



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MONTREAL ÇOCUK HASTANESİ BESLENME ÖLÇEĞİNİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

İbrahim DOĞRU

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV**

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MONTREAL ÇOCUK HASTANESİ BESLENME ÖLÇEĞİNİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

İbrahim DOĞRU

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV**

İSTANBUL- 2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği
Öğrenci No : 164204040
Öğrenci Adı Soyadı : İbrahim DOĞRU

"Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliliği" isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 13.01.2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Güler CİMETE
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV
(Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇAĞLAR
(İstanbul Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdürü V.

ÖZET

MONTREAL ÇOCUK HASTANESİ BESLENME ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Çalışmanın amacı The Montreal Children’s Hospital – Feeding Scale (Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği)’nin Türkçe versiyonunu, psikometrik özelliklerini, faktör yapısını ve ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek ve geçerliliğini belirlemektir. Araştırmaya önce 200 ebeveyn ile başlanmış fakat test tekrar test sırasındaki kayıplar nedeniyle 166 ebeveyn ile tamamlanmıştır. Çalışmada örneklem seçimi yapılmayarak araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler ile çalışma yapılmıştır. Çalışmaya kabul eden ebeveynlerin çocuklarının %53,6’sı kız, %46,4’ünü erkek çocukları oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak “Aile Soru Formu (14 madde)” ve “Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği (14 madde)” kullanılmıştır. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin 14 maddesi faktör analizinde çalışılmıştır. Ölçeğin bulunan maddelerin faktör yükleri 0.30’un üzerinde aynı zamanda açıklanan varyans toplam Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği için %34.598’dir. Bundan dolayı bu süreçte ölçeğin hiçbir maddesi ölçekten çıkarılmamıştır ve ölçeğin orijinali gibi tek alt boyutlu olarak kabul edilmiştir. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait modelin uygunluğunu analiz etmek amacıyla farklı indekslerden faydalanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 1.88, GFI 0.97, AGFI 0.95, CFI 1.00, RMSEA 0.073 ve SRMR 0.071 olarak tespit edilmiştir. İlgili uyum indeks değerlerinin tümü istenilen aralıkta bulunmuştur. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.838 olup, ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerde bulunmuştur. The Montreal Children’s Hospital – Feeding Scale’in Türkçe versiyonu iyi bir yapıya ve geçerliliğe sahiptir. Çalışmada çıkan sonuçlara göre ölçeğin Türkiye’de yapılacak olan çalışmalarda kullanılması uygundur.

Anahtar Sözcükler: Okul Öncesi, Çocuk, Beslenme, Yetersiz Beslenme, Dengesiz Beslenme, Yeme Bozuklukları.

ABSTRACT

THE MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL – FEEDING SCALE A VALIDITY AND RELIABILITY

The aim of the study is to evaluate and validate Turkish version, psychometric features of The Feeding Scale - Montreal Children's Hospital. The study started with 200 participants, but it was completed with 166 participants because of the decrements during testing. Study has been done with parents who have accepted to being participant in the study by not sampling. 53.6% of the children of the parents who accepted the study were girls and 46.4% of them were boys. "Family Questionary Form (14 items)" and "The Montreal Children's Hospital- Feeding Scale (14 items) are used as data collection device. It has been studied on factor analysis of 14 items of The Montreal Children's Hospital Feeding Scale. It is determined that factor loads of all items of the scale were above 0.30 and the explained variance was found to be 34.598%. Therefore, no items were removed from the scale at this stage and a single sub-dimensional structure was accepted. Several indexes have been used to examine the conformity of the Montreal Children's Hospital Nutrition Scale model. One of these; specification of χ^2 / SD has been determined as 1.88, GFI 0.97, AGFI 0.95, CFI 1.00, RMSEA 0.073, and SRMR 0.071. All related index values have been found to be in the desired range. Montreal Children's Hospital-Feeding Scale The Cronbach α coefficient is 0.838, and item-total correlation values for all items of the scale has been found as positive. The Turkish version of The Montreal Children's Hospital - Feeding Scale has a good structure and validity. According to the results of the scale, it is suitable for using in the researches to be conducted in Turkey.

Keywords: pre-school, child, nutrition, inadequate nutrition, malnutrition, eating disorders

TEŞEKKÜRLER

Hemşirelik mesleğini tüm yönleriyle kalbimde, ruhumda hissettiren, mesleki yaşantımda her zaman bilgisi, ilgisi, tecrübesi, sevgisi ile var olup yarınlarıma ışık tutacak olan, her durumda beni savunup yanımda olan, öğrencisi olduğum için kendimi her zaman şanslı hissedeceğim değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV'a, tez jüri üyelerim Prof. Dr. Güler CİMETE'ye ve Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇAĞLAR'a,

Yaşamımın her aşamasında olduğu gibi çalışmamı tamamlamada da desteğini, emeğini, sevgisini, fedakarlığını esirgemeyen, hayattaki en büyük şansım, çok değerli annem Serpil SÜRMEİ'ye, her zaman iyi yerlere gelmemiz için çabalayan, bilgi ve tecrübeleriyle bize yol gösteren, her koşulda tüm olanakları sağlayan, iyi bir insan olmamız için emek sarf eden, örnek aldığım canım babam Ali Galip DOĞRU'ya, hayatımda olduğu için çok şanslı olduğum, ikinci annem olan, her zaman arkamı toplayan, Cemil YOLCU ve Defne YOLCU gibi iki tane yeğene sahip olmamı sağlayan, her daim yanımda olan canım ablam Duygu DOĞRU YOLCU'ya,

Hayatımın her bölümünde yer alan, yer almaya da devam edecek olan ve hiç kimsenin bizim gibi olmayacağını her daim gösteren canım arkadaşım Seray KÜÇÜK'e,

Tez aşamasına başladığım ilk günden itibaren tezimi teslim ettiğim son ana kadar tezime destek olup, tezi bitirmeme olan inancımı asla yitirmememi sağlayan canım arkadaşım Mehmet Cem ATASEVER'e, bir telefon uzaklığında olan, her koşulda yardımına koşan, kuzenim Ozan SÜRMEİ'ye ve arkadaşım Simge ÖZGÜN'e,

Bu uzun yolculuğumda beni anlayışla karşılayan, benden sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan dostlarıma tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2020

İbrahim DOĞRU
(Hemşire)

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

13.01.2020
İbrahim DOĞRU

İÇİNDEKİLER

Sayfa Numarası

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLERİN DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Beslenme.....	6
2.2. Yaş Dönemlerine Göre Beslenme.....	6
2.2.1. 0-1 Yaş Arası Beslenme	7
2.2.2. 1-3 Yaş Arası Beslenme	9
2.2.3. 3-6 Yaş Arası Beslenme	10
2.3. Yetersiz ve Dengesiz Beslenme	14
2.4. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmede Görülen Beslenme ve Sağlık Sorunları	15
2.4.1. Şişmanlık (Obezite)	15
2.4.2. İştahsızlık	16
2.4.3. Bodurluk	17
2.4.4. Diş Çürükleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri	20
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Dil geçerliği ve Çeviri süreci	21
3.5.2. Kapsam Geçerliği.....	22
3.5.3. Ön Uygulama.....	23
3.5.4. Test-tekrar-test Uygulaması.....	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.8. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	24
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönü.....	24
3.10. Araştırma Süreci	25

4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	39
5.1. Sosyodemografik Bulgular	39
5.2. Güvenirlik Analiz Sonuçları	39
5.2.1. İç Tutarlılık Analiz Sonuçları	39
5.2.2. Madde Toplam Puan Analizi	39
5.2.3. Test – Tekrar Test Analizi	40
5.3. Geçerlik Analizi	40
5.3.1. Kapsam Geçerliliği	40
5.3.2. Yapı Geçerliliği.....	41
5.3.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	41
5.3.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
6.1. Sonuç	43
6.2. Öneriler	44
7. KAYNAKLAR	45
EKLER	50
EK-1. Aile Soru Formu.....	50
EK-2. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği.....	51
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)	54
EK-4. Ölçek İzni	56
EK-5. Etik Kurul İzni	57
EK-6. Kurum İzni	58
EK-7. Özgeçmiş.....	59

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 2: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin Maddelerine Ait KGİ Skorları	29
Tablo 3: Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett Testi Değerleri	30
Tablo 4: Anti-image Korelasyonları	31
Tablo 5: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi Bulguları	32
Tablo 6: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri. Normal ve Kabul Edilebilir Değerler	33
Tablo 7: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları	35
Tablo 8: Alt Üst %27'lik Dilim Karşılaştırma Sonuçları.....	36
Tablo 9: Test Re-test Karşılaştırma Sonuçları	36
Tablo 10: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımları	36
Tablo 11: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden Alınan Madde Puan Ortalamaları	37
Tablo 12: Üç-Altı Yaş Çocukların Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimleri	11
Tablo 13: Üç-Altı Yaş Çocukların Günlük Besin Öğeleri Gereksinimi Karşılacak Besin Miktarları	11

ŞEKİLLERİN DİZİNİ

Şekil 1: Araştırma Süreci	25
Şekil 2: Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı	34



KISALTMALAR DİZİNİ

MCH-Feeding Scale	: The Montreal Children's Hospital - Feeding Scale
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
%	: Yüzde
<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SRMR	: Standardized Root-mean-Square Residual
GFI	: Goodness of Fit Index
CFI	: Comparative Fit Index
NNFI	: Non-Normed Fit Index
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Önemi ve Tanımı

Düzenli ve dengeli beslenmenin geliştirilmesi toplumdaki bireylerin sağlık durumu, ekonomik düzeyi ve sağlık durumları için önemlidir. Düzenli ve dengeli beslenme sağlıklı bir yaşam için temel koşuldur. Düzenli beslenen bireylerin sağlığını koruması, sağlık durumlarını devam ettirmesi, yaşam kalitelerini arttırması ve bu davranışları benimsemesi gibi hedeflere ulaşılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015).

Yeterli büyümenin sağlanması ve enerji ihtiyacının karşılanması için çocukların beden ihtiyacına göre çeşitli besinleri tüketmesi gerekmektedir (Conk ve ark., 2013). Beslenme durumu çocukların kısa dönemde sağlıkları üzerinde değişimlere yol açabildiği gibi uzun vadede de etkisini gösterebilmekte ve fetal hayattan başlayarak yeterli ve dengeli beslenen çocuklarda daha az hastalık, daha az gelişme ve büyüme geriliği, uygun zeka gelişimi görülmektedir (Oğuz Ş, Derin DÖ., 2013). Gerekli besin maddelerini tüketmeyen çocuklarda ise büyüme ve gelişme geriliği görülmektedir (Conk ve ark., 2013).

Çocukların beslenme alışkanlıkları birçok faktörden etkilenebilmektedir bunlar; çevresel, kültürel, sosyal, ekonomik ve bireysel faktörlerdir. Bu faktörler arasında çevre ve kültür okul öncesi dönemdeki çocuklar için sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesi konusunda önemli etkisi bulunmaktadır (Özmert EN., 2015). Okul öncesi dönemdeki çocukların besin seçimi konusunda aile bireylerinin, yaşlılarının, internet kullanımının, çizgi filmlerin ve televizyonda yayınlanan reklamların büyük etkisi olduğu görülmektedir (Özmert EN. 2015, Holub SC, Musher-Eizenman DR. 2010). Türkiye’de yapılan çalışmalarda çocukların büyük bölümünün kahvaltı yapmadığı, okulda geçirdikleri sürede atıştırmalık yiyecekleri tükettikleri görülmektedir (Öztürk ve ark., 2004). Bununla birlikte meyve, sebze gibi gerekli besin maddelerini yeterli tüketmedikleri görülmektedir (Öner, ve ark. 2005).

Çevresel faktörler içerisinde bulunan ebeveynlerin beslenme ile ilgili tutumları, çocuklarda obezitenin oluşmasında büyük etkisinin olduğu belirtilmektedir. Ailelerin beslenme ile ilgili tutumları çocuklarını etkilemekte bununla birlikte çocukların tartı durumunu da etkilemektedir (Birch ve ark., 2001). Ebeveynlerin çocuklarının beslenme

konusundaki baskıcı ve kontrollü tutumları çocukların beslenme üzerine olan sorumluluklarının gelişmemesine neden olmaktadır. Ebeveynler tarafından belirlenen yemek saatleri, besin miktarları belirleme gibi uygulamalar çocukta açlık ve tokluk hissini ortadan kaldırmaktadır. Bu durumun sonucu olarak çocuk vücut ihtiyacına göre beslenememekte ve çocuğun kilo durumunu da etkilemektedir (Rolls ve ark 2000, Birch ve Fisher, 1998). Ebeveynler çocuklarının beslenme üzerine kurdukları baskılardan biri bazı yiyecekleri (abur cubur vb.) kısıtlamak veya belirli yiyecekleri tüketmesi için zorlamaktadır. Uygulanan bu baskı sonucu çocuklar sağlıklı besinleri daha az tüketmekte ve bununla birlikte sağlıksız besinleri daha fazla tüketebilmektedir (Birch ve ark., 2001).

Bireysel faktörler içerisinde çocuğun gelişimsel dönemi girmektedir. 0-6 aylık dönemde çocuğun temel besini anne sütüdür. Altı aydan sonra ise tamamlayıcı/ek besinlere başlanması gerekmektedir. Katı besinlere geçiş dönemi ise çocuklar arasında farklılıklar görülebilmektedir. Katı besinlere geçiş için bebeğin nöromusküler, sindirim, boşaltım ve immün sistemin gerekli olgunluğa erişmiş olması gerekmektedir. Bir yaşına gelen çocuk ailesi ile birlikte yemek masasındaki besinleri tüketebilecek duruma gelebilmektedir (Çavuşoğlu, 2013).

0-1 yaş arası bebeklik döneminde büyüme ve gelişme hızlı olduğundan beslenme ayrı bir önem taşımaktadır. Bu dönemde beslenme ile ilgili oluşacak sorunlar daha sonradan düzeltilmesi güç olduğundan beslenme ile ilgili alışkanlıklar bu dönemde çocuğa doğru bir şekilde kazandırılmalıdır (Köksal ve Özel, 2008). Yenidoğanın beslenmesi ilk 6 ay sadece anne sütü ile olmalıdır, fakat anne sütü ile beslenmesine engel olan durumlar mevcutsa formül sütlerle desteklenmelidir (Ünal, 2011). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 çalışması raporuna göre 6 aydan küçük çocukların %41'i sadece anne sütüyle beslenmektedir. Çocukların yaşı arttıkça sadece anne sütü ile beslenme yüzdesi azaldığı görülmüştür; 0-1 aylık çocukların %59'dan, 2-3 aylık çocuklarda %45'e ve 4-5 aylık çocuklarda da %14'e düştüğü belirtilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Bebeğin biberon veya yalancı meme verilmesi önerilmemektedir. Emzik kullanan bebeklerde emme gücü azalmakta, böylece süt üretimi azalmakta ve anne sütünden erken ayrılmak zorunda kalmaktadır bebek (Giray, 2004). Altıncı ayını tamamlayan bebeklerde ek besinlere başlanılmaktadır. Tamamlayıcı besinlere başlama zamanı, bebeğin nöromusküler, sindirim, boşaltım ve immün sistemin olgunlaşması ile yakından ilişkilidir. Tamamlayıcı besinlere başlandıktan sonra da bebek her istediğinde günde en az 8 defa emzirmeye devam edilmelidir (İlgaz, 2009).

1-3 yaş arasındaki çocuk geliştikçe, verilen besinlerin miktarı ve çeşitliliği artırılmalıdır. Çocuğun gelişimine göre, diş yapısına ve çiğneme gücüne göre besinler sunulmalıdır. Bu yaş grubundaki çocuklara başlangıçya yumuşak besinler tüketirilmelidir. Aşamalı olarak diyeteye taneli, sert besinler eklenir. Çocuklara gereksiz müdahalelerde bulunmadan yardım edilerek besinleri tüketmesi sağlanmalıdır. Bu gruptaki çocuklara tüketemeyeceği miktarda besinler yedirilip ilgi azaltılmamalıdır, çocuk inatlaşıp besinleri tüketmeyi reddedebilmektedir. Böyle bir durumda çocuğun kendisinin yemek yemesi beklenmeli veya acıktığını gösteren belirtiler beklenmelidir. Unutulmamalıdır ki 1-3 yaş arasındaki çocuklar buldukları her şeyi ağızlarına götürebilmektedir bu nedenle sürekli gözetim altında olmaları gerekmektedir (Çavuşoğlu, 2013).

3-6 yaş dönem yani okul öncesi dönem, beslenme davranışlarının temellerinin oluşturulduğu önemli dönem olarak kabul edilmektedir. Bu dönemdeki çocuklar yemeklerini yardımsız olarak yiyebilmektedir. Ancak beş yaşına kadar çocukların yemek yerken yardıma ihtiyaç duymaları doğal kabul edilmektedir. Bu yaş grubundaki çocuklar sebze yemeklerinden çok hoşlanmamaktadırlar. Elle yiyebilecekleri besinleri tercih etmektedirler. 3-6 yaş grubundaki çocuklar keskin koku ve tatlara karşı hassastırlar. Yemek konusunda çocuğa gösterilen baskıcı tutum çocuk tarafından ters tepip yemek yemeyi reddetmesine neden olabilmektedir. Evde tüketmeyi reddettikleri yemeği yuvada akranlarıyla yiyebilmektedirler (Çavuşoğlu, 2013).

3-6 yaş arası çocuklarda besin tüketimi ile ilgili yapılan çalışma azdır. Yapılan çalışmalarda genellikle okul çağı ve adölesan dönemi üzerine yoğunlaşmıştır (Archer. ve ark., 1991, Crist ve ark. 1994, Erdim ve ark., 2017, Wardle ve ark., 2001). Türkiye’de sıklıkla beslenmeye yönelik kullanılan ölçekler; bebekler için ailelere Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Ekşioğlu, Yeşil, Turfan, 2016), okul çocuğuna yönelik Okulçağı Çocuklarında Çocuk Beslenme Anketi (Erdim, Ergün, Kuşuoğlu, 2010), adölesanlar için Adölesanların Beslenme Bilgileri Ve Yeme Davranışlarını Belirlemeye Yönelik Ölçek (Özdoğan ve Özçelik 2013) ve ebeveynler için ise Çocuk Beslenme Ölçeği’dir (Polat ve Erci, 2010).

Yetersiz ve dengesiz beslenen çocukların büyümeleri yavaşlamaktadır. Büyümeleri yavaşlayan bu çocuklarda gelişimsel bozukluklar, hastalığa yakalanma riski ve ölüm oranı artmakta ve hayatının ileriki dönemlerini etkileyecek kalıcı izler bırakmaktadır (Oot, Sethuraman, Ross, ve Sommerfelt, 2016). Yetersiz alına vitaminler basit guatra ve diş sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Bunların

yanı sıra yapılan yeni çalışmalar obezite durumu olmadan da yanlış beslenmeye bağlı hiperlipidemide ve hipertansiyonda artış olduğunu belirtmektedir. Hiperlipidemi ve hipertansiyon koroner kalp hastalıklarının nedenleri arasındadır. Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklar fiziksel gücü yetersiz, zeka seviyesi düşük yetişkinler olarak ileri yıllarda topluma karışmaktadır. Bu nedenle ekonomik, kültürel ve eğitim problemlerinin boyutları büyümektedir (Akçay, 2008).

Beslenme kaynaklı sorunlar çocuk grubunda önemli sorunlara yol açmaktadır sağlıklı bebeklerin ve küçük çocukların %25 ila %50'sinde beslenme sorunu ortaya çıktığı görülmektedir (Carruth ve Skinner, 2002, McDermott ve ark., 2008). Düzensiz ve dengesiz beslenme çocuklarda sadece fiziksel boyutta problemlere neden olmakta değil aynı zamanda mental gelişimini de etkilemektedir. Beslenme problemleri küresel bir problem olarak tanımlanmaktadır. Yaşanan sorunlar sadece gelişmemiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de rastlanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çalışma raporuna göre bodurluk görülme oranları Mısır'da %29, Malezya'da %17 ve Meksika'da %16 iken, Ürdün'de %8 ve Brezilya'da %7 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de beslenme sorunları bölgeler arasında, kentsel-kırsal yerleşmelerde büyük farklılıklar görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'de yaptığı çalışmada Türkiye'yi beş ana bölüme ayırmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre "Doğu" bölgesindeki 0-18 yaş arası çocukların %20,9'unda bodurluk görülürken "Batı"da bu yaş aralığında bodurluğun görülme sıklığı ise %7,6'dır. Boçalışma sonucuna göre bodurluğun belli il ve ilçelerde görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. 2008 Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonucuna göre beş yaşından küçük çocukların %3,2'sinde ileri derece bodurluk görülürken, %10,3'ünde ise bodurluğa rastlanılmaktadır. Daha önceki yıllarda yapılan araştırmada beş yaşından küçük çocukların bodurluk oranları 1998 yılında %16, 2003 yılında ise %12,2 olduğu belirtilmiştir. Bodurluk yetersiz ve dengesiz beslenmenin göstergesi olarak çocukların yaşlarına göre kısa olması durumudur. Boya göre kilonun düşük olması ise kavrukluk olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de bulunan 5 yaş altı çocukların %1'inde kavrukluk görüldüğü belirtilmiştir. Başka bir ifadeyle, bu sefer beslenme yetersizliğine bağlı çocuklarda boy uzunluklarına göre vücut ağırlıkları düşük kalmaktadır. Beslenme kaynaklı birçok bebek ve çocuk engellilik durumu, hastalık veya gelişim geriliği yaşamaktadır (<http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18>). 2018 TNSA sonucuna göre ise Türkiyedeki toplam nüfusun %25'ini 15 yaşın altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Aynı çalışmada Türkiye'de bulunan 5 yaşından küçük

çocukların %6'sının boy uzunluğunun yaşına göre kısa olduğu yani bodur olduğunu %1,5'inde ise ciddi bodurluk bulunduğunu göstermektedir. TNSA 2018 sonuçlarında bodurluk yüzdelerini kırsal alanlarda %8, Doğu Bölgesi'nde %8, refah seviyesi düşük olan kesimde %12, annesi eğitimsiz çocuklarda ise %9 olarak bildirmiştir. TNSA 2008 verilerinden bu yana bodurluk oranında düzenli azalma görülmektedir. Bodurluğun görülme sıklığı son 10 yılda %12'den %6'ya düşmüştür. Aynı şekilde 5 yaşın altındaki fazla kilolu çocukların oranında da azalma görülmüştür. Fazla kilolu çocukların görülme sıklığı son 5 yılda %11'den %8'e düşmüştür. 5 yaşın altındaki çocuklarda zayıflık yüzdesi %1'den %2'ye yükselmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018).

Çocuklarda görülen diğer beslenme sorunu ise obezitedir. Obezite günümüzde çocukluk çağına görünen kronik hastalıklardan birisidir. Önemli halk sağlığı sorunu olan obezite çocukların ve ergenlerin %25-30'unu etkilemektedir (Öztora, 2005, Güre ve İnan, 2001). Çocukluk döneminde obezite tehlikeli bir boyut almakta ve her yıl görülme sıklığı giderek artmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Toplantısı, 2006). Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde obez olan bir çocuk, yetişkinlik döneminde obez olma ihtimali çocukluk döneminde normal kilo ağırlığında olan çocuğa göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Pyle ve Poston, 2006).

Çocukların büyümesinde ve gelişmesinde ebeveynlerin ve ev ortamının etkisi oldukça fazladır. Çocuklar yemek davranışlarını ilk olarak ebeveynlerinden görmekte ve onları rol model kabul etmektedir (Birch ve ark., 2001). Ev ortamında ebeveynlerin çocuk besleme davranışları ve bu konudaki tutumlarının belirlenmesi, sağlık çalışanları tarafından beslenmeye bağlı oluşacak hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için önemli bilgi kaynaklarıdır. Bunları belirleyebilmek için de geçerli ve güvenli bir veri toplama racına gerek vardır.

Bu çalışmanın amacı, beslenme sorunlarının hızlı bir şekilde saptanması amacıyla Ramsay ve ark. tarafından (2011) geliştirilen The Montreal Children's Hospital - Feeding Scale'nin (MCH-Feeding Scale) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Ramsay ve ark. tarafından (2011) geliştirilen The Montreal Children's Hospital - Feeding Scale Scale (Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği)'nin Türkçe versiyonun Türkiye'deki çocuklar için geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracı olup olmadığını incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Canlıların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için beslenme vazgeçilmez bir olgudur (Kılıç ve Şanlıer, 2007). Dünya Sağlık Örgütü tarafından beslenme, “yaşamın devam ettirilebilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için besinlerin tüketilmesi” olarak ifade etmektedir (WHO, 2017).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sadece bireyde hastalık veya sakatlığın bulunması değil; bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütün iyilik halinde olması olarak tanımlamıştır (Bilge ve ark., 2013). Bireyin sağlıklı olması; beslenme, genetik, iklim ve çevre gibi birçok etkenden etkilenir. Fakat bu etkenler arasında en çok beslenmeden etkilenmektedir (Kılıç ve Şanlıer, 2007). Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelini oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

2.2. Yaş Dönemlerine Göre Beslenme

Çocuğun ileriki yaşlarında sağlıklı olabilmesi için fetal hayattan başlayarak sağlıklı bir ortamda büyümesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Yetişkinlerden farklı olarak çocuklar sürekli büyüme ve gelişim içindedir. Büyüme ve gelişme çocuklarda baştan ayağa merkezden uçlara doğru olmaktadır. Bu büyüme ve gelişme belirli dönemlerde hızlanma ve yavaşlama göstermekte olup sürekli bir şekilde devam etmektedir (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2016). Çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal yönden gelişimini etkileyen en önemli etkenlerden biri yaşına, cinsiyetine ve fiziksel aktivitesine göre yeterli ve dengeli beslenmesidir (UNICEF. 2002). Beslenme çocuğun sağlığı üzerinde kısa sürede ölçülebilir değişimlere yol açabileceği gibi uzun sürede de çocuğun sağlığı üzerinde etkilerini gösterebilmektedir. Fetal hayattan itibaren yeterli ve dengeli beslenen çocuklarda daha az hastalık, yaşına göre büyüme, uygun gelişme ve zeka gelişimi gözlemlenmektedir (Oğuz ve Derin, 2013). Bir taraftan da temel besin öğelerinden yoksun beslenen çocuklarda ise büyüme ve gelişme geriliği görülebilmektedir (Conk ve ark., 2013).

Okul öncesi dönem, doğumdan itibaren altı yaşına kadar olan süreyi kapsamaktadır. 0-1 yaş bebeklik dönemi, 1-3 yaş arası oyun çağı dönemi ve 3-6 yaş arası dönem ise okul öncesi dönemi olarak adlandırılmaktadır (Merdol, 2012). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 5 yaşından küçük olan çocuk sayısını 2018 yılında 6.484.986 olarak belirtilip toplam çocuk popülasyonunun %33.8'ini, toplam nüfusun ise %7.9'unu oluşturduğunu belirtmektedir (TÜİK, 2018). Çocuklar doğumdan itibaren hızlı bir gelişim sürecine girerler. Bu hızlı gelişim süreci 6 yaşına kadar devam etmektedir, daha sonra bu hızlı süreçte yavaşlamalar olmaktadır. Ergenlik döneminde bu süreç tekrar hızlanmaktadır. Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu dönemlerde çocukların etrafında meydana gelen olaylar onları aşırı şekilde etkilemektedir. Bu süreçte çocukların aldığı pozitif uyaranlar gelişimine katkı sağlamaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2016).

2.2.1. 0-1 Yaş Arası (Bebeklik Dönemi) Beslenme

Beslenme hayatın her evresinde önem taşımaktadır. 0-1 yaş arası bebeklik döneminde büyüme ve gelişme hızlı olduğundan beslenme ayrı bir önem taşımaktadır. Bu dönemde beslenme ile ilgili oluşacak sorunlar daha sonradan düzeltilmesi güç olduğundan beslenme ile ilgili alışkanlıklar bu dönemde çocuğa doğru bir şekilde kazandırılmalıdır (Köksal G., Özel G. H. 2008).

Yenidoğanın beslenmesi ilk 6 ay sadece anne sütü ile olmalıdır, fakat anne sütü ile beslenmesine engel olan durumlar mevcutsa formül sütlerle desteklenmelidir (Ünal, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), ilk 6 ay anne sütü 6. aydan sonra tamamlayıcı besinlere başlayarak 2 yaşına kadar çocuğa anne sütünün verilmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2003). Anne sütünün gerekli sürede verilmemesi nedeniyle ortaya çıkan beslenme sorunları, gelişmekte olan ülkelerde çocuk ölümlerinin %50'sini oluşturmaktadır (Giray H., 2004). Tamamlayıcı besin, anne sütüne ek olarak verilen besinlere denilmektedir. Tamamlayıcı besinlerin bebeğin gereksinimine göre, besleyici, hijyenik, güvenli ve uygun miktarda olması gerekmektedir (İlgaz, 2009).

Anne sütü; yenidoğanda maksimum büyüme ve gelişime için ihtiyaç duyulan bütün sıvı, kalori, ve besinleri içeren doğal ve sindirimi kolay bir besindir (Samur, 2009). Emzirme sıklığı saatlere göre ayarlanmamaktadır. Bebek her istediğinde emzirilmesi gerekmektedir. Bebeğin ağlaması acıktığının geç göstergesidir, ellerini kollarını gemesi, elini ağzına götürmesi veya emme hareketleri yapması bebeğin acıktığının erken

göstergeleridir (Gür, 2007). Bebeğe biberon veya yalancı meme verilmesi önerilmemektedir. Emzik kullanan bebeklerde emme gücü azalmakta, böylece süt üretimi azalmakta ve anne sütünden erken ayrılmak zorunda kalmaktadır bebek (Giray, 2004).

UNICEF ve DSÖ tarafından geliştirilen “Küresel Emzirme Ortaklığı” raporuna göre dünyada emirme konusunda standartlara tam olarak uyan ülkenin bulunmadığı görülmüştür. 194 ülkede gerçekleştirilen çalışmada 5 aylık ve 5 ayın altındaki bebeklerde %40’ının sadece anne sütüyle beslendiğini, 23 ülkede de bu yaş grubundaki bebeklerin %60’ının sadece anne sütü ile beslendiğini tespit etmiştir (UNICEF, 2017). Emzirme Türkiye’de ise, çocuklarda ek besinsiz yalnızca anne sütüyle beslenme Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008’de %42 iken, TNSA 2013’te %30’a düştüğü görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Bazı zorunlu durumlarda bebeğin anne sütüyle beslenmesi önerilmemektedir. Annede ağır hastalığı varsa, kemoterapi veya radyoterapi alıyorsa ya da psikoza varsa bebeğe anne sütü verilmesini engellemektedir (Giray, 2004). Aynı zamanda galaktozemi, tedavisiz aktif tüberküloz varlığı, ilaç bağımlılığı veya edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromunun (AIDS) annede bulunması durumunda emzirmenin kesilmesi gerekmektedir (Samur, 2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 çalışması raporuna göre 6 aydan küçük çocukların %41’i sadece anne sütüyle beslenmektedir. Çocukların yaşı arttıkça sadece anne sütü ile beslenme yüzdesi azaldığı görülmüştür; 0-1 aylık çocukların %59’dan, 2-3 aylık çocuklarda %45’e ve 4-5 aylık çocuklarda da %14’e düştüğü belirtilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018).

Altıncı ayını tamamlayan bebeklerde anne sütüyle birlikte ek besinlere başlanılmaktadır. Tamamlayıcı besinlere başlama zamanı, bebeğin nöromusküler, sindirim, boşaltım ve immün sistemin olgunlaşması ile yakından ilişkilidir. Tamamlayıcı besinlere başlandıktan sonra da bebek her istediğinde günde en az 8 defa emzirilmeye devam edilmelidir (Ilgaz, 2009).

Aylara göre verilmesi gereken tamamlayıcı besinler şu şekilde listelenmiştir. 0-6 ay arası yalnızca anne sütü verilmelidir. Köksal ve Özel’in çalışmasında 6. ayda da anne sütüne devam edilmelidir onun yanında yoğurt, meyve suları, sebzelerin suları veya sebzelerin püre hali, pekmez, şeker katılmamış muhallebiler, yumurtanın sarısı (çeyreği) başlanabilmektedir. 7. ayda anne sütü ile besleme sürdürülüp yoğurt, meyve suları, sebzelerin suları, pekmez, pirinç unu, pirinç, yumurtanın sarı kısmı (tamamı), et, bitkisel

yağlar, sebzelerin püre hali ya da sebzelerden yapılmış çorba verilebilmektedir. 8. ayda da anne sütü devam ettirilip onu tamamlayacak şekilde, yoğurt, meyve suları, sebzelerin suları, pekmez, et, bitkisel yağlar, püre haline getirilmiş evde yapılmış yemekler, yumurtanın tamamı veya pastörize peynir, bakliyat ürünlerine başlanılmasının gerektiği belirtilmiştir (Köksal ve Özel, 2012). Bebek bir yaşında aile ile birlikte sofradaki besinleri tüketecek olgunluğa erişebilmektedir (Çavuşoğlu, 2013).

2.2.2. 1-3 Yaş Arası (Oyun Çocukluğu Dönemi) Beslenme

Bu yaş grubu beslenme alışkanlıklarının temelinin atıldığı önemli bir gruptur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2019). Bu dönemde çocuklarda bağımsızlık mücadelesi belirgin olarak görülmektedir. Anne ve babaların ortak şikayeti çocuklarının iştahsızlığı ve yemeğe gösterdiği ilgi azlığıdır. Çocukların dönem dönem gıda tüketiminin artıp azalması normal kabul edilmelidir (Yavuzer, 2008). Aynı zamanda 12-18. aylar arasında büyüme hızında yavaşlama görülmektedir, bu yavaşlama sonucu çocuğun iştahı ve besin tüketiminde de azalmalara neden olmaktadır (Çavuşoğlu, 2013).

Bu dönemde çocuklarda iştah ve besin tüketimi düzensizdir. Yemek yemesi veya içecek içmesi için ailenin kurduğu baskı, zorlama çocuğun direnç göstermesine ve daha fazla inatçı olmasına neden olabilmektedir (Çavuşoğlu, 2013). Bu yaş grubunda yemek saatlerinin düzenli olarak ayarlanması ve öğün haricinde atıştırılacak çubuk kraker, bisküvi, çikolata, gazlı içecek ve benzeri besinlerin tüketilmesine engel olunarak çocukların sağlıklı ve dengeli beslenme programlarına alıştırmaya başlanmalıdır (Köksal ve Gökmen, 2000).

Çocuğun diş gelişimine, diş sayısına göre çiğneme ve yutma fonksiyonu etkilenmektedir. Bundan dolayı çocuğa verilen besinler çocuğun diş sayısına, yutma ve çiğneme gücüne göre hazırlanmalıdır. Yumuşak besinlerin tercih edilmesi, katı besin verilecekse küçük parçalara ayrılması veya yumuşatılması önerilmektedir (Nutrition In Early Child Years (For Ages 1 to 3), 2003). Süt tüketimi, kalsiyum ve fosfor alımı için önemlidir. Günlük ortalama 3 öğün az yağlı süt tüketimi önerilmektedir. Doymuş yağ asitleri bu yaş grubunda düşük seviyede tutulması önerilmektedir bu nedenle yağsız et ve az yağlı besinler tüketilmesi önerilmektedir (Çavuşoğlu, 2013).

Yiyeceklerin cezbedici ve renkli biçimde hazırlanması çocuğun yemeğe adaptasyonunu arttırabilmektedir. Aynı zamanda dış uyaranların azaltılması ve yiyeceklerden seçenekler sunulması önemlidir (Çavuşoğlu, 2013).

2.2.3. 3-6 Yaş Arası (Okul Öncesi Dönemi) Beslenme

Son zamanlarda beslenme sağlıklı yaşam sürdürülebilmesi için kilit noktası olarak görülmektedir (Barzegari ve ark., 2011). Yapılan araştırmalar yeterli ve dengeli beslenen bireylerin, yetersiz ve sağlıksız beslenen bireylere göre ölüm hızının on kat daha az olduğunu ve yeterli beslenen çocukların, yetersiz beslenen çocuklara göre gelişme hızının daha fazla olduğunu göstermektedir (Sabbağ, 2009). Bireyin bütün olarak en üst düzeyde iyilik halinde olması beslenmesiyle ilgilidir. Bu iyilik halinin sağlanabilmesi için bireyin, düzenli ve dengeli beslenmeye aile içinde başlamalı ve olumlu beslenme alışkanlıkları benimsemeleri gerekmektedir (Sormaz, 2003). Beslenme konusunda yapılan araştırmalarda okul öncesi dönem çocuklarının beslenme bozukluğu yönünden en riskli yaş grubu olarak değerlendirilmektedir (MEGEP, 2007). Düzenli ve yeterli beslenme, yalnızca fiziksel ihtiyaçların giderilmesi için değil, aynı zamanda bireyin sosyolojik ve psikolojik gereksinimleri için de önem taşımaktadır (Köksal ve Gökmen, 2008). Bu konuda yapılan çalışmalarda üç yaşına kadar hızlı ilerleyen beyin gelişimi döneminde yeterli ve dengeli beslenen çocuklarda, yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklara göre zeka geriliğinin görülme olasılığının daha az olduğu görülmektedir (Onur, 2007).

Okul öncesi dönemde çocuklarda iştah azalması gözlemlenmektedir bu durum çocukların ebeveynleri veya çocuğun bakımını üstlenenler için önemli bir problem olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu yaş grubunda besin değeri yüksek yiyecekler seçilmelidir. Yağı ve basit şeker alımını arttırmayacak şekilde, tahıl grubunun, meyve çeşitlerinin ve sebzelerin öncelikle tüketilmesi çocuklar açısından önemlidir. Yağ ve basit şekerler tamamen sınırlandırılmıyorsa bile bu besinler besleyici besinlerin önüne geçmeyecek olarak sınırlandırılması gerekmektedir (Wardlaw, 2003).

Çocuklar genetik yapılarından, fetal hayatta, bebeklik dönemindeki beslenme durumlarına ve var olan hastalık öyküsü gibi nedenlerden dolayı kendi yaş grubundaki çocuklardan farklılık göstermektedirler. Bundan kaynaklı her çocuğun besin ihtiyacı birbirinden farklılık göstermektedir. Ebeveynler çocuklarının beslenmesini, gelişimini ve büyümesini yakından takip etmelidir. Büyümü çocuğun kütle ve hacminin artması, gelişme ise hücre ve dokulardaki değişim olarak kabul edilmektedir. Çocuklardaki büyümenin yeterli olduğunu tartı alımının yeterli olmasıyla, boy uzunluğu ve boyun uzama hızıyla, baş çevresinin artmasıyla ve bu artmanın hızıyla, göğüs çevresinin ölçüsü ve vücut bölümlerinin orantılı olmasıyla, gelişimin yeterli olduğunu ise dişlerin çıkma ve

değişme yaşıyla, kemiklerin gelişme derecesiyle, nöromotor gelişmeyle, cinsel gelişmesiyle ve zeka ölçüm testleriyle değerlendirilmektedir (Merdol, 2008).

Vücudun düzenli çalışması, ısı kontrolünün yapılması ve hareketlerin düzenlenmesi için vücudun enerjiye ihtiyacı vardır. Çocuğun aldığı enerjiyle harcadığı enerji arasında denge bulunmalıdır. Alınan enerji harcanan enerjiden daha fazlaysa şişmanlık/obezite görülebilmekte, tam aksi durumda vücudun gereksinim duyduğu enerji gereksinimden daha az enerji alınıyorsa gelişme geriliği görülebilmektedir (Merdol, 2008).

Çocukların enerji gereksinimleri belirlenirken “Enerji Gereksinimi= Bir yaş için 1100 kalori+ Her yaş için 100 kalori” formülünden yararlanılabilir. Bu formüle göre iki yaşındaki çocuk 1300, üç yaşındaki çocuk 1400, dört yaşındaki çocuk 1500, beş yaşındaki 1600 ve altı yaşındaki çocuk ise 1700 kalorilik enerjiye gereksinim duymaktadır. Bu kaloriler ortalama değerlerdir yukarıda da belirtildiği gibi her çocuğun kalori gereksinimi birbirinden farklılık göstermektedir. Proteinler enerjinin %15’ini, karbonhidratlar %55’ini, yağlar ise %30’unu oluşturmaktadır. Tablo 12’de üç-altı yaş arasındaki çocukların enerji ve besin gereksinimleri Tablo 13’te ise gerekli enerjiyi karşılayacak besin miktarları verilmiştir (Merdol, 2008).

Tablo 12 : Üç-Altı Yaş Çocukların Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimleri

Enerji (kkal)	1400-2300	A vitamini (I.U)	2000
Protein (gr)	30-35	D vitamini (I.U)	400
Kalsiyum (mg)	800	Thiamin (B1) (mg)	0.7-0.9
Fosfor (mg)	800	Riboflavin (B2) (mg)	0.9-1.0
Demir (mg)	10	Niasin (mg)	11.2
Çinko (mg)	10	C vitamini (mg)	50
İyot (mikrog)	90	Folik asit (mikrog)	200
Magnezyum (mg)	200	Vitamin B12 (mikrog)	2.5

Tablo 13 : Üç-Altı Yaş Çocukların Günlük Besin Öğeleri Gereksinimi Karşılayacak

Besin Miktarları

Besin Grupları	Besinler	3-6 yaş için ortalama g/gün
1. Grup : Süt ve benzeri	Süt, yoğurt, Peynir	600 30
2. Grup : Et ve benzeri	Et ya da Kuru baklagiller Yumurta	120 60 50 (bir adet)
3. Grup : Sebzeler ve meyveler	Yeşil ve sarı Diğer	100 200
4. Grup : Ekmek ve Tahıllar	Ekmek Pirinç ya da makarna	100 50

Vitaminler genellikle iki grupta ele alınmaktadır. Suda çözünen vitaminler vücutta depolanamadıkları için günlük olarak besinlerle alınması gerekmektedir ve yetmezlik durumunda erken dönemde belirti göstermektedir. Yağda çözünen vitaminler ise vücutta depolanabildikleri için günlük olarak alınmaları gerekmemektedir. Yağda eriyen vitaminlerin yetersizliği durumunda vücut geç dönemde belirti göstermektedir ve fazla alınması durumunda zararlı etkileri görünmektedir. Vitaminlerin yetersiz alınması çeşitli sorunlara ve hastalıklara yol açabilmektedir. Her vitamin eksikliği ayrı ayrı sorunlara yol açmaktadır. Vitaminlerin hepsinin düzenli alınabilmesi için yeterli ve dengeli beslenmelidir. Bazı vitaminlerin biraz fazla alınması bazı hastalıklara karşı koruyuculuk geliştirildiği görülmüştür. Bazı çalışmalarda A, C ve E vitaminlerinin ihtiyaç duyulan seviyeden biraz daha fazla alınması durumunda kalp ve kanser hastalıklarından koruduğu görülmüştür. Yine de fazla vitamin alınması durumunda oluşabilecek hastalıklar bilindiğinden dolayı doktor ve diyetisyen onayı olmadan fazla vitamin tüketilmemelidir (Merdol, 2008).

Mineraller besinlerin yakılması sonucu ortaya çıkan inorganik elementler olarak tanımlanabilmektedir. Besinlerin yakılmasından sonra ortaya çıkan külün yaklaşık 40 tane mineral ortaya çıkmaktadır fakat bunun insan için 17 tanesi elzem minerallerdir. Minerallerin elzem olması veya olmama durumu, mineralin diyetten çıkarıldığı zaman belirti oluşup oluşmamasına bağlıdır. Mineraller majör mineraller ve iz elementler olarak ikiye ayrılır. Vücut için gerekli olan majör mineraller; kalsiyum, fosfor, potasyum, magnezyum, sülfür, sodyum ve klor, iz elementler ise, demir, çinko, selenyum, molibden, iyot, kobalt, bakır, manganez, flor ve kromdur. Mineraller hücre içinde yapıcı rolde bulunurlar. Mineraller kemik ve diş yapısında, insülin ve saç yapısında, hemoglobin gibi birçok yerde bulunmaktadır. Yetişkinlerden farklı olarak çocuklardaki önemli olan başlıca mineraller, demir ve kalsiyumdur. Kalsiyum ve demir ihtiyacını karşılayan besinler diğer mineralleri de karşılayabilmektedir. Mineral eksikliği durumunda çocuklarda büyüme geriliği görülebilmektedir (Merdol, 2008).

Bu dönemde yaşamın ileri yılları için temel oluşturan birçok alışkanlığın temelinin atıldığı dönem olarak kabul edilmektedir. Yeterli ve düzenli beslenmenin yanı sıra bunları alışkanlık haline getirmek de önem taşımaktadır (Karaağaoğlu ve Eroğlu, 2011). 3-6 yaş arası çocuklar evde anne, baba, aile büyükleriyle, okulda ise arkadaşları ve öğretmenleriyle çok fazla vakit geçirmeye başlamaktadır. Vakit geçirdiği insanlar çocuklara dengeli ve düzenli beslenme alışkanlıkları açısından iyi örnek olmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye

Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Bu yaş grubu çocuklar taklitçidir. Kız çocuklar anneyi, erkek çocuklar da babayı taklit etmektedir. Bu nedenle anne ve babanın yemekler konusunda tutumu çocuğun da tutumunu etkilemektedir (Merdol, 2008).

Bu dönemde büyüme ve gelişme bir önceki yaş gruplarına göre daha yavaş ve düzenlidir. Bu dönemlerde iştah azlığı ve yemek seçme davranışları görülebilmektedir. Bu nedenle çocuğun büyümesi ve gelişmesi yakından takip edilip, yeterli beslenip beslenmediği belirlenmelidir (Çavuşoğlu, 2013). Ebeveynler yemek yeme konusunda ısrarcı davranmamalı ve ödül-ceza gibi uygulamalardan kaçınmalıdır. Bu uygulamalar yeme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde beslenmeye yönelik amaç normal büyüme ve gelişmeyi sağlamak, farklı besinleri tüketmesini sağlamak ve ileriki dönemlere yönelik yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarını çocuğa benimsetmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Bu yaş grubundaki çocuklar yardımsız yemek yiyebilmektedir. Yapılan çalışmalara göre beş yaşına kadar çocukların tek başlarına yemek yiyememeleri, yardım alarak yemek yemeleri normal kabul edilmektedir, ancak beş yaşından sonra yardımsız yemek yiyememesi patolojik olarak kabul edilmektedir (Merdol, 2008).

Bu dönemde çocuklar yemeklere karşı net tavırlar koymaya başlamaktadır. Sebze tüketimi az görülmekte ve besinleri karışık olarak yemeyi tercih etmemektedirler. Besinlerin pişiriliş şekli ve sunum şekli de çocuklar için önemlidir. Çocuklar tüm besinleri iştahla tüketmezler aileler bu durumda çocuğun tüketmekten hoşlanmadığı besinleri yemek saatlerinde çocuğun önüne koyarak görmesini ve besini benimsemesi sağlanmalıdır, çocuğun sürekli aynı yemeği görmesi bir süre sonra merak uyandırıp yemeği tatmasını sağlayabilmektedir (Merdol, 2008).

Okul öncesi dönem çocuklarındaki beslenme durumu ile ilgili yapılan literatür çalışmasında yeterli verilere ulaşılmaktadır. Yerli ve yabancı literatür taraması sonuçlarına göre çalışmalar genellikle okul dönemi ve adölesanlar üzerine yoğunlaşılmıştır (Archer ve ark., 1991, Crist ve ark., 1994, Erdim ve ark., 2017, Wardle ve ark., 2001). Türkiye’de sıklıkla beslenmeye yönelik kullanılan ölçekler; bebekler için ailelere Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Ekşioğlu, Yeşil, Turfan, 2016), okul çocuğuna yönelik Okulçağı Çocuklarında Çocuk Beslenme Anketi (Erdim, Ergün, Kuğuoğlu, 2010), adölesanlar için Adölesanların Beslenme Bilgileri Ve Yeme Davranışlarını Belirlemeye Yönelik Ölçek

(Özdoğan, Özçelik 2013) ve ebeveynler için ise Çocuk Beslenme Ölçeği'dir (Polat ve Erci, 2010).

Hemşirelik mesleği, sağlık alanında çocuk ve ailesi ile en fazla vakit geçiren meslektir. Beslenme konusunda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin daha fazla sorumlulukları mevcuttur (Kandemir, 2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan hemşireler çocukların büyüme ve gelişmesi aynı zamanda ailelerin çocuklarının sağlığını geliştirmesi konusunda danışmanlık da yapmaktadırlar. Bu nedenle özellikle bu alanlarda çalışan hemşireler beslenme konusunda fazla bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Yiğit, 2011). Sağlıklı yaşam için, düzenli ve dengeli besinler ve bunların benimsenmesi için, hızlı hazırlanıp tüketilen, sık ev dışından yenmesinden ve şeker içerikli gıdaların tüketilmemesi gerektiği konusunda ebeveynlere ve çocuklara hemşire tarafından eğitim verilmelidir. Ebeveynler, çocukların televizyon, bilgisayar gibi fiziksel aktivitelerini kısıtlayacak alışkanlıkların kısıtlandırılması, çocuğun odasında bilgisayar ve televizyon bulundurulmaması konusunda tembihlenmelidir. Aileye, çocukların fiziksel aktivitelerinin günlük olarak ebeveynler ile birlikte 30-60 dakika arasında olması gerektiği vurgulanmalıdır (Sweeting, 2007).

2.3. Yetersiz ve Dengesiz Beslenme

Bireylerin yaşamlarının temeli, besinlerin tüketilmesi, sindirilmesi, hücre içine transfer edilmesi, oksijen ile enerjiye dönüştürülmesi, parçaların birleştirilmesiyle yeni hücrelerin yapılmasına ve deforme olmuş hücrelerin onarılmasına dayanmaktadır. Bu olayların tümüne metabolizma denilmektedir. Besin öğelerinin tek başına tüketilmesinin etkili olmadığı, farklı besin öğelerinin birlikte alındığı sürede normal büyüme ve gelişmenin sağlanabileceği düşünülmektedir (Baysal, 2000).

Yetersiz ve dengesiz beslenme birçok neden bağlıdır (Wachs, 2008). Genellikle ailenin ekonomik düzeyine veya besin çeşitlerinin azlığına bağlansa da bu durum son dönemlerde daha fazla araştırılmaya başlanılmıştır. Annenin bilgisinin, eğitim ve psikolojik durumunun da çocuğun beslenmesinde rolü olduğu düşüncesinin üzerinde durulmaktadır (Parkinson ve ark., 2010).

Yetersiz ve dengesiz beslenen çocukların büyümeleri yavaşlamaktadır. Büyümeleri yavaşlayana bu çocuklarda gelişimsel bozukluklar, hastalığa yakalanma riski ve ölüm oranı artmakta ve hayatının ileriki dönemlerini etkileyecek kalıcı izler bırakmaktadır (Oot, Sethuraman, Ross, ve Sommerfelt, 2016). Yetersiz alına vitaminler basit

guatra ve diş sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Bunların yanı sıra yapılan yeni çalışmalar obezite durumu olmadan da yanlış beslenmeye bağlı hiperlipidemide ve hipertansiyonda artış olduğunu belirtmektedir. Hiperlipidemi ve hipertansiyon koroner kalp hastalıklarının nedenleri arasındadır. Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklar fiziksel gücü yetersiz, zeka seviyesi düşük yetişkinler olarak ileri yıllarda topluma karışmaktadır. Bu nedenle ekonomik, kültürel ve eğitim problemlerinin boyutları büyümektedir (Akçay, 2008).

2.4. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmede Görülen Beslenme ve Sağlık Sorunları

Düzensiz ve dengesiz beslenen çocuklarda yalnızca zeka gelişimini değil tüm sistemdeki gelişimleri etkilemektedir (Oot, Sethuraman, Ross, Sommerfelt, 2016). Okul ncesi dönem çocuklarında genellikle görünen beslenme sorunları ve hastalıklar; kansızlık, guatr, büyüme ve gelişme bozukluğu, guatr, cücelik, zeka geriliği, diş bozuklukları, kemik bozuklukları ve obezitedir (T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2008).

2.4.1. şişmanlık (Obezite)

şişmanlık, vücuttaki yağ miktarının artması olarak ifade edilmektedir. şişmanlık kronik bir enerji metabolizması bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Köksal ve Gökmen, 2012). Okul ncesi dönemdeki çocuklarda beslenme kaynaklı görünen en büyük sağlık sorunlarından biri şişmanlıktır. TNSA 2018 çalışmasına göre 5 yaşın altındaki fazla kilolu çocukların oranında azalma olduğu görülmüştür. Fazla kilolu çocukların görülme sıklığı son 5 yılda %11'den %8'e düşmüştür (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Bu yaş grubundaki çocuklar yemek yeme konusunda başkalarına bağlı olduklarından dolayı görünen sağlık sorunları genellikle anne, baba veya ona bakan kişiye bağlı gelişmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2008). Çocuklarda şişmanlığın oluşmasında birçok neden vardır. Enerji metabolizmasında gelişen bu bozukluğun nedeni genetik ve çevresel etmenlerin birleşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. şişmanlık etmenleri arasında genetik faktörlerin %25-80 etkilediği düşünülmektedir. Ailedeki şişmanlık öyküsü çocuğu hem genetik hem çevresel olarak etkilemektedir. şişmanlığa neden olan çevresel etmenler ise intrauterin hayat, beslenme alışkanlıkları, çocuğun ırkı, fiziksel aktivite durumu, aile yapısı, sosyal evre ve psikososyal çevredir (Köksal ve Gökmen, 2012).

Çocuklarda görünen şişmanlık sorunu her geçen gün artmakta olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmada dünyada 0-4 yaş arasındaki şişman çocukların sayısı 1990 yılında 32 milyon olarak belirtilmekteyken bu sayı 2016 yılında 42 milyon

olarak belirtilmiştir. Şişman çocukların çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Şişmanlıkta var olan bu artma aynı hızda devam ederse 2025 yılında şişman çocuk sayısının 70 milyon olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2017). Türkiye’de 0-5 yaş arasındaki çocukların %14.6’sının kilolu/hafifi şişman ve %5.9’unu şişman/obez olarak belirtilmiştir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2014). Şişmanlık Avrupa Bölgesinde de önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Çocuklardaki şişmanlığın neden olduğu hastalıklara Avrupa Bölgesinde ulusal sağlık bütçelerinin yaklaşık olarak %7’sini harcadıkları belirtilmektedir. Çocukluk çağındaki şişmanlık konusunda Avrupa Birliği “EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020” hazırlamıştır. Bu plan ile birlikte ülkeler arası çocukluk çağı şişmanlığı ile ilgili iş birliğinin artırılması hedeflenmektedir (EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020). Çocukluk çağında obez olan çocukların yetişkinlikte de obez olma ihtimalleri yüksek görülmekte ve kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklar yönünden risk altında oldukları belirtilmektedir (Shloim ve ark., 2015).

Çocuklarda şişmanlığın yol açtığı sağlık sorunları;

- Şişman çocuklarda yürüme eylemi yaşlarına göre daha geç başlamaktadır. Alt eksteremiterde yağ birikmesi normal kilodaki çocuklara göre daha fazladır.
- Ortopedik sorunların görülme sıklığı daha fazladır.
- Pişik olayları yaşlarına göre daha fazla görülmektedir.
- Yağ dokusunun fazla olmasına bağlı şişman erkek çocuklarda jinekomasti görülebilmektedir.
- Çatlaklar yağ dokusunun fazla olmasına bağlı sıklıkla görülmektedir.
- Deri enfeksiyonları görülebilmektedir.
- Şişman çocuklarda nefes almada zorlanma önemli solunum yolu hastalıklarındandır.
- Erken yaşta kardiyovasküler hastalıklara, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklara neden olmaktadır (Köksal ve Gökmen, 2012).

2.4.2. İştahsızlık

İştah besinlere olan istek olarak tanımlanmaktadır. Bireylerde besinlere karşı iştahın oluşması bilinçli bir olaydır. İştahın oluşması veya oluşmaması bireyin o besin ile ilgili deneyimine, besinin görünümüne göre değişmektedir. İştahsızlık ise açlık hissini olmaması olarak tanımlanmaktadır (Büyükgebiz, 2013). Bazı çocuklarda yeme isteği vardır fakat az bir miktarda doygunluk hissine ulaşmaktadır. İştahsız çocuklar yiyecekleri ağızlarında uzun süre tutmakta ve tabağındaki yiyecekleri uzun sürede bitirememektedir.

İştahsız çocuklar farklı nedenlerden iştahsızlık yaşayabilirler. Bunlar; yiyecekleri seçmeye bağlı, yavaş yemek yemeye bağlı, yutma veya çiğneme sorununun varlığına bağlı, yavaş çiğnemeye ve altta yatan kronik hastalığa bağlı olmak üzere gruplara ayrılmaktadır (Vatandaş, 2011).

Yapılan çalışmada sağlıklı büyüme ve gelişim gösteren çocukların %25'inde, büyüme gelişiminde problem olan çocukların %80'ininde iştahsızlık problemi görülmektedir. İştahsızlık problemi sıklıkla ek gıdaya başlanan dönemde 6. Ayda başlamakta ve 3 yaşına kadat artış göstermektedir. Çocuklar için hastaneye başvurulma nedenlerinden biri iştahsızlıktır. İştahsızlık şikayetiyle başvuru vakaların %1-2'si ciddi iştahsızlık vakalarıdır. Yapılan bu başvurularda genellikle altta yatan bir kronik hastalığın varlığına bağlı değil, yeme davranışının yanlış olmasına bağlı iştahsızlık sorunu oluşmaktadır. Erken döneminde yaşanan iştahsızlık problemi ergenlikte de bireyin önüne problem olarak çıkmaktadır (Çeltik, 2012). TNSA 2018 raporuna göre Yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre iştahsızlık yaşayan çocukların %52'sinin yemek saatinde acıkmadığını, %42'si yemek yeme eylemini erken sonlandırdığını, %30'unun çok yemek seçtiğini ve %33'ü ise belirli yemekleri seçtiğini belirtmiştir (Kartz ve ark., 2012). Genetik faktörler dışında çocukta iştahsızlık gelişmesine etki eden risk faktörleri:

- Prematüre doğum
- Ailede ilk çocuk olma
- Çocukta anomali varlığının olması
- Oral beslenmenin olmaması
- Çocuğun anne ve babasının çalışıyor olması
- Bakım verenin tecrübesiz olması
- Yetersiz ve dengesiz besleme
- Anne ve baba kaynaklı psikolojik sorunların olması olarak sıralanmaktadır (Çeltik, 2012).

2.4.3. Bodurluk

Bodurluğun tanımı, çocuğun yaşına göre kısa olması olarak yapılmaktadır. Bu durum gelişme ve büyüme sorunlarına, çeşitli hastalıklarında işaretçisi olarak kabul edilmektedir (<http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18>).

Türkiye'de bodurluk vakaları özellikle yoksul hanelerde Türkiye ortalamasının iki kat üstündedir. Yetersiz beslenen çocuklarda büyüme ve gelişim gerilikleri, bağışıklık sisteminin zayıf olmasına bağlı hastalıklara daha kolay yakalanmaktadır. Uzun süre

yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda yaşitlarına göre kısa olmakta veya boyuna göre zayıf olmaktadır. Türkiye’de yaşayan çocukların %9,5’i bodurken, yoksul %20’lik grupta yaşayan çocuklarda bodurluk oranı %18.3 olarak bildirilmiştir (AÇEV, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yaptığı çalışmanın sonucuna göre bodurluğun görülme oranları Mısır’da %29, Malezya’da %17 ve Meksika’da %16 iken, Ürdün’de %8 ve Brezilya’da %7 olarak belirtilmiştir. Türkiye’de beslenme sorunları bölgeler arasında, kentsel-kırsal yerleşmelerde büyük farklılıklar görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008’de yaptığı çalışmada Türkiye’yi beş ana bölüme ayırmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre “Doğu” bölgesindeki 0-18 yaş arası çocukların %20,9’unda bodurluk görülürken “Batı”da bu yaş aralığında bodurluğun görülme sıklığı ise %7,6’dır. Boçalışma sonucuna göre bodurluğun belli il ve ilçelerde görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. 2008 Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonucuna göre beş yaşından küçük çocukların %3,2’sinde ileri derece bodurluk görülürken, %10,3’ünde ise bodurluğa rastlanılmaktadır. Daha önceki yıllarda yapılan araştırmada beş yaşından küçük çocukların bodurluk oranları 1998 yılında %16, 2003 yılında ise %12,2 olduğu belirtilmiştir (<http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18>). 2018 TNSA sonucuna göre ise Türkiyedeki toplam nüfusun %25’ini 15 yaşın altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Aynı çalışmada Türkiye’de bulunan 5 yaşından küçük çocukların %6’sının boy uzunluğunun yaşına göre kısa olduğu yani bodur olduğunu %1,5’inde ise ciddi bodurluk bulunduğunu göstermektedir. TNSA 2018 sonuçlarında bodurluk yüzdelerini kırsal alanlarda %8, Doğu Bölgesi’inde %8, refah seviyesi düşük olan kesimde %12, annesi eğitimsiz çocuklarda ise %9 olarak bildirmiştir. TNSA 2008 verilerinden bu yana bodurluk oranında düzenli azalma görülmektedir. Bodurluğun görülme sıklığı son 10 yılda %12’den %6’ya düşmüştür (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Bodurluk yetersiz ve dengesiz beslenmenin göstergesi olarak çocukların yaşlarına göre kısa olması durumudur. Boya göre kilonun düşük olması ise kavrukluk olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de bulunan 5 yaş altı çocukların %1’inde kavrukluk görüldüğü belirtilmiştir. Başka bir ifadeyle, bu sefer beslenme yetersizliğine bağlı çocuklarda boy uzunluklarına göre vücut ağırlıkları düşük kalmaktadır. Beslenme kaynaklı birçok bebek ve çocuk engellilik durumu, hastalık veya gelişim geriliği yaşamaktadır(<http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18>).

2.4.4. Diş Çürükleri

Diş çürükleri, bakterilerin ağız içerisinde kolonize olması, ağız içerisinde etkileşime geçmesiyle oluşan multifaktöriyel ve enfeksiyöz bir hastalıktır. Diş çürükleri çocukların yaşından, cinsiyetinden, tükürük özelliğinden, beslenmesinden, dişlerinin yapısından, ağızının hijyeninden, diş fırçalama alışkanlığından, bağışıklık sisteminden, ebeveynlerin ekonomik ve eğitim seviyesi gibi birçok nedenden etkilenmektedir (Koçanlı ve ark., 2014).

Diş çürükleri ve beslenme durumu birbiriyle bağlantılıdır. Düzensiz ve dengesiz beslenme diş çürüklerine neden olabilmekte ve diş çürükleri de çocuğun beslenme alışkanlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir (Yücecan, 2008). Çocuklarda erken yaşta diş çürüğü riskini azaltmak için uzun süreli uygun diyetin uygulanması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda diş çürüklerine erken yaşta yakalanan bireylerin ileriki yaşlarda daha ciddi diş çürüklerine maruz kalacakları belirtilmektedir. Diş çürüklerini ve diğer diş problemlerin azaltılması için; dişlerin çıkmaya başladığı dönemden ağız hijyenine başlanması, tatlı gıdaların tüketiminin kısıtlanması ve ara öğünlerde şekerli, yapışkan besinlerin tüketilmemesi gerekmektedir (Wardla, 2003). Diş fırçalamanın çürük riskini azalttığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda dişlerini günde iki kere fırçalayıp bunu erken yaşta alışkanlık haline getirmiş insanlarda diş çürükleri daha az görülmüştür (Kılınç ve ark., 2013).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Metadolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Kasım 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında Hatay İlinde bulunan okul öncesi eğitim kurumlarında yapılmıştır. Seçilen okulların bulunduğu bölge çeşitli sosyo-ekonomik özelliğe sahip, nüfus yapısının çeşitlilik gösterdiği bir bölgedir. Sosyo-ekonomik seviye, cinsiyet ve sağlık özellikleri yönünden birbirinden farklılık gösteren bir örneklem grubu oluşturabilmek amacıyla farklı bölgelerden dört okul seçilmiştir.

Okullardan biri Cemil Meriç Anaokulu ikili eğitim veren okul Antakya/Hatay'da bulunmakta. İkili eğitim veren kurumda 148 öğrenci bulunmaktadır.

Sabiha Gökçen Anaokulu ikili eğitim veren okul Antakya/Hatay'da bulunmakta. İkili eğitim veren kurumda 322 öğrenci bulunmaktadır.

Saraykent 125. Yıl Anaokulu ikili eğitim veren okul Antakya/Hatay'da bulunmakta. İkili eğitim veren kurumda 173 öğrenci bulunmaktadır.

75. Yıl Anaokulu ikili eğitim veren okul Antakya/Hatay'da bulunmakta. İkili eğitim veren kurumda 460 öğrenci bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreninin Hatay ilinde devlete bağlı 4 okul öncesi okulda eğitim gören yaklaşık 166 okul öncesi çocuğun ebeveyni oluşturmuştur.

Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği'nde 14 madde bulunmaktadır. Yapılacak olan ölçek çalışmaları için ölçekte bulunan her madde için 10 kişi çalışmaya dahil edilmesi önerilmektedir (Sousa ve Rojjanasrirat, 2011; Andrew ve ark., 2011). Test tekrar test uygulama sırasında yaşanacak kayıplar düşünülerek örneklem sayısı en az 200 ebeveyne dağıtılmış fakat test tekrar test sırasındaki kayıplardan sonra çalışma 166 kişi ile yapılmıştır.

Çalışmada örneklem seçimi yapılmayarak araştırmaya kendi özgür iradesiyle katılmayı kabul eden ebeveynler ile çalışma yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak “Aile Soru Formu” ve “Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği” kullanılmıştır.

Aile Soru Formu- ASF (Ek-1)

Bu formda 14 soru bulunmaktadır. Bu 14 soru ebeveynlerin ve çocuğun demografik özelliklerini, sosyal etkiyi, sağlık deneyimlerini ve çevresel kaynakları hakkında bilgi toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda demografik özellikler için 4 soru bulunmaktadır bu 4 soru: çocuğun yaşı ve cinsiyeti, ailedeki birey sayısını içermektedir, ebeveynlerin evlilik durumuna ilişkin 4 soru, sosyal etkiyi belirlemek için 4 soru, sağlık deneyimi için ise: ebeveynin (çoğunlukla anne) cevapladığı ailenin sağlık durumunu hakkında bilgi elde edebilmek için 3 soru, çevresel kaynaklar ise: annenin ve babanın eğitim durumu, ailenin ekonomik düzeyi hakkında sorular içeren 3 soru bulunmaktadır.

Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği (Ek-2)

Ramsay ve arkadaşları tarafından 2011 yılında tasarlanan ölçek beslenme sorunlarını hızlı bir şekilde saptanması amacı ile tasarlanmıştır.

Ölçek bölümleri ebeveynlerin çocuklarının, yemek saatine nasıl karar verdikleri, yedikleri hakkında ne kadar endişeli oldukları, iştah durumu, yemeğin hangi bölümünde yemeyi reddetmeye başladığı, öğün süresi, yemek zamanlarında nasıl davrandıkları, belirli yiyeceklere karşı tepkisinin olup olmadığı, yiyeceklerini yutmadan ağzında bekletip bekletmedikleri, yemek esnasında farklı yöntemler kullanıp kullanmadıkları, yemeğe zorlamak zorunda kalma durumları, çiğneme gücü, büyüme durumu, beslenme durumu ebeveyn ile ilişkisini etkilemesi, beslenme durumu aile ilişkilerini etkileme durumu konuları hakkında bölümlerden oluşmaktadır.

Ölçek, aşağıdaki beslenme alanlarını kapsayan bir takım aşamadan oluşmaktadır: oral motor (madde 8 ve 11), sözlü duyuşsal (madde 7 ve 8) ve iştah (madde 3 ve 4) olmak üzere 14 maddeden oluşmaktadır. Beslenme ile ilgili diğer konular (1, 2 ve 12. maddeler), yemek zamanı davranışları (madde 6 ve 8), kullanılan anne stratejileri (madde 5, 9 ve 10) ve çocuklarının beslenmesinde aile tepkileri (madde 13 ve 14).

Soru ölçeklendirme ve puanlama: Her soru, her iki uçtaki bağlantı noktaları olan yedi noktalı Likert ölçeğinde derecelendirilmiştir. Yedi madde negatiften pozitif yöne, diğeri ise pozitiften negatif yöne doğru puanlanır. Birincil besleyici, her bir ögeyi belirli bir davranışın sıklık veya zorluk seviyesine veya ebeveynlik düzeyine göre işaretler. Toplam yeme problemi puanı, yedi maddeden alınan puanları negatif olandan pozitif olana geri döndürdükten sonra her bir madde için puanların toplanmasıyla elde edilir. Ölçek sonucuna göre en az 14 puan, en yüksek 98 puan alınabilmektedir. Ölçek sonunda alınan puan 98'e yaklaştıkça beslenme sorunu azalmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Öncelikle çalışmanın gerçekleştirilmesi için Üsküdar Üniversitesi etik kurulundan (EK-5) ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan izin alınmıştır (EK-6). Araştırmanın amacı açıklanarak çocukların ailelerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-3). Veriler özbidirime dayalı olarak ebeveynlere sorular araştırmacı tarafından açıklanarak, akıllarına takılan sorular cevaplanarak yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından veriler toplanmıştır (EK-1,EK-2).

3.5.1. Dil geçerliği ve Çeviri süreci

Bu bölümde ölçek, Türkçe ve İngilizceyi yeterli düzeyde bilen üç kişi tarafından orijinal dilinden (İngilizce) Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriyi yapan kişilere ölçek hakkında bilgi verilmemiştir. Türkçe ölçek için uygun ifadeler gözden geçirilmiş ve en uygun, anlaşılabilir Türkçe ölçek formu oluşturulmuştur. Oluşan Türkçe ölçek, Türkçeye çevirisini yapna kişilerden farklı olarak orijinal diline geri çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan İngilizce ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılmıştır, iki İngilizce ölçek arasında anlam farklılığı olmadığı ölçek sahibi tarafından onaylanmış ve Türkçe ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.5.2. Kapsam Geçerliği

Belirlenen uzmanların ölçek maddelerine verdikleri ölçeğin kapsam geçerliliği indeksi belirlenmiştir. Bu aşamada görüşleri alınan alanında uzman 5 doktor, 3 hemşire ve 2 diyetisyenin görüşlerinin uygunluğunu analiz etmek için uygulanan Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI)'inde çıkan sonuç, puanlar arasındaki uyumu göstermiştir (Tablo2).

3.5.3. Ön Uygulama

Ölçeğin uzman değerlendirmeleri ve dil eşdeğerliği yapıldıktan sonra ölçekte bulunan ifadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla çalışmanın yapıldığı her dört okuldaki sınıflardan seçilen 15 çocuğun ebeveyni ile ön uygulama yapılmıştır.

3.5.4. Test-tekrar-test Uygulaması

Ölçek ebeveynlere iki kez üç hafta arayla uygulandıktan sonra anketin değişmezlik yani test-tekrar test güvenilirlik katsayısı değerlendirilmiştir. Ölçeğin on dört maddesi istatistiksel olarak test-tekrar test puanlarının nasıl bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS for Windows 22 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerle örneklemin özellikleri analiz edilmiştir.

Kapsam geçerliğini değerlendirmek için Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplanmıştır (Lynn, 1986).

Yapı geçerliği için DFA ve hipotez testi kullanılmıştır. Çalışmadaki ölçeklerin uyum indekslerini belirlemek için DFA sonuçları incelenmiştir. PATH diyagramları ve modifikasyonlar incelenmiştir. Uyum indeksindeki kabul edilebilir değer aralıkları; $p > 0,05$, $df \leq 2$ mükemmel uyum, $df \leq 5$ orta düzeyde uyum, $RMSEA \leq 0,05$ mükemmel uyum, $RMSEA \leq 0,08$ iyi uyum, $SRMR \leq 0,8$ iyi uyum, $CFI \geq 0,90$ iyi uyum anlamına gelmektedir (Çokluk ve ark., 2014; Çapık, 2014; Erkorkmaz ve ark., 2013).”

Çalışmanın iç tutarlılığının değerleri Pearson korelasyon ve Cronbach Alpha kullanılarak değerlendirilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin tek bir özelliği ölçebildiğini veya ölçemediğini, bulunan maddelerin çalışma ile ilgisini göstermektedir. Cronbach Alpha değeri 0,40'dan küçükse ölçeğin güvenilir olmadığı ve Cronbach Alpha değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirlik oranının arttığı kabul edilmektedir. Ölçekteki madde toplam korelasyonların veya alt boyutlardaki madde

toplam korelasyonları >,25 olması uygun olarak kabul edilmiştir (Streiner ve Norman, 2008).

Güvenilirliği değerlendirmek için test-tekrar test uygulanmıştır. İlk uygulama sonucundaki toplam puan ve faktör toplam puanları ile birlikte iki hafta geçtikten sonra uygulanan ölçeğin toplam puan ve faktör toplam puanları Pearson korelasyon analiziyle incelenmiştir. Test-tekrar test korelasyonunun kabul edilme oranı >,40 olarak değerlendirilmiştir (Streiner ve Norman, 2008).

3.7. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Çocuğa Ait Özellikler

- 6 aylık- 6 yaş arasında olmak,
- Okul öncesi kuruma kayıtlı olmak
- Ebeveyne sahip olmak
- Anne babasıyla yaşıyor olmak

Aileye Ait Özellikler

- Türkçe okuma/yazma bilmesi

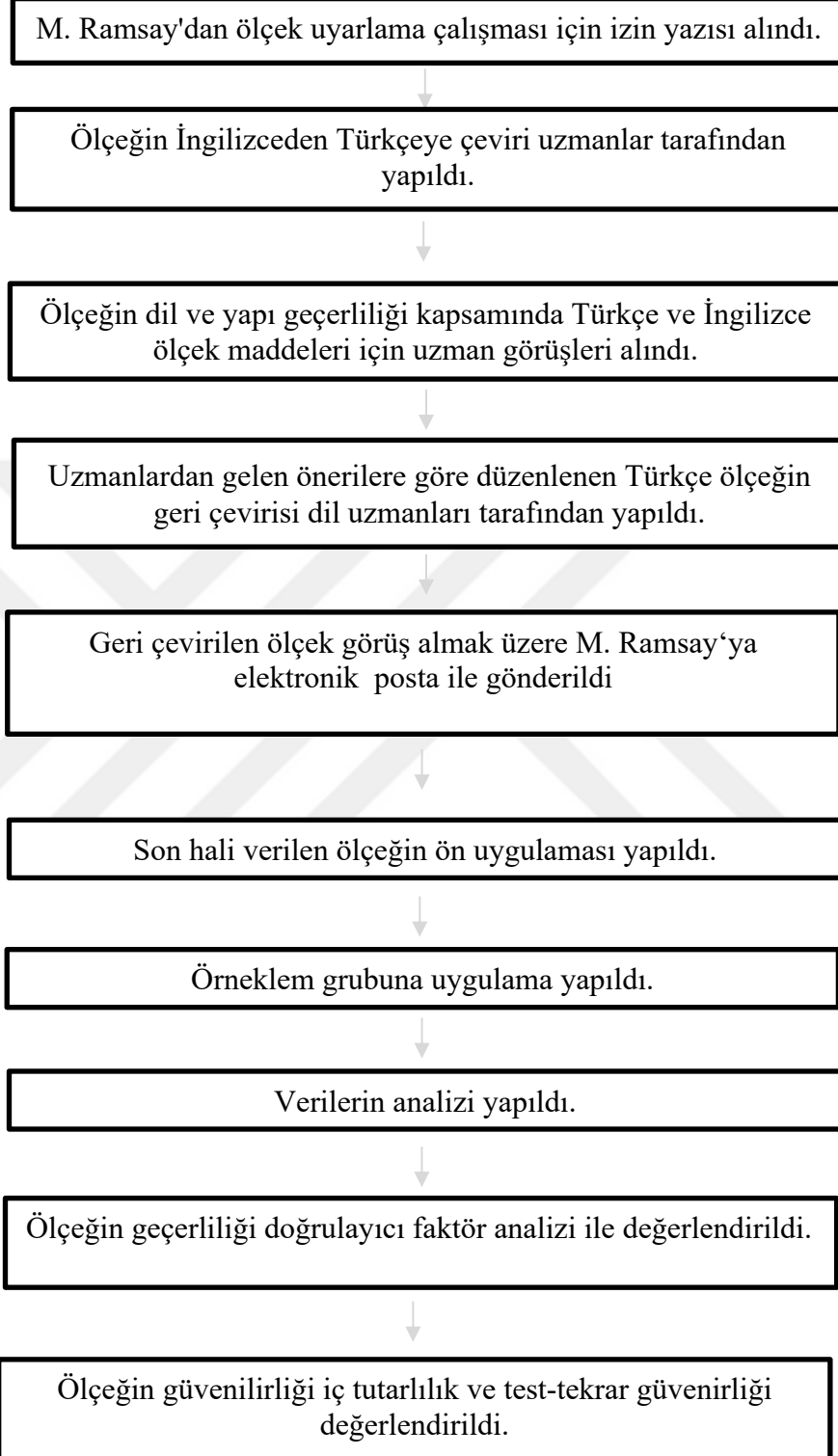
3.8. Araştırmanın Etik Yönü:

The Montreal Children's Hospital - Feeding Scale (Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği)'nin geçerlik güvenirlik çalışması için Maria Ramsay'den elektronik posta yoluyla yazılı şekilde izin alındı (EK-4). Maria Ramsay, ölçek ile birlikte çalışma hakkında gerekli olan bilgiler elektronik postayla gönderildi. Araştırma yapılmaya başlamadan önce, T.C. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul onayı 03.09.2018 tarihinde yapılan 10 No'lu toplantısında alınmıştır (EK-5). Daha sonra araştırmanın uygulanacağı okulların bağlı olduğu Hatay Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü 31.10.2018 tarihli 32889839-605.01-E.20635351 sayılı dilekçe (EK-6) ile izin alınmış ve çalışmalara başlanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Ülkemizde okul öncesi ve okul çocuklarının beslenmelerini birlikte değerlendiren ölçeklere ulaşılmaktadır. Ancak sadece okul öncesi çocuğa yönelik bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Bu araştırma The Montreal Children's Hospital-Feeding Scale'nin Türk halkına kazandırmak amacıyla Türkiye'de ve hemşirelik alanında yapılan ilk çalışmadır.

3.10. Araştırma Süreci



Şekil 1. Araştırma süreci

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımını (Tablo1), maddeler arası uzamanların görüşünü belirlemek amacıyla yapılan Kapsam Geçerliliği İndeksi verileri, yapı geçerliliğine yönelik KMO ve Bartlett Testinin, ati imaj korelasyon incelemesinin, faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, PATH Diyagramı, iç geçerliliğe yönelik Cronbach α kat sayısı, alt üst %27'lik dilim karşılaştırma, test re-test karşılaştırma, ölçekte alınan ortalama puan dağılımı ve ölçeğin madde puan ortalamalarının sonuçlarına yer verilmiştir.

Katılımcılara ait demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kız	89	53.6
	Erkek	77	46.4
Aile Türü	Anne baba sağ beraber	159	95.8
	Anne baba sağ değil	2	1.2
	Anne baba sağ ve ayrılar	3	1.8
	Sadece anne ya da baba sağ	2	1.2
Ekonomik Sıkıntı Yaşama	Hiç yaşamıyoruz	25	15.1
	Çok az yaşıyoruz	32	19.3
	Orta düzeyde yaşıyoruz	96	57.8
	Çok fazla yaşıyoruz	13	7.8
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	1	0.6
	Okuryazar	3	1.8
	İlkokul	24	14.5
	Ortaokul	31	18.7
	İlköğretim	8	4.8
	Lise	41	24.7
Baba Eğitim Düzeyi	Üniversite ve üzeri	58	34.9
	İlkokul	26	15.7
	Ortaokul	23	13.9
	İlköğretim	5	3.0
	Lise	59	35.5
Anne Sağlık Durumu	Üniversite ve üzeri	53	31.9
	Mükemmel	30	18.1
	İyi	108	65.1
Baba Sağlık Durumu	Orta	28	16.9
	Mükemmel	31	18.7
	İyi	109	65.7
Baba Sağlık Durumu	Orta	25	15.1
	Kötü	1	0.6

Tablo 1. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı- devamı (n=166)

		n	%		
Çocuğun Sağlık Durumu	Mükemmel	37	22.3		
	İyi	111	66.9		
	Orta	18	10.8		
Sayısal Veriler		Min	Max	Ort.	SS.
Ailedeki Kişi Sayısı		1	7	4.07	0.93
Yaş		2	6	5.04	0.66
Boy		90	198	111.84	10.25
Kilo		13	32	20.07	3.96
Anne Kilosu		45	100	65.73	10.03
Anne Boyu		147	188	163.11	6.30
Baba Kilosu		55	120	81.69	11.91
Baba Boyu		100	192	174.18	8.49

Tablo 1’de görüldüğü gibi, çocukların %53.6’sı kızdır, %95.8’i anne babanın sağ ve beraber olduğu ailede yaşamaktadırlar, %57.8’i orta düzeyde ekonomik sıkıntı yaşamaktadırlar ve %34.9 anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeridir. Çocukların babalarının %35.5’i lise düzeyinde eğitim almışlardır, %65.1 anne sağlık durumu, %65.7 baba sağlık durumu ve %66.9 çocuk sağlık durumu “iyi” seviyededir. Ailede yaşayan kişi sayısı ortalama 4.07 ± 0.93 , yaş ortalaması 5.04 ± 0.66 , boy ortalaması 111.84 ± 10.25 , kilo ortalaması 20.07 ± 3.96 ’dır. Anne kilo ortalaması 65.73 ± 10.03 , anne boyu ortalama 163.11 ± 6.30 , baba kilosu ortalama 81.69 ± 11.91 ve baba boyu ortalama 174.18 ± 8.49 ’dur.

Bu çalışmada Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin Türk Dili’nde geçerlik ve güvenilirlik yönünden incelemek amacıyla ölçek; kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç geçerliliği olmak üzere 3 farklı yönden incelenmiştir.

Kapsam Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Geçerlik ve güvenilirliği incelenen Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği için öncelikle çeviri süreci bittikten sonra ölçek kapsam geçerliliğini sağlamak için kültürel eş değerlilik boyutunu da değerlendirmek amacıyla 10 kişiden oluşan uzman grubunun görüşüne sunulmuştur.

Uzman görüşleri eşliğinde, Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilen Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait maddelerin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) skorları Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği’nin Maddelerine Ait KGİ Skorları (n=166)

Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
1. Çocuğunuzla öğünlerinizi nasıl geçiriyorsunuz?	9	0	1	0	0.9
2. Çocuğunuzun beslenmesini ne kadar önemsiyorsunuz?	10	0	0	0	1
3. Çocuğunuzun iştahı (açlığı) nasıl?	8	1	1	0	0.9
4. Çocuğunuz yemekte ne zaman yemeği reddetmeye başlar?	7	1	2	0	0.8
5. Çocuğunuzun yemeğini yemesi ne kadar sürüyor?	9	0	1	0	0.9
6. Çocuğunuz yemek yerken nasıl davranır?	9	0	1	0	0.9
7. Çocuğunuz belli yiyeceklere karşı tükürme, öğürme veya kusma gibi tepkiler verir mi?	10	0	0	0	1
8. Çocuğunuz yiyecekleri yutmadan ağızda bekletiyor ya da uzun uzun çiğniyor mu?	10	0	0	0	1
9. Çocuğunuz yemek yesin diye oyalamak için oyuncak veya televizyon kullanmak zorunda kalıyor musunuz?	9	0	1	0	0.9
10. Çocuğunuzun yemek yemeye veya içmeye zorlamak durumunda kalıyor musunuz?	9	0	1	0	0.9
11. Çocuğunuzun çiğneme (veya emme) gücü nasıl?	7	1	2	0	0.8
12. Çocuğunuzun büyümesini nasıl değerlendiriyorsunuz?	8	1	1	0	0.9
13. Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiler?	8	1	1	0	0.9
14. Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları eşinizle ilişkilerini nasıl etkiler?	6	2	2	0	0.8
Kapsam Geçerlilik İndeksi	0.9				

Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.8-1.0 arasında değişen puanlar elde edilmiştir. Çıkan sonuçlar doğrultusunda bu

aşamada ölçekte bulunan maddelerden herhangi birinin dışlanmasına gerek görülmemiştir (Tablo 2).

Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

KGİ sonucundan sonra, çalışmanın sonuçlarını daha güvenilir ve net olarak belirleyebilmek için Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin yapı geçerlilik boyutu için faktör analizi uygulanmıştır. Yeterli örneklem büyüklüğü sağlandıktan sonra faktör analizi yapılabilmektedir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini anlamak amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) analizi ve Bartlett's testi ise değişkenler arasında bulunan ilişkinin anlamlılığını test edebilmek için yapılmıştır.

Tablo 3. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği'nin Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett Testi Değerleri

KMO	0.863
Bartlett	$\chi^2=699.186$. $p=0.000$

Tablo 3'de görüldüğü gibi, ölçek için KMO değeri 0.863 olarak tespit edilmiştir bununla birlikte bulunan bu değer temel bileşenler analizine göre uygunluğunu, örneklemin yeterli sayıda olduğunu göstermektedir. Yapılan Bartlett testinin sonuçları da aynı şekilde ($\chi^2 = 699.186$. $p = 0.000$) verilerin birbiriyle ilişkili olduğunu göstermekte ve faktör analizi amacıyla uygunluğunu göstermektedir.

Çalışmada anti-imaj kolerasyonuna bakılmıştır. Anti-imaj kolerasyonu çalışmadaki verilerin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği'nin Anti-image Korelasyonları

Maddele r	Bir	İki	Üç	Dört	Beş	Altı	Yedi	Sekiz	Dokuz	On	On bir	On iki	On üç	On dört
Bir	0.892 ^a													
İki	-0.029	0.711 ^a												
Üç	-0.194	-0.090	0.863 ^a											
Dört	-0.063	0.065	-0.310	0.894 ^a										
Beş	-0.194	-0.217	-0.175	-0.029	0.746 ^a									
Altı	-0.336	-0.137	-0.235	-0.193	0.112	0.866 ^a								
Yedi	0.032	-0.077	0.106	-0.139	-0.094	-0.059	0.829 ^a							
Sekiz	0.076	0.117	-0.129	0.079	-0.065	-0.037	-0.198	0.846 ^a						
Dokuz	-0.038	0.051	0.109	-0.104	-0.062	-0.068	-0.067	-0.111	0.872 ^a					
On	-0.165	0.098	-0.043	-0.072	0.092	0.037	-0.036	-0.076	-0.054	0.910 ^a				
On bir	-0.029	-0.095	0.017	0.032	-0.002	-0.020	0.098	-0.219	-0.248	-0.031	0.752 ^a			
On iki	-0.127	-0.042	-0.315	-0.048	0.129	0.069	-0.019	-0.069	-0.194	-0.154	0.114	0.876 ^a		
On üç	-0.153	-0.133	-0.050	0.006	0.058	0.071	-0.132	-0.070	-0.034	-0.089	-0.137	-0.209	0.901 ^a	
On dört	-0.034	0.183	-0.018	0.067	-0.017	-0.163	-0.101	-0.118	-0.044	0.045	-0.069	-0.068	-0.123	0.863 ^a

a= Örneklem yeterliliği ölçüt

Yukarıdaki bulgular doğrultusunda 14 maddeden oluşan Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinde açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler metodu uygulanmıştır (Tablo 5). Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği maddelerinin, faktör yükleriyle birlikte açıklanan varyans değerleri Tablo 5’de sunulduğu gibidir.

Tablo 5. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Faktör Yüğü
1. Çocuğunuzla öğünlerinizi nasıl geçiriyorsunuz?	0.787
2. Çocuğunuzun beslenmesini ne kadar önemsiyorsunuz?	0.312
3. Çocuğunuzun iştahu (ağlığı) nasıl?	0.799
4. Çocuğunuz yemekte ne zaman yemeği reddetmeye başlar?	0.678
5. Çocuğunuzun yemeğini yemesi ne kadar sürüyor?	0.368
6. Çocuğunuz yemek yerken nasıl davranır?	0.721
7. Çocuğunuz belli yiyeceklere karşı tükürme, öğürme veya kusma gibi tepkiler verir mi?	0.436
8. Çocuğunuz yiyecekleri yutmadan ağzında bekletiyor ya da uzun uzun çiğniyor mu?	0.519
9. Çocuğunuz yemek yesin diye oyalamak için oyuncak veya televizyon kullanmak zorunda kalıyor musunuz?	0.556
10. Çocuğunuzu yemek yemeye veya içmeye zorlamak durumunda kalıyor musunuz?	0.542
11. Çocuğunuzun çiğneme (veya emme) gücü nasıl?	0.360
12. Çocuğunuzun büyümesini nasıl değerlendiriyorsunuz?	0.735
13. Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiler?	0.653
14. Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları eşinizle ilişkilerini nasıl etkiler?	0.462
Toplam Açıklanan Varyans (%)	34.598

Tablo 5 incelendiğinde Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin, orijinal formatına benzer şekilde tek alt boyuttan oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin bulunan maddelerin faktör yükleri 0.30’un üzerinde aynı zamanda açıklanan varyans toplam Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği için %34.598’dir. Bundan dolayı bu süreçte ölçeğin hiçbir maddesi ölçekten çıkarılmamıştır ve ölçeğin orijinali gibi tek alt boyutlu olarak kabul edilmiştir.

Yapılam açıklayıcı faktör analizinden sonra daha net ve kesin bulgulara ulaşabilmek için doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur.

Doğrulayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular

Tablo 6’de Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği için kabul edilebilir, normal ve bulunan uyum indeksi değerleri verilmiştir.

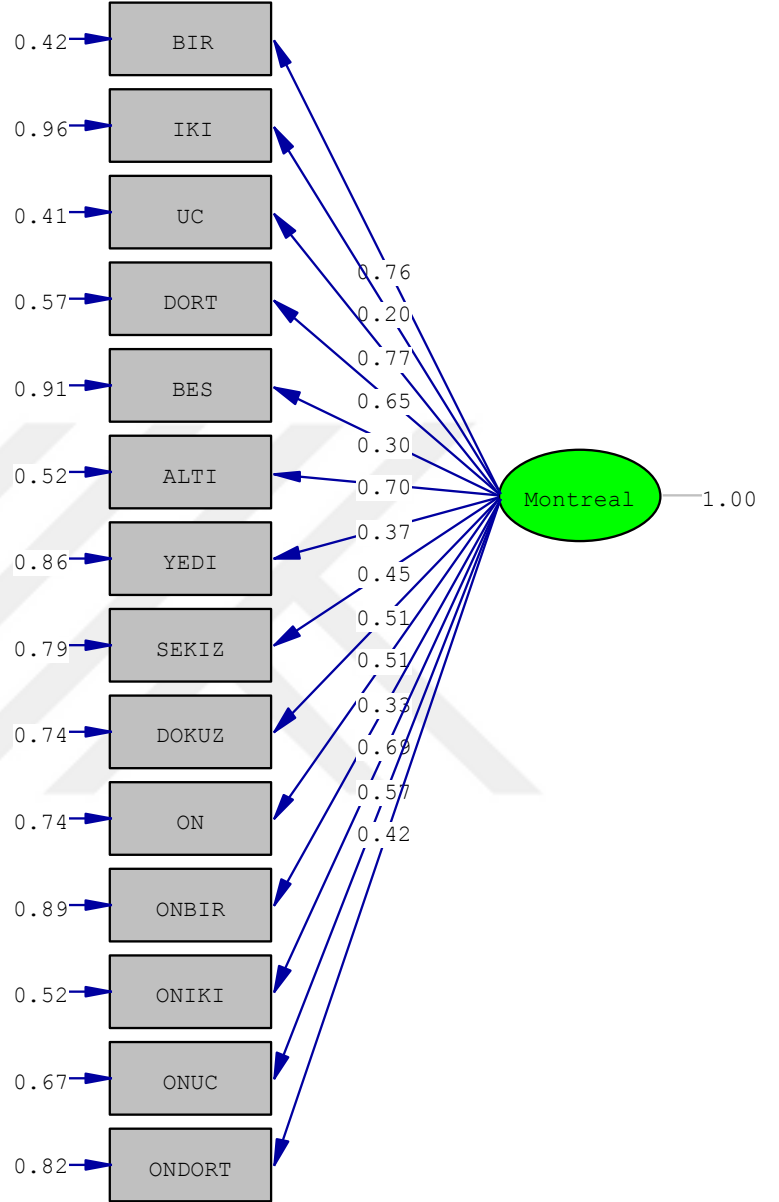
Tablo 6. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin Bulunan Uyum İndeksi Değerleri. Normal ve Kabul Edilebilir Değerler

İndex	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Bulunan değer
χ^2/SD	<2	<5	1.88
GFI	>0.95	>0.90	0.97
AGFI	>0.95	>0.90	0.95
CFI	>0.95	>0.90	1.00
RMSEA	<0.05	<0.08	0.073
SRMR	<0.05	<0.08	0.071

* Kabul edilebilir dışında değer.

Tablo 6’da görüldüğü gibi Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait modelin uygunluğunu analiz etmek amacıyla farklı indekslerden faydalanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 1.88, GFI 0.97, AGFI 0.95, CFI 1.00, RMSEA 0.073 ve SRMR 0.071 olarak tespit edilmiştir. İlgili uyum indeks değerlerinin tümü istenilen aralıktadır.

Şekil 2’de Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde sunulmuştur.



Chi-Square=145.22, df=77, P-value=0.00000, RMSEA=0.073

Şekil 2. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı

Şekil 2’de görüldüğü üzere herhangi bir modifikasyon uygulanmadığı halde model, orijinal yapısı ile aynı şekilde kabul edilmiştir. Modeldeki faktör yükleri ise 0.20 ile 0.76 aralığında değiştiği gözlemlenmiştir. Modele ait maddelerin t değerleri 1.96’nın üzerinde bulunmuştur.

İç Geçerliliğe Yönelik Bulgular

Tablo 7’de Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait maddelerin ortalamaları, madde toplam korelasyonları ve madde silindiği takdirde elde edilecek Cronbach α katsayıları verilmiştir.

Tablo 7. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları (n=166)

Maddeler	Ort.	SS.	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse α
Çocuğunuzla öğünlerinizi nasıl geçiriyorsunuz?	5.05	1.69	0.683	0.815
Çocuğunuzun beslenmesini ne kadar önemsiyorsunuz?	6.28	1.46	0.228	0.840
Çocuğunuzun iştahı (açlığı) nasıl?	4.95	1.74	0.692	0.814
Çocuğunuz yemekte ne zaman yemeği reddetmeye başlar?	4.71	2.19	0.563	0.821
Çocuğunuzun yemeğini yemesi ne kadar sürüyor?	5.66	1.38	0.295	0.837
Çocuğunuz yemek yerken nasıl davranır?	4.91	1.88	0.611	0.818
Çocuğunuz belli yiyeceklere karşı tükürme, öğürme veya kusma gibi tepkiler verir mi?	4.99	2.41	0.375	0.836
Çocuğunuz yiyecekleri yutmadan ağzında bekletiyor ya da uzun uzun çiğniyor mu?	5.07	2.27	0.450	0.830
Çocuğunuz yemek yesin diye oyalamak için oyuncak veya televizyon kullanmak zorunda kalıyor musunuz?	5.02	2.32	0.476	0.828
Çocuğunuzun yemek yemeye veya içmeye zorlamak durumunda kalıyor musunuz?	3.89	2.36	0.438	0.831
Çocuğunuzun çiğneme (veya emme) gücü nasıl?	6.42	1.12	0.312	0.836
Çocuğunuzun büyümesini nasıl değerlendiriyorsunuz?	5.37	1.72	0.637	0.818
Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiler?	5.32	1.78	0.566	0.822
Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları eşinizle ilişkilerini nasıl etkiler?	5.81	1.67	0.382	0.833
Toplam Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği				0.838
Cronbach α				

Tablo 7’de görüldüğü gibi toplam Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.838 olup, ölçekte bulunan tüm maddelerin madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerde olduğu görülmüştür ve ölçekte bulunana maddelerin silinmesi durumunda ölçek Cronbach α katsayısının mühim oranda yükselmediği görülmüştür. Bundan dolayı bu kısımda da ölçeğe ait hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 8. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği’nin Alt Üst %27’lik Dilim Karşılaştırma Sonuçları

	n	Ort.	SS.	Önemlilik
Üst %27	45	54.20	9.96	t=-22.384
Alt %27	45	90.60	4.45	p= 0.000

Tablo 8’de görüldüğü gibi Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği alt ve üst %27’lik dilim karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulunan bu bulgu ölçeğin ayırt edicilik gücünü göstermede bir işarettir.

Tablo 9. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği’nin Test Tekrar-Test Karşılaştırma Sonuçları

		Re-test (ikinci ölçüm)
	r	0.982
Test (ilk ölçüm)	p	0.000
	n	166

Tablo 9’da görüldüğü gibi Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği test re-test karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İlk ve ikinci ölçüm arasında yüksek düzeyli ($r=0.982$), pozitif yönlü ilişki vardır.

Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden elde edilen minimum, maksimum ve ortalama puanlarının dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımları

	n	Min	Max	Ort.	SS
Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği	166	31	98	73.45	15.05

Tablo 10’da görüldüğü gibi katılımcılar, Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden ortalama 73.45±15.05 puan almışlardır ve alınan puanlar 31-98 arasında değişmektedir.

Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden alınan madde puan ortalamaları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinden Alınan Madde Puan Ortalamaları

	Ort.	SS
Çocuğunuzla öğünlerinizi nasıl geçiriyorsunuz?	5.05	1.69
Çocuğunuzun beslenmesini ne kadar önemsiyorsunuz?	6.28	1.46
Çocuğunuzun iştahı (açlığı) nasıl?	4.95	1.74
Çocuğunuz yemekte ne zaman yemeği reddetmeye başlar?	4.71	2.19
Çocuğunuzun yemeğini yemesi ne kadar sürüyor?	5.66	1.38
Çocuğunuz yemek yerken nasıl davranır?	4.91	1.88
Çocuğunuz belli yiyeceklere karşı tükürme, öğürme veya kusma gibi tepkiler verir mi?	4.99	2.41
Çocuğunuz yiyecekleri yutmadan ağzında bekletiyor ya da uzun uzun çiğniyor mu?	5.07	2.27
Çocuğunuz yemek yesin diye oyalamak için oyuncak veya televizyon kullanmak zorunda kalıyor musunuz?	5.02	2.32
Çocuğunuzun yemek yemeye veya içmeye zorlamak durumunda kalıyor musunuz?	3.89	2.36
Çocuğunuzun çiğneme (veya emme) gücü nasıl?	6.42	1.12
Çocuğunuzun büyümesini nasıl değerlendiriyorsunuz?	5.37	1.72
Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiler?	5.32	1.78
Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları eşinizle ilişkilerini nasıl etkiler?	5.81	1.67

Tablo 11’de görüldüğü gibi en yüksek puan “Çocuğunuzun çiğneme (veya emme) gücü nasıl?” maddesinden, en düşük puan “Çocuğunuzun yemek yemeye veya içmeye zorlamak durumunda kalıyor musunuz?” maddesinden alınmıştır.



5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışma kapsamındaki çocukların %53.6'sı kızdır, %95.8'i anne babanın sağ ve beraber olduğu ailede yaşamaktadırlar, %57.8'i orta düzeyde ekonomik sıkıntı yaşamaktadırlar ve %34.9 anne eğitim düzeyi üniversite ve üzeridir. Çocukların babalarının %35.5'i lise düzeyinde eğitim almışlardır, %65.1 anne sağlık durumu, %65.7 baba sağlık durumu ve %66.9 çocuk sağlık durumu "iyi" seviyededir. Ailede yaşayan kişi sayısı ortalama 4.07 ± 0.93 , yaş ortalaması 5.04 ± 0.66 , boy ortalaması 111.84 ± 10.25 , kilo ortalaması 20.07 ± 3.96 'dır. Anne kilo ortalaması 65.73 ± 10.03 , anne boyu ortalama 163.11 ± 6.30 , baba kilosu ortalama 81.69 ± 11.91 ve baba boyu ortalama 174.18 ± 8.49 'dur (Tablo 1).

5.2. Güvenirlilik Analiz Sonuçları

5.2.1. İç Tutarlılık Analiz Sonuçları

Bulgularda görüldüğü gibi Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.838 olup, orijinal çalışmada Cronbach α katsayısı 0.845, Hollanda versiyonunda 0.84, Polonya versiyonunda 0.93, Tayland versiyonunda ise 0.835 bulunmuştur (Benjasuwantep, 2015, Bâbik ve ark., 2019).

5.2.2. Madde Toplam Puan Analizi

Ölçekte bulunan maddelerin korelasyon kat sayılarının yüksek olması, o maddenin ölçek ile uyumunun fazla olduğunu göstermektedir. Alt sınır olarak genellikle .20, iyi kabul edilen .30-.40 arası, .40'ın üstü olan değerler ise çok iyi seviyede maddenin uyumluluğunu gösterdiği kabul edilmektedir. Madde toplam puan analizi sonuçları ölçeğin geçerliğini ve güvenilirliğini göstermektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003, Şencan, 2005).

Tablo 7'de görüldüğü gibi toplam Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.838 olup, ölçekte bulunan tüm maddelerin madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerde olduğu görülmüştür ve ölçekte bulunana maddelerin silinmesi durumunda ölçek Cronbach α katsayısının mühim oranda yükselmediği

görülmüştür. Bundan dolayı bu kısımda da ölçeğe ait hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

5.2.3. Test – Tekrar Test Analizi

Kullanılan ölçeğin aynı gruba farklı zamanlarda uygulanıp, sonuçların birbirine yakın bulunması ölçüm aracının değişmezlik ve güvenilirlik derecesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin değişmezliğini incelemek için sıklıkla test tekrar test yöntemi kullanılmaktadır. Korelasyon kat sayısı +1'e yaklaştıkça çalışmanın güvenilirliği artmaktadır. Test tekrar test korelasyon kat sayısının minimum .70 olması istenmektedir. Test tekrar testte en az 30 kişilik gruba ölçme aracının iki defa 2-4 hafta arayla uygulanması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003, Şencan, 2005).

Bu çalışmada 166 kişiye 4 hafta arayla test tekrar test uygulanmıştır. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği test tekrar-test karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İlk ve ikinci ölçüm arasında yüksek düzeyli ($r=0.982$), pozitif yönlü ilişki vardır. Çalışmanın orijinalinde test-tekrar test ($r= 0.92$) aynı şekilde pozitif yönlü bulunmuş (Ramsay ve ark., 2011).

5.3. Geçerlik Analizi

5.3.1. Kapsam Geçerliliği

Kullanılacak ölçeğin konu hakkında uzman kişilere sunularak, uzmanların fikirleri doğrultusunda düzenlenmesi geçerlilik açısından önemlidir. Uzmanların ortak fikirde olması ölçüm aracının geçerliliği için önemlidir. Kapsam geçerlilik indeksinin en az 0.80 olması istenmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003, Şencan, 2005).

Çalışmada literatür araştırması yapılarak 14 maddeden oluşan Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği değerlendirilmiştir. Ölçek maddelerinin uygunluğu açısından 10 uzmana danışılmıştır. Uzmanlardan her soru için 1 ile 4 arasında (1=Uygun değil, 2= Biraz uygun, 3= Oldukça uygun, 4= Çok uygun) puan verilmiştir. Uzman önerilerinin doğrultusunda ölçek tekrar değerlendirilmiştir. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.8-1.0 arasında değişen puanlar elde edilmiştir. Çıkan sonuçlar doğrultusunda bu aşamada ölçekte bulunan maddelerden herhangi birinin çıkarılmasına gerek görülmemiştir (Tablo 2). Uzman değerlendirilmesinden sonra son halini alan ölçek ön test olarak 15 kişilik gruba uygulanmış ve herhangi bir olumsuz dönüş alınmadığından ölçek örneklem grubunun

hepsine uygulanmıştır. Ön test uygulanan grup verileri çalışmaya katılmamış ve tekrardan test uygulanmamıştır. Çıkan sonuçlara göre Montreal Çocuk Hastanesi Ölçeği Türk toplumuna uygun olduğu söylenebilir.

5.3.2. Yapı Geçerliliği

5.3.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Yapı geçerliliği kullanılan ölçüm aletinin ölçülmek isteneni yeterli ölçüp ölçmediğini gösterir. Kullanılan ölçeğin amacına uygun olması maddelerin homojenliğine bağlıdır. Maddelerin kendi arasında tutarlı olması beklenir (Harrington, 2009). Faktör yükü 0.71 genellikle mükemmel, faktör yükü 0.63-0.70 arası çok iyi, faktör yükü 0.55-0.62 arası iyi, faktör yükü 0.45-0.54 arası normal, faktör yükü 0.32-0.44 arası ise zayıf olarak değerlendirilmektedir (Tabachnick ve ark., 2007).

KGİ sonucundan sonra, çalışmanın sonuçlarını daha güvenilir ve net olarak belirleyebilmek için Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin yapı geçerlilik boyutu için faktör analizi uygulanmıştır. Yeterli örneklem büyüklüğü sağlandıktan sonra faktör analizi yapılabilmektedir. Örneklem büyüklüğünün yeterliğini anlamak amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) analizi ve Bartlett's testi ise değişkenler arasında bulunan ilişkinin anlamlılığını test edebilmek için yapılmıştır. Tablo 3'de görüldüğü gibi, ölçek için KMO değeri 0.863 olarak tespit edilmiştir bununla birlikte bulunan bu değer temel bileşenler analizine göre uygunluğunu, örneklemin yeterli sayıda olduğunu göstermektedir. Yapılan Bartlett testinin sonuçları da aynı şekilde ($\chi^2 = 699.186$, $p = 0.000$) verilerin birbiriyle ilişkili olduğunu göstermekte ve faktör analizi amacıyla uygunluğunu göstermektedir. Çalışmada anti-imaj kolerasyonuna bakılmıştır. Anti-imaj kolerasyonu çalışmadaki verilerin faktör analizi için uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılmıştır (Tablo 4). Tablo 5 incelendiğinde Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin, orijinal formatına benzer şekilde tek alt boyuttan oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin bulunan maddelerin faktör yükleri 0.30'un üzerinde aynı zamanda açıklanan varyans toplam Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği için %34.598'dir. Bundan dolayı bu süreçte ölçeğin hiçbir maddesi ölçekten çıkarılmamıştır ve ölçeğin orijinali gibi tek alt boyutlu olarak kabul edilmiştir. Şekil 2'de görüldüğü üzere herhangi bir modifikasyon uygulanmadığı halde model, orijinal yapısı ile aynı şekilde kabul edilmiştir. Modeldeki faktör yükleri ise 0.20 ile 0.76 aralığında değiştiği gözlemlenmiştir. Modele

ait maddelerin t değerleri 1.96'nın üzerinde bulunmuştur. Orijinal çalışmada maddelerin faktör yükleri 0.48-0.87 arasında değişmektedir (Ramsay ve ark., 2011).

5.3.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi ile oluşturulmuş olan ölçeğin maddelerinin alt boyutlarda temsil edilme düzeyi ile alt boyutlarda ölçeğin yeterli bir şekilde açıklanıp açıklanmadığını tespit etmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003, Şencan, 2005).

Genellikle kullanılan uyum indeksleri “Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), Goodness of Fit Index, (GFI), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)” bunlardır. 0 değeri RMSEA için mükemmel uyumu, iyi uyum .050'nin altındaki değerler, makul uyum .080'in altındaki değerler, orta düzeyde bir uyum .080 ile .10 arasında olan değerlerdir. Bununla birlikte, .10'un üstündeki değerler de kabul edilebilir değerdir. İyi bir uyumun olması için beklenen RMSEA değeri .50'nin altında ve bununla birlikte p değerinin .05'den küçük olması gerekmektedir. Uyumdan söz edilebilmesi için .10'dan küçük RMR değerinin olması ve .90'a eşit ya da bu değer üstünde NNFI, CFI değerlerinin olması, .80'e denk ya da bu değerden daha yüksek AGFI'nin olması gerekmektedir. GFI değerinin .90'a denk veya bu değerden daha yüksek olması uyumun göstergesi olarak kabul edilmektedir (Akgül, 2005; Erkokmaz ve ark., 2012). Tablo 6'da görüldüğü gibi Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait modelin uygunluğunu analiz etmek amacıyla farklı indekslerden faydalanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 1.88, GFI 0.97, AGFI 0.95, CFI 1.00, RMSEA 0.073 ve SRMR 0.071 olarak tespit edilmiştir. İlgili uyum indeks değerlerinin tümü istenilen aralıktadır.

MCH-Feeding Scale'in Türkçe versiyonu Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin' de istatistiksel yönden yüksek geçerlik ve güvenilirlik bulgularına sahip bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma Kasım 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında Hatay İlinde bulunan okul öncesi eğitim kurumlarında yapılmıştır. Seçilen okulların bulunduğu bölge çeşitli sosyo-ekonomik özelliğe sahip, nüfus yapısının çeşitlilik gösterdiği bir bölgedir. Sosyo-ekonomik seviye, cinsiyet ve sağlık özellikleri yönünden birbirinden farklılık gösteren bir örneklem grubu oluşturabilmek amacıyla farklı bölgelerden dört okul seçilmiştir. M. Ramsay ve arkadaşları tarafından geliştirilen MCH-Feeding Scale'in Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için yapılan bu çalışmanın verileri doğrultusunda aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışma grubunu toplam 166 çocuk oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olan çocukların, %53.6'sı kız ve %46.4'ü erkektir. Yaş ortalaması 5.04, ağırlık ortalaması 20.07 kg bulunmuştur.
- Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin belirlenen uzmanlar tarafından alınan görüşler ve yapılan istatistiksel sonuçlar doğrultusunda geçerli ve güvenilir olduğu aynı zamanda Türkçe versiyonunun Türk toplumu tarafından 6 ay – 6 yaş arası çocuklarda beslenme durumunu ölçmek amacıyla kullanılabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğine ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.8-1.0 arasında değişmektedir. Genel olarak ölçeğin KGİ skoru ise 0.9 bulunmuştur.
- Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinde ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerli bulunmuştur.
- Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeğinin iç tutarlılığını ve güvenilirliğini gösteren Cronbach alfa kat sayısı 0.83 bulunmuştur.

MCH-Feeding Scale'in Türkçe versiyonunun da istatistiksel yönden yüksek geçerlik ve güvenilirlik bulgularına sahip bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

6 ay – 6 yaş arası çocuklarda beslenmenin değerlendirmesinde sağlık çalışanlarının kolay bir şekilde uygulayabilecekleri Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Montreal Beslenme Ölçeği'nin kullanılması;

- Hemşirelik sürecinde hemşirenin beslenme durumunu erken dönemde belirleyip duruma göre bakım planı geliştirmesine yardımcı olacağı,
- 6 ay – 6 yaş arasındaki çocukların ileriki yaşlarını etkileyebilecek olan beslenme sorunlarını erken dönemde belirleyip bunları ortadan kaldırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Bu nedenlerden dolayı Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Montreal Beslenme Ölçeği'nin; çocuk kliniklerinde, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda ve sağlıklı çocukların izleminde gibi çocuklarla ilgilenen bütün sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması önerilmektedir.

Yalnızca hasta çocuklarla değil, sağlıklı çocuklarla da birlikte olan sağlık profesyonellerinin beslenme konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olmaları, beslenme kaynaklı oluşabilecek hastalıkları önlemek amacıyla, çocukların beslenme durumunu geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçek ile birlikte düzenli bir şekilde sürekli değerlendirme yapmaları önerilir.

7. KAYNAKLAR

- AÇEV (2018). Türkiye’de 0-6 Yaş Çocuğun Durumu. <https://www.acev.org/wp-content/uploads/2018/01/Tu%CC%88rkiyede-0-6-Yas%CC%A7-C%CC%A7ocug%CC%86un-Durumu.24.10.17.pdf>, Erişim Tarihi: 10.10.2020
- Akçay A. (2008). Çocukluk çağı obezitesinin kardiyak fonksiyonlar üzerine etkisinin ekokardiyografik ve elektrogardiyografik yöntemlerle değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, İstanbul.
- Akgül A. (2005). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları 3. Baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd.Şti 382-95.
- Archer La, Rosenbaum Pl, Streiner Dl. (1991). The children’s eating behavior inventory: Reliability and validity results. *J Pediatr Psychol*;16:629-42.
- Bąbik K, Dziechciarz, P, Horvath A, Ostaszewski P. (2019). The Polish version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): translation, cross-cultural adaptation, and validation. *Pediatr Pol* 2019; 94 (5): 299–305
- Barzegari A, Ebrahimi M, Azizi M, Ranjbar K. (2011). ‘‘A study of nutrition knowledge, attitudes and food habits of college students’’, *World Applied Sciences Journal*, 15 (7), 1012-1017.
- Baysal A. (2000,1993). Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi
- Benjasuwantep B, Rattanamongkolgul S, Ramsay M. (2015). The Thai Version of the Montreal Children’s Hospital Feeding Scale (MCH-FS): Psychometric Properties. *Med Assoc Thai* 2015; 98 (2):
- Bilge A, Bayram E, Can İ, Biniciler İ. (2013). Hekim Gözüyle Sağlıklı Beslenme ve Öne Çıkan Güncel Konular İnceleme ve Değerlendirme. Öncü Basımevi. Ankara.
- Birch Ll, Fisher Jo, Grimm-Thomas K, Markey Cn, Sawyer R, Johnson Sl. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 36: 201-10.
- Birch Ll, Fisher Jo. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 101(Suppl 2): 539-49.
- Büyükgelibiz B. (2013). Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme, 1. Baskı, Selen Yayınevi, İstanbul, s: 37-49
- Büyükköztürk Ş, Şekercioğlu, G, Çokluk Ö. (2014). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik Spss ve Lisrel Uygulamaları. 3. Baskı, Ankara.
- Carruth Br, Skinner Jd. (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). *J Am Coll Nutr* 21:88-96.
- Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolişik B. (2013). Pediatri Hemşireliği, Akademisyen Tıp Kitapevi
- Crist W, McDonnell P, Beck M, Gillespie Ct, Barrett P, Mathews J. (1994). Behavior at mealtime and nutritional intake in the young child with cystic fibrosis. *J Dev Behav Pediatr* 15:157-61.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17(3): 196-205.
- Çavuşoğlu, H. ,(2013), Çocuk Sağlığı Hemşireliği , (Cilt 1), Sistem Ofset Basımevi, Ankara
- Çeltik C. (2012). İştahsız Bebek, 2.PUADER Kongresi, Antalya
- Dal E. N, Dal, V. (2015). ‘‘Çocukların tüketici olarak sosyalleşme sürecinde tv reklamlarının ve ailenin rolü hakkında teorik bir çalışma’’, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13):371-388.

Dal V. (2009). "Farklı kişilik özelliklerine sahip bireylerin risk algılarının tüketici davranışı açısından incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma (Yüksek lisans tezi)". Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi.

DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Toplantısı. Sağlık için diyet ve fiziksel aktivite. İstanbul. Türkiye. 2006.

Ekşioğlu A, YEŞİL Y, TURFAN, Ç. E. (2016). Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeğinin (Iowa) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi ;13 (3): 209-215

Erdim L, Ergün A, Kuşuoğlu S. (2017). Okulçağı Çocuklarında Çocuk Beslenme Anketinin Geçerlik ve Güvenirliği. Clinical And Experimental Health Sciences

Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu Y. S. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 33(1): 210-223.

Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 33(1), 210-223.

EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, Erişim Tarihi 16.10.2019

Formiguera X, Canton A. BestPractice& ResearchClinicalGastroenterology. 2004; 18(6):1125-1146 <http://www.sciencedirect.com>. Erişim Tarihi:08.08.2018.

Giray H. (2004). Anne Sütü İle Beslenme. Cilt; 13 Sayı:1.

Gözüm S. Aksayan S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1:3-14.

Gür E. (2007). Anne Sütü ile Beslenme. Türk Pediatri Araştırma; 42 Özel Sayı: 11-5.

Gürel S, İnan G. (2001). Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2(3): 39-46.

Gürses İ, Kılavuz A. M. "Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi", Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 20(2):153-166, 2011.

Hamamcı Z, Hamamcı E. (2015). "Çocuk gelişimi kuramları ve dil öğretmenleri için yansımaları", Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 4(1):125-134.

Harrington D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. Printed in the United States of America: Oxford University Press.

Holub Sc, Musher-Eizenman Dr. (2010). Examining preschoolers' nutrition knowledge using a meal creation and food group classification task: age and gender differences. Early Child Development and Care. 180(6): 787-98.

<http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18> Erişim Tarihi: 08.08.2018

<https://www.unicefturk.org/yazi/emzirmehaftasi> Erişim Tarihi: 28.10.2019

Hung Y. T, Yang L. Y. (2006). Follow-up of Linear Growth of Body Height in Children With Nephritic Syndrome. J. Microbiol Immunol Infect. 39(5):422-25.3-6.

Ilgaz Ş. (2009). Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları İçin Rehber Kitap.

Kandemir D. (2000). Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri, Katkı Pediatri Dergisi, 21:500-506.

Karaağaoğlu N, Eroğlu Samur G. (2011). Anne ve Çocuk Beslenmesi. Ankara: Pegem Akademi.

Kartz R, Hych J, Wingert E. (2012), Modern Nutrition in Health and Disease, in Pediatric Feeding Problems. Ross , C., Caballero B., Cousins R., Tucker K., Ziegler T. (eds) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kılıç E., Şanlıer N. (2007). Üç Kuşak Kadının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Kastamonu Eğitim Dergisi,Kastamonu,Cilt:15,No:1.

Kılınç G, Koca H, Ellidokuz H. (2013). 3-4 Yaş Grubu Çocukların Ağız Sağlık Durumlarının İki Yıllık Takibi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Diş Bölümü, İzmir, Türkiye.

- Koçanlı B, Ak T. A, Çoğulu D. (2014). Çocuklarda Diş Çürüğüne Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.
- Köksal G, Gökmen H. (2000). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Köksal G, Gökmen H. (2008). Okul Öncesi Dönemde Obezite. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Köksal G, Gökmen H. (2012). Okul Öncesi Dönemde Obezite. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Köksal G, Özel G. H. (2008). Bebek Beslenmesi, Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Köksal G, Özel G. H. (2012). Bebek Beslenmesi, Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Lynn M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 35(6): 382-385.
- McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: Physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *JDBP* 29:197-205.
- Megep (2007). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. Ankara: MEB Yayınları.
- Merdol, T. (2008). Okul Öncesi Dönem Çocukların Beslenmesi. Yayın No: 726, Ankara.
- Merdol, T. (2012). Okul Öncesi Dönem Eğitimi Veren Kişi ve Kurumlar İçin Beslenme Eğitim Rehberi. Hatipoğlu Basım ve Yayın, Ankara.
- Nutrition In Early Child Years (For Ages 1 to 3). (2003) University of Pittsburgh Medical Center Information for Patients.
- Obesity. (2005). The Policy Challenges. The Report of the National Taskforce on Obesity.
- Oğuz Ş, Derin Dö. (2013). 60-72 Aylık Çocukların Bazı Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *İlköğretim Online*. 12(2): 498-511.
- Onur F. (2007). Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Ailelerin Beslenme Bilgi Düzeyleri İle Sebze Meyve Tüketim Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Oot L, Sethuraman K, Ross J, Sommerfelt A. E. (2016). The effects of chronic malnutrition (stunting) on learning ability, a measure of human capital: a model in PROFILES for country-level advocacy. Washington, DC: FHI 360/Fanta. Erişim Tarihi: 10.09.2019 <https://www.fantaproject.org/sites/default/files>
- Öner N, Vatanserver Ü, Garipağaoğlu M, Karasalihoğlu S. (2005). Dietary intakes among Turkish adolescent girls. *Nutrition Research*. 25: 377-386.
- Özdemir O, Özdemir G. P, Kadak T. M, Nasıroğlu S. (2012) "Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar" 4(4):566-589
- Özmert E. N. (2015). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-II: çevre. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.*; 48: 337-54.
- Öztor S, (2005). İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Öztürk C, Dicle A, Sarı H. Y, Bektaş M. (2004). Okul dönemindeki çocukların sağlık durumlarının belirlenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*. Sayı: 163.
- Parkinson Kn, Drewett Rf, Le Couteur As, Adamson Aj. (2010). Do maternal ratings of appetite in infants predict later Child Eating Behaviour Questionnaire scores and body mass index? *Appetite*. 2010;54(1):186-90.
- Polat S, Erci B. (2010). Psychometric Properties of the Child Feeding Scale in Turkish Mothers. *Asian Nursing Research*
- Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatr Child Health* Vol 16 No 3
- Rolls Bj, Engell D, Birch Ll. (2000). Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *J Am Diet Assoc* 100: 232-4.

Sabbağ Ç. (2003). ‘‘İlköğretim okullarında görevli öğretmenlerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeyleri’’, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Sabbağ Ç. (2009). İlköğretim 5. Ve 6. Sınıf Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara. (Erişim Tarihi: 29.10.2019). Erişim: URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Samur G. (2009). Anne Sütü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726

Shloim N, Edelson Lr, Martin H, Hetherington Mm. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review Of The Literature. Front Psychol.

Streiner D. L, Norman G. R. (2008). Health measurement scales: A practical guide to their development and use (4th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001

Sweeting H. (2007). Measurement and definitions of obesity in childhood and adolescence: a field guide for the uninitiated. Nutrition Journal 2007;6:32.

Şencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlik. Ankara: Seçkin.

T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. (2008). Eğitimciler için eğitim rehberi: beslenme modülü (s. 80). Ankara: İlkay Ofset Matbaacılık.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye Beslenme Rehberi, Yayın No: 1031, Ankara.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Yayını Ankara.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2016) ‘‘Büyüme ve Gelişme’’, Sağlık Hizmetleri Modülleri, Ankara, 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklara Yönelik Beslenme Önerileri Ve Menü Programları, Sağlık Bakanlığı Yayını.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklara Yönelik Beslenme Önerileri Ve Menü Programları, Yayın No: 915, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2015). Türkiye Beslenme Rehberi Tüber, Yayın No:1031, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencilerde) Şişmanlık Araştırması Cosp Tur 2016, Yayın No:1080, Ankara.

Tabachnick B.G, Fidell L.S. (2007). Using Multivariate Statistics.Boston: Allyn&Bacon. 5 Th Ed.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). ‘‘Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2018’’. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30709> Erişim Tarihi : 28.10.2019

Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması. (2018). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim Tarihi: 01.01.2020.

Türkiye Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010; Beslenme Durumu ve Alışkanlıkların Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını.

UNICEF / UNHCR / WFP / WHO (2002). Food and Nutrition Needs in Emergencies. WFP, Rome.

Ünal F. (2011). İştahsız Çocuklara Klinik Yaklaşım. Güncel Pediatri 2011; 9: 79-84

Vatandaş N. (2011). Beş Yaş Altı Çocuklarda İştahsızlık Örüntüsü, Doktor Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AnabilimDalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara.

Wachs Td. (2008). Multiple influences on children's nutritional deficiencies: a systems perspective. Physiol Behav. 2008;94(1):48-60.

Wardlaw G. (2003). Contemporary Nutrition Issues and Insights. Published. by Grow. Newyork, USA.

Wardle J, Guthrie C, Sanderson S, Rapoport L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 42:963-70.

WHO support for the 2015–2016 data collection round, World Health Organization 2017, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhoodobesity-surveillance-initiative-cosi>, Erişim Tarihi: 29.10.2019.

WHO. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva.

Yahya Ö. (2013). *Adölesanların Yeme Davranışı Ve Beslenme Bilgilerini Saptamaya Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması*. Doktora Tezi. Danışmanı, Özçelik, Ö., A., Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

Yavuzer H. (2008). *Çocuk Eğitimi El Kitabı, Remzi Kitabevi, İstanbul*

Yiğit R. (2011). Çocukluk dönemi obezitesinin yönetiminde hemş irenin rolü. *Hemş irelikte Araş tırma Geliş tırme Dergisi*; 1:71-80.

Yücecan S. (2008). *Optimal Beslenme*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye.



EKLER

EK-1. Aile Soru Formu

Çocuğunuzla İlgili Sorular

Adı Soyadı:

Okulu:

Sınıfı ve Şubesi:

Cinsiyeti: Kız Erkek

Yaşı (doğum tarihi):

Boy: Kilosu:

Aile Üyeleri İle İlgili Sorular

Ailedeki kişi sayısı:

Aşağıdakilerden hangisi ailenizi tanımlamaktadır?

Anne- baba sağ ve beraber

Anne- baba sağ değil

Anne - baba sağ ve ayrılar

Sadece anne ya da baba sağ

Ailenizin ekonomik sıkıntı yaşama durumunu aşağıdakilerden hangisi tanımlamaktadır. Uygun seçeneği işaretleyiniz?

Hiç yaşamıyoruz

Çok az yaşıyoruz

Orta düzeyde yaşıyoruz

Çok fazla yaşıyoruz

Kendiniz ve eşinizin eğitim durumu için uygun seçeneği işaretleyerek, kilo ve boyunuzu belirtiniz.

Anne Eğitim Durumu

Okur yazar değil

Okuryazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

İlköğretim mezunu

Lise mezunu

Üniversite ve üzeri

Baba Eğitim Durumu

Okur yazar değil

Okuryazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

İlköğretim mezunu

Lise mezunu

Üniversite ve üzeri

Anne Kilosu:..... Anne Boyu:.....

Baba Kilosu:.....Baba Boyu:.....

Kendinizin, eşinizin ve çocuğunuzun sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? (Bu soruyu cevaplarırken anketi dolduran kişi kendisi, eşi ve çocuğunun sağlığı hakkında kendi düşüncelerini ifade etmelidir.)

Anne (kendinizin)

Mükemmel

İyi

Orta düzeyde

Kötü

Baba (eşinizin)

Mükemmel

İyi

Orta düzeyde

Kötü

Çocuğunuz

Mükemmel

İyi

Orta düzeyde

Kötü

EK-2. Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği

Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği

Çocuk: 6 ay(ek gıdalara başlamış) – 6 yaş

Tarih : _____

Çocuğun Adı

: _____

Lütfen her ögeye karşılık gelen sayıyı işaretleyiniz. Sayıların anlamlarının değiştiğine dikkat edin. Hepsi aynı yönde gitmiyor. Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyun. Teşekkürler.

1. Çocuğunuzla öğünlerinizi nasıl geçiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok zor

Kolay

2. Çocuğunuzun beslenmesini ne kadar önemsiyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Önemsiyorum

Çok önemsiyorum

3. Çocuğunuzun iştahı (açlığı) nasıl?

1 2 3 4 5 6 7

İştahı yok

İştahı var

4. Çocuğunuz yemekte ne zaman yemeği reddetmeye başlar?

1 2 3 4 5 6 7

Başlangıçta

Sonda

5. Çocuğunuzun yemeğini yemesi ne kadar sürüyor?

1 2 3 4 5 6 7

1-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60 min

6. Çocuğunuz yemek yerken nasıl davranır?

1 2 3 4 5 6 7
İyi davranır *Sorun Çıkarır*

7. Çocuğunuz belli yiyeceklere karşı tükürme, öğürme veya kusma gibi tepkiler verir mi?

1 2 3 4 5 6 7
Hayır *Bazı zamanlarda*

8. Çocuğunuz yiyecekleri yutmadan ağzında bekletiyor ya da uzun uzun çiğniyor mu?

1 2 3 4 5 6 7
Hayır *Bazı zamanlarda*

9. Çocuğunuz yemek yesin diye oyalamak için oyuncak veya televizyon kullanmak zorunda kalıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hayır *Bazı zamanlarda*

10. Çocuğunuzu yemek yemeye veya içmeye zorlamak *durumunda* kalıyor musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hayır *Bazı zamanlarda*

11. Çocuğunuzun çiğneme (veya emme) gücü nasıl?

1 2 3 4 5 6 7
İyi *Çok zayıf*

12. Çocuğunuzun büyümesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Yetersiz büyüme *İyi büyüme*

13. Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiler?

1 2 3 4 5 6 7
Çok olumsuz ekiler *Hiç etkilemez*

14. Çocuğunuzun yeme alışkanlıkları eşinizle ilişkilerini nasıl etkiler?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç etkilemez *Çok olumsuz etiler*



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

The Montreal Children's Hospital – Feeding Scale (Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği)'nin Geçerlik Güvenirliği

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

Bir çocuğun beslenmesi ve büyümesinde ebeveynlerin ve ev ortamının rolü oldukça önemlidir. Çünkü ebeveynler çocuklarının yeme davranışlarını öğrendikleri ana modellerdir. Ev ortamında ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve uygulamalarının belirlenmesi, sağlık profesyonellerine obezitenin engellenmesi ve tedavisi için oldukça önemli bilgiler sağlayabilir. Bunun içinde geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracına ihtiyaç vardır. Okul öncesi dönem çocuklarda besin ve aktivite seçimleri ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, beslenme sorunlarının hızlı bir şekilde saptanması amacıyla Ramsay ve ark. tarafından (2011) geliştirilen The Montreal Children's Hospital - Feeding Scale (Montreal Çocuk Hastanesi Beslenme Ölçeği)'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken iki adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer form ise standardize ölçektir. Bu ölçekler sizin ve çocuğunuzun beslenme bilgilerinizi sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.


Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geğersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		


EK-4. Ölçek İzni

Gönderilen - Google Posta Kutusunda Bulunanlar

İbrahim Doğru 25 Temmuz 2018 15:03 

The Montreal children's hospital feeding scale
Kime: maria.ramsay@muhc.mcgill.ca


Have a nice day Maria Ramsay I'm İbrahim Doğru. A master student of child health and diseases nursing. For my disquisition study I want to do the study of validity and reliability in turkish with your "the montreal children's hospital feeding scale" if you give me a permission. My best compliments.

Maria Ramsay (CUSM) @ 25 Temmuz 2018 17:37 

Ynt: The Montreal children's hospital feeding scale
Kime: İbrahim Doğru

You have my permission, and here are some studies and translations already done in other countries.
Please be careful how you translate the items, because the mothers' response will depend on how you ask the questions. There is a bit difference in asking "do you force your child to eat" or "do you HAVE to force your child to feed" (item 10). I hope that this example is clear to you.
Sincerely,

.....
Maria Ramsay
Psychologue/psychologist, PhD.
Directrice, Programme Pédiatrique D'Alimentation
Director, Pediatric Feeding Program
L'Hôpital de Montréal pour Enfants-CUSM
The Montreal Children's Hospital-MUHC
Professeur adjoint, Pédiatrie & Psychologie (professionnelle)
Assistant Professor, Pediatrics & Psychology (professional)
Université McGill/McGill University



EK-5. Etik Kurul İzni



info@uskudar.edu.tr

Allunizade Mah. Haluk Türksay Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

I.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.Ü.S.0.05.0.06 /2018/833

25/09/2018

Dr. Öğr. Üyesi Gülşay MANAV
(İbrahim DOĞRU)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/09/2018 tarihinde yapılan 10 No.lu toplantısında "Montreal Çocuk Hastanesi Ölçeğini Geçerlik Güvenilirliği" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "C. Taş".

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK-6. Kurum İzni



T.C.
HATAY VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 32889839-605.01-E.20635351
Konu : İbrahim DOĞRU'nun
Araştırma İzin Onayı

31.10.2018

VALİLİK MAKAMINA

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi İbrahim DOĞRU "Montreal Çocuk Hastanesi Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliliği" konulu anket çalışmasını 2018-2019 eğitim öğretim yılı birinci döneminde İlimiz Antakya İlçesindeki Antakya Cemil Meriç Anaokulu, Antakya Sabiha Gökçen Anaokulu, Antakya Saraykent 125.Yıl Anaokulu ve Antakya 75.Yıl Anaokulunda uygulamak istemektedir.

Söz konusu çalışma ile ilgili olarak komisyonumuzca inceleme yapılmış olup, "Millî Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 22.08.2017 tarihli ve 35558626-10.06.01-E.12607291 ve 2017/25 nolu Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri Genelgesine" uygun olduğundan, ilgilinin İlimiz Antakya İlçesindeki Cemil Meriç Anaokulu, Antakya Sabiha Gökçen Anaokulu, Antakya Saraykent 125.Yıl Anaokulu ve Antakya 75.Yıl Anaokulu idarecilerinin uygun göreceği tarih ve saatlerde, çalışma yapmasını olurlarınıza arz ederim.

Mustafa KÖSE
İl Millî Eğitim Şube Müdürü

OLUR
31.10.2018

Kemal KARAHAN
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

EK-7. Özgeçmiş

Adı Soyadı : İbrahim DOĞRU

Doğum Yeri ve Tarihi : 01.02.1995 / Hatay

Yabancı Dili : İngilizce, Arapça

İletişim (Telefon/e-posta) : 5383772460 / ibrahimdogruu2@gmail.com

Eğitim Durumu(Kurum ve Yıl)

Lise : Özbuğday Lisesi, 2012

Lisans : T.C. Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik, 2016

Yüksek Lisans : T.C. Üsküdar Üniversitesi, 2020

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :

- Defne Hastanesi Hastanesi Yeni DoğanYoğun Bakım Ünitesi / Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi / Haziran 2016 – Şubat 2017
- Defne Hastanesi Hastanesi Yeni DoğanYoğun Bakım Ünitesi / Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi / Şubat 2018 – Haziran 2019
- Defne Hastanesi Hastanesi Kardiyo Vasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi / Kardiyo Vasküler Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi / Haziran 2019 – Halen

Yayımları (SCI ve diğer) : Yok

Diğer konular :

- Mustafa Kemal Üniversitesi – Pedagojik Formasyon
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü – Yetişkin Yoğun Bakım Hemşireliği