

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ AİLELERİN
ÇOCUKLARININ BESLENME DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mürşide ZENGİN

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

ŞANLIURFA

2016

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ AİLELERİN
ÇOCUKLARININ BESLENME DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mürşide ZENGİN

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

ŞANLIURFA

2016

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE


Mürşide ZENGİN'in hazırladığı "Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin Çocuklarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 29.06.2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

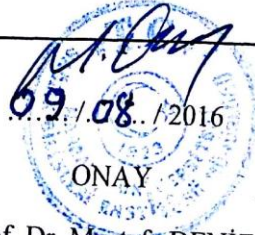

Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ (Danışman)

Harran Üniversitesi
Çocuk Sağ ve Hast Hemş AD
Başkan


Prof. Dr. Candan ÖZTÜRK

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Hemşirelik Bölümü
Üye


Yrd. Doç. Dr. Mahmut DEMİR
Harran Üniversitesi
Çocuk Sağ ve Hast AD
Üye



Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tezimin her aşamasında bana yol gösteren, beni cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'a,

Sınavımda önerileriyle çalışmama destek veren Sayın Prof. Dr. Candan ÖZTÜRK'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Mahmut DEMİR'e,

Bana hayatımın her döneminde destek olan, inanan ve uzun süre sabırla çalışmamın sonlanmasını bekleyen canım babama, biricik anneme, kardeşlerime, dünyaya gelişiyle hayatıma güzellikler katan oğlum Ahmet'e, tüm sıkıntılara ortak olan sevgili eşime,

Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mürşide ZENGİN

2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR	viii
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Beslenme, Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	4
2.2. Beslenmenin Önemi	4
2.3. Besin Öğeleri.....	5
2.4. Çocuklarda Besin Gereksinimleri	15
2.5. Yaş Gruplarına Göre Beslenme.....	15
2.5.1. 0-6 Aylık Bebeklerin Beslenmesi.....	15
2.5.2. 6-12 Aylık Bebek Beslenmesi.....	20
2.6. Beslenme Sorunları	23
2.6.1. Malnütrisyon	23
2.6.2. Obezite	27
2.6.3. Gıda alerjisi	27
2.7. Beslenmenin Değerlendirilmesi	27
2.8. Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	28
2.8.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Genel Özellikleri	28
2.8.2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Karşılaştığı Temel Sorunlar	30
2.8.3. Mevsimlik Tarım İşçilerinde Beslenme Özellikleri	34
2.9. Literatür İncelemesi.....	36
3.GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Tipi	40
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	40
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	40
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	42

3.6. Araştırmanın Değişkenleri	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
4. BULGULAR	45
4.1. MTİ Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	45
4.1.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	45
4.1.2. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	48
4.1.3. Babaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
4.1.4. Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.2. Çocuğun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	50
4.3. Çocuğun Gelişim Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	52
4.4. Çocuğun Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	53
4.5. Annelerin Beslenme Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	58
4.6. Çocukların BGA, YGA, YGB, YG-BKİ ile Persentil Dağılımına İlişkin Bulgular.....	59
4.7. Çocuklarda Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Zayıflık, Düşük Kiloluluk, Bodurluk Oranlarına İlişkin Bulgular.....	60
4.8. Çocuklarda Zayıflık, Düşük Kiloluluk ve Bodurluk Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	62
4.9. Annelerin Toplam Beslenme Bilgi Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	65
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
8. KAYNAKÇA	76
9. EKLER	81
EK 1. Çocuk Beslenmesinin Değerlendirilmesi Formu	81
EK 2. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı	85

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Marasmus ve Kwashiorkor'da Klinik ve Laboratuvar Özellikleri.....	26
Tablo 2. 2001-2015 Yılları Arasında Kırsal Alanda Yaşayan Aileler ve MTİ Ailelerle Yapılan Bazı Çalışmaların İncelenmesi.....	36
Tablo 3. Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	46
Tablo 4. Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	48
Tablo 5. Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	49
Tablo 6. Aileye İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	50
Tablo 7. Çocuğa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	51
Tablo 8. Çocuk Gelişimine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	53
Tablo 9. Çocuk Beslenmesine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	55
Tablo 10. Annelerin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	59
Tablo 11. Çocukların BGA, YGA, YGB ve YGBKİ ve Persentil Dağılımı.....	60
Tablo 12. Çocuklarda Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Zayıflık, Düşük Kiloluluk, Bodurluk Oranlarının Dağılımı-1.....	61
Tablo 12. Çocuklarda Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Zayıflık, Düşük Kiloluluk, Bodurluk Oranlarının Dağılımı-2.....	61
Tablo 13. Çocuklarda Zayıflık, Düşük Kiloluluk ve Bodurluk Durumunu Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	63
Tablo 14. Annelerin Toplam Beslenme Bilgi Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	66

KISALTMALAR

BGA : Boya Göre Ağırlık

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSÖ/WHO : Dünya Sağlık rgt (World Health Organization)

ILO : Uluslararası Çalışma rgt (International Labour Organization)

MTİ : Mevsimlik Tarım İşçisi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)

YGA : Yaşa Göre Ağırlık

YGB : Yaşa Göre Boy

YG-BKİ : Yaşa Göre Beden Kitle İndeksi

ÖZET

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ AİLELERİN ÇOCUKLARININ BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mürşide ZENGİN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, Şanlıurfa ve Adıyaman'da mevsimlik tarım işçiliği yapan ailelerin çocuklarının beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini her iki ilde yaşayan, geçimini mevsimlik tarım işçiliği yaparak sağlayan ve 0-5 yaş grubu çocuğa sahip aileler oluşturmuştur. Evreni bilinmeyen örneklem hesaplama yöntemiyle örneklem sayısı 288 olarak belirlenmiştir. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin yoğun yaşadığı Şanlıurfa'da 13 mahalle, Adıyaman'da 11 mahalle olmak üzere küme örnekleme yöntemiyle belirlenen kişi sayısı ile aileler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya % 86,8 oranında katılım sağlanmış ve toplamda 250 aileye ulaşılmıştır. Veriler, Çocuk Beslenmesinin Değerlendirilmesi Formu aracılığı ile karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı, çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve tek değişkenli analizlerden Ki-kare testi kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Anthro programında boya göre ağırlık, yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy, yaşa göre beden kitle indeksi persentil değerleri ve Z skorları hesaplanmıştır. Çalışmada çocukların yaş ortalaması $35,0 \pm 16,5$ ay, ağırlık ortalaması $12,4 \pm 2,98$ kg, boy ortalaması $89,01 \pm 11,97$ cm ve %54,4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Annelerin %66,8'inin 18-34 yaş arasında olduğu, %39,2'sinin okur-yazar olmadığı, %58,2'sinin tarlada çalıştığı ve %68,5'inin tarlaya çocuğuyla gittiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çocukların yalnızca %13,2'sinin boy uzunluğunun, %19,2'sinin de ağırlığının 50 persentil ve üzerinde olduğu görülmektedir. Çocukların %5,2'sinin boya göre ağırlık, % 15,6'sının yaşa göre ağırlık, %23,6'sının yaşa göre boy ve %7,8'inin yaşa göre beden kitle indeksi persentil değerinin 3'ün altında olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında %4,8

oranında zayıflık, %14 oranında düşük kiloluluk ve %22 oranında da bodurluk olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde; bodurluk ile aile yapısı, tarlada kalınan yer, düzenli sağlık kontrolü yapılma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulunurken; düşük kiloluluk ile tarlada kalınan yer açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmada annelerin toplam beslenme bilgi puanı ile aile tipi ve evde-tarlada doğum yapma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu çalışmada, mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında beslenme yetersizliği olduğu tespit edilmiştir. Bu gruba yönelik beslenme durumlarını olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kontrol altına alınması ve mevsimlik tarım işçisi ailelerin yaşam koşullarının iyileştirilmesi için çalışmaların sürdürülmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, çocuk, hemşirelik, mevsimlik tarım işçiliği

ABSTRACT

EVALUATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN OF SEASONAL AGRICULTURAL WORKER FAMILIES

Mürşide ZENGİN

Department of Nursing, Master Degree Thesis

The study, centres in order to assess the nutritional status of children of seasonal agricultural worker families in Adıyaman and Şanlıurfa reviewed as an identifier. The sample group of the study consists of seasonal agricultural worker families who live in both cities with 0-5 age group of children. With the unknown sample population calculating method, samples have been identified as the number of 288. With the number of families determined by the method of cluster sampling were included in the study from 11 neighborhoods in Adıyaman and 13 neighborhoods in Sanlıurfa where the seasonal agricultural workers live the most. In the study, % 86,8 amount of participation and a total of 250 families were achieved. The data is collected with the method of face to face interview by using the Evaluation Form of Child Nutrition. For the implementation of the research written consent was obtained from Harran University Medical Faculty Ethics Committee and verbal consent from parents who agreed to participate. For the data evaluation; from descriptive statistics; percentage, mean, median, standard deviations, and from univariate analysis the Chi-square test were used. On The World Health Organization Anthro program, weight for height, weight for age, height for age, body mass index for age percentile values and Z-scores were calculated. In this study, the age average of children is $35,0\pm 16,5$ months, weight average is $12,4\pm 2,98$ kg, height average is $89,01\pm 11,97$ cm and %54.4 of them are male. And %66,8 of mothers are between the 18-34 age group, %39,2 of them are not lettered, %58,2 of them work in the field and %68,5 of them go to field with their children. When the children who participated in the research were examined, it is determined that only %13,2 of them's heights and %19,2 of them's weights are 50 percentile and above. It is identified that %5,2 of the children weight based on height, % 15,6 of the children weight based on age, %23,6 of the children height based on age and %7,8 of the children body mass indexes are below 3 of percentile value. At the end of the

study, it is determined that children of seasonal agricultural worker families have 4.8% weakness, 14% low overweight, and %22 stunting. In statistical analysis; for being stunting, while the relationship is significant between the groups in terms of the family structure, a place to stay in the field, to do a regular checkup of the situation; for being low overweight, the relationship between the groups in terms of the place of stay in the field were found to be significant ($p < 0.05$). In the study, with the help of mothers' total nutrition informations, family type and in terms of the home- field birth situation, a relationship was found statistically significant between the groups ($p < 0.05$). In this study, it was found that there is a nutritional deficiency in children of seasonal agricultural worker families. It can be suggested to keep the study continue to determine the factors that affect their nutritional status for this group, to take under control and to improve the living conditions of seasonal agricultural worker families.

Key Words: Nutrition, child, nursing, seasonal agricultural worker

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme; insanın büyümek, gelişmek, sağlığı korumak, geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek ve üretken olarak uzun süre yaşayabilmek için gerekli besin öğelerini vücuduna alıp kullanabilmesi amacıyla bilinçli yapılması gereken bir eylem şeklinde tanımlanabilir (1). Yeterli ve dengeli beslenme insanın yaşamı boyunca sadece fizyolojik gereksinimlerin giderilmesi için değil, psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin giderilmesi için de önemli olmakla birlikte beden sağlığı kadar bilişsel fonksiyonları da etkilemektedir.

Çocukların yetişkin dönemde sağlıklı bir birey olabilmeleri, anne karnından başlayarak sağlıklı bir ortamda büyümelerine bağlıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenmiş çocuklar hem fiziksel hem de mental yönden geri kaldıklarından çocukluk çağı beslenmesi ayrıca önemlidir (2,3). Yetersiz beslenme; aktivite azalması, merak- ilgi azalması, sosyal etkileşimde azalma ve bilişsel işleyişin azalmasıyla sonuçlanmakta; enfeksiyona yatkınlık, mortalite ve morbidite artışında rol oynamaktadır (2,4). Çocuk sağlığı alanında önemli gelişmeler olmakla birlikte, hala beslenme bozukluğu çocuklar için, erken ölüm ve hastalıklar açısından en büyük risk grubudur (5).

Bir toplumda beslenme durumunun en önemli belirleyicisinin yoksulluk ve eşitsizlik olduğu bildirilmektedir (6). 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; eşitsiz dağılımlar göstermektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır (7).

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre (ILO) tarım işçiliği tüm dünyada ikinci sırada istihdam alanıdır. Sürdürülebilir tarımsal üretimin kalbi olarak tanımlanan mevsimlik tarım işçileri, dünyada 1,1 milyar tarım işgücünün yaklaşık 450 milyonunu oluşturmaktadır (8). Türkiye'de tarım sektörünün istihdam içindeki payı TÜİK Hanehalkı İşgücü İstatistiklerinin 2015-Şubat verilerine göre 27 milyon 432 bin istihdam edilen iş gücünün %22'sini tarım iş gücü oluşturmaktadır (9). Yaklaşık 6.5 milyon tarım iş gücünün yarısının geçimini sağlayabilmek amacıyla daha fazla tarımsal iş olanağı bulunan yörelere gezici ve mevsimlik işçi olarak gitmek durumunda kalan, mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (9,10).

Mevsimlik tarım işçisi kavramı, tarım alanlarında çalışmak üzere ikamet ettikleri yerden başka yere göç eden ve sezon bitiminde tekrar evine dönen işçileri tanımlamak için

kullanılır (11). Mevsimlik tarım işçisi, “kendisinin ya da başkasının tarım alanında ekim, yetiştirme, ilaçlama, hasat gibi tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli/yevmiyeli veya ayni ödeme karşılığı, sözleşmeyle veya sözleşme olmaksızın, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici mevsimlik çalışan kişidir” (12). Mevsimlik tarım işçileri Amerika Birleşik Devletleri (ABD Nüfus Dairesi tarafından) bir ülkeden bir başka ülkeye tarımda çalışmak için göç edenler, aynı ülke içinde tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışmak için yer değiştirenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (13).

Türkiye’de 48 ilde tarım işçileri çalışmaktadır (11). Mevsimlik tarım işçileri, Doğu ve Güneydoğu Anadolu ile Orta Anadolu bölgelerinden pamuk, fındık, çay, tütün, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun olarak yapıldığı bölgelere söz konusu ürünlerin çapa, sulama ve hasat zamanlarında aileleri ile birlikte göç etmektedir (14). Yapılan araştırmalar incelendiğinde, Türkiye’de üç ay ve üzerinde çalışan mevsimlik gezici nüfusun önemli kısmı Şanlıurfa, Adıyaman, Diyarbakır, Mardin illeri başta olmak üzere Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde ikamet etmektedir. Ülkemizde Nisan - Kasım ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gitmektedirler (15).

ILO’ya göre çalışma yaşamında görülmekte olan kaza ve hastalıkların yaklaşık yarısı tarım sektöründe gerçekleşmektedir (5). Tarım sektöründe, özellikle gezici işçi olarak çalışan tarım işçisi aileler tarımın kendine özgü niteliklerinden dolayı oldukça ağır ve değişken koşullarda çalışmakta (10), Mart-Ekim ayları arasında yaklaşık 25 farklı şehre çalışmak üzere gitmektedir. Her aile bir yıl içinde ortalama üç farklı ile gitmekte ve yaklaşık 7-8 ay ortalama 4 ay tarlada yaşamaktadır (11,16).

Ailelerin yaşam koşulları özellikle büyüme gelişmenin hızlı olduğu 0-5 yaş dönemindeki çocukların, yeterli sağlık bakımı almalarını engelleyebilmekte, optimal büyüme ve gelişmelerine ilişkin çeşitli riskler yaratmaktadır (11,17). Yapılan araştırmalar, alt sınıflarda ve düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerde annelerin sık beslenme hataları yaptıklarını, bu ailelerin çocuklarının iki-beş kat arasında daha fazla beslenme yetersizliğine maruz kaldıklarını, ve boylarının diğer çocuklara oranla daha kısa olduğunu göstermektedir (18,19).

Mevsimlik tarım işçilerinin % 60’ından fazlasının yoksulluk sınırı altında yaşadığı bildirilmektedir (5,20). Dünyada birçok müdahale programı uygulanmasına karşın, mevsimlik tarım işçiliği, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, temel sanitasyon

eksikliği, yetersiz-dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, pestisit gibi kimyasallara maruz kalma, aşırı sıcak ve soğuk etkilenimi, hizmetlere erişememe nedeniyle mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu, çalışma yaşamının en kötü biçimlerinden biri olarak tanımlanmakta ve sosyal dışlanmanın bütün boyutlarını yaşayan bir grup olarak ele alınmaktadır (5).Yaşadıkları birçok sorunun başında beslenme gelmektedir. Mevsimlik işçiler yeterli ve sağlıklı beslenme olanaklarına sahip olamamakta, yeterli sebze-meyve ve protein almadan beslenmekte, öğün atlamakta ve uygun koşullarda saklanmayan besinleri tüketmektedir (5,21,22). Demirel ve arkadaşlarının çoğu mevsimlik tarım işçisi olan ailelerle yaptığı çalışmada; yoksulluk, eğitimsizlik ve fazla sayıda çocuk sahibi olmanın çocukların yeterli ve dengeli beslenmelerini engellediği ve bu durumun malnütrisyon riskini artırdığını ortaya koymaktadır (18).

Türkiye'de mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında yapılan araştırmalara göre; çocukların çoğunluğu hem yaşlarına uygun olmayan ve eksik gıdalarla beslenmekte, hem de aile üyeleri çalıştığı zaman dilimlerinde yalnız kalmakta ve beslenmelerini düzenleyebilecek ve kontrol edebilecek yetişkinlerden yoksun bırakılmaktadırlar. Çocuğa özgü beslenme örüntüsü bulunmamaktadır. Çocuklar yaş grubu gözetmeksizin yetişkinlerin tükettiği yemeklerle beslenmektedir (21).

Mevsimlik tarım işçisi (MTİ) ailelerin beş yaş altı çocuklarında beslenme bozukluğu prevalansı (yaşa göre boy) % 38-45 olarak saptanmıştır. Bodurluk oranının diğer çocuklara oranla iki kat daha fazla olduğu, aynı şekilde düşük kiloluluk, zayıflık ve psikomotor gelişme geriliği oranlarının da yüksek olduğu çalışma sonuçlarında bildirilmiştir (11,17).

Diğе ülkelerde yapılan araştırmalarda da mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında malnütrisyon ve gelişimsel geriliklerin fazla olduğu tespit edilmiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda yıllar boyunca bodurluk oranı azalmakla birlikte, % 5 olduğu görülmektedir (11,23).

Tarım işçisi ailelerin çocukları ile yapılan çalışmalarda; çocuklarda beslenme yetersizliğinin belirlendiği çalışmalar bulunmakta ancak beslenme özelliklerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışma mevsimlik gezici nüfusun önemli kısmının yaşadığı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Şanlıurfa ve Adıyaman illerinde yapılmıştır.

1.1.. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, tarım işçisi ailelerin yoğun yaşadığı iller olan Şanlıurfa ve Adıyaman'da mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme, Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme kelimesi ilk olarak 1551 yılında Latince 'nutrire' yani 'beslemek için' anlamında kullanılmıştır. Günümüzde beslenme kelimesi organizmaların nasıl besin elde ettiği, besinleri nasıl metabolize ettiği ve hayatın tüm süreçlerini desteklemek için bunları nasıl kullandığı işlemlerinin tümünü kapsayan bir terimdir (4).

Beslenme; insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşayabilmesi için gerekli besin öğelerini vücuduna alıp kullanabilmesi ya da; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylem şeklinde tanımlanabilir (1).

Beslenme anne karnından yaşlılığa kadar insan yaşamının her döneminde önemlidir. Vücudun çalışması ve yaşamın devamlılığı için gerekli enerjinin sağlanmasına "yeterli beslenme", enerjinin yanı sıra diğer bütün besin öğelerinin de gereksinim kadar alınmasına "dengeli beslenme" denir (24). Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu "yeterli ve dengeli beslenme" deyimi ile açıklanır. Besin öğelerinin vücudun gereksinimlerinden az alınması durumunda; yetersiz beslenme, yeterince yemesine karşın uygun besin ögesini seçememesi durumunda; dengesiz beslenme ortaya çıkar (1).

2.2. Beslenmenin Önemi

Yeterli ve dengeli beslenmenin insan sağlığı üzerindeki olumlu etkileri araştırmalarla kanıtlanmış bir gerçektir. İnsan vücudunun çalışabilmesi için enerjiye gereksinimi vardır, bu enerjinin sağlanması için, yeterli ve dengeli beslenmek gerekmektedir. Beslenme, karın doyurmak değil, vücutta yeni dokuların yapılması, eskiyen hücrelerin onarılması, hastalıklara

karşı vücut direncinin sağlanması, kısaca büyüme, gelişme ve sağlıklı olarak yaşamın devamı için gereklidir (2). İnsan vücudu yeterli beslenemediğinde fonksiyonlarını tam olarak yerine getiremez, şiddetli beslenme yetersizliği de mortalite ve morbiditede artışa neden olabilir (4).

Dünyada Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan ve uygulamaya konulan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde,

-besleyici yiyecekler sağlanması, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi

-anne-baba-çocukların; çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütünün faydaları konularında bilgilendirilmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması maddeleri yer almaktadır. Böylelikle çocukların en temel haklarından birisi olarak "beslenme hakkı" gösterilmekte, "anne sütü ile beslenme hakkı" üzerinde önemle durulmaktadır (25).

Sağlıklı yetişmiş çocuklar, toplumların sağlıklı gelecekleri için gerekli unsurlardan biridir. Çocukların yetişkin dönemde sağlıklı bir birey olabilmeleri, anne karnından başlayarak sağlıklı bir ortamda büyümelerine bağlıdır. Yeterli ve dengeli beslenme insanın yaşamı boyunca sadece fizyolojik gereksinimlerin giderilmesi için değil, psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin giderilmesi için de önemli olmakla birlikte beden sağlığı kadar bilişsel fonksiyonları da etkilemektedir. İnsanın düşünme, öğrenme ve algısını içeren bir terim olan bilişsel gelişimi etkileyen üç ana faktörden biri beslenmedir (beslenme, genler, çevre). Diyetle çoklu doymamış yağ asitlerinin, demir, iyot ve antioksidanların yeterli ve dengeli miktarlarda alınması bilişsel fonksiyonları artırmaktadır. Erken çocukluk dönemi beslenmesi sonraki yılların başarısını etkilemektedir. Yapılan çalışmalar çocukların yeterli ve dengeli beslenemediği durumlarda fiziksel ve mental yönden geri olduklarını açıkça ortaya koymaktadır. Yetersiz beslenme aktivite azalması, merak-ilgi azalması, sosyal etkileşimde azalma ve bilişsel işleyişin azalmasıyla sonuçlanır. Enfeksiyona yatkınlık, mortalite ve morbidite artışında rol oynar (2,3,4,26).

2.3. Besin Öğeleri

Besin, "hayvan ve bitkilerin yenilebilir kısımlarına" denir. Besin ögesi de; "besinlerin içinde bulunan enerji sağlayan, doku yapımında ya da yenilemede görevli olan, yaşam sürecini düzenleyen, vücut tarafından gereksinim duyulan her türlü organik ve inorganik maddeye" denir. İnsanın yaşamını sağlıklı sürdürebilmesi için kırktan fazla besin ögesine gereksinim vardır (24). Besin öğeleri enerji üretmek, çevresel ortamı algılamak ve

yanıt vermek, yürümek, atıkları vücuttan uzaklaştırmak, büyümek, solunum ve yenilenme gibi birçok işlevin yerine getirilmesinde kullanılır (4).

Karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller ve su şeklinde gruplandırılabilen besin öğelerinin yeterli ve dengeli olarak yaşa uygun tüketilmesi gerekir (27).

Enerji: Enerji, alınan besinlerdeki karbonhidrat, protein, yağ ve alkol gibi öğelerle sağlanır. Vücudun pek çok işlevinin yerine getirilebilmesi için enerji gereklidir. Bu işlevler arasında solunum, dolaşım, fiziki çalışma ve protein sentezi vardır (28).

Çocukların enerji gereksinimi yaşa ve koşullara göre farklılık gösterir. 6-12 ay arasındaki çocuklarda enerjinin %50'si bazal metabolizma, % 12'si büyüme, % 25'i fiziksel aktivite için tüketilir; % 8'i dışkı yoluyla emilemeyen yağlar şeklinde kaybedilir; % 5'i de besinlerin ısı etkisi için tüketilir. İlk yaştan sonra büyüme için tüketilen enerji, toplam enerjinin % 5'inden azdır (29).

Karbonhidratlar: Karbonhidratlar dışardan gıdalarla alınması zorunlu olan ve vücudun enerji ihtiyacının büyük bir bölümünü oluşturan besin grubudur (29). Karbonhidratlar en kolay sindirilen ve en kısa sürede enerjiye dönüşebilen enerji kaynaklarıdır ve günlük enerji kaynağımızın % 55-60'ını bu besin grubundan sağlarız (27). İnsan vücudunda karbonhidrat çok az miktarlarda, glikojen olarak tutulur. Glikojen en çok karaciğerde yer alır ve diğer organlarda ve kaslarda da az miktarda glikojen bulunur. Kanda glikoz şeklinde belirli miktarda bulunması, dokulara sürekli enerji sağlanması bakımından önemlidir. Yetişkin insan vücudundaki toplam karbonhidrat miktarı % 1'in altındadır (1).

Karbonhidratlar karbon, hidrojen ve oksijenden oluşur. 1 gr karbonhidratın yanması ile 4 kalori enerji açığa çıkar (4). Karbonhidratlar besinlerde karbon-hidrojen-oksijenin birleşme düzenine göre monosakkarit, disakkarit, polisakkarit şeklinde bulunurlar. Monosakkaritler basit şekerlerdir ve en çok bilinenleri glikoz, fruktoz ve galaktozdur. Monosakkaritler sindirimde değişikliğe uğramazlar ve karaciğerde glikojen halinde depo edilirler. Disakkaritler iki monosakkaritin bir su kaybederek birleşmesi sonucu oluşur. En çok bilinenleri; laktoz, sakkaroz ve maltozdur. Disakkaritler bağırsak mukozasında disakkaraz enzimiyle monosakkaritlere parçalanarak dolaşıma katılırlar. Polisakkaritler, çok sayıda ve çeşitte monosakkaritin birleşmesiyle oluşan karbonhidratlardır. Beslenmede en önemlileri; nişasta, glikojen, selüloz ve kitindir (27).

Amerika’ da Besin ve Beslenme Kurulu (Food and Nutrition Board) 0-6 ay, 7-12 ay, ve 1-5 yaş aralıkları için günlük karbonhidrat gereksinmesini sırasıyla 60 g, 95 g ve 130 g olarak önermektedir (30)

Proteinler: Proteinler vücudun gelişimi, büyümesi ve hayati işleyişini devam ettirebilmesi için gereklidir; aynı zamanda enerji de sağlamaktadır (28).

Proteinlerin en önemli özellikleri savunma sistemini oluşturan hücrelerin, hormonların ve enzimlerin yapı taşı oluşturmalarıdır. Hücrelerin çoğalması, işlev yapması, kısaca tüm fonksiyonları için protein gereklidir (31).

1 gram protein 4 kilo kalori enerji sağlar. Besinlerde ve vücudumuzda bulunan proteinler 20 farklı amino asitten meydana gelmiştir. Amino asitlerden 9 tanesi elzemdir. Bu amino asitler; histidin, izolösin, lösin, lizin, metionin, fenilalanin, treonin, triptofan ve valindir ve bunları besinlerle dışarıdan almamız gerekmektedir. Diğer amino asitler elzem değildir. Günlük yeterli oranda elzem amino asit ve kalori alınırsa vücut elzem olmayan amino asitleri sentezler (31).

Esansiyel amino asitler süt çocukları için elzemdir ve yeni doku yapımı için diyetle mutlaka olmaları gerekmektedir. Ayrıca arginin ve histidin çocuklar için özellikle ilk yıllarda elzem amino asit olarak kabul edilir (27).

Vücuttaki proteinler devamlı olarak azalmakta ve tekrar sentez edilmektedirler. Çünkü protein alım süreci tam olarak yeterli değildir ve bazı aminoasitler vücuttan kaybedilir. Sürekli aminoasit sağlayan kaynaktan bu kayıpların yerlerini doldurmaları beklenir; bu döngü bireylerde ömür boyu devam eder. Protein ihtiyacını etkileyen birincil faktör enerji alımıdır; çünkü yeterli enerji alınmadığı zaman protein enerji yerine kullanılmaya başlar (28).

Protein gereksinimi besinlerde bulunan proteinin cinsine göre değişir. İyi cins protein bileşiminde uygun oranlarda esansiyel ve esansiyel olmayan amino asitleri bulduran ve vücut tarafından kolaylıkla kullanılabilen proteindir. Günlük protein gereksinimi yaşa göre değişir. Büyümenin en hızlı olduğu yenidoğan ve süt çocukluğunda günlük gereksinim 2-2,5 gr/kg iken, bir yaşından sonra 1-1,5 gr/kg, yetişkinde ise 0,5 gr/kg’dır. Gebelik, laktasyon, prematüre doğma, büyüme çağında bulunma, hastalık durumları (enfeksiyon, ateşli hastalıklar, GİS hastalıkları, yanık, cerrahi vb.) protein gereksinimini artırır (27).

Protein kaynakları; et, kümes hayvanları, balık, yumurta, süt ve süt ürünleri 9 tane elzem amino asidi içeren hayvansal kaynaklı proteinlerdir. Bu nedenle kaliteli protein olarak

adlandırılır. Kurubaklagiller, tahıllar, yağlı tohumlar ve sebzeler de bitkisel kaynaklı proteinlerdir (31).

Yağlar: Yağlar, yağ asitlerinden oluşurlar. Yağ asitlerinden özellikle linoleik asit ve linolenik asit organizma için gereklidir. Çünkü vücutta bu iki yağ asidinin sentezi gerçekleşemez. Çocukluk döneminde büyüme, yetişkinlerde ise sağlıklı bir cilt için bu yağ asitlerine ihtiyaç vardır. Elzem yağ asitleri besinlerde yaygın olarak bulunur.

Yağlar yoğun enerji kaynağıdır. 1 gram yağ 9 kilo kalori enerji verir. Vücut yağları enerji için kullanmakla birlikte, özellikle yağ dokularında ve yağ hücrelerinde depolayabilir. Vücuttaki yağ deposuna “adipoz doku” denir. Fazla enerjiye ihtiyaç duyulduğunda vücut bu yağlardan yararlanır. Vücuttaki yağların enerji olarak kullanılmasının yanında organların çevresini sararak hasarlara karşı koruma ve deri altında bulunarak vücut ısısını dengeleme gibi fonksiyonları vardır (31).

Vitaminler: Vitaminler düzenleyici olarak çalışan kompleks kimyasal maddelerdir. Karbonhidrat, protein ve yağdan enerji üretimini, vücut proteinlerinin sentezini, karanlıkta görme gibi işlevleri yerine getirirler. Bir kısım vitaminler besinlerde aktif şekilde bulunurken bir kısım da provitamin şeklinde bulunur ve vücutta aktif hale geçer. Örneğin sarı ve yeşil renkli meyve ve sebzelerde bulunan karoten bir provitaminidir. Bağırsak mukozasında enzimatik aktivite ile vitamin A ya dönüşür.

Vitaminler vücuttaki bileşiklerin bir parçası olmaktan çok düzenleyici olarak fonksiyon görürler. Hormonlar gibi vitaminler de metabolik olaylarda katalizör rolü görürler. Koenzim şeklinde davranırlar ve enzimlerin aktif şeklini meydana getirmek üzere özel enzim proteinlerine bağlanırlar.

Vitaminler suda eriyenler ve yağda eriyenler olmak üzere 2 gruba ayrılırlar. Suda eriyen vitaminler kan dolaşımıyla taşınıp, vücutta depolanmazlar. Vücut gerektiği kadarını kullanır, geri kalanını idrar yoluyla dışarı atar. Bu yüzden düzenli olarak, doğal yoldan alınması gerekir. Yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K vitaminleri) yağda çözünebilir. Bu vitaminler vücuda yağ yoluyla taşınır. Bu nedenle beslenmede yeterli miktarda yağ bulunmalıdır. Vücut yağda eriyen vitaminleri, organizmadaki yağ içerisinde depolayabilir. Bu vitaminlerin gıda veya ilaç yoluyla fazla miktarda alınması toksik etkilere yol açabilir (29, 31)

D vitamini: D vitamini büyüme, gelişme, kemik ve diş gelişimi için önemlidir. Bağırsaklar, iskelet sistemi, böbrek ve kas dokusu üzerine etkisi vardır. İnce bağırsaklarda kalsiyum emilimini artırır.

Sağlıklı bir annenin sütü, D vitamini dışındaki tüm vitaminleri çocuğun gereksinimini karşılayacak miktarlarda içerir. Ancak yaşamın ilk günlerinde K vitaminin de dışarıdan verilmesi gerekebilir.

İnek sütü ile beslenen süt çocuklarına D vitamini preparatlarının verilmesi ve C vitamini doğal kaynaklarından sağlanamıyorsa bu vitaminin de ilavesi gereklidir.

Diğer ülkelerde çocuklara ilave olarak vitamin takviyesi önerilmediği görülmektedir. Ancak ülkemizde piyasa sütleri D vitamini ile zenginleştirilmemiş olduğundan ilk yaşlarda ve ergenlikte, özellikle kış aylarında her çocuğa ilave D vitamini verilmesi gerekmektedir. Yetersiz beslenen çocuklarda multivitamin desteği oldukça önemlidir.

Günlük gereksinim, her yaş için 400 Ü, pretermiler için ilk aylarda bunun iki katıdır. Ultraviyole ışınları etkisiyle deride D vitamini sentezi oluşabildiğinden güneş gören kişilerde gereksinim azalır.

D vitamini en çok balık yağında bulunur. Endüstriyel sütler, margarin, tereyağı, hububat ve bebek sütleri genellikle D vitamini ile zenginleştirilmiştir. İnek sütü ve anne sütünün lipid fraksiyonundaki D vitamini 15-40 Ü/L'dir ve günlük gereksinimi karşılamaz. D vitamini anne sütünde de yeterli miktarda bulunmaz. Anne sütüyle beslenme sürecinde D vitamini ayrıca verilmelidir. Günde 2000-4000 Ü D vitaminin birkaç ay boyunca sürekli alınması toksik etkiye yol açabilir. D vitamini fazlalığı belirtileri bulantı, ishal, tartı kaybı ve poliüridir. Hiperkalsemi sonucu böbrek taşları oluşur. Önlem alınmazsa böbrek yetersizliği gelişir (29, 31).

Mineraller: Mineraller doğada yaygın olarak görülen inorganik maddelerdir. Mineraller; vücutta % 4 gibi çok az bir oranda bulunmalarına rağmen, büyüme, gelişme ve sağlıklı bir yaşam için pek çok önemli görevleri olan besin öğeleridir. Minerallerin çoğu hücre çalışması için elzemdir. Demir, çinko ve iyot gibi pek çok mineral bilişsel gelişim üzerinde etkilidir.

Günlük gereksinim 250 mg'ın üzerinde olan mineraller makro minerallerdir ve sodyum, potasyum ve klor elektrolitleri ile kalsiyum, magnezyum ve fosfor bu gruptadırlar. Krom, bakır, flor, iyot, demir, manganez, selenyum ve çinko gereksinimi günlük 20 mg'ın altındadır ve bunlara eser elementler denir. Bunlardan günlük alım düzeyleri belirlenenler sadece demir, çinko, iyot ve selenyumdur (1,31,32).

-Makromineraler

Kalsiyum: İnsan vücudunun ortalama % 1,5-2'sini kalsiyum oluşturur. Vücuttaki kalsiyumun çoğu fosforla birleşik durumdadır (27). Kalsiyum; kemiklerin ve dişlerin yapımı, kasların kasılması, sinirlerin çalışması, normal kan basıncının sağlanması, kanın pıhtılaşması, hücrelerin bir arada tutulması için gereklidir. Vücuttaki kalsiyumun %99'u kemiklerde ve dişlerde, geri kalan %1'i ise vücut sıvılarında ve hücrelerde bulunmaktadır. Kalsiyum ve D vitamininin yetersizliğinde; çocuklarda raşitizm, yetişkin kadınlarda osteomalasia ve yaşlılarda osteoporoz görülür. Kalsiyum emilimini; D vitamini, sütte bulunan laktoz, C vitamini, organik asitler, bazı amino asitler kolaylaştırır.

Süt ve süt ürünleri (yoğurt, peynir, dondurma vb.) en iyi kalsiyum kaynağıdır. Süt ve ürünlerinde bulunan kalsiyumun emilimi fazladır. Yumurta sarısı, tahıllar, kuru baklagil ve yağlı tohumlar da iyi kalsiyum kaynaklarıdır. Yeşil yapraklı sebzeler ve tahıllarda bulunan kalsiyumun emilimi ise düşüktür. Yeşil yapraklı sebzelerde bulunan okzalatlara (okzalik asit) ve tahıllarda bulunan fitatlar (fitik asit) kalsiyumla birleşerek ince bağırsaklardan emilimi engeller. Diyetin posa miktarının fazla olması da kalsiyum emilimini olumsuz yönde etkiler.

Yetişkin bireyler için günlük ihtiyaç 1000 mg'dır. Çocuklarda 800 mg, adölesan çağında 1300 mg ve gebe ve emzikli kadınlarda 1300 mg'dır (32).

Fosfor: Fosfor; kalsiyumla birlikte kemiklerin ve dişlerin oluşumunda, besin öğelerinin metabolizmasında görev alan enzimlerin yapısında bulunur ve hücre çalışması için gereklidir. Ayrıca fosfor vücut sıvılarının asit ortama dönüşümünü engeller, hücre içi ve dışı sıvıların dengede tutulmasını sağlar. Vücutta bulunan fosforun %90'ı kemiklerde ve dişlerde, geri kalan %10'luk kısmı ise hücrelerde ve vücut sıvılarında bulunur.

Proteinden zengin besinlerin fosfor içeriği de fazladır. Fosfor yönünden zengin gıdalar; süt ve süt ürünleri, et ve et ürünleri, balık, tahıllar, yumurta, kuru baklagiller, tavuk ve yağlı tohumlardır.

Günlük fosfor gereksinimi kalsiyum kadardır. Kalsiyum ve fosfor oranı diyetle bire bir olmalıdır. Fosfor ihtiyacı 1-10 yaş arası çocuklar için 800 mg, 11-24 yaş için 1200 mg ve 24 yaş üzeri bireylerde 800 mg'dır (32).

Sodyum, Klor, Potasyum: Vücut mineral içeriğinin %2'sini sodyum, %5'ini potasyum ve %3'ünü ise klor oluşturur. Sodyum, klor ve potasyum tüm vücut sıvılarında ve dokularda bulunur. Sodyum, klor ve potasyumun vücuttaki en önemli görevleri vücut su dengesini, asit-baz dengesini ve kas çalışmasını sağlamaktır. Sodyum, klor ve potasyum ince

bağırsaklardan emilir, idrar, dışkı ve terle atılır. İshal, aşırı idrar yapma ile aşırı terleme, kusma sonucu vücutta bu mineraller kayba uğrar.

Klor ve sodyumun temel kaynağı tuzdur. Ayrıca her besin belirli oranlarda sodyum içermektedir. Meyvelerde bulunan sodyum oranı oldukça düşüktür. Diyetle süt, et, tahılların, taze sebze ve meyvelerin yeterli düzeyde tüketimi ile günlük alınması gereken potasyum ihtiyacı karşılanır. Salamura edilen gıdalarda ve bazı işlenmiş besinlerde tuz miktarı yüksek oranda bulunur.

Günlük alınan gıdalarla sodyum, klor ve potasyum ihtiyacı karşılanır. Kişilerde tansiyon yüksekliği durumunda sodyumun alımının azaltılması gerekir. Günde 2-3 gram sodyum, 2-4 gram potasyum yetişkinler için yeterlidir. Günlük tüketilen tuz miktarı 6 gramı geçmemelidir. Bu miktarda tuz 2,4 gram sodyum sağlar ve yeterlidir. Günlük klor ihtiyacı en az 750 mg'dır (32).

Magnezyum: İnsan vücudunda bulunan ortalama 20-28 gram magnezyumun %60'ı kemik dokusunda, %27'si kas dokusunda, %13'ü de diğer dokularda ve vücut sıvılarında bulunmaktadır. Magnezyumunun vücutta kas ile sinir sisteminin düzenli çalışması, enerji metabolizmasının düzenlenmesi, kemik ve dişlerin oluşumu, kan basıncının düzenlenmesi gibi önemli görevleri vardır.

Zengin magnezyum kaynaklarına bakıldığında, kuru baklagiller, koyu renk yeşil yapraklı sebzeler, yağlı tohumlar, rafine edilmemiş tahıl taneleri bulunmaktadır.

Günlük alınması gereken miktar yetişkinlerde 320-400 mg'dır. İhtiyaç 1-3 yaş grubu çocuklarda 80 mg, 4-6 yaşta 120 mg ve 7-10 yaşta ise 170 mg'dır (27, 32).

-Mikroelementler (eser elementler)

Demir: Demir hemoglobin, miyoglobülin, sitokromlar oksijen taşıma ve depolama gibi işlevleri olan proteinler ve enzimlerin yapısında bulunur. Besinlerle alınan demir gastrointestinal sistemden emilir. Vücuttaki total demirin % 60-91'i hemoglobin ve miyoglobün şeklinde %15-20'si depolanmış demir olarak (ferritin, hemosiderin) karaciğer, dalak ve kemik iliği hücrelerinde bulunur.

Demir beyin dokusu için gereklidir ve eksikliğinde impuls hızında yavaşlamaya neden olur. İki yaşına kadar demir eksikliği çocukta davranış değişikliği ve motor gelişimde gecikme ile ilişkilidir. Demirin fazlası da zararlıdır farklı sorunlara neden olur (26).

Demir eksikliği dünyada en sık görülen beslenme yetersizliğidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla görülen beslenme sorunlarından biri olan demir yetersizliği anemisi,

çocukların dikkat, öğrenme ve okul başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Demir eksikliği anemisi olan çocuklardan dikkatlerinin azaldığı, bunun da öğrenmeyi etkileyebileceği belirtilmiştir. Anemi, yaşamın ilk iki yılı boyunca zeka testlerinde performans düşüklüğüne, okul çocuklarında da algılama güçlüğüne neden olmaktadır. Pek çok çalışmada demir yetersizliği anemisi olan ve yeni yeni yürüyen çocuklarda görülen mental gelişim bozukluğunun, demir tedavisiyle tamamıyla geriye dönmediği görülmüştür. Demir yetersizliği ve mental bozukluklar arasındaki ilişkinin bazı çalışmalarda anatomik ve nörokimyasal değişikliklerden, bazı çalışmalarda da dopaminerjik sistem değişikliklerinden ve hipomyelinizasyondan kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür (29, 31).

Çocuklar için günlük ihtiyaç duyulan demir miktarı ilk altı ayda günde 10 mg, ikinci altı ayda 15 mg'dır. Başlıca demir içeren gıdalar; et, karaciğer, dalak, böbrek, yumurta sarısı, yeşil meyve ve sebzelerdir. İnek sütü demir açısından fakir bir besin olmakla birlikte 12. Aydan önce başlanmamalıdır. Ek gıda döneminde bebeklerin demir gereksiniminin %90'ından fazlasının ek gıdadan karşılanması gerekir (33).

Demir eksikliği en çok demirden fakir gıdalarla beslenenlerde, kanama olması durumunda, malabsorpsiyon sendromları ve uzun süren enfeksiyonlarda görülür.

Çinko: Son yıllarda yapılan çalışmalarda, çinkonun büyüme üzerine olan etkisinin protein sentezi ve nükleik asit metabolizması ile ilişkisinin yansira büyüme hormonu ya da somatomedin yapımını arttırarak gerçekleştirebileceği düşünülmektedir. Ayrıca ilkokula devam eden çocuklarda saç çinko düzeyi ile okuma kabiliyeti arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Çinkonun besinlerle alımının yetersiz olduğu durumlarda büyüme gelişme geriliği, erkek çocuklarında hipogonadizm, hepatosplenomegali, parakeratoz, alopesi, yaralarda geç iyileşme gözlenir. Konjenital anomalilerin etiolojisinde çinko eksikliğinden söz edilmektedir. Çinko eksikliğinde enfeksiyona yatkınlık artmış, antijen uyarısına hümorale yanıt azalmıştır. Dalak ile timüs lenf bezleri hipoplaziktir. Çinko eksikliği büyüme gelişme dönemlerinde, gebe kadınlarda, preterm bebeklerde, alkolik sirozda, malabsorpsiyon sendromlarında ve uzun süren parenteral beslenmede görülebilir.

Günlük çinko gereksinimi yaşamın ilk 6 ayında 3 mg, 6-12 aylarda 5 mg'dır. 1-10 yaş arası bu gereksinim günde 10 mg, erişkinde ise 15 mg'dır. Besinlerde en yüksek çinko konsantrasyonu istiridyelerdedir. Daha sonra koyun, sığır, dana ve balık etleri gelir. Sebze ve meyvelerin çinko içeriği genellikle azdır (29, 31).

İyot: İyot, troid hormonların yapımı için gereklidir. Tiroksin, triyodotironin gibi hormonların yapısında bulunur. İyot yetersiz alındığında, çocuklarda kretenizm, yetişkinlerde guatr görülür. İyot yetersizliği, dünyada önlenebilir zeka geriliğinin başlıca nedenidir. Yetersiz iyot alımının en çarpıcı ve olumsuz etkisi, çocuğun ana rahmine düşüşünden 12 hafta sonra başlayarak gelişmekte olan embriyo üzerinde görülür.

İyot yersizliği tiroid hormonu yetersizliğine neden olarak, beyin ve sinir sisteminin normal gelişimini etkiler. Yaşamın ilk yıllarındaki yetersizlik tiroid fonksiyonları normal olsa bile bireyin beyin gelişimini etkilemektedir (2). Erken çocukluk dönemindeki iyot eksikliği bilişsel ve okul çağında başarı azalmasıyla ilişkilidir (26).

Günlük iyot gereksinimi yaşamın ilk altı ayında günde 40 mg iken, ergenlik döneminde 150 mg düzeyine çıkmaktadır. Süt ve süt ürünleri ile deniz ürünlerinin iyot içeriği oldukça zengindir (29).

Bakır: Bakır hemoglobine bağlı demirin korunması ve C vitaminin kullanılabilmesi için gereklidir. Oksijen taşıyıcı görev yapan hemoglobin formasyonunda katalizör görevi görmektedir. Allerji ve inflamasyonu kontrol eden histaminaz enziminin görevinde rol alır. Saçtaki kreatin doku ve pigmentlerin yapımında görevli tirozinaz için gereklidir. Vücut dokusunun yeniden oluşması için gerekli enzimlerin yaşamsal bileşenidir.

Yetişkin bir insanın vücudunda 100-120 mg bakır bulunur. Karaciğer, beyin, kalp ve böbrekte bakır konsantrasyonu en yüksektir.

Bakır eksikliğinde hipokromi, mikrositeranemi ve nöropeni olur. Ayrıca solukluk, deri ve saçlarda rengin açılması, seboreik dermatite benzer değişiklikler, büyüme geriliği, hipotoni, psikomotor gerilik, görme bozuklukları gelişebilir.

Preterm bebeklerde, uzun süre sütle beslenenlerde, malabsorpsiyon sendromlarında ve total parantral beslenme durumlarında bakır eksikliği görülebilir.

Besinlerden koyun ve dana karaciğeri, balık türleri, istiridye ve yeşil sebzeler bakırdan zengindir. Süt çocukları ve küçük çocuklarda günlük bakır gereksinimi en az kilogram başına 50 mikrogram erişkinde ise 3-3 mg/gün kadardır. (27, 29)

Flor: Flor vücutta çoğunlukla kemik ve diş yapısında bulunur. Florun en önemli görevi diş çürüklerinin önlenmesidir. Yeterli flor alımı osteoporozu önlerken aşırı flor alımı ise osteoporozu neden olur.

Besinlerin yetiştirildikleri topraktaki flor içeriği flor alımı açısından önemlidir. Florun esas kaynağı su olmakla birlikte deniz ürünleri v çayda da bulunur. İçme sularındaki flor

miktarı litrede 0.7 -1.2 mg arasında olması durumunda, toplumdaki bireylerde diş çürüklerinin görülme sıklığı azalır. Sularda flor miktarı litrede 0,7 mg'ın altına düşerse diş çürükleri sık görülür, bu oran 2 mg üstüne çıktığında florozis denilenve dişlerin yüzeyinde sarımsı kahverengi lekeler görülür. Günlük alınması gereken flor düzeyi bebek ve çocuklarda 1-2 mg iken yetişkinlerde günlük gereksinim 2-3 mg kadardır (27, 32).

Selenyum: Selenyum toprakta bulunan bir iz elementtir ve iyi bir sağlığın korunması için küçük miktarlarda gereklidir. Birçok vücut işlevi için gereklidir ve hemen tüm hücrelerde fakat özellikle böbreklerde, karaciğerde, dalakta, testislerde ve pankreasta mevcuttur.

Güçlü bir antioksidan olan selenyum, bağışıklık sistemini güçlendirir ve kanser riskini azaltır. Hücreleri korur ve yaşlanmayı geciktirir. Doku esnekliğini artırarak ve kalp hücrelerini destekleyerek kalp ve damar sağlığının korunmasına yardımcı olur. Başta sperm üretimi ve canlılığı olmak üzere, üreme sağlığında rol alır. Vücuttaki zehirli maddelerin zararlı etkilerini azaltır ve vücuttan atılmalarına yardımcı olur. Karaciğerin faaliyetlerini düzenli olarak sürdürmesine katkıda bulunur.

Ciddi kas zayıflıkları, kalp ve damar sağlığında bozulmalara neden olan selenyum eksikliği, çocuklarda da gelişimin yavaşlamasına neden olur. Göz sağlığını olumsuz etkiler. Erken yaşlanma, sinir sistemi hastalıkları ve zekâ geriliğine neden olabilir. Sperm üretimi ve kalitesi azalarak infertilite oluşabilir. Üreme sağlığı açısından, erkeklerin selenyum ihtiyacı kadınlara oranla daha fazladır.

Arpa, buğday gibi tahıllar, deniz ürünleri, et, karaciğer, pekmez, süt ve süt ürünleri, yumurta, tereyağı, mantar, soğan, lahana, brokoli gibi yeşil yapraklı sebzeler ve tavuk eti bol miktarda selenyum içeren besinler arasındadır. Yetişkinlerde günlük selenyum ihtiyacı 80 – 100 mg dolaylarındadır. Gebelikte ve emziren annelerde günlük selenyum ihtiyacı 200 mg a kadar çıkabilir (34).

Krom: Organizmada glikoz metabolizmasının devamı için krom gereklidir. Bu element insülin etkisini başlatan bir ko-faktör görevi görmektedir. Kromun karbonhidrat metabolizması, lipid ve protein metabolizması, bazı enzimler üzerine etkili olduğu bildirilmektedir. Organizmaya besinlerle giren krom gastrointestinal sistemden emilir ve idrarla atılır. Vücutta krom havuzu karaciğerdir.

İnsanlarda krom eksikliği durumunda glukoz tolerans testi bozulur, hiperkolesterinemi, büyüme geriliği, zayıflama, periferik nöropati, solunum oranında düşüklük, mental konfizyon gibi klinik ve metabolik bozukluklar ortaya çıkar.

Uzun süre total parenteral beslenen hastalarda, protein enerji malnütrisyonunda, yaşlılarda, gebelerde, diyabetiklerde, erken koroner kalp hastalığı geçirenlerde ve bunların çocuklarında krom eksikliği oluşabilir.

Aktif krom en çok bira mayasında bulunmaktadır. Bunun dışında karabiber, kekik gibi baharatlarda bulunur. Sebze ve meyvelerin krom oranı düşüktür. Böbrek ve karaciğerin kromdan oldukça zengin olmasına rağmen kırmızı et krom miktarı düşüktür. Günlük vücudun 50-200 mikrogram arası krom gereksinimi vardır (27, 29).

Su: Su yaşam için çok önemlidir. Su, yiyeceklerde bulunan besin öğelerinin sindirimi, emilimi, taşınması ve metabolizması için gereklidir. Metabolizma sonucu oluşan zararlı atık maddelerin böbrekler yolu ile dışarı atılmasını sağlar. Yağların yanması sonucu vücutta oluşan atık ürünlerin uzaklaştırılmasını sağlar, konstipasyonu önler (31).

Vücuttaki bütün kimyasal olaylar çözelti içinde olduğundan, vücutta yeterince su bulunması yaşam için zorunludur. Yetişkin insan vücudunun ortalama %59'u sudur. Bebeklerin vücudunda su oranı yetişkinlerden daha yüksektir (1).

2.4. Çocuklarda Besin Gereksinimleri

Çocuklar büyüyen gelişen bir organizmaya sahip oldukları için besin gereksinimleri de yaş, cinsiyet, büyüme hızına bağlı olarak farklılık gösterir. Çocuk beslenmesinin değerlendirilmesinde antropometrik ölçümler, boy-kilo-baş ve göğüs çevresi ölçümleri ve laboratuvar testleri değerlendirmek en güvenilir göstergedir. Bu amaçla boy, kilo, baş ve göğüs çevresi gibi ölçümler yapılabilir ve standart değerlerle kıyaslanabilir (27).

2.5. Yaş Gruplarına Göre Beslenme

Çocukluk döneminde sağlıklı beslenme; çocuğun büyüme gelişmesi için gereken tüm enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli biçimde karşılanmasıdır. Çocuklarda enerji, protein, vitamin ve mineral gereksinimleri yaş grubuna göre farklılık göstermektedir.

2.5.1. 0-6 Aylık Bebeklerin Beslenmesi

Miyadında sağlıklı doğan bebek anne sütü almaya ve sindirmeye hazır olarak dünyaya gelir. Bu dönemde bebekler sadece anne sütü ile beslenmelidirler. DSÖ ve UNİCEF ilk altı ay yalnız anne sütü, altı aydan sonra ek besinlere geçişi ve iki yıla kadar emzirmenin sürdürülmesini önermektedir.

Anne sütü; yenidoğanda sağlığın geliştirilmesi ve korunması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, büyüme gelişmenin sürdürülmesi, bağışıklık sisteminin geliştirilmesi için tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içerir. Biyo-yararlılığı yüksek, anne ve bebeğe birçok yararı vardır (27).

Anne Sütünün Bebeğe Yönelik Yararları:

- Anne sütü; en doğal, en taze ve bebek için en uygun besindir, sterildir, bebeğin normal büyüüp gelişmesini sağlar.
- İçeriğindeki prebiyotik ve probiyotikler sayesinde tamamıyla ve kolaylıkla sindirilir.
- Demirin emilim oranı yüksek olduğu için ilk altı ayda anemi olasılığı azdır.
- Alerji yapmaz.
- Anne-çocuk ilişkisini güçlendirir. Bebeğin duygusal doyumunu sağlar. Temel güven duygusunu geliştirir (35).
- Bebeğin çene diş gelişimini olumlu yönde etkiler.
- Anne sütünün bileşimi bebeğin besin gereksinimini karşılayacak biçimde zamanla değişir.
- Annenin bağışık olduğu bazı bulaşıcı hastalıklara karşı (kızamık, kızamıkçık vb.) bebeği korur (27).
- Anne sütü; bebeği gastrointestinal sistem hastalıkları, akut otitis media, solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları (ileri yaşlarda kan basıncı ve lipit metabolizmasını düzenleyici etkisi), malign hastalıklar, obezite, Tip 2 diyabet gibi hastalıklardan korur.
- Alerji, Tip 1 diyabet, enflamatuvar bağırsak hastalığı, çölyak gibi immün sistem hastalıkları riskini azaltır (36).
- Anne sütü immatür beyin gelişimi için gerekli olan tüm besin öğelerini içerdiği için nörolojik fonksiyonların mükemmel ve hızlı gelişimini sağlamaktadır. Anne sütünün yapısında bulunan çoklu doymamış yağ asitleri, özellikle de DHA (dekoheksanoik asit) ve AA (Araşidonik Asit) nörolojik gelişimi olumlu yönde etkilemektedir.
- Anne sütü alan çocuklarda bilişsel gelişim yapay beslenenlere göre daha iyidir (2).
- Sinir ve retina hücrelerinin yapısında bulunan, sinir sistemi ve görme işlevlerinin gelişiminde rol oynayan uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinden zengindir.

- K ve D vitaminleri dışında yağda ve suda eriyen vitaminler süt çocuğu için yeterli düzeydedir. Anne sütünde çok sayıda etkin enzim ve hormon varlığı bilinmektedir (37).
- Toplamda protein içeriği inek sütüne kıyasla düşük (1,1 g/dl ve 3,2 g/dl), ancak biyolojik değeri yüksektir. İlk altı ayda tek başına bebeğin tüm protein gereksinimini karşılar.
- Protein içeriğinin %60'ını sindirimi kolay ve biyolojik değeri yüksek olan whey proteini oluşturur. İnek sütünde ise bu değer %18 civarındadır.

Emzirmenin Anneye Yönelik Yararları:

- Oksitosin hormonunun salgılanmasını sağlayarak uterus involusyonunu hızlandırır ve doğum sonrası kanamaları, anemiye önleyici etkisi vardır.
- Over ve meme kanseri ile osteoporoz görülme riskini azaltır.
- Anne-bebek bağının gelişmesini sağlar.
- Emzirmenin, ayrıca ovülasyonu önleyici de etkisi vardır. Böylece menstürasyonu geciktirerek annenin demir depolarının dolmasına katkı sağlar.
- Anne sütü ile beslenme ekonomik, kolay ve güvenlidir. Emziren anne, bebeğin besinini hazırlamak zorunda olmadığından daha az yorulur.
- Annede meme kanseri, over kanseri, osteoporoz, idrar yolu enfeksiyonları daha az görülür.
- Emziren kadının günlük enerji gereksinimi 500-600 kalori artar bu da kilo vermeyi hızlandırır.
- Başarılı emziren annenin özgüveni gelişir ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlar.
- Anne ve bebek arasında duygusal bağ gelişir (27,37).

Anne Sütünün İçeriği: Anne sütünün %87'sinin sıvıdan oluşması nedeniyle, ilk altı ay bebeğin anne sütü dışında su ya da benzeri sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur. Annelerin bebeklerini erken süttten kesme nedenlerinden biri sütlerinin yeterli olmadığını düşünmeleridir. Genellikle annelerin çoğu bebeklerin ihtiyaçlarından daha fazla süt üretmektedirler. Bu nedenle anne sütü yetersizliği nadir bir durumdur (37).

Toplam protein içeriği inek sütüne oranla düşük (1,1 g/dl ve 3,2 g/dl), ancak biyolojik değer yüksektir ve yaşıamın ilk altı ayında tek başına bebeğin protein gereksinimini karşılar. Sindirimi daha güç olan kazein bölümü anne sütünde inek sütüne oranla düşüktür (%40 ve %82). Kazein miçellerinin çapı küçük olup, anne sütünde beta kazein parçası hakimdir.

Anne sütü kalorisinin %50'sini sağlayan lipidler, anne sütünde yüksektir (4,5 g/dl) ve küçük çaplı yağ globülleri halinde bulunur. Anne sütünün yağlarının % 98'ini trigliseritler

oluşturur. Trigliserit yapısında en fazla bulunan yağ asitleri ise palmitik ve oleik asitlerdir. Ayrıca çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin olması beyin gelişimi, miyelinizasyon, retinal işlevler ve hücre proliferasyonunun normal olmasını sağlar.

Laktoz anne sütü karbonhidratlarının en önemli bileşenidir.

Anne sütünde K ve D vitaminleri dışında yağda ve suda eriyen vitaminler süt çocuğu için yeterli düzeydedir.

Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır.

Anne sütünde çok sayıda etkin enzimin varlığı bilinmektedir. Enzimlerin yanı sıra, anne sütünde çok sayıda hormon (GnRH , TRH, TSH., LHRH, T 3, T 4, parathormon, kalsitonin, prolaktin, östrojen, progesteron, kortikosteroidler v.s.) bulunmaktadır.

Laktoferrin, lizozim, fibronektin, S IgA, musin, C3, oligosakkaritler, lipitler anne sütündeki antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutasyon peroksidaz, alfa-1 antitripsin, alfa-1 antikemotripsin, prostoglandin E 1-2, EGF, TGF, IL-10 antiinflamatuvar faktörlerdir. Ayrıca, anne sütünde interlökinler, interferon gama ve TNF α gibi immünomodülatörler bulunmaktadır.

Anne sütünde bulunan eser elementler: demir, bakır, çinko, magnezyum, krom ve selenyumdur. Bu elementlerin sütteki miktarı laktasyon süresine göre değişiklik göstermektedir. Kolostrumdaki demir ve bakır miktarı, olgun sütle aynıdır. Buna karşın çinko ve selenyum miktarı kolostrumda daha fazladır (37).

Anne sütü salgılandığı döneme ve bileşimine göre;

- 1- Kolostrum : Doğumdan sonra (postpartum) ilk beş günde salgılanır.
- 2- Geçiş Sütü (Transitional) : Kolostrumdan sonra 5-15. günlerde salgılanır
- 3- Mature Süt (Olgun) : On beşinci günün ardından salgılanan süttür.

Kolostrum: Doğumdan sonraki ilk beş günde salgılanan süte kolostrum denir. Kolostrumda fazla bulunan A vitamini, antienfektif öğeler, sodyum ve çinko bebeği ilk birkaç gün içerisinde enfeksiyonlardan korumaktadır. Kolostrum, bebeğin gastrointestinal sistemini immünoglobülinler ile mukozal bir tabaka oluşturarak kaplar ve böylece yenidoğan bebeği dış ortamdan gelebilecek mikroorganizmalardan korur.

Kolostrumun özellikleri;

- Olgun süttten daha fazla oranda protein içerir (% 3-3.5 g).

- Yağ ve laktoz içeriği olgun süte oranla daha azdır.
- Enfeksiyon ve allerjiden koruyan antikorlar ve akyuvarlar, Sekretuar IgA, laktoferrin, makrofajlar. T ve B lenfositler gibi antienfektif etmenlerden zengindir.
- Barsağın olgunlaşmasını sağlayan, allerji ve intolerans gelişmesini önleyen epidermal büyüme faktörlerini içerir.
- A, D ve B12 vitaminleri, sodyum ve çinko içeriği olgun süte göre daha yüksektir.
- Bilirubin barsaktan atılmasını sağlayarak sarılığı önler.
- Kolostrum, maternal kanın genel yapısını ve özelliklerini yansıtır. Bu fizyolojik benzerlik, intrauterin yaşama alışmış yeni doğan için bir avantajdır (37,38).

Geçiş Sütü:

Kolostrumdan sonra 5-15. günler arasında salgılanan süttür.laktoz, yağ ve kalori içeriği kolostrumdan fazladır ancak immünglobülin ve protein konsantrasyonu kolostrumdan azdır (27).

Mature (Olgun) Süt:

Anne sütündeki besin öğelerinin miktarı; laktasyon süresince bireyler arasındaki biyokimyasal farklılıklara, alınan diyetin içeriğine, laktasyon dönemlerine ve emzirme zamanının uzunluğuna göre değişebildiği için anne sütünün makro ve mikronutrientlerinin (besin öğelerinin) miktarları oldukça geniş bir dağılım göstermektedir (37).

Emzirmeye Başlama:

Sağlıklı bebekler arama ve emme refleksi ile doğarlar. Anne ve bebek uygunsa emzirmeye, doğumdan sonraki ilk 5-30 dk. içinde (birinci reaktif dönem) başlanmalıdır. Bu süre içinde emzirmeye başlanırsa başarı şansı çok yüksektir. Bebek bu dönemde alarm durumundadır ve güçlü bir şekilde emer. Bebek memeye tutulduğunda meme başını aramasına ve bulmasına fırsat tanınmalıdır. Doğumdan sonraki ilk 30 dk. içinde emzirmeye başlanamamışsa sonraki 30 dk ile 2saat arasında (inaktif dönem) başlanılmamalı, ikinci reaktif dönem (doğumdan sonraki 2-6 saatler arası) beklenmelidir. Çünkü bebek bu dönemde uykulu olacağından emzirme başarısız olur ve annenin özgüveni kırılabilir. Doğumdan sonraki 2-6 saatler arası bebek uyanık ve çevre ile ilgilidir. Uyarılara etkili yanıt verir. Yenidoğanın uyanık olması anne-bebek etkileşimi için iyi bir fırsat sağlar (27).

Anne sütü alımının yetersiz olduğunun belirtileri:

Annelerin bebeklerini biberonla beslemeye başlamalarının en sık nedenlerinden biri sütlerinin yeterli olmadığını düşünmeleridir. Genellikle annelerin çoğu bebeklerin ihtiyaçlarından daha fazla süt üretmektedirler.

Güvenilir belirtiler: Yetersiz idrar yapımı ve yetersiz tartı alımı güvenilir belirtilerdir. Doğumdan sonraki ikinci haftada doğum tartısına ulaşamamak ve ilk aylarda, ayda 500 gr'dan az tartı almak anne sütünün yetersizliğini gösterir. Seyrek, yoğun idrar yapma durumunda anne sütünün yetersiz olduğu düşünülür.

Olası belirtiler: Bebeğin uzun süre ve sık emmesi, emdikten sonra tatmin olmaması, sık ağlaması, memeyi istememesi, seyrek ve kuru dışkılaması, az miktarda dışkılaması; anne sütü yetersizliğini düşündürten olası nedenlerdir. Böyle durumlarda, güvenilir belirtiler aranmalı ve bebek kilo alım yönünden sık aralarla izlenmelidir (37).

2.5.2. 6-12 Aylık Bebek Beslenmesi

Yeterli süre ve miktarda verilen anne sütü ile birlikte, zamanında uygun ek gıda başlanması ve çeşitlendirilerek devam ettirilmesi temel çocuk gelişimi açısından son derece önemlidir. Bu konuda yapılan hatalı ve bilinçsiz uygulamaların olumsuz etkileri yalnız çocukluk çağında değil, yaşamın bütün dönemlerinde kendisini göstermektedir. Özellikle bir yaşın altındaki çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin etkileri düşük sosyoekonomik toplumlarda daha dramatik olarak ortaya çıkmaktadır. Annelerin eğitimsiz ve bilinçsiz beslenme davranışlarına eklenen yoksulluk faktörü mevcut tabloyu daha da ağırlaştırmaktadır (39).

Anne sütünün tek başına süt çocuğunun enerji ve besin öğeleri gereksinmesini tam olarak karşılamadığı dönemde başlayan ve diğer yiyecek ve içeceklerin anne sütü ile birlikte verildiği sürece "tamamlayıcı beslenme" adı verilmektedir (40).

DSÖ tamamlayıcı beslenmeyi; 6. aydan sonra anne sütü yanında diğer gıdalar ya da sıvıların birlikte verilmesi olarak tanımlanır (41).

Ek gıdaya geçiş zamanı büyüme ve nörolojik gelişim açısından oldukça önemlidir. Geçiş zamanının 4.-6. aylar arasında başlamanın büyüme etkisini gösteren sınırlı sayıda çalışma vardır ancak 17. haftadan önce ve 26. haftadan sonra ek gıdaya kesinlikle başlanmamalıdır. Çünkü ek gıdaya anne sütünü tamamlayacak şekilde uygun zamanda başlanmaması büyümeyi olumsuz yönde etkiler (36,42).

Başlangıçta (6.-7. aylarda) besinler yumuşak kıvamda ezme şeklinde verilmeli, 7-8. aylarda püre şeklinde besinler ile devam edilmeli ve bebekteki çiğneme hareketleri ve sıvı içme becerileri izlenmelidir. Püre şeklindeki yiyeceklere bebeğin çiğneme yeteneğinin kazanıldığı döneme kadar devam edilmeli, daha sonra (8-12. aylarda) kıvam dereceli olarak (püre kıvamında çatalla ezilmiş besinler) artırılmalıdır. Bu aylarda bebeklerde verilen besini ağızda döndürme becerileri gelişir. Bebek bir yaşında aile yemeklerini yemeğe hazır duruma gelmeli ve aile sofrasında yerini almalıdır (40).

Ek besinlere geçiş zamanını bebeğin gastrointestinal sisteminin ve metabolik işlevlerinin gelişim derecesi ile nörolojik ve psikososyal gelişimi belirler. Ek besinlere başlamada gecikme enerji ve demir sağlamada yetersizliğe neden olurken, yarı-katı ve katı gıdalara erken başlanmasının da yaratacağı olumsuzluklar vardır. Katı gıdalara önerilenden erken başlanması anne sütünün alımını kısıtlar ve proteinlerin günlük enerjiye olan katkısı azalır. Bu da büyüme hızını etkiler. Bunun ötesinde ek besinlere erken başlanması alerjik hastalıkların ve özellikle de gastrointestinal besin alerjilerinin görülme sıklığını arttırır (43).

Tamamlayıcı besinlere erken başlamanın dezavantajları

- Anne sütündeki demir, çinko gibi birçok besin ögesinin emilimini azaltır.
- Anne sütü verimi ve anne sütü verme süresi azalır.
- Anne sütündeki koruyucu etmenler daha az alınır.
- İshal ve enfeksiyon hastalıkları görülme oranı artar.

Tamamlayıcı besinlere geç başlamanın dezavantajları

- Bebeğin büyüme ve gelişmesinde duraksama,
- Demir ve çinko yetersizliği,
- Bebeğin çiğneme gibi yeme işlevlerinin gelişiminde sorunlar görülebilir.

Bebek beslenmesinde sakıncalı besinler:

- Çay; demir yetersizliğine neden olabilir.
- Bal; alerjik özelliğinden ve enfeksiyona neden olabileceğinden dolayı 1 yaşına

kadar bebek beslenmesinin içinde yer almamalıdır.

• Şeker; boş enerji kaynağıdır. Ayrıca bir besin değeri bulunmamaktadır. Süt, yoğurt vb. yiyecek-içeceklere eklenen şeker iştahsızlığa ve diş çürüklerine neden olabilir.

• Tuz; bebeğinizin henüz gelişmemiş böbreklerine yük oluşturacağından bebek beslenmesinde bulunmamalıdır.

- Bakla; içerisinde bulunan toksinler nedeniyle oluşan zehirlenmeler anemi (kansızlık), hemoglobüri (idrarda kan görülmesi) ve yüksek ateşle karakterizedir. Toksinli bakla yenildikten 24-48 saat sonra etkisi görülür. Zehirlenme taze çiğ baklanın yenmesi ile olur. Bakla pişirildiği zaman toksinin etkisi kalmaz. Ağır hemolitik anemiye neden olabileceği düşünüldüğünden süt çocukluğu döneminde bakla önerilmez

Pek çok ülkede ilk başlanan ek gıda meyve sularıdır. Bu aylarda başlanması önerilen meyve suyu ve daha sonra meyve püreleri; kalori, mineral ve vitamin bakımından bebeği destekler. Ancak fazla miktarda meyve suyu iştahı azaltacağı için verilmemelidir. Sütlü-unlu mamalar ve yoğurt da, anne sütü yanı sıra bebeğe ilk verilecek ek gıdalar olabilir. Sütlü unlu mamalar hazırlanırken buğday unu dışındaki alerjik özellikleri daha az olan tahıl unları yeğlenmelidir. Pirinç unu bu özelliği nedeni ile sıklıkla kullanılır (43).

6-8 aylarda yumurta vermeye başlanmalı ve bu dönemde diyetle haftada 2-3 yumurta sarısına yer verilmesidir. Pankreatik amilazın yeterli salgılanmaya başladığı 7-9. aylarda pilav, makarna, ekmek gibi nişastalı besinler vermeye başlanabilir. Aile sofrası için hazırlanmış yiyeceklerden bebek için uygun olanların seçilerek bebeğe verilebileceği zaman 9-12. aylardır

Dana eti, balık ve tavuk eti gibi protein kaynaklarının diyetle eklenmesi 7-8. aylarda olmalıdır.

Ek besinlere geçiş döneminde karşılaşılan en önemli sorun zamanlamanın yanlış olmasından kaynaklanmaktadır. İshal başta olmak üzere enfeksiyonlar da bu dönemde en çok karşılaşılan sorunlardır. Bebeğin intrauterin dönemde anneden sağladığı pasif bağışıklık bu dönemde artık koruma sağlamamaktadır; bebeği enfeksiyonlardan koruyan anne sütü tüketimi de azalmıştır. Ek besinlerin hazırlanış, saklanış ve bebeğe sunuş aşamasında kontamine olması halinde korumasız olan bebekte kolaylıkla gastrointestinal enfeksiyonlar gelişir. Enfeksiyonlar hem iştahı azaltarak alımın kısıtlanmasına, hem de katabolizma nedeni ile kullanımın artmasına yol açarak çocuğun enerji ve protein bakımından negatif dengeye girmesine neden olur ve enfeksiyon-malnütrisyon kısır döngüsü gelişebilir. Verilen ek besinlerin yetersizliği de malnütrisyonu yol açabilir. Sık geçirilen enfeksiyonlar, diyetle inek sütünün eklenmesi, ek besinlere geç başlanması gibi olaylar bu dönemde demir eksikliği anemisinin sık gelişmesinin nedenleridir.

Ek besinlere geçiş dönemi, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalite oranının en yüksek olduğu dönemdir (43).

Öğün Sıklığı:

Tamamlayıcı besinlerin verilme döneminde öğün sayısı besinlerin enerji yoğunluğuna ve her öğünde tüketilen miktarlarına bağlıdır. Sağlıklı beslenen annenin emzirdiği çocuğun tamamlayıcı besinlerden alması gereken günlük öğün sayısı 6-8. aylar arasında 2-3, 9-11. aylarda 3-4, 12-24. aylarda 3-4 kez olmalıdır. Eğer her öğünde alınan besinin enerji yoğunluğu düşük ise veya bebek emzirilmiyorsa öğün miktarı arttırılmalıdır. Öğün sıklığının gerekenden daha fazla olması, anne sütünün daha az alınmasına yol açar. Bir yaş sonrasında çocuğun besin tüketimine göre 5 veya 6 farklı besin tüketmesi önemlidir (44).

2.6. Beslenme Sorunları

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; eşitsiz dağılımlar göstermektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır.

Türkiye'de 0-5 yaş grubu çocuklarda; büyüme-gelişme geriliği, demir eksikliği anemisi ve raşitizm sık görülen beslenme sorunlarıdır (7).

2.6.1. Malnütrisyon

Malnütrisyon bir ya da daha fazla besin öğesinin vücut dengesini bozacak şekilde yetersiz alınması sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablodur (45). UNICEF'in 2014 Dünya Çocuklarının Durumu raporunda aktarılan verilere göre; Türkiye'de düşük kilolu olma durumu %2 iken, bodurluğun yaygınlığı %12'dir. Dünyada da bu oranlar sırasıyla %24 ve %25 tir (46). Beş yaşın altındaki her 10 çocuktan birinin bodur, bu çocukların üçte birinden fazlasının ise ciddi şekilde bodur olduğunu göstermektedir (47). Sağlıklı çocuklarda bulunan malnütrisyon oranları ülkeler, hatta aynı ülkelerde bölgeler arası farklılıklar gösterebilir (48,49,50).

Malnütrisyon; dünya çapında yaygın görülür ve hem hastalar hem de sağlık kuruluşlarına yüküdür. Tıp ve sağlık bakımındaki hızlı ilerlemeye rağmen bir hastanın beslenme durumunun düzeltilmesinin önemsenmediği ya da yeterli bir tıbbi öncelik olarak hesaba katılmadığı görülmektedir (51). Ülkemizde de diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu

ciddi bir problem olarak yer almakta, özellikle de pediatrik yaş grubunu etkileyen önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir (50,52,53).

Malnütrisyonun Nedenleri:

Sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyinin düşüklüğü, anne yaşının küçük olması, emzirme konusundaki bilinçsiz davranışlar, düşük doğum ağırlığı, ek gıdaya geçişte yapılan yanlışlıklar, besin kaynaklarının yetersiz olması, dengeli bölüşülmemesi, doğum aralığının kısa olması, yanlış beslenme alışkanlıkları ve hijyen koşullarının kötü olması gibi birden çok faktör ülkemizde malnütrisyon gelişimine yol açmaktadır.(38,47,54,55)

Birincil nedenler;

Yetersiz alımı

Açlık (kuraklık, kıtlık

Yoksulluk (düşük gelir)

Eğitim düzeyi düşüklüğü (batıl inançlar, beslenme alışkanlıkları)

İkincil nedenler;

Yetersiz sindirim (Cerrahi, kısa barsak sendromu)

Yetersiz emilim (Kistik fibrozis, çölyak hastalığı)

Yetersiz alım (Anatomik defektler, yarı damak, yarı dudak)

Artmış ihtiyaç (Büyüme, gebelik ve laktasyon dönemleri) olarak belirlenmiştir (56).

Malnütrisyonun Önemi:

Genel olarak malnütrisyon, yara iyileşmesinde bozulmaya, immun sistemin baskılanmasına, çizgili kas kitlesinde azalmaya, barsak mukozasında atrofiye, yaygın ödem gelişimine, kognitif fonksiyonlarda gerilemeye, çocuklarda büyüme geriliğine ve genel olarak fonksiyonel kapasitelerde düşüşe neden olur. PEM'una bağlı fizyolojik kayıplar, gastrointestinal sistemi, kardiyovasküler sistemi, immun fonksiyonları, solunum sistemini, endokrin sistemi, yara iyileşmesini, cilt, saç, böbrek, kemik iliğini ilgilendirir (57).

Organizmanın metabolik ve immünolojik savunma mekanizmalarını bozan malnütrisyon, hastanın tedavi sürecini olumsuz etkilemekte, hastanede kalış süresinin uzamasına ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (58). Ayrıca bilişsel süreçlerin hızla geliştiği çocukluk dönemindeki malnütrisyon bilişsel süreçlerde işlev bozukluğuna neden olmaktadır (59). Kardiyak fonksiyonlardaki bozulmalarla da sonuçlanan malnütrisyon, çocuklardaki morbidite ve mortaliteyi arttıran faktörlerin başında gelmektedir (60).

Protein Enerji Malnütrisyonu (PEM):

DSÖ' nün tanımına göre besindeki eksiklikler değişebilmekle birlikte, kalori, protein veya her ikisinden yoksun beslenme sonucu oluşan, en sık süt çocukları ile küçük çocuklarda rastlanan, sık olarak enfeksiyonların eşlik ettiği bir patolojik sendromlar topluluğudur.

Protein enerji malnütrisyonunda (PEM) genellikle özel besin tipi (karbonhidrat, yağ, protein, mineral, vitaminler) eksiklikleri ile birlikte, yetersiz beslenmenin süresi ve özellikle yetersiz alınan besleyicilerin tipine göre değişik derecelerde ve tiplerde görülebilir (27).

PEM'in Sınıflandırılması

Gomez: Oldukça yaygın kullanılır. Yaşa göre olması gereken ağırlık esas alınmıştır.

Yaşa göre ağırlık(%) = $\frac{\text{Çocuğun ağırlığı} \times 100}{\text{Aynı yaştaki sağlıklı bir çocuğun ağırlığı}}$ (50. persentil değeri)

Yaşa göre beklenen ağırlık yüzdesi; >90 ise normal, 75-89 arasında ise Hafif (1. derece), 60-74 arasında ise Orta (2. Derece), <60 ise Ağır (3. Derece) olarak sınıflandırılır.

Wellcome: Yaşa göre olması gereken ağırlık esas alınmıştır. Ağırlık yüzdesi ile ödem varlığı-yokluğu karşılaştırılarak tanı konur. Albumin-total protein düzeyleri karşılaştırılır ve 0-7 arasında puan verilerek PEM tipi belirlenir.

Waterlow: Uygulama alanlarında çocuğun beslenme durumlarının değerlendirilmesinde en sık kullanılan sınıflamadır.

Boya göre ağırlık%(RA) = $\frac{\text{Hastanın ağırlığı} \times 100}{\text{Aynı boydaki sağlıklı çocuğun ağırlığı}}$

(RA=Rölatif ağırlık)

Yaşa göre boy% = $\frac{\text{Hastanın boyu} \times 100}{\text{Aynı boydaki sağlıklı çocuğun boyu}}$

Marasmus ve Kwashiorkor:

Ağır PEM in en sık görülen şekli marasmustur. Protein ve kalori alımının yetersizliği uzun süre devam ettiği kronik açlık durumunda ortaya çıkar

Kwashiorkor ise ikinci bebeğin gelmesiyle ihmal edilmiş ilk bebeğin hastalığı anlamına gelir. Proteinden yetersiz, kalori içeriği normale yakın diyetle beslenen çocuklarda görülen beslenme yetersizliği hastalığı çeşididir (27, 29).

Tablo 1'de Marasmus ve Kwashiorkor'da klinik ve laboratuvar özellikleri ve ikisi arasındaki farklılıklar verilmektedir (61).

Klinik ve Laboratuvar Özellikleri	Marasmus	Kwashiorkor
Etiyopatogenez	Kronik açlık (öz. kalori açlığı)	Özellikle protein açlığı
Başlangıç Yaşı	1-2. aylarda görülebilir	Anne sütünden kesilince
En sık görülme yaşı	5-6. aydan sonra	18ay-3yaş
Yaşa Göre Ağırlık	Çok Düşük	Normal ya da Biraz Düşük
Yaşa Göre Boy	Süreye göre az veya çok	Yok veya az
Apati	+	+++
Anoreksi	Az veya çok	+++
Ödem	Yok	+++
Yüz	Zayıf (Voltaire yüzü)	Aydede yüzü
Hipotoni	++	+
Deri altı yağı	Çok azalmış	+++
Deri Değişikliği	Normal ya da kuru	+++
Saç değişikliği	+	+++
Karaciğer büyümesi	Yok	Var
Anemi	+	+
Kanda protein düzeyi	Normal veya normale yakın	Düşük
Açlık kan şekeri	Normal ya da düşük	Düşük
Kanda lipid ve fraksiyonları	Normal	Lipid, kolesterol düşük, yağ asitleri artmış
İmmunolojik bozukluk	++	+++
Hipopotasemi	++	+++
Hipomagnezemi	+	+
Kanda aminoasitler	Normal	Non esansiyel/esansiyel oranı artmış

Tablo 1. Marasmus ve Kwashiorkor'da Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

2.6.2. Obezite

DSÖ; “obeziteyi sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi ile vücut yağ oranının artması sonucunda davranış, endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize kompleks multifaktöriyel bir hastalık” olarak tanımlamaktadır.

Çocukluk çağı obezitesi, yetişkinlik dönemindeki obezite ile yakından ilişkilidir ve uzun süreli sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Kiloluluk ve obezite prevalansındaki artış yaşam beklentisini ve yaşam kalitesini düşürmekte ve sonuç olarak kardiyovasküler hastalıklara, tip 2 diyabete, bazı kanser türlerine, osteoartrite, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır (62).

Çocukluk çağı obezitesindeki yıllık artış hızının giderek büyüdüğü, prevalansın şu anda 1970’lerdeki değerlerden yaklaşık 10 kat fazla olduğu ve tüm dünyada 5 yaş altı 20 milyon çocuğun fazla kilolu veya obez olduğu belirtilmektedir (63).

2.6.3. Gıda alerjisi

Gıda alerjisi ya da aşırı duyarlılık; yiyeceğe karşı anormal immünolojik reaksiyon ve soruna neden olan gıdayı, her yemede tekrarlanan semptomlar ile karakterize bir gıda intöleransı şeklindedir. Sinirlilik, hiperaktivite, gastrointestinal rahatsızlık ve astım gibi belirti ve bulgular gıda alerjisi özelliklerindedir, fakat gerçek gıda alerjileri nadirdir. Gıdalara aşırı duyarlılık reaksiyonlarının en sık görölme yaşı 1-2 yaş grubu olmakla birlikte, 3 yaşından küçüklerde ve yenidoğanlarda % 2-8 oranında görölür. Besin alerjisi gastrointestinal sistem (kusma, kramp, ishal gibi), deri (egzama veya kurdeşen) ve solunum yollarını (astım) etkileyen belirtilere, ya da yaşamı tehdit eden alerjik reaksiyonlara (anafilaksi) neden olabilir. Küçük çocuklarda alerjik reaksiyonla ilişkili olarak yaygın görölün yiyecekler; inek sütü, yumurta, fıstık, soya ve buğdaydır. 3 yaşından önce inek sütü alerjisi yaklaşık % 2,5 oranında, yumurta alerjisi de % 1,5 oranında fıstık alerjisi de % 0,6 oranında görölmektedir (64,65).

Yumurta balık gibi potansiyel alerjen gıdaların geç dönemde verilmesinin alerji riskini azalttığını gösteren hiçbir çalışma bulunmamaktadır (65).

2.7. Beslenmenin Değerlendirilmesi

Çocukların büyümesinin izlenmesinde ve beslenme durumlarının değerlendirilmesinde oldukça yaygın kabul gören yöntem; antropometrik ölçümlerin referans popölasyonun ortanca değerinden, standart sapma cinsinden ne kadar uzakta olduğunu gösteren Z skor değerlerinin

hesaplanmasıdır. Standardizasyonu sağlamak ve ülkeler arası karşılaştırmaları yapabilmek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen referans değerler; NCHS (Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi) tarafından tanımlanan ve Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından onaylanan uluslararası referans değerlerdir (66,67). DSÖ tarafından beş yaş altı çocukların beslenme durumlarının saptanmasında kullanılması önerilen göstergeler; yaşa göre boy, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlıktır. Bu üç belirteç için malnütrisyon durumunun belirlenmesinde kullanılan ve yaygın kabul gören kesim noktası, -2 SD noktasıdır.

Bodur (yaşa göre boy uzunluğu; Y/B-stunted): Kronik beslenme yetersizliğini tanımlamaktadır. Bodur olan çocuklarda yaşa göre vücut ağırlığı ve yaşa göre boy uzunluğu düşük (<-2SD), fakat boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı normal değerlerdedir.

Zayıf (boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı; B/A-wasted): Akut veya o andaki, kısa-sürelili malnütrisyonu tanımlar. Zayıf olan çocuklarda yaşa göre vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı düşük (<-2SD), fakat yaşa göre boy uzunluğu normal değerlerdedir.

Düşük kilolu (yaşa göre vücut ağırlığı; Y/A-underweight): Akut ve kronik veya uzun-sürelili malnütrisyonu tanımlar. Düşük kilolu çocuklarda yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu ve boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı değerlerinin tümü normalden düşük (<-2SD) değerlerdedir.

Kilolu/Hafif şişman: Boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının ve yaşa göre vücut ağırlığının standardının veya referansın medyan değerinin $\geq +1SD$ -<+2SD (Z skor) değerler arasında olmasıdır

Şişman/Obez: Boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı, yaşa göre vücut ağırlığı veya BKİ değerlerinin standardın veya referansın medyan değerinin $\geq +2SD$ (Z skor) değerinin üzerinde olması şişmanlık/obezite olarak tanımlanmaktadır (51).

2.8. Mevsimlik Tarım İşçiliği

2.8.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Genel Özellikleri

Mevsimlik tarım işçisi kavramı, tarım alanlarında çalışmak üzere ikamet ettikleri yerden başka yere göç eden ve sezon bitiminde tekrar evine dönen işçileri tanımlamak için kullanılır (11). Mevsimlik tarım işçisi, “kendisinin ya da başkasının tarım alanında ekim, yetiştirme, ilaçlama, hasat gibi tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli/yevmiyeli veya aynı ödeme karşılığı, sözleşmeyle veya sözleşme olmaksızın, o ülkenin

vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici mevsimlik çalışan kişidir'' (12). Tarihsel kökenleri Türkiye'de 1950'li yıllara kadar dayanmaktadır (22).

Mevsimlik tarım işçileri Amerika Birleşik Devletleri (ABD Nüfus Dairesi tarafından) bir ülkeden bir başka ülkeye tarımda çalışmak için göç edenler, aynı ülke içinde tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışmak için yer değiştirenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (13).

Tarım sektöründe, özellikle gezici işçi olarak çalışan tarım işçisi aileler tarımın kendine özgü niteliklerinden dolayı oldukça ağır ve değişken koşullarda çalışmakta (10), Mart-Ekim ayları arasında yaklaşık 25 farklı şehre çalışmak üzere gitmektedir. Her aile bir yıl içinde ortalama üç farklı ile gitmekte ve yaklaşık 7-8 ay ortalama dört ay tarlada yaşamaktadır (11,17).

Toplumların sağlık düzeylerini belirleyen çeşitli faktörler bulunmakla birlikte, yaşam şekli ile çalışma koşulları bunların en başında gelmektedir (68). Tarım işçiliği, diğer çalışma alanlarından çalışma ortamı ve güçlükleri nedeniyle farklılıklar göstermektedir. (10).

ILO'ya göre tarım işçiliği tüm dünyada ikinci sırada istihdam alanıdır. Gelişmiş olan birçok ülkede tarım işçisi olarak çalışma oranı % 9 iken, bu oran gelişmekte olan ülkelere % 60'lara ulaşmaktadır. Bazı ülkelerin tarım alanındaki istihdam oranına bakıldığında; Doğu Avrupa'da % 20, Latin Amerika'da % 25 ve Avrupa Birliği'nde %5,2 iken, Afrika ve Asya'da bu oranlar sırasıyla % 63 ve % 62'dir. (8,69,70). Türkiye'de tarım sektörünün istihdam içindeki payı TÜİK Hanehalkı İşgücü İstatistikleri Ağustos 2014'e göre %22.1'dir (5 milyon 815 bin kişi). Bu sayının yarısının geçimini sağlayabilmek amacıyla daha fazla tarımsal iş olanağı bulunan yörelere gezici ve mevsimlik işçi olarak gitmek durumunda kalan, mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (9,10).

Gelişmiş ülkelere tarımın sürdürülmesinde istihdam edilenlerin çoğunu mevsimlik tarım işçileri oluşturmaktadır. Avrupa'da, yaklaşık olarak 500.000'i Avrupa dışından gelen 4,5 milyon tarım işçisinin istihdam edildiği ve bu sayının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak 2,5 milyon olduğu bildirilmektedir (12,71). Sürdürülebilir tarımsal üretimin kalbi olarak tanımlanan mevsimlik tarım işçileri, dünyada 1,1 milyar tarım işgücünün yaklaşık 450 milyonunu oluşturmaktadır (8,21).

Türkiye'de 48 ilde tarım işçileri çalışmaktadır (11). Mevsimlik tarım işçileri, Doğu ve Güneydoğu Anadolu ile Orta Anadolu bölgelerinden pamuk, fındık, çay, tütün, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun olarak yapıldığı bölgelere söz konusu ürünlerin çapa, sulama ve hasat zamanlarında aileleri ile birlikte göç etmektedir (14). Yapılan araştırmalar

incelendiğinde, Türkiye'de üç ay ve üzerinde çalışan mevsimlik gezici nüfusun önemli kısmı Şanlıurfa, Adıyaman, Diyarbakır, Mardin illeri başta olmak üzere Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ikamet etmektedir. Ülkemizde Nisan - Kasım ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gitmektedirler (15).

Mevsimlik tarım işçileri yoksulluğun en fazla görüldüğü gruplardan biridir ve yarısından çoğunun yoksulluk sınırı altında yaşadığı bildirilmektedir. Dünyada mevsimlik tarım işçilerinin % 60'ından fazlasının yoksulluk sınırının altında yaşadığı, en az % 80'inin sosyal güvencesinin bulunmadığı ve % 70'nin tarlalarda çocuklarıyla birlikte çalıştıkları bildirilmiştir (11,21).

2.8.2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Karşılaştığı Temel Sorunlar

Sağlık Sorunları: Tarımsal üretimin yaygın olduğu ülkelerde, kaza, hastalık, yaralanma ve erken ölüm açısından çocuklar, kadınlar, yaşlılar ve MTİ aileler özel risk grubu olarak tanımlanmaktadır (11,21,72).

MTİ ailelerde; düşük sosyoekonomik durum ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, ailelerin hareketliliği ve tıbbi kayıt eksikliği nedeni ile çok sayıda sağlık sorunları bulunmaktadır (73,74). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre; çalışma hayatında yılda 2,31 milyon kaza ve hastalık görülmekte, bu kaza ve hastalıkların yaklaşık yarısı tarım alanlarında gerçekleşmektedir. Kazalar genellikle ulaşım sırasında ve tarım aletleri kullanımı esnasında ortaya çıkmaktadır (5).

Mevsimlik tarım işçileri sürekli tekrar eden fiziksel hareketler ve şiddetli aktiviteler, stres, uzun süreli çalışma, düşük - yüksek sıcaklık, ağır eşya kaldırma, kafanın üstünde, omuzda veya sırtta yük taşıma nedeniyle kas iskelet sisteminde görülen ağrı ve yaralanmalar en sık görülen sağlık sorunlarıdır (75). Mevsimlik tarım işçilerinde en sık rastlanan diğer sağlık sorunları, halsizlik, yorgunluk, bel ağrısı gibi kas-iskelet sistemi yakınmaları; ishaller; solunum yolu enfeksiyonları; yara, çıban, egzama, uyuz, bit gibi cilt hastalıkları; güneş çarpması; baş ağrısı; tarım ilaçları ile zehirlenmeler ve intihar girişimleri olarak belirlenmiştir (11). Ayrıca çalışma koşullarının zor olması ve yoksulluğun fazla görülmesi ile ilişkili olarak anksiyete ve depresyon başta olmak üzere mevsimlik tarım işçilerinde psikiyatrik sorunların yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Kötü yaşam koşulları, sosyal izolasyon, dışlanma,

pestisitler, ağır çalışma koşulları gibi çevresel faktörler tarım işçilerinde ruhsal bozukluklara yatkınlığı arttırmaktadır (76).

MTİ ailelerin fiziksel yorgunluk, bel ağrısı, güneş çarpması ve bayılma ile karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir. Ayrıca doğal ortamda bulunmaya bağlı olarak el, kol ve bacak yaralanmaları ile kırıklar görülen sağlık sorunlarından (77).

Çocuk sağlığı alanında önemli gelişmeler olmakla birlikte, hala beslenme bozukluğu, erken ölüm ve hastalıklar açısından en büyük risk grubudur. Çocukların sağlık düzeyinin yükseltilmesi için güvenli çevre oluşturulması, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü başta olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin toplumun tümüne ulaştırılması gerekmektedir. Doğum öncesi ve sonrası yeterince bakım alamayan tarım işçisi kadınlar, istemsiz düşükler, ölü doğumlar, aşırı doğurganlık, adölesan gebelikler ve biyolojik/fiziksel risklere bağlı gebelikle ilişkili sağlık sorunları açısından önemli bir risk grubudur. Ayrıca tarımda kullanılan kimyasallara bağlı kısırlık, adet düzensizliği, düşük, ölü doğum, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, gelişme geriliği ve doğumsal anomaliler bildirilmektedir (5).

MTİ ailelerin çocuklarında en sık görülen sağlık sorunlarının kış aylarında; ateş, astım ve bronşit iken yaz aylarında; ishal, paraziter hastalıklar, tifo ve bruselladır. Bunun dışında akrep sokmaları, köpek ısırıkları ve ev kazaları da görülmektedir (77).

2014 yılında yapılan araştırma raporuna göre; 0-4 yaş grubundaki her 5 çocuktan biri bronşitten muzdaripken, benzer oranda çocuğun da ishal olduğu görülmektedir. Bu hastalıkların oranı yaş ilerledikçe azalmakta ancak bronşit ve ishal yüzde 10'un altına inmediği belirlenmektedir (78).

Tarım işçileriyle yapılan çalışmalarda tarlada çalışma esnasında hasta olduğunu ve doktora gitmediğini söyleyen dört kişiden biri paranın olmaması, yine yaklaşık dört kişiden biri tarlada işlerin çok olması nedeniyle doktora gitmediklerini ifade etmişlerdir (5). Herhangi bir sağlık sorunu ya da iş kazası durumunda verilecek bakım işverenlerin vicdanına kalmaktadır (77).

Ulaşım Sorunları: MTİ ailelerin ulaşım konusunda karşılaştıkları birinci sorun; çalışmak üzere yaşadıkları yöreyi terk ederken ve yine buraya dönerken kullandıkları araçlardan kaynaklanmaktadır. Ulaşım masrafının düşürülmesi amacıyla uygun olmayan koşullardaki ulaşım, toplumsal gündeme özellikle yaz aylarında facia haberleriyle yansımaktadır. Kazaların, çoğunlukla araçların kapasitesinin üzerinde yolcu taşınması, teknik

yetersizlik vb. nedenlerle gerçekleştiği belirtilmektedir. MTİ ailelerin ulaşım sorunlarının ikincisi, gittikleri yörelerde kaldıkları yer ile çalışacakları yer arasındaki yapılan taşımacılıkta kullanılan yöntem oluşturmaktadır. Özellikle Çukurova Bölgesinde tarım işçilerinin taşınması yoğun şekilde kamyonet, traktör, kamyon gibi, ulaşım elverişli olmayan ve insan taşınmasının yasak olduğu araçlarla yapılmaktadır (79).

İş Bulma Sorunu: Mevsimlik tarım işçileri nasıl ya da nerede iş bulabileceğini bilme konusunda önemli sorunlar yaşayan kesimlerin başında gelmektedir. MTİ çalışmak üzere evini terk ederken iki farklı şekilde hareket etme arasında seçim yapmak zorundadır. Birincisi; elçi, elçibaşı vb. adlarla anılan tarım araçlarına bağlı olarak yola çıkmak, ikincisi ise, kendi başına hareket etmek. Genellikle tercih edilen yöntem birinci yöntem olmaktadır (79).

Barınma ve Yaşam Koşullarından Kaynaklanan Sorunlar: Ülkemizde de dünyada olduğu MTİ aileler için yeterli, temiz ve güvenli barınma koşulları çok önemli bir sorundur. Türkiye'de mevsimlik tarım işçilerinin barınma koşulları incelendiğinde, tarlalarda bez veya naylondan yapılmış çadır veya biriket şeklinde yapılmış uygunsuz tuvalet, banyo, elektrik, temiz içme suyundan yoksun alanlarda yaşadıkları görülmektedir. Çadırlar, genellikle toprak zemin üzerindedir (5,11).

Barınak olarak kullandıkları yerler kolay bulunan fakat sağlıksız malzemelerden (Naylon, çadır, kamış vb) yapılmakta ve sadece etraftan görünmeyi engelleme amacını gütmektedir. Mevsimlik tarım işçilerinin çalışma nedenlerinin temelini oluşturan kışın geçimlerini sağlamak amacıyla para biriktirme olgusunun bir sonucu olarak, beraberlerinde getirdikleri gıdaları tüketme eğilimleri oldukça (Bulgur, un vb.) yüksektir (14). Bu durumdan kaynaklanan dengesiz ve yetersiz beslenme sonucu, kendilerinde ve çocuklarında bedensel gelişme sorunları ve yetersiz beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunları, sık rastlanan sorunları oluşturmaktadır. Aileler en çok ekmek, çay ve baklagilleri tüketmektedirler. Tüm aileler tarafından düzensiz öğün ve ortak kaptaki yeme alışkanlığı belirtilmiştir (79).

Çalışma Koşullarına İlişkin Sorunlar: İşçilerin çalışma sürelerini belirleyen bir kuralın olmadığı gibi, hafta tatili vb. uygulamalar da bulunmamaktadır. Ayrıca işçinin fazla çalışma karşılığı ek bir ücret alması da söz konusu değildir (79).

İş Güvenliği Sorunları: Mevsimlik tarım işçilerinin çalışmaları esnasında karşı karşıya kaldıkları en önemli iş güvenliği sorunları şöyle sıralanabilir:

- Solunum yolları tehlikeleri
- Dermatolojik tehlikeler

- Toksik ve neoplastik tehlikeler
- Kazalar ve yaralanmalar
- Mekanik ve termal stres
- Davranış kaynaklı tehlikeler (79).

Eğitim Sorunu: Mevsimlik tarım işçilerinde öğrenim durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmektedir. Kadınlarda okuma yazma bilmeyenlerin oranı yüksektir (%83,1). Diğer bir önemli gösterge ise ortaokul ve lise mezunu oranının azlığıdır.

Okulu terk edenlerin genel gerekçelerini maddi yetersizlikler, çalışmanın gerekliliği ve ailenin izin vermemesi şeklinde sıralanmaktadır. Öğrenim durumuna ilişkin bilgiler tarım işçilerinin eğitimi önemsemediği ya da ikinci planda tuttuğu yorumu yapılsa da, esas olarak çalışma ve iş gücü ihtiyacından dolayı bu durumun doğduğu açıktır. Eğitimin giderek maliyet gerektirmesi ve sürekli ikametgâhın olması şartı bu durumu zorlaştırmaktadır (80).

Çocuk İşçiliği Sorunu: . Mevsimlik tarım işçiliğinin en ağır ve de sahipsiz işçilerini çocuklar oluşturur. Sorunun arkasında hane yoksulluğu yer almaktadır ve aileler çocuk emeğine tarımda mevsimlik göç sürecinde ihtiyaç duymaktadır (11). Türkiye’de çalışan çocukların toplamı 2012 yılı TÜİK verilerine göre 893.000, bunların %45’i tarımda çalışmakta, sayıları yaklaşık 400.000 olup, en kötü konumda çalışan çocuklar arasında ön sırada yer almaktadır. Bu çocuklar Türkiye’nin değişik bölgelerinde özellikle pamuk, fındık, narenciye, pirinç, şekerpancarı, tütün vd. tarımında çapa, hasat gibi işlerde yoğun olarak çalışmaktadır.

En kötü konumdaki tarım işlerinde çalışan bu çocukların yarıya yakını 15 yaşından küçük olup, ILO sözleşmelerine göre çalışma çağında olmayan ve söz konusu işlerde çalışması arzu edilmeyen çocuklardır (5).

Hayata Destek Derneği Mevsimlik Gezici Tarım İşçiliği 2014 Araştırma Raporu’na göre görüşülen hanelerde yaşayan çocukların büyük oranda tarlada da çalıştığı belirlenmektedir. 5-11 yaş grubundaki çocukların yüzde 35’i tarlada çalışırken, bu oran 12-15’te yüzde 78’e, 16-18’de yüzde 85’e çıkmaktadır. 19 yaş üstünde tarlada çalışanların oranında ufak bir azalma bulunmaktadır. Ancak yukarıdaki grafik açıkça 12 yaşında ve hatta daha önce çocukların mevsimlik işçi olarak çalışmaya başladıklarını göstermektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarına göre hemen her yaş grubunda kadın ve erkekler arasında tarlada çalışma

oranlarının aynı olması; tarlada çocuk emeğinin kullanılmasının cinsiyetten bağımsız olduğunu göstermektedir (78).

Sosyal Güvenlik Sorunu:

Ücret Sorunları:

Örgütlenme Sorunları:

Kamu Kurumları ve Yöre Halkı İle İletişim Sorunları:

Sonuç olarak mevsimlik gezici tarım işçilerinin başlıca sorunları, ulaşım; barınma; beslenme; hijyen (temiz su ve tuvalet); çalışma koşulları (günde 12-13 saat çalışma); ücret; iş güvenliği, sağlık ve sosyal güvence eksikliği; çocukların eğitimden kopması; etnik ayrımcılık ile karşılaşmak ve dışlanma olarak özetlenebilir (11).

2.8.3. Mevsimlik Tarım İşçilerinde Beslenme Özellikleri

Yapılan çalışmalarda ekmek, çay ve bulgur/mercimek gibi tahıllar haftada birkaç kez ve daha fazla tüketilebilmektedir. Sebze-meyveyi haftada birkaç kez ve daha sık tüketenlerin oranı yüzde 60'ken, her gün tüketebilenlerin oranı sadece yüzde 30'dur. Görüşülen haneler arasında her gün et ve et ürünü tüketebilen kimse yoktur. Bu açıdan mevsimlik tarım işçilerinin yetersiz ve dengesiz beslendiklerini, yoğun genç nüfus da gözönüne alınırsa bu şekilde sağlıksız beslenmenin hanedeki yoğun çocuk nüfusunun gelişimini de olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz (78).

Büyüme gelişme için uygun bir fizik çevre ve sağlıklı bir anne gereklidir ancak MTİ ailelerin çocukları doğum öncesi dönemden itibaren gelişimleri üzerinde malnütrisyonun etkilerini yaşamaktadırlar. Çünkü anneler gebelik izlemlerini düzenli yaptırmamakta, folik asit kullanmamakta ve yeterli ve dengeli beslenmemektedirler.

Ekonomik sıkıntılardan dolayı et tüketiminin oldukça sınırlı olduğu belirtilmektedir. MTİ aileler ev yapımı ekmek, ev yapımı ya da marketten alınan makarna ve bulgur gibi karbonhidrattan zengin besinlere; bölgeye bağlı olarak soğan, patlıcan, kabak ve patates gibi sebzeleri tek başına ya da birlikte kızartma eşlik etmektedir. Eğer hazır yemek yoksa mevsimlik tarım işçileri ekmek ile domates, salatalık ve karpuz tüketmektedirler. Tüm öğünlerde çay bulunmaktadır. Tarlada ürüne yakın yerde konumlanmaya bağlı alışveriş imkanlarının kısıtlı olmasından ailelerin sebze ve meyve tüketemediği belirtilmektedir.

0-2 yaş grubu çocukların beslenmesine nispeten öncelik verilirken 2-4 ve 4-6 yaş grubu çocuklar bu konuda dezavantajlı grubu oluşturmakta ve kardeşlerinden arta kalan et ve

süt ürünlerini tüketmektedir. Çocukların iki yaşından itibaren en önemli besin ögesi olan ve asıl protein kaynakları olan süt ve süt ürünlerini kaybetmeleri söz konusudur. Ek gıdaya geçişten itibaren çocukları en önemli besin kaynağını bulgur ve makarna oluşturmaktadır. Özellikle 5 yaşından sonra çocuklar anneleri tarlada çalışırken bir önceki günün yemek bulaşıklarını yıkamakta ve küçük kardeşlerini beslemek zorunda kalmaktadır. Daha büyük çocuklara kardeşlerini besleme sorumluluğu da yüklenmektedir. Sonuçta MTİ ailelerde çocuk beslenmesinin tüm yaş grupları için son derece sorunlu olduğu görülmektedir (77).



2.9. Literatür İncelemesi

Tablo 2. 2001-2015 Yılları Arasında Kırsal Alanda Yaşayan Aileler ile MTİ Ailelerle Yapılan Bazı Çalışmaların İncelenmesi

Çalışmanın Adı	Çalışmayı Yapan	Zaman	Yer	Tipi	n	Sonuç
Van İli Kırsalındaki Annelerin Çocuk Beslenmesindeki Alışkanlıkları ve Uygulamaları	Demirel F, Üner A, Kırimi E	2001	Van	Tanımlayıcı	200	Çocukların %70'i 25 persentilin altında %9'u 3 persentilin altında %5'i 50 persentil ve üzerinde En sık yapılan beslenme hataları; erken ek gıdaya başlamak (%43), süten erken kesmek (%47), tahıl ürünlerini fazlaca vermek (%68), çok erken ve fazla inek sütü kullanmak (%63)
Çocuklarda Beslenme Alışkanlıklarının Hematolojik Parametreler ve Eser Elementler Üzerine Etkisi	ÖKTEM F, YAVRUCU OĞU H, TÜRENDİ A, TUNÇ B.	2005	Isparta	Kesitsel	380	Sosyoekonomik durumu düşük ve tahıl ağırlıklı beslenen çocukların boylarının kısa, serum Çinko ve Demir düzeyleri ile ortalama hemotokrit oranları düşüktür (Zn, Fe: p<001 Htc: p<0,001).
Intestinal Parasites, Nutritional Status and Psychomotor Development Delay in Migratory Farm Worker's Children	Koruk I, Simsek Z, Koruk ST, Doni N, Gürses G	2010	Şanlıurfa	Kesitsel	168	%38,1 bodur %20,8 düşük kilolu % 5,4 zayıf %17,8 psikomotor gelişme geriliği
The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in	Simsek Z, Koruk I	2011	Şanlıurfa	Kesitsel	174 +	Bodurluk MTİ ailelerin çocuklarında (%43,1) MTİ olmayan ailelerin çocuklarının (%21,3) iki katı Düşük kiloluluk: MTİ ailelerin çocuklarında % 27,6 iken, MTİ olmayan ailelerin çocuklarında % 13,2 Zayıflık :MTİ ailelerin çocuklarında % 8,0 iken, MTİ olmayan ailelerin çocuklarında

Southeastern Anatolia					174	% 4,3 Psikomotor genel 'gelişme geriliği % 22,1
Mevsimlik tarım işçilerinin ve ailelerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi araştırması 2011	Simsek Z	2012	Şanlıurfa Adıyaman	Nitel Nicel	1200	Hanehalkı büyüklüğü 6,8 eğitim düzeyi düşük, akraba evliliği, doğum hızı, engelli çocuk oranı yüksek ve yoksulluk fazladır. %82,9'i tarlada çadır ve barakada barınmaktadır. Bulgur, patates tüketme sıklığı yüksek, et tüketimi sınırlı, aynı kaptan yeme alışkanlığı, düzensiz öğün ve tahıl ağırlıklı beslenme temel özelliklerdir.
A case of childhood vaccination barrier: migrant and seasonal farmworkers	Koruk I, Simsek Z, Koruk	2013	Şanlıurfa	Kesitsel	168	Çocukların % 49,4'ünün aşıları tam yapılmış % 39,3'ünün aşıları tamamlanmamış % 11,3'üne hiç aşı yapılmamış olduğu belirlenmiştir.
Evaluation of the Development Characteristics of the 0 to 6 Year Old Children of Families Engaged in Seasonal Agricultural Work	Yıldız AD	2015	Adana Ankara Şanlıurfa Yozgat	Gözlem ve yarı yapılandırılmış görüşme	Odak Grup	Ek gıdaya geçişten itibaren çocukları en önemli besin kaynağını bulgur ve makarna oluşturmakta, et tüketiminin oldukça sınırlı. MTİ ailelerde çocuk beslenmesi tüm yaş grupları için son derece sorunlu olduğu belirlenmiş.
Mevsimlik (Gezici/Geçici) tarım işçilerinin iki yerleşim birimindeki yaşam koşulları ve sağlık durumlarına niteliksel bakış	Kaya M, ÖZGÜLNA R N	2015	Adana Mersin	Nitel Tanımlayıcı	26	MTİ aileler; işveren tarafından işçi sağlığı ve güvenliği önlemleri alınmadan, sosyal güvencesiz, güvenli ulaşım imkânları ve iş garantileri olmadan çalıştırılmaktadır. Sosyal dışlanmaya uğramakta, temel sağlık hizmetlerine ulaşamamakta, yeterli ve dengeli beslenememekte, çocukları eğitim olanaklarından yeterince faydalanamamakta ve tarım işinde çalıştırılmaktadır. Mevsimlik tarım işçileri yeterli sebze, meyve ve protein almadan beslenmekte, öğün atlamakta ve uygun koşullarda saklanmayan besinleri tüketmektedir.
Health Status of Children of Migrant Farm Workers: Farm Worker Family Health Program, Moultrie, Georgia	Nichols M, Stein AD, Wold JL	2014	Gürcistan	Kesitsel	179-415	Yıllar boyunca; Aşırı kilolu: %13,5-21,8 Obezite: %24-37,4 Anemi: %10,1-23,9 Bodurluk: %1,1-6,4 arasında değişmektedir. 2011 yılı bodurluk oranı erkeklerde %3,3 ve kızlarda %6,5 ortalama %5 oranında belirlenmiştir.

Tablo 2’de literatür incelemesi sonucu yapılan çalışmalar verilmiştir. Tablo’ya ve çalışmaların sonuçlarına göre aşağıdaki verilere ulaşılmıştır.

Demirel ve arkadaşlarının Van ilinde annelerin çocuk beslenmesine ilişkin uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; çocukların %70’inin 25 persentilin altında olduğu, %9’unun 3 persentilin altında ağır malnutrisyon belirtileri gösterdiği ve 200 çocuktan sadece %5’inin 50 persentil ve üzerinde olduğu, annelerin %66’sının bebeğini sadece 6 aya kadar emzirebildiği, en sık süttten kesme nedeninin yeni gebelik ve annenin süttünün yetersiz olduğunu düşünmesi ve en sık başlanan ek gıdaların inek süttü, pirinç unu ve meyve suyu olduğu belirtilmektedir. En sık yapılan beslenme hatalarının; erken ek gıdaya başlamak (%43), süttten erken kesmek (%47), tahıl ürünlerini fazlaca vermek (%68), çok erken ve fazla inek süttü kullanmak (%63) olduğu ve çalışma grubundaki annelerin %52’sinin çorba ve yemeklerin püresi yerine bunların suyunu vermesi, %68’inin bisküvi ve ekmek içi gibi tahıl ürünlerini fazlaca kullandığı belirtilmektedir (18).

Öktem ve arkadaşları sosyoekonomik durumu iyi olan ve sosyoekonomik durumu iyi olmayan 380 kişilik iki grupta ‘Çocuklarda Beslenme Alışkanlıklarının Hematolojik Parametreler ve Eser Elementler Üzerine Etkisi’ni değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, sosyoekonomik durumu düşük ve tahıl ağırlıklı beslenen çocukların boylarının kısa, serum Çinko ve Demir düzeyleri ile ortalama hemotokrit oranlarının düşük olduğu (Zn, Fe: p<001 Htc: p<0,001) belirtilmektedir (19).

Koruk ve arkadaşları mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında bağırsak paraziti, beslenme durumu, psikomotor gelişme geriliği ve anemi prevalansını araştırmak amacıyla 6-59 ay arası 168 çocuk ve ailesiyle Şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada; çocukların %55,4’ünde bağırsak paraziti saptanmıştır. Çocukların %17,8’inde psikomotor gelişme geriliği, %16,6’sında anemi olduğu ve çalışmaya katılan 168 çocuğun beslenme gelişim durumlarına bakıldığında %38,1 bodur, %20,8 düşük kilolu ve %5,4 zayıf olarak belirlenmiştir (17).

Şimsek ve Koruk, mevsimlik tarım işçiliğinin çocukların büyüme ve psikomotor gelişimine etkisini araştırmak amacıyla kesitsel tipte çalışma yapmışlardır. Sonuçta; bodurluk tarım işçisi ailelerin çocuklarında (%43.1) tarım işçisi olmayan ailelerin çocuklarına (%21.3) oranla iki kat fazla olduğu görülmektedir. Ekonomik durum, çocuk sayısı, hanehalkı büyüklüğü ve annenin yaşı kontrol edildiğinde, mevsimlik tarım işçisi ailenin çocuğu olma ve annenin öğrenim düzeyi bodurluk için ilişkili faktörler olarak saptanmıştır. Düşük kiloluluk ve zayıflık yüzdeleri MTİ olmayan ailelerde sırasıyla 13,2 ve 4,3 olmak üzere MTİ ailelerde

bu oranlar 27,6 ve 8 olarak bulunmuştur. Psikomotor genel gelişme geriliği de % 22,1 olarak belirtilmektedir (81).

Mevsimlik tarım işçilerinin ve ailelerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi araştırması 2011 sonuçlarına göre; hanehalkı büyüklüğü 6,8 eğitim düzeyi düşük, akraba evliliği, doğum hızı, engelli çocuk oranı yüksek ve yoksulluk fazladır. %82,9'i tarlada çadır ve barakada barınmaktadır. Bulgur, patates tüketme sıklığı yüksek, et tüketimi sınırlı, aynı kaptan yeme alışkanlığı, düzensiz öğün ve tahıl ağırlıklı beslenme temel özelliklerdir (11).

Koruk ve arkadaşlarının yaptığı araştırmanın örneklemini 12-23 ay arasında bulunan 168 çocuk oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda çocukluk çağında aşılama oranı (% 49,4) düşük olarak bulunmuştur. Aşı kartı bulunmasıyla aşılama oranı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Aşı yaptırmamanın en önemli nedeni olarak aşının önemi konusunda ailelerin yeterli bilgiye sahip olmaması bulunmuştur(% 20,8). Diğer önemli nedenler arasında; % 11,9'u yan etkilerden korktuğu için, % 10,7' si tarlada bulunduğu için, % 9,5'i çocuk bakımını üstlenenlerin ihmalinden dolayı ve % 6,5'i aşı zamanı ve yerini bilmediği için aşı yaptırmamışlardır. Çalışma sonucunda çocukların % 49,4'ünün aşıları tam yapılmışken, % 39,3'ünün aşıları tamamlanmamış ve % 11,3'üne hiç aşı yapılmamıştır (82).

Diğer çalışma sonuçlarında; Ek gıdaya geçişten itibaren çocukları en önemli besin kaynağını bulgur ve makarna oluşturmakta, et tüketiminin oldukça sınırlı, MTİ ailelerde çocuk beslenmesi tüm yaş grupları için son derece sorunlu olduğu (77) ve mevsimlik tarım işçilerinin yeterli sebze, meyve ve protein almadan beslenmekte, öğün atlamakta ve uygun koşullarda saklanmayan besinleri tüketmekte oldukları belirlenmiştir (22).

Gürcistan'da MTİ ailelerle yapılan çalışmada 2003-2011 yılları arasında;

Aşırı kilolu olma %13,5-21,8 arasında, obezite: %24-37,4 arasında, anemi: %10,1-23,9 arasında, bodurluk: %1,1-6,4 arasında değişmektedir. 2011 yılı bodurluk oranı erkeklerde %3,3 ve kızlarda %6,5 olmak üzere %5 oranında belirlenmiştir (23).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırmanın verileri Şubat 2016-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmış olup, Kasım 2015 – Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma mevsimlik tarım işçilerinin yoğun yaşadığı Şanlıurfa il merkezinin Eyyübiye ilçesindeki 13 mahallede ve Adıyaman il merkezindeki 11 mahallede gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini her iki ilde yaşayan, geçimini mevsimlik tarım işçiliği yaparak sağlayan ve 0-5 yaş grubu çocuğa sahip aileler oluşturmaktadır. Şanlıurfa il merkezinde muhtar bildirimlerine göre ve yapılan çalışmalara göre (11) mevsimlik tarım işçilerinin yoğun yaşadığı 32 mahallede 112.705 tarım işçisinin olduğu ve en yoğun Eyyübiye ilçesinde yaşadıkları bildirilmektedir. Eyyübiye ilçesindeki 13 mahallede; yaşayanların %50'sinden fazlasının (74.980) mevsimlik tarım işçisi olduğu da yerel yöneticiler tarafından belirtilmektedir.

Adıyaman'da mevsimlik tarım işçilerinin yoğun yaşadığı mahalleler de yerel yöneticilerden elde edilen bilgiler ve çalışma sonuçları kullanılarak belirlenmiştir (11). Bu mahallelerden 11 tanesi Bahçelievler, Varlık, Yenimahalle, Kayalık, Cumhuriyet, Fatih, Karapınar, Yeşilyurt, Sümerevler, Yenisanayi, Malazgirt'tir. Seçilen mahalleler arasından küme örneklem yöntemi ile belirlenen sayıda kişiler çalışmaya alınmıştır. Bu mahallelerde yaşayan örneklem kriterlerine uyan 5 yaş altındaki çocukların aileleri

araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Evreni bilinmeyen örneklem hesaplama formülü;

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{0,25 \times 0,75 \times 1,96 \times 1,96}{0,05 \times 0,05}$$

$$n=288$$

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki X'in gözlenme oranı, q (1-p): X'in gözlenmeme oranı

t : $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

Her iki ilde toplam 24 mahalle belirlenmiştir. Küme sayısı 41 ve küme büyüklüğü 7 kişi olarak belirlenerek;

Şanlıurfa'da; Hayati Harrani (21) , Muradiye (21), Onikiler (21), Sırrın (21), Yakubiye (21), Topdağı (14), Tepe (14), Türkmeydanı (14), Kamberiye (14), Hacı Bayram (7), Selçuklu (7), Osmanlı (7), Kendirci (7) olarak 189 kişiye; Adıyaman'da ise Kayalık (14), Yenimahalle (14), Sümerevler (13), Malazgirt(7), Bahçelievler (7), Varlık (7), Cumhuriyet (7), Fatih (7), Karapınar(7), Yenisanayi(7), Yeşilyurt (7) olarak 99 olmak üzere toplamda 288 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

Nisan ayı sonrası mevsimlik tarım işçilerinin çalışmak amaçlı başka illere yoğun göçü, bazı ailelerin çalışmaya katılmayı reddetmesi gibi nedenlerden dolayı;

Şanlıurfa'da; Hayati Harrani (14) , Muradiye (14), Onikiler (14), Sırrın (14), Yakubiye (14), Topdağı (14), Tepe (14), Türkmeydanı (14), Kamberiye (14), Hacı Bayram (7), Selçuklu (7), Osmanlı (7), Kendirci (7) olmak üzere 154 kişiye; Adıyaman'da ise Kayalık (14), Yenimahalle (14), Sümerevler (12), Malazgirt(7),

Bahçelievler (7), Varlık (7), Cumhuriyet (7), Fatih (7), Karapınar(7), Yenisanayi(7), Yeşilyurt (7) olmak üzere 96 kişiye ulaşılmıştır.

Şanlıurfa ilinde 189, Adıyaman ilinde 99 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Çalışmaya % 86,8 oranında katılım sağlanmış ve toplamda 250 aileye ulaşılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak (5,11,14,17,18,55,77,78,82) oluşturulmuş, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda dört Öğretim Üyesi, Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nde bir olmak üzere toplam beş uzman görüşü alınarak hazırlanmış olan Çocuk Beslenmesinin Değerlendirilmesi Formu (Ek 1) ile karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir.

Çocuk Beslenmesinin Değerlendirilmesi Formu (Ek 1) üç ana bölümden ve 75 sorudan oluşmaktadır.

I.BÖLÜM: Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler; yaş, eğitim durumu, hastalık, aile yapısı, yıllık gelir, tarlada çalışma durumu gibi anneyi tanımlayıcı özellikler ile doğurganlık özelliklerini içeren 22 sorudan oluşmaktadır.

II.BÖLÜM: Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler; yaş, eğitim durumu, hastalık, tarlada çalışma süresi ve kalınan yer gibi babayı tanımlayıcı özellikleri içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

III.BÖLÜM: Çocuğa ve Beslenme Durumuna İlişkin Özellikler; yaş, cinsiyet, boy, kilo, hastalık, aşılar gibi soruların yer aldığı çocuğu tanımlayıcı özellikler, doğum kilosu, doğum boyu, doğum şekli, doğduğu yer gibi soruların yer aldığı doğuma ilişkin özellikler, ek gıda, formül mama, inek sütü alımı, ek gıda döneminde yaşanan sorunlar, gelişim özelliklerinin de yer aldığı beslenme durumuna ilişkin özellikleri içeren 35 sorudan ve annelerin beslenme bilgi düzeylerini değerlendiren 9 sorudan (anne sütü ne kadar süre verilmeli, ilk süt verilmeli mi, ilk altı ay sadece anne sütü yeterli mi, ek gıdaya kaçınıcı ayda başlanmalı, ek gıda olarak ilk ne verilmeli, günlük öğün sayısı kaç olmalı, kırmızı et-balık-meyve sebzeyi çocuk ne sıklıkla tüketmeli) oluşmaktadır. Annelerin beslenme bilgisini ölçen sorular, The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) verileri doğrultusunda (33,36),

0-bilmiyor, 1-biliyor diye kodlanmış ve 0-9 arasında bir puanlama oluşturulmuştur.

Çalışmaya alınan çocukların boy ve kilo ölçümleri yapıldı. Çocukların antropometrik ölçümleri aynı kişi tarafından ve aynı cihaz ile yapıldı. Boy uzunluğu; 0-24 aylık çocuklarda sırtüstü yatar pozisyonda, 24 aydan büyük çocuklarda ise ayakta dik durur pozisyonda, ayaklar topuk hizasında bitişik ve ayakkabısız olmak üzere mezura ile ölçüldü. Ağırlık ölçümü çocukların kıyafetleri mümkün olduğu kadar çıkartılarak ve baskül ile yapıldı. Tartı her gün araştırmacı tarafından kalibre edildi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk ve annelerin toplam beslenme bilgi puanı araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Yaş, cinsiyet, şehir, annenin sigara içme durumu, babanın sigara içme durumu, engelli çocuğa sahip olma durumu, annenin tarlada çalışma durumu, aile yapısı, yıllık gelir, anne-baba akrabalığı, tarlada kalınan yer, çocuğun hastalık durumu, düzenli sağlık kontrolü yapılma durumu, doğum şekli, çocuğun doğduğu yer, çocuğun kolostrum alma durumu, inek sütü alma, baharatlı-acılı gıdalar, çocuğun iştahsızlık durumu, iştahsızlık için besin-ilaç kullanma, anneye göre çocuğun büyüme gelişmesi, yemek yedirmek için ısrar etme, besin alerjisi olma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değişkenli analizlerden ki kare testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

Antropometrik ölçümler sonucu elde edilen ve her çocuğa ait boy ve ağırlık değerleri ile yaşı kullanılarak; boya göre ağırlık (BGA), yaşa göre ağırlık (YGA), yaşa göre boy (YGB), , yaşa göre beden kitle indeksi (YG-BKİ) persentil değerleri ve Z skorları hesaplanmıştır. Hesaplama DSÖ'nün NCHS (Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi) tarafından tanımlanan ve Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından

onaylanan uluslararası referans değerleri kullanılmıştır. ‘WHO Anthro (version 3.2.2, January 2011) and Macros’ programında hesaplamalar yapılarak (83), Z skorları -2 standart sapma ve altında olan çocuklar sırasıyla kısa-bodur (stunted), düşük kilolu (underweight) ve zayıf (wasted) olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurul'undan (EK 2) yazılı, çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden sözlü onam alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye’de 48 farklı ilde tarım işçileri yaşamaktadırlar. Çalışma mevsimlik tarım işçilerinin en yoğun yaşadığı iki il olan Adıyaman ve şanlıurfa’da gerçekleştirilmiştir. Diğer illerde yaşayan MTİ ailelerin çalışmaya alınmamış olması çalışmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

4.1. MTİ Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; annelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular, annelerin doğurganlık özelliklerine ilişkin bulgular, babaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular ve ailelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

4.1.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

MTİ ailelerde anneye ilişkin tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, annelerin %66,8'inin 18-34 yaş arasında olduğu, %39,2'sinin okur-yazar olmadığı, %24,8'inin sigara içtiği ve %43,6'sının da doktor tarafından söylenmiş bir hastalığının olduğu görülmektedir. Hastalık dağılımına bakıldığında, en sık dolaşım sistem hastalıkları (% 24,2), sonra kas-iskelet sistem hastalıkları (%22,1) ve solunum sistemi hastalıkları (%21,1) gelmektedir. Daha sonra sırasıyla nörolojik sistem hastalıkları (%9,5), sindirim sistemi hastalıkları (%8,4), üriner sistem hastalıkları (%6,3), kadın hastalıkları (%6,3) ve alerji (%2,1) gelmektedir. Annelerin % 34'ünün en az bir defa evde doğum yaptığı, %26,8'inin ilk doğumu 18 yaşından önce yaptığı ve %8'inin engelli çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca annelerin %63,6'sının akraba evliliği yaptığı, %65,6'sının çekirdek aile tipinde olduğu belirlenmiştir. Tarlada çalışan çocukların oranı %33,2 olarak belirlenmiştir. Annelerin %85,2'sinin tarlada çalışmakta olduğu, %52,1'i tarlada çalışmaya 14 yaşından önce başladığı ve yıllık gelire bakıldığında %74,8'inin 5-15 bin TL arası olduğu görülmüştür. Annelerin çoğu tarlaya çocuğuyla birlikte gitmekte (%68,5), ve tarlada çocuğa sıklıkla yine kardeşi bakmaktadır(%37,2).

Tablo 3. Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	Sayı(n=250)	%
Annenin yaşı		
18-34 arası	167	66,8
35 ve üzeri	83	33,2
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	98	39,2
Okur-yazar	55	22,0
İlköğretim	93	37,2
Lise	4	1,6
Sigara		
Evet	62	24,8
Hayır	188	75,2
Hastalık durumu		
Evet	109	43,6
Hayır	141	56,4
Hangi hastalık(n=95)		
Dolaşım sistemi hast.	23	24,2
Kas-iskelet sistemi hast.	21	22,1
Solunum sistemi hast.	20	21,1
Nörolojik sistem hast.	9	9,5
Sindirim sistemi hast.	8	8,4
Üriner sistem hast.	6	6,3
Kadın hast.	6	6,3
Alerji	2	2,1
Evde-tarlada doğum yapma		
Evet	85	34,0
Hayır	165	66,0
İlk doğum yaşı		
18 yaş altı	67	26,8
18 yaş ve üstü	183	73,2
Engelli çocuk		
Evet	20	8,0
Hayır	230	92,0
Çocuğun engel durumu(n=20)		

Bedensel	12	60,0
Zihinsel	2	10,0
Bedensel+zihinsel	6	30,0
Eşikle akrabalık durumu		
1.derece	89	35,6
2.derece	70	28,0
Yok	91	36,4
Aile yapısı		
Çekirdek	164	65,6
Geniş	81	32,4
Parçalanmış	5	2,0
Yıllık gelir		
5000 ve altı	47	18,8
5000-15000	187	74,8
15000 üstü	16	6,4
Tarlada çalışan çocuk		
Evet	83	33,2
Hayır	167	66,8
Annenin tarlada çalışma durumu		
Evet	213	85,2
Hayır	37	14,8
Annenin tarlada yaşı(n=215)		
14 yaş ve altı	112	52,1
15-17 yaş	68	31,6
18 yaş üstü	35	16,3
Tarlaya çocuğu götürme(n=216)		
Evet	148	68,5
Hayır	68	31,5
Tarlada çocuğa bakan*		
Kardeşi-diğer çocuklarla oynar	93	37,2
Akrabası (Nene-teyze-aşçı vs.)	52	20,8
Sırtında taşır	3	1,2
Evde çocuğa bakan**		
Kardeş	25	37,9
Akrabası (Nene-teyze-görümce vs.)	41	62,1
Toplam	250	100,0

*Yüzdeler n=148 kişi üzerinden hesaplanmıştır. **Yüzdeler n=66 kişi üzerinden hesaplanmıştır

4.1.2. Annelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Annelerin doğurganlık özelliklerine ilişkin sürekli değişkenlerin dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, annelerin ortalama ilk doğum yaşı 20,3 ($\pm 4,3$), gebelik sayısı 4,9 ($\pm 2,7$), doğum sayısı 4,0 ($\pm 2,2$), evde-tarlada doğum sayısı 2,9 ($\pm 2,0$), gebelikte muayene sayısı 5,3 ($\pm 3,1$), iki gebelik arası süre 23,2 ($\pm 19,3$) ay olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Annelerin doğurganlık özellikleri (n=250)	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min-Max)
İlk doğum yaşı	20.3 \pm 4,3	20 (12-37)
Gebelik sayısı	4,9 \pm 2,7	4 (1-16)
Doğum sayısı	4,0 \pm 2,2	4 (1-14)
Evde-tarlada doğum sayısı	2,9 \pm 2,0	2 (1-8)
Gebelikte muayene	5,3 \pm 3,1	5(0-16)
İki gebelik arası süre	23,2 \pm 19,3	18(2 ay-12 yıl)

4.1.3. Babaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 5'e göre MTİ ailelerde babaların büyük çoğunluğu (%63,2) ilkokul mezunu olarak görülmektedir. %48,8'inin sigara içtiği ve %34,8'inin doktor tarafından söylenmiş herhangi bir hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Hastalık dağılımına bakıldığında en sık kas-iskelet sistemi hastalıkları görülmekte (%32,6), bunu sırasıyla dolaşım (%22,5), solunum (%20,2), sindirim (%15,7), nöroloji (%5,6) ve üriner (%3,4) sistem hastalıkları takip etmektedir. MTİ ailelerde tarlada kalınan yer %76,0 çadır ve % 24,0 ev olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	29	11,6
Okur-yazar	41	16,4
İlköğretim	158	63,2
Lise	21	8,4
Üniversite	1	0,4
Sigara		
Evet	122	48,8
Hayır	128	51,2
Hastalık durumu		
Evet	87	34,8
Hayır	163	65,2
Tarlada kalınan yer		
Çadır	190	76,0
Ev	60	24,0
Toplam	250	100,0

4.1.4. Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Aileye ilişkin bulguların yer aldığı Tablo 6 incelendiğinde; annelerin yaş ortalamasının 31,8 ($\pm 6,7$), babaların yaş ortalamasının 35,3 ($\pm 7,3$) olduğu görülmektedir. Anneler ortalama 2,7 ($\pm 2,9$) yıl okula gitmekte ve ailede ortalama 7,1 ($\pm 3,2$) kişinin yaşamakta olduğu belirlenmiştir. Aileler tarlada ortalama 4,8 ($\pm 1,86$) ay kalmakta ve yıllık gelirleri 2000-20000 arasında değişmekte olup ortalama 8940 ($\pm 3536,4$) tl'dir. Tarlada kalınan süre 1-9 ay arasında ve ortalama 4,8 ($\pm 1,86$) ay olduğu belirlenmiştir. Tarlada çalışan çocuk yaşı ortalamasının 15,4 ($\pm 3,73$) ve çocukların tarlada çalışma yılının 4,3 ($\pm 3,25$) olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Aileye İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Aileye ilişkin tanımlayıcı özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min-Max)
Annenin yaşı	31,8 \pm 6,7	32 (18-50)
Annenin okula kaç yıl gittiği	2,7 \pm 2,9	2 (2-12)
Babanın yaşı	35,3 \pm 7,3	34(20-60)
Hanehalkı büyüklüğü	7,1 \pm 3,2	6(3-23)
Yıllık gelir	8940 \pm 3536,4	9000(2000-20000)
Tarlada kalınan süre (ay)	4,8 \pm 1,86	5(1-9)
Tarlada çalışan çocuk yaşı (yıl)	15,4 \pm 3,73	15(8-27)
Tarlada çocuğun kaç yıldır çalıştığı	4,3 \pm 3,25	3(1-16)

4.2. Çocuğun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çocuğun tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 7’de verilmiştir. Tabloya göre; çocukların %54,4’ü erkek, %34,0’ı 48-60 ay arasında olduğu görülürken, %20,0’ının herhangi bir hastalığı mevcuttur. Çocuklarda en sık solunum sistemi hastalıkları (%69,4) görülmektedir. Çocukların % 77,2’si için düzenli sağlık izlemi yapılmamakta, aileler sadece çocukları hasta olduklarında sağlık kuruluşuna götürmektedir. Çocukların %31,2’sinin aşı kartı bulunmadığı ve %12,4’ünün aşılarının düzenli olarak yapılmadığı görülmektedir. Çocukların %88’i term, %62,8’i normal doğum ve %70,4’ü 2500-4000 kg arasında doğduğu belirlenmiştir. Annelerin %72,0’si çocuğun doğum boyunu hatırlamadığı ve %4,0’ünün evde ya da tarlada doğum yaptığı görülmektedir. Çocukların yaklaşık yarısının (%50,8) üçüncü-ikinci-birinci çocuk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Çocuğa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Çocuğa ilişkin tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	114	45,6
Erkek	136	54,4
Yaş grubu(ay)		
0-5 arası	6	2,4
6-11 arası	18	7,2
12-23 arası	48	19,2
24-35 arası	46	18,4
36-47 arası	47	18,8
48-60 arası	85	34,0
Hastalık durumu		
Var	50	20,0
Yok	200	80,0
Hangi hastalık (n=49)		
Solunum sistemi hast.	34	69,4
Kalp hast.	4	8,2
Anemi	4	8,2
Böbrek hast.	3	6,1
Diyabet	3	6,1
Obezite	1	
Düzenli sağlık izlemi yapılma durumu		
Evet	57	22,8
Hayır	193	77,2
Aşı kartı		
Var	172	68,8
Yok	78	31,2
Aşıların düzenli yapılma durumu		
Evet	219	87,6
Hayır	31	12,4
Aşıların Yapılmama Nedeni		
Tarlada olma	18	58,1
Ailedeki bilgi eksikliği	10	32,3
Aşıların yan etkisi	3	9,7
Gestasyon yaşı		
Term	220	88,0
Preterm	21	8,4

Postterm	9	3,6
Doğum kilosu		
2500 altı	29	11,6
2500-4000	176	70,4
4000 üstü	6	2,4
Bilmiyor	39	15,6
Doğum boyu		
45-52 cm	70	28,0
Bilmiyor	180	72,0
Doğum şekli		
Normal doğum	157	62,8
Sezeryan	93	37,2
Doğduğu yer		
Ev	9	3,6
Tarla	1	0,4
Hastane	240	96
Kaçıncı çocuk		
3 ve altı	127	50,8
4 ve üstü	123	49,2
Toplam	250	100,0

4.3. Çocuğun Gelişim Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çocukların gelişim özelliklerine ilişkin bulguların yer aldığı Tablo 8'e göre; çocukların ortalama 35,0 ($\pm 16,5$) aylık, 12,4($\pm 2,98$) kilo 89,01($\pm 11,97$) cm boyunda ve 15,23 $\pm 1,68$ BKİ olduğu belirlenmiştir. Çocukların ortalama doğum kilosunun 2958,5 (± 558) ve doğum boyunun 49,1 ($\pm 1,9$) olduğu görülmektedir. Ek gıdaya 5,98($\pm 2,06$) ayda başladıkları görülmektedir. Çocuğun günlük öğün sayısının tarlada 3,0($\pm 1,1$), evde 3,9($\pm 1,3$) olduğu belirlendi.

Tablo 8 incelendiğinde annelerin çocuklarının ortalama sofraya oturma ayını 10,8($\pm 4,8$) olarak belirttikleri görülmektedir. Anneler ortalama; süt ve yoğurta 6,4($\pm 2,4$), meyve-sebze püresine 7,7($\pm 2,7$), yumurtaya 9,5($\pm 5,0$), et ürünlerine 12,9($\pm 5,3$), yemek sularına 7,3($\pm 3,3$) aylarda başlamışlardır. Çocukların ortalama haftada 2,9($\pm 2,6$) adet yumurta tükettiği belirlenmiştir. Çocuklar ortalama ilk olarak; diş çıkarmaya 8,0($\pm 2,1$), emeklemeye 8,7($\pm 2,0$), yürümeye 13,3($\pm 2,8$), desteksiz oturmaya 8,0($\pm 1,7$), sözcük kullanmaya 15,4($\pm 6,8$)

aylarında başladıkları ve tuvalet eğitimini ortalama 25,2(\pm 8,7) ayda kazandıkları görülmektedir.

Tablo 8. Çocuk Gelişimine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çocuğa ilişkin özellikler	Ortalama \pm SS	Ortanca (Min-Max)
Çocuğun yaşı (ay)	35,0 \pm 16,5	36(3-59)
Kilo	12,4 \pm 2,98	12,5(4,9-23,6)
Boy	89,01 \pm 11,97	91,5(54-117)
BKİ*	15,23 \pm 1,68	15,0(11,2-24,7)
Doğum kilosu	2958,5 \pm 558	3000(1300-4750)
Doğum boyu	49,1 \pm 1,9	50(45-52)
Ek gıdaya başlama	5,98 \pm 2,06	6(1-12)
Tarlada öğün sayısı(n=168)	3,0 \pm 1,1	3(1-8)
Evde öğün sayısı	3,9 \pm 1,3	4(1-10)
Sofraya oturma	10,8 \pm 4,8	10(1-48)
Süt-yoğurt başlama	6,4 \pm 2,4	6(2-24)
Meyve-sebze püresi	7,7 \pm 2,7	7(3-24)
Yumurta başlama	9,5 \pm 5,0	8(1-36)
Haftalık yumurta	2,9 \pm 2,6	2(0-15)
Et ürünleri	12,9 \pm 5,3	12(2-24)
Yemek suyu	7,3 \pm 3,3	6(3-30)
İlk diş	8,0 \pm 2,1	8(3-18)
Emekleme	8,7 \pm 2,0	8(5-18)
Yürüme	13,3 \pm 2,8	12(9-24)
Tuvalet	25,2 \pm 8,7	24(3-48)
Desteksiz oturma	8,0 \pm 1,7	8(1-15)
Sözcük	15,4 \pm 6,8	13(2-48)

*24 aydan küçük çocuklarda BKİ bakılmadığı için n=178 olarak hesaplanmıştır.

4.4. Çocuğun Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çocuk beslenmesine ilişkin özellikler Tablo 9’da görüldüğü gibi çocukların %69,2’ si yaşına uygun beslenirken, %22,0’si anne sütü+ek gıda almakta, %5,2’si iki yaş altında olup anne sütü almamaktadır. Annelerin sadece %16,4’ünün çocuğunu iki yıl emzirdiği görülmektedir. Annelerin %45,5’inin çocuklarını doğum sonu yarım saat-iki saat arasında emzirdikleri ve %88,8’inin kolostrumu çocuklarına verdikleri belirlenmiştir. Annelerin ilk altı

ayda sırasıyla su, hazır mama, yoğurt-puding, su+çay bisküvi, su+mama, çay-bisküvi, inek sütü, ekmek+çay gıdalarını sıklıkla verdikleri görülmektedir. Hazır mama verenlerin %75,9'u bir yıl ve daha az süre vermekte ve mama verme nedeninin; sütünün yetmediğini düşünme (%65), sütün yetmediğini düşünmeye ek olarak doktor önerisi (%11,7), doktor-hemşire önerisi (%10,0), hiç emzirmeme (%8,3), yeniden gebe kalma (%5,0) olduğu görülmektedir. İnek sütü verme oranı %33,6 ve bir yaşından önce inek sütü başlama oranı %90,5 iken annelerin inek sütü verme süresi %51,2 oranında 1-4 yıl arasında olduğu görülmektedir.

Annelerin %72,4'ü ek gıdaya 6. aydan önce başlamakta ve büyük çoğunluğu (%22) ilk olarak yoğurt verdikleri belirlenmiştir. Ek gıda döneminde en sık yaşanan sorunların; ishal (%40,7), kabızlık (%39,6) ve kilo alamama (%33,7) olduğu belirlenmiştir. Annelerin %52,8'i çocuğuna baharatlı-acılı gıdalar verdiğini ve yine %42,4'ü çocuğunun iştahsız olduğunu ifade etmiştir. Annelerin %19,2'si çocuklarının iştahsız olmasından dolayı iştah şurubu veya pekmez kullandıklarını belirtmiştir. Annelerin yarısına yakını (%41,2) çocuklarının zayıf olduğunu düşündüklerini ifade ederken, %60,8'i çocuğunun büyüme gelişmesinden memnun olduğunu belirtmiştir. Çocuklara evde verilen öğün sayısına bakıldığında 3 ve daha az sayıda olanların yüzdesi 47,6 iken, bu oran tarlada %79,2'ye ulaşmaktadır. Çocukların %51,2'sinin cips, çikolata gibi abur cubur gıdaları nadiren tükettiği veya hiç tüketmediği görülmektedir. Annelerin yarısından fazlası (%51,6) çocuklarına yemek yedirmek için ısrar ettiklerini ifade etmiştir. Besin alerjisi %12,4 oranında görülürken %36,7 oranıyla en sık yumurta alerjisi görülmektedir.

24 saatlik besin tüketimine bakıldığında ilk sırada tahıl grubu besinlerin (%31,2) olduğu belirlenmiştir. Çocukların %18,4'ü kırmızı eti haftada birkaç defa tüketebilirken, geriye kalan %81,6'sı ya hiç tüketmemekte ya da ayda veya yılda birkaç defa tüketebilmektedir. Balığı hiç tüketmeyen çocukların oranının %38,8 ve haftada 1-2 defa tüketebilenlerin oranının %2,4 olduğu belirlenmiştir. Meyve-sebze günlük tüketme oranının %41,2 olduğu ve tarlaya götürülen çocukların %59,8'inin tarlada oynayarak vakit geçirdikleri görülmektedir.

Tablo 9. Çocuk Beslenmesine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çocuk beslenmesine ilişkin özellikler	Sayı	%
Beslenme şekli		
Anne sütü	9	3,6
Anne sütü+ek gıda	55	22,0
Yaşına uygun beslenme	173	69,2
İki yaş altı sadece ek gıda	13	5,2
Emzirme süresi*		
24 ay altı	132	67,3
24 ay	41	16,4
24 ay üzeri	23	16,3
İlk emzirme zamanı**		
İlk yarım saat	64	26,2
İlk yarım saat-iki saat arası	111	45,5
İki saat sonrası	69	28,3
Kolostrum verme		
Evet	221	88,8
Hayır	28	11,2
İlk 6 ayda verilen gıdalar***		
Su	41	25,9
Hazır mama	36	22,8
Yoğurt-puding	21	13,3
Su+çay bisküvi	21	13,3
Su+mama	20	12,7
Çay-bisküvi	9	5,7
İnek sütü	7	4,4
Ekmek+çay	3	1,9
Hazır mama verme süresi(n=58)		
1 yıl ve daha az	44	75,9
1 yıldan fazla	14	24,1
Hazır mama nedeni****		
Anne sütünün yetmediğini düşünme	39	65,0
Sütün yetmediğini düşünme+dr. önerisi	7	11,7
Dr.-hemşire önerisi	6	10,0
Hiç emzirmeme	5	8,3
Yeniden gebe kalma	3	5,0
İnek sütü verme		
Evet	84	33,6

Hayır	166	66,4
İnek sütü başlanma zamanı		
1 yaşından önce	76	90,5
1 yaşından sonra	8	9,5
İnek sütü verme süresi		
1 yıl	41	48,8
1-4 yıl	43	51,2
Ek gıdaya başlama*****		
6 aydan önce	176	72,4
7. ayda	34	14,0
8. ayda ve sonra	33	13,6
İlk verilen ek gıda(n=243)		
Yoğurt	55	22,0
Mama	28	11,2
Pirinç unu	21	8,4
Ekmek-çay	15	6,0
Yemek suyu-ekmek	13	5,2
Ek gıda dönemi yaşanan sorunlar		
İshal	75	40,7
Kabızlık	73	39,6
Kusma	19	10,3
Gaz sancısı	32	17,4
Kilo alamama	62	33,7
Alerji	4	2,2
İştahsızlık	13	7,1
Baharatlı-acılı gıdalar		
Evet	132	52,8
Hayır	118	47,2
İştahsızlık		
Evet	106	42,4
Hayır	144	57,6
İştahsızlıkta ilaç-besin kullanımı		
Evet	48	19,2
Hayır	202	80,8
İştahsızlıkta kullanılan		
İştah şurubu	43	86,0
Pekmez	8	16,0
Algılanan vücut ağırlığı		

Zayıf	103	41,2
Normal	140	56,0
Obez	7	2,8
Büyüme-gelişme memnuniyet durumu		
Evet	152	60,8
Hayır	98	39,2
Tarlada verilen öğün sayısı(n=168)		
3 ve altı	133	79,2
4 ve üstü	35	20,8
Evde verilen öğün sayısı		
3 ve altı	119	47,6
4 ve üstü	136	52,4
Abur cubur(Cips, çikolata vb.)		
Nadiren veya hiç	128	51,2
İki günde bir	68	27,2
Her gün	54	21,6
Yemek için ısrar		
Evet	129	51,6
Hayır	121	48,4
Alerji		
Evet	31	12,4
Hayır	219	87,6
Ne alerjisi		
Yumurta	11	36,7
İnek sütü	8	26,7
Kırmızı et	5	16,7
Abur-cubur	2	6,7
Bilmiyor	4	13,3
24 saatlik besin tüketimi		
Tahıl-ekmek	78	31,2
Süt ürünleri	57	22,8
Beyaz et	36	14,4
Kurubaklagil	33	13,2
Kırmızı et	30	12,0
Meyve-sebze	14	5,6
Balık	2	0,8
Kırmızı et tüketme sıklığı		
Haftada 3-4	3	1,2

Haftada 1-2	43	17,2
Ayda 1-2	113	45,2
3 ayda bir	25	10,0
Yılda 1-2	43	17,2
Hiç	23	9,2
Balık tüketme sıklığı		
Haftada 1-2	6	2,4
Ayda 1-2	36	14,4
Yılda 1-2	111	44,4
Hiç	97	38,8
Meyve-sebze tüketme sıklığı		
Günlük	103	41,2
Haftada 3-4	32	12,8
Haftada 1-2	91	36,4
Ayda 1-2	17	6,8
Hiç	7	2,8
Tarlada vakit		
Tarlada oynar	116	59,8
Evde çadırdır kalır	73	37,6
Sırtında taşır	5	2,6
Toplam	250	100,0

*54 kişi hala emzirdiği için yüzdeler n=196 kişi olarak hesaplanmıştır.

**6 kişi doğum sonrası hiç emzirmedeği için yüzdeler n=244 kişi olarak hesaplanmıştır.

***Yüzdeler n=158 kişi olarak hesaplanmıştır.

****Yüzdeler n=60 kişi olarak hesaplanmıştır.

*****n=243 kişi olarak yüzdeler hesaplanmıştır.(7 kişi ek gıdaya başlamadığı için)

4.5. Annelerin Beslenme Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Annelerin beslenme bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 10'da verilmiştir. Tabloya göre; annelerin % 40,4'ü anne sütü verilme süresini, %17,6'sı kolostrum verilmesi durumunu, %45,6'sı ilk altı ay sadece anne sütü verilmesinin yeterli olma durumunu, % 89,6'sı ek gıdaya başlama zamanını, %73,2'si ek gıda olarak ilk verilmesi gerekeni, %35,2'si çocuğa verilmesi gereken öğün sayısını, %88'i çocuğun kırmızı eti ne sıklıkla tüketmesi gerektiğini, %56,8'i çocuğun balık ne sıklıkla tüketmesi gerektiğini, %20,8'i de meyve sebze ne sıklıkta tüketmesi gerektiğini bilmediği belirlenmiştir.

Tablo 10. Annelerin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Beslenme Bilgi Soruları	Biliyor		Bilmiyor	
	Sayı	%	Sayı	%
Bebeğe anne sütü ne kadar süre verilmelidir?	149	59,6	101	40,4
İlk süt bebeğe verilmeli midir?	206	82,4	44	17,6
İlk 6 ay sadece anne sütü bebek için yeterli midir?	136	54,4	114	45,6
Ek gıdaya kaçınıcı ayda başlanmalıdır?	26	10,4	224	89,6
Ek gıda olarak bebeğe ilk ne verilmelidir?	67	26,8	183	73,2
Çocuğun günlük öğün sayısı kaç olmalıdır?	162	64,8	88	35,2
Çocuk kırmızı eti ne sıklıkla tüketmelidir?	30	12,0	220	88,0
Çocuk balığı ne sıklıkla tüketmelidir?	108	43,2	142	56,8
Çocuk meyve-sebzeyi ne sıklıkla tüketmelidir?	198	79,2	52	20,8

4.6. Çocukların BGA, YGA, YGB, YG-BKİ ile Percentil Dağılımına İlişkin

Bulgular

Tablo 11’de çocukların BGA, YGA, YGB ve YGBKİ’ne göre percentil dağılımının verildiği tabloya göre; BGA percentil değeri 3’ün altında olan 13 çocuk bulunurken, bu sayı YGA’da 39, YGB’da 59, YGBKİ’nde 13 olarak belirlenmiştir. Yalnızca 2 çocuğun obezite ölçütü olarak kullanılan ve YGA’da 97 percentil üstünde olduğu görülmektedir. Çocukların %13,2’sinin boy uzunluğunun, %19,2’sinin de ağırlığının 50 percentil ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Çocukların BGA, YGA, YGB ve YG-BKİ ve Persentil Dağılımı

Persentil	BGA		YGA		YGB		YGBKİ	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı*	%**
3 persentil <	13	5,2	39	15,6	59	23,6	13	7,8
3 persentil	0	0	1	0,4	0	0	0	0
3-10 persentil	19	7,6	32	12,8	38	15,2	7	4,2
10 persentil	0	0	0	0	1	0,4	0	0
10-25 persentil	49	19,6	65	26,0	65	26,0	42	25,2
25 persentil	3	1,2	0	0	0	0	0	0
25-50 persentil	66	26,4	65	26,0	54	21,6	52	31,2
50-75 persentil	56	22,4	31	12,4	21	8,4	37	22,2
75 persentil	0	0	0	0	1	0,4	0	0
75-90 persentil	26	10,4	12	4,8	5	2,0	10	6,0
90-97 persentil	11	4,4	3	1,2	3	1,2	7	4,2
97 persentil	3	1,2	0	0	0	0	1	0,6
97 persentil >	4	1,6	2	0,8	3	1,2	9	5,4
Toplam	250	100	250	100	250	100	178	100

*24 aydan küçük çocukların yaşa göre BKİ hesaplanmadığı için n=178

**Yüzdeler n=178 üzerinden hesaplanmıştır.

4.7. Çocuklarda Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Zayıflık, Düşük Kiloluluk, Bodurluk Oranlarına İlişkin Bulgular

Çocuklarda yaş grupları ve cinsiyete göre zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk oranlarının dağılımı Tablo 12-1 ve 12-2’de verilmiştir. Tablo 12-1’de yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında; zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk oranı en sık 48-60 aylar arasındaki çocuklarda (sırasıyla %2,8-%8,0-%8,8) olduğu görülmektedir. Tüm yaş grupları toplamında %4,8 oranında zayıflık, %14,0 oranında düşük kiloluluk ve %22,0 oranında da bodurluk olduğu belirlenmiştir. Tablo 12-2’de cinsiyete göre zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk oranlarının dağılımı verilmiştir. Kız ve erkek çocukları karşılaştırıldığında ise zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluktan kızların daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Fakat istatistiksel olarak cinsiyet ile zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 12. Çocuklarda Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Zayıflık, Düşük Kiloluluk, Bodurluk Oranlarının Dağılımı-1

Yaş Aralığı (ay)	Boya Göre Ağırlık			Yaşa Göre Ağırlık			Yaşa Göre Boy		
	-3SD n(%)	-2SD n(%)	Toplam n(%)	-3SD n(%)	-2SD n(%)	Toplam n(%)	-3SD n(%)	-2SD n(%)	Toplam n(%)
0-5	0	0	0	1(0,4)	2(0,8)	3(1,2)	1(0,4)	4(1,6)	5(2,0)
6-11	0	0	0	0	1(0,4)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	3(1,2)
12-23	0	0	0	0	3(1,2)	3(1,2)	1(0,4)	5(2,0)	6(2,4)
24-35	2(0,8)	1(0,4)	3(1,2)	0	3(1,2)	3(1,2)	5(2,0)	4(1,6)	9(3,6)
36-47	0	2(0,8)	2(0,8)	2(0,8)	4(1,6)	6(2,4)	4(1,6)	6(2,4)	10(4,0)
48-60	1(0,4)	6(2,4)	7(2,8)	3(1,2)	17(6,8)	20(8,0)	3(1,2)	19(7,6)	22(8,8)
Toplam	3(1,2)	9(3,6)	12(4,8)	5(2,0)	30(12,0)	35(14,0)	15(6,0)	40(16,0)	55(22,0)

Tablo 12. Çocuklarda Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Zayıflık, Düşük Kiloluluk, Bodurluk Oranlarının Dağılımı-2

Özellikler	Kız		Erkek		Toplam		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	X ²	P
Boya Göre Ağırlık								
-2SD altında olanlar	6	5,3	6	4,4	12	4,8	0,98	0,754
-2SD üstünde olanlar	108	94,7	130	95,6	238	95,2		
Yaşa Göre Ağırlık								
-2SD altında olanlar	20	17,5	16	11,8	36	14,4	1,680	0,195
-2SD üstünde olanlar	94	82,5	120	88,2	214	85,6		
Yaşa Göre Boy								
-2SD altında olanlar	29	25,4	26	19,1	55	22,0	1,444	0,230
-2SD üstünde olanlar	85	74,6	110	80,9	195	78,0		

4.8. Çocuklarda Zayıflık, Düşük Kiloluluk ve Bodurluk Durumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Çocuklarda zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluk durumunu etkileyen faktörlerin dağılımı Tablo 13'te verilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; bodurluk ile aile yapısı, tarlada kalınan yer, düzenli sağlık kontrolü durumu ve düşük kiloluluk ile tarlada kalınan yer durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), yaşanılan şehir, annenin sigara içme durumu, babanın sigara içme durumu, annenin tarlada çalışma durumu, aile yapısı, yıllık gelir, tarlada kalınan yer, düzenli sağlık kontrolü yapılma durumu, çocuğun doğduğu yer, iştahsızlık için besin-ilaç kullanma, anneye göre çocuğun büyüme gelişmesi, açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo 13. Çocuklarda Zayıflık, Düşük Kiloluluk ve Bodurluk Durumunu Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Özellikler	Boya Göre Ağırlık -2SD Altında Olan				Yaşa Göre Ağırlık -2SD Altında Olan				Yaşa Göre Boy -2SD Altında Olan			
	Sayı	%	X ²	P	Sayı	%	X ²	P	Sayı	%	X ²	P
Şehir												
Adıyaman	5	41,7	**	1,000	14	38,9	0,004	0,948	25	45,5	1,484	0,223
Şanlıurfa	7	58,3			22	61,1			30	54,5		
Anne sigara içme durumu												
Evet	5	41,7	**	0,178	12	33,3	1,642	0,200	15	27,3	0,231	0,631
Hayır	7	58,3			24	66,6			40	72,7		
Baba sigara içme durumu												
Evet	7	58,3	0,459	0,498	21	58,3	1,530	0,216	27	49,1	0,002	0,961
Hayır	5	41,7			15	41,7			28	50,9		
Annenin tarlada çalışma durumu												
Evet	11	91,7	**	1,000	29	80,6	0,719	0,396	44	80,0	1,512	0,219
Hayır	1	8,3			7	19,4			11	20,0		
Aile yapısı												
Çekirdek	7	58,3	**	0,756	26	72,2	0,817	0,366	44	80,0	6,479	0,011
Geniş-Parçalanmış	5	41,7			10	27,8			11	20,0		
Yıllık gelir												
5 bin altı	2	16,7	2,882	0,237	4	6,9	0,219	0,896	6	10,9	0,297	0,862
5-15 bin arası	3	25,0			18	31,0			25	45,5		
15 bin üstü	7	58,3			36	62,1			24	43,6		

Tablo 13. (Devam) Çocuklarda Zayıflık, Düşük Kiloluluk ve Bodurluk Durumunu Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Özellikler	Boya Göre Ağırlık -2SD Altında Olan				Yaşa Göre Ağırlık -2SD Altında Olan				Yaşa Göre Boy -2SD Altında Olan			
	Sayı	%	X ²	P	Sayı	%	X ²	P	Sayı	%	X ²	P
Tarlada kalınan yer												
Çadır	11	91,7	**	0,303	35	97,2	10,385	0,001	50	90,9	8,593	0,003
Ev	1	8,3			1	2,8			5	9,1		
Düzenli sağlık kontrolü												
Evet	2	16,7	**	1,000	4	11,1	3,083	0,079	6	10,9	5,356	0,021
Hayır	10	83,3			32	88,9			49	89,1		
Çocuğun doğduğu yer												
Tarla-ev	1	8,3	**	0,394	3	8,3	**	0,161	3	5,5	**	0,462
Hastane	11	91,7			33	91,7			52	94,5		
İştahsızlık için besin-ilaç kullanma												
Evet	3	25,0	**	0,705	5	13,9	0,765	0,382	10	18,2	0,047	0,828
Hayır	9	75,0			31	86,1			45	81,8		
Anneye göre çocuğun büyüme gelişmesi												
Normal	6	50,0	**	0,547	21	58,3	0,107	0,743	29	52,7	1,928	0,165
Normal değil	6	50,0			15	41,7			26	47,3		

** Fisher's Exact testi yapılmıştır.

4.9. Annelerin Toplam Beslenme Bilgi Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Annelerin bazı tanıtıcı özelliklerinin toplam beslenme bilgi puanına etkisi Tablo 14’te verilmiştir. Tabloya göre; Şanlıurfa’da yaşayanların (%51,3), tarlada çalışanların (%52,6), eğitim düzeyi düşük olanların (%52,9), engelli çocuğa sahip olmayanların (%48,3), ekonomik durumu 5000-10000 arasında olanların (%49,6), çekirdek aile tipinde olanların (%42,1), evde-tarlada doğum yapmayanların (%45,2), çocuğunda hastalık olmayanların (%50) ve tarlaya gittiklerinde çadırda kalan (% 51,1) annelerin beslenme bilgi puan toplamları daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede annelerin toplam beslenme bilgi puanı ile aile tipi ve evde-tarlada doğum yapma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken; şehir, tarlada çalışma, eğitim durumu, engelli çocuk durumu, ekonomik durum, çocuğun hastalık durumu ve tarlada kalınan yer açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 14. Annelerin Toplam Beslenme Bilgi Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Annelerin Toplam Beslenme Bilgi Puanı				İstatistiksel Analiz	
	4 ve altı		5 ve üzeri		X ²	P
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Şehir						
Adıyaman	46	36,8	50	40,0	0,27	0,603
Şanlıurfa	79	63,2	75	60,0		
Tarlada çalışma						
Evet	112	89,6	101	80,8	3,83	0.05
Hayır	13	10,4	24	19,2		
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil- Okuryazar	81	64,8	72	57,6	1,36	0,243
İlköğretim- Lise	44	35,2	53	42,4		
Engelli Çocuk						
Evet	14	11,2	6	4,8	3,47	0.062
Hayır	111	88,8	119	95,2		
Ekonomik Durum						
5000 altı	12	9,6	12	9,6	0,018	0,991
5000-10000	60	48,0	61	48,8		
10000 ve üstü	53	42,4	52	41,6		
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	69	55,2	95	76,0	11,982	0,001
Geniş-parçalanmış Aile	56	44,8	30	24,0		
Evde-tarlada doğum						
Evet	50	40,0	34	27,2	4,590	0,032
Hayır	75	60,0	91	72,8		
Çocuk Hastalık Durumu						
Evet	25	20,0	25	20,0	0,00	1,00
Hayır	100	80,0	100	80,0		
Tarlada kalınan yer						
Çadır	57	67,1	93	74,4	0,351	0,554
Ev	28	32,9	32	25,6		

5. TARTIŞMA

Ailelerin yaşam koşulları özellikle büyüme gelişmenin hızlı olduğu 0-5 yaş dönemindeki çocukların, yeterli sağlık bakımı almalarını engelleyebilmekte, optimal büyüme ve gelişmelerine ilişkin çeşitli riskler yaratmaktadır (11,17). Yapılan araştırmalar, alt sınıflarda ve düşük sosyoekonomik statüdeki ailelerde annelerin sık beslenme hataları yaptıklarını, bu ailelerin çocuklarının 2-5 kat arasında daha fazla beslenme yetersizliğine maruz kaldıklarını ve boylarının diğer çocuklara oranla daha kısa olduklarını göstermektedir (18,19). Yoksulluğun en fazla görüldüğü gruplardan biri olan mevsimlik tarım işçileri yaşamları süresince birçok sorun yaşamakta ve bunların başında beslenme gelmektedir (5,21,22,77).

Yaşam koşullarının uygunsuzluğu, işin niteliğine bağlı olarak maruz kaldıkları riskler ve sağlık sorunları ile temel insan hakkı olan hizmetlere (sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler) ulaşamama nedeniyle mevsimlik tarım işçiliği, tarım işçiliğinin en zor biçimlerinden birisidir. Buna bağlı olarak tarım işçiliği yapan bireyler ve ailelerinin de bu sorunları yaşıyor olduğu gerçeği göz ardı edilemez bir durumdur. Ancak MTİ ailelerin çocukları, bu olumsuzluklara ek olarak çocuk olmanın getirdiği dezavantajları da yaşamaları nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir gruptur (84).

Bu çalışmaya katılan annelerin eğitim durumları düşüktür. Annelerin % 39,2'si okur-yazar değil, %22'si okur-yazar, %37,2'si ilkokul mezunu ve % 1,6'sı lise mezunudur. Literatür incelendiğinde; Akbıyık'ın MTİ ailelerle yapılan çalışmasında %30'unun okur-yazar olmadığı, %20'sinin ise diplomasız okur-yazar olduğu, %33'ünün ilköğretim, %17'sinin ise lise mezunu olduğu, Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında %46.3'ünün okur yazar olmadığı belirtilmiştir. Bu bulgu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (84,85). Kadınların Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki eğitim durumunun düşük olmasına ek olarak bir de tarımsal alanda çalışması, eğitim hakkından yeterince yararlanamadığı gerçeğini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır.

Annelerin sigara içme durumunun çocuğun gelişimini etkilediği bilinmektedir (87). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre de Türkiye'de kadınların yaklaşık %15,2'si, erkeklerin % 47,9'u sigara içmektedir. Çalışmada; annelerin % 24,8'inin ve babaların %48,8'inin sigara içtiği belirlenmiştir. Bu oranlar Türkiye ortalaması ile MTİ ailelerle yapılan

çalışmalarla benzerlik göstermektedir. MTİ ailelerde, kadınların % 15'i halen sigara içtiğini bildirirken, bu oran erkeklerde %49,1'dir (11).

Mevsimlik tarım işçileri tekrarlayıcı fiziksel hareketler, uzun çalışma saatleri, çalışma ortamından ve yapılan işin güçlüğünden kaynaklanan, kas iskelet sistemi ağrı ve yaralanmaları başta olmak üzere, birçok sağlık sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır (75). Kutlu ve Koruk'un (2014) Şanlıurfa'da yaptıkları bir çalışmada, göçebe mevsimlik tarım işçilerinde temel yaşam konforu eksiklikleri ve zorlu çalışma koşulları sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. MTİ yaşam kalitesi puanlarının tarım işçisi olmayanlardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (88). Çalışmada annelerin % 43,6'sında doktor tarafından söylenmiş bir hastalığın mevcut olduğu görülmektedir. Hastalık dağılımına bakıldığında, en sık dolaşım sistem hastalıkları (% 24,2), sonra kas-iskelet sistem hastalıkları (% 22,1) ve solunum sistemi hastalıkları (% 21,1) gelmektedir. Bu oranlar mevsimlik tarım işçileriyle yapılan çalışmalarla örtüşmektedir (11).

Çalışmada her üç anneden ikisi doğumlarını sağlık kuruluşu dışında (ev ve tarla) ve sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Gözükara ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında MTİ kadınların yaklaşık dörtte biri son gebeliklerindeki doğumlarını sağlık kuruluşu dışında ve sağlık personel yardımı olmadan gerçekleştirdiği belirtilmektedir (89). TNSA 2013'e göre ülke genelinde tüm doğumların %97,2'si herhangi bir sağlık kuruluşunda ve %97,4'ü sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiş; Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise doğumların %92,4'ü herhangi bir sağlık kuruluşunda ve %93,2'si sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmiştir (47). MTİ kadınların sağlık kuruluşu dışında ve sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleştirdiği doğum oranlarının Türkiye ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi ortalamalarından daha yüksek olmasının, yerleşim merkezinden uzak ve uzun süre tarlada kalmaları, ulaşım aracı yetersizliği, sağlık algısı düşüklüğü ve sağlık hizmetine erişim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA verilerinde düşük doğum ağırlıklı çocuk oranı yüzde 10 olarak belirlenmiştir (47), çalışmada doğum kilosu bilinen çocukların %11,6'sının düşük doğum ağırlıklı olduğu belirlenmiştir.

Akraba evliliği genetik hastalıkların geçişine neden olabilmesinden dolayı çocuk sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür. Türkiye genelinde akraba evliliği yapma oranı yaklaşık % 20'dir. MTİ ailelerle yapılan çalışmalarda akrabalık oranı bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte Türkiye ortalamasının çok üstündedir. MTİ ailelerle Ankara'da yapılan

çalışmada ailelerde akraba evliliği oranı %39,3 olarak belirlenirken (80), bu oran Şanlıurfa'da yapılan çalışmalarda her iki evlilikten biri olarak belirlenmekte (5,11), çalışmada ise % 63,6 olarak belirlenmiştir. Çalışmada belirlenen oranın yüksek olması bölgesel olarak yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Anne ve çocukta ortaya çıkan hastalıklar ve erken ölümler açısından çocuk sayısı ve doğum aralığı önemli birinci derece risk faktörlerindedir. Toplum sağlığını geliştirmeye yönelik müdahale programları geliştirilirken bu faktörlere ilişkin tutumların bilinmesi önemlidir. Çalışmada, çocuk sayısı ve gebelik sayısı ortancaları MTİ annelerde 4 olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Şanlıurfa'da yapılan başka bir araştırmada çocuk sayısı ve gebelik sayısı ortancaları MTİ kadınlarda sırası ile 3 ve 4.5 iken MTİ olmayanlarda sırası ile 2 ve 3 olarak belirtilmektedir (90).

Çalışmada ortalama hanehalkı büyüklüğü 7,1 olarak belirtilmiştir. MTİ ailelerde yapılan çalışmalarda ortalama hanehalkı büyüklüğü 8-10 kişi, aile başına ortalama çocuk sayısı 5-6 iken (77) başka bir çalışmada ise hanehalkı büyüklüğü 6,1 olarak belirlenmektedir (86).

Çalışmada % 65,6'sının çekirdek aile tipinde olduğu belirlenmiştir. Annelerin %85,2'sinin tarlada çalışmakta olduğu, % 52,1'i tarlada çalışmaya 14 yaşından önce başladığı Annelerin çoğu tarlaya çocuğuyla birlikte gitmekte (% 68,5), ve tarlada çocuğa sıklıkla yine kardeşi bakmaktadır(% 37,2).

Refah düzeyi ve sosyoekonomik durum ailelerin sağlık ve özellikle beslenme durumlarının değerlendirilmesinde kullanılan önemli göstergelerdendir. MTİ ailelerde bilindiği gibi sosyoekonomik durum genellikle düşük olup bu aileler yoksulluk sınırının altında yaşamlarını devam ettirmektedir (5,21,85). Türkiye'de hanehalkı başına düşen ortalama yıllık kullanılabilir gelir 32 000 TL olarak bildirilirken (TÜİK), MTİ ailelerde bu oranın çok daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada hanehalkına toplam düşen yıllık gelir ortalaması 8940 olarak belirlenmiştir. Ortalama elde edilen yıllık gelir çalışma ile benzerlik göstermekle birlikte Türkiye ortalamasının oldukça altında kalmaktadır (78). Ailelerin büyük kısmının (% 74,8) yıllık 5000-15000 TL arasında gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Akbıyık'ın Malatya'da MTİ ailelerle yaptığı çalışmada ailelerin %70 gibi büyük bir kısmının yıllık gelirlerinin 5000 TL'nin altında olduğu görülmektedir (85). Ailelerde tarlada çalışan kişi sayısı arttıkça gelir artmaktadır. Akbıyık'ın çalışmasında gelir

oranının daha düşük olması, tarlaya çalışmaya gelen ailelerin %80'inden fazlasının 7 ve altında hanehalkı sayısından oluştuğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada MTİ ailelerin çoğu (%76) çadır, baraka gibi kötü ve yetersiz koşullarda konaklamakta ve bu koşullar tarım işçiliği yaptıkları uzun yıllar boyunca devam etmektedir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada tarlada her beş aileden dördünün tek oda çadırda yaşadığı, % 52,7'sinin yaşadıkları çadırı banyo olarak da kullandığı, % 48,4'ünün elektriğinin bulunmadığı, sağlıklı içme ve kullanma suyuna erişimlerinin düşük olduğu (%32,9) belirtilmektedir (91). Yine başka bir çalışmada MTİ ailelerin %82'ye yakını tarlaya gittiklerinde çadırda kalmakta, yalnız %9,2'si evde kalma imkanı bulabilmektedir (65). Çalışma, diğer çalışmalarla bu bulgu açısından benzerlik göstermektedir (11,21,78,85,86). Bu sonuçlar, MTİ ailelerin olumsuz koşullarda yaşamının birçok çalışmanın ortak bulgusu olduğunu göstermektedir.

Aileler tarlaya çocuklarıyla birlikte gitmektedir (%68,5). Benzer şekilde Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) annelerin %51,2'si tarlaya çocukları ile birlikte gitmektedir (84). Yapılan çalışmalarda, çocuk olarak analiz edilen nüfus, toplam nüfusunun yarısını hatta daha fazlasını (%50-52) oluşturmaktadır. Böylece olumsuz koşullardan en fazla etkilenen grup çocuklardan oluşmaktadır. Çevresel faktörlerin de neden olduğu hastalıklardan olan bronşit, MTİ ailelerin çocuklarında oldukça sık görülmekte, görülme sıklığı mevsimsel olarak değişmekle birlikte %10'un altına inmemektedir. Her beş çocuktan birinin bronşit olduğu 2014 yılında yapılan çalışmada belirtilmiştir (77, 78). Çalışmada, literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çocuklarda en sık görülen hastalık olarak, %13,6 oranında olduğu belirlenmiştir.

Bir toplumun aşılama durumunun incelenmesi; tıbbi dezavantajlı grupların belirlenmesinde, aşılama engellerinin kaldırılmasında ve aşı teşvik programlarının geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir (82). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerinde Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde aşılama oranı (%96) ülke geneline göre düşüktür (92). Buna sağlık hizmetlerine erişim konusunda sıkıntı yaşayan bir grup olmak da eklenince oran daha düşmektedir. Çalışmada çocukların % 31,2'sinin aşı kartının bulunmadığı ve % 12,4'ünün aşılarının düzenli olarak yapılmadığı görülmektedir. Koruk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda MTİ ailelerin çocuklarının aşılama oranı oldukça düşük bulunmuştur. Çocukların % 49,4'ünün aşıları tam yapılmışken, % 39,3'ünün aşıları tamamlanmamış ve % 11,3'üne hiç aşı yapılmamıştır (82). Karataş ve arkadaşlarının (2016)

MTİ ailelerin çocuklarıyla yaptıkları çalışmada aşılama oranı %97,5 olarak belirlenmiştir (84). Çalışmada aşılama oranı Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 verilerinden daha düşük bulunurken, Koruk ve arkadaşlarının MTİ ailelerle yaptıkları çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Tablo 7’de aşı yaptırmamanın en önemli nedenin (%58,1) tarlada bulunma, sağlık hizmetlerine erişimde güçlük olduğu görülmektedir. Diğer nedenler de sırasıyla ailenin aşı konusunda yetersiz bilgiye sahip olması (%32,3) ve yan etkilerden dolayı aşı uygulanmaması (%9,7) olarak görülmektedir. Koruk ve arkadaşları çalışmasında aşı yaptırmamanın en önemli nedeni olarak aşının önemi konusunda ailelerin yeterli bilgiye sahip olmaması bulunmuştur (% 20,8). Diğer önemli nedenler arasında; % 11,9’u yan etkilerden korktuğu için, % 10,7’ si tarlada bulunduğu için, % 9,5’i çocuk bakımını üstlenenlerin ihmalinden dolayı ve % 6,5’i aşı zamanı ve yerini bilmediği için aşı yaptırmamışlardır (82).

Çocukların tarım alanlarında çalışması büyüme ve gelişme geriliği yanı sıra, yaşam kalitesini düşürmekte, eğitim hakkına engel olmaktadır. Bu nedenle ILO tarafından çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (91). Çalışmada ailelerin çocuklarının %33,2’sinin tarlada çalıştığı belirlenmiştir. Tarlada çalışan çocuk yaşı ortalamasının 15,4 olduğu ve çocukların tarlada çalışma yılının 4,3 olduğu görülmektedir.

Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesinde temel stratejilerden biri de doğum öncesi bakım almalarıdır (91). Çocukların ortalama doğum kilosunun 2958,5 ve doğum boyunun 49,1 olduğu çalışmada belirlenmiştir. Bu oranların sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerle yapılan çalışmalara göre düşük olduğu görülmektedir (93)

MTİ ailelerin çocukları, ek gıdaya başlanması ve dişleri çıkmaya başladıktan hemen sonrasında yaş grubu gözetmeksizin yetişkinlerle aynı besinleri tüketmekte, çocuğa özgü beslenme örüntüsü olmamaktadır (21). Çalışmada çocukların sofraya oturtulup ailenin diğer üyeleri ile aynı besinleri tüketme ayının 10,8 olduğu, ortalama 13,3 ayda yürüdükleri, 12,9 ayda et ürünleri tüketmeye başladıkları ve haftada ortalama 2,9 adet yumurta tükettikleri belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerle yapılan farklı çalışmalarda bu oranlar sırasıyla 12,3, 12, 9,5, 3,7-4,1 olarak belirtilmektedir (93). Bu farklılığın MTİ ailelerin düşük sosyoekonomik düzeyi, yaşam koşullarından dolayı tarlada uzun süre kalınması, annelerin tüm gün tarlada çalışması ve eğitim düzeylerinin düşüklüğü ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

En ekonomik ve kolay ulaşılabilen besin olan anne sütü, çocukların emzirilme sürelerinde avantaj olarak ortaya çıkmaktadır. Anneler çocuklarını ortalama bir buçuk yaşına

kadar emzirmeye devam ettiklerinden dolayı 2 yaşına kadar ciddi beslenme sorunları görülmediği ve asıl sorunların 2 yaşından sonra ortaya çıktığı bildirilmektedir (22). Görüşülen annelerin de buna benzer şekilde çocuklarını ortalama 17,5 ay emzirdikleri görülmektedir.

Yeterli süre ve miktarda verilen anne sütü ile birlikte, zamanında (17-26 haftada) ve uygun ek gıda başlanması ve çeşitlendirilerek devam ettirilmesi temel çocuk gelişimi açısından son derece önemlidir. Bu konuda yapılan hatalı ve bilinçsiz uygulamaların olumsuz etkileri yaşam boyu devam etmektedir (39,42). Çalışmada annelerin %72,4'ü erken dönemde ek gıdaya başladıkları belirlenmiştir. Öktem ve arkadaşlarının sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük gruplarla yaptıkları çalışmada, en sık yapılan beslenme hatalarından birinin erken ek gıdaya başlamak (%43) olduğunu belirlemişlerdir (19). Çalışmada oranın daha yüksek çıkması, Öktem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin düşük gruplarda yapılması konusunda çalışma ile benzer olmakla birlikte, farklı özelliklerde gruplarda çalışılmış olması ile açıklanabilir. MTİ ailelerle yapılan başka bir çalışmada da ek gıdaya erken başlanma oranı %33,9 olarak belirlenmiştir (84).

Ekonomik sıkıntılardan dolayı MTİ aileler yeterli ve sağlıklı beslenme olanaklarına sahip olamamakta, yeterli sebze-meyve ve protein almadan beslenmekte, öğün atlamakta ve uygun koşullarda saklanmayan besinleri tüketmektedir (5,21,22). MTİ ailelerde et tüketiminin oldukça sınırlı olduğu ve ek gıdaya geçişten itibaren çocukların en önemli besin kaynağının bulgur, makarna gibi tahıl ağırlıklı besinlerden oluştuğu, bölgeye bağlı olarak soğan, patlıcan, kabak ve patates gibi sebzeleri sık tükettikleri görülmektedir (5,11,77,78). Çalışma bu konuda literatür ile oldukça benzerlik göstermektedir. Tablo 9'da ailelerin %81,6'sı kırmızı eti ancak ayda ya da yılda birkaç defa tüketebilmektedirler. 24 saatlik besin tüketme sıklığı incelendiğinde tahıl grubu besinlerin en sık tüketildiği görülmektedir.

DSÖ tarafından beş yaş altı çocukların beslenme durumlarının saptanmasında kullanılması önerilen göstergeler; yaşa göre boy, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlıktır (51). Demirel ve arkadaşlarının Van ili kırsalında yaptıkları çalışma sonuçlarında çocukların, %9'unun 3 persentilin altında olduğunu belirtmişlerdir (18). Çalışmada bu oran daha yüksek bulunmuştur. Persentil değeri 3'ün altında olanların yüzdesinin BGA için 5,2, YGA için 15,6, YGB için 23,6 ve YGBKİ için 7,8 olarak belirlenmiştir. Kırsal kesim ve tarım işçiliğinin benzer noktalarda kesiştikleri ilk bakışta düşünülse de, mevsimlik tarım işçiliğinin ağır yaşam koşulları dikkat çekmektedir. Bu durumun çocuk gelişimi üzerindeki olumsuz etkileri böylelikle görülmektedir.

Çocukluk çağı obezitesindeki yıllık artış hızının giderek büyüdüğü görülmektedir (63). Obezite prevalansının 2013 Obezite Araştırması sonuçlarına göre %22,5 olduğu belirlenmiştir (94). TNSA verilerinde, çocukların yüzde 11'i fazla kilolu/şişmandır (47). MTİ aileler ve çocukları dengesiz beslenmekte ve özellikle yetersiz beslenme durumuna maruz kalmaktadır. Bu açıdan obezite prevalansı Türkiye standartlarının oldukça altındadır. Çalışmada, obezite ölçütü olarak kullanılan ve YGA'ta 97 persentil üstünde bulunan çocuk yüzdesinin %0,8 olduğu görülmektedir.

Ortalama z-değeri bir nüfustaki çocukların beslenme durumunu gösteren bir özet istatistik olarak hesaplanır (47). Z skor kullanılarak zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluk oranları belirlenir. 2014 yılı UNICEF raporuna göre 0-5 yaş grubu çocuklarda belirlenen oranlar; zayıflık % 1, düşük kiloluluk % 2 ve bodurluk %12 şeklindedir (46). Çalışmada, mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında %4,8 oranında zayıflık, %14 oranında düşük kiloluluk ve %22 oranında da bodurluk olduğu belirlenmiştir. Çalışma, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan illerde ve yoksulluğun en sık görüldüğü gruplardan biri olan MTİ ailelerle gerçekleştirilmiş ve zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk oranları Türkiye ortalamasından yüksek bulunmuştur. Gerek çalışma yapılan bölgenin coğrafik ve sosyoekonomik özellikleri, gerekse çalışmaya alınan nüfusun karakteristikleri nedeniyle ülkemizde değişik zamanlarda farklı malnütrisyon oranları bildirilmiştir. MTİ ailelerle yapılan bazı çalışmalarda zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluk oranları çalışmadan daha yüksek bulunmuştur (17,81).

Çocuklarda yaş gruplarına göre; zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk oranlarının dağılımı incelendiğinde; zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk oranı en sık 48-60 aylar arasındaki çocuklarda (sırasıyla %2,8-%8,0-%8,8) olduğu görülmektedir. Bu durum 48-60 ay grubundan daha fazla çocuğun örnekleme dahil edilmesi ve MTİ ailelerin çocuklarında 2 yaşa kadar emzirmeden dolayı ciddi beslenme sorunlarının ortaya çıkmaması, asıl 2 yaşından sonra gelişim geriliklerinin ortaya çıkması (21) şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada kız ve erkek çocuklar karşılaştırıldığında zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluktan kızların daha fazla etkilendiği belirlenmiş fakat istatistiksel olarak cinsiyet ile zayıflık, düşük kiloluluk ve bodurluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde bodurluk ve cinsiyetler arasında ilişki saptanmayan mevsimlik tarım işçilerinde yapılan çalışmalar mevcuttur (23). TNSA 2013 verilerine göre, bodurluk oranı

erkek çocuklarda kızlara göre daha fazladır (sırasıyla yüzde 11 ve yüzde 8). Ancak düşük kilolu ve zayıf çocukların oranında cinsiyete göre farklılık yoktur (47).

Yapılan istatistiksel analizlerde; bodurluk ile aile yapısı, tarlada kalınan yer, düzenli sağlık kontrolü yapılma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulunurken; düşük kiloluluk ile tarlada kalınan yer açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmada annelerin toplam beslenme bilgi puanı ile aile tipi ve evde-tarlada doğum yapma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Simsek ve Koruk, ekonomik durum, çocuk sayısı, hanehalkı büyüklüğü ve annenin yaşı kontrol edildiğinde, mevsimlik tarım işçisi ailenin çocuğu olma ve annenin öğrenim düzeyi bodurluk için ilişkili faktörler olarak saptanmıştır (17).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezinde mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarının beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiş ve öneriler sunulmuştur:

Çalışmada çocukların yaş ortalaması 35 ay, ağırlık ortalaması 12,4 kg, boy ortalaması 89 cm ve %54,4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Annelerin %66,8'inin 18-34 yaş arasında olduğu, %39,2'sinin okur-yazar olmadığı, %58,2'sinin tarlada çalıştığı ve %68,5'inin tarlaya çocuğuyla gittiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çocukların yalnızca %13,2'sinin boy uzunluğunun, %19,2'sinin de ağırlığının 50 persentil ve üzerinde olduğu görülmektedir. Çocukların %5,2'sinin boya göre ağırlık, % 15,6'sının yaşa göre ağırlık, %23,6'sının yaşa göre boy ve %7,8'inin yaşa göre beden kitle indeksi persentil değerinin 3'ün altında olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında %4,8 oranında zayıflık, %14 oranında düşük kiloluluk ve %22 oranında da bodurluk olduğu belirlenmiştir.

Bodurluk ile aile yapısı, tarlada kalınan yer, düzenli sağlık kontrolü yapılma durumu açısından ve düşük kiloluluk ile tarlada kalınan yer açısından ilişki bulunmuştur. Araştırmada annelerin toplam beslenme bilgi puanı ile aile tipi ve evde-tarlada doğum yapma durumu açısından ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca; mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında beslenme yetersizliği olduğu tespit edilmiştir.

Öneriler;

- Tarım alanlarında çocuklar için sağlıklı ve güvenli yaşam alanlarının oluşturulması,
- Anne-babalara, tarım alanlarında çocukların maruz kalabilecekleri tehlikeler konusunda eğitim yapılması,
- Hassas bir grup olan mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarının temel sağlık hizmetlerine ve sağlık haklarına erişimlerinin sağlanması için çaba harcanması,
- Tarım alanlarında periyodik olarak gezici sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Tarım alanlarında sunulan gezici sağlık hizmetleri kapsamında, çocukların bağışıklama, sağlıklı beslenme ve gelişim durumları gibi konularda takiplerinin yapılması ve gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Çocukların tarlada çalışmalarını engellemeye yönelik politikalar geliştirilmesi,
- Annelerin emzirme, ek gıda, öğün sayısı gibi konularda bilgi düzeyi oldukça düşük belirlendiğinden, annelere beslenme konusunda uygun koşullarda eğitim verilmesi,
- Tarlada kalınan yerin (çadır veya ev) çocuğun düşük kilolu veya bodur olmasıyla ilişkisi olduğundan, ailelere tarlada kaldıkları dönem boyunca uygun barınma koşullarının işveren tarafından sağlanması,
- MTİ ailelerin çalışma koşullarının ve temel sorunlarının iyileştirilmesi,
- Yoksulluğun pek çok durumu olumsuz etkilemesinden dolayı (beslenme, çocuk işçiliği, barınma, ulaşım vb.), gelir düzeyi oldukça düşük belirlenen MTİ ailelerde ücret düzenlenmesine ilişkin çalışmaların yapılması
- MTİ çocuk ve ailelerinin beslenme durumlarını olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kontrol altına alınması için çalışmaların planlanması, uygulanması
- Toplumda tarım işçisi aile ve çocuk sorunlarına ilişkin farkındalık çalışmaları yapılması,
- Pediatri hemşireleri tarafından bu gruba yönelik sürdürülebilir hemşirelik hizmeti sağlanması önerilmiştir.

8. KAYNAKÇA

1. Toprak İ, Şentürk Ş, Yüksel B.(Edt) Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi. Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, Ankara, 2002.
2. Demircioğlu Y, Yabancı N. Beslenmenin Bilişsel Gelişim Ve Fonksiyonları İle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 24: 170-179, 2003.
3. Merdol TK. Okul Öncesi Dönem Beslenmesi. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
4. Zimmerman M, Snow B. An İntroduction to Nutrition. Nutrition and You, 2012.
5. Tarım İşçisi Açlık İçinde. http://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/78ef81660c76f43_ek.pdf?dergi=139 Erişim Tarihi:06.12.2015
6. Etiler N, Velipaşaoğlu S. Çocukluk Döneminde Beslenmenin Değerlendirilmesi: Birinci Basamakta Antropometrinin Kullanımı. Sted, 2004; 13(2): 50-53
7. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Şubat 2014. İsn : 978-975-590-483-2
8. International Labour Organization (ILO). Towards a Fair Deal for Migrant Workers in the Global Economy. Geneva: International Labour Office, 2004; 86-117.
9. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları 2012. Türkiye İstatistik Kurumu İnternet Sitesi <Http://Www.Tuik.Gov.Tr/Prehaberbultenleri.Do?İd=13659>, Erişim Tarihi: 14.02.2016
10. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Stratejisi ve Eylem Planı, Ankara, 2010.
11. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011. 1. Baskı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2012; 15-19.
12. Hiring Seasonal Agricultural Workers. Description, <http://Www.Esdc.Gc.Ca/Eng/Jobs/Foreignworkers/Agriculture/Seasonal//Index.Shtm> Erişim Tarihi: 12.02.2016
13. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professionals. Blackwell Publishing All right reserved, 2006.
14. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyal, Ekonomik ve Barınma Sorunlarının Analizi. Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Dergisi, 2004; 19(3): 261-274.
15. Harran Üniversitesi Tarımda İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi. GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması. Sembol Ofset Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, Şanlıurfa, 2013; 13.
16. Tarımda Mevsimlik İşçi Göçü Türkiye Durum Özeti (2012). Mevsimlik İşçi Göçü İletişim Ağı (MİGA) [http://www.fes-tuerkei.org/media/pdf/D%C3%BCnyadan/d%C3%BCnyadan_12%20\(1\).pdf](http://www.fes-tuerkei.org/media/pdf/D%C3%BCnyadan/d%C3%BCnyadan_12%20(1).pdf) Erişim Tarihi: 24.11.2015.
17. Koruk I, Simsek Z, Koruk ST, Doni N, Gürses G. Intestinal Parasites, Nutritional Status and Physchomotor Development Delay in Migratory Farm Worker's Children. Child: Care, Health and Devalopment, 2010; 36(6): 888-894.
18. Demirel F, Üner A, Kırımı E. Van İli Kırsalındaki Annelerin Çocuk Beslenmesindeki Alışkanlıkları ve Uygulamaları. Van Tıp Dergisi, 2001; 8(1): 18-22.
19. Öktem F, Yavrucuoğlu H, Türendi A, Tunç B. Çocuklarda Beslenme Alışkanlıklarının Hematolojik Parametreler ve Eser Elementler Üzerine Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 12(1): 6-10.
20. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural Workers And Their Contribution To Sustainable Agriculture And Rural Development. 2007, International Labour Organization, Food and

- Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations.
21. Artar M. Mevsimlik Tarımda Çocuk Olmak. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları:21, Ankara,2014.
 22. Kaya M, Özgülner N. Mevsimlik (Gezici/Geçici) Tarım İşçilerinin İki Yerleşim Birimindeki Yaşam Koşulları ve Sağlık Durumlarına Niteliksel Bakış. Turk J Public Health 2015; 13(2): 115-126.
 23. Nichols M, Stein AD, Wold JL. Health Status of Children of Migrant Farm Workers: Farm Worker Family Health Program, Moultrie, Georgia. American J of Health Public, 2014; 104(2): 365–370.
 24. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi. 3. Baskı Ankara, 2006.
 25. Çocuk Hakları Sözleşmesi http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23d.html Erişim Tarihi: 05.04.2016.
 26. İnstitute of Child Nutrition. Mealtime Memo for Child Care. www.nfsmi.org/.../pdf/20080612091850.pdf Erişim Tarihi: 06.04.2016.
 27. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. (Edt.). Pediatri Hemşireliği. 233-268, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2013.
 28. Tepe E. Okul Öncesi Kurumlarındaki Çocukların Annelerinin Ve Öğretmenlerinin Çocuk Beslenmesine İlişkin Görüşleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2010.
 29. Neyzi O, Ertuğrul T (Edt.). Pediatri. 167-248, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 3. Baskı, 2002.
 30. National Academy of Sciences. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes of Energy ve Macronutrients. Erişim Tarihi: 24.11.2015
 31. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diyabet ve Sağlıklı Beslenme. <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/DiyabetveSaglikliBeslenmeKitapcigi.pdf> Erişim Tarihi:10.04.2016.
 32. Samur G. Vitaminler Mineraller ve Sağlığımız. 15-23, Ankara: Sinem Matbaacılık, 2006.
 33. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M ve ark. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2008; 46(1): 99-110
 34. www.pharmetic.org/bilgi-bankasi/selenyum-faydalari.pdf Erişim Tarihi: 13.04.2016
 35. Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi. Süt, Oyun, Okul Ve Ergenlik Döneminde Beslenme, Ankara, 2013.
 36. Agostoni C, Braegger C, Desci T. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009; 49(1):212-225
 37. Gür E. Anne Sütü ile Besleme. Türk Pediatri Arşivi Özel Sayı, 42(1): 11-15, 2007.
 38. Samur G. Anne Sütü. Klasmat Matbaacılık. Ankara, 2008 ISBN : 978-975-590-242-5
 39. Köksal E. Beslenme ve Bilişsel Gelişim. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayımlı No: 726, Ankara, 2008. ISBN: 978 975 590 242 4.
 40. [www.thsm.gov.tr/upload/files/BEBEK%20BESLENMES_-WEB\(1\).pdf](http://www.thsm.gov.tr/upload/files/BEBEK%20BESLENMES_-WEB(1).pdf) Erişim Tarihi: 14.04.2016
 41. WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/index.html> Erişim Tarihi: 13.03.2016

42. Brown KH, Lutter CK. Potential role of processed complementary foods in the improvement of early childhood nutrition in Latin America. *Food and Nutrition Bulletin*, 2000;21(1):5-11
43. Tokatlı A. Bebeklerde Ek Besinlere Geçiş; “Weaning” Dönemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(4): 134-136, 2003.
44. Köksal G, Özal HG. *Bebek Beslenmesi..Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.*
45. World Health Organization. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part III Country Profiles. WHO, Geneva, 2010*
46. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu 2014. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Unicef%20SOWC%202014%20web.pdf>
Erişim Tarihi: 24.11.2015
47. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 2014
48. Güleç SG, Urgancı N, Polat S, Yağar G, Hatipoğlu N. Hastanede Yatan Üç Yaş Altı Çocuklarda Malnütrisyon Durumunun Değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(4): 124-129, 2011.
49. İnanç N, Aykut M, Çiçek B ve ark. Kayseri İl Merkezi’nde 0 – 36 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Durumu ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Türk Hij Den Biyol Dergisi*, 2005; 62: 41- 48
50. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H ve ark. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde 0-5 Yaş Grubu Çocuklarda Malnütrisyon Durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2010; 53: 107-113
51. Barker LA, Gut B, Crove TC. Hospital Malnutrition: Prevalence, Identification and Impact on Patients and the Healthcare System. *Int J Environ Res Public Health*, 2011; 8(2): 514–527
52. Aydoğdu S, Güven Ş, Yazar AS, Yakut K. Protein-Enerji Malnütrisyonu Olan Çocuklarda Serum Transferin Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 40 (1): 35-39, 2013.
53. Dündar N, Dündar B. Malnütrisyonlu Çocuğun Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006; 13(4): 39-42
54. Kismul H, Schwinger C, Chhagan M, Mapatano M, Broeck JV. Incidence and Course of Child Malnutrition According to Clinical or Anthropometrical Assessment: A Longitudinal Study From Rural DR Congo. *BMC Pediatr*, 14(22), 2014.
55. Demir R, Özçırpıcı B. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-2 Yaş Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı ve Malnütrisyon Saptanan Çocukların Annelerine Verilen Eğitimin Etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 57: 183-190, 2014.
56. Altaş B, Kuloğlu Z. Malnütrisyonlu Çocuğa Yaklaşım. *Türkiye Çocuk Hast. Dergisi*, 2011; 5(1): 54-64.
57. Selçuk H. Malnütrisyon ve Önemi. *Güncel Gastroenteroloji*, 2012; 16(2): 158-162.
58. Dal Ü. Malnütrisyonu Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 74-81, 2007.
59. Kar BR, Rao SL, Chandramouli BA. Cognitive Development in Children With Chronic Protein Energy Malnutrition. *Behav Brain Funct*. 2008; 4: 31.
60. Akdeniz, O. 1 Ay - 18 Yaş Arası Malnütrisyonlu Hastalarda Kardiyak Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Elazığ, 2012.*
61. Saner G, Durmaz Ö, Gökçe S. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Neyzi O, Ertuğrul T (Edt.). Pediatri. Nobel tıp kitapçevleri, 3. Baskı, s.167-248, 2002.*

62. Honisett S, Woolcock S, Porter C, et all. Developing an Award Program for Children's Settings to Support Healthy Eating and Physical Activity and Reduce the Risk of Overweight and Obesity. *Bmc Public Health*, 2009; 9: 345.
63. Prevalence of Excess Body Weight and Obesity in Children and Adolescents. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2009/> Erişim Tarihi: 17.04.2016.
64. Promoting Healthy Nutrition. https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/6-Promoting_Healthy_Nutrition.pdf Erişim: 14.04.2016
65. Sapan N, Demir E, Tamay Z, ve ark. “Çocuk Alerji ve Astım Akademisi”, Besin Alerjisi Tanı ve Tedavi Protokolü. *Türk Ped Arş* 2013; 270-274
66. WHO Working group on infant growth. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. *Bull World Health Organ* 1995; 73: 165-174.
67. Report of WHO Expert Comitte. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series. Geneva 1995; No: 854.
68. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Pres, 2000.
69. International Labor Organisation. Agriculture; Plantations; Other Rural Sectors <http://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/agriculture-plantations-other-rural-sectors/lang-en/index.html> Erişim Tarihi: 24.11.2015.
70. Yentur Doni N, Gürses G, Simsek Z, Yıldız Zeyrek F. Prevalence and associated risk factors of intestinal parasites among children of farm workers in the southeastern Anatolian region of Turkey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*; 2015; 22(3): 438–442.
71. Öz C, Bulut E. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Türk Hukuk Sistemi İçerisindeki Yeri. *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 2013; 1(1): 94-111.
72. Turkish Statitital Institu. Address Based Population Registration System Results. Publications of Turkish Statitital Institue 2012 www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 24.11.2015.
73. Borjan M, Constantino P, Robson MG. New Jersey Migrant and Seasonal Farm Workers: Enumeration and Access to Healthcare Study. *New Solut*, 2008; 18(1): 77-86.
74. Mobed K, Gold EB, Schenker MB. Occupational Health Problems Among Migrant and Seasonal Farm Workers. *The Western Journal Of Medicine*, 1992; 157(3): 367-373.
75. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers. *Annu Rev Public Health*, 2007; 28: 345-363.
76. Koçakoğlu Ş, Şimşek Z, Ceylan E. 2001-2006 Yılları Arasında Şanlıurfa Verem Savaş Dispanserinde Takip Edilen Tüberküloz Olgularının Epidemiyolojik Özellikleri. *Türk Toraks Dergisi*;200910:9-14.
77. Yıldız AD. Evaluation of the Development Characteristics of the 0 to 6 Year Old Children of Families Engaged in Seasonal Agricultural Work. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2015; 1:207-220.
78. Hayata Destek Derneği Mevsimlik Gezici Tarım İşçiliği 2014 Araştırma Raporu <http://hayatadestek.org/media/files/reports/Mevsimlik%20Gezici%20Tar%C4%B1m%20C4%B0%C5%9F%C3%A7ili%C4%9Fi%202014%20Ara%C5%9F%C4%B1rma%20Raporu.pdf> Erişim Tarihi: 05.12.2015
79. Görücü İ, Akbıyık N. Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliği: Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hikmet Yurdu*, 2010; 3(5): 189 – 219
80. Geçgin E. Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliğinin Sosyolojik Analizi: Ankara Polatlı Örneği. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2009, Ankara.

81. Simsek Z, Koruk I. The Effects of Migratory Seasonal Farmwork on Psychomotor Development and Growth Among Children Ages 0-5 Years in Southeastern Anatolia. *Turkish Journal of Public Health*, 2011; 9(3): 157-165.
82. Koruk I, Simsek Z, Koruk ST. A Case of Childhood Vaccination Barrier: Migrant and Seasonal Farmworkers. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2013; 43: 424-429.
83. WHO Anthro (version 3.2.2, January 2011) and Macros Program. <http://www.who.int/childgrowth/software/en/> Erişim Tarihi:02.05.2016.
84. Karatas H, Staub-Muller M, Erdemir F. Determination of Nursing Diagnoses in Children of Agricultural Laborer Families in South Eastern Regions of Turkey. *International Journal of Nursing Knowledge* 2016; April.
85. Akbıyık N. Malatya'da Çalışan Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyal ve Ekonomik Sorunlarının İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011; 10 (36): 132-154.
86. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlığını Geliştirme Programı 2011-2015 <http://mevsimliktarimiscileri.com/mti/> Erişim Tarihi: 17.04.2016.
87. Ünsal N. The determinants of malnutrition of children under five years in Turkey. Hacettepe University, Institute of Population Studies Technical Demography Program Ankara, July 2006.
88. Kutlu S, Koruk İ. Migrant Seasonal Farmworkers: Health Related Quality of Life and The Factors That Affect It. *Turk J Public Health*, 2014;12(2): 80-90
89. Gözükar F, Ersin F, Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2015; (1)2
90. Koruk İ, Koruk ST, Demir C, Şeyhanoğlu AS, Kara B. Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yoğun Olarak Yaşadıkları Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Gebelerde HbsAg Pozitifliği Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Turk J Public Health*, 2013;11(3): 149-159
91. Şimşek Z. Tarımda çalışan ailelerin çocukları. Uluslararası Katılımlı 4. Pediatri Hemşireliği Kongresi, 22-25 Mayıs 2013 / Adıyaman
92. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf> Erişim Tarihi:10.06.2016
93. Sarıtekin S, Dindar İ. Edirne Merkez Kreş ve Anaokullarına Kayıtlı 2-6 Yaş Grubu Çocukların Büyüme Gelişme Durumları ve Etkileyen Etmenler. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2013;12(1):11-24
94. Özcebe H, Bosi ATB. Çocukluk Çağı Obezite Araştırması,2013:13-15.

9. EKLER

EK 1. Çocuk Beslenmesinin Değerlendirilmesi Formu

Şehir : 1) Şanlıurfa 2) Adıyaman

Mahalle :

I. Bölüm Anneye İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

1. Kaç yaşınızı bitirdiniz?
2. Eğitim düzeyiniz nedir? 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Lise 5) Üniversite
3. Kaç yıl okula gittiniz?
4. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
5. Doktor tarafından söylenmiş bir hastalığınız var mı? Nedir?
6. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?
7. Kaç kere gebe kaldınız?
8. Kaç çocuk doğurdunuz?
9. Evde veya tarlada hiç doğum yaptınız mı? 1) Evet.....tane 2) Hayır
10. Bedensel ya da zihinsel özürlü çocuğunuz var mı? 1) Evet /..... 2) Hayır
11. Gebeyken doktora/hemşireye/ebeye gittiniz mi? / kaç kere?
12. Bir önceki çocuğun doğumundan kaç ay sonra bu çocuğa gebe kaldınız?
13. Anne – baba akrabalığı: 1) 1. derece 2) 2. Derece 3) Yok
14. Aile yapısı: 1) Çekirdek 2) Geniş 3) Parçalanmış
15. Ailede kaç kişi yaşıyor?.....
16. Yıllık gelirin ne kadardır?.....
17. Tarlada çalışıyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır
18. Kaç yaşınızdan itibaren tarlada çalışıyorsunuz?
19. 1 yılın kaç ayını tarlada geçirirsiniz?
20. Tarlaya gittiğinizde çocuğunuzu da yanınızda götürür müsünüz: 1) Evet 2) Hayır
21. (Evet ise) Tarlada çocuğa kim bakar?:.....
22. (Evde bırakıyorsanız) Çocuğa kim bakar? 1) Kardeşi 2) Anneanne-Babaanne 3) Diğer

II. Bölüm Babaya İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

23. Yaşınız?.....
24. Eğitim Düzeyiniz? 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Lise 5) Üniversite

- 25.Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
- 26.Kaç yaşınızdan itibaren tarlada çalışıyorsunuz?
- 27.Herhangi bir hastalığınız var mı : 1) Evet..... 2) Hayır
- 28.Bir yılda kaç ay tarlada çalışırsınız:
- 29.Tarlada nerde kalıyorsunuz ? 1) Çadırda 2) Ev 3) Diğer.....
- 30.Sizinle birlikte tarlada çalışan çocuğunuz var mı: 1) Evet 2) Hayır
- 31.(Evet ise) Çocuğun yaşı ve kaç yıldır çalıştığı:
1. Çocuk:/.....
2. Çocuk:/.....

III. Bölüm Çocuğa ve Beslenme Durumuna İlişkin Özellikler

- Kilosu :..... Yaşa göre kilosu: kilo persentili:
- Boyu :..... Yaşa göre boyu: boy persentili:
- BKİ:.....
- 32.Doğum tarihi-yaşı:yaşay.....gün
- 32.Cinsiyeti: 1) Kız 2) Erkek
- 33.Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı var mı : 1) Evet 2) Hayır
- 34.Çocuğunuz hasta olmadığı halde düzenli olarak doktora-ebeye-hemşireye kontrol amaçlı götürür müsünüz? 1) Evet 2) Hayır
- 35.Çocuğunuzun aşı kartı var mı ? 1) Evet 2) Hayır
- 36.Çocuğunuzun aşılarını düzenli olarak yaptırdınız mı ? 1) Evet 2) Hayır
- 37.Eğer aşıları düzenli yapılmadıysa nedeni: 1) Ailedeki bilgi eksikliği 2) Tarlada olma 3) Aşı yapılmasına engel durum olması(.....) 4) Diğer.....
- 38.Gestasyon yaşı: 1) Term 2) Preterm 3) Postterm
- 39.Doğum kilosu:.....
- 40.Doğum boyu :.....
- 41.Doğum şekli: 1) Normal doğum 2) Sezeryan
- 42.Bu çocuğu / son çocuğu nerede doğurdunuz? 1. Evde 2. Tarlada 3. Hastanede
4. Diğer.....
- 43.Kaçıncı çocuk :.....
- 44.Çocuğunuz ne ile besleniyor : 1) Sadece anne sütü 2) Anne sütü + ek gıda 3) Yaşına uygun beslenme
- 45.Sizce bebeğe anne sütü ne kadar süre verilmelidir?

- 46.Siz çocuğunuzu ne kadar süre emzirdiniz?.....
- 47.Doğumdan sonra ilk ne zaman emzirdiniz?.....
- 48.İlk süt çocuğa verilmeli midir ? 1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum
- 49.Siz ilk sütü çocuğunuza verdiniz mi ? 1) Evet 2) Hayır
- 50.İlk 6 ayda sadece anne sütü bebek için yeterli midir? 1)Yeterlidir 2) Yeterli değildir
- 51.İlk 6 ayda anne sütü dışında neler verdiniz...
1. Su
 2. Çay – bisküvi
 3. Hazır mama vb.
- 52.Hazır mama verdiyseniz?
- Ne kadar süreay /.....yıl
- Neden: 1) sütünün yetmediğini düşündüğü için.... 2) Dr.- Hemşire-ebe Önerisi ile
- 3)diğer.....
- 53.İnek sütü verdiniz mi? 1) Evet 2) Hayır
- 54.İnek sütü verdiyse hangi ayda başladığı ve ne kadar süre alındığı: ayda /
- 55.Sizce ek gıdaya kaçınıcı ayda başlanmalıdır?
- 56.Siz ek gıdaya kaçınıcı ayda başladınız?
- 57.Sizce bebeğe ek gıda olarak ilk ne verilmelidir? 1) Su 2) Pirinç unu 3) Mama
- 4) Meyve-Sebze püresi 5) Yoğurt 6) Bisküvi +çay 7) Ekmek + çay 8) Süt 9)
- Yemek suyu+ ekmek 10)Diğer.....
- 58.Siz bebeğinize ek gıda olarak ilk ne verdiniz: 1)Mama 2) Pirinç unu 3) Meyve-
- meyve suyu 4) Sebze püresi 5) Yoğurt 6) Bisküvi +çay 7) Ekmek + çay 8)
- Süt 9) Yemek suyu+ ekmek 10)Diğer.....
- 59.Ek gıdaya geçişte aşağıdaki sorunlardan herhangi biriyle karşılaştınız mı? 1) İshal 2)
- Kabızlık 3) Kusma 4) Gaz sancısı 5) Kilo alamama 6) Allerji 7) Diğer
- 60.Çocuğunuza baharatlı-acılı gıdalar verir misiniz? 1) Evet 2) Hayır
- 61.Çocuğunuzun iştahsızlık sorunu olduğunu düşünüyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır
- 62.Çocuğunuzun iştahsızlık sorunu için herhangi bir besin veya ilaç kullanıyor musunuz? 1)
- Evet..... 2)Hayır
- 63.Anneye göre çocuğun algılanan vücut ağırlığı nasıl? 1)Zayıf 2)Normal 3)Obez
- 64.Çocuğunuzun büyüme gelişmesinden memnun musunuz? 1)Evet 2)Hayır
- 65.Sizce çocuğa günlük kaç öğün yemek verilmelidir/emzirilmelidir?

66. Tarladayken çocuğunuza günlük kaç öğün yemek verirsiniz/emzirirsiniz?
67. Evdeyken çocuğunuza günlük kaç öğün yemek verirsiniz/emzirirsiniz?
68. Abur cubur (cips, kola, çikolata, m. suyu) tüketme sıklığı: 1) Nadiren veya hiç 2) iki günde bir 3) Her gün
69. Çocuğa yemek yedirmek için ısrar eder misiniz? 1) Evet 2) Hayır
70. Çocuğunuzun herhangi bir yiyeceğe allerjisi var mı? 1) Evet..... 2) Hayır
71. 24 saatlik geriye dönük besin tüketim durumu:
Kırmızı et... Beyaz et... Balık.... Yumurta..... Kurubaklagil.... Taze sebze-meyve....
Ekmek.... Tahıl.... Süt... Su... Ekmek... Şekerli besin...
72. Aşağıdaki besinler sizce ne kadar sıklıkta tüketilmelidir/peki sizin çocuğunuz ne kadar sıklıkta tüketir?
Kırmızı et...../..... Balık...../..... Taze meyve
sebze...../..... Kurubaklagil...../..... Şekerli
besin...../.....
73. Siz tarlada çalışırken çocuğunuz nasıl vakit geçirir? 1) Tarlada oynar 2) Evde-çadırda kalır 3) Diğer.....
74. Çocuğunuzun;
-sofraya oturma ayı:
-süt-yoğurt başlama ayı:
-meyve-sebze püresi başlama ayı:
-yumurta başlama ayı/haftalık kaç adet tükettiği:...../.....
-et ürünleri başlama ayı:
-yemek suyu başlama ayı:
-ilk dişini çıkarma ayı:
-kaçıncı ayında emekledi:
-kaçıncı ayında yürüdü:
-tuvalet eğitimini kaçıncı ayında kazandı:
-desteksiz oturmaya hangi ayda başladı:
-anne-baba gibi sözcükleri kaçıncı ayında söylemeye başladı:

EK 2. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı



Sayı : 74059997.050.01.04/213
Konu : Proje

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

31/12/2015

Sayın Yrd.Doç.Dr. Hülya KARATAŞ
Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz "Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin Çocuklarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmaya etik kurulu onayı verilmesine, ilişkin, kurulumuzun 21.12.2015 tarih ve 11 nolu oturumu 03 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

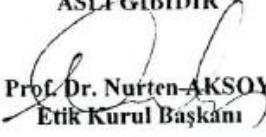

Prof. Dr. Nurten AKSOY
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

EK 2.(Devam) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 21.12.2015
OTURUM	: 11
SAAT	: 15:00

15/12/03	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hülya KARATAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin Çocuklarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;"> Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı</p>
----------	---