



**T.C.**

**HAL Ç ÜN VERS TES**

**SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ**

**1-5 YA RASI SA LIKLI ÇOCUKLARIN BESLENME  
ÖZELL KLER VE A LE ETK LE M**

**NURAY ADAK**

**YÜKSEK L SANS TEZ**

**HEM REL K**

**DANI MAN**

**Yard.Doç.AY E YILDIZ**

**STANBUL-2015**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Nuray ADAK tarafından hazırlanan "1-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03.03.2015

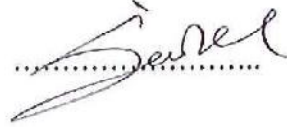
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

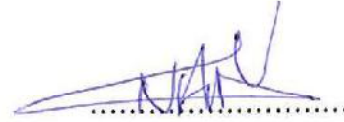
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Sevil İNAL  
: İstanbul Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN  
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü V.

## **I.TEŞEKKÜRLER**

1-5 yaş arası sağlıklı çocuk beslenmesi ve aile etkileşimi araştırmak amacıyla yaptığım bu çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde benden bilgi, deneyim, becerilerini, anlayışını ve güler yüzünü esirgemeyen hocam ve tez danışmanım Yard.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ'a ve akabinde tüm hocalarıma,

Maddi ve manevi her zaman desteklerini hissettiğim sevgili aileme özellikle kardeşim Şehriban ADAK'a,

Çalışmamı uygulamam sırasında bana hoşgörü gösteren ve desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Esra GÜMÜŞ, Yağmur EROL, Gülden DÖNER ve Bahar EKŞİ'ye,

Destekleri ile her zaman yanımda olan herkese sonsuz teşekkürler.

Nuray ADAK

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I.TEŞEKKÜR.....	I
II.İÇİNDEKİLER.....	II
III.KISALTMALAR.....	V
IV.TABLO LİSTESİ.....	VI
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Beslenmenin Tanımı, Önemi ve İlkeleri.....	7
4.1.1.Beslenmeyi Etkileyen Faktörler.....	9
4.1.2.Besin Maddeleri Gereksinmesi Üzerinde Etkili Olan Faktörler.....	9
4.2. 1- 5 Yaş Çocuk <b>Beslenmesi</b> .....	10
4.2.1.Çocuğun Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler.....	15
4.2.2.Çocukta Genel Beslenme İlkeleri.....	16
4.2.3. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları.....	16
4.2.4. Optimal Beslenme Alışkanlıklarının Kazandırılması.....	18
4.2.5. Anne Sütü.....	18
4.2.6. Tamamlayıcı <b>Beslenme(Ek Beslenme)</b> .....	19
4.3. Besin Öğeleri.....	22
4.4.Besin Grupları.....	24

<b>4.5.</b>	<b>Beslenme Davranışının Gelişimi ve Ailenin Etkisi.....</b>	<b>27</b>
<b>4.6.</b>	<b>Türkiye’de Çocukların Beslenme Durumları.....</b>	<b>34</b>
<b>4.7.</b>	<b>Dünya’da Çocukların Beslenme Durumları .....</b>	<b>36</b>
<b>4.8.</b>	<b>Çocuklarda Görülen Beslenme Sorunları .....</b>	<b>37</b>
<b>4.8.1.</b>	<b>Yemeyi Red Etme.....</b>	<b>37</b>
<b>4.8.2.</b>	<b>Obezite.....</b>	<b>38</b>
<b>4.8.3.</b>	<b>Malnütrüsyon.....</b>	<b>40</b>
<b>4.8.4.</b>	<b>Kabızlık.....</b>	<b>42</b>
<b>4.8.5.</b>	<b>İştahsızlık.....</b>	<b>43</b>
<b>4.8.6.</b>	<b>Diş Çürükleri.....</b>	<b>43</b>
<b>4.8.7.</b>	<b>İshal.....</b>	<b>44</b>
<b>5.</b>	<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1.</b>	<b>Araştırmanın Tipi.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2.</b>	<b>Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....</b>	<b>45</b>
<b>5.3.</b>	<b>Araştırmanın Etik Yönü.....</b>	<b>45</b>
<b>5.4.</b>	<b>Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....</b>	<b>45</b>
<b>5.4.1.</b>	<b>Araştırmaya Alınma Kriterleri.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5.</b>	<b>Veri Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5.1.</b>	<b>Çocuğa Yönelik Veri Formu.....</b>	<b>47</b>
<b>5.5.2.</b>	<b>Aileye Yönelik Veri Formu.....</b>	<b>47</b>
<b>5.5.3.</b>	<b>Aile Ortamı Ölçeği(AOÖ).....</b>	<b>47</b>
<b>5.5.4.</b>	<b>Çalışmada Ölçümleri Alma Durumu.....</b>	<b>48</b>

5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	49
5.7. Araştırmanın Zorlukları.....	49
<b>6.BULGULAR.....</b>	<b>50</b>
6.1.Çocuğa Yönelik Özellikler.....	50
6.2.Aileye Yönelik Özellikler.....	64
6.3.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği ile Karşılaştırılması.....	69
<b>7.TARTIŞMA.....</b>	<b>78</b>
7.1.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Tartışılması.....	78
7.2.Aileye Yönelik Özelliklerin Tartışılması .....	89
7.3.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği ile Tartışılması.....	92
<b>8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>99</b>
<b>9.KAYNAKLAR.....</b>	<b>104</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>117</b>
<b>EK 1.</b> Araştırmaya Katılan Ailelerden Yazılı Onam Formu.....	118
<b>EK 2.</b> Çocuğa Yönelik Veri Formu.....	119
<b>EK 3.</b> Aileye Yönelik Veri Formu.....	126
<b>EK 4.</b> Aile Ortamı Ölçeği(AOÖ).....	129
<b>EK 5.</b> T.C.Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda Etik Kurul Onayı.....	132
<b>EK 6.</b> T.C.İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden Araştırma İzin Yazısı.	133
<b>11.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>134</b>

### III.KISALTMALAR

<b>AOÖ</b>	Aile Ortamı Ölçeği
<b>BKİ /VKİ</b>	Beden Kitle İndeksi/ Vücut Kitle İndeksi
<b>DALY</b>	Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
<b>DİE</b>	Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>PEM</b>	Protein-Enerji Malnütrisyonu
<b>S.P.S.S.</b>	Veri Analizinde Kullanılan Paket Programı(Statistical Package for Social Sciences)
<b>TBSA</b>	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNİCEF</b>	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
<b>WHO/DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>d</b>	Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örnekleme hatası
<b>N</b>	Hedef kitledeki birey sayısı
<b>n</b>	Örnekleme alınacak birey sayısı
<b>P</b>	İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)
<b>q</b>	İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)
<b>t</b>	Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

## IV.TABLoların LİSTESİ

**Tablo 6.1.1:** Çocukların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

**Tablo 6.1.2:** Çocukların Geçmiş 0-1 Yaş Dönemi Beslenme Öyküsü

**Tablo 6.1.3:** Çocukların Geçmiş 0-1 Yaş Dönemin de Ek Gıdalara Başlarken Yaşanılan

Zorluklar

**Tablo 6.1.4:** Çocukların Şu Anki Beslenme Durumlarının Yaşlarına Göre Dağılımı

**Tablo 6.1.5:** Çocukların Beslenme Sorunlarının ve Sağlık Problemlerinin Dağılımı

**Tablo 6.1.6:** Çocukların Öğünlerle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 6.1.7:** Çocukların Evde Beslenme Şeklinin Yaşlarına Göre Dağılımı

**Tablo 6.1.8:** Çocukların Kendi Kendilerine Başarabildiği Becerilerin Yaşlarına Göre

Dağılımı

**Tablo 6.1.9:** Çocuklara Yemek İle İlgili Verilen Ceza/Ödüllerin Dağılımı

**Tablo 6.1.10:** Çocukların İnek sütü İçme Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6.1.11:** Çocukların İştahsızlık Durumuna Göre Dağılımı

**Tablo 6.1.12:** Çocukların Sevdiği Besin Gruplarının Dağılımı

**Tablo 6.1.13:** Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı

**Tablo 6.1.14:** Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKİ Puan Ortalamalarının

Karşılaştırılması

**Tablo 6.1.15:** Çocukların Beslenme Özelliklerine Göre BKİ Puan Ortalamalarının

Karşılaştırılması

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

**Tablo 6.2.2:** Aile Özelliklerinin Dağılımı



**Tablo 6.2.3:** Ailenin Beslenme Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 6.3.1:** Aile Ortamı Ölçeğinin BKİ Üzerine Etkisi

**Tablo 6.3.2:** Çocukların Beslenme Özellikleri ile Aile Ortamı Ölçeğinin

Karşılaştırılması

**Tablo 6.3.3:** Çocukların Kendi Kendilerine Başarabildiği Beceriler ile Aile Ortamı

Ölçeğinin Karşılaştırılması

## 1.ÖZET

Çalışma;1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Çalışma Ocak 2014-Ağustos 2014 tarihleri arasında Maltepe İlçesinde bir Aile Sağlığı Merkezine bağlı sağlıklı çocuk polikliniğine takip ve aşıları için başvuran 1-5 yaş arası çocukların ebeveynleri ile yüz yüze görüşülerek 282 vaka üzerinde gerçekleştirilmiştir.

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

Çalışmanın sonucunda aile ortamı ölçeğinin birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamaları ile çocukların evde düzenli kahvaltı yapma durumu, şu anda çocuğun beslenme sorununun, yemek saatlerinin düzeni, aile sofrasına oturması, çocuk akşam yemeğini aileyle mi yediği, öğün aralarında abur-cubur yenmesi, kendi kendini beslenmesi, kendi tabağından yemesi ve kaşığı kendi başına kullanması ile ilgili anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Aile Ortamı Ölçeğinin birlik beraberlik alt boyutunda çocuğun iştahsız olma durumu, vitamin ve mineral alma ve ek gıdalara başlarken zorluk yaşama durumunda anlamlı ilişki bulunmuştur. Aile Ortamı Ölçeğinin aile ortamı genel alt boyutunda ek gıdalara başlarken zorluk yaşama durumunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, ailenin yeme alışkanlıklarının, beslenme özelliklerinin, davranış ve tutumlarının doğrudan çocuğun yeme alışkanlıklarını etkilediği, ekonomik durumun ailelerin yeme alışkanlıklarında etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Ailenin çocuğun beslenmesi konusundaki bilgi ve tutumu çocuğun yeme özelliklerini şekillendirdiği görülmüştür. Ayrıca ülkemizde 1-5 yaş arası çocukların izlem sıklığının daha düzenli olmasından dolayı ailelerin doğru beslenme alışkanlıkları konusunda eskiye oranla daha yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:**Beslenme, 1-5 yaş çocuk, Aile

## **2.SUMMARY**

### **Nutrition Characteristics and Family Relation of Healty Children Between 1-5 Ages**

This study has been prepared to understand the relationship between the nutrition and family relations in 1-5 year old children.

The research has done in Maltepe Primary health care center 282 applicants for vaccine who have children in 1-5 year old age. And the interviews have done face to face. As the data collection tool, child directed data form, family directed data form and family environment scale have been used.

At the end of the study an expressive relationship could not be found between the feeding behaviour and food habits of child and the feeding behaviour of the family, doing breakfast or eating with the parents or not. These conditions also do not influence the routine of eat greedily.

At the lower dimension of family environment scale, the scales showed that there is a relationship between the difficulty of start eating supplementary food of child and inappetence of children, taking vitamins, minerals. If the start of the child to eat the suuplementary food, in the advancing years the child has inappetence.

As the result, the behaviour and routine of feeding of the family and tehe economical situation, the approach of parents effect on nutrition of the child.

The education of the family and the approach of parents to the dietary shapes the nutrition of the child. And another result of this study is that the ability of watching 1-5 age children, affected to the awareness of the families more then past.

**Keywords:** Nutrition, 1-5 year-old age, family

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütüne ( WHO ) göre sağlık; insanın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması durumudur. İnsanın dolayısıyla toplumun sağlığını etkileyen başlıca etmenler kalıtım ve çevre koşullarıdır. Beslenme, bireyin sağlığını etkileyen en önemli çevresel etmenlerden biridir (Megep, 2007).

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri alıp vücudunda kullanmasıdır (Tatvan, 2009).

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

Beslenme, erişkinlerin de hastalıklarının etyolojisi ve tedavisinde önem taşımakla beraber, çocukların yaşamlarında erişkinlere oranla daha değerli yer tutar. Pediatrik yaş grubunda yaşamsal önemi olan, büyüme ve gelişmeyi etkileyen en önemli faktörlerin başında gelir (Dereli, 2006).

İlk yaştan itibaren çocuk giderek bağımsızlık kazanmaya başlar, aile içinde çocuk değişmeye başlayan bir birey haline gelir. Bu sayısız değişme ve gelişme döneminde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan veya dolaylı ailenin, özellikle anne ve babanın beslenme alışkanlıklarından etkilenir (Altıntaş, 2010).

İnsan psiko-sosyal bir varlıktır ve duyu organlarına sahiptir. Görme-koklama-tad alma ve dokunma duyuları gıdalarda bulunan özellikleri algılamakta ve kişinin beğenisi (akseptabilite) oluşmaktadır. Gıdaların beğenilen görünümde olmaları, koku ve tadları ile kıvamlarının kişinin zevklerine uygun olması halinde beslenme işlevi aynı zamanda tatmin edici ve umutlandırıcı bir nitelik kazanmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme konusunda kişilerin eğitilmesine yönelik çabalar yapılırken gıdalanma ile sağlanan beğeni ve hoşnutluk hususları da göz önüne alınmak zorundadır. Bir insana en yüksek besleyici değerdeki bir gıdayı ya da gıda karışımını bile, alışmadığı ya da beğenmediği bir görünüm ve tada yedirmek mümkün olmaz (Köksal, 2001).

Büyüme ve gelişme, bütünü ile genetik, beslenme, sosyal ve kültürel koşulların etkisinde oluşan bir süreçtir. Bu etmenler, büyüme ve gelişmeye, embriyo döneminden yetişkinliğe dek etki ederler (Baysal, 2012)

Besin elementleri organizmanın yapısı, fizyolojik ve metabolik durumu ve aktivitelerinin gerektirdiği, yani harcananı karşılayacak miktarda sağlandığı zaman ‘‘YETERLİ VE DENGELİ’’ beslenmeden söz edilebilir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda vücudun büyümesi, gelişmesi ve normal çalışmasında aksaklıklar olacağından ‘‘Yeterli ve Dengeli Beslenme’’ sağlığın temeli diyebiliriz. İnsanların enerji ve besin elementlerine olan gereksinimleri yaş, cinsiyet, fizyolojik durum, aktivite düzeyleri ile ilişkili olarak değişmektedir. Ayrıca kişinin sağlık durumu ve yaşanan çevrenin iklim koşulları gereksinimlerde değişikliklere yol açmaktadır (Güler ve Akın, 2006).

Eksik beslenme bir çocuğu, vücut ölçüleri yönünden etkilediği kadar, zeka yönünden de etkiler; bundan dolayı önemi zannedildiğinden daha fazladır. Çocuğun zeka gelişimi de, bu fizik veya ölçü gelişimine paralel olarak değişim göstermelidir (Tatvan, 2009).

Çocukların besin gereksinimleri üç yönden yetişkinlerden farklıdır:

**1-Enerji** harcaması vücut ölçüsünün birimi başına yetişkinlerden oldukça yüksektir. Çünkü büyüme süreci önemli miktarda enerji harcamasını gerektirir.

**2-Yeni dokuların** yapımı, protein, mineral ve vitaminlere olan gereksinimi arttırmaktadır.

**3-Sindirim sisteminin** özellikleri ve kendi kendilerini yiyebilme yeteneklerinin sınırlı oluşu, çocukların diyetinde belirli besinlerin bulunmasını ve bunların belirli şekilde hazırlanmasını gerektirir (Baysal, 2012).

Doğum öncesi dönemle, doğumdan sonraki ilk aylarda ve yıllarda yanlış ve sağlıksız beslenmenin görünür etkileri fiziksel büyüme üzerine olmakta ise de ilk ve çok önemli ancak başlangıçta görünemeyen etkileri zihinsel gelişim üzerinedir. Zihinsel gelişim, doğum öncesi dönemde başlar ve erken çocukluk yaşı olarak nitelendirilen yaşamın ilk üç yılını kapsar. Doğum sonrası ilk aylar ve ilk yıl zihinsel gelişimin en hızlı olduğu dönemdir. Bu bakımdan çocuklar yaşama iyi bir başlangıç yapamadıklarında eksikliklerini tam olarak kapatamamakta ya da potansiyellerini tam

olarak kullanamamaktadırlar. Öğrenme, başarı, ilgi, merak, iletişim, işbirliği yeteneği, iş üretimi gibi bireye özgü bu zihinsel gelişimin yetileri beslenme ve sağlıkla doğrudan ilişkili olup ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirleyicisidir. Bu nedenle çocuklar toplumun birinci derece duyarlı risk grubu olarak değerlendirilmektedirler (Tatvan, 2009). Özellikle gelişmekte olan ülkelerin yaygın bir sorunu olan yetersiz ve dengesiz beslenme; bir yandan bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişimlerini, diğer yandan da toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. WHO'nun verilerine göre yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuk ölümlerinin %7'sinin birincil %46'sının ise ikincil nedenidir.

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi beslenme, kalıtım, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Ailenin kültürel düzeyi ve sosyo-ekonomik olanakları çocuğun beslenme durumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir. Öncelikle anneler olmak üzere çocukların beslenme ve büyütülmesinden yakından ilgilenen kişilerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi çok önemli bir sağlık hizmetidir (Öncü, 2007).

Anne-baba veya bakıcının yiyecek seçimi ve alımının modellenmesi, çocukların yiyecek seçimiyle ilgili bir hiyerarşi geliştirmesinde anahtar rol oynamaktadır. Kısmen, tekrarlı davranışlar ve enerji içeriği yüksek yiyeceklerle ilgili deneyimler, çocuğun bu besinler için tercihini "ilişkili koşullama" yoluyla artırabilir. Bu şekildeki öğrenme yoluyla, yiyeceklerin içindeki lezzetler, yüksek enerjili yiyeceklerin sindirimi ve emilimine katılan doygunluk ipuçlarıyla ilişkili hale gelir. Öğrenilen bu ilişkiler; çocuğun yüksek enerjili yiyeceklerle karşılaşması ve hoşlanması arasındaki ilişkiyi kolaylaştıran lezzet tercihleri geliştirilmesine yol açabilir.

Anne ve baba, çocuklarının yeme çevresini çeşitli yollarla şekillendirir. Bunlar; bebek beslenmesi konusundaki seçimleri, evde bulunabilen ve ulaşılabilecek besinleri belirleme, medya ilanlarının eve giriş süresini belirleme ve yeme konusunda çocuklarıyla etkileşimde bulunmaktır (Camcı, 2010).

Sağlıklı çocuk beslenmesi toplum bütününden ayrı düşünülemez. Çocuğun sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanması için iyi örnekler gereksinimi vardır. Diğer yandan çocuk sağlığı ile uğraşan kişiler, her fırsatı değerlendirerek ve özellikle sağlam çocuk izlemlerinde çocuk beslenmesi konusunda ailelere ve çocuklara önderlik yapmak zorundadırlar. Anne ve babaların çocuk beslenmesi konusunda bilinçlendirilmeleri ile

ocuk beslenmesinin olumlu biçimde etkilendiği araştırmalarla gösterilmiştir. Ancak önerilerin ailenin sosyo- ekonomik ve kültürel özelliklerine göre biçimlendirilmesi ve anlaşılır olması gerekmektedir (Nizamoğlu, 2006).

Bu alışma; 1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimini araştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanarak uygulandı.

## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1. BESLENMENİN TANIMI, ÖNEMİ ve İLKELERİ

Bireyin ve toplumun sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır (Pekcan, 2008).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sadece bireyin vücudunda hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı olma halinin devam edebilmesi için sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi gibi kavramlarla ilgili çalışmalar artarak sürmektedir (Bilge ve ark., 2013). İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim ve çevre koşulları gibi birçok unsurun etkisi altındadır. Ancak bu unsurların başında ilk sırada beslenme gelir (Kılıç ve Şanlıer, 2007). Bu doğrultuda yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesinin (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı, tütün kullanımının önlenmesi) amaçlanması gerekmektedir (TBSA, 2010).

Beslenme ise yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturur. Beslenme sağlığın temel koşulu ve belirleyicisidir. Beslenme, açlık duygusunu bastırmak ya da canın çektiği şeyleri yemek içmek değildir (Tatvan, 2009). Günümüzün en önemli konularından biri olan beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri, besin değerini yitirmeden, sağlık bozucu hale getirmeden, en ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır.

Sağlıklı beslenme; doğrudan birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin yükseltilmesine önemli katkı sağlar. Sağlıklı beslenme davranışlarının oluşmasında pek çok etken rol oynamakla beraber sosyoekonomik durumun en önemli etken grubu olduğu bilinmektedir (Özcebe ve ark., 2013).

Bir toplumun sosyal ve ekonomik yönden gelişmesi, özlenen uygarlık düzeyine ulaşabilmesi, varlığını huzurlu ve güçlü bir şekilde sürdürebilmesi için önemli temel koşullardan birisi de o toplumda yaşayan bireylerin yeterli ve dengeli beslenebilmesidir (İlter, 2008). Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması



durumu ‘‘yeterli ve dengeli beslenme’’deyimi ile açıklanmaktadır (Buzgan ve ark., 2013). Dolayısıyla yetersiz ve dengesiz beslenmenin insanların fiziksel mental gelişimini olumsuz yönde etkileyeceği, sağlıklı yaşam süresini kısaltacağı ve üretim düzeyini düşüreceği kabul edilmektedir (İlter, 2008).

Toplumu ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (Midyat ve ark., 2008).

Yiyecek seçimi ve beslenme alışkanlıklarının meydana gelmesinde rol oynayan etmenler çeşitlidir. Bireylerin ve toplumların yeme alışkanlıkları bu değişik etmenlerin etkisiyle yavaş yavaş oluşur ve gelişirler. Yaşanılan yerin coğrafi, iklim ve tarımsal durumu, inanç, gelenek-görenekler, sosyoekonomik koşullar beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkması ve gelişmesine neden olmaktadır. Toplumun gerçek beslenme durumu, beslenme ile ilgili sağlık ve sosyoekonomik sorunlar, bu sorunların kapsadığı belirli gruplar, sorunların nedenleri ve çözümünde kullanılacak yerli kaynakların durumunun bilinmesi ile ancak beslenme araştırmaları sayesinde mümkün olur (İlter, 2008).

İnsan, yaşamı için 50’ye yakın türde besin ögesine gereksinim duymaktadır (Buzgan ve ark., 2013). Bu doğrultuda yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı) biçimlerinin benimsenmesinin amaçlanması gerekmektedir (Pekcan, 2008). Ayrıca, bilimsel araştırmalarla insanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alması gerektiği de belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (Tatvan, 2009).

Bireyin veya toplumun beslenme durumunun saptanmasının amacı;

- a) Beslenme durumunun tanımlanması,
- b) Nedenlerin saptanması,
- c) Çözüm yollarının bulunmasıdır. Eğer bir girişimsel çaba (müdahale) uygulandı ise, etkinliğinin değerlendirilmesidir.

#### **4.1.1.Beslenmeyi Etkileyen Faktörler**

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

- Sosyo-kültürel ve ekonomik düzey,
- Besin üretimi dağıtımı ve besin teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizlikler,
- Nüfus planlaması,
- Çevre koşullarının sağlık kurallarına uymayışıdır (Dereli, 2006).

#### **4.1.2.Besin Maddeleri Gereksinmesi Üzerinde Etkili Olan Faktörler**

Bireyin beslenme durumunun saptanması, besin öğeleri gereksinmesinin ne ölçüde karşılandığının bir göstergesidir. Besin öğeleri alımı ile besin öğeleri gereksinmesi arasındaki dengenin sağlanması optimal sağlık için önem taşımaktadır.

Besin öğesi alımı bireyin her zamanki besin tüketimine dayalıdır. Ekonomik durum, yeme alışkanlıkları, duygusal durum, iklim, kültürel yapı, çeşitli hastalıklar ve iştah, besin öğeleri alımını etkilemektedir (Pekcan, 2008).

Besin maddeleri ve enerjiye olan günlük gereksinim miktarı kişiye, yaşadığı çevre ile ilgili özelliklerle yakından ilişkilidir. Çeşitli faktörler günlük gereksinimlerin değişmesinde etkili olmaktadır. Bu faktörler şunlardır:

\*Yaş grupları,

\*Cinsiyet,

\*Vücut küssesi ve bileşimi; boy, ağırlık, vücut yağ oranı, yağsız vücut dokusu,

\*Fiziksel aktive düzeyi ve süresi,

\*Sağlık durumu; enfeksiyonlar, ateş, akut ve kronik sistemik hastalıklar, alerjik durumlar, yara, yarık, neoplazmik hastalıklar ve cerrahi müdahaleler,

\*Çevre koşulları; iklim, sıcaklık değişimleri, nem, yükseklik ve çevre sağlığı koşulları ile psiko-sosyal stresler (Güler ve Akın, 2012).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için beslenme durumunun özellikle toplumdaki duyarlı gruplarda (0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar ve gençler, gebe ve emzikli kadınlar, doğurganlık çağındaki kadınlar, yaşlılar, işçiler) ve hasta olan bireylerde sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir (Pekcan, 2008).

Beslenme durumunun iyileştirilmesi için toplumun eğitilmesi ve sosyoekonomik önlemler yanında risk altındaki çocukların erken dönemde saptanarak korunması önem taşımaktadır (Şehla, 2006).

#### **Çocukların besin gereksinimleri üç yönden yetişkinlerden farklıdır:**

**1-**Enerji harcaması vücut ölçüsünün birimi başına yetişkinlerden oldukça yüksektir. Çünkü büyüme süreci önemli miktarda enerji harcamasını gerektirir.

**2-**Yeni dokuların yapımı, protein, mineral ve vitaminlere olan gereksinimi arttırmaktadır.

**3-**Sindirim sisteminin özellikleri ve kendi kendilerini yiyebilme yeteneklerinin sınırlı oluşu, çocukların diyetinde belirli besinlerin bulunmasını ve bunların belirli şekilde hazırlanmasını gerektirir (Baysal, 2012).

#### **4.2. 1-5 YAŞ ÇOCUK BESLENMESİ**

Beslenme ve beslenme zamanı çocuk gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Çocuklar sağlıklı gelişim için ihtiyaç duydukları vitamin, mineral ve proteinleri yedikleri besinlerden sağlarlar. Çocukluk döneminde kazanılan beslenme alışkanlığı bütün yaşam boyunca sürer (Nizamoglu, 2006).

Çocukların sağlıklı yetişkin bireyler olabilmeleri antenatal dönemden itibaren sağlıklı bir ortamda büyümelerine ve dengeli beslenmelerine bağlıdır. Günümüzde, bebek ve çocuk ölümlerinin çoğu yetersiz beslenmeye bağlı önlenebilir hastalıklar sonucu görülmektedir (Midyat ve ark., 2008).

UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tavsiyelerine göre çocuklar yaşamlarının ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmeli; katı ve lapa ek gıdalar 6 aydan sonra verilmelidir. Bu gıdalara ek olarak, emzirmeye iki yaşına kadar devam edilmesi önerilmektedir. Biberon kullanımı ise herhangi bir yaş grubu için önerilmemektedir.

Sadece anne sütü alan bebeklerde ortanca emzirilme süresi çok kısa olup, lise veya daha üzeri eğitim alan kadınlar dışındaki tüm alt gruplar için iki aydan azdır. Anne sütünün yanı sıra su ve diğer su bazı sıvılar ve meyve sularını alan bebeklerin ortanca süresi 2.9 aydır. Batı bölgesinde yaşayan çocuklar, daha yüksek eğitilmiş annelerin çocukları ve daha yüksek hane halkı refah seviyesindeki çocuklar daha uzun emzirilme sürelerine (anne sütünün yanı sıra su ve diğer su bazı sıvılar ve meyve suları) sahiptirler (TNSA, 2013).

Çocuğun bardaktan içebilmesi beslenme davranışının gelişiminde atacağı en önemli adımdır. Ek besinlere başlandığında bebekler kendi kendilerine yemek yemeyi denemek isterler. Şüphesiz bu dönemde çocuğun kendinin; beslemesinden çok etrafta yarattığı kirlilik ön plandadır. Çocuk kendi kendine beslenmesi konusunda teşvik edilmelidir. Çocuk bir yandan ellerini yiyecek tabağına sokup yemeğini mıncıklarken bir yandan da eliyle ağzına yiyecek götürmeyi dener. Çiğneme davranışının gelişimi ve katı besinlere başlanmasıyla birlikte, bebek aileyle birlikte yemek yemeye başlayabilir. Çocuk için, beslenme zamanlarında bütün aile bireylerinin birlikte yemesi özellikle anne-babanın beslenme davranışını gözlemleyip model alması açısından çok önemlidir (Nizamoğlu, 2006). Biberonda ısrar eden çocuk için iki metod uygulanabilir: Evdeki tüm biberonların uzaklaştırılması ya da daha yavaş bir metod olarak biberonla çocuğa sadece su verilmesidir (Selimoğlu ve ark., 2000).

Çocuk kendi kendine beslenmeye başladığı andan itibaren bütün aile bireylerinin birlikte yemek yemesi, beslenme tutumu ve alışkanlığında aile geleneği oluşturulması ve en önemlisi yiyeceği yemeğin miktar ve çeşidine çocuğun kendisinin karar verebilmesi sağlıklı beslenme davranışının gelişimi için gereklidir.

Çocuğa. "yiyeceği yemeğin çeşit ve miktarını kendisinin kontrol edebileceği" mesajının verilmesi, beslenme davranışının gelişimde önemli bir yere sahiptir. Ne kadar yiyeceğine çocuk kendisi karar vermelidir. Az yediği zamanlarda, annenin ısrarcı ve zorlayıcı tutumu çocukla anne arasında çatışmaya dönüşmekte ve ileriki dönemlerde beslenme bozukluğuna bağlı olarak oluşan boy ve kilo persentillerin de düşüş gözlenmektedir (Nizamoğlu, 2006).

Türkiye'deki çocukların beslenme durumunu incelemek için görüşülen annelerin 5 yaş altındaki tüm çocukları için hem boy hem de ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Bu bilgilerin ışığında çocukların beslenme durumlarını açıklamak için standart göstergeler hesaplanmıştır: yaşa-göre-boy, boya göre-ağırlık ve yaşa-göre ağırlık. Bu göstergeler çocuklarda hem yetersiz beslenmeyi hem de fazla kiloluluk/şişmanlığı incelemek için kullanılmıştır.

Antropometrik ölçümler, küçük çocukların hastalık ve ölüm riskini etkileyen beslenme durumu ile doğrudan ilgilidir. Beslenme durumu küçük çocukların hastalık ve ölüm riskini etkilemektedir. Çocuğun ek gıda ve sıvı almaya başladığı yaş kadar emzirilme süresi ve yoğunluğu da çok önemlidir. Çocukların tükettiği yiyecekler

Türkiye’de küçük çocuklar tarafından alınan besinlerin çeşitliliğini göstermektedir (TNSA, 2013).

Sağlıklı çocuk beslenmesi toplum bütününden ayrı düşünülemez. Çocuğun sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanması için iyi örneklerle gereksinimi vardır. Diğer yandan çocuk sağlığı ile uğraşan kişiler, her fırsatı değerlendirerek ve özellikle sağlam çocuk izlemlerinde çocuk beslenmesi konusunda ailelere ve çocuklara önderlik yapmak zorundadırlar. Anne ve babaların çocuk beslenmesi konusunda bilinçlendirilmeleri ile çocuk beslenmesinin olumlu biçimde etkilendiği araştırmalarla gösterilmiştir. Ancak önerilerin ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerine göre biçimlendirilmesi ve anlaşılır olması gerekmektedir (Nizamoğlu, 2006).

Okul öncesi çocuklarda besinlerin çok pişirilmiş, ezilmiş karışık olarak sunulması bu besinlerin alımını azaltabilmektedir (Kutluay-Merdol, 1999). En sık yapılan hatalardan biri çocuğu yemek suyu ile beslemektir. Hiçbir besleyici değeri olmayan bu beslenme biçimi uygulanmamalıdır. İlk 3 yaşta çocuklarda çiğneme yutma işlevlerinin gelişimi tamamlanmamıştır. Bu nedenle besinler yumuşak bir şekilde verilmelidir. Sert ve taneli besinler kolayca soluk borusuna kaçarak boğulmaya yol açabileceği için verilmemelidir (Neyzi, 2004).

Okul öncesi dönem çocuklar besinlere karşı belirli ve kesin tavırlar koymaya başlamaktadırlar. Bu yaş çocukları besin grupları içinde en az sebzeleri sevmektedirler. Genellikle lahana, karnıbahar, pırasa ve kereviz gibi sebzeleri yememektedirler. Keskin tatlar, ve kokulara karşı çok hassas olup çiğ yenebilen domates, havuç gibi sebzeleri pişmiş diğer sebze yemeklerinden daha çok tercih etmektedirler (Kutluay-Merdol, 1999). Çalışmalara göre bağırsak hareketlerine yardımcı olan ve vitamin, mineral içeriği yüksek sebze ve meyveleri daha az tüketen ailelerin çocukları da bu besinleri az tüketmektedirler. (Çavuşoğlu, 2004). Yapılan araştırmalarda, birçok hastalığın önlenmesi için doğumdan itibaren sağlıklı beslenmenin sağlanması ve doğru beslenme davranışının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak çocukluk döneminde bu koşulların sağlanması için her döneme özgü prensiplerin var olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Gökçay, 2006).

Son 20 yıl içinde yaşam biçimindeki değişiklikler (yüksek enerjili besin tüketiminin artması, dışarıda yemek yeme alışkanlığının yaygınlaşması, fizik aktivitenin azaldığı bir

çevrenin yaygınlaşması) çocukların dengeli bir beslenme ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirme ve sürdürme olasılığını azaltmıştır (Ahrens ve ark., 2006).

Çocuğun yediklerini başka çocukların yedikleri ile kıyaslamak ve az yedi diye zorlamak doğru değildir. Çocuğun gereksiniminin ne olduğu bilinip, ona göre yedirilmelidir. Çocuğun yeterli beslenip beslenmediği, büyüme ve gelişme durumundan anlaşıldığına göre, normal büyüyen bir çocuğun yediğini yeterli görmeyip, daha fazla yemesini istemek doğru değildir. Her çocuğun metabolizma hızı kendine özgüdür. Bu bakımdan, büyüme durumu, çocuk beslenmesinde rehber alınmalıdır.

Çocuklara verilen yiyeceklerin çeşitliliği ve besin içerikleri ebeveynler tarafından kontrol edilmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin davranışları ve çocuğun yeme düzenine ilişkin geliştirdikleri tutumlar çocuğun besin seçimini ve besin alımlarını da etkilemektedir (Fisher ve Birch, 1995).

İştahsızlık için ölçüt çocuğun az yeme veya besin seçme davranışlarının nasıl bir sağlık sorununa neden olduğu şeklindedir. Çocuklar her dönemde aynı büyüme hızını göstermezler. 1-5 yaş döneminde de büyüme hızına göre ve kişisel ayrıcalıklara göre iştah azalır artacaktır. Yapılan çalışmalar iştah ile ilgili mekanizmaların çocuğun büyümek için gereksinim duyduğu etmenlerin etkisi altında olduğunu göstermiştir. Öncelikle büyüme ve gelişme normal ise, çocuğun yeme alışkanlıkları bir sağlık sorunu yaratmıyorsa, çocuk gereksindiği kadar yiyorsa, bazen öğün atlasa bile sorun yoktur. Hatta bu düzensizlikler birkaç gün sürse de çocukta önemli bir sağlık sorununa neden olmaz. Burada çocuğun ayrı bir birey olduğunun bilinmesi ve iştahlarının zaman içinde değişebilir olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir (Köksal ve Gökmen, 2000).

Birinci yılın sonunda ve 2. yılda büyüme hızında azalmaya bağlı olarak kalori gereksinimi azalır. Bazı yiyeceklere, ya da tüm yiyeceklere karşı geçici ilgi azlığı ortaya çıkar. Çocuklardaki bu özelliğin bilinmesi, ailelerin çocuğu gereksiz yere yemeye zorlamalarını engelleyebilir. Bu nedenle annelere 2.yılda yeme alışkanlığı hakkında bilgi vermek gerekir. 2-5 yaş arasında ortaya çıkan beslenme sorunları genellikle ailelerin yeme açısından aşırı ısrarcı olmasından ve endişelenmesinden kaynaklanmaktadır (Kobak, 2009).

Çocuğun bu çağda, özellikle ikinci yaşta, yemek yememesinin bir nedeni de, daha önce alıştırılmamış olmasındandır. Zamanında ek besinlere başlamamış çocukların, ikinci yaşta yeteri kadar besin almalarında güçlükler olabilir. Bu çocuklar, genellikle

malnütrisyonludurlar. Çeşitli besinlere azar azar, yavaş yavaş alıştırmaları gerekebilir. Alıştırma döneminden sonra, günlük gereksinimler tam olarak karşılanır (Baysal, 2012).

İki yaşına kadar çocuğa bir multivitamin preparatı vermek, oldukça yaygın bir uygulamadır. Aslında dengeli beslenen bir çocuğun vitamin preparatına ihtiyacı yoktur. Mineral preparatları ise genellikle yeteri kadar kalsiyum ve demir içermezler. Süt içimi iyi olan bir çocukta kalsiyum eksikliği gelişmez. Çocuk her gün hiç olmazsa bir öğünde yeteri kadar et veya balık yemiyorsa demir ve çinko eksikliği gelişebilir. Bu da çocuğun büyümesini, öğrenme yeteneğini etkileyebilir (Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002).

Çocuklar süt içmek istemezse; aynı miktar yoğurt veya süttten muhallebi, sütlaç yapılarak verilebilir. Süt bulunmadığı zaman peynir veya çökelek verilebilir. Yemekler, kızartılmadan fırında, suda veya ızgarada pişirilmelidir. Küçük parça et ve sebzelerle yapılmış kebablar, kıymalı yemekler ve köfteler uygundur. Büyük parça ve kemikli et yemeklerini yemede güçlük çekebilirler (Baysal, 2012).

Bir yaşını doldurmuş çocuk kesin olarak aile sofrasındaki yerini almalıdır. Çocuğun erişkin hızında yemek yiyemeyeceği unutulmamalı ve buna sabır gösterilmelidir. Öğünlerdeki porsiyonların bitirilmesi için ısrarcı olunmamalıdır (Unicef, 2002).

Kendi kendine yeme isteği bir yaş civarında başlar. Bu dönem, infant ve adölesan çağda görülen hızlı büyümenin yavaşladığı, anne bağımlılığının azaldığı ve kişilik kazanma çabasının belirginleştiği bir dönemdir. Bu yaş çocuğu tat ve şekille ilgilenmeye başlar ve yemekleri elleri ile hissetmeyi, karıştırmayı ve yemeyi severler. Dış dünyaya olan merakı artarken, yemek saatlerinde yemeğe karşı gösterdiği ilgi azalır. Açlık hissi çocuk büyüdükçe yerini sosyal ve çevresel faktörler karşısında baskılanır (Pehlivanoglu, 2002).

İkinci yılın yarılarında, çocuk kendi kendine yemek yemek için büyük istek duyar. Bu istek yerine getirilmelidir. Bu yaşta, çocuk bardakla kendi kendine su içebilir. Bu çağda, çeşitli besinlerin değeri her fırsatta çocuğa anlatılmalıdır. Çocuk büyüklerini taklit edeceğinden, yetişkinlerin, beslenme konusunda çocuklara iyi örnek olması gerekir (Baysal, 2012).

Ülkemizde 0-6 yaş çocuk nüfusu 7,5 milyon, okul öncesi eğitim kurumuna giden çocuk oranı ise %11 olarak açıklanmıştır (Yurdakök ve Alanay, 2003).

Okul öncesi çocuklarda gün içinde üç ana ve üç ara öğün önerilmektedir. Bu çalışmada çıkan sonuçlar öğün sayısı konusunda dengeli ve sağlıklı beslenme için yapılan önerilerle özellikle ara öğün için benzerlik göstermemektedir (Kobak, 2009).

Öğün süresi bittiğinde ise, tabağının kaldırılacağı açıkça belirtilmelidir. Bu bir ceza değil, çocuğun aşama aşama karşılık vereceği bir yaşantı şekli olacaktır. İstendiği gibi kurallara uygun yemeğini yiyen çocuk ise övülmeli, davranışı onaylanmalı ve takdir ile karşılanmalıdır

Yemek zamanı ailelerin bir araya geldiği, kavgasız, gürültüsüz, neşeli sosyal bir olay olduğunu, yemeğin belli bir düzen içinde sunulduğunu, dağıtıldığını ve yendiğini çocuk görerek öğrenmelidir. Büyüklelerin yemek seçmesi, yemeği beğenmemesi gibi davranışlar çocuğa olumsuz etki yapar. Çocuk anne- baba ve diğer aile bireylerini taklit eder (Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002).

Bir-beş yaş arasındaki çocukların en sıklıkla karşılaşılan davranışı yiyeceği reddetmesi ve ailesine ya da çevresine duyduğu tepkiyi yemek yememekle dile getirmesidir. Ayrıca çoğu zaman ailenin bir arada olduğu aile sofrası aynı zamanda tartışma ortamı olduğundan ve çocuğun sofrada iken ikaz edilmesi, cezalandırılması ve başka çocuklarla kıyaslanması gibi davranışlar çocuğun besini reddetmesine neden olabilir. İştahsızlıktaki isteksizlik ve dalgalanmalar davranışlara da yansır (Kobak, 2009). Çünkü beslenme bu dönemde, çocuk ve ailesi arasındaki duygu alışverişini belirtmenin en iyi yoludur. Bazı çocuklar dikkat çekmek için beslenmeyi red edebilirler. Yemekten önce çocuk ile oyun oynamak bu durumun önüne geçilmesini sağlayabilir. Çocuk tarafından yiyeceğin reddedilmesi, anne-babaya karşı kullanılan güçlü bir silahtır. Aile ve çocuk arasında yaşanan olumsuz yeme davranışını devam etmesi, anksiyeteye kadar varan sorunlara neden olur (Gökçay, 2006).

#### **4.2.1.Çocuğun Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler;**

- Çocuğun emzirilme süresi,
- Ek besinlere başlama yaşı,
- Besin öğelerinin kaybını en aza indirecek pişirme yönteminin seçilmesi,
- Çocuğun hoşlanmayacağı şekilde yiyeceklerin sofrada sunulması,
- Hijyen sağlanması,
- Tüketilen besinlerinin sıklığı ve çeşitliliği,
- Hanedeki kişi sayısı,



- Evin aylık geliri,
- Annenin ev işi yükü,
- Annenin çalışması,
- Annenin eğitim düzeyi,
- Annenin beslenme konusundaki bilgi seviyesi ve uygulaması,
- Çocuğa anne dışında bakan kişinin/ kuruluştta çalışan öğretmenin bilgi düzeyleri ve uygulamaları (Kobak, 2009).

#### **4.2.2.Çocukta Genel Beslenme İlkeleri**

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

- Hiçbir yiyecek tek başına çocuğun gereksinimi olan total protein, enerji, vitamin ve mineralleri karşılayamaz. Bu nedenle, her gün belirli yiyecek gruplarından belirli miktarlarda tüketilmelidir.
- Yemek öğünleri düzenli, porsiyonlar çocuğun yaşına uygun olmalıdır.
- Çocukların günlük gereksinimi üç ana öğünde verilen yiyeceklerle karşılanamaz.
- Diş sağlığı açısından şeker ve şekerin konsantre miktarını içeren yiyecek ve içeceklerden kaçınılmalıdır (Dereli, 2006).

#### **4.2.3. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları**

Enerjinin yeterli alınması, boya uyan vücut ağırlığının her dönemde sağlanması ve korunması: Çocukların iştahları pek çok şeyden kolayca etkilenir. Uzun süreli iştah azalması, kilo kaybına, malnütrisyonu ve büyümede aksamalara neden olurken; enerji fazlalığı da şişmanlığa yol açar. Çocukluk dönemindeki şişmanlık, psikolojik sorunlarla seyretmekle kalmaz, erişkinliğe yansır ve birçok kronik hastalık için risk faktörü oluşturur.

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

Karbohidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller, sudan oluşan ve sayıları 50'yi bulan besin öğeleri, vücuda ancak farklı türde besinlerin yenmesi ile alınır. Bu nedenle, günlük beslenmede besinlerin mümkün olduğu kadar farklı grupları temsil edecek şekilde tüketilmesi önerilir.

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

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

### **Yeterli lif tüketilmesi:**

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

### **Şeker tüketiminin azaltılması:**

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

### **Tuz alımının sınırlandırılması:**

Çocukların tuz gereksinimi oldukça düşüktür. Tuzun sürekli olarak fazla tüketilmesi, ileri yaşlarda hipertansiyon neden olur. Çocuklar yemeklere tuz serpmekten hoşlanırlar. Tuzluğun masadan uzak tutulması, yemeklere az tuz eklenmesi, hazır besinlerden (çorbalar, et suları, soslar, konserve, salamuralar vb.) kaçınılması, cips, pringles gibi atıştırma türünden besinlerin azaltılması, tuz alımının sınırlandırılmasına yardımcı olur(Kobak, 2009).

#### 4.2.4. Optimal Beslenme Alışkanlıklarının Kazandırılması

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

- Anne, baba ve kardeşlerin yönelimleri, çocuğun yeme yaklaşım ve isteğini etkiler. Yemek saatlerinin düzenli olması, kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir. Ara öğünlerin, çocuğun total enerji gereksiniminin  $\frac{1}{4}$  ' ünü sağladığını bildiren yayınlar vardır. Yeni gıdalar teker teker diyeteye sokulmalı, çocuk henüz açken, öğün başında bu yemekler çocuğa verilmeli, bunlar çocuğun alabileceği şekilde sunulmalıdır. Sebzeler ve et genellikle çocukların sevmediği ancak önemli gıdalardır.

- Büyüme hızı, ince ve kaba motor beceriler, kişilik gelişimi çocuğun neyi ne kadar yediğini etkiler. Kullandığı araçlar ve porsiyonların büyüklüğü, çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır. Yetersiz beslenme ve öğün atlama, öğrenme için gerekli olan fizik ve mental gelişimin kalitesini düşürür

- Emosyonel stres veya yemek esnasında başka aktivitelerle ilgilenme, besin alımını etkiler. Bu durumlar minimale indirilmelidir.

- Olumsuz yeme alışkanlıkları önemsizmemeli, olumlu davranışlar desteklenip övülmeli ve sevilen gıdalar ödül olarak kullanılmamalıdır.

- Çocuk yemek saatlerinde yemiyorsa, yemek vermek için bir sonraki öğün saati beklenmelidir.

- Çocukluk çağında obeziteye eğilim olması halinde önlemler alınması gerekir (Kobak, 2009).

#### 4.2.5. Anne Sütü

Anne sütüyle beslenme, bebeklerin sağlıklı büyümeye gelişmelerini destekleyen ve benzeri olmayan bir yöntemdir. Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) ilk altı ay sadece anne sütü önermektedir. Innocenti Deklerasyonu'nda bebekleri emzirmeye iki yaş veya üstüne kadar devam edilmesi önerilmektedir (Özer ve ark., 2010).

Sağlıklı bir toplumu oluşturmanın ilk adımı bebeklik döneminde başlar. Günümüzde anne sütü ve emzirme hem Türkiye'de hem de dünyada artan bir öneme sahip olmaktadır. Bebeğin ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, 6-12 aylık dönemde enerjinin yarısı, 12-24 aylık dönemde ise enerjinin üçte biri anne sütünden gelmesi

önerilmektedir (World Health Organization, 2008). 6-8 aylık bebeklere günde 2-3 öğün, 9-23 aylık bebeklere ise 3-4 öğün ek besin verilmesi sağlıklı gelişim için önemlidir (World Health Organization, 2010; Ibanez, Saint Michel, Denantes, Saurel-Cubizolles, Ringa, & Magnier, 2011). Türkiye de bebek ölüm hızı binde 12.2 ile 186 ülke arasında 120. sırada yer almaktadır. Önceki yıllara göre düşük olmasına rağmen halen beş yaş altı çocuklarda görülen hastalıkların % 35'i beslenme yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (TÜİK, 2012).

Anne sütü ile beslenme süresini etkileyen ana faktörlerin; ailenin sosyokültürel yapısı, özellikle annenin eğitim düzeyi, çalışma durumu ve doğum öncesi emzirme eğitimi alması olduğu bildirilmektedir (Bülbul ve ark., 2012).

Emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, sadece anne sütü ile besleme alışkanlığı arzu edilen seviyede değildir. İlk altı ayda yaklaşık her beş çocuktan ikisi sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama yaygındır ve biberon ile besleme tercih edilmektedir. Biberon kullanımı sindirim sistemi enfeksiyonları riskini arttırdığından çok küçük çocuklar için önerilmemektedir. Yakın dönemde emzirmenin yaygınlaştırılması konusunda uygulanan politikalar kapsamında sağlanan destek başarılı olmuştur ancak bu desteğin gelecekte de devam ettirilmesi gerekmektedir (TNSA, 2008).

#### **4.2.6. Tamamlayıcı Beslenme (Ek Beslenme)**

Anne sütünün tek başına, süt çocuğunun besin ihtiyacını karşılamaya daha uzun süre yeterli olamayacağı zamanda başlatılan ve diğer yiyecek ve içeceklerin anne sütü ile birlikte sunulduğu süreçtir (Öncü, 2007). Bu besinlerin tüketildiği dönem ise tamamlayıcı beslenme dönemi olarak adlandırılmaktadır (Ilgaz, 2009). Bu dönemde bebek değişik tat, lezzet ve yapıda besinlerle tanışır. Tamamlayıcı besinler; geçiş besinleri ve aile yemekleri olmak üzere iki gruptur. Geçiş besinleri, süt çocukları için özel hazırlanmış besinler olup, aile yemekleri ise ailenin diğer fertlerinin tükettiği sofraya yemekleridir. Tamamlayıcı beslenme için en uygun dönem 6-24 aylar arasındadır, bu dönemde emzirmenin sürmesi çocuk sağlığı açısından oldukça önemlidir (Öncü, 2007). Bu dönem süresince küçük çocuğun sağlığının korunması ve sürdürülmesi için, tamamlayıcı besinlerin bebeğin ihtiyacına göre bebeğe uygun kalitede, besleyici, temiz, güvenli ve yeterli miktarda olması gereklidir. Bu besinler, bazen sadece bebeğe özel

olarak satın alınan besinlerden hazırlanabilirken, bazen de ailenin tükettiği besinlerden bebeğe uygun şekilde hazırlanabilir (İlgaz, 2009).

Ek beslenmenin veya tamamlayıcı beslenmenin önemli gerekçelerinden biri de sadece eksik kalan kalorileri değil mikronütrientleri de tamamlamaktır. Dokuz-on bir aylar arasında demirin %97'si, çinkonun %86'sı, fosforun %81'i, magnezyumun %76'sı, sodyumun %73'ü ve kalsiyumun %72'si ek besinler ile sağlanmalıdır. Bu nedenle farklı besin gruplarından tüketilmelidir (Dewey, 2001).

Erken başlanan tamamlayıcı besinler anne sütü yapımını azaltarak, yetersiz enerji ve besin alımına neden olur. Ayrıca, hijyenik olmayan koşullarda hazırlanan, mikroorganizmaların bulaştığı besinler ishalleri yol açarak malnütrisyonu kolaylaştırır. Barsağın tam olgunlaşmamış olması nedeni ile hem ishaller, hem de alerji gelişir. Anne sütünün altıncı aydan sonra tek başına verilmesinin sürdürülmesi; yetersiz enerji ve besin alımına ve malnütrisyona yol açar. Demir ve çinko gibi mikro besin eksiklikleri oluşur. Çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişimi ve bebeğin yeni tat, lezzet ve yapıdaki besinlere alışması gecikir (Öncü, 2007).

Tamamlayıcı beslenme anne sütü yerine değil anne sütünün yanı sıra başlanır. Destekle ya da desteksiz oturmaya başlamış, başını rahatça tutan, el, ağız ve göz koordinasyonu gelişmiş, katı besinleri yutabilen, anne sütü ile beslenen altı aylık bir bebekte başta çinko ve demir olmak üzere bazı mineral gereksinimlerinin karşılanması için tamamlayıcı besine geçilmesi gerekmektedir. Tamamlayıcı beslenmeye geçiş besinlerle ilk kez tanışan bebek için önemli bir adımdır ve bu dönemde yaşanan psikososyal sorunlar ilerleyen dönemlerde çocuğun büyümesini ve sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle beslenme sırasında çocuğun duyguları göz önüne alınmalı, yavaş ve sabırla, zorlamadan, farklı tatlar deneyerek beslenme alışkanlığı kazandırılmalıdır. Bir bebeğin yeni bir tada alışması için en az on kez tatması gerektiği unutulmamalıdır (Devecioğlu ve Gökçay, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, çok sayıda araştırma ve uzman görüşleri doğrultusunda, miadında doğan sağlıklı bebeklerde tamamlayıcı beslenme ile ilgili bir kılavuz hazırlamıştır.

**1.** Bebek doğumdan altıncı ayın sonuna kadar tek başına anne sütü ile beslenmelidir, tamamlayıcı besinler altıncı ayın sonunda (180 gün) anne sütüne ilave olarak verilmelidir.

2. İsteye bağılı, sık emzirme 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmelidir.
3. Sorumlu beslenme uygulaması, psiko-sosyal bakım ilkelerini temel almalıdır.
4. Besinler doğru bir şekilde ve temizlik kurallarına uygun olarak hazırlanmalıdır.
5. Sık emzirme devam ederken, altıncı ayda küçük miktarlarda tamamlayıcı besinlere başlanmalı ve çocuk büyüdükçe besin miktarı artırılmalıdır.
6. Tamamlayıcı besinlerin kıvamı, süt çocuğunun gereksinimine ve motor gelişimine uygun olarak, bebek büyüdükçe dereceli olarak artırılmalıdır.
7. Tamamlayıcı beslenmede öğün sayısı, bebeğin yaşına ve anne sütünden yararlanma miktarına göre ayarlanmalıdır.
8. Tamamlayıcı beslenme döneminde süt çocuğunun besin ihtiyacını karşılamak, çok çeşitli besinleri içeren bir beslenme rejimi ile mümkündür.
9. Süt çocuklarının sağlıklı gelişimi için vitamin ve mineral desteği almaları ya da zenginleştirilmiş besin tüketmeleri gerekmektedir.
10. Hastalık esnasında emzirme sıklığını artırma yolu ile sıvı alımının artırılması ve bebeğin yumuşak, iştah açıcı, favori besinleri tüketmeye teşviki gerekir (WHO, 2001).

DSÖ iyi tamamlayıcı gıdanın özelliklerini şöyle sıralamaktadır:

- Enerji, protein ve mikronütrientten zengin (özellikle demir, çinko, kalsiyum vitamin A, C ve folat),
- Baharatlı ve tuzlu olmayan,
- Çocuk için yemesi kolay,
- Çocuk tarafından sevilen,
- Yöresel olarak bulunan ve alınabilen (WHO, 2009).

İngiltere'den Dr.Gill Rapley'in 2000'li yıllarda başlatmış olduğu 'Baby led weaning'- 'Bırakın çocuklar kendi beslensin' yaklaşımı mama sandalyesinde oturabilen, besinleri yakalayabilen ve çiğnemek için besinleri ağızına götürebilen çocuklarda, püreyle beslenmek yerine çocuğun kendisinin seçebileceği "finger foods" denilen, parmaklarıyla kavrayabilecekleri besinlerle beslenmesini öneren ve son dönemlerde tartışılan alternatif bir beslenme şeklidir (Rapley, 2011). Bu şekilde bebekler kendileri, istedikleri miktarda, istedikleri yiyecekleri tüketirken, Rapley ailelere kaşıkla ağızına beslemeyi önermemektedir. Bu beslenme biçiminin bebek sağlığı üzerine etkileri konusunda araştırmalar henüz çok yeni ve az sayıda olup, araştırma grubunu genelde sosyoekonomik düzeyi yüksek anneler oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda annelerde

beslemeye bağlı oluşan anksiyetenin azaldığı, klasik şekilde beslenen bebeklere göre daha sağlıklı besinlerle beslendikleri ve yine bu grupta anne sütü alma süresinin klasik beslenenlere göre daha uzun olduğu görülmektedir (Brown, 2011).

Tamamlayıcı beslenme ile sağlıklı beslenmenin temelleri atılmaktadır bu nedenle sürdürülebilir olması önemlidir. Tamamlayıcı beslenmenin sürdürülebilir olması için evde hazırlanan yiyeceklerin tercih edilmesi, hazır bebek mamalarından olabildiğince kaçınılması önemlidir. Bebeğin diğer aile bireyleri ile sofradaki yerini alması da sağlıklı beslenme açısından gereklidir. Ancak, burada diğer aile bireylerinin de sağlıklı beslenme kurallarına dikkat etmesi gerekir. Bunun için ocuk sağlığı izlemlerinde sağlıklı beslenme kuralları konusunda tüm aile bireyleri bilgilendirilmelidir (Devecioğlu ve Gökçay, 2012).

### **4.3. BESİN ÖGELERİ**

Besin; gıdalarda bulunan, bir kısmı yapay olarak da üretilen enerji substratları, yapı taşları veya biyolojik katalizörleri anlatan bir terimdir (Bozhüyük ve ark., 2012).

Çocukluk ağı besin gereksinimleri genel olarak 5 yaş altı ve 5 yaş üstü olmak üzere 2 grupta ele alınır. Beş yaşından küçüklerde, enerjinin yaklaşık yarısının karbondihidratlardan sağlandığı, yağ sınırlamasının (zellikle 2 yaşın altında) yapılmadığı, lif içeriği az olan dengeli bir beslenme önerilir. Beş yaşından büyük çocuklar için önerilen beslenme biçimi erişkine benzerdir. Bu yaşta temel olarak ileri yaşlar için gerekli olan sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmaya çalışılır (Dereli, 2009).

Besinlerin bileşiminde yer alan 50 ye yakın besin öğesi kimyasal yapılarına ve vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre 6 grupta toplanabilir. Bunlar; proteinler, yağlar, karbondihidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur (Gl, 2011).

#### **1-Karbondihidratlar**

Karbondihidratlar, insan organizmasında enerji sağlayan besin öğelerinden birisi ve vücudun en ekonomik enerji kaynağıdır. Karbon, hidrojen ve oksijenden oluşan bu bileşikler yiyeceklerde daha çok şeker ve nişasta biçiminde bulunur 1 gr karbondihidrat 4 kalori enerji sağlar. İnsan vücudunun hareket edebilmek için enerjiye gereksinimi vardır (Megep, 2007).

## **2-Proteinler**

Proteinler hücrelerin esas yapısını oluştururlar. Belirli hücreler birleşerek vücut dokuları ve organları yapılıır. Böylece, protein, büyüme ve gelişme için başta gelen besin ögesidir. Birçok hücre zamanla ölür ve yenileri yapılıır. Bu nedenle proteinler, hücrelerin sürekliliği için de başta gelen besin ögesidir. Vücudun savunma sistemlerinin, vücut çalışmasını düzenleyen enzimlerin, bazı hormonların da esas yapıları proteindir (Gül, 2011).

Büyümenin devamlılığının sağlanması ve enzimlerin, hormonların sentezi için 1-3 yaş grubunda ortalama günde 16 gram 1.2 gr/kg/gün, 4-5 yaş grubu çocuklarda ise günde 24 gram 1.2-1.5 gr/kg/gün protein ihtiyacı bulunmaktadır.

Proteinden zengin besinler; et, süt, yumurta gibi hayvansal kaynaklı besinlerdir. Bitkisel kaynaklardan da kurubaklagiller, protein yoğunluğu en çok olan bitkisel besinlerdir. Vücut, enerji yeterli olduğunda proteinden azami yararı sağlar (Merdol ve Kızıltan, 2013).

## **3-Yağlar**

Yağ, çocukların enerji gereksinimlerini karşılamak ve yeterli büyümeyi sağlayabilmek için ihtiyaç duydukları enerji kaynağıdır. Buna bağlı olarak enerji ihtiyacını karşılamada ve beyin gelişiminde yardımcı olması nedeniyle günlük diyetle yağ alımı çok önemlidir. Günlük alınan enerjinin yaklaşık % 30-35'i yağlardan sağlanmalıdır (Şanlıer ve Ersoy, 2005). İki yaşın altında yağ sınırlaması yapılmaz. Nitekim anne sütü ya da formül süt ile beslenen bebeklerde günlük enerjinin % 40-50 gibi önemli bir bölümü yağlardan gelir (Kobak, 2009).

## **4-Mineraller:**

Minerallerin vücut çalışmasında önemli işlevleri vardır. Minerallerin çoğu hücre çalışması için elzemdir. Vücudun sağlıklı olarak büyümesi ve yaşamını sürdürmesi için elzem olduğu bilinen minerallerden en önemlileri kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, magnezyum, manganez, demir, bakır, iyot, çinko, flor, krom, selenyumdur (Tatvan, 2009).

## **5-Vitaminler:**

Vitaminlerin bir bölümü, besinlerle aldığımız karbonhidrat, yağ ve proteinden enerji elde edilmesine ve hücrelerin oluşması ile ilgili biyokimyasal olayların düzenlenmesine yardımcı olurlar. Bazı vitaminler, kalsiyum ve fosfor gibi madenlerin kemik ve dişlere



yerleşmesine yardımcıdır. Bazı vitaminler de vücut için gerekli bazı besin öğelerinin bozulmadan işlevini sürdürmesi ve bazı zararlı maddelerin etkilerinin azaltılmasında yardımcıdırlar.

Vitaminler yağda ve suda eriyenler olarak iki grupta incelenirler. Bunlar;

**a)** Yağda Eriyen Vitaminler: A, D, E ve K vitaminleri,

**b)** Suda Eriyen Vitaminler: Tiamin (B1), riboflavin (B2), niasin, folik asit, B6 vitamini, B12 vitamini, biotin, pantetonik asit ve kolindir (Tatvan, 2009).

## **6-Su**

Yaşam için elzem olan **su**; enerji ve besin öğeleri içermediğinden besin grupları içinde sayılmaz. Ancak sağlıklı yaşam için mutlaka alınması gerekir. Sıcak havalarda daha çok, soğuk havalarda daha az gereksinim duyulur. Su gereksinimi; meyve suyu, ayran, süt, limonata gibi sıvılarla da sağlanabilir. Çay ve kahve sıvı gereksinimine katkı veren içeceklerdir ancak fazla tüketilmeleri durumunda içlerinde bulunun kafeinin diüretik etkisi nedeniyle vücuttan sıvı atılmasına neden olarak vücut su dengesini bozabilirler. İnsan vücudundaki su oranı, yaşa, cinsiyete, şişmanlık ve zayıflık gibi özelliklere göre değişmektedir (Megep, 2007). Vücuttan %3'lük bir su kaybı ısı düzeninin bozulmasına, %4'lük bir kayıp fiziksel performansın bozulmasına neden olur. Su kaybının derecesine bağlı olarak vücutta oluşan yakınmalar da artar (Merdol ve Kızıltan, 2013).

İnsan, besin almadan haftalarca canlılığını sürdürmesine karşın, susuz ancak birkaç gün yaşayabilir. Vücutta yağ oranı arttıkça su oranı düşer. Yaşa paralel olarak da su oranı azalmaktadır. Örneğin, bebeklerde su oranı vücut ağırlığının %75 iken bu oran yaş ilerledikçe %50'e kadar düşebilir (Megep, 2007).

### **4.4.BESİN GRUPLARI**

Günümüzde tüketilen besin maddeleri pek çok açıdan çeşitlilik göstermektedir. Yeterli ve dengeli beslenme açısından vücudun ihtiyacı olan çeşitli besin maddelerinin her birinden gerekli miktarda alınmalıdır (Bilge ve ark, 2013). Besinler, içerdikleri enerji ve besin öğeleri açısından benzer olanların bir araya getirilmesi ile dört grupta toplanırlar. Besin gruplarından tüketilecek miktarlar yaş gruplarına göre farklılıklar gösterir. Her besin, içinde bulunan besin öğeleri açısından farklılık gösterir. Ancak bazı besinler içerik açısından birbirine benzediğinden birbirinin yerine geçebilirler (Kobak, 2009).

**1.Grup-Süt ve Süt Ürünleri:** Süt ve süt ürünleri grubu; süt, süttten elde edilen besinler (yoğurt, peynir, ayran) ve süt yerine kullanılabilen besinler (süt tozu, krema) olarak tanımlanmaktadır. Süt ve süt ürünleri grubu yüksek miktarda kalsiyum, fosfor, protein, vitamin içermektedir. İçerik yönünden oldukça zengin olan bu besin grubu sağlıklı beslenmek için her gün mutlaka tüketilmelidir (Bilge ve ark, 2013). Bu gruptaki yiyecekler özellikle büyümekte olan çocuklar, gebe ve emzikli kadınlar ile yaşlılar için önemlidir. Çocuklar, gebe ve emzikli kadınlar 2-3 porsiyon almalıdırlar (Tatvan,2009).

**Besin ögesi içerikleri:** Bu gruptaki besinler vücudumuz için gerekli kalsiyum ve riboflavin (B2 vitamini) için en iyi kaynaklardır. Bu grup ayrıca protein, fosfor ile B12 ve A vitamininden zengindir. Büyüme çağındaki çocukların günlük beslenmelerinde bu gruptan en az iki su bardağı süt ya da yoğurt bulunmalıdır.

#### **Süt Grubuna Giren Besinlerin İşlevleri:**

- Büyüme ve gelişmeyi sağlarlar,
- Dokuların onarımını sağlarlar,
- Kemik ve dişlerin gelişimini sağlarlar
- Sinir ve kasların düzenli çalışmasını sağlarlar,
- Hastalıklara karşı direnç oluşumunda etkindirler ( Merdol ve Kızıltan, 2013).

**2.Grup-Et, Yumurta, Kuru baklagiller:** Et, tavuk, balık, sakatat, yumurta, kuru nohut, fasulye, mercimek ve bu besinlerden yapılan ürünler: Bu gruptaki besinler protein, B vitaminleri ve demirden zengindir (Tatvan, 2009).

#### **Et Gurubunun İşlevleri**

- Büyüme ve gelişmeyi sağlarlar,
- Hücre yenilenmesi, doku onarımı ve görme işlevinde görev alan besin öğelerini sağlarlar,
- Kan yapımın da görevli en önemli besin öğeleri bu grup tarafından sağlanır,
- Sinir, sindirim sistemi ve deri sağlığın da görev alan besin öğeleri en çok bu grupta bulunur,
- Hastalıklara karşı direnç kazanılmasında rolü olan en önemli besin grubudur (Merdol ve Kızıltan, 2013).

**3.Grup-Taze Sebze ve Meyveler:** Bu grup yiyeceklerin bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle enerji değeri düşüktür. C vitamini, A vitamininin ön ögesi beta-karoten, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, magnezyum, demir, posa ve diğer

antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler. Çiğ olarak tüketilmeleri tokluk hissi yaratmakta, barsak hareketlerini arttırmakta, hastalıklara karşı direncin oluşumunda etkindirler (Güler ve Akın, 2012). Patates, karnabahar, kereviz, patlıcan, enginar, pancar, kabak, domates, salatalık, biber, yeşil yapraklı sebze ve otlar, havuç, her türlü meyve. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya bir kaçının karışımından her gün 3–5 porsiyon yenilmelidir (Tatvan, 2009).

**Besin ögesi içerikleri:** Sebze ve meyveler önemli A ve C vitamini kaynağıdır. Bunun yanında potasyum, folik asit ve biyoaktif bileşikler yönünden de zengindirler. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle sebze ve meyveler günlük enerji ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Ayrıca bu gruptaki besinlerde, folat, E vitamini, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve güçlü antioksidan etkinlik gösteren bileşenler bulunur.

#### **Sebze ve Meyvelerin İşlevleri:**

- Büyüme ve gelişmeye yardım ederler,
- Hücre yenilenmesini ve doku onarımını sağlarlar,
- Deri ve göz sağlığı için temel öğeler içerirler,
- Diş ve diş eti sağlığını korurlar,
- Kan yapımında görev alan öğelerden zengindirler,
- Hastalıklara karşı direncin oluşumunda etkindirler,
- Barsak faaliyetlerine yardımcı olurlar,
- Doygunluk hissi yaratırlar ( Merdol ve Kızıltan, 2013).

**4.Grup-Tahıllar ve Tahıllardan Yapılan Yiyecekler:** Bu grup temel enerji kaynağımızı oluşturur. Ekmek, makama, şehriye, pirinç, bulgur, un ve bunlardan hazırlanan yiyecekler bu grubun en temel besinleridir. Tüketilecek miktar bireyin ağırlık ve beden çalışmasına göre değişmektedir (Güler ve Akın, 2012).

**Besin ögesi içerikleri:** Bu grup besinlerin önemli kısmı karbonhidrattır (nişasta, lif).Bu nedenle de tahıllar vücudun temel enerji kaynağıdır. Vitamin ve mineralleri (çinko, demir) içermesi nedeniyle sağlık açısından önemlidirler. Tahıl tanelerinin yağı vitamin E'den zengindir. Tahıllarda A vitamini aktivitesi gösteren öğelerle, C vitamini hemen hemen yoktur. Tahıllar B12 dışındaki B grubu vitaminlerinden zengin, özellikle

B1 vitamini (tiamin) için en iyi kaynaktır. Bu vitaminler tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunur.

#### **Tahıl Grubuna Giren Besinlerin İşlevleri**

- Karbonhidratları yüksek oranda içermeleri nedeniyle vücudun temel enerji kaynağıdır.
- Sinir, sindirim sistemi ile deri sağlığı ve hastalıklara karşı direnç oluşumunda önemli görevleri vardır ( Merdol ve Kızıltan, 2013).

#### **4.5.BESLENME DAVRANIŞININ GELİŞİMİNDE AİLENİN ETKİSİ**

Aile, bir kurum olarak, hemen hemen her toplumda ve kültürde yüzyıllardır vardır. Pek çok insan, sosyal bilimciler ve hükümetler, ailenin toplum ve birey için gerçekleştirdiği fonksiyonlar nedeniyle, aileyi yeri doldurulamaz bir olgu olarak düşünürler. Ailenin ve Aile İçinde Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statüsü Komisyonu Raporu'na göre, aile, ilk sosyal deneyimlerin yaşandığı, yetişkin dünyasına ait ilk verilerin toplandığı, yüz yüze ve içten ilişkilerin en güçlü olduğu birincil gruplardandır. Bireyin ilk sosyal çevresi olan aile şüphesiz ki, bireyin üzerinde toplumun etkisini hissettirdiği ilk yerdir. Birey, aile ve toplum arasındaki bağlantı insan psikolojisini anlamada büyük önem taşır. Aile, bireyin kişiliğinin oluşumunda ve toplum-sallaşmasında etkin bir faktör olarak, toplumun sosyokültürel özelliklerini bireye aktarmaktadır. Böylece aile, birey davranışlarını düzenleyici bir sosyal ortam özelliği kazanmaktadır (Toker ve Hoccoğlu, 2009).

Çocuğun doğumuyla birlikte ilk karşılaştığı ve sosyal ilişkilerini kurduğu toplumsal kurum ailesidir. Aile çocuğun beslenme, bakım, korunma ve sevilme ihtiyaçlarını karşılamasının yanı sıra, çocuğu gelişimi ve davranışları açısından da yönlendirerek onun toplumsal bir birey haline gelmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle yapı olarak ailenin ve aile içindeki ilişkilerin çocuklar üzerinde çok önemli etkileri bulunmaktadır (TNSA, 2013).

Ana-baba, çocuğun en uzun süre ve en yakın etkileşimde bulunduğu kişilerdir. Toplumsal değişmelerle birlikte aile yapıları da çeşitli değişikliklerden geçmiştir. Bu değişimlerin ortaya çıkardığı en önemli aile tipleri, geniş ve çekirdek aile tipleri olarak sayılmaktadır. Çekirdek aile, anne-baba ve çocuktan oluşmaktadır. Geniş aile ise, içinde birden fazla kuşağı barındıran kalabalık bir aile tipidir (Gürsoy ve Coşkun, 2006).

Ailedeki temel sosyal ve ekonomik konularda karar verme ve sorumluluk dağılım biçimi, aile bireylerinin özellikle de kadının ve erkeğin üstlendiği roller ile yakından ilgilidir. Temel sosyal kararlar; eşler arasındaki sosyal alanlarda paylaşılan faaliyetler ve duygu modelleridir. Bu kararlar, aile ile ilgili diğer sosyal kurumların etkileşim alanlarını etkiledikleri için önemlidirler. Özellikle ileride toplumun alacağı şekli belirlemede rol alacak olan çocukların sorumluluk ve alışkanlıklarının neler olacağı konusunda ağırlık taşırlar (Günay ve Bener, 2011).

İlk yaştan itibaren çocuk giderek bağımsızlık kazanmaya başlar ve aile içinde çocuk değişmekte olan bir bireydir. Bu gelişme ve değişme döneminde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan veya dolaylı olarak ailenin, özellikle de anne ve babanın beslenme alışkanlıklarından etkilenir (Bilici ve Köksal, 2013). O nedenle bu dönemde çocuk zorlanmadan değişik yemek çeşitlerine alıştırmalıdır (Parlak ve Çetinkaya, 2008). Hayatın ilk yılında, bebekler süt temelli bir beslenme biçiminden farklı doku ve lezzetlere sahip bir beslenme biçimine geçiş yaparlar. Bu geçiş zaman alır ve tekrarlanması gerekir. Tekrarlanan bu davranış sırasında çocuk, ailesi ve yaşadığı çevreninkine benzer yiyecek seçimi davranışları geliştirir. Anne-baba veya bakıcının yiyecek seçimi ve alımının modellenmesi, çocukların yiyecek seçimiyle ilgili bir hiyerarşi geliştirmesinde anahtar rol oynamaktadır. Kısmen, tekrarlı davranışlar ve enerji içeriği yüksek yiyeceklerle ilgili deneyimler, çocuğun bu besinler için tercihini “ilişkili koşullama” yoluyla artırabilir. Bu şekildeki öğrenme yoluyla, yiyeceklerin içindeki lezzetler, yüksek enerjili yiyeceklerin sindirimi ve emilimine katılan doygunluk ipuçlarıyla ilişkili hale gelir. Öğrenilen bu ilişkiler; çocuğun yüksek enerjili yiyeceklerle karşılaşması ve hoşlanması arasındaki ilişkiyi kolaylaştıran lezzet tercihleri geliştirilmesine yol açabilir. Anne ve baba, çocuklarının yeme çevresini çeşitli yollarla şekillendirir. Bunlar; bebek beslenmesi konusundaki seçimleri, evde bulunabilen ve ulaşılabilecek besinleri belirleme, medya ilanlarının eve giriş süresini belirleme ve yeme konusunda çocuklarıyla etkileşimde bulunmaktır. Aileler çocukların yeme alışkanlıklarını sadece onlara sundukları yiyeceklerle değil aynı zamanda çocuk besleme stratejileri (çocuğa ne yiyeceğini söyleme, miktar, tabağı bitirme vb.) ile de etkilemektedirler. Otoriter ebeveynler, çocuk üzerinde çok fazla kontrol uygular bu durum sonucunda çocuğun davranışlarının ebeveynin değerlerinin tersi yönde hareket ettiği görülür. Buna ek olarak serbest ebeveyn, çocukta içselleştirmenin oluşması için

yeteri kadar baskı yapmaz fakat otoriter ebeveyn uygun içselleştirmeye ulaşabilir (Camcı, 2010).

Okul öncesi çağda çocuklar evde annelerini, babalarını, bakıcılarını, diğer büyüklerini, okulda ise öğretmenlerini taklit ederler. Anne, baba ve kardeşler, okul öncesi çağdaki çocuklar için iyi birer modeldir. Yemek yeme alışkanlıkları aile sofrasında edinilir. Aile sofrası yeterli ve dengeli beslenme için iyi bir model oluştururken, aynı zamanda aile bireylerinin bir araya geldiği mutlu bir ortam da olmalıdır. Çünkü çocuğun fiziksel, sosyal ve duygusal gelişimi birbiriyle sıkı sıkıya bağlıdır. Anne ve babanın sevdiği yiyeceğe karşı istek oluşurken, onların sevmediklerine de tepki geliştirebilirler (Köksal ve Gökmen, 2000). Örneğin beslenme çocuğun sadece fiziksel sağlığını değil duygusal sağlığını da etkiler. Doğru seçilmiş yiyecekler, destekleyici bir çevre içerisinde verilirse çocuğun gelişimine de katkı sağlar. Üç-altı yaş çocuğun kemiklerinin, dişlerinin, kaslarının, beyin ve sinir sisteminin, dolaşım ve diğer organlarının büyüüp gelişmesi için hacim yönünden az, besin ögesi içeriği yüksek besinlere gereksinim vardır. Çünkü bu çağda çocuklar gelişim hızının yüksek olmasına bağlı olarak vücut fonksiyonlarını kontrol etmeyi, diğer insanlarla ilişki kurmayı, sosyal davranışları öğrenir ve ileriki yaşlardaki davranışlarının ve alışkanlıklarının temellerini atar.

Okul öncesi dönemde çocuğun beslenmesi kendisine sunulan besinlere bağlıdır. Erken çocukluk döneminde yutmak için çocuklar daha çok dilleri yerine yanaklarını kullanırlar. Çocuklarda çiğneme hareketi bir yaşında başlar, sert ve lifli besinleri çiğneme okul çağına doğru iyice gelişir. 3-4 yaşlarında besinleri parmaklarıyla kaşığın üzerine itmeye, çatal ile yiyecek almaya ve bardak ile içmeye başlarlar. Çocuğun fiziksel büyüme hızı kendi kendini besleme becerisindeki gelişmeye de yansır. Bu yaş grubu çocuklar yiyeceklerini kesmeye ve bütün yiyecekleri düzgün yemeye yeterli kas kontrolüne sahip değildirler. Ancak 3 yaşından itibaren çocuklar genellikle kendi kendilerine yemeklerini yiyebilirler. Ancak çalışmalar, beş yaşa kadar da çocukların kendi başlarına yemek yiyememelerinin normal kabul edilmesi gerektiğini göstermektedir (Bilici ve Köksal, 2013).

Okul öncesi çocukların yeni yemekleri denemek ve yemek istememeleri, sebze yemeklerini sevmemeleri, bunun yanı sıra şekerli yiyecekleri, asitli içecekleri, sosis gibi fermente ürünleri ve hamburgeri çok sevmeleri ortaya konmuştur. Çocukların yemek

yeme davranışlarına karşı anne-babaların tutumları arasında yemeyen çocuğun cezalandırılması, ısrar edilmesi, ödül verilmesi sayılabilir (Hertzler ve Frary, 1999).

Çocuk bakımı genellikle akrabalar tarafından sağlanmaktadır. Anneleri çalışan 6 yaşından küçük çocukların dörtte birine babaanneler, yüzde 11'ine anneanneler ve yüzde 7'sine ise eşler de dahil olmak üzere diğer akrabalar bakmaktadır (TNSA, 2008).

Annenin eğitim düzeyi, çalışıyor olması çocuk beslenmesi konusundaki bilgisinden bağımsız olarak, bebek ve çocuk beslenmesini olumlu etkilemektedir. Bu durumun annenin kendine olan güveninin artması, ev içi kaynakların kullanımında söz sahibi olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002).

Birçok anne, çocuğunun iştahsız olduğunu ve yemek yeme sorunları ile karşılaştığından yakındır. Öğünlerin düzenli olmaması ve aralarda gelişi güzel besin maddelerinin alınması iştahın kesilmesine ve çocuğun düzenli yemek yememesine neden olabilir (Dereli, 2006). Özellikle bazı annelerin “kilo” ya da “çocuğun yeterli beslenemediği” saplantısı, yemek yeme sırasındaki ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Bazı anneler bu saplantının öylesine etkisinde kalmaktadır ki çocuğun kustuğu miktarda meyve suyunu ona yeniden içirmeye çalışan ya da okul çağına kadar ezilmiş gıda ile çocuklarını beslemeye çalışan anne örneklerine rastlanmaktadır (Yavuzer, 2008).

Chamberlin ve arkadaşlarına göre ebeveynler besinleri, çocukları ile başa çıkma mekanizması olarak kullanmaktadır (Camberlin ve ark.,2002). Bazı aileler ise yiyecekleri çoğunlukla çocuklarının uygun davranışlarını güçlendirmek amacıyla kullanırken bazı anneler ‘mızımız’ bebeği sakinleştirmek, öfke nöbetlerini dindirmek veya iyi davranışları ilerletmek amacıyla rüşvet olarak kullanılmaktadır.Sık karşılaşılan farklı bir durum ise ailelerin çocuk davranışlarını kontrol etme amaçlı olarak besin değeri düşük şekerli yiyecekleri çocuğa ödül olarak sunmalarıdır (Baughcum ve ark., 2000).

Son yıllarda çocukların yaşam biçimleri ve yeme alışkanlıklarındaki değişimler, genelde aile ve sosyal çevredeki değişikliklere bağlanabilir. Bu değişimler, çalışan ailelerin artması, doğum sayısı ve aile birey sayısında azalma , tarım, balıkçılık, yiyecek teknolojisinde ilerlemeler, nüfusun hızla kentlere doğru kayması, sağlık kurumları ve eğitimin yaygınlaşması, televizyonun etki alanının artması ve çocukların daha erken yaşta okula başlamalarıdır (Selimoğlu ve ark., 2000).

Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi; bedensel, zihinsel, ruhsal, sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısına sahip olunması ve bu yapının sürdürülebilmesidir. İnsan sağlığı beslenme, kalıtım ve çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Beslenmenin nicelik ve nitelik bakımından eksikliği, gelişmeyi olumsuz etkiler. Çocuk sağlığı ve gelişimi üzerinde yapılan birçok araştırma, yeterli beslenme ile büyüme arasında önemli bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Tepe, 2010).

“Yemek yeme”, çocuğun kendi kendini yönetebilmesi yolunda attığı en önemli adımlardan biridir. Çocuğun yemeğini tek başına yiyebilmesi, onun özerk olabilmesi ve kendi kendini yönetebilir duruma gelmesi için zorunludur. Ancak, anneler çoğu kez çocuğun tek başına yemek yemesini; etrafı kirletmemesi, hızlı ve kontrollü olabilmesi gibi gerekçelerle engellerler. Çocuğun kendi kendisini yönetebilmesi, bir bakıma ailesinin kendisine tanıdığı fırsatlara bağlıdır. Yemek yeme konusu çocuğun yaşamında büyük bir önem taşır. Başlangıçta önemsiz gibi görünen bu konu, önlem alınmadığı takdirde ciddi bir sorun haline dönüşebilir.

Sevmediği yemeği yemesi için ya da yeterli derecede yediği halde, tabağını sıyırması için zorlanan çocukta yemeğe karşı olumsuz bir tutum meydana getirilir. Bu olumsuzluğun temelinde, “istenmeyen bir şeyin zorla yaptırılması” yatmaktadır. Çocuğu yemek yemesi için zorlamak, ister istemez onda tam tersi bir tepkiye yol açar. Çocuk, yemek yemeyi reddeder. Zorlama ne kadar büyük bir olay haline gelirse çocuk da yemeği o kadar şiddetle reddedecektir (Tatvan, 2009).

Aileler çocukların besin öğeleri açısından zengin yiyeceklerle beslenmesini ve evdeki sofraya kurallarına uyulmasını isterler. Ancak ailelerin yeme davranışları ile yiyeceklere karşı tepkileri çocuklar için bir model olmaktadır. Anne, baba ve kardeşlerin yönelimleri, çocuğun yeme yaklaşım ve isteğini etkiler. Yemek saatlerinin düzenli olması, kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir (Ünusan, 2001)

Bireyin gelişimini doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri yaşı, cinsiyeti ve aktivitesine uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesidir (Sütcü, 2006). Çocukların beslenme alışkanlıkları aileye ait çeşitli özellikler, sosyal ve kültürel faktörler, ekonomik durum, medya ve öğretmen faktörlerinden etkilenmektedir (Osmanoğlu, 2011). Çocuklar evde anne, baba, bakıcı veya diğer aile büyüklerini, okulda ise



öğretmenlerini taklit ederler. Çocukların doğru beslenme alışkanlıkları edinmesi zamanla oluşur (Sütcü, 2006).

Çocuklarda beslenme alışkanlıkları, ailenin ona sundukları ve ailenin yeme alışkanlıkları ile yakından ilgilidir. Beslenme tekniği, çeşitliliği, beslenme sıklığı, beslenme miktarı ve içeriği çocukta beslenme alışkanlığının yerleşmesinde en önemli belirleyicilerdir.

Ailenin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları, eve alınan yiyeceklerin türü çocuğun beslenmesindeki seçiciliği etkiler (Aycan, 2009).

Ailenin kendi çocuğunu başka çocuklarla karşılaştırarak ihtiyacından fazla besin vermesi şişmanlık sorununun ortaya çıkmasına veya çocuğun besinlere isteksizlik duymasına ve yemek istememesine yol açmaktadır. Ailelerin çocuk beslenmesi, besinler konusundaki yanlış inançları ve sosyal adetler, çocuğun yetersiz ve dengesiz beslenmesinin ve bazı besinlere alışamamasının bir diğer nedeni olmaktadır. Ailelerin ve öğretmenlerin, çocuğu şeker ve çikolatalarla ödüllendirmesi de yanlış beslenme tarzlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu tarz yanlış tutumlar çocuğun gelişimi için olumsuz bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Tepe, 2010).

Aile yapısı ve aile içi etkileşim, hem sorun yaratıcı hem de sorun çözücü özelliğe ve güce sahiptir. Aileyi oluşturan bireyler birbirini tamamlayan fonksiyonel bir bütünün parçasıdır. Okul öncesi çocuklarda yeme alışkanlığının geliştirilmesinde etkili etmenlerden biri de ailenin sosyoekonomik düzeyidir (Kobak, 2009). Yoksulluğun çocuklar üzerindeki en bilinen ve en sık görülen etkisi beslenme yetersizliğidir. Yoksulluk, eve giren besinlerin yetersizliğine, ev içi stres ve annenin kronik yorgunluğu nedeniyle anne sütünün erken kesilmesine, annenin beslenme yetersizliğine ve bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olmasına, sağlıksız fiziksel ortama ve yetersiz sağlık hizmetine neden olarak çocuklardaki beslenme yetersizliğinin temel belirleyicisi olarak rol oynamaktadır. Yoksulluk, annelerin eğitimsizliği yoluyla da beslenme yetersizliğine katkıda bulunmaktadır (Midyat ve ark., 2008).

Ailenin ve çocuğun sağlığında beslenme ile ilgili eğitim düzeyi büyük önem taşımaktadır. Ailenin geliri, aile nüfusunun gereksinimi olan besinleri sağlayamayacak kadar düşük olabilir. Bu durumda beslenme yetersizliği ailedeki bireylerin tümünün sorunudur (Kobak, 2009).

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi beslenme, kalıtım, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Ailenin kültürel düzeyi ve sosyoekonomik olanakları çocuğun beslenme durumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir. Öncelikle anneler olmak üzere çocukların beslenme ve büyütülmesinden yakından ilgilenen kişilerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi çok önemli bir sağlık hizmetidir. Annenin çocuk beslenmesi konusundaki bilgi durumunun belirlenmesi ve bilgi durumu ile çocukların gelişimi arasındaki ilişkinin saptanması ile çocuk sağlığı ve beslenmesi konusunda sunulan sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi için gerekli planlar yapılabilecektir (Öncü ve ark., 2011).

Süt çocukluğu döneminde sürekli beslenmesine alıştığı çocuğunun, oyun çağı ve okul öncesi dönemde yemeğe ilgisiz olması aileyi endişelendirebilir. Besin tüketimindeki yeterliliğin en iyi göstergesi çocuğun normal büyümesidir. Anne babalar büyüme eğrisinin kendilerine gösterilmesi ile rahatlatılabilir. Bu dönemde gözlenebilecek bir diğer problem de biberon bağımlılığıdır. Biberonun uzun süre emzik gibi kullanılmasına izin verilmesi bu bağımlılığa neden olabilir. Sonuç olarak, kalori alımı uygunsuz şekilde aşırı artabilir ve ya fazla sıvı alımı diğer gıdaların reddine ve dolayısı ile beslenme bozukluğuna yol açabilir. Anneler çocuğun bakış açısını etkilemekte, alışkanlıkları ve tercihlerinin değişmesine neden olmaktadır. Annelerin sağlık hakkındaki düşünceleri ile çocukların beslenme kaliteleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan çalışmalar göstermiştir ki, çocuklar yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde onlara daha önceden sunulan besinler arasından seçim yapmaktadır ve tercihler ailelerin evlerinde bulunan besinler ve bunların kabul edilebilirliğine göre olmaktadır (Kobak, 2009).

Çocuğun yaşamında aile rol model olduğundan, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi konularda aileler eğitilmelidir (Northrup, Cottrell and Wittberg, 2008). Anne ve babalar çocukların doğru beslenme alışkanlığı geliştirmelerinde ve onlara uygun beslenme eğitimi vermede en önemli kişilerdir (Yiğit, 2011).

Çocuğun beslenme davranışı kazanmasında, olumlu davranışlarını pekiştirmeye yönelik ödül verme ve övme davranışlarının önemli olduğu ebeveynlere anlatılmalıdır (Pyle and Poston, 2006).

Anne ya da baba yemek seçici ise ve yemekte aşırı titiz davranılıyorsa (çocuk üstüne dökmemesi, etrafa sıçratmaması için sürekli uyarılıyorsa) çocuğun olumlu alışkanlıklar

geliştirmesi zorlaşır. Kendileri süt içmeyen ve sütü sevmediklerini ifade eden ebeveynlerin çocuklarına süt içirmeleri kolay değildir.

Çocuklar yemek yerken gözlem altında tutulmalıdır. Yemekle ilgili hiçbir uyarı çocuklar yemek yerken yapılmamalı, gereken uyarılar, yemekten önce ya da yemekten sonra yapılmalıdır. Çocuklara yemek yemedikleri zaman iğneleyici, incitici sözler söylenmemelidir. Yemek ile ilgili bir ceza verilmemelidir. Annelere, çocuğun yemek yemesi ile ilgili bilgi verirken ya da soru sorarken çocuğun ortamda bulunmamasına özen gösterilmelidir (Merdol, 2008).

Çocuğun beslenme davranışı kazanmasında, olumlu davranışlarını pekiştirmeye yönelik ödül verme ve övme davranışlarının önemli olduğu ebeveynlere anlatılmalıdır (Pyle and Poston, 2006).

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi beslenme, kalıtım, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Öncelikle anneler olmak üzere çocukların beslenme ve büyütülmesinden yakından ilgilenen kişilerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi çok önemli bir sağlık hizmetidir. Annenin çocuk beslenmesi konusundaki bilgi durumunun belirlenmesi ve bilgi durumu ile çocukların gelişimi arasındaki ilişkinin saptanması ile çocuk sağlığı ve beslenmesi konusunda sunulan sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi için gerekli planlar yapılabilecektir (Öncü ve ark., 2011).

#### **4.6. TÜRKİYE'DE ÇOCUKLARIN BESLENME DURUMU**

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedeni başında gelir dağılımındaki dengesizliktir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı gıda seçimi ile besinlere yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine

göre Türk halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye’de temel besin ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimindeki değişiklikler incelendiğinde ekmek, süt yoğurt, et ve ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın, bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2008 verilerine göre bebek ölüm hızı binde 17, beş yaş altı ölüm hızı ise binde 24’dür. Bebek ölümlerindeki düşüş önemli boyutlardadır, ancak Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında halen yüksek düzeydedir.

Türkiye’de 0-5 yaş grubu çocuklarda; büyüme ve gelişme geriliği, demir yetersizliği anemisi, raşitizm sık görülmektedir. TNSA-2008 sonuçlarına göre 0-5 yaş grubu çocuklarda yaşa göre boy uzunluğu (bodurluk), boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı (zayıflık) ve yaşa göre vücut ağırlığı (düşük kiloluluk) oranı sırasıyla, % 10.3, %0.4 ve %2.8’dir. Çocuklarda büyüme geriliği, kırsal (%17.4) alanlarda, kentlere (%7.6) ve doğuda (%21.0), batıya (%7.6) göre yüksektir (TBSA, 2010).

Türkiye; gelişmekte olan bir ülke olarak Dünyada yaşanan beslenme ile ilgili olabilecek sorunları yaşamaktadır. Bu sorunların başlıcaları aşağıdaki şekilde tanımlanabilir:

Beş yaş altı çocuklarda görülen sorunlar: Türkiye’de yaklaşık her 10 bireyden birisi beş yaş altı çocukluk dönemindedir. Bu dönemde anne sütü ile yeterince beslenememe, ek gıdaya geçiş döneminde beslenme yetersizlikleri, demir yetersizliği anemisi, vitamin ve mineral eksikliği, basit guatr, diş çürükleri başlıca sorunlar olarak bilinir. 2003 yılında yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre bebeklerin ilk altı ay anne sütü ile beslenme yüzdesi 20’dir. Ucuz ve her an ulaşılabilir olan anne sütü ile beslenme sıklığının bu denli az olmasının altında yatan nedenler iyi araştırılmalıdır. İlk 6 aydan hemen sonra ek gıdaya geçiş döneminin de sağlıklı olabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır (Aslan, 2009).

Türkiye’deki çocukların önemlice bir yüzdesi yetersiz beslenmeye maruz kalmakta veya demir, iyot ve vitamin gibi mikro besin eksiklikleriyle ilgili sağlık sorunları veya riskleriyle yaşamaktadır. Bu durum, çocuk yoksulluğunun, sosyal koruma sistemlerinin ve sosyal hizmetlerin durumu yeterince düzeltilmediğinin, kimi durumlarda da anne

babalarla çocuklara bakan diğer kişilerin diyet ve besleme konularındaki ihmal veya bilgisizliklerinin göstergesidir

Türkiye’de yetersiz beslenme, bölgelere, kırsal ve kentsel yerleşimlere göre önemli farklılıklar göstermektedir. Ülkede yoksulluğun dağılımı göz önünde tutulduğunda bu durumda şaşırtıcı bir yan da yoktur. Bodurluk oranının belirli iller veya ilçelerde daha da yüksek seyrediyor olması muhtemeldir. Araştırma, iyotlu tuz kullanan hanelerin oranını Doğu için yüzde 61 olarak belirlemiştir (www.unicef.org.)

Türkiye, beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlikler gelmektedir(Midyat ve ark, 2008).

Türkiye’de DİE’nin yaptığı 2005 yoksulluk çalışması sonuçlarına göre Türkiye’de yoksulluk oranı % 20.5’tir.2005 yılında Türkiye’de fertlerin yaklaşık % 0.87’si yani 623 bin kişi sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, % 20.5’i yani 14,681 bin kişi ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Kişi başı günlük harcaması satın alma gücü paritesine göre 1 doların altında kalarak yaşamlarını sürdürenlerin oranı %0.01 yani yaklaşık 10 bin kişi olarak hesaplanmıştır.

Türkiye’de yoksulluğun göstergesi olarak bazı çocuk sağlığı verileri incelendiğinde; bin çocuktan 28’inin bir yaşına gelmeden ve bin çocuktan 32’sinin beş yaşına gelmeden öldüğü görülebilir (Altıparmak, 2008).

Bilindiği gibi yetersiz ve dengesiz beslenme, çeşitli hastalıklara yol açtığı gibi, birçok hastalık ve sağlık sorunu da beslenme üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu olumsuz etkileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak için öncelikle mevcut durumun ve sorunların bilimsel kanıtlarla ortaya konması gerekmektedir. Bu nedenle birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de her 5 yılda bir Beslenme Sağlık ve Besin Tüketimi araştırması yapılması gereklidir. Çünkü ulusal beslenme sorunlarına yönelik etkin, yararlı ve tutarlı besin ve beslenme plan ve politikalarının hazırlanabilmesi için güvenilir nitelikte araştırma verileri son derecede önemlidir (TBSA, 2010).

#### **4.7.DÜNYA’DA BESLENME DURUMU**

Dünya Sağlık Deklarasyonu’nda belirtildiği gibi erişilebilen en yüksek sağlık standardında yaşamak her insanın en temel haklarından. Sağlık açısından her birey

aynı değere, eşit haklara, eşit görev ve sorumluluklara sahiptir. Ulusal sağlık politikalarının temel hedefi sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Sağlıklı bireylere ve dolayısıyla sağlıklı topluma sadece sağlık sektörünün sunduğu hizmetlerle ulaşmak yeterli değildir. Sektörler arası eşgüdümle bireyin sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve o bireyde davranış değişikliği oluşturmakla sağlanabilir (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Yetersiz beslenme, tüm dünyada 5 yaşından küçük çocuk ölümlerinin üçte birinden fazlasına neden olabilmektedir (Unicef, 2012).

Gelişmekte olan ülkelerde her üç çocuktan biri yeterli barınaktan yoksundur; her beş çocuktan biri temiz içme suyu bulamamaktadır; her yedi çocuktan biri de en temel sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Beş yaşından küçük çocukların %16'sı yeterince beslenememekteyken, %13'de hiç okula gitmemiştir (Altıparmak, 2008).

#### **4.8. ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN BESLENME SORUNLARI**

##### **4.8.1. Yemeyi Red Etme**

Çocuğun beklenenden az yemesi, bazı besin türlerini reddetmesi, yemek aktivasyonuna katılmaması ve uygunsuz yeme alışkanlıkları bebekler ve küçük çocuklarda görülen başlıca beslenme problemleridir. Bu durumlarda ebeveyn ile çocuk ilişkisinin önemli rol oynadığı bilinmektedir

Yeme reddi ile ilgili çeşitli çalışmalarda, infantil ve erken çocukluk yaş gruplarında beklendiğinden daha az ve yetersiz beslenme oranlarının %20-30'lara ulaşabildiği bildirilmektedir. Özellikle iştahsızlık terimi ebeveynler tarafından çocuğun beklenenden az beslendiği veya yiyecek tükettiği her durum için kullanılmaktadır.

Annelerin çocuğun iştahının ve buna bağlı olarak ağırlık artışının yeterli olmadığına ilişkin düşüncelerinin beslenme ile ilgili sorunların ortaya konmasında öncelikli rol oynadığı kabul edilmektedir.

İştahsızlık ile "yeme reddi" durumunun birbirinden ayırt edilmesi gereklidir. İştahsızlıkta çoğunlukla altta yatan organik bir neden vardır, çocukluk çağı hastalıklarının pek çoğunun iştahsızlığa yol açtığı bilinmektedir. Enfeksiyon hastalıkları, gastroözefageal reflü, anatomik ve nörolojik bozukluklara kadar uzanan geniş bir spektrumdaki hastalıklarda iştahsızlık ve beslenme bozuklukları görülebilir.

Yeme reddinde ise, çocukta organik bir hastalık olmaksızın, çeşitli psikolojik neden ve mekanizmalar ile çocuk yemek yemeği reddetmektedir. Çocuğun besin

gereksinimleri ve beslenme için gerekli ortam ebeveynleri tarafından sağlanır. Yeme ile ilgili davranışların oluşmasında ebeveyn-çocuk, özellikle anne-çocuk ilişkisinin, ailenin yeme alışkanlıklarının önemli oranda etkili olduğu, ayrıca çevresel koşulların, genetik faktörlerin, kültürel farklılıkların, psikolojik ve sosyal ortamın, çocuğun bireysel özelliklerinin yeme davranışlarını şekillendiren diğer etkenler olduğu bildirilmektedir. Aile sofrasında tüketilen besinlerin sunum, miktar ve niteliğinde, “fast food, snack” olarak tanımlanan gıdaların çocuğun beslenmesinde yer almasında, beslenme sırasında zorlama, öğün dışında beslenme gibi davranışlarda ailenin etkin rolü bulunduğu, çocuğun beslenme davranışlarında ailesini rol model olarak benimsediği çalışmalarda belirtilmektedir.

Anne sütünün kesilmesi ve tamamlayıcı beslenmenin başlanması dönemleri anne ve çocuk açısından fiziksel ve psikolojik streslere yol açabildiğinden yeme davranışının şekillenmesinde özellikle önemlidir. Bu dönemlerde çocukta beslenme bozuklukları başlama riskinin arttığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır.

Yeme sorunlarına yaklaşımda, çocuk ile birlikte yaşadığı ortam ve çevrenin değerlendirilmesi, anne- çocuk ilişkisinin yeterliliğinin denetlenmesi gereklidir (Akman ve ark, 2008).

#### **4.8.2. Obezite**

Çocuk ve gençlerde dengesiz beslenmeye bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarından biri olan obezite; genel olarak enerji alımının enerji tüketiminden fazla olduğu durumlarda, yağ dokusunun artmasıyla ortaya çıkan klinik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Helvacıoğlu, 2012).

Obezite, kalori alımı ile kullanımı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Tüketilenden daha fazla enerji alınması obezitenin en önemli nedenidir (Donohoue, 2004)

Günümüzde obezitenin görülme sıklığı her yaş grubunda artmaktadır. Bunun nedeni modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlıklarında yağların ve karbonhidratların fazla miktarda tüketilmesi ve çocukların fiziki aktiviteden uzaklaşarak televizyon ve bilgisayar oyunlarına yönelmeleridir (Helvacıoğlu, 2012). Çocukluk döneminde en sık olarak yaşamın ilk yılı, beş-altı yaş arası ve puberte döneminde olmaktadır. Beş yaşından önce ve 15 yaşından sonra başlayan obezite daha tehlikelidir (Köksal ve Özel, 2012). Obez çocukların 1/3'ü, obez adölesanların ise; % 80'i erişkin yaşa ulaştıklarında da

obez kalmaktadır (Camcı, 2010). Çocukluk çağında görülen obezite ergenlik ve yetişkinlikte de sürme eğilimindedir (Asafov, 2012).

Çocuklarda şişmanlığın artmasında birçok etmenin etkisi vardır. Şişmanlık, genetik etmenler ile çevresel etmenlerin, enerji metabolizması ve yağ dokusu üzerindeki etkilerinin bir bileşenidir. Genetik yatkınlığı olan bireylerde devam eden çok yönlü çevresel etmenler şişmanlığın oluşumunu kolaylaştırmaktadır (Köksal ve Özel, 2012).

Obezite prevalansının gittikçe artmasını etkileyen en önemli faktörler yaş, cins ve ırk olmakla birlikte sosyokültürel düzey, ailede obezite bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve günlük enerji harcamasının azalmasının etkili olduğu bilinmektedir (Helvacıoğlu, 2012). Obezite oluşumunda risk faktörlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir (Tekdemir, 2013).

Çocukluk döneminde obez olanların ileriki yaşlarda fazla kilolu ya da obez olmaları riski bulunmaktadır ve bu çocuklarda pulmoner, ortopedik, gastroenterolojik, nörolojik, kardiyovasküler ve endokrin hastalıklara rastlanmaktadır. Hatta eskiden yetişkinlere özgü hastalıklar oldukları düşünülen Tip II diyabet ve metabolik sendrom artık çocuklarda da görülebilmektedir. Bunların hepsine ek olarak, erken yaşta ortaya çıkan obezitenin ilk etkileri çocuklara sosyal ve psikolojik sorunlar biçiminde yansımaktadır (Beşikçi, 2010).

Okul öncesi çocuklarda görülen aşırı kilolu olma durumu ve obezite, son zamanlarda oldukça artış göstermektedir. Amerika’da ve İngiltere’de iki ile beş yaş arası çocukların yaklaşık dörtte biri aşırı kilolu ya da obezdir (Hawkins ve Law, 2006).

Çocuklarda fiziksel aktivite rehberi oluşturabilecek bilgimiz henüz çok azsa da, genel olarak çocukları okul öncesi zamanlardan başlayarak aktif yaşam tarzına yönlendirmenin doğru olduğu kabul edilmektedir. Örneğin, çocuklukta televizyon seyrederek geçirilen zamanın uzunluğu ile yetişkinlikte obez olma riski arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmalar, 0-2 yaş arası çocukların hiç televizyon izlememelerini, 2 yaş üstü çocukların ise medya araçları karşısında geçirdikleri sürenin günlük 2 saatle sınırı olmasını önermektedir.

Bilindiği gibi, televizyon karşısında geçirilen saatler yalnızca “aktif olmayan” zaman olmakla sınırlı olmayıp, aynı zamanda çocukların sağlıklı olmayan yiyecek/içecek reklamlarına daha çok maruz kaldıkları ve daha çok “atıştırdıkları” zamanlar olduğu için çok faktörlü bir obezite riski şeklinde gerçekleşmektedir. Yakın



zamanda tamamlanan bir çalışmada 4-7 yaş arası çocuklarda televizyon izleme zamanı 2 yıl süreyle %50 azaltılarak bu çocukların sedanter davranış tarzının ve kalori alımlarının azaldığı saptanmıştır (Beşikçi, 2010).

Bir çocuğun sağlık durumunun değerlendirilmesinde en güvenilir göstergelerden birisi yada göre ağırlık ve boy ölçümleridir (Neyzi ve ark., 2008).

#### **4.8.3.Malnütrisyon**

Malnütrisyon, alınan besin miktarının yetersizliği veya dengesizliği ya da emilim ve kullanımındaki bozukluklarla ilişkili her türlü beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Malnütrisyon en genel tanımı ile yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablodur. Bu tablo, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir toplum sağlığı problemi olup en fazla çocukluk yaş grubunu etkilemektedir (Dereli, 2006).

Ekonomik, psikososyal, kültürel, coğrafi faktörlerin malnütrisyon etyolojisinde önemli rol oynadığı bildirilmektedir. Malnütrisyon, immun sistemin optimal gelişimini engellediğinden bu çocuklarda enfeksiyonlara yatkınlık oluşmaktadır. Meydana gelen enfeksiyonlar beslenme bozukluğunu tetiklemekte ve böylece kısır bir döngüye girilmektedir. Oluşan diyare, solunum yolu enfeksiyonları ve sıtma gibi daha ağır hastalıklar sonucunda beklenen fiziksel ve mental gelişim oluşmamaktadır. Malnütrisyonun olumsuz etkileri en belirgin olarak süt çocukları ve küçük çocuklarda görülmekte, bu yaşlardaki hastalık ve ölüm oranlarını arttırmaktadır (Çınar ve ark., 2007).

Yetersiz beslenmede protein ve enerji öğelerinin az alınımının yanında, iyot, demir, vitamin A gibi büyüme gelişme için önemli ve gerekli mikro besin öğelerinin yetersiz alınımının da beraberinde getirebilir. Bunun sonucu olarak, öğrenme bozukluğu, guatr, hareketlerin azalması, koordinasyon ve denge problemleri, görme bozuklukları ortaya çıkabilir.

Beş yaş altı ölen çocukların yaklaşık yarısı beslenememe sorunu yüzündendir. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaş altı 10.4 milyon ölümlerin %49'unun altında protein enerji malnütrisyonu yatmaktadır. Her yıl beş yaş altı 6 milyon çocuk malnutrisyon yüzünden hayatını kaybetmektedir (Güler ve Akın, 2012).

## **Malnütrisyonun Nedenleri**

Çocuğun malnütrisyonu götüren nedenler, genellikle dört grupta toplanabilir:

**1-Enerji ve besin öğeleri yetersizliği,**

**2-Çevre sağlığı koşullarının yetersizliği yüzünden enfeksiyonların yaygınlığı,**

**3-Çocuk bakımı ve beslenmesi ile ilgili çeşitli alışkanlıkları içine alan sosyo-ekonomik ve kültürel etmenler,**

**4-Doğuştan ve sonradan oluşan ve besin öğelerinin sindirim, emilim ve metabolizma ilişkin çeşitli hastalıklar (Baysal, 2012).**

Malnütrisyon, vücutta her sistemi etkiler ve ağır komplikasyonlara neden olabilir. Beslenme bozukluğunun özellikle beyin gelişimi üzerine olumsuz etkileri vardır. Ağır beslenme bozukluğu olan bebeklerin bilişsel gelişimlerinin sağlıklı beslenen çocukları yakalayamadığı gösterilmiştir. Uzun dönemde beslenme yoksunluğu bilişsel, duygusal, toplumsal gelişimi, okul başarısı ve eğitim durumunu, bağışıklık sistemini, dolayısıyla çalışma kapasitesini olumsuz etkiler. Malnütrisyonlu çocuğun tedavisinde her sistem ayrı ayrı gözden geçirilmeli ve tedavi buna göre planlanmalıdır (Altaş ve Kuloğlu, 2011).

### **Çocuklardaki Malnütrisyonun Çeşitleri**

Okul öncesi yaş grubu çocuklarda malnütrisyon, çoğunlukla protein-enerji yetersizliği (PEM) veya dengesizliğine bağlıdır. Protein-enerji malnütrisyonu; genellikle kuvaşiorokor, marasmus ve marasmik-kuvaşiorokor diye adlandırılan üç şekilde görülmektedir. Bunların oluşumunda, klinik ve biyokimyasal belirtilerinde ayrıcalıklar vardır (Baysal, 2012).

#### **Marasmus (Kalori eksikliği)**

Marasmus hastalıktan erimiş, bitmiş anlamına gelir. Marasmuslu çocuklar huzursuz ve apatiktirler. Yüzleri yaşlı insan görünümündedir. Saçları kuru ve incedir. Vücutları kuru, derileri buruşuktur. Kas ve yağ dokuları olmayıp, kemikleri belirgindir. Vücutlarında, ayaklarında ödemleri yoktur. Kısaca bu çocuklar "bir deri bir kemik" olarak nitelendirebilir (Altaş ve Kuloğlu, 2011).

#### **Kuvaşiorokor**

Enerjisi yeterli, proteinsiz diyetle beslenen çocukların hastalığıdır. Burada dengesiz beslenme hastalığı söz konusudur. Genellikle 1-3 yaştaki memeden kesilen çocuklarda görülür. Memeden kesilen çocuklar, yalnız şeker, nişasta veya buna benzer saf veya safa

yakın karbonhidrat olan besinlerle beslenmişlerdir. Protein gereksinimi karşılanamadığı için büyüme ve gelişme durmuştur. Klinik belirtileri ise; Ödem, büyüme geriliği, erimiş zayıf kaslar yanında biraz yağ tabakasının varlığı ve huzursuzluktur. Siyah saçların kırmızıya dönüşmesi,cilt yaraları her olguda görülmeyebilir.Vücudun su miktarı artmıştır (Baysal, 2012).

#### **Marasmik Kwashiorkor**

Her iki tipin karışımıdır ve en sık rastlanan tiptir. Bebeklik döneminde çocuklar süttten kesilip nişastalı, proteinden fakir bir diyet ile beslenmeye zorlanırsa marasmik kwashiorkor gelişir. Böyle bebekler “Şeker bebeği” (Sugar baby) olarak da tanımlanmaktadır. Bu çocuklarda cilt altı yağ dokusu kaybı ve erime çok azdır. Genellikle üst ekstremiteler kasları erimişken alt ekstremiteler ödemlidir. Bodur kalma sıklığı çocuklarda daha fazladır. Kwashiorkorlu çocuklarda olduğu gibi bu çocuklarda da psikolojik değişiklikler ve saç değişiklikleri sık olarak görülür (Altaş ve Kuloğlu, 2011).

#### **4.8.4. Kabızlık**

Kabızlığın tanımını yapmak zordur ve kişiden kişiye anlamı farklıdır. Bazıları için dışkı sıklığında azalma, bazıları için çok sert ve zor dışkılama, bazıları için ise dışkılarken ağrı hissetme olabilir. En basit olarak dışkılamada zorluk ya da gecikme olarak tanımlanabilir. Çocuklarda dışkılama sıklığı doğumdan sonraki ilk haftalarda günde ortalama dörtten, iki yaşına kadar ikiye ve dört yaşına kadar bire iner (Özen, 2004).

Kabızlık 2 yaş civarında, zorlu tuvalet eğitimi sonucu, kirletme korkusuyla birlikte olan bağırsak boşaltmada isteksizliğe bağlı olarak gelişebilmektedir. Erken dönemde zorlu tuvalet eğitiminin yanı sıra beslenmede yapılan hatalar okul öncesi dönemdeki kabızlığın esas nedenini oluşturmaktadır. Beslenmede lifli besinlere az yer verilmesi (lif miktarının 6 g/ günden az olması) durumunda kabızlık gelişebilir (Kobak, 2009).

Tuvalet eğitimi başladığında karşılaşılabilecek bir sorun tuvalet eğitimi reddetmedir. Bu çocuklar idrarlarını tuvalete yaparlar fakat tuvalete dışkılamayı kabul etmezler. Bezleri bağlandığında dışkılarını ayakta bezlerine yaparlar. Bu durum nadiren yıllarca sürebilir. Bu çocuklar kabız olmaya adaydır. Yapılacak şey, bazı aileler istekli olmasa da, tekrar alt bezi bağlamaktır. Olguların %89’u üç ay içinde tuvaleti kullanmaya başlar. Tuvalet eğitimi tamamlamadan önce dışkılarken saklanma

eğiliminde olan çocuklar tuvalet eğitimini reddetmeye, kabız olmaya ve dışkılarını tutmaya daha çok eğilimlidir (Özen, 2004).

Kabızlık süt tüketimi fazla olan çocuklar arasında yaygındır. Kabız çocukların genellikle 600 ml'nin üstünde süt aldıkları ve doğal olarak diğer besin çeşitlerini daha az aldıkları gözlenmiştir. Yetersiz sıvı alımı da kabızlığa yol açan önemli nedenler arasındadır (Kobak, 2009).

#### **4.8.5. İştahsızlık**

İştahsızlık; bebeğin ya da çocuğun besinlere karşı kendiliğinden bir arzu göstermemesi ve verileni yeterince yememesidir. İştahsız çocuklar yemek seçiciler, çiğneme ve yutma sorunu olanlar yavaş çiğneyenler, biyolojik sağlık sorununa bağlı iştahsız olanlar diye alt gruplara ayrılabilirler (Kobak, 2009).

İştahsız çocukta temel sorun büyüme ve gelişme için gerekli besinlerin yeterince alınamaması, buna bağlı olarak da büyüme ve gelişmenin geri kalmasıdır. İştahsız çocuklara ilk yapılması gereken biyolojik bir sorun olup olmadığının belirlenmesidir (Kutluay ve Merdol, 1999).

#### **4.8.6. Diş Çürükleri**

Diş çürüğü, bakterilerin ağız içerisinde kolonizasyonu, bu ortamda çoğalması ve zaman içerisinde diyet ve konak faktörleri ile etkileşime girmesi sonucu oluşan multifaktöriyel ve enfeksiyöz bir hastalıktır. Çürük oluşumundaki dolaylı ve ikincil faktörler olan yaş, cinsiyet, tükürük, beslenme, dişin morfolojisi ve konumu, ağız hijyeni, diş fırçalama alışkanlığı, immün sistem, ailenin eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durumu gibi etkenler de çürük oluşumunda bir bütün olarak ele alınmalıdır (Koçanalı ve ark., 2014). Diş çürükleri ile beslenme arasında sıkı bir ilişki vardır. Diş çürükleri beslenmeyi olumsuz etkilediği gibi, hatalı beslenme de diş çürüklerine ve ağız sağlığının bozulmasına yol açmaktadır (Yücecan, 2008). Bu nedenle dengeli ve düzenli beslenmek, genel sağlığımızı olduğu kadar diş sağlığımızı da etkiler.

Ağız ve diş sağlığı sorunları dünyada önemli bir sağlık sorunu olup, çocukluk çağında yaygındır (Kılınç ve ark.,2013).Çocuklar için ağız hijyeninin önem kazandığı bir diğer dönem ise süt dişlerinin tamamlandığı 2.5-3 yaşa kadar ki süredir.Bu dönemde biberon çürüklerine sık rastlanır. Biberon çürüklerinin temel nedeni her besleme sonrasında annenin ihmal ettiği ağız hijyeninden kaynaklanmaktadır (Bilgili, 2009).

Diş fırçalamanın, çürük riskini anlamlı olarak azalttığı bilinen bir gerçektir. Dişlerini günde iki kez fırçalayanların ve bu alışkanlığı erken yaşta edinenlerin daha az çürüğü olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu alışkanlıkların edinilmesinde, ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin de etkili olduğu öne sürülmektedir (Kılınç ve ark.,2013).

#### **4.8.7. İshal**

İshal çevre koşullarının sağlığı olumsuz etkilediği, besin sanitasyonunun yapılamadığı ve bireylerin temel hijyen bilgisinin yetersiz olduğu yerlerde önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde; 0-14 yaş grubunda toplam DALY'ler (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) içinde ulusal düzeyde dördüncü sırayı ishalle seyreden hastalıkların aldığı görülmektedir. Ayrıca çocukluk çağı ölüm nedenlerine bakıldığında da, ülkemizde halen önlenebilir ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. İshal başlı başına bir hastalık değil, birçok hastalığın belirtisidir. Üst üste gelen ishallere, hem beslenme bozukluklarının, hem de büyüme ve gelişme sürecindeki aksamanın en önemli nedenidir. Beslenme yetersizliği olan çocuklar daha sık ve şiddetli ishale yakalanırlar, dolayısıyla daha yüksek ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalırlar (Ulaş ve ark.,2012).

## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1.Araştırmanın Tipi**

Araştırma, 1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimini araştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### **5.2.Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman**

Bu araştırma, İstanbul Maltepe’de bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan ve takip edilen çocuklar ve aileleri ile Ocak 2014-Ağustos 2014 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmayı yaptığımız aile sağlığı merkezi; 4 birimden oluşan bir aile sağlığı merkezidir. Bu aile sağlığı merkezinde; 4 aile hekimi, 4 aile sağlığı elemanı, 1 tıbbi sekreter ve 1 tane personel görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezinde;1 tane bebek-çocuk izlem odası, 1 tane gebe takip odası, 1 tane müdahale ve kan alma odası,1 tane hemşirelerin bulunduğu oda ve alt katta doktor muayene odaları ve küçük bir mutfak yer almaktadır. Çocukların antropometrik ölçümleri ve anketleri bebek-çocuk izlem odasında uygulandı.

### **5.3.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için T.C.İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden Araştırma İzin Yazısı (Ek 6), T.C.Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı (Ek 5) ve araştırmaya katılan ailelerden sözlü ve yazılı onam alınarak tamamlandı (Ek 1).

### **5.4.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın Evrenini, İstanbul Maltepe İlçesinde bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan 1044 çocuktan 1-5 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar ve aileleri oluşturdu.

Ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde;

$$n : N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q^1$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatasıdır (Salant ve Dilman, 1994)

Formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında,  $\pm$ %5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü N=282 olarak hesaplandı. Araştırmada 310 çocuğun ailesi ile görüşülüp anket uygulandı. Ancak bazı anketlerin tamamının uygun şekilde doldurulmamasından kaynaklı olarak 282 çocuk ve ailesi ile çalışma tamamlandı.

Araştırmaya katılan anne–babalar soruları 15’dk ile 45’dk arasında cevaplayabildiler.

#### **5.4.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri:**

- Ailenin iletişime açık olması,
- Ailenin araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Çocuğun 1 yaşını doldurmuş ve 6.yaştan gün almamış olması,
- Çocuğun sağlıklı olup izlemelerine getirilmesi,
- Soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olması,
- Türkçe iletişim kurabilmesi.

#### **5.5. Veri Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler**

Araştırmanın verileri, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan;

**5.5.1.Çocuğa Yönelik Veri Formu,**

**5.5.2.Aileye Yönelik Veri Formu,**

**5.5.3.Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)** kullanılarak toplandı.

#### **5.5.1.Çocuğa Yönelik Veri Formu**

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan çocukla ilgili genel bilgileri içeren çoktan seçmeli ve açık uçlu olmak üzere toplam 49 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların oluşumu ise; ilk 6 soru çocuğun doğum bilgileri, şu anki antropometrik ölçümleri ve persentil değerleri, 0-1 yaş beslenme öyküsü (7-12.sorular), şu anki beslenme öyküsü (13-49. sorular arası) oluşturdu.

#### **5.5.2.Aileye Yönelik Veri Formu**

Ailenin sosyo demografik özelliklerini, gelir durumunu, beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını içeren çoktan seçmeli ve açık uçlu olmak üzere toplam 19 sorudan oluştu.

#### **5.5.3.Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)**

Çocuğun aile ortamının nasıl olduğunu saptamada "Aile Ortamı Ölçeği" kullanılmıştır. Bu ölçek 1974 yılında Moos tarafından 90 madde olarak geliştirilen "Family Environment Scale" dir. 1989 yılında Usluer tarafından Türk toplumuna uyarlanmış ve 26 madde olarak kısaltılmıştır. Usluer (1989) tarafından Türk toplumuna uyarlanan ölçeğin iç tutarlık düzeyinin alfa değeri birlik beraberlik alt ölçek için 0.82, denetim alt testi için 0.74' tür. Ülkemiz aile bireyelerine uygulanan bu ölçek uygulanabilirliği kolay bir ölçektir. İki alt testten oluşmuştur (Usluer, 1989).

Çalışmada Aile Ortamı Ölçeği Değerleri ise;

<b>Boyutlar</b>	<b>İç tutarlılık (r)</b>
<b>Aile Ortamı Ölçeği (26 soru)</b>	0,849
<b>Birlik-beraberlik (16 soru)</b>	<b>0,856</b>
<b>Denetim (10 soru)</b>	<b>0,803</b>

bulunmuş olup, anketin çok iyi düzeyde geçerlik ve güvenilir katsayısına sahip olduğu söylenebilir.

**Aile bireyelerine uygulanan bir kalem-kağıt testidir (Tüzer ve ark., 2003)**



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

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

Maddelere verilen hiç uygun bulmuyorum yanıtına “1” puan diğerlerine sırasıyla 2,3,4 puan verilir. Her bir alt testten elde edilen puan bireyin algıladığı ailedeki birlik beraberlik ve denetim düzeyini gösterir. Alt ölçeklerden alınabilecek en yüksek puanlar 40 ve 64, en düşük puanlar ise 0-16 dır (Usluer, 1989).

#### **5.5.4.7.Çalışmada Ölçümleri Alma Durumu**

##### **Vücut Ağırlığı**

12-24 aylık çocuklarda 10 gram’a hassas bebek terazisinde 24 aydan büyük çocuklarda 100 gram’a hassas yer baskülü ile kıyafetleri inceltilerek ölçüldü.

##### **Boy Uzunluğu**

12-24 aylık çocuklarda sırt üstü yatar pozisyonda baş tarafında sabit tahta bulunan cetvelle, 24 aydan büyük çocuklarda ise duvara monte edilmiş ve 0.1 cm’e duyarlı bir mezura ile ölçüldü.

##### **Baş Çevresi**

Önde frontal kemiğin en çıkıntılı noktası ile arkada protuberentia oksipitalisten geçen çap dikkate alınarak ölçüldü.

##### **Göğüs Çevresi**

Mezura ksifoid ve scapulanın altından geçirilerek ölçüldü.

##### **Üst Kol Orta Çevresi**

Acromion ile olekranon çıkıntılarının arasındaki doğrunun orta noktasından mezura geçirilerek ölçüldü.

##### **BKİ/VKİ(Beden/Vücut Kitle İndeksi)**

**Vücut Kitle İndeksi (VKİ):** Ağırlık (kg)/boy uzunluğu (m<sup>2</sup>) formülü ile hesaplandı (Neyzi ve ark., 2008).

Ağırlık (kg)

BKİ/VKİ= -----

Boy (m<sup>2</sup>)

VKİ için 10.-75. persentil değerleri arası normal sınırlar olarak kabul edilmektedir. VKİ'nin üst değerleri olan 85. ve 95. persentiller klinik önem taşımaktadır. Her yaş

dilimi için VKİ değerinin 95.persentil ve üzeri dilimin içinde olanlar obes, 85-95. persentil dilim içinde olanlar obesite için yüksek risk grubu (aşırı kilolu, overweight) olarak değerlendirilmektedir (Donohoue, 2004).

### **5.6. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe testi ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise dört gözlü ve çok gözlü düzende Ki-Kare testi kullanıldı.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon, etki ise regresyon analizi ile test edildi. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### **5.7.Araştırmanın Zorlukları**

Araştırmada veri toplama sırasında çocukların huzursuz davranışları, annelerin ve babaların bir an önce evlerine ya da işlerine gitmek istemeleri bazen başladığımız anketi tamamlamamıza engel oluşturdu. Tamamlanmayan anketler değerlendirilmediği için de özellikle zaman ve maddi kayba neden oldu. Annelerin veya babaların çocuklarının beslenmeleri hakkında bilgi isteklerinin karşılanması veri toplama süresini uzattı.

## 6.BULGULAR

1-5 yaş arası sağlıklı çocuklarda beslenme özellikleri ve aile etkileşimini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya ait bulgular aşağıdaki bölümler doğrultusunda incelendi.

### 6.1.Çocuğa Yönelik Özellikler,

### 6.2.Aileye Yönelik Özellikler,

6.3.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.

### 6.1.Çocuğa Yönelik Özellikler

Tablo 6.1.1.Çocukların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı(N:282)

Tanıtıcı Özellikleri		n	%
Yaş Grupları	1-2 Yaş	103	36,5
	2.1-3 Yaş	80	28,4
	3.1-4 Yaş	71	25,2
	4.1-5 Yaş	28	9,9
Cinsiyet	Kız	149	52,8
	Erkek	133	47,2
Yuvaya Gitme	Giden	38	13,5
	Gitmeyen	244	86,5
Vitamin ve Mineral	Alan	61	21,6
	Almayan	221	78,4
BKİ Persentilleri	Zayıf	0	0
	Normal	231	81,9
	Fazla Tartılı	51	18,1
	Kilolu	0	0
	Toplam	282	100,0

Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı; %36,5'i 1-2 yaş, %28,4'ü 2.1-3 yaş, %25,2'si 3.1-4 yaş ve %9,9'u 4.1-5 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunu oluşturan çocukların cinsiyet oranları; % 52,8'i kız ve %47,2'si erkek'dir. Bunların % 13,5 'i yuvaya gitmektedir. Çocuklardan %78,4'ü vitamin ve mineral desteği almamaktadır. Çocukların BKİ persentilerine göre dağılımı; %81,9'u normal ve %18,1'i fazla tartılı olarak saptanmıştır (Tablo:6.1.1).

**Tablo 6.1.2.Çocukların Geçmiş 0-1 Yaş Dönemi Beslenme Öyküsü (N:282)**

0-1 Yaş Arası Beslenme			n	%
Ek Gıdalara Başlanan Besin Grubu	Süt ve Süt Ürünleri	Evet	62	22,0
		Hayır	220	78,0
	Et, Yumurta ve Kuru baklagiller	Evet	18	6,4
		Hayır	264	93,6
	Tahıllar ve Tahıl Ürünleri	Evet	13	4,6
		Hayır	269	95,4
	Taze Sebze ve Meyveler	Evet	203	72,0
		Hayır	79	28,0
		Toplam	282	100,0

Çalışmada ebeveynler çocuklarının; %22'si ek gıdaya süt ve süt ürünleriyle ve %72'si taze sebze ve meyveler ile başladıklarını ifade etmişlerdir (**Tablo6.1.2**).

**Tablo 6.1.3.Çocukların Geçmiş 0-1 Yaş Dönemin de Ek Gıdalara Başlarken Yaşanılan Zorluklar (N:282)**

Ek Gıdalar		n	%
Ek Gıdalara Başlarken Zorluk	Yaşayan	51	18,1
	Yaşanmayan	231	81,9
	Toplam	282	100,0
Yaşanılan Zorluklar	Yutma Güçlüğü ve Kusma	14	27,5
	Yemek Yemeği Reddetmek	16	31,5
	İştahsızlık Durumunun Olması	4	7,8
	Tad Değişikliği/Yiyecek Ayrımı	8	15,6
	Alışma Süresi	4	7,8
	Ek Gıdaları Sevmemesi	5	9,8
	Toplam	51	100,0

Çalışmaya katılan ebeveynler, çocuklarının; %18,1'i ek gıdalara başlarken zorluk yaşadığını belirtmiştir. Bu yaşanan zorlukları ise; %23,6'sı yutma güçlüğü ve kusma,

%31,5'i yemek yemeyi reddetme ve %9,8'i ek gıdaları sevmeme olduğunu ifade etmişlerdir(Tablo6.1.3).

**Tablo 6.1.4.Çocukların Şu Anki Beslenme Durumlarının Yaşlarına Göre Dağılımı (N:282)**

Beslenme Durumu		n	%	
Şuanda Çocuğu Nasıl Beslendiği	1-2 Yaş	Anne Sütü ve Ek Gıdalar	29	10,2
		Anne Sütü ve Mama	1	0,3
		Ek Gıdalar	3	1,06
		Ek Gıdalar ve Mama	9	3,07
		Ek Gıdalar, Mama ve Anne Sütü	9	3,07
		Normal Gıdalar/ Ailenin Yediği	52	18,4
	2.1-5 Yaş	Anne Sütü ve Ek Gıdalar	4	2,1
		Anne Sütü ve Mama	0	0,0
		Ek Gıdalar	0	0,0
		Ek Gıdalar ve Mama	2	0,6
		Ek Gıdalar, Mama ve Anne Sütü	0	0,0
		Normal Gıdalar/Ailenin Yediği	173	61,2
		Toplam	282	100,0

Çalışmamızda 1-2 yaş arası çocukların şuanda beslenme durumlarına bakıldığında %10,2'si anne sütü ve ek gıdalar ile ve %18,4'ü ise normal gıdalar/ailenin yediği ile beslendiği saptandı.2.1-5 yaş arasında ise; %61,2'sinin normal gıdalar/ailenin yediği ile beslendiği belirlenmiştir (Tablo 6.1.4).

**Tablo6.1.5.Çocukların Beslenme Sorunlarının ve Sağlık Problemlerinin Dağılımı(N:282)**

<b>Beslenme Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Beslenme Sorunu Yaşama	Evet	86	30,5
	Hayır	196	69,5
Beslenme Sorunları	İştahı Az	42	48,8
	Çok Az Çeşitte Yemek Yeme	34	39,5
	Sıvı İçecekleri Katı Yiyeceklere Tercih Etme	4	4,7
	Yavaş Beslenme	4	4,7
	Bulantı ve Kusma	2	2,3
	Toplam	86	100,0
Sağlık Problemleri	Kusma	9	3,2
	Kabızlık	36	12,8
	Karın Ağrısı ve Gaz Sancısı	22	7,8
	Yok	215	76,2
	Toplam	282	100,0

Çalışmamızda ebeveynler çocuklarının; %76,2'si herhangi bir sağlık probleminin olmadığını; %3,2'sinin kusma, %12,8'nin kabızlık ve %7,8'inin karın ağrısı, gaz şikayetlerinin olduğunu belirtmiştir. Çocuğunun beslenme sorununun olduğunu düşünen aileler %30,5 oranındadır. Beslenme sorunlarını; %48,8'i iştahı az ve %39,5'i çok az çeşitte yemek yer olarak ifade etmişlerdir (**Tablo 6.1.5**).

**Tablo 6.1.6.Çocukların Öğünlerle İlgili Özelliklerinin Dağılımı(N:282)**

Öğünlerle İlgili Özellikler		n	%
Günde Yediği Öğün Sayısı	2 Öğün	10	3,5
	3 Öğün	84	29,9
	4 Öğün	96	34,0
	5 Öğün	92	32,6
Bir Öğünün Ortalama Süresi	10 dk az	54	19,1
	10-20 dk	112	39,7
	20-30 dk	68	24,1
	30-60 dk	14	5,0
	1 Saatten Fazla	9	3,2
	Değişiyor	25	8,9
Öğün Saatlerinin Düzeni	Düzenli	213	75,5
	Düzensiz	69	24,5
Öğün Aralarında Abur-Cubur Yenmesi	Yiyen	162	57,4
	Yemeyen	120	42,6
	Toplam	282	100,0
Öğün Saatlerinin Düzensiz Olmasının Nedenleri	Ne Zaman İsterse	27	39,2
	Zoraki Yemesi/İştahsız Olması	8	11,6
	Geniş Aile Olduğu İçin	2	2,9
	Uyku Saatlerinden Kaynaklı	23	33,4
	Çalışan Anne- Baba Olması	4	5,8
	Sevdiği Yemeklerin Olmaması	1	1,4
	Yemek Sürelerinin Uzun Olması	3	4,3
	Sürekli İştahlı Olması	1	1,4
	Toplam	69	100,0

Çalışmamızda çocukların günlük öğün sayıları incelendiğinde; %29,8'i 3 öğün, %34,0'ü 4 öğün ve %32,6'sının 5 öğün yemek yediği belirlendi. Ortalama öğün süreleri incelendiğinde; %19,1'i 10 dk az, %39,7'si 10-20dk arası ve %24,1'i 20-30dk arası olarak saptanmıştır.%75,5'i yemek saatlerinin düzenli olduğunu ifade etmişlerdir. Yemek saatlerinin düzensiz olduğunu ifade edenlerin düzensiz olma nedenleri ise; %39,1'i ne zaman acıkırsa/ne zaman canı isterse, %11,6'sı iştahsız olmasından dolayı ve %33,3'ü uyku saatlerinden kaynaklı olduğunu; %57,4'ü öğün aralarında abur-cubur yemekte olduğunu ifade etmiştir(**Tablo6.1.6**)



**Tablo 6.1.7.Çocukların Evde Beslenme Şeklinin Yaşlarına Göre Dağılımı(N:282)**

Beslenme Şekli		n	%	
Evde Beslenme Şekli	1-2 Yaş	Kucakta	7	2,5
		Aile ile Sofrada	49	17,4
		Mama Sandalyesi	27	9,6
		Masa /Sandalye	4	1,4
		Kanepe /Koltuk	6	2,2
		Yer Sofrası	8	2,8
		Bebek Arabası	2	0,7
	2.1-5 Yaş	Kucakta	0	0
		Aile İle Sofrada	114	40,5
		Mama Sandalyesi	12	4,2
		Masa /Sandalye	19	6,7
		Kanepe /Koltuk	17	6
		Yer Sofrası	10	3,5
		Bebek Arabası	7	2,5
Toplam	282	100,0		

Çalışmamızda 1-2 yaş arasında çocukları olan ebeveynler;%17,4'nün aile sofrasında ve %9,6'sının aile ile sofrada beslendiğini belirttiler.2.1-5 yaş arasında çocukları olan ebeveynler ise; %40,5'i aile ile sofrada ve %6,7 oranında ise masa/sandalyede beslendiğini ifade ettiler (Tablo6.1.7).

**Tablo 6.1.8.Çocukların Kendi Kendilerine Başarabildiği Becerilerin Yaşlarına Göre Dağılımı(N:282)**

Beceriler		n	%		
1-2 Yaş	Biberon Kullanma Durumu	Evet	59	20,9	
		Hayır	223	79,1	
	Kendi Kendine Bardak Tutabilmesi	Evet	85	30,1	
		Hayır	197	69,9	
	Kendi Tabagından Yemesi	Evet	75	26,5	
		Hayır	207	73,5	
	Kaşığı Kendi Başına Kullanması	Evet	51	18	
		Hayır	231	82	
	Aile Sofrasına Oturması	Evet	91	32,2	
		Hayır	191	67,8	
	2.1-5 Yaş	Biberon Kullanma Durumu	Evet	46	16,3
			Hayır	236	83,7
Kendi Kendine Bardak Tutabilmesi		Evet	177	62,7	
		Hayır	105	37,3	
Kendi Tabagından Yemesi		Evet	172	60,9	
		Hayır	110	39,1	
Kaşığı Kendi Başına Kullanması		Evet	167	59,2	
		Hayır	115	40,8	
Aile Sofrasına Oturması		Evet	171	60,6	
		Hayır	111	39,4	
		Toplam	282	100,0	

Çalışmamızda 1-2 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler; %20,9'u biberon kullanmakta, %30,1'i kendi kendine bardak tutabilmekte; %26,5'nin kendi tabağından yemek yemekte; %18'nin kaşığı kendi başına kullanmakta olduğunu ve %32,2 sinin aile sofrasına oturmakta olduğunu belirttiler.

2.1-5 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler ise; %16,3'nün biberon kullanmakta, %62,7'sinin kendi kendine bardak tutabilmekte; %60,9'nun kendi tabağından yemek yemekte; %59,2'nin kaşığı kendi başına kullanmakta olduğunu ve %60,6'sının aile sofrasına oturmakta olduğunu ifade ettiler (**Tablo6.1.8**).

**Tablo 6.1.9. Çocuklara Yemek İle İlgili Verilen Ceza/Ödüllerin Dağılımı (N:282)**

Ceza/ Ödüller		n	%	
Yemek İle İlgili Ceza	Evet	20	7,1	
	Hayır	262	92,9	
Yemediğinde Verilen Cezalar	Aç Bırakma	Evet	1	0,4
		Hayır	281	99,6
	T.v. İzlememe	Evet	9	3,2
		Hayır	273	96,8
	Odasında Kalma	Evet	2	0,7
		Hayır	280	99,3
	Oyun Oynamama	Evet	1	0,4
		Hayır	281	99,6
	Parka Götürmeme	Evet	8	2,8
		Hayır	274	97,2
Yediğinde Verilen Ödüller	Şeker, Çikolata, Cips Verme	Evet	30	10,6
		Hayır	252	89,4
	İstedini Yapma	Evet	81	28,7
		Hayır	201	71,3
	Gezmeye Götürme	Evet	147	52,2
		Hayır	135	47,8
	Oyuncak Alma	Evet	20	7,1
		Hayır	262	92,9
Toplam		282	100,0	

Çalışmamızda ailelerin %7,1'i çocuğu yemek yemediğinde ceza vermekte olduğunu belirtmiştir. Ailelerin çocuklarının yemeklerini yemediğinde verdikleri cezaları ise;

%0,4'ü aç bırakma, %3,2'si T.v. izlememe, %0,7'si odasında kalma, %0,4'ü oyun oynamama ve %2,8' de parka götürmeme yasağı olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada ailelerin çocuklarını ödüllendirme şekillerine bakıldığında ise; %10,6'sı şeker, çikolata ve cips ile, %28,7'i istediği bir şeyi yapma ile ve %52,2'i gezmeye götürme diye ödüllendirdiğini belirtmiştir(**Tablo6.1.9**).

**Tablo 6.1.10.Çocukların İnek sütü İçme Durumuna Göre Dağılımı(N:282)**

İnek Sütü		n	%
İnek Sütüne Başlama Zamanı	1 Yaş Altı	28	10,2
	1 Yaş Üstü	246	89,8
	Toplam	274	100,0
Çocuğun Günlük Süt İçme Miktarı	Hiç İçmiyor	8	2,8
	1 Su Bardağından Az	58	20,6
	1 Su Bardağı	123	43,6
	2 Su Bardağı	63	22,4
	2 Su Bardağından Fazla	30	10,6
	Toplam	282	100,0

Ebeveynler çocuklarının; inek sütü içme zamanını ise, %89,8'i 1 yaş üstü olarak; çocuğun günlük süt içme miktarı değerlendirildiğinde; %20,6'sı 1 su bardağından az, %43,6'sı 1 su bardağı ve %22,3'ü 2 su bardağı süt tükettiklerini ifade etmiştir (**Tablo 6.1.10**).

**Tablo 6.1.11.Çocukların İştahsızlık Durumuna Göre Dağılımı(N:282)**

İştahsızlık Durumu		n	%
Çocukta İştahsızlık	Var	127	45,0
	Yok	155	55,0
	Toplam	282	100,0
Çocuğun İştahsız Olduğuna Neye Göre Karar Verildiği	Diğer Çocuklarla Karşılaştırma	12	9,4
	Tabağındaki Yemeği Bitirme	43	33,9
	Kilosu	58	45,7
	Hepsi	14	11,0
	Toplam	127	100,0

Ebeveynlerin %45'i çocuğunun iştahsız olduğunu ifade etmiştir. Çocuğun iştahsız olduğunu ise; %14,9'u diğer çocuklarla karşılaştırılarak, %33,9'u tabağındaki yemeği bitirmesine göre ve %51,2'si de kilosuna göre karar verdiğini belirtmişlerdir (**Tablo 6.1.11**).

**Tablo 6.1.12.Çocukların Sevdiği Besin Gruplarının Dağılımı(N:282)**

Sevdiği Besin/Besin Grupları		n	%
Süt ve Süt Ürünleri	Evet	86	30,5
	Hayır	196	69,5
Et, Yumurta ve Kuru Baklagiller	Evet	100	35,5
	Hayır	182	64,5
Tahıllar ve Tahıl Ürünleri	Evet	23	8,2
	Hayır	259	91,8
Taze Sebze ve Meyve Ürünleri	Evet	56	19,9
	Hayır	226	80,1
Hepsi	Evet	74	26,2
	Hayır	208	73,8
	Toplam	282	100,0

Çalışmada ebeveynler çocuklarının; %30,5'i süt ve süt ürünlerini, %35,5'i et, yumurta ve kurubaklagilleri, %8,2'si tahıl ve tahıl ürünlerini, %19,9'u taze sebze ve meyve ürünlerini ve %26,2'si tüm besin gruplarını sevdiğini belirtmiştir (**Tablo 6.1.12**).

**Tablo 6.1.13. Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı(N:282)**

Beslenme Alışkanlıkları		n	%
Sebze Yeme	Evet	194	68,8
	Hayır	88	31,2
Robot / Mikserde Hazırlanmış Yiyecek	Veriliyor	166	58,9
	Verilmiyor	116	41,1
Robot/Mikserde Hazırlanmış Yiyeceklerin Verilme Süresi	1 Yaşa Kadar	129	45,7
	1.1-2 Yaş Arası	136	48,2
	2 Yaştan Sonra	17	6,1
Yemeğin Suyunu/ Tanelerini yeme	Tanelerini	9	3,2
	Suyunu	22	7,8
	İkisini Birden	251	89,0
	Toplam	282	100,0

Çalışmada aileler çocuklarının; %68,8'i sebze yemeklerini sevdiğini;%58,9'u robot/mikserde hazırlanmış yiyecek verdiğini belirtmiştir. Robot/mikserde hazırlanmış yiyecekleri kaç yaşına verilme durumunu ise;1yaşa kadar %45,7'ne, 1.1-2 yaş arası %48,2'ne, 2 yaştan sonra %6,1'ne ve yemeğin suyunu mu tanelerini mi yediğinde ise %3,2'si tanelerini, %7,8'i suyunu,%89'u ikisini birden olarak ifade etmişlerdir (**Tablo:6.1.13**).

**Tablo 6.1.14.Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N:282)**

Tanıtıcı Özellikler		n	Ort	Ss	t	p
Cinsiyet	Kız	149	16,15	1,62	-0,60	0,54
	Erkek	133	16,26	1,44		
Yuvaya Gitme	Evet	38	15,70	1,44	-2,17	<b>0,03 *</b>
	Hayır	244	16,28	1,54		
Vitamin ve Mineral Alma	Evet	61	15,98	1,36	-1,29	0,19
	Hayır	221	16,26	1,58		

t:Student t testi

\* P<0,05

Araştırmaya katılan çocukların BKİ puanları ortalamalarının cinsiyet ve aldığı vitamin ve mineral olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların BKİ puanları ortalamalarının yuvaya gitme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2,17$ ;  $p=0,031<0,05$ ). Yuvaya gitmeyen çocukların BKİ puanları ( $x=16,28$ ), yuvaya gidenlerin BKİ puanlarından ( $x=15,70$ ) yüksek bulunmuştur (**Tablo 6.1.14**).

**Tablo 6.1.15.Çocukların Beslenme Özelliklerine Göre BKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N:282)**

Şu Anki Beslenme Özellikleri		n	Ort	Ss	t	p
Beslenme Sorunu	Var	86	15,43	1,19	-5,85	<b>0,00 *</b>
	Yok	196	16,54	1,55		
Öğün Saatleri	Düzenli	213	16,29	1,56	1,69	0,09
	Düzensiz	69	15,93	1,43		
Öğün Aralarında Abur-Cubur Yenme	Yiyen	162	16,06	1,56	-1,74	0,08
	Yemeyen	120	16,39	1,49		
Aile Sofrasına Oturma	Evet	262	16,22	1,54	0,74	0,45
	Hayır	20	15,95	1,55		
Kendi Kendine Beslenme	Evet	186	16,25	1,50	0,71	0,47
	Hayır	96	16,11	1,61		
İştahsız Olması	Evet	127	15,71	1,40	-5,07	0,00 *
	Hayır	155	16,61	1,53		
İçecekleri İçme	Biberonla	44	16,23	1,51	0,12	0,90
	Bardakla	238	16,20	1,55		

t:Student t test

\* P<0,05

Çalışmaya katılan çocukların BKİ persentil ortalamalarının şu anda çocuğun beslenme sorununun olup olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-5,85;p=0,00<0,05$ ). Beslenme sorununun olmaması durumunda BKİ puanları ( $x=16,54$ ), olması durumundaki BKİ puanlarından ( $x=15,43$ ) yüksek bulunmuştur.

Çocukların BKİ puanları ortalamalarının yemek saatlerinin düzeni, öğün aralarında abur-cubur yenmesi, biberon kullanma durumu, aile sofrasına oturması, kendi kendini beslenmesi ve içecekleri biberonla mı bardakla içtiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).



Çalışmamızdaki çocukların BKİ puanları ortalamalarının çocuğunun iştahsız olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-5,07$ ;  $p=0,00<0,05$ ). İştahsız olan çocukların BKİ puanları ( $x=15,71$ ), iştahlı olan çocukların BKİ puanlarından ( $x=16,61$ ), düşük bulunmuştur (**Tablo6.1.15**).

## 6.2.Aileye Yönelik Özellikler

**Tablo 6.2.1. Ailenin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı(N:282)**

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Annenin Eğitimi	İlkokul Mezunu	61	21,6
	Ortaokul Mezunu	32	11,3
	Lise Mezunu	97	34,5
	Üniversite ve Üzeri	92	32,6
Annenin Sağlık Durumu	İyi-Sağlıklı	275	97,5
	Kötü-Sağlıksız	3	1,1
	Orta-Normal	4	1,4
Babanın Eğitimi	İlkokul Mezunu	58	20,6
	Ortaokul Mezunu	26	9,2
	Lise Mezunu	108	38,3
	Üniversite ve Üzeri	90	31,9
Babanın Sağlık Durumu	İyi-Sağlıklı	273	96,8
	Kötü-Sağlıksız	2	0,7
	Orta-Normal	7	2,5
	Toplam	282	100,0

Çalışmamızda annelerin eğitim düzeyi; %21,6'sı ilkokul mezunu, %11,3'ü ortaokul mezunu, %34,5'i lise mezunu, %32,6'sı üniversite ve üzeri mezun olduğunu

belirtmiştir. Annelerin kendi ifadelerine göre sağlık durumu ise; %97,5'i iyi-sağlıklı, %1,1'i kötü-sağlıksız ve %1,4'ü orta-normal olarak ifade etmiştir.

Babaların eğitim düzeyi; %20,6'sı ilkokul mezunu, %9,2'si ortaokul mezunu, %38,3'ü lise mezunu, %31,9'u üniversite ve üzeri mezun olduğunu belirtmiştir. Babaların kendi ifadelerine göre sağlık durumu ise; %96,8'i iyi-sağlıklı, %0,7'si kötü-sağlıksız ve %2,5'i orta-normal olarak ifade etmiştir (**Tablo 6.2.1**).

**Tablo 6.2.2. Aile Özelliklerinin Dağılımı(N:282)**

<b>Ailenin Özellikleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Aile Tipi	Çekirdek Aile	243	86,2
	Geniş Aile	37	13,1
	Parçalanmış Aile	2	0,7
Sosyal Güvencesi	Var	267	94,7
	Yok	15	5,3
Aylık Gelir Düzeyi	Kötü	2	0,7
	Ortanın Altı	13	4,6
	Orta	186	66,0
	Ortanın Üstü	77	27,3
	Yüksek	4	1,4
Ailenin Gelirinin Yeterliliği	Yeterli	197	69,9
	Yetersiz	85	30,1
Mutfak Harcamalarına Yeterli Miktarda Para Ayrılması	Ayrılıyor	246	87,2
	Ayrılmıyor	36	12,8
Anne Çalışıyorsa Çocuğa/Çocuklara Bakan	Anneanne/Babaanne	70	64,2
	Bakıcı	8	7,3
	Yuva	18	16,5
	Hala/Teyze	13	11,9
Çocuğun Bakımında En Çok Sözü Geçen Birey	Anne	251	89,0
	Baba	19	6,7
	Evın Büyükleri	12	4,3
Ailede Kararların Alınması	Ortak	257	91,1
	Baba	13	4,6
	Anne	7	2,5
	Büyükanne/Büyükbaba	5	1,8
	Toplam	282	100,0

Çalışmamızda ailelerin %86,2'si çekirdek aile, %13,1'i geniş aile ve %0,7'si parçalanmış ailedir.%94,7'sinin sağlık güvencesi olduğunu belirtti. Aileler aylık gelirini; %0,7'sinin kötü, %4,6'sının ortanın altında, %66,0 'sının orta,%27,3'nün ortanın üstü ve %1,4'ü yüksek olarak belirtti. Araştırmada %69,9'u aylık gelirini yeterli olduğunu belirtmiştir. Ailelere mutfak harcamalarına yeterli miktarda para ayrılıp-ayrılmadığını sorduğumuzda; %87,2'si ayrılıyor olarak ifade etmiştir.

Anne çalışıyorsa çocuğa/çocuklara bakanlarla ilgili olguların;%64,2'si Anneanne/Babaanne ve % 16,5'i yuva tarafından bakıldığını belirtmiştir. Çocuğun bakımında %89.0'u oranında annenin sözü geçtiği ifade edilmiştir. Ailede kararların alınmasında ; %91,1'i ortak olarak belirtmiştir (**Tablo 6.2.2**).

**Tablo 6.2.3. Ailenin Beslenme Özelliklerinin Dağılımı(N:282)**

<b>Ailenin Beslenme Özellikleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Ailede Yemek Ayırt Eden Kimsenin Varlığı	Yok	147	52,1
	Var	135	47,9
Evde Düzenli Kahvaltı Yapılması	Evet	256	90,8
	Hayır	26	9,2
Ailenin Günde Tükettiği Öğün Sayısı	2 Öğün	28	9,9
	3 Öğün	242	85,8
	4 Öğün ve üzeri	12	4,3
En Sık Atladığınız Öğün	Sabah Kahvaltısı	33	11,7
	Öğle Yemeği	221	78,4
	Akşam Yemeği	28	9,9
En Düzenli Yenilen Öğün	Sabah Kahvaltısı	159	56,4
	Öğle Yemeği	23	8,2
	Akşam Yemeği	100	35,4
Ailede En Az Tüketilen Besin Grubu	Süt ve Süt Ürünleri	59	20,9
	Et, Yumurta, Kuru Baklagiller	20	7,1
	Tahıllar ve Tahıl Ürünleri	159	56,4
	Taze Sebze ve Meyve Ürünleri	44	15,6
	Toplam	282	100,0

Çalışmamızda ailelerin % 47,9 ‘u evde yemek ayırt eden birinin olduğunu; % 90,8’i evde düzenli kahvaltı yapıldığını ifade etmiştir. Ebevenylere günlük öğün sayıları sorulduğunda; 3 öğün yemek yiyenler %85,8 oranında; 2 öğün yemek yiyenler %9,9 oranında ve 4 öğün ve üzeri yemek yiyenlerin %4,3 oranında olduğu saptanmıştır.

Ailelerin en sık atladıkları öğün %78,4 oranında öğle yemeği; en düzenli yedikleri öğünün ise %56,4 oranında sabah kahvaltısı olduğu saptanmıştır.

Aileler en az tükettikleri besin gruplarını ise; %20,9'u oranında süt ve süt ürünleri, %56,4 'i oranında tahıllar ve tahıl ürünleri ve %15,6'sı oranında taze sebze ve meyve ürünleri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.2.3).

### 6.3.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği ile Karşılaştırılması

Tablo 6.3.1.Aile Ortamı Ölçeğinin BKİ Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
BKİ	Genel	17,07	22,65	0,00 *	3,62	0,02	0,01
	Birlik Beraberlik	0,03	1,84	0,06			
	Denetim	-0,08	-2,67	0,00 *			

#### R<sup>2</sup> Regrasyon Analizi

\* p<0,05

Birlik beraberlik, denetim ile BKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(F=3,62; p=0,02<0.05). Çocukların BKİ düzeyinin belirleyicisi olarak birlik beraberlik, denetim değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür(R<sup>2</sup>=0,01). Ailenin birlik beraberlik düzeyi çocuğun BKİ düzeyini etkilememektedir(p=0.06>0.05).Ailenin denetim düzeyi çocukların BKİ düzeyini azaltmaktadır( $\beta$ =-0,08)(Tablo 6.3.1).

**Tablo 6.3.2. Çocukların Beslenme Özellikleri ile Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması(N:282)**

Beslenme Özellikleri	AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ																	
	Düzenli Kahvaltı Yapma						Vitamin ve Mineral Alma						Ek gıdalara Başlarken Zorluk Yaşama					
	Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
<b>n</b>	256	26	256	26	256	26	61	221	61	221	61	221	51	231	51	231	51	231
<b>Ort</b>	42,98	42,73	27,69	27,19	70,67	69,92	44,32	42,57	27,39	27,72	71,72	70,29	41,37	43,30	26,86	27,82	68,23	71,13
<b>Ss</b>	6,11	6,14	3,68	2,88	8,86	8,24	5,20	6,29	3,20	3,72	7,61	9,08	5,16	6,25	3,59	3,60	7,51	8,98
<b>t</b>	0,19		0,67		0,41		1,98		-0,62		1,11		-2,05		- 1,72		-2,14	
<b>P</b>	0,84		0,50		0,67		<b>0,04 *</b>		0,53		0,26		<b>0,04 *</b>		0,08		<b>0,03 *</b>	

**t=Student t testi**

**\*P<0,05**

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının evde düzenli kahvaltı yapılması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(p>0,05).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik puanları ortalamalarının aldığı vitamin ve mineral alıp almaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=1,98$   $p=0,04<0,05$ ). Aldığı vitamin ve mineral olanların birlik beraberlik puanları ( $x=44,32$ ), olmayanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=42,57$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının aldığı vitamin ve mineral alıp almaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik puanları ortalamalarının ek gıdalara başlarken zorluk yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2,05$ ;  $p=0,04<0,05$ ). Zorluk yaşamayanların birlik beraberlik puanları ( $x=43,30$ ), zorluk yaşayanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=41,37$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların denetim puanları ortalamalarının ek gıdalara başlarken zorluk yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların aile ortamı genel puanları ortalamalarının ek gıdalara başlarken zorluk yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2,14$ ;  $p=0,03<0,05$ ). Zorluk yaşamayanların aile ortamı genel puanları ( $x=71,13$ ), zorluk yaşayanların aile ortamı genel puanlarından ( $x=68,23$ ) yüksek bulunmuştur (**Tablo 6.3.2**).



**Tablo 6.3.2. Çocukların Beslenme Özellikleri ile Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması(N:282)**

Beslenme Özellikleri	AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ																		
	Beslenme Sorunu Olma						Yemek Saatlerinin Düzeni						İştahsız Olma						
	Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet
<b>n</b>	86	196	86	196	86	196	213	69	213	69	213	69	127	155	127	155	127	155	
<b>Ort</b>	42,36	43,21	27,79	27,58	70,15	70,80	43,01	42,76	27,57	27,87	70,59	70,63	42,14	43,62	27,45	27,80	69,59	71,43	
<b>Ss</b>	5,10	6,49	2,82	3,91	6,92	9,51	5,82	6,96	3,69	3,36	8,65	9,28	6,14	6,01	3,59	3,64	71,43	8,89	
<b>t</b>	-1,08		0,43		-0,57		0,29		-0,58		-0,03		-2,04		-0,80		-1,74		
<b>P</b>	0,23		0,62		0,51		0,76		0,56		0,97		<b>0,04 *</b>		0,42		0,08		

t=Student t testi

\*P<0,05

Çalışmamıza katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının şu anda çocuğun beslenme sorununun olup olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(p>0,05).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının yemek saatlerinin düzeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik puanları ortalamalarının çocuğunuz iştatsız olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2,04;p=0,04<0,05$ ). İştatsız olmayanların birlik beraberlik puanları ( $x=43,62$ ), iştatsız olanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=42,14$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının çocuğunuz iştatsız olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (**Tablo 6.3.2**).

**Tablo 6.3.2.Çocukların Beslenme Özellikleri ile Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması(N:282)**

Beslenme Özellikleri	AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ																	
	Aile Sofrasına Oturma						Akşam Yemeğini Aile İle Yeme						Öğün Aralarında Abur Cubur Yenmesi					
	Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
<b>n</b>	262	20	262	20	262	20	227	55	227	55	227	55	162	120	162	120	162	120
<b>Ort</b>	43,11	40,95	27,66	27,40	70,77	68,35	43,30	41,52	27,75	27,20	71,06	68,72	42,81	43,15	27,82	27,41	70,63	70,56
<b>Ss</b>	6,02	7,00	3,66	2,90	8,75	9,25	5,97	6,48	3,70	3,20	8,80	8,58	6,73	5,16	3,70	3,49	9,41	7,92
<b>t</b>	1,52		0,31		1,19		1,94		1,02		1,77		-0,45		0,92		0,06	
<b>p</b>	0,12		0,75		0,23		0,05		0,30		0,07		0,63		0,35		0,94	

**t=Student t testi**

**\*P<0,05**

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının aile sofrasına oturması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ )

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının akşam yemeğini aile ile yeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının öğün aralarında abur-cubur yenmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (**Tablo 6.3.2**).

**Tablo6.3.3.Çocukların Kendi Kendilerine Başarabildiği Beceriler ile Aile Ortamı Ölçeğinin Karşılaştırılması(N:282)**

Beceriler	AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ																	
	Kendi Kendine Beslenmesi						Kendi Tabagından Yemesi						Kaşığı Kendi Başına Kullanma					
	Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel		Birlik Beraberlik		Denetim		Aile Ortamı Genel	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
<b>n</b>	186	96	186	96	186	96	247	35	247	35	247	35	218	64	218	64	218	64
<b>Ort</b>	43,26	42,35	27,86	27,22	71,13	69,58	43,00	42,60	27,72	27,08	70,73	69,68	42,76	43,62	27,70	27,46	70,46	71,09
<b>Ss</b>	6,11	6,08	3,64	3,55	8,87	8,60	6,25	4,98	3,51	4,26	8,82	8,66	6,36	5,15	3,61	3,65	8,94	8,31
<b>t</b>	1,19		1,40		1,40		0,36		0,985		0,66		-0,99		0,45		-0,50	
<b>P</b>	0,23		0,16		0,16		0,66		0,326		0,50		0,2		0,65		0,61	

**t=Student t testi**

**\*P<0,05**

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının kendi kendini beslenmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(p>0,05).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının kendi tabağından yemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının kaşığı kendi başına kullanması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (**Tablo 6.3.3**).

## 7. TARTIŞMA

1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşiminin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırma, İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan ve takip edilen çocuklar ve aileleri ile 282 sağlam çocukla gerçekleştirilmiş olup elde edilen veriler literatür bilgilerinin ışığı altında üç ana başlık altında incelendi.

**7.1.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Tartışılması,**

**7.2.Aileye Yönelik Özelliklerin Tartışılması,**

**7.3.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması yapıldı.**

### **7.1.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Tartışılması**

Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı; %36,5'i 1-2 yaş, %28,4'ü 2.1-3 yaş, %25,2'si 3.1-4 yaş ve %9,9'u 4.1-5 yaş arasında olduğu belirlenmiştir(**Tablo:6.1.1**).

Çalışmamızda yaş aralıkları büyüdükçe çocuk sayısının azalma nedeni; bu yaş gruplarında izlem sıklığının azalmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunu oluşturan çocukların cinsiyet oranları; % 52,8'i kız ve %47,2'si erkek'dir.Bunların % 13,5 'i yuvaya gitmektedir.Çocuklardan %78,4'ü vitamin ve mineral desteği almamaktadır(**Tablo:6.1.1**).

Sarıtekin ve Dindar'ın (2013) de yaptığı çalışmada; araştırmaya katılan 417 çocuğun 199'u (%47.7'si) kız, 218'i (%52.3'u) erkek idi (Sarıtekin ve Dindar, 2013).

TBSA (2010 ) çalışmasında; seçilen hanelerde ulaşılan 0-5 yaş grubu çocukların %51.7'si erkek, %48.3'ü kızdır.

İki yaşına kadar çocuğa bir multivitamin preparatı vermek, oldukça yaygın bir uygulamadır. Aslında dengeli beslenen bir çocuğun vitamin preparatına ihtiyacı yoktur. Mineral preparatları ise genellikle yeteri kadar kalsiyum ve demir içermezler (Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002).

Çalışmada çocukların okul öncesi eğitim kurumuna oldukça yüksek oranda gitmemelerini, annelerin büyük oranda çalışmamalarına ve yaş gruplarının 2-3 yaşta yoğunlaşmasına bağlamaktayız.

Çocukların BKİ persentilerine göre dağılımı; %81,9'u normal ve %18,1'i fazla tartılı olarak saptanmıştır(**Tablo:6.1.1**).

TNSA-2013'te Türkiye'deki çocukların beslenme durumunu incelemek için görüşülen annelerin 5 yaş altındaki tüm çocukları için hem boy hem de ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Bu bilgilerin ışığında çocukların beslenme durumlarını açıklamak için standart göstergeler hesaplanmıştır: yaşa-göre-boy, boya göre-ağırlık ve yaşa-göre ağırlık. Bu göstergeler çocuklarda hem yetersiz beslenmeyi hem de fazla kiloluluk/şişmanlığı incelemek için kullanılmıştır.

Günümüzde boy ve ağırlık değerleri kullanılarak hazırlanan çeşitli indekslerden en geçerli olanı beden kitle indeksi "BKİ" dir (İlter, 2008).

Ece ve arkadaşlarının (2004) bir çalışmasında çocukların VKİ hesaplandığında, %2.1'i fazla kilolu, %0.9'u obez bulunmuştur (Ece ve ark., 2004). Bu çalışmada çocukların BKİ değerlerinin her iki cinsin 1/3'ünden fazlasında 75. persentil ve üzerinde olduğu bulundu. Buna göre çalışma grubunun normal persentil dilimlerine göre dağılım gösterdiği söylenebilir.

Çalışmada ebeveynler çocuklarının; %22'si ek gıdaya süt ve süt ürünleriyle ve %72'si taze sebze ve meyveler ile başladıklarını ifade etmişlerdir (**Tablo6.1.2**).

Dereli (2006)'da yaptığı çalışmasında; çocukların 0-1 yaş beslenme özellikleri incelendiğinde %73'ünün ilk 6 ay anne sütüyle beslendiği, ek gıdalara, benzer oranlarda meyve suyu ve yoğurt ile başladıklarını belirlemişlerdir (Dereli ,2006).

Tamamlayıcı besin olarak yoğurt başlanan çocukların oranı %89.0'dur ve ortalama 6.7'inci ayda başlanmıştır. Genelde peynire başlama zamanı 8.6 aydır ve çocukların %70.1'ne tamamlayıcı besin olarak verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).



Tamamlayıcı besinler; geçiş besinleri ve aile yemekleri olmak üzere iki gruptur. Geçiş besinleri, süt çocukları için özel hazırlanmış besinler olup, aile yemekleri ise ailenin diğeri fertlerinin tükettiğı sofraya yemekleridir. Tamamlayıcı beslenme için en uygun dönem 6-24 aylar arasındır (Öncü, 2007).

Çalışmada ailelerin çocuklara ek gıdalara başlarken uygun besin öğelerini seçtiklerini görmekteyiz.

Çalışmaya katılan ebeveynler, çocuklarının; %18,1'i ek gıdalara başlarken zorluk yaşadığını belirtmiştir. Bu yaşanan zorlukları ise; %23,6'sı yutma güçlüğü ve kusma, %31,5'i yemek yemeğı reddettiğini ve %9,8'i ek gıdaları sevmemesinden dolayı olduğunu ifade etmişlerdir(**Tablo6.1.3**).

Tamamlayıcı beslenmeye geçiş besinlerle ilk kez tanışan bebek için önemli bir adımdır ve bu dönemde yaşanan psikososyal sorunlar ilerleyen dönemlerde çocuğın büyümesini ve sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle beslenme sırasında çocuğın duyguları göz önüne alınmalı, yavaş ve sabırla, zorlamadan, farklı tatlar deneyerek beslenme alışkanlığı kazandırılmalıdır. Bir bebeğın yeni bir tada alışması için en az on kez tatması gerektiğı unutulmamalıdır (Devecioğlu ve Gökçay, 2012).

Ailelerin (%18,1) en çok ifade ettikleri durum olarak ek gıdalara başlarken zorluk yaşadıklarını belirttiler. Ayrıca ek gıdalar alışma dönemi boyunca çocuklarını çok sık kilo takibi yaptırdıklarını ifade ettiler.

Çalışmamızda 1-2 yaş arası çocukların şuan da beslenme durumlarına bakıldığında %10,2'si anne sütü ve ek gıdalar ile ve %18,4'ü ise normal gıdalar/ailenin yediğı ile beslendiğı saptandı.2.1-5 yaş arasında ise; %61,2'sinin normal gıdalar/ailenin yediğı ile beslendiğı belirlenmiştir (**Tablo 6.1.4**).

Temel özelliklere göre ortanca emzirme sürelerini göstermektedir. TNSA-2013'ten önceki üç yıl içinde doğan tüm çocuklar için ortanca emzirme süresi 16.7 aydır. Erkek çocuklar (18.0 ay) kız çocuklara (16.3 ay) göre daha uzun süre emzirilmektedir (TNSA, 2013).

Çalışmamızda da görüldüğü üzere yaş büyüdükçe normal gıdaları alma oranlarının arttığını görmekteyiz.

Çalışmamızda ebeveynler çocuklarının; %76,2'si herhangi bir sağlık probleminin olmadığını; %3,2'sinin kusma, %12,8'nin kabızlık ve %7,8'inin karın ağrısı, gaz şikayetlerinin olduğunu belirtmiştir. Çocuğunun beslenme sorununun olduğunu düşünen aileler %30,5 oranındadır. Beslenme sorunlarını; %48,8'i iştahı az ve %39,5'i çok az çeşitte yemek yer olarak ifade etmişlerdir (**Tablo 6.1.5**).

Beslenmenin nicelik ve nitelik bakımından eksikliği, gelişmeyi olumsuz etkiler. Çocuk sağlığı ve gelişimi üzerinde yapılan birçok araştırma, yeterli beslenme ile büyüme arasında önemli bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Tepe, 2010).

Dereli (2006) yapılan çalışmasında; çocukların 1-2 yaş arasındaki beslenme özellikleri incelendiğinde, anneler çocukların iştah durumunu %59.5 oranında çok/genellikle iyi olarak ifade ederken, %54.1 oranında beslenme sorunu olmadığını, %32.4'ünün ise iştahını az olduğunu ifade etmişlerdir (Dereli, 2006).

Beslenmede lifli besinlere az yer verilmesi(lif miktarının 6 g/ günden az olması) durumunda kabızlık gelişebilir (Kobak, 2009).Ailenin kendi çocuğunu başka çocuklarla karşılaştırarak ihtiyacından fazla besin vermesi şişmanlık sorununun ortaya çıkmasına veya çocuğun besinlere isteksizlik duymasına ve yemek istememesine yol açmaktadır (Tepe, 2010).

Çalışmada kabızlık oranının (%12,8) ve fazla kilolu çocukların (%18,1) oranının yüksek olması çocukların yeteri kadar lifli gıda almadığını ve ihtiyaçtan fazla besin verildiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada çocukların günlük öğün sayıları incelendiğinde; %29,8'i 3 öğün, %34,0'ü 4 öğün ve %32,6'sının 5 öğün yemek yediği belirlendi. Ortalama öğün süreleri incelendiğinde; %19,1'i 10 dk az, %39,7'si 10-20dk arası ve %24,1'i 20-30dk arası olarak saptanmıştır.%75,5'i yemek saatlerinin düzenli olduğunu ifade etmişlerdir. Yemek saatlerinin düzensiz olduğunu ifade edenlerin düzensiz olma nedenleri ise; %39,1'i ne zaman acıkırsa/ne zaman canı isterse, %11,6'sı iştahsız olmasından dolayı ve %33,3'ü uyku saatlerinden kaynaklı olduğunu; %57,4'ü öğün aralarında abur-cubur yemekte olduğunu ifade etmiştir (**Tablo6.1.6**).

Dereli (2006) yaptığı çalışmada; çocukların günlük öğün sayısının birbirine eş değer oranda 2 ve 3 öğünde yoğunlaştığı, bir öğün süresinin 20-30 dk. arasında daha fazla olduğu ve öğünlerin büyük oranda düzenli olup, öğün aralarında abur-cubur yendiği ifade edilmiştir (Dereli, 2006).

Ünal (1995) yaptığı bir araştırmada; ailelerin %88.24'ünün yemek saatlerinin düzenli olduğunu saptamıştır. Bu durumun çocukların beslenme konusunda düzenli yemek yeme davranışlarının geliştirilmesi açısından önemli olduğunu belirtmiştir (Ünal,2005).

Arlı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, 3-6 yaş arası çocukların yaklaşık %60'ında, günde 3 kezden fazla besin aldığı saptanmıştır (Arlı ve ark., 2006)

Bu çalışma sonuçları Arlı ve Ünal'ın çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda 1-2 yaş arasında çocukları olan ebeveynler;%17,4'nün aile sofrasında ve %9,6'sının aile ile sofrada beslendiğini belirttiler.2.1-5 yaş arasında çocukları olan ebeveynler ise;%40,5'i aile ile sofrada ve %6,7 oranında ise masa/sandalyede beslendiğini ifade ettiler (**Tablo6.1.7**).

Dereli'nin (2006)'da yaptığı çalışmada; çocukların yemeklerini %61,1 oranında aile sofrasında yediği saptanmıştır (Dereli, 2006).

Çalışmamızda da çocukların yaşları büyüdükçe aile sofrasında beslenme oranlarının arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda 1-2 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler; %20,9'u biberon kullanmakta, %30,1'i kendi kendine bardak tutabilmekte; %26,5'nin kendi tabağından yemek yemekte; %18'nin kaşığı kendi başına kullanmakta olduğunu ve %32,2 sinin aile sofrasına oturmakta olduğunu belirttiler (**Tablo6.1.8**).

Çocuğun bardaktan içebilmesi beslenme davranışının gelişiminde atacağı en önemli adımdır. Ek besinlere başlandığında bebekler kendi kendilerine yemek yemeyi denemek isterler.Şüphesiz bu dönemde çocuğun kendinin; beslemesinden çok etrafta yarattığı kirlilik ön plandadır. Çocuk kendi kendine beslenmesi konusunda teşvik edilmelidir. Çocuk bir yandan ellerini yiyecek tabağına sokup yemeğini mıncıklarken bir yandan da eliyle ağzına yiyecek götürmeyi dener.Çiğneme davranışının gelişimi ve

katı besinlere başlanmasıyla birlikte, bebek aileyle birlikte yemek yemeye başlayabilir. Çocuk için, beslenme zamanlarında bütün aile bireylerinin birlikte yemesi özellikle anne-babanın beslenme davranışını gözlemleyip model alması açısından çok önemlidir.

Çocuk kendi kendine beslenmeye başladığı andan itibaren bütün aile bireylerinin birlikte yemek yemesi, beslenme tutumu ve alışkanlığında aile geleneği oluşturulması ve en önemlisi yiyeceği yemeğin miktar ve çeşidine çocuğun kendisinin karar verebilmesi sağlıklı beslenme davranışının gelişimi için gereklidir (Nizamoğlu, 2006).

2.1-5 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler ise; %16,3'nün biberon kullanmakta, %62,7'sinin kendi kendine bardak tutabilmekte; %60,9'nun kendi tabağından yemek yemekte; %59,2'nin kaşığı kendi başına kullanmakta olduğunu ve %60,6'sının aile sofrasına oturmakta olduğunu ifade ettiler (**Tablo6.1.8**).

İkinci yılın yarılarında, çocuk kendi kendine yemek yemek için büyük istek duyar. Bu istek yerine getirilmelidir. Bu yaşta, çocuk bardakla kendi kendine su içebilir. Bu çağda, çeşitli besinlerin değeri her fırsatta çocuğa anlatılmalıdır. Çocuk büyüklerini taklit edeceğinden, yetişkinlerin, beslenme konusunda çocuklara iyi örnek olması gerekir (Baysal, 2012).

Çalışmamızda çocukların yaşları büyüdükçe kendi kendine yaptıkları becerilerin arttığını görmekteyiz.

Çalışmada ailelerin %7,1'i çocuğu yemek yemediğinde ceza vermekte olduğunu belirtmiştir. Ailelerin çocuklarının yemeklerini yemediğinde verdikleri cezaları ise; %0,4'ü aç bırakma, %3,2'si T.v. izlememe, %0,7'si odasında kalma, %0,4'ü oyun oynamama ve %2,8' de parka götürmeme yasağı olduğunu ifade etmiştir. Ailelerin çocuklarını ödüllendirme şekillerine bakıldığında ise; %10,6'sı şeker, çikolata ve cips ile, %28,7'i istediği bir şeyi yapma ile ve %52,2'i gezmeye götürme diye ödüllendirdiğini belirtmiştir (**Tablo6.1.9**).

Dereli, 2006 da yaptığı çalışmada; ceza olarak %34,6'sı televizyon izlememe cezası verdiğini ; %10,3'ü ise aç bırakma cezası verdiğini söylemiştir. Ödüllendirme şekillerine göre bakıldığında %48,1'u şeker, çikolata ve cips ile; %21,6'sı gezmeye

götürme; % 9,2'si istediği bir şeyi yapma ve %10,3'ü aferin diye sözel yola ödüllendirdiğini söylemektedir.

Terzi'nin (2005) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan çocukların, yemek yemediği zamanlarda aileleri tarafından, %26.9'una zorla yemek yedirilirken, % 9.6'sının ödül, % 2.9'unun ceza yöntemiyle yemek yemesinin sağlanmakta olduğu bulunmuştur (Terzi, 2005).

Ünüsân'ın (2001) yaptığı çalışmada, ailelerin %56.2'si yemek yemeyen çocuğuna hiçbir ceza vermezken, % 48.6'sı genellikle yemek yemeyen çocuğa ısrar etmektedir. Ailelerin % 55.6'sı çocuğa yemeği ödül olarak kullanırken, % 52.1'i ne isterse tüketmesine ve %46.6'sının istediğini içmesine bazen izin vermektedirler (Ünüsân, 2001).

Camberlin ve arkadaşlarına göre ebeveynler besinleri, çocukları ile başa çıkma mekanizması olarak kullanmaktadır (Camberlin ve ark.,2002). Bazı aileler ise yiyecekleri çoğunlukla çocuklarının uygun davranışlarını güçlendirmek amacıyla kullanırken bazı anneler 'mızımız' bebeği sakinleştirmek, öfke nöbetlerini dindirmek veya iyi davranışları ilerletmek amacıyla rüşvet olarak kullanılmaktadır (Baughcum ve ark.,2000).

Çalışmamızda da görüldüğü üzere ailelerin zor beslenen çocuklarda ödüllendirme yöntemini kullandığını görmekteyiz.

Ebeveynler çocuklarının; inek sütü içme zamanını ise, %89,8'i 1 yaş üstü olarak; çocuğun günlük süt içme miktarı değerlendirildiğinde; %20,6'sı 1 su bardağından az, %43,6'sı 1 su bardağı ve %22,3'ü 2 su bardağı süt tükettiklerini ifade etmiştir (**Tablo 6.1.10**).

Türkiye genelinde bu yaş grubu çocuklar ortalama 8.4 aylık olduklarında %54.6'sına inek sütü verilmeye başlanmıştır. Kentsel alanda çocukların %52.8'ine ortalama 8.7 aylıkken inek sütü başlanırken, kırsal alanda %59.1'ine ortalama 7.7 aylıkken başlanmıştır(TBSA, 2010).

Çalışmada İnek sütüne başlama yaşının Türkiye genelinin üzerinde bir oranda 1 yaştan sonra başlanmış olması sevindiricidir.Çünkü; ilk altı ay düşük demir içeren

mamalar ve inek sütü kullananlarda sadece anne sütüyle beslenenlere oranla daha fazla demir eksikliği anemisi olduğu saptanmıştır (Vatandaş ve ark., 2005).

İnek sütünün yüksek oranlarda kalsiyum, fosfor ve protein içeriğinin yanında sahip olduğu düşük askorbik asit konsantrasyonu inek sütü demirinin emiliminin azlığından sorumlu tutulmaktadır (Kırmızıtaş, 2005).

Ebeveynlerin %45'i çocuğunun iştatsız olduğunu ifade etmiştir. Çocuğun iştatsız olduğunu ise; %14,9'u diğer çocuklarla karşılaştırılarak, %33,9'u tabağındaki yemeği bitirmesine göre ve %51,2'si de kilosuna göre karar verdiğini belirtmişlerdir(**Tablo 6.1.11**).

İştatsızlığın ocuklar için en önemli sonucu büyümelerinin olumsuz yönde etkilenmesidir. Çocukluk ağında iştatsızlık nedeniyle doktora başvuran normal çocukların oranı %25-35 arasında değişmektedir (Wright and Birks, 2000).

Ailenin kendi çocuğunu başka çocuklarla karşılaştırarak ihtiyacından fazla besin vermesi şişmanlık sorununun ortaya çıkmasına veya çocuğun besinlere isteksizlik duymasına ve yemek istememesine yol açmaktadır(Tepe, 2010).

Özellikle bazı annelerin “kilo” ya da “ocuğun yeterli beslenemediği” saplantısı, yemek yeme sırasındaki ilişkileri olumsuz etkilemektedir (Yavuzer, 2008).

Çalışmamız sırasında çocukların takiplerini yaparken ebeveynlerden en çok kardeşleri ile yaptığı karşılaştırmaları yada yakın zamanlı doğan akraba veya komşu çocukları ile kıyaslamalarını sözlü olarak ifade etmektedirler. Bu ifadeleri en okta annelerden duymaktayız. Çocuğun beslenmesi ve büyümesi ile ebeveynlerin beklentileri çoğu kez farklı olabilir. Ebeveynlerinin iştatsız olduğunu hatta hiçbir şey yemediğini ifade ettikleri çoğu çocuğun büyümesi yaşına uygun bulunurken fazla kilolu çocukların durumu ebeveynleri tarafından fark edilmeyebilir. Ebeveynler çocuklarının zayıf veya iştatsız olmalarından kilolu olmalarına kıyasla daha çok endişe duymaktadır

Çalışmada ebeveynler çocuklarının; %30,5'i süt ve süt ürünlerini, %35,5'i et, yumurta ve kurubaklağilleri, %8,2'si tahıl ve tahıl ürünlerini, %19,9'u taze sebze ve

meyve ürünlerini ve %26,2'si tüm besin gruplarını sevdiğini belirtmiştir (**Tablo 6.1.12**).

Çocuklarda beslenme alışkanlıkları, ailenin ona sundukları ve ailenin yeme alışkanlıkları ile yakından ilgilidir. Beslenme tekniği, çeşitliliği, beslenme sıklığı, beslenme miktarı ve içeriği çocukta beslenme alışkanlığının yerleşmesinde en önemli belirleyicilerdir. Ailenin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları, eve alınan yiyeceklerin türü çocuğun beslenmesindeki seçiciliği etkiler (Aycan, 2009).

Çocuklara verilen yiyeceklerin çeşitliliği ve besin içerikleri ebeveynler tarafından kontrol edilmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin davranışları ve çocuğun yeme düzenine ilişkin geliştirdikleri tutumlar çocuğun besin seçimini ve besin alımlarını da etkilemektedir (Fisher ve Birch, 1995).

Çalışmada aileler çocuklarının; %68,8'i sebze yemeklerini sevdiğini; %58,9'u robot/mikserde hazırlanmış yiyecek verdiğini belirtmiştir. Robot/mikserde hazırlanmış yiyeceklerin verilme durumunu ise; 1 yaşa kadar %45,7'ne, 1.1-2 yaş arası %48,2'ne, 2 yaştan sonra %6,1'ne ve yemeğin suyunu mu tanelerini mi yediğinde ise %3,2'si tanelerini, %7,8'i suyunu, %89'u ikisini birden olarak ifade etmişlerdir (**Tablo:6.1.13**).

Okul öncesi çocuklarda besinlerin çok pişirilmiş, ezilmiş karışık olarak sunulması bu besinlerin alımını azaltabilmektedir (Kutluay-Merdol, 1999). En sık yapılan hatalardan biri çocuğu yemek suyu ile beslemektir. Hiçbir besleyici değeri olmayan bu beslenme biçimi uygulanmamalıdır. İlk 3 yaşta çocuklarda çiğneme yutma işlevlerinin gelişimi tamamlanmamıştır. Bu nedenle besinler yumuşak bir şekilde verilmelidir. Sert ve taneli besinler kolayca soluk borusuna kaçarak boğulmaya yol açabileceği için verilmemelidir (Neyzi, 2004).

Özellikle ailelere beslenme eğitimi verirken yiyecekleri nasıl verecekleri hakkında da bilgi verilmesine rağmen kolaylık olsun diye yiyeceklerdeki hatalı verilme şekillerine devam ettiklerini görmekteyiz.

Araştırmaya katılan çocukların BKİ puanları ortalamalarının cinsiyet ve aldığı vitamin ve mineral olup olmaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (**Tablo 6.1.14**).

Araştırmaya katılan çocukların BKİ puanları ortalamalarının yuvaya gitme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2,17$ ;  $p=0,031<0,05$ ). Yuvaya gitmeyen çocukların BKİ puanları ( $x=16,28$ ), yuvaya gidenlerin BKİ puanlarından ( $x=15,70$ ) yüksek bulunmuştur (**Tablo 6.1.14**).

En yeni uluslararası referans 2006 DSÖ Çocuk Büyüme Standartları olup, ilk kez TNSA-2008'de kullanılmıştır. Zaman içinde karşılaştırmaya olanak vermek için TNSA-2013'te her iki referans grubuna göre tablolar hazırlanmıştır. DSÖ tarafından önerildiği gibi, küçük çocukların beslenme durumlarının değerlendirmesi üç temel göstergelyi kapsamaktadır: Yaşa-göre-boy endeksi çocuklar arasında lineer büyüme geriliğinin göstergesidir. Yaşa-göre-boy endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart (-2SD) sapma gösteren çocuklar, yaşlarına göre kısa (bodur stunded) kabul edilmekte ve bu kronik beslenme probleminin bir göstergesi sayılmaktadır(TNSA,2013).

Çalışmamızda da görüldüğü üzere yuvaya giden çocukların BKİ oranları gitmeyenlerden daha düşüktür. Bu da bize yuvada ne kadar yiyeceklerin kalori oranları hesaplanırsa hesaplanırsın evdeki beslenme kadar düzenli ve sağlıklı olmadığını düşündürmektedir .

Çalışmaya katılan çocukların BKİ persentil ortalamalarının şu anda çocuğun beslenme sorununun olup olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-5,85$ ;  $p=0,00<0,05$ ).Beslenme sorununun olmaması durumunda BKİ puanları ( $x=16,54$ ), olması durumundaki BKİ puanlarından ( $x=15,43$ ) yüksek bulunmuştur (**Tablo6.1.15**).

Çocukların BKİ puanları ortalamalarının yemek saatlerinin düzeni, öğün aralarında abur-cubur yenmesi, biberon kullanma durumu, aile sofrasına oturması, kendi



kendini beslenmesi ve içecekleri biberonla mı bardakla içtiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (**Tablo6.1.15**).

Çalışmamızdaki çocukların BKİ puanları ortalamalarının çocuğunuz iştahsız olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-5,07$ ;  $p=0,00<0,05$ ).İştahsız olan çocukların BKİ puanları ( $x=15,71$ ), iştahlı olan çocukların BKİ puanlarından ( $x=16,61$ ), düşük bulunmuştur (**Tablo6.1.15**).

Peker ve ark.(2014) yaptığı çalışmada; ebeveynlere göre çocukların iştahları %6,0 çocukta çok az, %29,3 çocukta az, %38,0 çocukta normal, %16,0 çocukta iyi ve %10,7 çocukta çok iyiydi. Çocukların gerçek BKİ persentil aralıklarıyla ebeveynlerin görseller üzerinden yaptığı değerlendirmeler %58,7 çocuk için denkken, %4,7 çocukta olduğundan daha şişman, %36,7 çocukta ise olduğundan daha zayıf idi (Peker ve ark., 2014).

İlk kez TNSA-2013'te, toplanan antropometrik verilerden çocuklarda fazla kiloluluk/şişmanlık ile ilgili bulgular gösterilmiştir (TNSA,2013).

Büyüme, sağlık durumlarının bir göstergesi olduğu için çocukların belirli aralıklarla izlenmesi gerekir.Ölçümlerde büyümenin yavaşlaması, iki ana persentil kaybetmesi, çocuk yaşı için uygun persantilde olsa bile, erken tanı işaretidir.Büyümenin izlenmesinin amacı, beslenme bozukluğu gelişmeden önce, büyümedeki herhangi bir yavaşlamanın saptanıp önlem alınmasıdır (Çelik ve ark., 2014)

Çalışmamızdaki iştahsız olan çocukların BKİ puanlarının iştahlı olan çocuklarınkinden yüksek olması iştahsızlık yaşayan çocukların kısa süredir bu problemi yaşadığını yada anne babanın çocuğun beslenmesinde değişime gitmesinden kaynaklı bu sonucun çıktığını düşündürmektedir.

## 7.2.Aileye Yönelik Özelliklerin Tartışılması

Çalışmamızda annelerin eğitim düzeyi; %21,6'sı ilkokul mezunu, %11,3'ü ortaokul mezunu, %34,5'i lise mezunu, %32,6'sı üniversite ve üzeri mezun olduğunu belirtmiştir. Annelerin kendi ifadelerine göre sağlık durumu ise; %97,5'i iyi-sağlıklı, %1,1'i kötü-sağlıksız ve %1,4'ü orta-normal olarak ifade etmiştir.

Babaların eğitim düzeyi; %20,6'sı ilkokul mezunu, %9,2'si ortaokul mezunu, %38,3'ü lise mezunu, %31,9'u üniversite ve üzeri mezun olduğunu belirtmiştir. Babaların kendi ifadelerine göre sağlık durumu ise; %96,8'i iyi-sağlıklı, %0,7'si kötü-sağlıksız ve %2,5'i orta-normal olarak ifade etmiştir (**Tablo 6.2.1**).

2012 yılı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de yaşayan erkeklerin %77.1'i kadınların ise %64.5'i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmişlerdir. Kentte bu oran erkekler için %80.1, kadınlar için %67.9, iken kırdaki erkekler için %70.3, kadınlar için %57.1 seviyesindedir (TÜİK, 2012).

Eğitim düzeyi hane halkı refah düzeyi ile artmaktadır. En düşük hane halkı refah düzeyi kategorisindeki kadınların yüzde 33'ü hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu tamamlamamış kadınlar iken, en yüksek hane halkı refah düzeyinde bu oran sadece yüzde 1'dir. En yüksek hane halkı refah düzeyindeki kadınlar için tamamlanan ortanca eğitim süresi de 10.7 yıl iken, en düşük refah düzeyinde 4.5 yıldır.

TNSA,2013 verilerine göre; eğitime katılım hane halkının refah düzeyi ile yakından ilişkilidir; en yoksul refah düzeyindeki hanelerde yer alan erkeklerin yüzde 31'i, kadınların ise yüzde 53'ü ya hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiştir. Lise ve üzeri eğitime sahip olanların yüzdesi ise erkeklerde yüzde 7 iken, kadınlarda yüzde 2'yi geçmemektedir. En yüksek refah düzeyindeki erkeklerin sadece yüzde 8'i ve kadınların sadece yüzde 11'i hiç eğitim almamış ya da ilkokulu tamamlamamışken, kadınların yarısı (yüzde 50) ve erkeklerin yüzde 57'si lise ve üzeri eğitime sahiptir (TNSA, 2013).

Annenin eğitim düzeyi, çalışıyor olması çocuk beslenmesi konusundaki bilgisinden bağımsız olarak, bebek ve çocuk beslenmesini olumlu etkilemektedir. Bu durumun

annenine kendine olan güveninin artması, ev içi kaynakların kullanımında söz sahibi olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir(Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002).

Çalışmamızda ailelerin %86,2'si çekirdek aile, %13,1'i geniş aile ve %0,7'si parçalanmış ailedir.%94,7'sinin sağlık güvencesi olduğunu belirtti. Aileler aylık gelirini; %0,7'sinin kötü, %4,6'sının ortanın altında, %66,0 'sının orta,%27,3'nün ortanın üstü ve %1,4'ü yüksek olarak belirtti. Araştırmada %69,9'u aylık gelirini yeterli olduğunu belirtmiştir. Ailelere mutfak harcamalarına yeterli miktarda para ayrılıp-ayrılmadığını sorduğumuzda; %87,2'si ayrılıyor olarak ifade etmiştir (**Tablo 6.2.2**).

Dereli,(2006) yaptığı çalışmasında; ailedeki çocuk sayısı 1 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama çocuk sayısı  $1.60 \pm 0.78$ 'dir. Ailelerin %87,6'sı çekirdek aile, %11,4'ü geniş aile ve %1,1'i parçalanmış aile olarak tespit edilmiştir.

Kentsel yerleşim yerlerinde yaşayanların %72,9'u Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) bağlı sosyal güvenceye sahipken kırsal alanda bu oran %54,9'a düşmektedir. Yeşil kart sahibi olanların oranı ise kırsalda %28,7 iken, kentlerde bu oran %12,2'ye düşmektedir (TBSA,2010).

Anne çalışıyorsa çocuğa/çocuklara bakanlarla ilgili olguların;%64,2'si Anneanne/Babaanne ve % 16,5'i yuva tarafından bakıldığını belirtmiştir. Çocuğun bakımında %89 oranında annenin sözü geçtiği ifade edilmiştir. Ailede kararların alınmasında ; %91,1'i ortak olarak belirtmiştir (**Tablo 6.2.2**).

Çocuk bakımında ilk sırada aile üyeleri (anne dahil) başta gelmektedir. Çocuklarına kendileri bakan annelerin oranı yüzde 27 olup, bu durum annelerin çocuklarını ya beraberlerinde işe götürdüklerini ya da işlerini evde yaptıklarını göstermektedir. Anneleri çalışan 6 yaşından küçük çocukların bakımından temel olarak büyükanneler sorumludur; annelerin yüzde 16'sı çocukların bakımından kayınvalidelerin, yüzde 16'sı ise kendi annelerinin sorumlu olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, ailenin diğer üyeleri (kız çocuk, erkek çocuk, diğer akrabalar) tarafından bakılan çocukların oranı yüzde 13'tür.Araştırma sonuçlarına göre yuvaya/kreşe giden çocukların oranı iki araştırma arasında artmıştır; çocuk bakımı için yuvayı/kreşi kullanan kadınların oranı yüzde 15 iken bu oran, TNSA-2008'de sadece yüzde 7'dir (TNSA, 2013).

Ailedeki temel sosyal ve ekonomik konularda karar verme ve sorumluluk dağılım biçimi, aile bireylerinin özellikle de kadının ve erkeğin üstlendiği roller ile yakından ilgilidir. Temel sosyal kararlar; eşler arasındaki sosyal alanlarda paylaşılan faaliyetler ve duygu modelleridir. Bu kararlar, aile ile ilgili diğer sosyal kurumların etkileşim alanlarını etkiledikleri için önemlidirler. Özellikle ileride toplumun alacağı şekli belirlemede rol alacak olan çocukların sorumluluk ve alışkanlıklarının neler olacağı konusunda ağırlık taşırlar (Günay ve Bener, 2011).

Çalışmamızda ailelerin % 47,9 ‘u evde yemek ayırt eden birinin olduğunu; % 90,8’i evde düzenli kahvaltı yapıldığını ifade etmiştir. Ebevenylere günlük öğün sayıları sorulduğunda; 3 öğün yemek yiyenler %85,8 oranında; 2 öğün yemek yiyenler %9,9 oranında ve 4 öğün ve üzeri yemek yiyenlerin %4,3 oranında olduğu saptanmıştır **(Tablo 6.2.3)**.

Kahvaltı besinlerini seçerken karbonhidrat, protein, az yağ, lif, mineral ve vitamin olmasına özen gösterilmelidir. Dengeli bir kahvaltıda günlük enerjinin  $\frac{1}{4}$ ’ ü ya da en az  $\frac{1}{5}$ ’inin karşılanması gerekmektedir. Kahvaltıda tüketilecek protein miktarı, kan şekerini düzenlemede ve dolayısı ile yorgunluk, açlık gibi duyguların önlenmesinde etkili olduğundan, günlük tüketilecek miktarın en az  $\frac{1}{5}$ ’i kadar olmalı ve bu değer altına düşmemelidir. Kahvaltıda meyve ya da sebze yenilmesi bu öğünü besin öğeleri bakımından dengelediği gibi içerdikleri posa nedeniyle de emilimi düşürerek doygunluğu daha uzun süre sağlamakta, kan şekerinin de daha geç düşmesine yardımcı olmaktadır (Megep, 2011).

Yemek zamanı ailelerin bir araya geldiği, kavgasız, gürültüsüz, neşeli sosyal bir olay olduğunu, yemeğin belli bir düzen içinde sunulduğunu, dağıtıldığını ve yendiğini çocuk görerek öğrenmelidir. Büyüklerin yemek seçmesi, yemeği beğenmemesi gibi davranışlar çocuğa olumsuz etki yapar. Çocuk anne- baba ve diğer aile bireylerini taklit eder (Gökçay ve Garipağaoğlu, 2002).

Ailelerin en sık atladıkları öğün %78,4 oranında öğle yemeği; en düzenli yedikleri öğünün ise %56,4 oranında sabah kahvaltısı olduğu saptanmıştır **(Tablo 6.2.3)**.

Albayrak (1989), ailede kahvaltı yapma durumlarının incelenmesinde deneklerin %92’si düzenli olarak kahvaltı yapma alışkanlığına sahiptir (Albayrak , 1989)

Aileler çocukların besin öğeleri açısından zengin yiyeceklerle beslenmesini ve evdeki sofraya kurallarına uyulmasını isterler. Ancak ailelerin yeme davranışları ile yiyeceklere karşı tepkileri çocuklar için bir model olmaktadır. Anne, baba ve kardeşlerin yönelimleri, çocuğun yeme yaklaşım ve isteğini etkiler. Yemek saatlerinin düzenli olması, kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir. Yemek saatlerinin düzenli olması, kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir (Ünüsün, 2001).

Aileler en az tükettikleri besin gruplarını ise; %20,9'u oranında süt ve süt ürünleri, %56,4 'i oranında tahıllar ve tahıl ürünleri ve %15,6'sı oranında taze sebze ve meyve ürünleri olduğunu belirtmişlerdir (**Tablo 6.2.3**).

Anne ya da baba yemek seçici ise ve yemekte aşırı titiz davranılıyorsa (çocuk üstüne dökmemesi, etrafa sıçratmaması için sürekli uyarılıyorsa) çocuğun olumlu alışkanlıklar geliştirmesi zorlaşır. Kendileri süt içmeyen ve sütü sevmediklerini ifade eden ebeveynlerin çocuklarına süt içirmeleri kolay değildir (Merdol, 2008).

Yemek zamanı ailelerin bir araya geldiği, kavgasız, gürültüsüz, neşeli sosyal bir olay olduğunu, yemeğin belli bir düzen içinde sunulduğunu, dağıtıldığını ve yendiğini çocuk görerek öğrenmelidir. Büyüklerin yemek seçmesi, yemeği beğenmemesi gibi davranışlar çocuğa olumsuz etki yapar. Çocuk anne- baba ve diğer aile bireylerini taklit eder (Gökçay ve Garipağaoğlu ,2002).

### **7.3.Çocuğa Yönelik Özelliklerin Aile Ortamı Ölçeği ile Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Birlik beraberlik, denetim ile BKİ arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $F=3,62$ ;  $p=0,02<0,05$ ).Çocukların BKİ düzeyinin belirleyicisi olarak birlik beraberlik, denetim değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür( $R^2=0,01$ ). Ailenin birlik beraberlik düzeyi çocuğun BKİ düzeyini etkilememektedir( $p=0,06>0,05$ ).Ailenin denetim düzeyi çocukların BKİ düzeyini azaltmaktadır( $\beta=-0,08$ ) (**Tablo 6.3.1**).

Çocuğun beklenenden az yemesi, bazı besin türlerini reddetmesi, yemek aktivasyonuna katılmaması ve uygunsuz yeme alışkanlıkları bebekler ve küçük çocuklarda görülen başlıca beslenme problemleridir. Bu durumlarda ebeveyn ile çocuk ilişkisinin önemli rol oynadığı bilinmektedir(Akman ve ark,2008).

Ailedeki aşırı baskı çocuklarda yemek yeme isteğini olumsuz etkileyebilir.

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının evde düzenli kahvaltı yapılması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) **(Tablo6.3.2).**

Aldığı vitamin ve mineral olanların birlik beraberlik puanları ( $x=44,32$ ), olmayanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=42,57$ ) yüksek bulunmuştur( $t=1,98$   $p=0,04<0,05$ )

Araştırmaya katılan çocukların denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının aldığı vitamin ve mineral alıp almaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) **(Tablo6.3.2).**

Ülkemizde Mart 2006 tarihinden beri ücretsiz D vitamini dağıtılmaya başlanmıştır. Bu kampanya başarılı olmuş ve yapılan bir çalışmada annelerin %93.5'inin D vitaminini aile hekiminin önerisi ile düzenli olarak kullandığı belirlenmiştir(Küçük ve Göçmen, 2012). Çalışmamızda alt sosyoekonomik grupta olan annelerin D vitamini, üst sosyoekonomik gruptaki annelerin ise çoklu vitamin verme oranı anlamlı olarak yüksekti. Annelerin demir damlası verme oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı; ancak üst sosyoekonomik grupta bulunan annelerin doğru zamanda kan ilacına başlama oranının yüksekliliği dikkat çekiciydi (Beşbenli ve ark.,2013).

Kobak,2009'da yaptığı çalışmada; Çalışma grubunda ana çocuk sağlığındaki çocukların hekim reçetesi olmadan % 14'ü vitamin desteği alırken, anaokulunda yer alan çocukların % 6'sı vitamin desteği almaktadır.

Ülkemizde annelerde de D vitamini eksikliği sık olduğundan miadında dünyaya gelen sağlıklı bebeklere doğumdan itibaren D vitamini ilavesi önerilmektedir (Gür, 2003).

Yapılan çalışmalarda gösterdiği üzere kullanılan vitamin ve mineral oranları değişiklik göstermektedir.

Ek gıdalara başlarken zorluk yaşamayanların birlik beraberlik puanları ( $x=43,30$ ), zorluk yaşayanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=41,37$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=2,05$ ;  $p=0,04<0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların denetim puanları ortalamalarının ek gıdalara başlarken zorluk yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ek gıdalara başlarken zorluk yaşamayanların aile ortamı genel puanları ( $x=71,13$ ), zorluk yaşayanların aile ortamı genel puanlarından ( $x=68,23$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=2,14$ ;  $p=0,03<0,05$ ) (**Tablo6.3.2**).

Watt ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada; sosyoekonomik düzeyi düşük olan çocukların aşırı kilolu olduğu, kahvaltıyı atladıkları, kendilerini çok zayıf düşündükleri, diyet ve vücut ağırlığı kontrollerine daha açık olduğu görülmüştür (Watt ve ark., 2001).

Anne, baba ve kardeşlerin yönelimleri, çocuğun yeme yaklaşım ve isteğini etkiler. Yemek saatlerinin düzenli olması, kahvaltı alışkanlığının oluşturulması ve hoş bir atmosferde besin değeri yüksek ara öğünler sunulması önemlidir (Kobak, 2009).

Ek besinlere başlandığında. bebekler kendi kendilerine yemek yemeyi denemek isterler. Şüphesiz bu dönemde çocuğun kendinin; beslemesinden çok etrafta yarattığı kirlilik ön plandadır. Çocuk kendi kendine beslenmesi konusunda teşvik edilmelidir. Çocuk. bir yandan ellerini yiyecek tabağına sokup yemeğini mincıklarken bir yandan da eliyle ağzına yiyecek götürmeyi dener. Çiğneme davranışının gelişimi ve katı besinlere başlanmasıyla birlikte, bebek aileyle birlikte yemek yemeye başlayabilir Çocuk için, beslenme zamanlarında bütün aile bireylerinin birlikte yemesi özellikle anne-babanın beslenme davranışını gözlemleyip model alması açısından çok önemlidir (Nizamoğlu, 2006).

Çalışmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının şu anda çocuğun beslenme sorununun olup olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının yemek saatlerinin düzeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

İştahsız olmayanların birlik beraberlik puanları ( $x=43,62$ ), iştahsız olanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=42,14$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=-2,04;p=0,04<0,05$ ).  
**(Tablo6.3.2).**

İştahsızlık için ölçüt çocuğun az yeme veya besin seçme davranışlarının nasıl bir sağlık sorununa neden olduğu şeklindedir. Çocuklar her dönemde aynı büyüme hızını göstermezler. 1-5 yaş döneminde de büyüme hızına göre ve kişisel ayrıcalıklara göre iştah azalıp artacaktır. Yapılan çalışmalar iştah ile ilgili mekanizmaların çocuğun büyümek için gereksinim duyduğu etmenlerin etkisi altında olduğunu göstermiştir. Öncelikle büyüme ve gelişme normal ise, çocuğun yeme alışkanlıkları bir sağlık sorunu yaratmıyorsa, çocuk gereksindiği kadar yiyorsa, bazen öğün atlasa bile sorun yoktur .Hatta bu düzensizlikler birkaç gün sürse de çocukta önemli bir sağlık sorununa neden olmaz.Burada çocuğun ayrı bir birey olduğunun bilinmesi ve iştahlarının zaman içinde değişebilir olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir (Köksal ve Gökmen, 2000).

Araştırmaya katılan çocukların denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının çocuğunuz iştahsız olması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ )(**Tablo 6.3.2**).

Terzi'nin (2005) yaptığı çalışmada, çocukların iştah durumlarının annelerine göre değerlendirilmesine bakıldığında araştırmaya katılan çocukların iştahı annelerine göre %54.8 oranında az iken, % 40.4'ünün normal, % 4.8'inin fazla olduğu belirtilmiştir



Kobak'ın (2009) yaptığı çalışmada; ana çocuk sağlığında yer alan çocukların ebeveynlerinin % 40.5'i çocuklarının iştahını normal bulurken, anaokulunda yer alan çocukların ebeveynlerinin % 34'ü çocuklarının iştahını normal bulmaktadır. Ana çocuk sağlığında yer alan çocukların ebeveynleri, anaokulundaki çocukların ebeveynlerine göre yemek yeme süresini daha kısa bulmaktadır.

Dereli(2006)'da yapılan çalışmasında; yemek saatleri düzenli olan çocuklarında birlik- beraberlik puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Dereli,2006).

Bebeğin ya da çocuğun besinlere karşı kendiliğinden bir arzu göstermemesi ve verileni yeterince yememesidir. İştahsız çocuklar yemek seçiciler, çiğneme ve yutma sorunu olanlar yavaş çiğneyenler, biyolojik sağlık sorununa bağlı iştahsız olanlar diye alt gruplara ayrılabilirler. İştahsız çocukta temel sorun büyüme ve gelişme için gerekli besinlerin yeterince alınamaması, buna bağlı olarak da büyüme ve gelişmenin geri kalmasıdır(Kobak, 2009).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının aile sofrasına oturması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (**Tablo6.3.2**).

Aile çocuğun yemek alışkanlığı geliştirmesinde en etkili ortamdır. Çocukta ilk öğrenme yakın çevresindeki bireyleri taklit etme biçimindedir. Anne, baba, kardeşler bu yaş grubu çocuklar için en iyi birer modeldir. Yemek yeme adetleri aile sofrasında edinilir. Anne ve babanın sevdiği yiyeceğe karşı istek oluşurken, onların sevmediklerine de tepki geliştirebilirler (Köksal ve Gökmen, 2000)

Ailelerin davranışlarının çocukları olumlu yada olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştik.Yapılan çalışmada çocukların aile sofrasına oturması ilgili aile içinde olumsuz bir davranış olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının akşam yemeğini aile ile yeme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının öğün aralarında abur-cubur yenmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ )(**Tablo6.3.2**).

Worobey ve ark. (1999) 'da yaptığı çalışmada; 3-4 yaş arası çocuklar üzerinde yaptığı bir çalışmada çocukların erken yaşlarda masa düzenine alıştırılması ve bu sayede yemek yediğinin farkında olmasının sağlanmasının beslenme alışkanlığını doğrudan etkileyen bir etmen olduğu gösterilmiştir (Worobey ve ark.,1999).

Terzi'nin (2005)'de yaptığı çalışmada; çocukların %53. 9'u başkasının yardımıyla yemeklerini tüketirken, % 40.4'ü kendi başına yemeklerini tüketmektedir. Çalışmalarda çocukların 15.ay itibariyle kendi başlarına yemek yiyebildikleri ve 3 yaşında ise tamamen yardımsız yiyebildikleri gösterilmektedir. Bu çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır

2006 yılında yapılan çalışmada ise; çocukların % 62,7'si öğün aralarında abur-cubur yemekte olduğu görülmektedir. Yemek saatleri düzenli olanların aile sofrasına oturma oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $\chi^2:10,678$  )( $p<0.01$ )(Dereli, 2006).

İlk yaştan itibaren çocuk giderek bağımsızlık kazanmaya başlar ve aile içinde çocuk değişmekte olan bir bireydir. Bu gelişme ve değişme döneminde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan veya dolaylı olarak ailenin, özellikle de anne ve babanın beslenme alışkanlıklarından etkilenir. Anne, baba ve kardeşler, okul öncesi çağıdaki çocuklar için iyi birer modeldir. Yemek yeme alışkanlıkları aile sofrasında edinilir. Aile sofrası yeterli ve dengeli beslenme için iyi bir model oluştururken, aynı zamanda aile bireylerinin bir araya geldiği mutlu bir ortam da olmalıdır. Çünkü çocuğun fiziksel, sosyal ve duygusal gelişimi birbiriyle sıkı sıkıya bağlıdır. Çocukların genel olarak büyük kısmı akşam yemeklerini aile ile yediği belirlenmiştir(Bilici ve Köksal, 2013).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının kendi kendini beslenmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının kendi tabağından yemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan çocukların birlik beraberlik, denetim ve aile ortamı genel puanları ortalamalarının kaşığı kendi başına kullanması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ )(**Tablo 6.3.3**).

Kendi başına yeme becerileri ile ilgili soruların (yardımsız kaşık kullanımı, yardımsız atal kullanımı, yardımsız olarak kendi başına yiyebilme) değerlendirilmesinde kontrol grubunun puanı, hasta grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0.007$ ,  $p=0.017$ ,  $p=0.040$ ) (Asafov, 2012).

İki yaşından büyük bir çocuk rahatlıkla kendi tabağında, kendi kaşığını kullanarak ve aile sofrasında yemeğini yiyebilir. Ancak çocuğa yemeğini bitirmesi için yeterli zaman (en fazla 30 dk.) verilmeli ve bitirmesi için ısrarcı olmamakla birlikte, yedikleri kontrol edilmelidir(Gökçay ve Garipağaoğlu,2002).

Çalışmamızda yer alan 1-5 yaş çocukların genel olarak 1 yaş itibariyle aile sofrasına oturmasalar bile kendi kendilerine kaşığı çok iyi kullanmasalar bile yemeğe çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

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

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın amacı, 1-5 yaş arası sağlıklı çocuk beslenmesi ve aile etkileşimini belirlemek amacıyla uygulandı. Araştırma sonucunda;

- Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı; %36,5'i 1-2 yaş, %28,4'ü 2.1-3 yaş, %25,2'si 3.1-4 yaş ve %9,9'u 4.1-5 yaş arasında olduğu belirlendi. Araştırma grubunu oluşturan çocukların cinsiyet oranları; % 52,8'i kız ve %47,2'si erkek'di. Bunların % 13,5 'i yuvaya gitmekte, %78,4'ü vitamin ve mineral desteği almamaktadır. Çocukların BKİ persentilerine göre dağılımı; %81,9'u normal ve %18,1'i fazla tartılı olarak saptandı.
- Çocukların;%22'si ek gıdaya süt ve süt ürünleriyle ve %72'si taze sebze ve meyveler ile başladıkları saptandı.%18,1'inin ek gıdalara başlarken zorluk yaşadığı belirlendi.
- 1-2 yaş arası çocukların şuanda beslenme durumlarına bakıldığında %10,2'si anne sütü ve ek gıdalar ile ve %18,4'ü ise normal gıdalar/ailenin yediği ile beslendiği saptandı. 2.1-5 yaş arasında ise; %61,2'sinin normal gıdalar/ailenin yediği ile beslendiği belirlendi.
- Ebeveynler çocuklarının; %76,2'sinin herhangi bir sağlık probleminin olmadığını ifade ettiler.
- Çocuğunun beslenme sorununun olduğunu düşünen aileler %30,5 oranında saptandı.
- Çocukların günlük öğün sayıları incelendiğinde; %34,0'ü 4 öğün ve %32,6'sının 5 öğün yemek yediği belirlendi. Ortalama öğün süreleri incelendiğinde;%39,7'si 10-20dk arası ve %24,1'i 20-30dk arası olarak saptandı. Çocukların %75,5'nin yemek saatlerinin düzenli olduğu belirlendi. Yemek saatlerinin düzensiz olduğunu ifade edenlerin düzensiz olma nedenleri ise; %39,1'i ne zaman acıkırsa/ne zaman canı isterse ve %57,4'ü öğün aralarında abur-cubur yemekte olduğu belirlendi.
- 1-2 yaş arasında çocukları olan ebeveynler;%17,4'nün aile sofrasında ve %9,6'sının aile ile sofrada beslendiğini belirttiler. 2.1-5 yaş arasında çocukları olan ebeveynler ise;%40,5'i aile ile sofrada ve %6,7 oranında ise masa/sandalyede beslendiğini ifade ettiler.

- 1-2 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler;%20,9'u biberon kullanmakta,%30,1'i kendi kendine bardak tutabilmekte;%26,5'nin kendi tabağından yemek yemekte; %18'nin kaşığı kendi başına kullanmakta olduğunu ve %32,2 sinin aile sofrasına oturmakta olduğunu belirttiler. 2.1-5 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler ise; %16,3'nün biberon kullanmakta, %62,7'sinin kendi kendine bardak tutabilmekte;%60,9'nun kendi tabağından yemek yemekte;% 59,2'nin kaşığı kendi başına kullanmakta olduğunu ve %60,6'sının aile sofrasına oturmakta olduğunu ifade ettiler.
- Ailelerin % 7,1'i çocuğu yemek yemediğinde ceza verdiğini belirtti.
- Ailelerin çocuklarını ödüllendirme şekillerine bakıldığında ise; %52,2'i gezmeye götürme olarak belirlendi.
- Ebeveynler çocuklarının; inek sütü içme zamanını ise, %89,8'i 1 yaş üstü olarak; çocuğun günlük süt içme miktarı değerlendirildiğinde;%43,6'sı 1 su bardağı süt tükettikleri belirlendi.
- Ebeveynlerin %45'i çocuğunun iştahsız olduğunu belirtti. Çocuğun iştahsız olduğunu ise; %51,2'si de kilosuna göre karar verdiğini ifade etti.
- Çocukların; %30,5'i süt ve süt ürünlerini ve %35,5'i et, yumurta, kurubaklagilleri besin gruplarını sevdiği belirtti.
- Araştırmada yuvaya gitmeyen çocukların BKİ puanları ( $x=16,28$ ), yuvaya gidenlerin BKİ puanlarından ( $x=15,70$ ) yüksek bulundu ( $t=-2,17$ ;  $p=0,031<0,05$ ).
- Çocuklarda beslenme sorununun olmaması durumunda BKİ puanları ( $x=16,54$ ), olması durumundaki BKİ puanlarından ( $x=15,43$ ) yüksek bulundu ( $t=-5,85$ ;  $p=0,00<0,05$ ).
- İştahsız olan çocukların BKİ puanları ( $x=15,71$ ), iştahlı olan çocukların BKİ puanlarından ( $x=16,61$ ), düşük bulundu.

- Çalışmadaki annelerin eğitim düzeyi; %21,6'sı ilkokul mezunu, %11,3'ü ortaokul mezunu, %34,5'i lise mezunu, %32,6'sı üniversite ve üzeri mezun olduğunu belirlendi. Annelerin kendi ifadelerine göre sağlık durumu ise; %97,5'i iyi-sağlıklı olarak saptandı.
- Babaların eğitim düzeyi; %20,6'sı ilkokul mezunu, %9,2'si ortaokul mezunu, % 38,3'ü lise mezunu, %31,9'u üniversite ve üzeri mezun olduğunu belirlendi. Babaların kendi ifadelerine göre sağlık durumu ise; %96,8'i iyi-sağlıklı, %0,7'si kötü-sağlıksız ve %2,5'i orta-normal olarak ifade etti.
- Ailelerin %86,2'si çekirdek aile, %13,1'i geniş aile ve %0,7'si parçalanmış ailedir.%94,7'sinin sağlık güvencesi olduğu belirlendi. Aileler aylık gelirini; %0,7'sinin kötü, %4,6'sının ortanın altında, %66,0 'sının orta,%27,3'nün ortanın üstü ve %1,4'ü yüksek olarak saptandı. Araştırmada %69,9'u aylık gelirini yeterli olduğunu belirlendi.
- Çalışan annelerin çocuklarının %64,2'si Anneanne/Babanne ve % 16,5'i yuva tarafından bakıldığını belirlendi. Çocuğun bakımında %89 oranında annenin sözü geçtiği, ailede kararların alınmasında ; %91,1'i ortak olarak belirlendi.
- Ailelerin % 47,9 'u evde yemek ayırt eden birinin olduğu; % 90,8'i evde düzenli kahvaltı yapıldığı belirlendi. Ebevenylere günlük öğün sayıları sorulduğunda; 3 öğün yemek yiyenler %85,8 oranında olduğu saptandı.
- Ailelerin en sık atladıkları öğün %78,4 oranında öğle yemeği; en düzenli yedikleri öğünün ise %56,4 oranında sabah kahvaltısı olduğu saptandı.
- Aileler en az tükettikleri besin gruplarını ise; %20,9'u oranında süt ve süt ürünleri, %56,4 'i oranında tahıllar ve tahıl ürünleri olduğunu belirlendi.
- Birlik beraberlik, denetim ile BKİ arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=3,62; p=0,02<0.05).Çocukların BKİ düzeyinin belirleyicisi olarak birlik beraberlik, denetim değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf

olduğu görüldü ( $R^2=0,01$ ).Ailenin birlik beraberlik düzeyi çocuğun BKİ düzeyini etkilediği saptandı ( $p=0,06>0,05$ ).Ailenin denetim düzeyi çocukların BKİ düzeyini azaltmakta olduğu belirlendi ( $\beta=-0,08$ ).

- Aldığı vitamin ve mineral olanların birlik beraberlik puanları ( $x=44,32$ ), olmayanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=42,57$ ) yüksek bulundu( $t=1,98$   $p=0,04<0,05$ )
- Ek gıdalara başlarken zorluk yaşamayanların birlik beraberlik puanları ( $x=43,30$ ), zorluk yaşayanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=41,37$ ) yüksek bulundu ( $t=-2,05$ ;  $p=0,04<0,05$ ).
- Ek gıdalara başlarken zorluk yaşamayanların aile ortamı genel puanları ( $x=71,13$ ), zorluk yaşayanların aile ortamı genel puanlarından ( $x=68,23$ ) yüksek bulundu( $t=-2,14$ ;  $p=0,03<0,05$ ).
- İştahsız olmayanların birlik beraberlik puanları ( $x=43,62$ ), iştahsız olanların birlik beraberlik puanlarından ( $x=42,14$ ) yüksek bulundu ( $t=-2,04$ ;  $p=0,04<0,05$ ).

Sonucunda; aile bir bütündür. Bu bütünün parçalarını aile içindeki bireyler oluşturmaktadır. Çocukların yemek yeme alışkanlıklarının ve davranışlarının geliştiiği 1-5 yaş arası dönem aile bireylerinden en fazla etkilendiği dönemdir. Aile yapısı, düzeni, yemek yeme alışkanlıkları, davranışları ve ekonomik durumun çocuğunda beslenmesini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu etkileşimin olumlu ya da olumsuz yönden gelişmesini sağlayan kişilerin başında anne ve babalar gelmektedir. Aile içinde bulunan bireylerin tümü etkileşimin bir parçasıdır.

## ÖNERİLER

1-5 yaş arası dönemin çocukların gelişimlerinin en hızlı dönem olduğu tüm uzmanlar tarafından kabul edilmektedir. Bu dönemde çocuğun gelişebilmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını öğrenmesi şarttır. Bundan dolayı da her konuda olduğu gibi çocuğun beslenme alışkanlıklarını öğrenmesi ve sağlıklı olabilmesi için eğitim programlarında verimli ve aktif yöntemlerin olması gerekmektedir.

Yarının büyükleri olacak çocuklarımızın sağlıklı olarak büyüme ve gelişmelerinin sağlanmasında beslenme eğitiminin büyük önemi vardır. Çocuklara yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ileriki yaşlarda görülebilecek birçok kronik hastalığın önlenmesi ve kaliteli bir yaşam sürdürülmesi için önemlidir.

Bu araştırma 1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimlerini tespit edebilmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçları ışığında şu öneriler geliştirilmiştir. Bu öneriler ise;

- Bu eğitimlerde özellikle anneye ve babaya çocuğun aile sofrasında aile bireylerinin tümüyle birlikte yemek yemesinin önemi ve neden gerekliliği hakkında bilgi verilmesi,
- Öğün aralıkları belirli olmalı, çocuk aralarda abur cubur beslenmeye alıştırılması;
- Çocuğun tabağına, tüketebileceği miktar kadar yemek konulmalı, “doydum” dediğinde saygı gösterilmesi;
- Çocuğun beslenmesi ek zaman ve dikkat gerektirir. Sabırlı davranmalı, çocuk yüreklendirilmeli, yerken denetlenmelidir. Çocuk, yemekle değil sevgi ve ilgi ile ödüllendirilmesi;
- 1-5 yaş arası dönemde ara öğünlerde alınan gıda maddelerinin niteliği önem kazanmaktadır. Bu nedenle ara öğünlerde çocuklara verilen gıda maddelerinin besin değeri yüksek olan gıdalardan seçilmesi;
- Çocuğun yediği miktar, diğer çocuklarla kıyaslanmamalı, çocuk az yedi endişesiyle zorlanmaması;
- Çocuğun yemek yeme kurallarını öğrenebilmesi için olumlu bir hava yaratılması. Çocukların takdir edilmesi;
- Nedensiz de olsa çocuğun yemek istemediği zamanlarda ısrardan kaçınılmasıdır.



## 9.KAYNAK

- Ahrens W. and ark. (2006) Understanding and preventing childhood obesity and related disorder-IDEFICS:A European multilevel epidemiological approach, Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases. 16,s:302–308.
- Akman S. ve ark.(2008) Yeme Reddi ile Başvuran 2-6 Yaş Arasındaki Çocukların Özellikleri.Ege Pediatri Bülteni,Ege Pediatri Bülteni,Cilt:15.Sayı:3,İzmir,s:173-178.
- Albayrak H. (1989) Konya İl Merkezinde Okul Öncesi Eğitim Kurumlarına Devam Eden Çocukların Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Altaş B. ve Kuloğlu Z. (2011) Malnutrisyonlu Çocuğa Yaklaşım.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi,Derleme,Ankara, 5(1),s:54-64.
- Altıparmak S.(2008) Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk/Eşitsizlik ve Çocuklar.Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Dergisi ,8(2),s:81-86.
- Altıntaş Ç.(2010) 3-5 Yaş Grubundaki Çocuklarda Kabızlık ve Beslenme Örüntüsü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı,Yüksek Lisans Tezi, Ankara,(Danışman:Doç.Dr.M.Tayfur).
- Arlı M., Şanlıer N., Küçükkömürler S., Yaman M. (2006) Anne ve Bebek Beslenmesi. Ankara, Cantekin Matbaası,s:56-59.

- Asafov A.(2012) Yaygın Gelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklarda Sorunlu Yeme Davranışları. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,Uzmanlık Tezi,İstanbul,(Danışman:Doç.Dr.Osman Sabuncuoğlu)
- Aslan D.(2009) Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar.Tabip Odası,Ankara.
- Aycan Z. (2009) Çocukluk Çağı Şişmanlık. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Endokrinoloji Klinik, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Yayını, Ankara.
- Baughcum A.E., Chamberlin, L.A., Deeks, C.M., Powers, S.W., Whitaker, R.C. (2000) Maternal perceptions of overweight preschool children. Pediatrics. 106(6):1380.
- Baysal A.(2012) Beslenme.14.Baskı, Hatiboğlu Yayınları,Ankara,s:465.
- Beşbenli K. ve ark.(2013) İstanbul'da üç farklı sosyoekonomik grupta yer alan annelerin emzirme ve bebek beslenmesi konusundaki bilgi ve davranışları. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,İstanbul, 56: 76-81.
- Beşikçi A. (2010) Erken Yaşta Görülen Obezite: Nedenleri ve Tedbirler.Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı.Ankara,s:23–24.
- Bilici S. ve Köksal E.(2013) Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklara Yönelik Beslenme Önerileri ve Menü Programları. Sağlık Bakanlığı,Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,Ankara,s: 9-10.
- Bilge A. ve ark. (2013) Hekim Gözüyle Sağlıklı Beslenme ve Öne Çıkan Güncel Konular İnceleme ve Değerlendirme. Öncü Basımevi, Ankara.

- Bilgili Ş.(2009) Kliniğimize Başvuran Çocuklar ile Ebeveynlerinin Diş Sağlığının Değerlendirilmesi ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması.Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği,Uzmanlık Tezi,İstanbul,(Danışman:Uzm.Dr.Müferet Ergüven)
- Brown A., Lee M.(2011) A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr* ;7:s:34-47.
- Bozhüyük A. ve ark. (2012) Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,Adana,s:13-14.
- Buzgan ve ark.(2013) Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadele El Kitabı,Ankara.
- Bülbül G. ve ark. (2012) Sağlam Çocuk Polikliniği'nden İzlenen İki Yaş Üzerindeki Çocuklarda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler.Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,İstanbul,Cilt:46,Sayı:3.
- Camberlın, L.A., Sherman, S.N., Jain, A., Powers, S.W., Whitaker, R.C. ,(2002) The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: perceptions of WIC health care professionals. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 156(7).
- Camcı N.(2010) Çocuk Beslenme Anketi'nin (CHILD FEEDING QUESTIONNAIRE-CFQ)Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Saptanması ve Türk Ebeveynlerine Uygulaması.Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,Ankara,(Danışman: Doç. Dr. Murat Baş)
- Çavuşoğlu H.(2004) Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Sistem Ofset Basımevi, Ankara.

- Çelik S. ve ark. (2014) Sağlıklı Çocuk İzlem Polikliniğinde Çocukların Büyüme Durumu ve Etkili Etmenler. Türk Pediatri Arşivi, Ankara.
- Çınar M. ve ark. (2007) Isparta İl Merkezinde 0-5 Yaş Grubu Çocukların Beslenme ve Malnütrisyon Durumu. Süleyman Demirel Üniversitesi, Erciyes Tıp Dergisi, Isparta; 29(4): s:294-302.
- Dereli F. (2006) 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Çiğdem)
- Devecioğlu E. ve Gökçay G. (2012) Tamamlayıcı Beslenme. İstanbul Üniversitesi, Çocuk Dergisi, 12(4), s:159-163.
- Dewey K.G. (2001) Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. Ped Clin North Am, 48: s:87-104.
- Donohue P.A. (2004) Obesity. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics 17 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, s:173-177.
- Ece A. ve ark. (2004) Diyarbakır ve Çevresi Okul Çocuklarında Boy Kısaldığı, Düşük Ağırlık ve Obesite Sıklığı. Van Tıp Dergisi. 11(4):128-136.
- Fisher J.O, Birch L.L., (1995), Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year old children are related to parental adiposity, J Am Diet Assoc, 95: s:759-764.
- Gökçay G. ve Garipağaoğlu M. (2002) Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme. Saga Yayınları, s: 94-104.

- Gökçay G.(2006) Bebek, Çocuk ve Adölesan Beslenmesi Özellikleri.İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü,Türkiye Klinikleri J Pediatri,İstanbul,Sayı:2(2).s: 35-43.
- Gül T.(2011) Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Tutum ve Davranışları: Çukurova Üniversitesi Örneği.Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Ekonometri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman:Yrd. Doç. Dr. Ebru Özgür Güler).
- Güler Ç. ve Akın L.(2012) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2.Baskı,Ankara,Cilt:3,s:1210-1290.
- Günay G. ve Bener Ö. (2011) Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri.Ankara, s:157-171.
- Gür E.(2003) Sağlam Çocuk İzlemi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No:35,s: 9-16.
- Gürsoy F. ve Coşkun T.(2006) Büyük Ebeveynleriyle Yaşayan Çocukların Aile Ortamlarını Değerlendirmeleri. Ankara Üniversitesi Ankara Üniversitesi, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Cilt 15, Sayı 1, s:151-164.
- Hawkins S. S. ve Law C. (2006) A Review of risk factors for overweight in preschool children: A policy perspective. International Journal Of Pediatric Obesity, s: 195- 209.
- Helvacıoğlu D.(2012) Çocukluk Çağındaki Obezitenin Demir Eksikliği Anemisine Neden Olmasının Araştırılması. Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul,( Danışman: Prof. Dr. Abdullah Bereket)

- Hertzler A.A. ve Frary R.B. (1999) Preschool children's food problems and foodrelated caregiving techniques, *Journal Consumer Studies and Home Economics*, 23(3):147-54.
- Ibanez, G., Saint Michel, C., Denantes, M., Saurel-Cubizolles, M.J., Ringa, V. & Magnier, A.M.(2011) Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Evaluating Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding in Low-Income Women. *Family Practices*, October 12.
- Ilgaz Ş.(2009) Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları İçin Rehber Kitabı.
- İltter N. (2008) Çalışan Kadınlarda Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Melda Karavuş)
- Kılınç G. ve ark. (2013) 3-4 Yaş Grubu Çocukların Ağız Sağlık Durumlarının İki Yıllık Takibi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Diş Kliniği, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, İzmir, Cilt: 27, sayı:1.s:25-26.
- Kılıç E., Şanlıer N.(2007) Üç Kuşak Kadının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Kastamonu Eğitim Dergisi, Kastamonu, Cilt:15, No:1.
- Kırmızıtaş A.(2005) Demir Eksikliği Anemisi Olan Çocuklarda Çözünebilir Transferin Reseptörü, Eritrosit Çinko Düzeyi ve Serum Çinko Düzeyi'nin Tanıdaki Yeri. Çukurova Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. Yurdanur Kılınç).
- Kobak C.(2009) Okul Öncesi Dönemde (3-6 yaş) Ana Çocuk Sağlığı ve Anaokulundaki Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması .Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Hatice Pek)

- Koçanalı B. ve ark.(2014) Çocuklarda Diş Çürüklerine Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,Pediatri Anabilim Dalı, İzmir,1(2):76-9.
- Köksal G., Gökmen H. (2000) Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi (1. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- Köksal O. (2001) Gıda ve Beslenme. Erciyes Üniversitesi Matbaası,Kayseri.
- Köksal G., Özel H.(2012) Okul Öncesi Dönemde Obezite.Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü,Ankara.
- Kutluay-Merdol T. (1999) Okul Öncesi Dönem Eğitimi Veren Kişi ve Kurumlar İçin Beslenme Eğitimi Rehberi. Özgür Yayınları, İstanbul.
- Megep,(2007) Çocuk Gelişimi ve Eğitimi,Beslenme.Milli Eğitim Bakanlığı,Ankara.
- Megep.(2011),Çocuk Gelişimi ve Eğitimi .Beslenme,Milli Eğitim Bakanlığı,Ankara.
- Merdol T.(2008) Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Beslenmesi. Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi,Beslenme ve Diyetetik Bölümü,Ankara, s:8-10.
- Merdol T. ve Kızıltan G.(2013) Genel Beslenme. Anadolu Üniversitesi,Eskişehir,1.Baskı.s:2-40.

- Midyat L. ve ark. (2008) İzmir’de 2-6 Yaş Arasındaki Çocukların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Ege Pediatri Bülteni,Ege Pediatri Bülteni,İzmir,Cilt:15.Sayı:3,s:161-172.
- Neyzi O. (2004) Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Neyzi O. ve ark. (2008) Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,Cilt:51,Sayı:1,İstanbul.
- Nizamoğlu M.(2006) Sağlam Çocukların Düzenli Takiplerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uz. Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü, Uzmanlık Tezi, İstanbul,(Uz. Dr. Sami Hatipoğlu)
- Northrup KL, Cottrell LA, Wittberg RA. (2008) Life: A School-Based Heart-Health Screening And Intervention Program. Journal Of School Nursing, 24:p:28-35.
- Osmanoğlu N. (2011) Anne ve Çocuk Beslenmesi. Vize Basın Yayın, Ankara, s:106-110.
- Öncü Ü.(2007) 1-5 Yaş Arası Çocukların Persantillerine Ailenin Sosyoekonomik Düzeyinin ve Annenin Beslenme Konusundaki Bilgisinin Etkisi Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Öncü Ü. ve ark. (2011) Bir-Beş Yaş Arası Çocukların Persantillerine Ailenin Sosyoekonomik Düzeyinin ve Annenin Beslenme Konusundaki Bilgisinin Etkisi.Klinik Araştırma,Çocuk Dergisi,İstanbul,11(2),s:64-72.
- Özcebe H. ve ark. (2013) Çocukluk Çağı Obezite Araştırması Ön Rapor,Ankara.



- Özen H.(2004) Çocuklarda Kabızlık ve Dışkı Kaçırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı.Hepatoloji ve Beslenme Ünitesi, Hacettepe Tıp Dergisi,Ankara, s:135-142.
- Özer A. ve ark. (2010) 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı TAF Preventive Medicine Bulletin,Kahramanmaraş.
- Parlak A. ve Çetinkaya Ş. (2008) Oyun Çocukluğu Dönemi Obez Çocuğun ve Ailelerinin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,Erzurum,11: 3,s:59-68.
- Pehlivanoğlu E.(2002) Pediatride Beslenme, Klinik Çocuk Forumu, 2:1.
- Pekcan G.(2008) Beslenme Durumunun Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- Peker E. ve ark.(2014) Çocukların Vücut Ağırlığı ve Görünümleri ile İştahları Hakkındaki Ebeveyn Değerlendirmelerinin Nesnel Ölçütlerle İlişkisi? Araştırma, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2014; 18 (3): 142-148.
- Priscilla Salant ve Don A. Dillman,(1994), How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, s. 55.
- Pyle S, Poston C. (2006) Fighting an epidemic: the role of schools in reducing childhood obesity. Psychology in the Schools, 43(3): s:361-376.

- Rapley G.(2011) Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. Community Pract;84.
- Sağlık Bakanlığı. (2008) Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri. Ankara,s:13-57.
- Sarıtekin S. ve Dindar İ.(2013) Edirne Merkez Kreş ve Anaokullarına Kayıtlı 2-6 Yaş Grubu Çocukların Büyüme Gelişme Durumları ve Etkileyen Etmenler. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi,Cilt 12, Sayı 1,s:12-22.
- Selimoğlu M.A. ve ark.(2000) Sağlıklı Çocuk Beslenmesi, Sendrom, 12:8.
- Sütcü Z. (2006) Drama Eğitiminin Okul Öncesi Eğitime Devam Eden Altı Yaş Grubundaki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarına Etkisinin Analizi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi,Konya.
- Şanlıer N., Ersoy Y. (2005) Beslenme Prensipleri. Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.
- Şehla İ. (2006) 9-72 Aylık Çocuklarda Antropometrik Ölçümler ve Antropometrik Ölçümlere Etki Eden Parametrelerin Araştırılması.Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Sami Hatipoğlu).
- Tatvan A.(2009) 0-3 Yaş Çocuğu Olan Annelere Yönelik Beslenme Eğitim Programı. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,(Danışman:Prof. Dr.A. Kulaksızoğlu).
- Tekdemir Ş.(2013) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran Obez Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal)

- Tepe E.(2010) Okul Öncesi Kurumlarındaki Çocukların Annelerinin ve Öğretmenlerinin Çocuk Beslenmesine İlişkin Görüşleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi,Afyonkarahisar.
- Terzi A.Ö. (2005) Bir-Üç Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarda Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Posa Alım Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara,(Danışman: Prof. Dr. Gülden Pekcan).
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması.Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu.TBSA (2010),Saha Uygulaması El Kitabı,Ankara, (www.ekutuphane.sagem.gov.tr), Erişim Tarihi:14.05.2014/20:30.
- Türkiye’de Çocuk ve Genç Nüfusun Durumunun Analizi.(2012) (www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final).Erişim Tarihi:18/06/2014.
- Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması (2012).(www.tuik.gov.tr.) Erişim Tarihi:12.12.2014/19:45.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,Ankara,(www.hips.hacettepe.edu.tr),Erişim Tarihi: 12.10.2014/20:45.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus EtütleriEnstitüsü,Ankara,(www.hips.hacettepe.edu.tr), Erişim Tarihi:12.12.2014/19:45.
- Tüzer V. ve ark. (2003) Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,1. Psikiyatri Kliniği, Ankara,s:200.

- Toker Ertuğ D., Hoccoğlu Ç.(2009)Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme.Düşünen Adam Yayınları,Rize,Cilt:22.Sayı:1-4.s:36-40.
- Unicef. (2012) Dünyada Çocuklarının Durumu, Kentsel bir Dünyada Çocuklar.(www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final).Erişim Tarihi:20/08/2014.
- UNICEF / UNHCR / WFP / WHO. (2002). Food and Nutrition Needs in Emergencies. WFP, Rome.
- Ulaş S. ve ark.(2012) 0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen Etmenler ve Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,Sürekli Tıp Eğitim Dergisi Sted,İstanbul, Cilt:21.Sayı:4,s:236-238.
- Usluer S. (1989) The reliability and the validty of the turkish family environment questionnaire. Boğaziçi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul.
- Ünal F.(1995) Anaokuluna giden 3-6 yaş çocuğu olan annelerin yağ tüketimine iliksin bilgi ve uygulamaları.Yüksek lisans tezi (basılmamış),Gazi Üniversitesi,Ankara.
- Ünüsan N.(2001) Okul Öncesi Çocukların Yeme Problemlerinin İncelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi, 4:1.
- Vatandaş N. Ş., Tarcan, A., Özbek, N. ve Gürakan, B. (2005) Altı Aylık Çocuklarda Beslenme Şekli ile Hemogloblin Düzeyi İlişkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 48,s:221-225.
- Yavuzer H.(2008) Çocuk Eğitimi El Kitabı. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Yiğit R.(2011) Çocukluk Dönemi Obezitesinin Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,s: 71-80.

- Yurdakök K., Alanay Y.(2003) Dünyada ve Türkiye’de Çocukların Durumu. Katkı Pediatri Dergisi, 25:1,s:13-26.
- Yücecan S.(2008) Optimal Beslenme. Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü,Ankara,s:11-12.
- Watt RG, Dykes J. ve Sheiham A. (2001) Socio-Economic Determinants of Selected Dietary Indicators in British Pre-school Children. Public Health Nutrition 4: s:1229-1233.
- WHO. (2001) Complementary feeding: Report of the global consultation. Geneva 10- 13 December.
- World Health Organization,(2008) Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: report of proceedings, Geneva, 6-9 October .
- WHO.(2009) Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.Geneva: WHO pres.
- World Health Organization, (2010) Indicators for assessing infant and young child feeding practices, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Worobey HS. ve Worobey J., (1999) Efficacy of a Preschool Breakfast Program in Reducing Refined Sugar Intake. International Journal of Food Science and Nutrition 50:s: 391-397.
- Wright C., Birks E. (2000) Risk Factors for Failure to Thrive: A Population-Based Survey. Child Care Health Dev. 26: 5-16.

## **10.EKLER**

**Ek 1:** Araştırmaya Katılan Ailelerden Yazılı Onam Formu

**Ek 2:** ocuğa Yönelik Veri Formu

**Ek 3:** Aileye Yönelik Veri Formu

**Ek 4:** Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)

**Ek 5:** T.C.Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan

Etik Kurul Onayı

**Ek 6:** T.C.İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden Araştırma İzin Yazısı

**No:**

### **İZİN VE AÇIKLAMA**

Adım Nuray ADAK. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.“1-5 yaş arasındaki sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimi“ ile ilgili bir araştırma yapıyorum. Bu konudaki sorularımı cevaplandırmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece araştırmanın bulguları olarak değerlendirilecek ve gizli tutulacaktır. Anketi cevaplamayı istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz. Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkı ve desteğiniz için teşekkür ederim.

T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİKTE  
YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ  
NURAY ADAK

- Katılımcının Adı-Soyadı:
- Anketin Uygulandığı Tarih:
- Anketin Uygulandığı Yer:
- Anketin Uygulanma Süresi:
- Katılım Reddedildiyse Nedeni:

## ÇOCUĞA YÖNELİK VERİ FORMU

**Tarih:**

**Doğum Tarihi:**

**Yaş:**

**Cinsiyet: K ( )**

**E ( )**

**1. Çocuk kaç aylık doğdu?**

.....

**2. Doğum kilosu ne kadardı?**

.....

**3. Doğum boyu ne kadardı?**

.....

**4. Şu andaki: Tartısı ..... Persentil değeri .....**

**Boy uzunluğu ..... Persentil değeri .....**

**Baş çevresi ..... Persentil değeri .....**

**Göğüs çevresi ..... Persentil değeri .....**

**Üst kol çevresi ..... Persentil değeri .....**

**5. Yuvaya gidiyor mu?**

1) Evet( )

2) Hayır( )

**6. Aldığı vitamin ve mineraller var mı?**

1) Evet( )

2) Hayır( )

### 0-1 YAŞ BESLENME ÖYKÜSÜ

**7. 0-6 Ayda bebeği ne ile beslediniz?**

1) Anne sütü( )

2) Mama( )

3) Anne sütü-Mama( )

4) Anne sütü-Ek gıdalar( )

5) Diğer .....



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

- 1) 0-6ay( )
- 2) 6-12 ay( )
- 3) 12-18 ay( )
- 4) 18-24 ay( )
- 5) 24ay üstü( )

**9. Ek gıdalara başlama yaşı: .....**

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

- 1) Süt ve süt ürünleri ( )
- 2) Et, Yumurta, kuru baklagiller ( )
- 3) Tahıllar ve tahıl ürünleri grupları ( )
- 4) Taze sebze ve meyve grubu ( )

**11. Ek gıdalara başlarken zorluk yaşadınız mı?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

**12. Eğer cevabınız evet ise bu zorluklar nelerdir?**

.....

**ŞU ANDAKİ BESLENME ÖYKÜSÜ**

**13. Şuanda çocuğu nasıl besliyorsunuz?**

- 1) Anne sütü ve ek gıdalar ( )
- 2) Anne sütü ve mama ( )
- 3) Ek gıdalar ( )
- 4) Ek gıdalar ve mama ( )
- 5) Ek gıdalar, mama ve anne sütü ( )
- 6) Normal gıdalar ( )
- 7) Diğer .....

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

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

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

- 1) İştahı az ( )
- 2) Çok az çeşitte yemek yer ( )
- 3) Sıvı içecekleri katı yiyeceklere tercih eder ( )
- 4) Beslenmesi yavaş ( )

- 5) Yiyecekleri çiğneyemez( )  
6) Diğer.....

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

- 1) Kusma ( )  
2) Kabızlık ( )  
3) Karın ağrısı ve gaz sancısı ( )  
4) Yok ( )  
5) Diğer .....

**17. Evde beslenme şekli nasıl?**

- 1) Kucakta ( )  
2) Aile ile sofrada ( )  
3) Mama sandalyesi ( )  
4) Masa /sandalye ( )  
5) Kanepe /koltuk ( )  
6) Yer sofrası ( )  
7) Diğer .....

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

- 1) 1 ( )  
2) 2 ( )  
3) 3 ( )  
4) 4 ( )  
5) 5↑ ( )

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

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

**20. Yemek saatleri düzenli mi?**

- 1) Evet ( )  
2) Hayır ( )

**21. Düzenli değilse nedeni nedir?**

.....

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

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**23. Biberon kullanıyor mu?**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**24. Kendi kendine bardak tutabiliyor mu?**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**25. Kendi tabağından mı yiyor?**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

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

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

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

.....

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

1) Evet .....

2) Hayır ( )

**29. Kendi kendini besleyebiliyor mu?**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**30. Kendi kendine beslenemiyorsa nedeni nedir?**

1) Etrafı kirlettiği için ( )

2) Fazla zaman aldığı için ( )

3) Kaşığı tutamadığı için ( )

4) Her zaman biri tarafından beslenme alışkanlığı olduğu için ( )

5) Diğer .....

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

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**32. Yemek yerken özellikle yemek istediği yer neresidir?**

- 1) Televizyon karşısında yemek ( )
- 2) Masada yemek ( )
- 3) Yerde yemek ( )
- 4) Gezerek yemek ( )
- 5) Diğer .....

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

- 1) Yemeği kaldırırim ( )
- 2) Çocuğa yemeğini yedirmeyi denerim ( )
- 3) Oyalayarak yemesini sağılarım ( )
- 4) Başka bir yiyecek öneririm ( )
- 5) Yemeğini yerse ödüllendireceğimi söylerim ( )
- 6) Yemezse cezalandıracağımı söylerim ( )
- 7) Kısa aralıklarla tekrar yemek veririm ( )
- 8) Diğer .....

**34.Çocuğunuza yemek yemediğinde ceza veriyor musunuz?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

**35. Eğer cevabınız evetse ne gibi cezalar veriyorsunuz?**

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

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

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

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

- 1) Hiç içmiyor ( )
- 2) 1 su bardağından az ( )
- 3) 1 su bardağı ( )

4) 2 su bardağı ( )

5) 2 su bardağından fazla ( )

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

1) 1 yaş altı ( )

2) 1 yaş üstü ( )

**39. Sizce çocuğunuz iştahsız mı?**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**40. Çocuğunuzun iştahsız olduğunu neye göre karar veriyorsunuz?**

1) Diğer çocuklarla karşılaştırıyorum ( )

2) Tabağındaki yemeği bitirmesine göre ( )

3) Kilosuna göre ( )

4) Diğer .....

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

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

**42. Eğer cevabınız hayırsa yememesinin nedeni nedir?**

1) Akşam yemeği geç saatte yenildiği için ( )

2) Çocuk uyuduğu için ( )

3) Çocuğun yemek saatleri düzensiz olduğu için ( )

4) Akşam yemeği toplu halde yenilmediği için ( )

5) Diğer .....

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

1) Biberon ( )

2) Bardak ( )

**44. Sevmediği besin yada besin grupları nelerdir?**

1) Süt ve süt ürünleri ( )

2) Et, Yumurta, Kuru baklagiller ( )

3) Tahıllar ve tahıl ürünleri grupları ( )

4) Taze sebze ve meyve grubu ( )

5) Yok ( )

**45. En sevdiği besin veya besin grupları nelerdir?**

1) Süt ve süt ürünleri ( )

2) Et, Yumurta, Kuru baklagiller ( )

3) Tahıllar ve tahıl ürünleri grupları ( )

4) Taze sebze ve meyve grubu ( )

5) Hepsi ( )

**46. Sebze yemeklerini seviyor mu?**

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

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

1) Evet ( )

2) Hayır ( )

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

.....

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

1) Tanelerini ( )

2) Suyunu ( )

3) İkisini birden ( )

### AİLEYE YÖNELİK VERİ FORMU

1. Bireylerin Durumu	Yaş	Eğitim	Meslek	Sağlık Durumu
Anne				
Baba				
1. Çocuk				
2. Çocuk				
3. Çocuk				
4. Çocuk				

**2. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisidir?**

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

**3. Sosyal Güvenceniz var mı?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

**4. Ailenizin aylık gelir durumunuzu aşağıdakilerden hangisine dâhil edersiniz?**

- 1) Kötü ( )
- 2) Ortanın altı ( )
- 3) Orta ( )
- 4) Ortanın üstü ( )
- 5) Yüksek ( )

**5. Ailenizin geliri sizce yeterli midir?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

**6. Mutfak harcamalarınıza yeterli miktarda para ayırıyor musunuz?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

**7. Mutfak harcamalarınız düzenli mi?**

- 1) Evet ( )
- 2) Hayır ( )

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

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

**9. Çocuk ailenizde kaçınıcı çocuk?**

.....

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

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

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

- 1) Ortak ( )
- 2) Baba ( )
- 3) Anne ( )
- 4) Büyükanne/büyükbaba ( )
- 5) Diğer .....

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

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

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

- 1) Evet( )
- 2) Hayır( )

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

- 1) 1 ( )
- 2) 2 ( )
- 3) 3 ( )
- 4) 4 ve üzeri ( )

**15. Öğün saatleriniz nasıldır?**

- 1) Sabah .....
- 2) Öğle .....
- 3) Akşam .....



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

- 1) Kahvaltı ( )
- 2) Öğle ( )
- 3) Akşam ( )

**17. En düzenli yenilen öğün hangisidir?**

- 1) Kahvaltı ( )
- 2) Öğle ( )
- 3) Akşam ( )

**18. Ailede en çok tüketilen besin grubu veya grupları hangileridir?**

- 1) Süt ve süt ürünleri ( )
- 2) Et, Yumurta, kuru baklagiller ( )
- 3) Tahıllar ve tahıl ürünleri grupları ( )
- 4) Taze sebze ve meyve grubu ( )

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

- 1) Süt ve süt ürünleri ( )
- 2) Et, Yumurta, kuru baklagiller ( )
- 3) Tahıllar ve tahıl ürünleri grupları ( )
- 4) Taze sebze ve meyve grubu ( )

### AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ

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

Lütfen yalnız kendi duygu ve düşüncelerinize göre cevaplayınız.

	<b>Hiç Katılmıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum.</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum.</b>
<b>1.</b> Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.				
<b>2.</b> Aile üyeleri duygularını açıkça ifade ederler.				
<b>3.</b> Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.				
<b>4.</b> Ailemizle ilgili kararlar, daha çok büyükler tarafından verilir.				
<b>5.</b> Bizim ailede bireyler kendi meselelerini kendileri hallederler.				
<b>6.</b> Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır.				
<b>7.</b> Evde birbirimize kişisel sorunlarımızı anlatırız.				
<b>8.</b> Aile üyelerinin ‘‘doğru ve yanlışlar’’ hakkında kesin düşünceleri vardır.				

	<b>Hiç Katılmıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum.</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum.</b>
<b>9.</b> Aile üyeleri gerçekten birbirine destek olurlar.				
<b>10.</b> Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz.				
<b>11.</b> Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır.				
<b>12.</b> Bizim ailede canımız ne istese yapabiliriz.				
<b>13.</b> Ailemizde birlik beraberlik duygusu vardır.				
<b>14.</b> Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır.				
<b>15.</b> Ailemizde kararlaştırılmış bir şeyin tam zamanında yapılması(dakiklik) çok önemlidir.				
<b>16.</b> Bizim evde kurallar oldukça katıdır.				
<b>17.</b> Ailemizde üyelerin, sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır.				
<b>18.</b> Aile üyeleri kızgınlıklarını açıkça gösterir.				
<b>19.</b> Ailece temiz ve düzenli insanlarız.				

	<b>Hiç Katılmıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum.</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum.</b>
<b>20.</b> Ailemiz bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder.				
<b>21.</b> Ailemizde, sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız.				
<b>22.</b> Ailemizde her bireyin görevi açıkça belirlenmiştir.				
<b>23.</b> Ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda bunu çözmek ve huzuru sağlamak için çaba sarf ederiz.				
<b>24.</b> Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz.				
<b>25.</b> Bizim evde aradığımız bir şeyi yerinde bulmak zordur.				
<b>26.</b> Aile üyeleri karşılaştıkları sorunları kendi kendilerine hallederler.				



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 07  
KONU:

25 102/2014

**Sayın; Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ**

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğumuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Nuray ADAK'ın "*1-5 Yaş Sağlıklı Çocuk Beslenmesi ve Aile Etkileşimi*" isimli araştırması kurulumuzun 17.02.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ  
Etik Kurul Başkanı

**PROTOKOL**

**Madde 1-**

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Nuray ADAK arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: İstanbul Maltepe İlçesi Aydınevler Aile Sağlığı Merkezi  
Çalışmanın adı: "1-5 Yaş Sağlıklı Çocuk Beslenmesi ve Aile Etkileşimi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Nuray ADAK

**Madde 2-**

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerinde uygulanacak olan anket çalışmasını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

**Madde 3-**

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır. Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

**Protokolün Süresi:**

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 4 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.

**b) Başlangıç 01/04/2014 Bitiş 31/08/2014**

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

**İhtilafların Çözümü:** Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

**Yürürlük:**

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Bürosuna teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tez ...vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

e) Araştırma verileri, süzel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

**Taraflar:**

26.04/2014

Araştırmacı

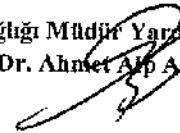
Adı-Soyadı:

Nuray ADAK



Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Uzm. Dr. Ahmet Alp AKER



OLUR

02.04/2014

Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Halk Sağlığı Müdürü



## 11.ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı :**Nuray ADAK

**Doğum Yeri ve Tarihi :**Tokat-27.07.1982

**Medeni Hali :**Bekar

**Yabancı Dil :**İngilizce

**E-posta Adresi :**nuray.dunyam.adak@gmail.com

**Tel :**05334861833

### Eğitim ve Akademik Durumu

<b>Mezun olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lise</b> Tokat Mehmet Akif Ersoy Lisesi	2000
<b>Lisans</b> Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi	2007

### İş Tecrübesi

<b>Görev</b>	<b>Süre(yıl-yıl)</b>
-Bahat Hospital:Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	2005-2006
-Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi:Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	2006-2006
-Delta Hospital: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	2006-2007
-Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi: Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	2007-2010
-Ahmet Hamdi Yavuz Sağlık Ocağı:Ebe	2010-2010
-Aydınevler Aile Sağlığı Merkezi:Ebe	2010-2014
-İstanbul Maltepe Toplum Sağlığı Merkezi:Ebe	2014-...

### **Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği :-**

**Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar:** TEV Bursu Üniversitede okurken (3 yıl)

**Bildiriler / Yayınlar:** Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde Okuyan Öğrencilerin

**Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi ve Tutumların Değerlendirilmesi-2005-Ordu Öğrenci**

**Hemşireler Kongresi.**