelliklerinin karşılaştırılması*. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, İstanbul, 2018.
101. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Suriye Örneklem Raporu (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
102. Doğum İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2019-33706>. Erişim Tarihi: 09.11.2020
103. Alsayed R. *Suriyeli mülteci ailelerin çocuklarının beslenme ve gıda güvenliği durumunun belirlenmesi*. İstanbul-Avcılar örneği. Gıda Güvenliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2019.
104. İstatistiklerle Kadın. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2019-33732>. Erişim Tarihi: 09.11.2020
105. Erenel H, Mathyk BA, Sal V, Ayhan I, Karatas S, Bebek AK (2016). Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet* 295(1): 245-50.
106. Khawaja M., Jurdi R (2004). Cesarean section rates in the Arab regions: a cross-national study. *Health Policy Plan.* 19:101–110.
107. Khawaja M., Choueiry N., Jurdi R. (2009). Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. *La Revue de Santé de la Méditerranéorientale* 15:458–469.
108. Global Nutrition Report (2020). Syrian Arab Republic Nutrition Profile Country overview Erişim Adresi: <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/asia/western-asia/syrian-arab-republic/#profile> Erişim Tarihi: 24.02.2020
109. WHO. (2019). Erişim Adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> Erişim tarih:29.07.2019
110. Türkiye Milli Pediatri Derneği (2017). Çocuk Ve Ergen Perspektifi İle Mülteci Akıl ve Ruh Sağlığı Çalıştayı Raporu. 2017.

111. Beukeboom C., Arya N.(2018). Prevalence of nutritional deficiencies among populations of newly arriving government assisted refugee children to Kitchener/Waterloo, Ontario, Canada. *J Immigr Minor Heal*; 20(6):1317-1323. doi:10.1007/s10903-018-0730-9.
112. http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Türkiye%27deki%20Suriyeli%20Çocuklar%20Bilgi%20Notu_Temmuz_2016.pdf.
113. Charara DA. (2020). *Anemia and its association with dietary intake and infant and young child feeding practices: a cross-sectional study amongst 0-2-years-old Syrian refugee children in Lebanon*. Nutrition and Food Sciences, Degree of Master of Science, Faculty of Agricultural and Food Sciences, American University of Beirut, Beirut, Lebanon.
114. Mhanna RG., Rahal M., Iskandaran M., & Hammoudi, D. (2016). Incidence and risk factors associated with iron deficiency anaemia among hospitalised Lebanese infants. *International Journal of Pharmacy Practice*, 24(3):203–208. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12236>
115. Hwalla, N., Al Dhaheri, A. S., Radwan, H., Alfawaz, H. A., Fouda, M. A., Al-Daghri, N. M., Zaghoul, S., & Blumberg, J. B. (2017). The Prevalence of Micronutrient Deficiencies and Inadequacies in the Middle East and Approaches to Interventions. *Nutrients*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/nu9030229>
116. WHO. (2015). The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization.
117. Nursal D (2017). *Suriye'den göç etmiş anneler ile Türk annelerden doğan bebeklerin antropometrik olarak karşılaştırılması*. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2017.
118. Small R., Gagnon A., Gissler M., Zeitlin J., Bennis M., Glazier RH., et al. (2008). Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG*; 115:1630–40.
119. Reeske A., Kutschmann M., Razum O., Spallek J.(2011). Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004–2007. *BMC Pregnancy Childbirth*; 11:63.

120. Cacciani L., Asole S., Polo A., Franco F., Lucchini R., De Curtis M., et al. (2011). Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health*; 11: 294.
121. Ekeus C., Cnattingius S., Essen B., Hjern A. (2011). Stillbirth among foreign-born women in Sweden. *Eur J PublicHealth*; 21:788–92.
122. Racape J., De Spiegelaere M., Alexander S., Dramaix M., Buekens P., Haelterman E., et al.(2010). High perinatalmortality rate among immigrants in Brussels. *Eur J Public Health*; 20:536–42.
123. Ganchimeg T., Ota E., Morisaki N., Laopaiboon M., Lumbiganon P., Zhang J., Yamdamsuren B., Temmerman M., Say L., Tunçalp Ö., Vogel JP., Souza JP., Mori R. (2014). WHO Multicountry Surveyon Maternal Newborn Health Research Network (2014) Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*, 121(Suppl 1): 40–48.
124. Demirci H.,Topak NY., Ocakoğlu G., Gomleksiz MK., Ustunyurt E., Turker AU. (2017). Birth characteristics of Syrian refugees and Turkish citizens in Turkey in 2015. *Int J Gynecol Obstet*; 137(1):63-6.
125. Bucak IH., Habip Almis H., Benli S., Turgut M .(2017). An overview of the health status of Syrian refugee children in a tertiary hospital in Turkey; *Avicenna J Med*. 7(3):110–114.
126. Pernitez-Agan S., Wickramage K., Yen C., Dawson-Hahn E., Mitchell T., Zenner D.(2019). Nutritional profile of Syrian refugee children before resettlement. *Conflict and Health*; 13(1):22.
127. Şahin E., Dagli TE., Acartürk C., Dagli FŞ. (2020). Vulnerabilities of Syrian refugee children in Turkey and actions taken for prevention and management in terms of health and wellbeing. *Abuse Negl. Jul 29*: 104628. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104628>.
128. Roy B. (2019). *Nutritional status and feeding patterns of selected children aged 6-24 months in Rohingya refugee camps*. Department of Nutrition and Food Engineering, Submission of Project Report, Faculty of Allied Health Sciences, Daffodil International University, Dhaka.



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-71915440-804.01-2101050066
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:05.01.2021

Sayın Fatih AYYILDIZ

Enstitü Yönetim Kurulunun 9.5.2019 tarih ve 2019/20 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Müdür V.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184103033 Fatih AYYILDIZ	Kilis İli Mülteci Kamplarında Yaşayan 0-60 Ay Çocuklarda Beslenme ve Büyüme Durumunun Saptanması

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: f85c3071

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

İrtibat: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Tel / Fax : +90 342 211 80 80 / +90 342 211 80 81

Web: www.hku.edu.tr

Kep Adresi : hasankalyoncu.univ@hs01.kep.tr

e-Posta: info@hku.edu.tr



Kilis İli Mülteci Kamplarında Yaşayan 0-60 Ay Çocuklarda Beslenme ve Büyüme Durumunun Saptanması

Çocuğun adı ve soyadı:

Anket no:

A. Anne ve Babaya Ait Bilgiler

	Anne	Baba
1.Yaş (yıl):		
2.Eğitim Durumu:	1.Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite/yüksekokul	1.Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite/yüksekokul
3.Eğitim süresi (yıl):
4.Meslek	1.Ev hanımı 2.Memur 3.İşçi 4.Diğer:	1. Çalışmıyor 2.Memur 3.İşçi 4.Diğer:
5.Medeni durumu	1.Evli 2. Evli, ayrı 3. Boşanmış/Eşi ölmüş	
6. Kaç yıldır mülteci kampında yaşıyorlar?yıl	
7. Annenin gebelik sayısı:		
8. Annenin canlı doğum sayısı:		
9. Yaşayan çocuk sayısı:		

B. Çocuk ile İlgili Bilgiler

10. Çocuk ailenin kaçınca çocuğu:
11. Çocuğun yaşı (ay):
12. Çocuğun cinsiyeti:	1. Erkek 2. Kız
13. Doğum şekli:	1.Vajinal doğum 2.Sezeryan
14. Kaç haftada doğdu:	1.hafta 2. Bilmiyor, Hatırlamıyor
15. Çocuğun doğduğu ülke:	1. Türkiye 2. Suriye 3. Diğer:.....
16. Nerede doğdu?	1. Hastane 2. Ev
17. Gebelik sırasında sigara içme durumu	1. Hayır 2. Evet

C. Çocuğun Beslenme Durumu

18. Anne sütü emdi mi?	1. Hayır, hiç emmedi 2. Evet, emdi Kaç ay emdi: 1. Halen emiyor 2.ay emdi
19. Sadece/Tek başına anne sütünü kaç ay emdi?ay
20. Kaç ay emzirmeyi düşünüyorsunuz?
21. Anne sütü verilmeme/kesme nedeni?	1. Süt olmadığı için 2. Yeni bir gebelik 3. Bebeğin emme istememesi 4. Bebeğin hastalığı 5. Annenin hastalığı 6. Diğer

22. Besin desteği verildi mi? 1. Hayır, verilmedi 2. Evet, verildi?

Evet ise; Verilen besin desteği hangisi?	Hangi ayda başlandı?	Ne süre verildi? 1.....ay 2. Halen veriliyor
23.D vitamini		
24.Demir		
25.Omega 3		
26.Multivitamin ve mineral		

27. Biberon kullanıldı mı? 1. Hayır 2. Evet

28. Son iki hafta içerisinde ishal oldu mu? 1. Hayır 2. Evet

29. İlk tamamlayıcı beslenmeye hangi ayda başladı?

1. Henüz başlanmadı 2.....ayda başladı

Besin	Başlanma zamanı (ay)														
	Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	≥13
Su															
Bebek formula															
İnek sütü															
Yoğurt															
Muhallebi															
Devam formula															
Meyve suyu															
Meyve püresi															
Sebze püre															
Çorba (un)															
Çorba (sebze)															
Yemek suları															
Bisküvi															
Ekmek															
Tahullar															
Kurubaklagiller															
Kırmızı et, kıyma															

Tavuk vd.																
Balık																
Diğer																
Tuz																
Şeker																
Aile yemeği																

E. Çocuğun Antropometrik Ölçümleri

Çocuğun:		
Doğum vücut ağırlığı (g)		
Doğum boy uzunluğu (cm)		
Şu anda vücut ağırlığı (g)		
Şu anda boy uzunluğu (cm)		
Üst orta kol çevresi (cm)		
Baş çevresi (cm)		
<i>Hesaplanacak: BKİ (kg/m²)</i>		
	<i>Persentil</i>	<i>Z skor</i>
Yaşa göre vücut ağırlığı		
Yaşa göre boy uzunluğu		
Boy uzun. göre vücut ağırlığı		
Yaşa göre BKİ		
Yaşa göre üst orta kol çevresi		
Yaşa göre baş çevresi		

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde **Kilis İli Mülteci Kamplarında Yaşayan 0-60 Ay Çocuklarda Beslenme ve Büyüme Durumunun Saptanması** amacıyla bir çalışma planlamış bulunuyoruz.

Kilis İli Mülteci Kamplarında Yaşayan 0-60 Ay Çocuklarda Beslenme ve Büyüme Durumunun Saptanması isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size bazı sorular soracağız. Bu sorular sizin anne sütü ve tamamlayıcı beslenme tutumlarınızı ve bilgi düzeyinizi saptamaya yöneliktir. Yine beslenme durumunun bir göstergesi olduğu için araştırmacılar tarafından 0-60 ay arasında ki çocuğunuzun; boy uzunluğu, vücut ağırlığı, üst orta kol çevresi ve baş çevresi ölçümleri yapılacaktır. Çocuğunuzun doğumdaki boy uzunluğu, vücut ağırlığı ölçümleri beyanınıza dayalı olarak belirlenecektir. Bu ölçümlerle çocuğunuzun büyümesi hakkında bilgi sahibi olabileceksiniz. Ayrıca isteğiniz doğrultusunda soru kağıdı tamamlandıktan sonra size çocuğunuzun beslenmesi için önerilerde bulunulacaktır.

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve ek bir ödemede yapılmayacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Fatih SATILMIŞ