

5684

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

SOSYO-EKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BİR GRUP KENTSEL ÇOCUĞUN  
BESLENME SAĞLIĞI VE FİZİK GELİŞİM DURUMLARI

Çocuk Beslenmesi  
Yüksek Lisans Tezi

Zeynep ÇELİKÖYAR (Üner)  
Beslenme ve Diyet Uzmanı

YÜRÜTÜCÜ  
Doç.Dr. Türkan KUTLUAY

İSTANBUL-1988

T. C.  
Yükseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Merkezi

## T E Ő E K K Ü R

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Öğretim Uyesi ve Tezimin Yürütücüsü Sayın Hocam Doç. Dr. Türkân KUTLUAY'a tezimin planlanması ve her aşamasındaki yardımları ile vermiş olduğu bilgilere teşekkür ederim.

Çalışmalarına değerli eleştirileriyle katkıda bulunan çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Olcay NEYZİ'ye, bilgi ve moral yönünden daima desteğini esirgemeyen çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Gönül KURDOĞLU' na ve araştırmayı yapmamda yardımcı olan Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Övat GİRAY'a teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

## İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>SAYFA</u>
G İ R İ Ş .....	1
GENEL BİLGİLER .....	3
YÖNTEM VE GEREÇLER .....	19
BULGULAR .....	21
TARTIŞMA .....	45
SONUÇ VE ÖZET .....	58
KAYNAKLAR .....	60
EKLER .....	68

## G İ R İ Ő

Toplumun, sağlık ve beslenme durumu ile sosyal ve ekonomik gelişimi arasındaki ilişki her geğen gün daha da önem kazanmaktadır.

Beslenme sorunlarının temel nedenleri incelendiğinde, toplumun sosyal, ekonomik ve kültürel durumu, evre Őartları, hastalıklar, yiyecek üretimi ve dağıtımı gibi çok çeşitli etkenlerin birbirleriyle ilişki içinde olduğu görülmektedir (1).

Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu oluşan hastalıklar, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi memleketimizde de artan sağlık sorunlarının büyük kısmını teşkil etmektedir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme, bütün yaş gruplarında görülebilmekle birlikte, ileri yaşlara yansiyabilen olumsuz etkileri nedeniyle yaşamın ilk yıllarında daha büyük bir önem kazanmaktadır. Buna karşın, yaşamın ilk yıllarında çocukların buldukları sağlıklı ortam, yaşamlarının sonraki devrelerini iyi yönde etkilemekte ve sağlıklı gelişmelerine yön vermektedir. Ayrıca ocuğun yetersiz ve dengesiz beslenmesi büyüme hızının yavaşlamasına, vücut ölçülerinin dengesinin bozulmasına, vücudun hastalıklara karşı direncinin azalmasına ve ölümlere neden olabilmektedir (2).

Ülkemizde, endüstrileşmeyle birlikte köyden kente büyük bir göç olayı yaşanmaktadır. Köyden kente gelen aileler beslenme ve sağlık yönünden önemli sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Bu araştırma İstanbul'da, Çobançeşme bölgesinde, çoğunluğunu göçmen ailelerin oluşturduğu yerleşim yerindeki 2-6 yaş grubu çocukların sağlık ve beslenme durumlarını belirlemek, bu yaş grubuna özgün sorunları saptamak amacı ile yapılmıştır.

## GENEL BİLGİLER

### BESLENMENİN ÖNEMİ

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

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

Beslenme konusundaki bütün ilerlemelere rağmen, dünyanın birçok bölgesinde ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocuklarda ölüm nedenlerinin başında beslenmeye ait sorunlar kendini göstermektedir (3).

Yapılan araştırmalar, yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda çocuk mortalite oranının yeterli ve dengeli beslenen toplumlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir (4).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, sadece ölüm oranını değil, aynı zamanda büyüme ve gelişmeyi (fiziksel ve mental) de etkilemektedir.

Suboptimal beslenmenin lineer büyüme olumsuz etkisinin olabileceği pek çok çalışmayla gösterilmiştir (4,5,6).

Çocukluk yaş grubunda ya da erişkin çağda olsun beslenme, birçok hastalığın etyopatogenezinde ve dolayısıyla da tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bu boyutlar dışında beslenme, kişinin günlük hayatını, iş verimini ve emosyonel durumunu yakından ilgilendirmektedir.

#### BESLENMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Beslenmeyi etkileyen faktörler çok çeşitli ve yönlüdür. Bu faktörler arasında en önemlileri : Sosyo-kültürel ve ekonomik düzey, besin üretimi dağıtımı ve besin teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizlikler, nüfus planlaması, çevre koşullarının sağlık kurallarına uymayışıdır.

Yetersiz beslenme nedenlerinin başında, toplumdaki bireylere yetecek kadar yiyecek maddesinin bulunmayışı yer alır. Besin yetersizliği, toplumun nüfusunun toprağına oranla çok olması, tarım ve hayvancılık üretiminde verim düşüklüğü, üretilen besinlerin dağılımındaki düzensizlikler gibi sebeplere bağlıdır (4).

Ülkemizde besin üretimi bugünkü nüfusu besleyebilecek düzeydedir. Fakat bu besinlerin gruplar arasındaki dağılımı düzensizdir. Sonuç olarak bazı gruplar gereğinden çok besin tüketirken, diğer gruplar ise gereksinimlerini karşılayacak düzeyde bile besin bulamamaktadır.

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

Nüfus planlamasının etkisi de büyüktür. Ailede birey sayısı arttıkça birey başına düşen gelir azalır beslenmeye ayrılan pay düşmektedir.

Ailelerin sosyo-kültürel düzeyi çocuklardaki yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarının başındadır. Evlerinde yeteri kadar değişik türde besin bulunmasına karşın bunları beslenme ilkelerine uygun olarak kullanamayan aile çoğunlukta (4) .

Çocuklardaki beslenme yetersizliğinin bir nedeni de batıl inanışlar veya bilgisizlik sonucu küçük çocuklara esansiyel besinlerin verilmeyip şeker vb. besinlerin verilmesidir. Büyümekte olan çocukların besin gereksinimleri bilinmediğinden birçok hastalığın beslenme yetersizliğinden oluştuğu da dikkatten kaçmaktadır .

Bundan başka besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanmasıdaki temel ilkeler bilinmediği için besin öğelerinde kayıplar çok olmaktadır.

Bireye ve topluma verilen eğitimin rolü büyüktür . 1985'de Asworth ve Feachem'in oniki gelişmekte olan ülkede yaptıkları çalışmada verilen beslenme rehabilitasyonunun akut ishallerden mortalite oranını büyük ölçüde azalttığını göstermişlerdir (7).

Çevre koşullarının sağlık koşullarına uygun olmayışı da beslenme sorunlarını yaratan nedenler arasındadır. Besinlerin uygunsuz koşullarda saklanması, işlenmesi ve hazırlanması vücuda zararlı öğelerin de girmesine neden olmaktadır (4).

#### BESLENME BOZUKLUKLARININ YOL AÇTIĞI DURUMLAR

Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu oluşan problemler insan yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir.

Beslenme bozukluklarının önemi özellikle yaşamın ilk yıllarında görülür. Çünkü bu dönem kişinin fiziksel, nöro-



motor gelişiminin dorukta olduğu, psikolojik, mental ve sosyal gelişimin iştirak ettiği bir dönemdir, ileri yaşlar için hazırlayıcıdır.

Yetersiz beslenme yetersiz büyümeyi getirir (8). Büyümeyi etkileyen tek faktör beslenme değildir. Ancak aradaki ilişkiyi açıklayacak bir örnek de; şişman çocukların yaşlarına göre boy ortalamalarının uzun olduğudur (6).

Çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin yol açtığı sorunların başında protein ve kalori alımı yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen malnütrisyon gelir. Malnütrisyonunda protein enerji eksikliği çok zaman birlikte görülür(9).

Besin alımının kısıtlı olduğu, enfeksiyona yol açan kötü çevre şartlarının mevcut olduğu, optimal çocuk beslenmesinin ihmal edildiği ve endemik bir problemi epidemik bir şekle döndürebilecek şekilde ağırlaştırabilen sosyo-ekonomik ve politik koşulların bulunduğu toplumlarda PEM'in majör nütrisyonel bir problem olması beklenir (9).

Bu hastalıkta tartı artmasında duraklama ilk bulgudur. Düzenli olarak izlenirse büyüme eğrisinde sapma görülür. Boya oranla tartıda belirgin bir düşüklük PEM için değerli bir bulgudur. Eğer bir çocuk genetik ve endokrin durum ile izah edilemeyen boy kısalığı gösteriyorsa, kötü beslenmenin uzun süreli olduğu ve boy uzamasının en hızlı olduğu hayatın erken dönemlerinde kötü beslenmiş olması olasılığı vardır. Bundan başka eğer boya göre tartı eksikliği % 10'un üzerinde ise, kötü beslenmiş olma olasılığı çok kuvvetlenir (9).

Malnütrisyon üç şekildedir : Marasmus, Marasmik-kwashiorkor ve Kwashiorkor. Gelişim göstergeleri ise aşağıda sıralanmıştır :

1. Lineer büyümede durma veya yavaşlama,
2. Kitleesel ağırlık kaybı, duraklama veya yavaşlama,
3. Orta kol çevresinde azalma,
4. Kemik olgunlaşmasının geri kalması,
5. Ağırlık / boy oranının normal veya azalmış olması,
6. Deri kıvrım kalınlığının normal veya azalmış olması (10).

PEM'in bir diğer özelliği komplikasyonlarının ağır olmasıdır ve birçok enfeksiyonları beraberinde getirmesidir. Anemi, potasyum eksikliği magnezyum eksikliği, kalp hacminde küçülme, hipokalsemik nefropati, anoreksi, saç ve deri değişiklikleri görülür.

PEM'in klinik değerlendirilmesinde çeşitli yöntemlerin yanında relatif tartıya göre yapılan sınıflamanın pratik önemi büyüktür. Bu anlamda kullanılan standartlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo : Relatif Tartıya göre Beslenmenin Değerlendirilmesi(9)

<u>Boya göre tartı oranı(%)</u>	<u>Beslenme Durumu</u>
75' den düşük	Ağır beslenme bozukluğu
75-85	Orta derecede beslenme bozukluğu
85-90	Hafif beslenme bozukluğu
90-100	Normal Çocuk
110-120	Fazla tartılı çocuk
120' den yüksek	Şişman çocuk

Malnütrisyonun dışında yetersiz beslenme sonucu çocuklarda oluşan anemi ve enfeksiyonlar gelişmeyi önemli ölçüde etkileyen etkenlerdir. Demir, B<sub>12</sub> vitamini, folik asit, B<sub>2</sub> vitamini, niacin gibi besi öğelerinin eksikliğine bağlı olarak değişik bulgularla kendini gösteren hastalıklar vardır. Ayrıca yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda enfeksiyonlara

yakalanma oranı çok daha yüksektir. 1928'de MacKay'ın rapor ettiği gibi yenidoğanlarda ve çocuklarda solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarının demirden zengin beslenenlerde tedavilerinin daha yüksek oranda başarı ile sonuçlandığı görülür (11).

Yine yetersiz ve dengesiz beslenmenin yol açtığı sorunların başında gelen malnütrisyonun birçok enfeksiyonların oluşumunda rolü olduğu aşikardır. Nijerya'daki bir çalışmada normal beslenenlere göre, diarenin düşük ağırlıklı çocukların % 33'ünde, gelişme geriliği gösteren çocukların %37 'sinde, ağır derecede malnütrisyonlu çocukların ise % 79'unda daha uzun sürdüğü gösterilmiştir (12).

### BÜYÜME VE GELİŞME

Fiziksel büyüme ve gelişme, organların ölçü ve fonksiyonlarındaki yetişkinliğe doğru değişimlerdir.

Sosyal büyüme ve gelişme, çocuğun sinir sistemi ve motor yeteneklerindeki ve özelliklerinde davranışlarındaki değişimlerdir.

Ruhsal büyüme ve gelişme, çocuğun kendisi için anlamlı olan kişilerle kurduğu duygusal bağlarla ilgilidir. Sevme duygusu, üzüntü, korku ve öfkeyi denetleme yeteneklerinin gelişmesidir.

Büyüme ve gelişme tümüyle genetik, beslenme, sosyal ve kültürel koşullar gibi koşulların etkisinde olan bir süreçtir(4).

Büyüme ve gelişmede belirli bir sıra düzeni vardır. Örneğin baş, vücut kısımlarından en hızlı büyüyenidir. İlk 6 aydan sonra göğüs çevresi hızla artar. 9-12 aydan sonra ekstremiteler uzaması görülür. Fiziksel gelişim gibi nöromotor gelişim de aynı şekilde sefalokaudal ve proksimal-distal bir sıra izler : Önce ense kasları ve bu kaslara ilişkin sinirlerin olgunlaşması ile

doğumdan sonra 1-3 ayda başını dik tutabilir. Daha sonra sırasıyla aşağıya doğru ; sırt, bel, kalça ve alt ekstremite kas-sinir olgunlaşması ile oturma ve yürüme işlevleri kazanılır(13),

### BÜYÜME VE GELİŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocuğun büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçümler (13):

A. Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçümler :

1. Vücut tartısı,
2. Boy uzunluğu,
3. Baş çevresi,
4. Vücut bölümlerinin birbirlerine oranları,
5. Göğüs çevresi,
6. Kol çevresi.

B. Gelişmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçümler :

1. Dişlerin çıkma ve değişme yaşı,
2. Kemiklerin olgunlaşma derecesi,
3. Nöromotor gelişme derecesi,
4. Zeka ölçümleri,
5. Cinsel gelişme.

### BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Vücut Tartısı : Gestasyon süresini tamamlamış olarak (miadında) doğan bir çocuğun tartısı kalıtsal, ırksal ve bölgesel farklılıklara göre değişik olabilir. Ülkemizde bu ortalama 3.3 kg olarak saptanmıştır (13). Doğumdan sonraki ilk altı ayda normal bir çocuk haftada 150-250 gr.'lık bir artış gösterirken, bu artış ikinci altı ayda haftada 100-200 gr.' a düşer. 12-24 aylık çocuk haftada 50 gr. kadar alır. 2 yaştan sonra ortalama tartı : Yaş  $\times$  2 +8 formülünden bulunur.

Boy Uzunluğu : Miadında doğanın ortalama boy uzunluğu 50 cm. kadardır. Çocuk doğumdan sonraki ilk iki trimenonda sekizer santim, üçüncü, dördüncü trimenonlarda dörder santim büyür. 1-2 yaş arasında boy uzunluğu 10-12 cm. artar. 2-4 yaşları arasında büyüme hızı daha da azalır. Yılda 7 cm.'ye kadar iner. İki yaşından sonra yaşa göre ideal boy uzunluğu : Yaş X 5 artı 80 formülü ile hesaplanabilir (13).

Baş Çevresi : Doğumdan önceki haftalarda ve doğumdan sonraki ilk aylarda vücudun en hızlı büyüyen bölümü baştır. Çocuk doğduğu zaman baş çevresinin boy uzunluğuna oranı 1/4'tür. Bu oran erişkinde küçülerek 1/8'e iner. Baş çevresi oksipital kemiğin en çukurluğu noktası ile frontal kemik arasından geçirilen bir mezüra ile ölçülür. Doğumda baş çevresi 35 cm. kadardır. 3. ayda 40.5 cm, 6. ayda 43 cm, 12. ayda 46 cm dir. 2 yaşında 48 cm olup 5 yaşında 50.8 cm'dir (13).

Kol Çevresi : Kolun triceps kasının tam ortasından geçirilen mezüra ile ölçüm yapılır.

Kol orta çevresi zayıflık derecesini gösteren pratik bir ölçümdür. Triceps deri altı yağ kıvrım kalınlığı ile birlikte kas çevresinin de saptanması için de kullanılır. Kol orta çevresi özellikle normal olan 1-5 yaş arası çocuklarda fazla değişmeyen bir ölçüm olması nedeniyle kronolojik yaşın kesin olarak bilinmediği durumlarda zayıflık derecesinin saptanmasında vücut ağırlığı ölçümünden daha duyarlı olabilir (14).

### NÖROMOTOR GELİŞİM

Nöromotor gelişim, sinir ve kas kontrolünün kazanılması demektir. Çocuğun başını tutması, oturması, emeklemesi, yürümesi, konuşması (3-4 kelime), idrar kontrolü, dışkı kontrolü nöromotor gelişimi oluşturur (13).

Baş Tutma : Yenidoğanda baş arkaya düşer, başını tutamaz. Ancak 3 aya geldiğinde baş gövdeyi takip ederek dik durur.

Oturma : 6-7 aylık bir çocuk birkaç dakika desteksiz oturabilir. Uzun süre desteksiz oturma ancak 9. aydan sonra olur.

Emekleme : 7 aylık bir çocuk kendi kendine yüzüstüden arka üstü pozisyona dönebilir. Bu aylarda emekleme başlar.

Yürüme : Çocuk, 12. ayda bir elinden tutularsa yürüyebilir, ayakta yardımsız kısa süre durabilir, odadaki eşyalara tutularak hareket edebilir. Ancak 15. ayda yardımsız kalkabilir ve yürüyebilir.

Konuşma : 12 aylıkken 2-4 kelimeyi, 15 aylıkta 4-6 kelimeyi anlayarak söyler. 18. ayda 10 kelimeye kadar konuşabilir.

İdrar kontrolü : Yaklaşık 16-18 aylık çocuk idrarını 3 saat tutabilecek kadar mesane kontrolü kazanmıştır. Bu yaşlarda belirli zamanlarda oturağa oturtulması denenebilir. Çocukların çoğunluğu 2-3 yaşlarında gece de kuru kalmaya başlar. İdrar kontrolünün 3 yaşını geçmesi halinde psikolojik ve organik nedenler araştırılmalıdır.

Dışkı kontrolü : Genel olarak, çocuktan çocuğa değişmekle birlikte dışkı kontrolü 2 yaş civarında başlar (13).

#### BÜYÜME VE GELİŞMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1. Genetik faktörler
2. Hormonal faktörler
3. Cinsiyet
4. Uterus içi ortam faktörleri
5. Postnatal ortam faktörleri

Genetik Faktörler : Çocuğun dölleme anında sahip olduğu genetik yapı ve taşıdığı genlerin birbirlerine karşılıklı etkisi büyüme ve gelişme potansiyelini tayin eder.

Sarışın ailelerin çocukları açık renkli olmaya, uzun boylu ailelerin çocukları uzun boylu olmaya yatkındır. Genlere bağlı özellikler, yalnız normal kişiler arasındaki farklılıkları (biyolojik varyasyon) değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkiler. Örneğin, hemofili, Akdeniz anemisi, diabetes mellitus, TaySachs hastalığı gibi bozukluklar hastalık genlerinin anne veya babadan çocuğa geçmesi ile ortaya çıkan herediter hastalıklardır (13).

Kromozomlar, organizmanın genetik materyali olan DNA'yı taşıyan ve hücrelerin çekirdeklerinde bulunan mikroskopik ip-likli oluşumlardır. Normalde kromozom sayısı 46'dır. Kromozom anomalilerinde de büyüme ve gelişme düzeni bozulur. Sıklıkla düşük doğum tartısına ve boy kısalığına neden olur.

Hormonal Faktörler : Çocukluk çağında büyüme ve gelişmeyi etkileyen iki ana hormon ön hipofizden salgılanan STH ve tiroid hormonudur. STH özellikle boy uzamasında etkilidir. Tiroid hormonu ise büyüme kadar olgunlaşma ve gelişme için de gereklidir (6).

Cinsiyet : Büyüme-gelişme süreci, kız ve erkek çocuklarda farklıdır. Kız çocukların doğum ağırlığı daha düşüktür. Aynı doğum tartılı kız ve erkek çocuklar karşılaştırılınca kızların daha ileri bir gelişme düzeyi gösterdikleri görülür. 10-11 yaşlarına kadar erkek çocuklar daha iri olurlar. Ergenlik kızlarda daha erken başladığından kızlar 11-14 yaşları arasında erkeklerden daha iri olurlar (13).

Uterus içi ortam faktörleri: Embiryonun oluşumundan doğuma kadar olan sürede meydana gelen bozukluklar çocuğun ileri yıllardaki büyüme ve gelişimini etkiler. Gebelik süresince alınan ilaçlar, gebelikte röntgen, radyum gibi ışınlarla maruz kalış çocukta doğuştan bozukluklara yol açabilir.

Gebeliğin ilk üç ayında geçirilen viral enfeksiyonlar çocuk için zararlıdır. Gebelikteki hormon bozuklukları da fetusa zarar verebilir. Ayrıca placenta bozuklukları (dolaşım yetersizliği, infeksiyon vb.) prematüre ve ölü doğumların, konjenital enfeksiyonların, intrauterin gelişme geriliği adı verilen tablonun etyolojisinde rol oynar (13).

Postnatal Ortam Faktörleri : Doğumdan sonra çocuğun normal büyüme ve gelişmesinde beslenme en önemli etkidir. Yapı ve enerji maddeleri yeteri kadar sağlanamayan bir çocuk organizması öncelikle büyüme ve gelişmesini durdurarak yaşamak için çalışır. Bir süre sonra da beslenme bozukluğu belirtileri ortaya çıkar.

Büyüme ve gelişmenin normal devamı için ikinci şart sağlık durumunun iyi olmasıdır. Doğuştan (Konjenital kalp bozuklukları, böbrek tubulu bozukluğu vb.) veya edinsel (ensefalit, kronik nefrit vb.) hastalıklar araya giren enfeksiyon hastalıklarının sıklığı ve buna eşlik eden çevre eğitiminin iyi olmaması sonucu olarak büyüme ve gelişme geç kalır. Bu faktörlerin yanısıra çevre faktörlerinin de büyüme ve gelişme üzerine etkisi vardır. Japonya'da doğup büyümüş Japonlardan Amerika'da doğup büyümüş Japonların daha uzun olduğu yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (6). Burada çevre faktörünün rolü olduğu aşikardır.

## 2-6 YAŞ ÇOCUKLARIN BESLENMESİ

2-6 yaş, çocuğun büyüme ve gelişiminde büyük aşamalar gösterdiği yıllardır. Bu yaşlarda büyüme hızı ilk yaşa kıyasla azalmıştır. Büyüme hızının azalmasına bağlı olarak besi gereksinimlerinin daha az olması beklenir. Ancak 1-3 yaş arası hareketin çok arttığı bir dönem olması nedeniyle kalori gereksinimi çok yüksektir (100 kalori /kg/gün ) (15).

Genelde alınan kalorinin % 10-15'i yüksek kaliteli proteinlerden, % 30-35'i yağlardan ve % 50-60'ı karbonhidratlardan gelmelidir (16).



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

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

İkinci yıl sonlarında çocuk kendi kendine yemek için büyük istek duyar. Bu istek mümkün olduğunca yerine getirilme- lidir.

Aynı zamanda çocuk, çoğunlukla büyüklerini taklit ede- ceğinden yetişkinlerin beslenme konusunda çocuklara iyi örnek olmaları gerekir.(4)

Oyun çocukluğu dönemi çocuğun 1-3 yaş dönemidir. Bu dö- nemde çocukta psikolojik sebeplere bağlı olarak yemek seçme ve reddetme görülebilir. Anne ve babanın çocuğa daha fazla yemesi için ısrarları, ödüllendirme ve cezalandırma davranışları çocu- ğun yemesinin olumsuz etkilerine neden olur.

Bu yaştan sonra ki okul öncesi dönem çocuğun sosyal yaşamının başladığı dönemdir. Bu dönemdeki yemek alışkanlığı hayatın diğer dönemlerinde de sürer. Bu yaş çocuklarının diyet- lerini zenginleştirmek için çeşitli karışımlar yapılabilir (örneğin makarnaya, peynir, yumurta, yoğurt vb. katmak) (13).

Bu çocuklarda iştahın önemli faktörlerinden birinin lezzet oluşturur. Aşırı soğuk ve sıcaklardan kaçınılmalıdır. Çünkü bu yaş grubu çocuklar besinlerin ılık olmasından hoşlanır. Bazen besinlerin kokusu bile önemlidir. Birçok çocuk yemekte birbirine karışmış şeyleri reddeder ve tencereden, toprak tabaktan hoşlanmaz. Yani çocuk yemekte bir düzenlilikten hoşlanır. Çocukların birçoğu lezzete karşı aşırı hassastır ve çok pişirilmiş veya tadı bozuk yemekleri yemezler.

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

Çocuklar aşırı yorgun oldukları zaman iştahları olmaz. Yemekten önce hafif bir aktivite veya istirahat yemeğin rahat ve eğlenceli bir şekilde yenmesini sağlar. İyi iştah kazandırmak için çocukların aktif, fakat fazlaca yorulmadan aktivite göstermeleri ve temiz havalı açık yerlerde vakit geçirmeleri gerektirmektedir (17).

## 2-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN ENERJİ GEREKSİNİMLERİ

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

Büyümeyi sağlayacak ve proteinin enerji kaynağı olarak kullanılmayacak şekilde yeterli kalori sağlanmalı, aynı zamanda da şişmanlığa yol açacak miktarda aşırılığa kaçılmamalıdır. Total enerji alımının % 60'ı karbonhidrat, % 25-30'u yağ ve % 10-15'i protein şeklinde olmalıdır. Bu grupta enerji alımı normalde 1300-1700 kal/gün'dür (18).

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

Süt çocukluğundan sonraki çocukların spesifik aminoasitlere olan ihtiyaçlarının tam olarak bilinmemesinden dolayı, bu yaş grubu için gerekli olan proteinlerin biolojik değerleri yüksek olmalıdır. Süt ve süt ürünleri birçok çocuğun tipik diyetindeki protein miktarına önemli ölçüde katkıda bulunur. Et ve yumurtadan, hububattan, ekmekten ve sebzelerden alınan proteinlere ilave olarak alınan gıdalar komplet protein kaynaklarıdır (17).

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

Kalsiyum için önerilen 800 mg/gün değer 1-10 yaş grubu için geçerlidir. Süt ve diğer süt ürünleri kalsiyumun primer kaynağı olduğundan bu besinleri kısıtlı olarak alan ya da alamayan çocuklar kalsiyum yetmezliği ve getireceği komplikasyonlar açısından risk grubundadırlar (17).

Çinko da büyüme için esansiyel bir maddedir. Yetersizliğinde : büyüme geriliği, tad duyusu bozukluğu ve yara iyileşmesi bozukluğu ortaya çıkar. Günlük alım 10 mg olmalıdır. En çok et ve deniz ürünlerinde bulunabildiğinden, bu gıdaların yetersiz alınımında Zn yetersizliği oluşabilmektedir.

D vitamininin alımı çocuğun bulunduğu coğrafi bölgeye ve güneşte kaldığı süreye bağlıdır. Tropikal ülkelerde yetişen çocuklar için D vitamininin, ilaveten alınmasına gerek olmadığı ya da en az günde 100 I.U. (2,5 mikrogr.) alınması halinde kalsiyum utilizasyonu için yeterli olduğu kabul edilmektedir.

Çocuklarda (bu yaş grubu) görülen ve çeşitli bozukluklara yol açabilen D vitamini eksikliğine bağlı rahitis, günlük gereksinim olan 400 ünite D vitamininin doğumdan sonra 3-4 haftalıktan başlayarak düzenli olarak verilmesiyle önlenebilir (17,19,20).

A vitamini de çocukların gelişiminde büyük rolü olan bir vitamindir. Görme işlevindeki rolünün yanısıra vücut membranlarının stabilitesi, epitel hücre bütünlüğü, mukus salgılama yeteneği, bazı gliko proteinlerin biosentezi gibi işlevleri için Vitamin A gereklidir. Bütün okul öncesi çocukların % 1'inden fazlasında Güney ve Doğu Asya'nın pirinç yiyen bölgelerinde A vitamini eksikliği belirtileri (körlük ve deri belirtilerine) gösterilmiştir (WHO-1976) (20,21). Bu yaş grubu çocukların yetersizlik belirtileriyle karşılaşmalarını için 2000-2500 İ.U./gün A vitamini almaları gerekmektedir. A vitamini en çok hayvansal kaynaklardan ; balık karaciğeri, karaciğer, süt ve süt yağı, yumurta sarısında, bitkisel kaynaklardan ; Sarı, turuncu ve yeşil sebze ve meyvalarda bulunur (22).

B<sub>1</sub> vitamini (tiamin) vücuttaki çeşitli biokimyasal tepkimeler için gerekli bir vitamindir. Et, karaciğer, baklagiller, yer fıstığı, yumurtada bulunur. Eksikliğinde beriberi hastalığı ortaya çıkar. 2-6 yaş için günlük gereksinim 0,7-0,9mg'dır (20).

Niacin (Nikotinik asit) oksidasyon ve redüksiyon reaksiyonlarında koenzimdir. Hücrelerin oksijeni kullanabilmesi için gerekli solunum enzimlerinin işlemlerini sağlar. Besinlerde mevcut olan Triptofan aminoasidinden vücutta yapılabilir. Karaciğer, balık eti, etlerde fazla bulunur. Tahıllarda azdır ve mısır tüketimi fazla olan yerlerde avitaminoz belirtilerine daha çok rastlanır. Yetersizliğinde Pellegra görülür. 2-6 yaş grubu çocuklarda günlük ihtiyaç: 9-11 mg'dır (20).

B<sub>2</sub> vitamini kısa zincirli yağ asitlerinin oksidasyonunda önemli rol oynar. Riboflavin yetersizliğinde klinik bulguların başında deride, özellikle dudak, burun, göz kenarlarındaki yaralar gelir. Bunun dışında göz damarlarında genişleme, yanma,

görme zorluğu ve sinir sistemi bozuklukları riboflavin yetersizliğinin belirtilerindedir. Kaynakları en çok et, süt, yumurta gibi hayvansal kaynaklı yiyecekler, yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagillerdir. Tahıllardaki riboflavin yoğunluğu oldukça düşüktür. Değişik bölgelerdeki insanlar arasında riboflavin yetersizliği belirtilerinin görülüş sıklığı % 5-49 arasında değişmektedir. Günlük alınması gereken miktar bu yaş grubunda: 0,8-1,0 mg'dır (22).

Askorbik asit veya C vitamininin en önemli görevi bağ dokusu proteini olan kollagenin oluşumudur. Ayrıca Tirozin metabolizmasında rolü vardır, demiri indirgeyerek emilimini kolaylaştırır. Besinlerde C vitamini kaynakları sebze ve meyvalardır. Bunlardan portakal, mandalina, limon, greyfurt C vitamininden zengindir. Karışık salata veya domates iyi kaynaklarındandır. Yetersizliğinde önce yorgunluk, iştah azalması daha sonra sırası ile büyümede duruklama, anemi, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, diş etlerinin şişmesi ve kanaması, diş kaybı eklemelerde şişmeler ve kanamalar, ateş, kemiklerde kırılmalarla belirlenen skorbüt hastalığı görülmektedir. 2-6 yaş grubunda günlük gereksinim 45 mg'dır (20,22).

## YÖNTEM VE GEREÇLER

Araştırma bölgesi olarak bir sağlık kuruluşu olmayan ve çoğunluğu göçmen işçi ailelerinden oluşan İstanbul Bakırköy İlçesine bağlı Çoban çeşme bölgesi seçilmiştir. Bölgede yaklaşık 4000 nüfus yaşamaktadır. Dört aylık bir sürede bölgenin nüfus haritası çıkarılmış ve ev halkı tanıtım formları doldurulmuştur. Bu formlardan rastgele örnekleme 396 aile seçilmiş ve bu aileler evlerinde ziyaret edilerek hanedeki evli kadınlar görüşme yöntemi ile ankete tabii tutulmuşlardır. Ankette, ailenin yapısı, sosyo ekonomik durumu, kadınların sağlık durumu, gebelik sayısı, çocuk sayısı hakkında bilgi verecek sorular yer almaktadır. Bilgiler Mayıs-Eylül 1985 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu bilgiler değerlendirilmiş ve ayrı bir raporda sonuçları sunulmuştur (23).

Bu çalışmada ise seçilen bu 396 ailenin 2-6 yaş grubu çocukları değerlendirmeye alınmıştır.

Ailelerde 0-6 yaş grubu toplam 350 çocuk bulunmaktadır. Bu çocuklardan 2-6 yaş grubu 35 kız ve 35 erkek rastgele örnekleme ile seçilmiştir ve bu çocuklar için annelere ek l'de görülen anket uygulanmıştır. Ankette çocuğun fiziki gelişimi, gıda tüketimi, anne sütü alma durumu, doğumla ilgili özellikleri çocuğun geçirmiş olduğu hastalıklar, aşıları gibi bilgiler yer almaktadır. Ayrıca çocukların anket günü ve anket gününden önceki gün olmak üzere 2 günlük gıda tüketimleri kaydedilmiştir. Tüketilen besinler, bardak, kaşık, porsiyon vb. gibi ortalama ölçü olarak belirtilmiştir. Bu ölçülerin

gram olarak karşılıkları bir liste yardımıyla belirlenmiş ve gıda kompozisyon cetvellerinden (24) enerji ve besin öğeleri değerleri hesaplanmıştır.

Araştırmaya alınan çocukların ; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve kol çevresi gibi antropometrik ölçümleri yapılmıştır.

Ağırlık 0,250 kg'a duyarlı banyo baskülü ile, boy uzunluğu, kol çevresi ve baş çevresi ise 0,1 cm'e kadar ölçülen plastik mezüro ile ölçülmüştür.

Ağırlık ve boy değerlendirilmesi için O. NEYZİ büyüme persentil değerleri, Baş ve kol çevresi değerlendirilmesi için RENDA ve Arkadaşlarının baş ve kol çevresi standartları (1983), kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler için : Fisher Kesin Kikare Analizi, Kikare Yöntemi, Yates Kikare Testinden yararlanılmıştır.

## B U L G U L A R

Çoban çeşme bölgesinde yaklaşık 4000 nüfus yaşamaktadır. Araştırmaya alınan ailelerin çoğunluğu göçmen işçi ailelerdir. Aileler genellikle çekirdek ailedirler. Annelerin eğitim seviyesi ve ailenin sosyo-ekonomik düzeyleri de düşüktür (23). Bunlar arasında seçilen 2-6 yaş grubuna ait 35 kız ve 35 erkek toplam 70 çocuğun beslenme ve gelişimine ait bulgular aşağıdaki gibidir .

### 1- YAŞ DAĞILIMI VE AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU OLDUĞU

Araştırmaya alınan çocukların yaş dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Çocukların % 24,4'ü 2-3,5 , % 52,9'u 3,6-5 ve % 45,7'si 5,1-6,0 yaşları arasındadır.

Tablo 1 : ÇOCUKLARIN YAŞLARI

Y A Ş	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
2-3,5	7	(20,0)	10	(28,6)	17	(24,4)
3,6-5,0	17	(48,6)	20	(57,1)	37	(52,9)
5,1-6,0	11	(31,4)	5	(16,3)	16	(45,7)
Toplam	35	(100)	35	(100)	70	(100)



Çocukların ailelerinin kaçınıcı çocuğu olduğu Tablo 2'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi % 55,7'si ailelerin 1. çocuğu % 30'zu 2. çocuğu ve % 14,3'ü de 3. çocuğudur.

Tablo : 2 : KAÇINCI ÇOCUK

KAÇINCI ÇOCUK	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
1	20	(57,2)	19	(54,3)	39	(55,7)
2	12	(34,2)	9	(25,7)	21	(30,0)
3 ve üstü	3	(8,6)	7	(20,0)	10	(14,3)
Toplam	35	(100)	35	(100)	70	(100)

## 2- ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Çocukların ağırlıklarının persentil değerlere göre dağılımı Tablo 3 de gösterilmiştir. Buna göre çocukların %25,7'si 50. percentilin üzerinde, % 75,3'ü ise altındadır. Üçüncü percentilin altındaki çocuk oranı % 20' dir. Bu oran kızlarda erkeklere göre daha fazladır.

Tablo 3: DENEKLERİN AĞIRLIKLARI DAĞILIMI

PERCENTİLLER	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
< 3	4	(11,4)	10	(28,6)	14	(20,0)
3-10	5	(14,3)	5	(14,3)	10	(14,3)
10-25	8	(22,9)	9	(25,7)	17	(24,3)
25-50	4	(11,4)	7	(20,0)	11	(15,7)
50-75	6	(17,1)	2	(5,7)	8	(11,4)
75-90	1	(2,9)	-	-	1	(1,4)
90-97 ve üstü	7	(20,0)	2	(5,7)	9	(12,9)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Deneklerin boy uzunluğuna göre dağılımları Tablo 4'de gösterilmiştir. Boyların % 43,8'i 50. percentilin üzerinde, % 56,2'si ise 50. percentilin altındadır. Boyu 3. persentilin altında olan çocukların oranı % 18,6'dır. Yine kızların erkeklerden daha kısa olduğu dikkati çekmektedir.

Tablo 4 : DENEKLERİN BOYLARI DAĞILIMI

PERCENTİLLER	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
< 3	5	(14,3)	8	(22,9)	13	(18,6)
3-10	1	( 2,9)	4	(11,4)	5	( 7,2)
10-25	2	( 5,7)	9	(25,7)	11	(15,7)
25-50	7	(20,0)	4	(11,4)	11	(15,7)
50-75	7	(20,0)	5	(14,3)	12	(17,1)
75-90	8	(22,9)	3	( 8,5)	11	(15,7)
90-97 ve st	5	(14,2)	2	( 5,8)	7	(16,0)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Deneklerin baş çevrelerinin dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir. Çocukların % 60,0' nin baş çevresi 50-97 percentil arasındadır. 50. percentilin altında olanlar % 35,7'dir. % 64,3' ise 50. percentilin üzerindedir.

Tablo 5 : DENEKLERİN BAş ÇEVRELERİNİN DAĞILIMI

PERSENTİLLER	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
< 3	-	-	1	(2,9)	1	(1,4)
3-10	11	(31,4)	13	(37,1)	24	(34,3)
50-97	24	(68,6)	18	(51,4)	42	(60,0)
97 ve st	-	-	3	(8,6)	3	( 4,3)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 6 da deneklerin kol çevreleri dağılımına göre sınıflandırılmaları gösterilmiştir. Buna göre, çocukların hepsinin kol çevresi yaşlarına göre normal standartlardadır.

Tablo 6 : DENEKLERİN KOL ÇEVRELERİ DAĞILIMI

Normale göre üst kol çevresi (%)	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
<75 (Ağır bes. boz.)	-	-	-	-	-	-
75-80(Orta bes. boz)	-	-	-	-	-	-
81-85(Hafif bes.boz.)	-	-	-	-	-	-
>85 (Normal )	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 6a'da çocukların üst kol çevrelerinin baş çevrelerine oranlarının dağılımı gösterilmiştir. Buna göre çocukların %58,6 sı normal, %35,7 si ise hafif beslenme bozukluğundadır.

Tablo-6a ÇOCUKLARIN ÜST KOL ÇEVRESİ/BAŞ ÇEVRESİ DAĞILIMLARI

Üst Kol/Baş	Erkek		Kız		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
ğ.Bes.Boz) < 0,25	-	-	-	-	-	-
rt.Bes.Boz)0,25-0,28	-	-	-	-	-	-
aff.Bes.Bz)0,28-0,31	14	(40,0)	11	(31,4)	25	(35,7)
ormal) 0,31-0,35	18	(51,4)	23	(65,7)	41	(58,6)
işman) > 0,35	3	(8,6)	1	(2,9)	4	(5,7)
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>(100)</b>	<b>35</b>	<b>(100)</b>	<b>70</b>	<b>(100)</b>

### 3- DOĞUM AĞIRLIKLARI VE DOĞUMLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Çocukların doğum ağırlıkları Tablo 7 de gösterilmiştir. Bu veriler annelerden alınan retrospektif bilgilere dayalıdır. Deneklerin % 64,3'ü 2,6 -3,5 kg doğum ağırlığına sahiptir. Doğum ağırlığı 2,6 kg'dan daha az olanların oranı % 15,7 dir. Bu oran erkeklerde % 14,3, kızlarda % 17,1 dir.

Tablo 7 : DOĞUM AĞIRLIKLARININ DAĞILIMI

A Ğ I R L I K (Kg)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
2-2,5	5	(14,3)	6	(17,1)	11	(15,7)
2,6-3,5	19	(54,3)	26	(74,3)	45	(64,3)
3,6-4,5	9	(25,7)	3	( 8,6)	12	( 2,9)
4,6 ve üstü	2	(5,7)	-	-	2	( 2,9)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Ailelere doğumun nasıl olduğuna ait soru sorulduğunda alınan cevaplar Tablo 8 de özetlenmiştir. Buna göre annelerin % 94,2'si normal , % 4,4'ü forcepsle, % 1,4'ü sezeryenle doğum yapmışlardır.

Tablo 8 : DOĞUMUN NASIL OLDUĞU

Doğum Nasıl Oldu	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
NORMAL	33	(94,3)	33	(94,2)	66	(94,2)
FORCEPSLE	2	(5,7)	1	(2,9)	3	(4,4)
SEZERYENLE	-	-	1	(2,9)	1	(1,4)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Deneklerin doğumda geliş biçimleri Tablo 9 da gösterilmiştir. Buna göre deneklerin % 97,1'i baştan, % 1,4'ü ise makattan gelmiştir. Çocukların % 98,6'sı miadında doğmuştur. Prematüre doğum bildirilmemiştir. Ancak 1 erkek çocuğun geç doğduğunu belirtilmiştir (Tablo 10).

Tablo 9 : ÇOCUĞUN DOĞUMDA GELİŞ ŞEKLİ

GELİŞ ŞEKLİ	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
BAŞ	34	(97,1)	34	(97,1)	68	(97,1)
MAKAT	1	(2,9)	-	-	1	(1,4)
BİLMİYOR	-	-	1	(2,9)	1	(1,4)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 10 + ÇOCUĞUN DOĞUM ZAMANI

DOĞUMUN ZAMANI	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
MİADINDA	34	(97,1)	35	(100)	69	(98,6)
GEÇ	1	(2,9)	-	-	1	(1,4)
PREMATÜRE	-	-	-	-	-	-
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Deneklerin ailelerine doğumu nerede ve kimin yardımıyla yaptıkları sorulduğunda alınan cevaplar Tablo 11 de gösterilmiştir. Hastahannede doğum yapanların oranı % 48,5 dir. Evde veya hastahannede doktor veya ebe yardımıyla doğum yapanların oranı ise % 58,6 dir. Annelerin % 5,7'si ise yardımsız doğum yaptıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 11 : DOĞUMUN YERİ VE KİMİN YAPTIRDIĞI

DOĞUMUN YERİ VE KİMİN YAPTIRDIĞI	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Evde yardımsız	2	(5,7)	2	(5,7)	4	(5,7)
Evde komşu, akraba yardımıyla	4	(11,4)	9	(25,7)	13	(18,6)
Evde ebe ile	9	(25,8)	8	(22,9)	17	(24,3)
Evde Dr. ile	-	-	2	(5,7)	2	(2,9)
Hastahannede ebe ile	7	(20,0)	5	(14,3)	12	(17,1)
Hastahannede Dr. ile	13	(37,1)	9	(25,7)	22	(31,4)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 12 de çocukların doğdukları andaki sağlık durumları gösterilmiştir. Çocukların % 92,9'u doğdukları anda sağlıklı bulunmuştur. 2 çocukta fizyolojik sarılık, 2'sinde de morarma olduğu bildirilmiştir.

Tablo 12: DOĞDUKLARI ANDAKİ SAĞLIK DURUMLARI

SAĞLIKLI OLMA DURUMU	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
SAĞLIKLI	32	(91,4)	23	(94,3)	65	(92,9)
Fizyolojik Sarılık	2	(66,7)	-	-	2	(50,0)
Morarma	1	(33,3)	1	(100)	2	(50,0)
BİLMİYOR	-	-	1	(2,9)	1	(1,4)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

#### 4- ANNE SÜTÜYLE BESLENME VE EK GIDALARA GEÇME SÜRELERİ

Annelere anne sütü verme süreleri sorulduğunda, alınan cevaplar Tablo 13 de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi bebeklerini 12 aydan fazla emzirenlerin oranı % 35,7 dir. Annelerin % 72,9'u bebeklerini 4-6 aya kadar emzirmişlerdir. Sadece 2 çocuk hiç anne sütü alamamıştır.

Tablo 13 : ANNE SÜTÜ VERME SÜRESİ

SÜRE (AY)	ERKEK (x)		K I Z				T O P L A M					
	S	%	KS	%KS	S	%	KS	%KS	S	%	KS	%KS
12 ay üstü	12	(34,3)	12	(34,3)	13	(37,1)	13	(37,1)	25	(35,7)	25	(35,7)
10-12ay	6	(17,1)	18	(51,4)	3	(8,6)	16	(45,7)	9	(12,9)	34	(48,6)
7-9 ay	4	(11,4)	22	(61,9)	5	(14,3)	21	(60,0)	9	(12,9)	43	(61,4)
4-6 ay	4	(11,4)	26	(74,3)	4	(11,4)	25	(71,4)	8	(11,4)	51	(72,9)
1-3 ay	6	(17,1)	32	(91,4)	7	(20,0)	32	(91,4)	13	(18,6)	64	(91,4)
15 gün	2	(5,7)	34	(97,1)	2	(5,7)	34	(97,1)	4	(5,7)	68	(97,1)
Hiç almayan	1	(2,9)			1	(2,9)			2	(2,9)		
TOPLAM	35	(100)			35	(100)			70	(100)		
(x) S	: Sayı		(x) KS	: Kümülatif sıklık (birikimli Sıklık )								

Tablo 14 de anketle alınan bilgilere dayanılarak çocukların hiçbir ek gıda almadan yalnız anne sütüyle besledikleri süreler gösterilmiştir. Annelârin % 18,6'sı 1 ay, % 27,1'i 2-3 ay, % 15,7'si 4-5 ay ve % 20'si 6-7 ay bebeklerini sadece anne sütü ile beslediklerini bildirmişlerdir. 7 aydan daha uzun süre sadece anne sütü ile besleyenlerin oranı % 18,6' dır.



Tablo 14 : ÇOCUKLARIN YALNIZ ANNE SÜTÜ ALDIĞI SÜRE

SÜRE (AY)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
0-1 ay	7	(20,0)	6	(17,1)	13	(18,6)
2-3 ay	8	(22,9)	11	(31,4)	19	(27,2)
4-5 ay	7	(20,0)	4	(11,4)	11	(15,7)
6-7 ay	7	(20,0)	7	(20,0)	14	(20,0)
8-9 ay	-	-	2	(5,7)	2	(2,9)
10-11 ay	1	(2,9)	-	-	1	(1,4)
11 ayın üstü	5	(14,2)	5	(14,2)	10	(14,2)

#### 5 - VİTAMİN ALIMI VE AŞILANMA DURUMLARI

Tablo 15 de çocukların vitamin alıp almadığı ve aldıkları vitamin çeşitlerinin dağılımı gösterilmiştir. Görüldüğü gibi ; vitamin kullanan ve kullanmayanların oranı eşittir (38,5). En çok kullanılan vitaminler sırasıyla Dapta ve Vidaylin gibi multivitamin preparatlarıdır. Sadece 2 bebek yalnız D vit, 2 bebekte Bebecal ve 1 bebek Cal-De-Ce almışlardır.

Tablo 15 : VİTAMİN ALMA DURUMU VE ÇEŞİTLERİ

VİTAMİN ALMA DURUMU	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
VİTAMİN ALAN	14	(40,0)	13	(37,1)	27	(38,5)
Vidaylin	3	(8,6)	7	(20,0)	10	(28,6)
Dapta	9	(25,7)	7	(20,0)	16	(45,7)
D Vit.	2	(5,7)	-	-	2	(2,9)
Bebecal	1	(2,9)	1	(2,9)	2	(2,9)
Cal-De-Ce	1	(2,9)	-	-	1	(1,4)
VİTAMİN ALMAYAN	9	(25,7)	18	(51,5)	27	(38,5)
HATIRLAMAYAN	12	(34,3)	4	(11,4)	16	(22,9)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 16 da deneklerin aşılama durumları gösterilmiştir. Tüm aşıları olan deneklerin % 14,3'dür. Hiç aşı olmayanlar ise % 25,7'i oluşturmaktadır. Bebeklerin 3'ünün aşı olup olmadığı bilinmemektedir.

Tablo 16 : AŞI OLMA DURUMU

AŞILANMA DURUMU	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
Tüm aşıları olan(x)	6	(17,1)	4	(11,5)	10	(14,3)
BCG	22	(62,7)	18	(51,4)	40	(57,1)
DPT						
1.	18	(51,4)	15	(42,9)	33	(47,1)
2.	15	(42,9)	9	(25,7)	24	(34,3)
3.	12	(34,3)	9	(25,7)	21	(30,0)
POLİO						
1.	18	(51,4)	13	(37,1)	31	(44,3)
2.	17	(48,6)	9	(25,7)	26	(37,1)
3.	13	(37,1)	10	(28,6)	23	(32,9)
KIZAMIK	10	(28,6)	8	(22,9)	18	(25,7)
Hiç aşı olmayan	6	(17,1)	12	(34,3)	18	(25,7)
Bilmiyor	-	-	3	(8,6)	3	(4,3)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

(x) 3 DPT + 3 Polio + Kızamık

6 - İSHAL VE İSHALİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Çocukların son 1 yıldaki ishal olma durumu Tablo 17 de gösterilmiştir. Buna göre; çocukların % 87,1'i son 1 yılda ishal olmuştur. İshal olanların % 57,4'ünün olma sıklığı 1-2 kezdir. Çocukların % 12,9'u ise son 1 yılda hiç ishal olmamıştır.

Tablo 17 : SON 1 YILDAKİ İSHAL DAĞILIMI

SIKLIK	ER K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
İSHAL OLANLAR	30	(85,7)	31	(88,6)	61	(87,1)
1-2 kez	18	(60,0)	17	(54,8)	35	(57,4)
3-4 kez	7	(23,3)	5	(16,1)	12	(19,7)
5-6 kez	5	(16,7)	6	(19,4)	11	(18,0)
6 kez ve üstü	-	-	3	(9,7)	3	(4,9)
İSHAL OLMAYANLAR	5	(14,3)	4	(11,4)	9	(12,9)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Çocukların ailelerine, çocuklar son ishal olduklarında bir şey yapıp yapmadıkları sorulduğunda alınan cevaplar Tablo 18 de gösterilmiştir. Eczaneden ishal için ilaç aldığını bildirenlerin oranı % 60'dır. Çocukların % 20'si ishal tedavisi için özel doktora götürülmüştür. Sadece 1 çocuk da ORT kullanılmıştır. 2 çocuk hastahane de tedavi görmüş, 4 çocuğa da evde ORT uygulanmıştır. Çocukların % 51,4'üne ishal olduklarında diyet uygulandığı bildirilmiştir.

Tablo 18 : SON İSHAL OLDUĞUNDA BİRŞEY YAPILIP  
YAPILMADIĞI VE YAPILAN TEDAVİ

UYGULAMA	ER K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
YAPANLAR	21	(60,0)	14	(40,0)	35	(50,0)
Eczaneden ilaç	12	(57,1)	9	(64,3)	21	(60,0)
ORT	1	(4,8)	-	-	1	(2,9)
Özel doktor	5	(23,8)	2	(14,3)	7	(20,0)
Hastane	-	-	2	(14,3)	2	(5,7)
Evde ORT	3	(14,3)	1	(7,1)	4	(11,4)
DİYET UYGULAYAN	19	(54,3)	17	(48,6)	36	(51,4)
NE İLAÇ NE DE DİYET UYGULAYANLAR	11	(31,4)	14	(40,0)	25	(35,7)
DİĞER	3	(8,6)	7	(20,0)	10	(14,3)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 19' da çocuklar ishal olduğunda yapılan diyet tedavisi hakkında bilgi verilmiştir. Aileleri % 52,8'i ishalde çocuklarına yoğurt, patates ve lapa verdiklerini bildirmişlerdir. % 22,2'si ishal olduğu dönemde çocuklarına yağlı yiyecek vermemişler ve % 13,9'u da Çay-kahve vermişlerdir.

Tablo 19 : İSHALDE UYGULANAN DİYET TEDAVİSİ

UYGULANAN DİYET TEDAVİSİ	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
Çay- Kahve	4	(21,0)	1	(5,9)	5	(13,9)
Patates-Lapa-Yoğurt	8	(42,1)	11	(64,7)	19	(52,8)
Yağlı vermeyen	4	(21,0)	4	(23,5)	8	(22,2)
Leblebi	-	-	1	(5,9)	1	( 2,8)
Ayran- Çay	3	(15,9)	-	-	3	( 8,3)
TOPLAM	19	(100)	17	(100)	36	(100)

#### 7- GEÇİRİLEN HASTALIKLAR

Tablo 20 de çocukların geçirdiği alt solunum yolu hastalıkları gösterilmiştir. Buna göre ; çocukların % 30'u alt solunum yolu hastalığı geçirmiştir. Çocukların % 71,4'ünde bronşit % 28,6'ında zatürre görülmüştür. Alt solunum yolu hastalıklarına erkeklerde kızlardan daha fazla rastlanmıştır ( % 42,9).

Tablo 20 : ÇOCUKLARIN GEÇİRDİĞİ ALT SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

ALT SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
GEÇİRENLER	15	(42,9)	6	(17,2)	21	(30,0)
Zatürre	4	(26,7)	2	(33,3)	6	(28,6)
Bronşit	11	(73,3)	4	(66,7)	15	(71,4)
GEÇİRMİYEN	20	(57,1)	29	(82,8)	49	(70,0)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 21 de çocukların geçirdiği üst solunum yolu hastalıkları yer almaktadır. Çocukların % 92,9'u üst solunum yolu hastalığı geçirmiştir. 6 defadan fazla grip geçiren çocuk oranı % 26,4 iken 6 defadan fazla anjin geçiren çocuk oranı % 33,3'dür.

Tablo 21 : ÇOCUKLARIN GEÇİRDİĞİ ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
GEÇİREN	35	(100,0)	30	(85,7)	65	(92,9)
GRİP	27	(77,1)	26	(86,7)	53	(81,5)
1-2 kez	4	(14,8)	8	(30,8)	12	(22,6)
3-4 kez	9	(33,3)	10	(38,5)	19	(35,9)
5-6 kez	5	(18,6)	3	(11,5)	8	(15,1)
6'nın üstü	9	(33,3)	5	(19,2)	14	(26,4)
ANJİN	8	(22,9)	4	(13,3)	12	(18,5)
1-3 kez	4	(50,0)	2	(50,0)	6	(50,0)
4-6 kez	-	-	2	(50,0)	2	(16,7)
6'nın üstü	4	(50,0)	-	-	4	(33,3)
GEÇİRMEYEN	-	-	5	(14,3)	5	(7,1)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Çocukların geçirdiği diğer hastalıklar Tablo 22 de özetlenmiştir. Kızamık geçirenlerin oranı % 37,1, Kabakulak geçirenlerin ise % 14,3'tür. 2 çocuğun sarılık geçirdiği bildirilmiştir. Havale geçirenler % 18,6 'dır. Ailelerin %58,6'sı çocuklarında yüksek ateş olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 22 : GEÇİRİLEN DİĞER HASTALIKLAR

HASTALIKLAR	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
SARILIK	-	-	2	(5,7)	2	(2,9)
KIZAMIK	11	(31,4)	15	(42,9)	26	(37,1)
KABAKULAK	7	(20,0)	3	(8,6)	10	(14,3)
HAVALE	8	(22,9)	5	(14,3)	13	(18,6)
1-2 kez	5	(62,5)	5	(100)	10	(76,9)
3-4 kez	1	(12,5)	-	-	1	(7,7)
4' ün üstü	2	(25,0)	-	-	2	(15,4)
YÜKSEK ATEŞ	23	(65,7)	18	(51,4)	41	(58,6)
1-2 kez	9	(39,1)	5	(27,8)	14	(34,1)
3-4 kez	5	(21,7)	5	(27,8)	10	(24,4)
5-6 kez	1	(4,4)	3	(16,6)	4	(9,8)
6'nın üstü	8	(34,8)	5	(27,8)	13	(31,7)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 23 de çocukların geçirdiği paraziter enfeksiyonlar gösterilmiştir. Çocukların % 28,6'sı paraziter enfeksiyon geçirmiştir. 3 çocukta devamlı parazit enfeksiyonu olduğu bildirilmiştir.

Tablo 23 : PARAZİTER ENFEKSİYONLAR(Enfestasyonlar)

PARAZİT ENFEKSİYONU	ERKEK S	%	KIZ S	%	TOPLAM S	%
Parazit enfeksiyonu olmayan	21	(60,0)	19	(54,3)	40	(57,1)
Parazit enfeksiyonu olan	8	(22,9)	12	(34,3)	20	(28,6)
1-2 kez	5	(62,5)	8	(66,6)	13	(65,0)
3-4 kez	2	(25,0)	2	(16,7)	4	(20,0)
Devamlı	1	(12,5)	2	(16,7)	3	(15,0)
Cevapsız	6	(17,1)	4	(11,4)	10	(14,3)

8 - SAĞLIK DURUMU VE ÇOCUĞUN İSTENİP İSTENMEDİĞİNE  
AİT BULGULAR

Tablo 24 de çocukların genel sağlık durumları gösterilmiştir. Görüldüğü gibi çocukların % 51,5'i sağlıklıdır. Ara sıra hasta olanlar % 76,5 ve sık sık hasta olanlar % 23,5'tir

Tablo 24 : GENEL SAĞLIK DURUMLARI

SAĞLIK DURUMU	ERKEK S	%	KIZ S	%	TOPLAM S	%
SAĞLIKLI	13	(37,1)	23	(65,7)	36	(51,5)
SAĞLIKSIZ	22	(62,9)	12	(34,3)	34	(48,5)
Sık sık hasta olan	5	(22,7)	3	(25,0)	8	(23,5)
Arasıra hasta olan	17	(77,3)	9	(75,0)	26	(76,5)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)



Tablo 25 te çocukların şu andaki sağlık durumları gösterilmiştir. Çocukların % 81,4'ü sağlıklı % 18,6'sı sağlıksız - dir. Sağlıksız olanlarda ; ayakta sakatlık, bronşit, kabakulak, ishal, anjin vb. gibi hastalıklar bulunmuştur. İshal görülme oranı % 30,8'dir.

Tablo 25: ŞU ANDAKI SAĞLIK DURUMUNUN DAĞILIMI

SAĞLIK DURUMU	ER K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
SAĞLIKLI	29	(82,9)	28	(80,0)	57	(81,4)
SAĞLIKSIZ	6	(17,1)	7	(20,0)	13	(18,6)
Ayak sakat	-	-	1	(14,3)	1	(7,7)
Bronşit	1	(16,7)	1	(14,3)	2	(15,3)
Kalbi delik	1	(16,7)	-	-	1	(7,7)
İshal	1	(16,7)	3	(42,8)	4	(30,8)
Anjin	2	(33,2)	1	(14,3)	3	(23,1)
Kabakulak	-	-	1	(14,3)	1	(7,7)
Ayakta yanık	1	(16,7)	-	-	1	(7,7)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Çocukların sağlık kontrolü olup olmadığı sorulduğunda alınan cevaplar Tablo 26 da gösterilmiştir. Sağlık kontrolü olmayanlar çocukların % 82,9'unu kapsamaktadır.

Tablo 26 : SAĞLIK KONTROLÜNÜN VARLIĞI

SAĞLIK KONTROLÜ	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
SAĞLIK KONTROLÜ OLMAYAN	28	(80,0)	30	(85,7)	58	(82,9)
SAĞLIK KONTROLÜ OLAN	7	(20,0)	5	(14,3)	12	(17,1)
1-2 kez	1	(14,3)	1	(20,0)	2	(16,7)
3-4 kez	2	(28,6)	-	-	2	(16,7)
5 ve üstü	1	(14,3)	4	(80,0)	5	(41,6)
Her ay	3	(42,8)	-	-	3	(25,0)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 27 de ailelerin çocukları isteyerek yapıp yapmadığı gösterilmiştir. Annelerin % 81,4'ü çocuklarını isteyerek yaptığını, % 18,6 'sı ise istemeyerek yaptığını belirtmişlerdir.

Tablo 27 : ÇOCUĞUN İSTEYEREK OLUP OLMADIĞI

NASIL YAPTIĞI	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
İSTEYEREK	27	(77,1)	30	(85,7)	57	(81,4)
İSTEMEYEREK	8	(22,9)	5	(14,3)	13	(18,6)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

### 9. - NÖROMOTOR GELİŞİM

Tablo 28 de çocukların nöromotor gelişim ölçütlerinden biri olan oturma süreleri gösterilmiştir. Çocukların % 72,9'u 6-8 ayda oturmuştur. 6 aydan önce oturan % 21,4'üdür. 8 aydan sonra oturan ise % 4,3'tür.

**Tablo 28 : ÇOCUKLARIN OTURMA SÜRELERİ**

S Ü R E ( AY)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
6 aydan önce	6	(17,1)	9	(25,7)	15	(21,4)
6 - 8 ay	26	(74,3)	25	(71,4)	51	(72,9)
8 aydan sonra	2	(5,7)	1	(2,9)	3	(4,3)
BİLMİYOR	1	(2,9)	-	-	1	(1,4)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 29 da çocukların diş çıkarma süreleri gösterilmiştir. 5. aydan evvel diş çıkaranlar % 5,7'dir. Çocukların % 92,9'u 5 aydan sonra diş çıkarmıştır. Ailelerin % 1,4'ü çocuklarının diş çıkarma süresini bilememiştir.

**Tablo 29 : DIŞ ÇIKARMA SÜRELERİ**

SÜRE (ay)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
5 aydan evvel	1	(2,9)	3	(8,6)	4	(5,7)
5-10 aylık	27	(77,1)	28	(80,0)	55	(78,6)
11 ay ve üstü	7	(20,0)	3	(8,6)	10	(14,3)
Bilmiyor	-	-	1	(2,9)	1	(1,4)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 30 da çocukların yürüme zamanları gösterilmiştir. 12 aydan önce yürüyenler % 14,3' dür. Çocukların % 77,1'i 12-15 aylık yürümüştür. 15 aydan sonra yürüyenler ise % 8,6' dır.

Tablo 30 : ÇOCUKLARIN YÜRÜME ZAMANLARI

S Ü R E (ay)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
12 aydan önce	4	(11,4)	6	(17,1)	10	(14,3)
12-15 ay	27	(77,2)	27	(77,2)	54	(77,1)
15 ayın üstü	4	(11,4)	2	( 5,7)	6	( 8,6 )
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

#### 10- GIDA TÜKETİMİ

Çocukların günlük aldıkları kaloringin standartlara göre dağılımı Tablo 31 de gösterilmiştir. Buna göre yeterinden çok kalori alanlar % 7,1 ve yeterinden az alanlar % 55,7'dir.

Tablo 31 : KALORİ ALIMI

MİKTAR (CAL)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
YETERSİZ (1200'ün altı)	17	(48,6)	22	(62,8)	39	(55,7)
SINIRDA (1200-1300 )	6	(17,1)	2	( 5,7)	8	(11,4)
YETERLİ (1301-1700)	10	(28,6)	8	(22,9)	18	(25,8)
FAZLA (1700'ün üstü)	2	( 5,7)	3	( 8,6)	5	( 7,1)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tablo 32 de çocukların günlük protein alımlarının standartlara göre dağılımı gösterilmiştir. Deneklerin % 80,0 'inin günlük protein alımı normalin üzerindedir. Yeterli protein alanlar % 10,0'dur. Normalden az protein alan ise % 5,7'dir. Kızların günlük protein alımının erkeklerle göre daha yeterli olduğu görülmektedir ( %14,3).

Tablo 32 : PROTEİN ALIMI

M İ K T A R (Gr)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
Yetersiz ( 22'nin altı)	3	(3,6)	1 (2,9)		4 (5,7)	
Sınırdaki (22-25)	1	(2,9)	2 (5,7)		3 (4,3)	
Yeterli (26-30)	2	(5,7)	5 (14,3)		7 (10,0)	
Fazla (30'un üstü)	29	(82,8)	27 (77,1)		56 (80,0)	
TOPLAM	35	(100)	35 (100)		70 (100)	

Çocukların günlük kalsiyum alımlarının dağılımı Tablo 33 de gösterilmiştir. Kalsiyum alımı yetersiz olanlar % 55,6'dır. 1 kız denek normalden fazla almıştır.

Tablo 33 : KALSİYUM ALIMI

M İ K T A R (mg)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
Yetersiz ( 400'ün altı)	21	(60,0)	18 (51,3)		39 (55,6)	
Sınırdaki (400-500)	7	(20,0)	8 (22,9)		15 (21,5)	
Yeterli (501-800)	7	(20,0)	8 (22,9)		15 (21,5)	
Fazla (800'ün üstü)	-	-	1 ( 2,9)		1 (1,4)	
TOPLAM	35	(100)	35 (100)		70 (100)	

Tablo 34 de çocukların günlük demir alımı gösterilmiştir. Bunlardan % 75,7'si yetersiz demir almaktadır. Demir alımı yeterli olanlar ise % 7,2'dir. Normalden fazla alanlarda % 5,7'dir.

Tablo 34 : DEMİR ALIMI

M İ K T A R (Mg)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
Yetersiz (10'un altı)	26	(74,3)	27	(77,1)	53	(75,7)
Sınırdaki (10-12)	3	(8,6)	5	(14,3)	8	(11,4)
Yeterli (13-15)	4	(11,4)	1	(2,9)	5	(7,2)
Fazla (15'in üstü)	2	(5,7)	2	(5,7)	4	(5,7)
TOPLAM	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Deneklerin günlük gıda tüketimi kapsamında, aldıkları A vitamini dağılımı Tablo 35 de görülmektedir, Çocukların % 50,0 si ihtiyaktan fazla A vitamini almıştır. İhtiyaktan az A vitamini alanlar ise, % 35,7'dir.

Tablo 35 : A VİTAMİNİ ALIMI

M İ K T A R ( I.U.)	E R K E K		K I Z		T O P L A M	
	S	%	S	%	S	%
Yetersiz (2000'nin altı)	13	(37,1)	12	(34,3)	25	(35,7)
Yeterli (2000-5000)	4	(11,5)	6	(17,1)	10	(14,3)
Fazla (2500'ün üstü)	18	(51,4)	17	(48,6)	35	(50,0)
T O P L A M	35	(100)	35	(100)	70	(100)

Tüm aşıları olanlar ve hiç aşı olmayanlarda, enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı Tablo 36 da gösterilmiştir. Buna göre tüm aşılarını olanlarda enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı % 20 iken bu oranın aşı olmayanlarda % 66,7 yükseldiği görülmektedir. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 36 : AŞILANMA VE ENFEKSİYON HASTALIKLARI

A Ş I Enfeksiyon	Tüm aşılarını Olanlar		Hiç Aşı Olmayanlar		T o p l a m	
	S	%	S	%	S	%
Enfeksiyon Hastalığı görülenler	2	(20,0)	12	(66,7)	14	(50,0)
Enfeksiyon Hastalığı görülmeyenler	8	(80,0)	6	(33,3)	14	(50,0)
TOPLAM	10	(35,7)	18	(64,3)	28	(100)

$$\chi^2 : 3,8889$$

$$Sd : 1$$

$$P < 0,05$$

Günlük diyetteki demir alımı ile enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı arasındaki ilişki Tablo 37 de görülmektedir. Bu değerler arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 37 : DEMİR ALIMI VE ENFEKSİYON HASTALIKLARI

A Ş I Enfeksiyon	Demiri yeterli Alanlar		Demiri yetersiz Alanlar		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Enfeksiyon hastalığı görülenler	8	(88,9)	53	(86,9)	61	(87,1)
Enfeksiyon hastalığı görülmeyenler	1	(11,1)	8	(13,1)	9	(12,9)
TOPLAM	9	(12,9)	61	(87,1)	70	(100)

$$P > 0,05$$

Tablo 38 de çocukların anne sütü alma süreleri ile son ölçülen ağırlıklarının persentil olarak değerleri gösterilmiştir. Bu değerler arasındaki ilişki istatistiksel yönden anlamlı değildir.

Tablo 38 : ANNE SÜTÜ VE SON ÖLÇÜLEN AĞIRLIKLARI

Anne sütü Persentil	6 aydan az alanlar		6 aydan çok alanlar		T o p l a m	
	S	%	S	%	S	%
50'nin altı	17	(70,8)	32	(72,7)	49	(72,1)
50 ve üstü	7	(29,2)	12	(27,3)	19	(27,9)
TOPLAM	24	(35,3)	44	(64,7)	68	(100)

$$x^2 : 0,0277$$

$$Sd: 1$$

$$P > 0,05$$

Çocukların doğum ağırlıkları ile sonradan kazandıkları ağırlıkları arasındaki ilişki Tablo 39 da gösterilmiştir. Bu değerler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 39 : DOĞUM AĞIRLIKLARI VE SONRADAN KAZANILAN AĞIRLIK

Doğum ağırlığı (Per) Sonradan kazanılan ağırlık(Per)	3.Per.altı		3.ve 3.Per.üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
50. persentil altı	12	(85,7)	39	(69,6)	51	(72,9)
50. persentil ve üstü	2	(14,3)	17	(30,4)	19	(27,1)
Toplam	14	(20,0)	56	(80,0)	70	(100)

$$x^2 : 0,7630$$

$$Sd: 1$$

$$P > 0,05$$



## T A R T I Ő M A

Her yaş ve her durumda, Sağlık Sorunlarının temelini oluşturan beslenme, çocukluk çağında özellikle hayatın ilk yıllarında yaşamsal önem taşır.

2-6 yaş dönemi, psikomotor gelişimin doruğa ulaştığı bir dönem olduğundan, bu dönemde özellikle göz önünde bulundurulması gereken bazı hususlar vardır. Bu dönemde çocukların büyüme hızı azalır. Fakat sosyál hareketlilikleri arttığı için, besin öğeleri gereksinimleri de artar.

Çobanęeşme bölgesinde 2-6 yaş grubu 70 çocuk üzerinde yaptığımız bu çalışmada çocuklar ağırlık ve boy uzunluğuna göre değerlendirildiğinde, 25-50'inci persentilin altında ağırlık sahibi olan çocuklar % 74,3'tür. Çocuklardan 25-50'inci persentilin altında boy uzunluğuna sahip olanlar % 57,2'dir. Yani çocuklar yaşa göre boy ve ağırlıkça kısa ve zayıftırlar. Ayrıca kızların erkeklere göre boyları daha kısa olduğu dikkati çekmektedir.

Beslenme ile büyümenin ilişkisini açıklıkla ortaya sermek güçtür. Çünkü araya birçok başka faktör daha girer. Büyümede duraklama ancak ileri malnütrisyonunda görülür. Bu hallerde diyetin düzenlenmesi ile büyüme eski hızına ulaşacaktır. Bu konudaki enteresan örneklerden biri, ABD'de doğup büyümüş Japonların Japon'yada yaşayanlardan daha uzun olmalarıdır (25). Haiti'deki bir diğer çalışmada beslenme programları düzenlenen çocukların

boy kısalıklarının giderildiği gösterilmiştir (26).

Ayrıca tek yumurta ikizlerinden ayrı ortamda büyüyenler arasında önemli boy farklılıkları olduğu görülmüştür. Bu farklılıkları çevresel faktörler ve en başta da beslenme oluşturmaktadır. Bu olgunun diğer farklılıkları arasında, yetersiz beslenen toplulukların boyca kısa olmaları, ırksal açıdan homogen dağılım gösteren toplumlarda sosyoekonomik düzey ile ortalama boy arasındaki doğru orantı sayılabilir (27).

Hindistan'da yapılmış bir araştırmada 2-5 yaş grubu çocuklarda % 40'a varan oranlarda boy kısalığı, % 47 oranında ağırlık defisiti bulunmuştur (28).

Boy uzunluğuna yetersiz beslenmenin olumsuz etkisi, genellikle uzun süreli bir malnütrisyon sonucudur. Oysa beslenme yetersizlikleri ağırlık üzerine daha erken etki etmektedir. Uzun süreli beslenme yetersizlikleri ise boy ve ağırlıkça geri kalmaya yol açar. Bir diğer deyişle boy defisiti eski bir malnütrisyonu işaret eder (29). Çalışmamızda da çocuklarımızın yaşa göre ağırlıklarının, yaşa göre boy uzunluklarından daha az olduğu dikkati çekmektedir. Bu da çocuklar arasında kronik malnütrisyonlu bir vak'a bulunmadığını gösterir kanıttır.

Ayrıca Krynauw ve arkadaşları (1983) yaptıkları araştırmada boyca kızlarla erkekler arasında bizim çalışmamızdaki benzer şekilde kızlar aleyhine bir sonuç elde etmişlerdir. Bu fark 24 aylığın altındakilerde daha belirgin bulunmuştur (30).

Tomkins (1981) ise Nijerya'nın kırsal kesimlerindeki çocuklarda boy kısalığına 1/3 oranında rastladığını bildirmektedir (31).

Bursa büyüme standartlarının kullanıldığı bir çalışmada, Köksal ve Soyuer (1967) 2-4 yaş arasında büyüme ve

gelişme geriliğinin % 40 oranına ulaştığını göstermişlerdir (32).

Baş çevresi ölçülerinde baş çevreleri , 50-97'inci persentiller arasında çoğunlukta bulunmuştur. 3-50'inci persentilin altındakiler grubun % 35,7'sini oluşturmaktadır. Ancak % 64,3'ünün 50-97'inci persentilin üzerinde olduğu dikkati çekmektedir. Buna göre çocukların baş çevresi ölçülerinin standartlara uygun olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki çocukların kol çevreleri yaşlarına göre normal değerlerde bulunmuştur. Orta kol çevresi standartları, yaşa bağımlı olmakla beraber 2-5 yaş arasında nispeten sabit kalmaktadır (25).

Dzajayery ve arkadaşları (1983) Mahabad(Azerbeycan) içinde yaptıkları çalışma da orta kol çevresi ile boy ve ağırlık arasında güvenilir bir ilişki bulamamış ve bunu orta kol çevresi ölçümündeki hata payının yüksekliğine bağlamışlardır (29).

Çalışmamızda da çocukların ağırlıkları genelde düşük olmasına rağmen orta kol çevreleri yaşa göre standartlara uygun boyutlarda bulunmuştur.

\* (47 a)

Çocukların gelişimini takip etmek yönünden doğum ağırlığının bilinmesi önemli bir kriter olmaktadır. Çalışmamız kapsamındaki çocuklar içinde düşük doğum ağırlığına sahip olanlar % 15,7'dir. % 64,3'ü ise 2,5-3,5 kg doğum ağırlığına sahiptirler. Ancak yaptığımız çalışmada doğum ağırlıklarına ait veriler annelerden alınan retrospektif bilgilere dayandığından hata payı yüksek olabilir.

Demirkol ve arkadaşları İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Kürsüsüne ait doğum servisinde doğan bebekler arasında yaptıkları araştırma sonucu, miadında yeni doğanlarda ortalama doğum ağırlığını, 3,284 kg civarında bulmuşlardır (33).

\* Buna karşılık çocuklarımızın üst kol çevrelerinin baş çevrelerine oranlarına baktığımızda %58,6 sinin normal, %35,7 sinin ise hafif beslenme bozukluğunda olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuç; çocukların gelişim değerlendirilmesinde yalnız üst kol çevresinin etkili olmadığını bunun yanında üst kol çevresinin baş çevresine oranında bakılması gerektiğini göstermektedir.

Düşük doğum ağırlıklı çocukların postnatal büyüme persentillerinin dışında kalır. Bu farklılık baş çevresi için 1,5 yaş, ağırlık için 2 yaş ve boy için 3,5 yaşa değin sürer. Bu farklılıklar düzeltilmiş yaş uygulaması yapılırsa da var olabilir. Boy farkının kapanmasının 10 yaşa kadar sürebildiği de gösterilmiştir (27).

Doğuşlarından 7 yaşına kadar izlenen siyahi çocuklarda doğum ağırlıkları ile son ölçülen ağırlıkları arasında pozitif bir korelasyon ve boy uzunluğu açısından ise ters bir ilişki gösterilmiştir (34).

Doğumun nerede ve kimin gözetiminde yapıldığı sorulduğunda, hastanede Dr. veya ebeyle yapanların % 48,5 , evde Dr. veya ebeyle yapanların % 27,2, evde komşu veya akraba yardımıyla yapanların % 18,6 ve evde yardımsız yapanların ise % 5,7 olduğu görülmüştür.

Doğum sonrası bakım çocuk için hayati önem taşır. Doğumların sağlık personeli olmadan yapılması, çocuk için risk teşkil edebilir. Sağlık hizmetlerinin ve aile eğitiminin yetersizliği, doğumun sağlıksız olmasına ve çeşitli doğum sonrası komplikasyonların oluşmasına neden olabilir. Araştırmamızda da annelerin ancak % 24,3'ü sağlık personeli olmadan doğum yapmışlardır.

Annelere çocukların doğdukları andaki sağlık durumları sorulduğunda alınan cevaplara bakıldığında, % 92,9 annenin çocuklarının doğduklarında sağlıklı olduklarını bildirdikleri görülmektedir. Görüldüğü gibi, sağlık personeli ile doğum yapanların çoğunlukta olması (% 75,7) doğumların büyük çoğunluğunun sağlıklı olması ile doğru orantılı olmaktadır.

Çocukların ilk aylardaki beslenme şekli, anne sütü ile beslendikleri süre ve ek gıdalara başlama sürelerine baktığımızda ; anne sütünü 12 aydan fazla alanların % 35,7 , 4-6 aya

kadar anne sütü ile beslenenlerin de % 72,9 olduğu saptandı.

Tek başına anne sütü verdikleri süre dağılımında ; altı aya kadar yalnız anne sütü verenler % 61.5 ve 7 aydan uzun verenler ise % 18,6 oranında bulunmuştur. Çalışmamızda görüldüğü gibi, anne sütü tek başına (ek gıdasız) uzun süre verildiği halde, anne sütü verme süresi kısadır.

Anne sütünü uzun süre verenlerin bulunması ailelerin bilgi düzeyi ve yöresel adetlerine bağlı olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca bu veriler annelerden alınan retrospektif bilgilere dayandığından hata olasılığı yüksek olabilir.

En ideal şekli bebeğin 4-6 aya kadar yalnızca anne sütü ile beslenmesi ve ek gıdalara bu aydan sonra başlanmasıdır. Ek gıdalara başlama asla 8 aydan sonraya bırakılmamalıdır. Çocukların büyük bir bölümünün memeden ya çok erken ya da geç kesildiği ve bununla kötü beslenme ve enfeksiyon riskini arttırdığı gözlenmiştir (35).

Anne sütünü uzun süre alanlarda veya hiç anne sütü almayanlarda beslenme ve gelişime ait bazı sorunlar görülebilir. Anne sütünün gerek içerdiği besin öğeleri, gerekse hastalıklara karşı koruma açısından önemi büyüktür. Besleyici ve koruyucu üstünlükleri yanında ; temiz olması daima aynı ısıda bulunması, her zaman hazır olup psikolojik doyumu sağlaması da anne sütünün mutlaka vurgulanması gereken özelliklerindedir (36).

Yaşamın ilk 4-6 ayı boyunca bebek kendisine gerekli yiyecek ve içecek besinleri anne sütünden alır. Yoksul bir çevrede yaşayan ve biberonla beslenen 6 aydan küçük bir bebeğin aynı yaştaki emzirilen başka bir bebeğe kıyaslanan hastalanma ve ölme olasılığı 3 kat daha fazladır (35).

Anne sütü verme süresi ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada İstanbul'un bir mahallesinde yaşayan 96 Türk anne

ve Stockholm'de yaşayan 30 Türk anne arasında anne sütü verme süresi bakımından fark bulunmuştur. Stockholm'deki göçmen Türk ailelerin beslenme şeklinin İsveç toplumuna benzediği yani emzirme süresinin daha düşük olduğu görülmüştür (37).

Bu çalışma anne sütünü verme süresine etki eden faktörlerin içinde, geleneklerin ve çevre şartlarınının da yer aldığını gösterir iyi bir örnektir.

14-38 aylık çocuklarda yapılan anket araştırmasına göre anne sütü ile ortalama besleme süresi 5-7 ay olarak bulunmuştur (38).

Anne sütünün besleyici özelliği dolayısıyla kesildikten sonra ki ek gıdalara geçme şekli büyük önem taşır. Eğer anne sütü kesildikten sonra uygun ek gıdalar verilmezse, büyüme ve gelişmede duraklama hatta gerileme görülebilir. Gelişimin ölçütlerinden olan boy ve ağırlık gibi ölçümlerde de değişme olabilir. Buna örnek olarak, Denverde ki Colorado Üniversitesi Büyüme ve Ebeveyn Kliniğinde yapılan bir çalışma gösterilebilir. Bu kliniğe başvuran 13-19 aylık 4 çocuk incelenmiş ve ilk 12 ayda sadece anne sütü ile beslendikleri ve sütü kesmeye başladıktan sonra ağırlık kaybının geliştiği gösterilmiştir (39).

Yine Duncan ve arkadaşları 6 ay tamamen meme ile beslenen bebeklerde Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi Standartları ile kıyaslandığında normalin üzerinde kilo artışı bulmuşlardır (40).

Çocukların ağızdan vitamin alıp almadıkları ve çeşitlerinin dağılımında, alan ve almayanlar eşit oranda görülmektedir. Çocuğun gelişiminde ek olarak aldığı vitaminlerin de etkisi olacağından vitamin kullanıp kullanmadığı ve çeşidinin bilinmesi önemlidir. Çalışmamızda en çok kullanılan vitamin türü Vidaylin ve Dapta gibi Multivitamin preparatlarıdır.

Çocuklarda aşı olma durumu ve ona bağlı olarak oluşan enfeksiyon hastalıklarına baktığımızda, aşılarını tümüyle yaptıran çocuk oranı % 14,3'tür. Pek çok çocuğun (% 60) aşısı eksiktir. Aşı yapılmayan çocuk oranı % 25,7'dir.

Aşı, özellikle çocuklarda çeşitli enfeksiyon hastalıklarından korunmak açısından primer koruyucu bir sağlık hizmetidir. Aşı kampanyalarının daha yaygın ve etkin bir şekilde yurdun her yerinde yapılmasını da büyük yarar vardır.

Aşı yaptırmayanların oranının yüksekliği yörenin sos-yokültürel düzeyi ve bölgeye götürülen sağlık hizmetlerinin yetersizliği ile yakından ilişkili olsa gerekir. Nitekim, araştırmanın yapıldığı dönemde bölgede herhangi bir sağlık hizmeti mevcut değildi.

Bu çalışmada aşı olanlar ile enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hiç aşı olmayanlarda enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı yüksek bulunmuştur (% 86,7)

Geçirdiği enfeksiyon hastalığının olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmak, hastalığın beslenme ve gelişim üzerine yaratacağı sorunları değerlendirme açısından önem taşır. Enfeksiyon hastalıklarından kızamık, kabakulak ve sarılık görülmüştür. Geçirilme oranı en yüksek olan kızamıktır (% 37,1).

Diğer hastalıklardan en çok üst solunum yolu hastalıklarının geçirilmiş olduğu, incelemeye almış olduğumuz grupta yaptığımız anket sorularına verilen cevaplardan anlaşılmıştır. Alt solunum yolu hastalıklarından bronşit, üst solunum yolu hastalıklarından gribi geçirme oranları yüksektir.

Ayrıca havale ve yüksek ateş geçiren çocuklara da rastlanmıştır. Yüksek ateşi olanlar % 58,6 gibi yüksek orandadır. Yüksek ateş ve enfeksiyon hastalıkları aynı zamanda çocukta o dönemde iştahsızlık ve buna bağlı komplikasyonlar oluşturacağından beslenme ve dolayısıyla büyüme-gelişmeyi etkileyebilir.



Çocukların % 28,6'sı paraziter enfeksiyonları geçirmişlerdir. Parazit varlığı çocuğun Hemogram vb gibi kan değerleri üzerine de etki edip dolaylı olarak büyüme ve gelişmeyi engelleyebilir. Bu nedenle çocuklarda parazit kontrolü sık aralıklarla yapılmalıdır.

Gene çocuklarda çok sık rastlanan ve büyüme - gelişmeyi çok yakından ilgilendiren hastalıklardan biri de ishaldir. Sık ishal beslenme yetersizliği ve gelişme geriliği için predispozan bir faktördür. Çalışmamızda son 1 yılda ishal olanlar % 87,1 oranında bulunmuştur.

İshalin oluşmasında ve sıklığında çevre hijyeni, geçirilen bazı hastalıklar, besin allerjileri gibi nedenler etken olarak sayılabilir.

Dalhi'nin dört kenar mahallesinde yapılan diare insidansı belirlemeleri sonucunda her çocuğun yılda 7-9 kez ishal epizodu geçirdiği bulunmuştur. Bu yüksek insidans en kötü çevre koşullarının bulunduğu kenar mahallelerde 9-11'e ulaşmıştır. Diare'ye bağlı morbiditenin, belirgin bir şekilde açıktan akan çeşmelerden su kullanılması, açık bir dejakasyon alışkanlığı ve ayrıca aile cehalet oranı gibi nedenler ile ilgili olduğu gösterilmiştir (41).

Nijerya'nın bir köyünde yapılan araştırmada 6-32 aylık çocuklarda diare insidansının düşük kilolularda veya bodur çocuklarda diğerlerine göre fark göstermediği bulunmuştur. Sonradan zayıflamış çocukların ise, % 47 oranında daha sık diare atağı geçirdiği bildirilmiştir. Diare süresi ; düşük kilolu çocuklarda, bodur çocuklarda ve sonradan zayıflamış çocuklarda daha uzun bulunmuştur (31).

İshal, çocuk sağlığını direk olarak etkileyen ve dolaylı olarak gelişimi bozan, çeşitli hastalıkların (malnütrisyon,

malabsorbsiyon vb.) ortaya çıkmasına neden olan bir hastalık olduğundan tedavisinin bilinmesi de çok önemlidir. Ayrıca beslenmeyi bozan faktörlerin başında gelen ishal, etken tedavi gerektirir.

İshal tedavisi, diyet, ORS ve ilaç tedavisi gibi tedavilerden ibarettir.

Çalışmamızda uygulanan tedaviler arasında en yaygını, eczaneden ilaç alma ve diyet uygulama olarak bulunmuştur. Annelerin çoğunlukla eczaneye başvurduğu dikkati çekmektedir. Eczanelere ishalle ilgili broşürler verilmesi ve bu broşürlerin eczaneye başvuran annelere tavsiye edilmesi uygun bir yol olabilir.

Akut diare sırasında anneler ya kendileri ya da akraba, komşu vb. etkisiyle anne sütünü kesmektedirler. Bu konuda da annelere ana sağlık ocaklarında veya en yakın sağlık merkezlerinde bilgi verilmelidir. Yapılan bir çalışmada, 26 çocuk 2 grup halinde (sadece ORS alan ve ORS + anne sütünü alan) karşılaştırılmış ve anne sütü ile ORS'yi birlikte alanların ateşli diare dönemlerinin belirgin ölçüde azaldığı ve ayrıca diare tarzındaki dışkılama miktarlarının azaldığı bildirilmiştir (42).

İshal tedavisinde oral olarak kullanılan ORS, vücutta ishal sonucu meydana gelen su ve tuz kaybının tedavisi için iyi bir önlemdir (43). Araştırmamızda ORS kullanılan çocuk sayısı (% 14,3) 5'tir. Bu çocukların sadece 1 tanesine eczaneden ORS hazır olarak alınmış, diğer 4'üne evde hazırlanmıştır.

Sağlık kontrolünün varlığı konusunda ki yanıtlarda, sağlık kontrolü olmayanların sayısı % 82,9' dur. Bu kadar çok kontrolsüz olgunun bulunmasının nedeni, o dönemde yakında herhangi bir sağlık Merkezinin bulunmayışı olabilir.

Çocukların anket yapıldığı zamanki genel sağlık durumlarına bakıldığında, % 51,5'i sağlıklı bulunmuştur. Sağlıksız olanlarda o anda var olan bozukluklar, ayakta sakatlık, bronşit, kalpte delik, ishal, anjin, kabakulak, ayakta yanık olarak bulunmuştur.

Ailelerin çocuğu isteyerek yapıp yapmadığı hakkında edinilen bilgi, çocuğa verilen değerin bir göstergesi olabilir. Çocukların % 81,4'ü ailelerin isteği ile dünyaya gelmişlerdir.

Nöromotor gelişim ölçütlerinden olan : oturma, yürüme sürelerine bakıldığında %72,9'unun 6-8 ayda, % 4,3'ünün 8 aydan sonra oturduğunu görmekteyiz. Diş çıkarma süreleri dağılımında, 5 aydan önce diş çıkaranlar % 5,7 , 5 aydan sonra çıkaranlar % 92,9'dur. Çocukların genelde (% 77,1) 12-15 ayda yürüdükleri görülmektedir. Bu bilgiler ışığında her ne kadar geriye dönüşlü (retrospektif) anketlerde hata payı yüksekse de anne bildirimine göre çocukların büyük çoğunluğunda oturma, diş çıkarma, yürüme gibi gelişim kriterleri normal olarak bulunmuştur.

İki günlük gıda tüketimlerinde aldıkları gıdaların içerisindeki besin değerleri hesaplandığında çocukların günlük kalori alımının genel olarak yetersiz (% 55,7) yani yaşıya göre 1200 kal/gün 'ün altında olduğu görülmüştür. Yeterli alanlar ise ancak % 25,8 oranındadır. Kalorinin düşük alınması halinde çocuklarda gelişim etkileneceğinden kalori alımına gösterilmesi gereken özenin yeri şüphesiz tartışılmazdır.

4 yaşında 181 denekte yapılan çalışmada, yaşamsal aktivite değişiklikleri ve hava koşullarının bu yaş çocukların enerji ve besin alımına etki eden faktörler olduğu bulunmuştur (44).

Protein, hücre yapısında ve sonuç olarak büyüme ve gelişmeyi etkileyen bazı yapıların (hormonlar, enzimler vb.) taşıdığından yaşa göre gereksinimi kadar alınmalıdır (4,6,9,18). Çalışmamızda proteini yaşa göre yeterli olarak alanlar (26-30 gr) % 10,0'dır. 30 gramın üzerinde yani fazla alanlar % 80'dir. Bu çalışma 2 günlük gıda tüketimine dayandığından doğru sonuç veremeyebilir.

A vitamini, görme ve epitelizasyon gibi çeşitli işlevlerde görev alacağından, bu çocuklarda 2000-2500 I.U/gün kadar alınması gereklidir (19). Deneklerin günlük A vitamini alımları % 50'sinde 2500 I.U'nun üzerinde olarak bulunmuştur. Yetersiz A vitamini alanlar % 35,7'dir. 1974 yılında yapılan Ulusal Beslenme araştırmasında A vitamini yetersizlik belirtilerine % 0,4 oranında rastlanmıştır ( 45 ).

B<sub>2</sub> vitamini vücutta çeşitli biokimyasal tepkimelerde rol aldığından yeterli oranda alınması önemlidir (4,20). Çalışmamızda alınan B<sub>2</sub> vitaminine baktığımızda, % 50'sinin fazla (1 mg/gün üzerinde), % 14,3'ünün yeterli aldığı görülmektedir. 1974 araştırmasına göre Türkiye de B<sub>2</sub> vitamini yetersizlikleri belirtilerinin görülme oranı % 6,2'dir (45).

Kalsiyum, özellikle kemik mineralizasyonunda rolü olan bir elementtir (4,20). Çocuklarımızın % 55,6'sı yetersiz (400 mg'ın altında), % 43'ü yeterli Ca almışlardır. Ancak çocuklar, sadece araştırma yaptığımız 2 gün içinde Kalsiyumdan yetersiz besinleri almış olabilirler. O nedenle, yetersizlik belirtileri görülmeyebilir.

2-6 yaş grubu çocuklarda günlük demir alımı, 13-15 mg/gün olmalıdır. Demir, vücutta kan yapımında görev alan bir mineraldir. Yetersizliğin de kan yapımı azaldığı gibi (anemi) bunun yanısıra enfeksiyonların görülme riski artar. Ancak bu çalışmada demir alımı ile enfeksiyon hastalıkları arasındaki ilişkiye bakılmış, fakat anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni demir alımı miktarının sadece 2 günlük bir gıda tüketimine bağlı olarak alınmış bir veri olması olabilir.

Türkiye de anemi sıklığı önemli bir sorundur. Demirden zengin besinlerin kullanılmaması, geçirilmiş hastalıklar (özellikle enfeksiyon hastalıkları), paraziter enfeksiyonlar

ve pıca Türkiye'deki Fe eksikliği anemisinin başlıca nedenleridir.

1974 de yapılan Ulusal Beslenme araştırmasında anemi sıklığı % 50,0 gibi büyük bir rakamda bulunmuştur (45). 1975 de Çubuk ve köylerinde anemi sıklığına % 96,0 oranında, 1978 de ise % 40,8 oranında rastlanmıştır (46).

Yaptığımız bu çalışmada da demiri yetersiz olarak alanlar çoğunluktadır (% 75,7) . Bu sonuç ailelerin bilgisizliği, çevrede sağlık kontrolü olacakları yerin bulunmaması, sosyo kültürel ve ekonomik durumdan kaynaklanabilir.

1976'dan sonra yapılan demir eksikliği ile kavrama yeteneği arasındaki ilişkiye ait çalışmada 7-10 gün süreyle demiri yerine koyma tedavisi ile demir eksikliği olan çocuklarda mental gelişimin doğru orantı gösterdiği bulunmuştur (47).

Yine, Oski ve arkadaşları demir eksikliği olan fakat anemisi bulunmayan 9-12 aylık çocuklarda bir hafta boyunca demir vermekle zeka gelişimiyle ilgili test sonuçlarında olumlu bir etki oluştuğunu göstermişlerdir (48).

1928 de Mackay demir kaynaklarını büyük ölçüde kullanarak gastrointestinal sistem ve üst solunum yolu hastalıklarında, bu kaynakları kullanmayanlara göre bir düzelme sağlamıştır (16).

Demir bu araştırmalardan da gördüğümüz gibi anemi oluşmasında, mental geriliklerin meydana gelmesinde ve enfeksiyonların ortaya çıkmasında önemli ölçüde etkili olan bir mineraldir. Bu nedenle çocuklarda sık olarak demir taramaları yaptırılmalıdır.

Bu çalışmada da gördüğümüz gibi çocukların büyüme ve gelişimi beslenmeleriyle paraleldir. Bu anlamda beslenmeyi dolayısıyla büyüme ve gelişimi etkileyen etmenler arasında; ailelerin sosyokültürel ve ekonomik durumu, araya giren enfeksiyonların sıklığı, çevre şartlarının sağlıklı olmayışı gibi etmenler sayılabilir (8).

Çocuklarda beslenme, büyüme ve gelişmenin tam olması isteniyorsa anneler çocuklarının beslenmeleri ve oluşabilecek sağlık sorunları açısından iyi bir eğitim programına alınmalıdırlar.

Ghana ve Lesotho da 1977-78'de annelere kliniklerde verilen eğitimde ; anne sütü verme süreleri ek gıdaların çeşitleri, aşı gereken hastalıklar, verilmesi gereken besinler, hijyen gibi konulara yer verilmiştir (49) . İşte bu gibi eğitim programlarına memleketimizdeki sağlık merkezlerinde de yer vermek ayrıca televizyon ve radyo gibi kitle iletişim araçlarından daha çok yararlanmak da çocuk sağlığının iyiye gitmesine yardımcı olacaktır.



## S O N U Ç      V E      Ö Z E T

Çalışmamız Türkiye'de yeterince ele alınmamış bir yaş grubunun (2-6 yaş grubu) beslenme değerlerini belirlemek, gelişim ölçütlerini takip etmek üzere yapılmıştır. Çalışma kapsamına alınan bölgede, yaşayanların çoğunluğunu göçmen aileler oluşturmaktadır.

Parametreler ele alındığında, beslenme ile doğrudan veya dolaylı ilgisi olan değerlerin yanı sıra beslenmeyi etkileyebilecek değerlerin (ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, geçirdiği hastalıklar vb.) de ele alındığı görülür.

Sonuçların incelenmesinde Çoban çeşmesi bölgesi çocuklarının :

1. Normal standartların altında ağırlığa sahip oldukları, ancak boyca normal standartlar içersinde oldukları,
2. Baş ve kol çevresi ölçümlerinin normal değerler içinde olduğu,
3. Sağlık görevlisi gözetiminde doğum yapmış olanların çoğunlukta olduğu ( % 75,7),
4. % 72,9'unun en az 4-6 ay olmak üzere anne sütü ile beslendikleri ancak ek gıdalara geç başladıkları,
5. Tam aşılama oranlarının düşük olduğu ( % 14,3),
6. Paraziter enfeksiyon geçirme oranlarının % 28,6 olduğu,
7. Son bir yılda % 87,1'inin en az bir iki kez ishal geçirmiş olduğu,
8. Düzenli sağlık kontrolü altında bulunanların % 17,1 gibi düşük bir oranda olduğu,
9. % 51,5'inin çalışma anında sağlıklı olduğu,
10. Nöromotor gelişim ölçütlerinin normal sınırlarda olduğu,

11. % 55,7'sinin günlük kalori tüketiminin yetersiz, % 80'inin Protein tüketiminin fazla ve Demir ile kalsiyum alımının da yetersiz olduğu belirlenmiştir.





K A Y N A K L A R

1. AKSU B.F., ÖZTEK Z., BERTAN M. : Göçmen Türk işçi ailelerinin ve çocuklarının beslenme durumu üzerinde karşılaştırılmalı bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi. 8-9 :41-52,1979-80.
2. GÜNEYLİ U., ARSLAN P.  
Bebek ve Okul öncesi çocukların Beslenme sorunları.  
Beslenme ve Diyet Dergisi. 10: 8-18, 1981.
3. SANER G. :  
Normal çocuğun Beslenmesi. SENCER E (Ed).  
Beslenme ve Diyet : 1. Baskı : İST. TIP FAK. VAKFI- BAYDA  
YAYINI s: 224-243, 1983.
4. BAYSAL A.  
Beslenme ve Sağlık : BAYSAL A (Ed)  
Beslenme : 2. Baskı : H.Ü. YAYINI - ANKARA s: 1-10, 1977.
5. BOUTTON W.T., TROWBRIDGE L.F., NELSON M.M. et al.  
Body composition of Peruvian children with short stature and  
high weight for height.  
I. Total body water measurements and their prediction from  
anthropometric values.  
The American Journal of Clinical Nutrition. 45(3):513-525,1987.

6. WILLIAMS S.R.  
Nutrition for growth and Development infancy, childhood and  
adolescense. WILLIAMS S.R. (Ed)  
Nutrition and Diet Therapy. Fifth Ed. pp. 400-404, 1985.
7. ASHWORTH A., FEAKHEM G.R.  
Interventions for the control of diarrhoeal diseaseb among  
young children : weanin education BULL WHO 63(6):1115-1127,1985.
8. BLACKMAN J. A .  
Growth and Nutrition  
M.V. KRAUSE, LK MAHAN (Eds.) :  
Food Nutrition and Diet Therapy. 7th Ed.  
Sounders Comp. Chapter 13 pp:121-130, 1984.
9. KURDOĞLU G., SANER G.  
Protein Enerji Malnütrisyonu  
NEYZİ O., KOÇ L (Eds) .  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bayda Yayınevi. İSTANBUL, Cilt 1  
s: 263-275, 1984.
10. HANSEN J.D.L. , BULHANAN N., PETTIFOR J.M.  
Protein Energy Malnütrition (PEM)  
McLAREN D.S., BURMAN D. (Eds.)  
Textbook of Paeditric Nutrition Second Edition N.Y.  
pp: 114-143, 1982.
11. NEY D.  
Nutritional Assesment  
DREW G.,KELTS M.D., ELIZABETH G., JONES R.D.(Eds).  
Manual of Pediatric Nutrition. First Edition USA, 1984.
12. EBRAHIM G.J.  
Infection In the malnourished  
Journal of Tropical Pediatrics Vol: 31 pp: 130, June 1985.

13. NEYZİ O  
Büyüme ve Gelişme  
NEYZİ O., KOÇ L. (Eds)  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bayda Yayınevi İSTANBUL  
Cilt 1 s: 21-54, 1984.
14. KOCAOĞLU A.B.  
Beslenme ve Sağlık araştırmalarında uygulanan antropometrik ölçümler. Panel : Beslenme Durumunun Saptanması.  
Beslenme ve Diyet Dergisi. 11:49-79, 1982.
15. NEYZİ O.  
1-6 yaş grubu çocukların sağlık kontrolü. Dünyada ve Türkiyede mortalite, morbidite.  
0-6 yaş arası çocukların korunması. İST. Üniversitesi Tıp Fak.  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. 5. ve 6. Pediatri Günleri Raporları. s: 106-115, 1985.
16. YING M.K.  
Nutrition in childhood and adolescence  
Drew KELTS G., M.D., ELIZABETH G. JONES R.D. (Eds)  
Manual of Pediatric Nutrition, First Edition. USA, pp:71-84,1984.
17. LUCAS B  
Nutrition in childhood  
KRAUSE M.V., MAHAN L.K. (Eds)  
Food Nutrition and Diet Therapy. 7th Ed. Saunders Comp. Chapter 13  
pp: 292, 1984.
18. KURDOĞLU G.  
Besi Gereksinimleri  
NEYZİ O., KOÇ L. (Eds)  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bayda Yayınevi, İSTANBUL  
Cilt 1 , s: 221-229, 1984.

19. KURDOĞLU G.  
Rahitis  
NEYZİ O., KOÇ L. (Eds)  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bayda Yayınevi İSTANBUL  
Cilt 1 s: 328-336, 1984.
20. KURDOĞLU G.  
Vitaminler ve Vitaminlerin Metabolizması.  
NEYZİ O., KOÇ L. (Eds)  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bayda Yayınevi, İSTANBUL.  
Cilt 1 s: 207-216, 1984.
21. MC LAREN D.S.  
Vitamin deficiency, toxicity and dependency.  
MC LAREN D.S., BURMAN D. (Eds)  
Textbook of Paediatric Nutrition. Second Edition.  
N.Y. pp: 143-163, 1982.
22. BAYSAL A.  
A Vitamini  
BAYSAL A. (Ed)  
Beslenme. 2. Baskı H.Ü. YAYINI- ANKARA  
s: 132-135, 1977.
23. KUTLUAY T., GÜRSOY-TEZCAN A., UZEL N., ÜŞÜMEZSOY B.,  
BULUT A., NEZYİ O.  
İstanbulun Çoban çeşme bölgesinde yaşayan kadınların sosyo-  
ekonomik ve sağlık durumları ile ilgili bir çalışma.  
Halk Sağlığı Bülteni 1:3 , 1988.
24. BAYSAL A., KEÇECİOĞLU S., GÜNEYLİ U, YÜCECAN S.  
Besinlerin Bileşimleri, Türk Diyetisyenler Derneği Yayını.  
ANKARA, 1984.


25. KRAUSE M.V., MAHAN L.K.  
Growth and Development  
KRAUSE M.V., MAHAN L.A. (Eds)  
Food Nutrition and Diet Therapy 7th ed.  
Sounders Comp. Chapter 9 pp: 219-230, 1984.
26. BERGGREN B.G., HEBECT J.R., WATERNAUX C.M.  
Comparison of Hartan children in a nutrition interventron  
programme with children in the. Haitian national nutrition  
survey. Bulletin of the world Health Organization  
63 (6) :1141-1150, 1985.
27. SUTPHEN J.L.  
Growth as a measure of Nutritional Status .  
Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition  
4: 169-181 , 1985.
28. STEINHOFF M.C., HILBER A.S., SRILATHA V.L., MUKARVI D.  
Prevalance of Malnutrition In Indian Pre school-age  
Children : a survey of washing and stunting in rural Tamil  
Nadu, 1983.  
Bulletin of the World Health Organization,  
64(3) : 457-463, 1986.
29. DJAZAYERY A. et al.  
Assessment of the Nutritional status of Preschool children  
in Mahabad Pural Areus Journal of Tropical Pediatrics.  
29: 329-332, 1983.
30. KRYNAUW J.D., FINCHAM R.J., KOTZE J.P.  
An anthropometric survey of the nutritional status of  
Black preschool children in the Dlas Divisional Council area.,  
May 1981. S.A. Medical Journal 84:1095-1098, 1983.

31. TOMKINS A.  
Nutritional status and severity of Diarrhoea among pre-school  
Children in rural Nigeria.  
The Lancet, pp:860-862 April 18, 1982.
32. KÖKSAL O., SOYUER M.  
Türkiyede Baslenme Problemleri I.  
T.B.T.A.K. Besin Simpozyumu, s:235-242, ANKARA, 1969.
33. DEMİRKOL M.  
Yenidoğanın Antropometrik Değerlendirilmesi  
Uzmanlık Tezi  
İstanbul - 1985.
34. STANLEY M.G.  
Relationship between birth weight and subsequent weight gain.  
The American Journal of Clinical Nutrition.  
42 : 57-60, 1985.
35. HACETTEPE TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ. UNICEF  
Çocuk Sağlığı için Tüm kaynakların harekete geçirilmesi.  
Özel Ek. 2: 1-3 ; 8 Nisan , 1987.
36. ÖZSOYLU Ş.  
Anne sütünün üstünlükleri  
KATKI 8:3-9 , 1987.
37. KOÇTÜRK T.O., ZETTERSTROM R.  
Breastfeeding among Turkish Mothers living in Suburbs  
Istanbul and Stockholm.  
Acta Paediatrica Scandinavia 75: 216-221, 1986.
38. STAHLBERG M.R.  
Breast-feeding and social factors  
Acta Paediatr Scandinavia.  
74: 36-39, 1985.

39. WESTON J.A. et al.  
Prolonged Breast feeding and nonorganic failure to thrive  
(Letter)  
The American Journal Diseases of children  
141(3) : 242-3 Mar, 1987.
40. AXELSSON I. et al.  
Growth and breast feed infants (Letter)  
The American Journal Diseases of children  
139 (3) : 219, 1985.
41. BHATNAGAR S., ROSALH U.  
Diarrhoeal disease morbidity in children below 5 years  
in Urban Slums of Delhi.  
Indian Journal Med. Res. 84 pp:53-58, July, 1986.
42. KHIN-MAUNG N., NYUNT- N YUNT WOL- MYO-KHIN - MU-MU-KHIN  
Effect an clinical outcome of breast feeding during acute  
diarrhoea. British Medical Journal (Clin Res).  
23:290 (6468) : 587-9, Feb, 1985.
43. HACETTEPE TOPLUM HEKİMLİĞİ BÜLTENİ.  
KÖKSAL O (Ed )  
Bebeklik Döneminde Enerji gereksinimi  
Özel ek sayı: 2 s: 4-5 UNICEF 8 Nisan 1987.
44. MAGAREY A., BOULTON T.J.G.  
Nutritional studies during childhood. N energy and  
nutrient intake at age 4.  
Aust. Paediatr J. 20: 187-194, 1984.
45. KÖKSAL O .  
Türkiyede Beslenme, Ankara 1977.
46. BOZKURT N., GÜNEYLİ U.  
Ankara Etimesgut-Çubuk köylerindeki 0-36 ay Çocukların  
beslenme ve gelişim Etkileşmeleri I, Beslenme ve Diyet  
Dergisi 8-9, 74, 1979-80.

47. POLITT E., SACO POLITT C., LEIBEL L.R., VITERI F.  
Iron deficiency and behavioral development In Infants  
and pre-school children.  
The American Journal of Clinical Nutrition.  
43: 55-565, April, 1986.
48. ADDY P.  
Iron deficiency In children  
British Medical Journal 292: 969-970 12 April 1986.
49. PIELEMEI N.R.  
Mother's Knowledge Related to child Health and Nutrition  
In Ghana and Lesetha Journal of Tropical Pediatrics.  
Journal of Tropical Pediatrics 31:131-139. June, 1985 .





E K L E R

E K

Anket No: Kadın Temel Anket No :  
Anket Tarihi :  
Anketör Adı :

ÇOCUK BAKIMI( 2-6 Yaş arası çocuklar için)

1. Annenin Adı, Soyadı:
2. Çocuğun Adı :
3. Çocuğun Cinsi : ( ) Kız ( ) Erkek ( ) İkiz
4. Kaçınca Çocuk :
5. Çocuğun Ölçümleri :  
Baş Çevresi : Boyu: cm.  
Kol Çevresi : Kilosu: kg.
6. Çocuğun Doğum Tarihi : Bilinmiyorsa
7. Çocuğun Doğum Tartası: kg ( )Zayıf ( )Normal ( )Şişman
8. Bu çocuğunuz doğduğundan bir önceki çocuğunuz kaç yaşındaydı ?  
..... aylık  
..... yaşında  
( ) Başka çocuğu yok  
( ) Hatırlamıyor
9. Bu çocuk toplam kaç ay anne sütüyle beslendi?  
( ) Hiç anne sütü almadı.  
..... Ay  
( ) Hatırlamıyor
10. Kaç ay anne sütünden başka bir şey vermediniz ?  
( ) Anne sütü almadı  
..... Ay  
( ) Hatırlamıyor
11. Bu çocuğa hiç vitamin verdiniz mi ?  
( ) Evet ..... (ne vermişse adını yazınız)  
( ) Hayır

12. Bu çocuk dün yedi ?

Babah

Öğle

Akşam

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yemek aralarında herhangi birşey yedi mi? Evetse ne ?

\_\_\_\_\_

13. Bu çocuk evvelki gün ne yedi ? Hatırlamıyor ( )

Sabah

Öğle

Akşam

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yemek aralarında herhangi birşey yedi mi? Evetse ne ?

\_\_\_\_\_

14. Bu çocuk son bir yılda kaç kez ishal oldu ?

( ) Hiç olmadı.

( ) 1-2 defa

( ) 3-4 defa

( ) 5-6 defa

( ) Daha çok

15. Çocuk son ishal olduğunda aşağıdakilerden hangisini yaptınız?

( ) Eczaneden ilaç aldım

( ) İshal (ORT) paketi kullandım.

( ) Ebeye sordum

( ) Sağlık ocağına götürdüm.

( ) Özel doktora götürdüm.

( ) Hastaneye gittim

( ) Serum taktırdım

( ) Hiçbir şey yapmadım

( ) Evde şeker, tuz karışımı yaptım

( ) Diğer .....

16. Son ishal olduğunda perhiz yaptırдыңız mı ?

- Evet  
 Hayır  
 Hatırlamıyor

17. Evetse ne perhizi yaptınız ?

.....  
.....

18. Bu çocuk şimdiye kadar aşağıdaki hastalıklardan hangilerini geçirdi ?

Kaç günlükken

Kaç gün sürdü

Kaç kez ol

- İshal  
 Kızamık  
 Zatürre  
 Havale  
 Yüksek ateş  
 Sarılık  
 Bronşit  
 Kabakulak  
 Grip  
 Anjin

19. Çocukta parazit (solucan, şerit, kıl, kurdu vb.) görüldü mü?

- Evet .... kez  
 Hayır

20. Çocuğun gelişimi

Ay

- Başını tutma  
Oturma  
Emekleme  
Yürüme  
Konuşma(3-4 kelime)  
Diş çıkarma  
İdrar kontrolü  
Dışkı kontrolü

21. Nerede doğum yaptınız ?
- Evde kimsenin yardımı olmadan
  - Evde akraba veya komşuların yardımıyla
  - Evde ebenin yardımıyla
  - Evde doktor yardımıyla
  - Hastanede ebe yardımıyla Hastanenin Adı :
  - Hastanede doktor yardımıyla Hastanenin Adı :
  - Diğer ...
22. Doğum ne zaman oldu ?
- Erken doğum ..... aylık
  - Zamanında doğum
  - Geç doğum
  - Bilmiyor
23. Doğum nasıl oldu ?
- Normal, müdahalesiz, dikişli (müdahale: suni sancı)
  - Normal, müdahalesiz, dikişsiz
  - Normal, müdahaleli, dikişli
  - Normal, müdahaleli, dikişsiz
  - Forsepsle
  - Sezeryan
  - Diğer .....
24. Çocuk nasıl geldi ?
- Baştan
  - Makattan
  - Diğer .....
25. Çocuk doğduğunda sağlıklı mıydı ?
- Evet
  - Hayır
  - Bilmiyor
26. Çocuk doğar doğmaz nefes aldı mı ?
- Evet
  - Hayır
  - Bilmiyor
27. Çocuk doğar doğmaz ağladı mı ?
- Evet
  - Hayır
  - Bilmiyor

28. Çocuk şu anda sağlıklı mı ?

Evet

Hayır ..... (Ne rahatsızlığı varsa onu yazınız)

Bilmiyor

29. Çocuğa aşıları yapıldı mı ?

	DPT			Polio			Kızamık
BCG	1	2	3	1	2	3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evet

Hayır

Bilmiyor

30. Bir sağlık kuruluşunun sağlık kontrolü için götürdünüz mü ?

Evet .. defa

Hayır

31. Bu çocuğun genel sağlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz ?

Sık sık hastalanır

Ara sıra hastalanır

Sağlıklı

32. Bu çocuğu isteyerek mi doğurdunuz ?

Evet

Hayır

## EK-2

ÇEŞİTLİ YIYECEKLERİN PRATİK ÖLÇÜLER KARŞILIĞI GRAM  
OLARAK DEĞERLERİ

BESİNLER	TK Silme	YK Silme	YKtepe leme	ÇB Silme	SB Silme	BSB Silme	Avuç
Buğday unu	3	6	30	56	110	140	45
Pirinç unu	4	9	30	70	135	165	40
Mercimek "	5	10	20	90	150	180	30
Soya unu	3	5	15	80	150	190	-
Şeker	4	9	20	100	190	235	30
Pudra şekeri	5	10	25	90	165	210	-
Nişasta	3	7	20	50	105	130	40
Tarhana	5	10	-	100	180	230	-
Kuskus	3	5	-	65	130	155	-
Makarna	-	-	-	60	110	120	-
Şehriye	-	10	-	100	190	230	35
Bulgur "	5	10	-	85	155	190	35
Pirinç	4	8	15	100	190	235	45
İrmik	5	10	15	80	155	200	35
Parbunya	-	-	-	80	150	180	-
Beyaz fasulye	-	-	-	100	180	230	50
Nohut	-	-	-	100	180	225	-
Buğday	3	6	-	95	185	220	-
K.Mercimek	5	10	-	100	185	235	-
Mısır tanesi	-	-	-	90	170	220	-
Bitkisel yağ	5	10	-	115	210	255	-
Margarin erimiş	5	10	-	110	205	250	-
" erimemiş	5	10	-	100	190	200	-
Salça	5	10	-	-	-	-	-
Tuz	5	10	-	-	-	-	-
Süt	-	-	-	125	230	280	-
Yoğurt	5	13	-	130	240	290	-
Reçel	8	15	-	-	-	-	-

- (x) TK : Tatlı kaşığı  
 YK : Yemek kaşığı  
 ÇB : Çay bardağı  
 SB : Su bardağı  
 BSB: Büyük su bardağı

T. C.  
 Yükseköğretim Kurulu  
 Dokümantasyon Merkezi

## EK-2 (devam)

	Bir Adet	küçük Boy	orta Boy	büyük Boy	SB	YK	Avuç
Siyah Zeytin	3						
Peynir(kirit kut.)	30						
Bisküvi(dikdört.)	7,5						
Bisküvi (kare)	10						
Ekmek(ort.Dilim)	50						
Yumurta	50						
" (Sarısı)	20						
" (Akl)	25						
Beyin(koyun)	100						
Karaciğer	600						
Akciğer	450						
Kelle	1250						
Soğan (kuru)	-	30	50				
Domates			100				
Limon	60						
Maydanoz(demet)	60						
Kabak (yeşil)			150				
Karnabahar			540				
Patates			100				
Havuç			100				
T.Fasulye(kıyılmış)					100		
Dolmalık biber		40	60				
Patlıcan		120	200	280			
Portakal			220				
Muz	50						
Kuru incir	12,5						
Kuru Kayısı	6				100		
Kuru üzüm					150	10	35
Taze üzüm					100		
Şeftali			190				
Armut		100					
Elma		100	170	220			
Ayva		150	200	280			
Kavun		2000	3500	5000			
Karpuz		2500	3800	6500			
Nar			180				



## DENEKLERİN GIDA TÜKETİMİ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN DAĞILIMI

Denek NO:	Yaş	Cins	Boy Cm	Ağırlık Kg	Baş Çe	Kol Çe	<u>Kol Baş</u>	Kel	Prot Gr	Ca (mg)	Fe (mg)	VitA (I.U)	B <sub>2</sub> (mg)	VitC (mg)
1	4-4,5	E	96	15	49	15	0,31	1407	49,4	363	6,8	1575	0,20	14
2	4-4,5	K	95	13	48	14	0,29	1672	73,6	701	15,2	1047	1,51	132
3	5-5,5	K	110	15	48	16	0,33	916	35,0	299	6,6	1406	0,71	3
4	5,6-6	E	120	21	52	19	0,37	1368	42,0	782	9,8	2864	1,33	72
5	4,6-5	K	109	18,5	51	17	0,33	1286	48,4	836	10,0	3936	1,36	80
6	5-5,5	K	96	13	45	16	0,36	968	37,0	514	7,7	2652	1,08	59
7	4,6-5	E	110	16	50	16	0,32	965	44,8	194	8,1	3048	0,54	52
8	4,6-5	K	92	11	47	15	0,32	1137	47,6	396	5,9	1956	8,91	28
9	3,6-4	K	97	15	48	15	0,31	868	33,5	284	7,4	1478	0,37	48
10	4-4,5	E	107	19	52	17	0,33	679	26,1	667	4,2	1399	0,36	19
11	5-5,5	E	117	21	50	19	0,38	1518	62,9	361	21,6	1738	1,18	138
12	3-3,5	E	99	15	49	19	0,39	1260	52,5	509	9,9	2620	1,01	134
13	3,6-4	E	97	14	49	16	0,33	1168	41,1	418	7,9	2613	1,00	55
14	4-4,5	K	97	15	49	17	0,35	713	24,7	239	5,9	797	0,47	19
15	4,6-5	E	101	16	52	17	0,33	1003	34,3	298	8,1	2763	1,40	141
16	5-5,5	E	117	22	52	18	0,35	939	31,8	246	12,0	795	0,42	43
17	2,6-3	K	90	12	52	15	0,29	1792	61,1	402	14,1	2862	1,56	90
18	4-4,5	E	106	16	51	17	0,33	1285	46,0	646	7,0	3075	1,15	30
19	3,6-4	K	93	11	47	15	0,32	938	32,1	504	9,1	5551	0,70	42
20	3,6-4	K	90	13	51	17	0,33	1126	34,3	270	7,4	3313	1,04	110
21	4,6-5	E	103	15	48	17	0,35	691	19,3	281	13,9	1540	0,72	47
22	3-3,5	E	99	15	50	15	0,30	1401	52,3	537	9,4	3800	1,37	55
23	4,6-5	E	105	15	50	17	0,34	1212	39,9	444	12,9	6572	3,07	280
24	5-5,5	E	108	19	52	18	0,35	1212	39,9	444	12,9	6572	3,07	280
25	3-3,5	E	93	13	50	15	0,30	1132	40,8	357	7,2	3671	1,40	146
26	3,6-4	K	94	12	48	16	0,33	1231	40,6	351	9,4	2448	1,67	185
27	3-3,5	K	91	14	49	16	0,33	1177	32,6	456	9,2	2262	0,80	94
28	2,6-3	K	87	11	48	16	0,33	992	36,2	492	6,2	4249	1,38	75
29	3-3,5	K	89	12	49	16	0,33	1500	42,5	608	10,2	3388	1,05	76
30	4-4,5	K	102	14	48	16	0,33	1112	24,2	240	8,9	2340	0,69	26
31	3,6-4	K	97	12	51	15	0,29	740	18,1	250	3,2	1773	0,49	18
32	3,6-4	E	94	14	50	16	0,32	496	20,6	122	3,8	1047	0,27	30
33	5,6-6	K	101	16	51	17	0,33	1504	60,5	705	11,9	4354	1,93	218
34	3-3,5	K	94	13	51	17	0,33	897	31,2	135	4,8	878	0,37	24
35	5,6-6	K	103	15	49	16	0,33	1517	43,1	464	7,6	1829	2,36	116
36	4,6-5	K	108	18	49	16	0,33	1376	72,4	481	10,7	3557	1,23	92
37	3,6-4	E	98	15	49	15	0,31	1133	36,5	355	8,4	1882	1,36	168
38	3-3,5	K	91	12	48	14	0,29	1318	49,1	401	8,9	1652	1,10	24
39	3,6-4	E	101	23	51	16	0,31	1418	42,6	415	8,1	3071	1,27	162
40	3-3,5	E	96	18	49	16	0,33	1569	67,8	455	13,2	3839	1,90	97

## EK-3 (devam)

Denek NO:	Yaş	Cins	Boy Cm	Ağırlık Kg	Baş Çe	Kol Çe	Kol Bas	Kol	Prot Gr	Ca (mg)	Fe (mg)	VitA (I.U)	B <sub>2</sub> (mg)	VitC (mg)
41	2,6-3	K	97	17	49	16	0,33	2111	61,4	687	16,2	3062	1,90	166
42	2-2,5	E	92	13	49	14	0,29	1245	40,1	284	7,2	1599	0,60	42
43	2,6-3	K	90	11	47	14	0,30	1061	36,3	298	7,1	2911	1,30	76
44	4,6-5	K	106	16	50	16	0,32	1024	36,3	298	7,1	2911	1,30	76
45	5-5,5	E	85	11	49	16	0,33	1402	42,3	442	9,7	2369	0,70	109
46	5-5,5	E	109	17	52	16	0,31	2868	68,5	711	15,9	2535	1,80	155
47	4-4,5	K	108	15	52	16	0,31	1335	38,5	309	8,2	2404	1,40	198
48	5-5,5	E	106	15	51	16	0,31	1316	38,6	311	8,4	2501	1,70	258
49	4-4,5	E	95	13	48	14	0,29	1650	38,3	580	7,6	3238	1,80	81
50	5-5,5	E	109	15	49	15	0,31	922	48,1	265	11,1	9795	2,70	54
51	4,6-5	E	105	16	51	16	0,31	1258	48,8	732	7,9	2654	0,90	87
52	5-5,5	K	118	22	51	18	0,35	1735	57,9	591	10,7	1968	1,20	70
53	2,6-3	E	96	18	49	16	0,33	1054	38,0	173	5,7	825	0,60	35
54	3,6-4	E	103	14	50	16	0,32	1052	37,3	310	7,7	2713	1,41	107
55	3-3,5	E	102	14	50	17	0,34	1730	70,9	362	13,9	3402	0,78	96
56	3-3,5	K	91	13	49	15	0,32	943	26,3	278	5,4	2021	0,62	49
57	4,6-5	K	110	17	50	17	0,34	1034	35,5	408	9,2	4118	1,24	76
58	4,6-5	E	111	17	52	15	0,29	1335	44,2	292	10,5	1154	0,66	30
59	3,6-4	E	100	15	48	15	0,31	1184	50,3	310	9,9	2333	0,88	61
60	3-3,5	K	91	13	49	15	0,31	1559	47,7	445	8,3	4150	0,83	57
61	4-4,5	K	92	14	50	15	0,30	882	32,8	251	6,4	2559	0,55	56
62	4-4,5	K	105	15	50	16	0,32	717	27,9	159	5,9	326	0,27	3
63	4-4,5	E	105	15	51	17	0,33	747	25,6	227	3,5	1142	0,58	12
64	4-4,5	E	91	12	48	15	0,31	1387	60,7	384	9,3	2287	1,31	26
65	4,6-5	K	102	14	50	16	0,32	849	29,6	172	5,1	2358	0,66	23
66	5-5,5	E	116	22	51	17	0,33	727	22,7	86	3,9	1485	0,28	27
67	5-5,5	E	112	17	50	17	0,34	1124	37,4	442	6,7	3668	1,31	104
68	4,6-5	K	107	16	50	16	0,32	1144	79,6	348	8,2	2559	1,83	164
69	4,6-5	K	108	17	49	16	0,33	878	28,5	179	6,7	2982	0,94	79
70	5,6-6	E	112	15	51	15	0,29	385	12,6	154	2,4	633	0,39	10

T. C.  
Yükseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Merkezi