**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

# İLK 5 YAŞ ÇOCUKLARDA ABUR CUBUR GIDA TÜKETİMİ VE AİLELERİN TUTUMLARI

**Dr. Merve AKEKİN**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2020**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**
**TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

# İLK 5 YAŞ ÇOCUKLARDA ABUR CUBUR GIDA TÜKETİMİ VE AİLELERİN TUTUMLARI

**Dr. Merve AKEKİN**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya PARILDAR**
**Tez Danışman Yardımcısı: Doç. Dr. Oya BALTALI**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2020**

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... iii
KISALTMALAR ..... iv
TABLO LİSTESİ ..... v
ŞEKİL LİSTESİ ..... vi
ÖZET ..... vii
ABSTRACT ..... ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ ..... 1
2. GENEL BİLGİLER ..... 3
2.1. SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA BESLENME ..... 3
2.1.1. Anne Sütünün Önemi ve Özellikleri ..... 3
2.1.2. Anne Sütünün İçeriği ..... 4
2.1.3. Anne Sütü ile Beslenmede Dikkat Edilecekler ..... 5
2.1.4. Anne Sütünün Verilmediği Durumlar ..... 6
2.1.5. Tamamlayıcı Beslenme ..... 6
2.1.6. Erken Çocukluk Döneminde Enerji ve Besin Gereksinimleri ..... 7
2.2. ÇOCUKLARDA BESLENME BOZUKLUKLARI ..... 10
2.2.1. Malnütrisyon ..... 11
2.2.2. Obezite ..... 13
2.2.3. Yeme Davranış Bozuklukları ..... 14
2.2.4. Demir Eksikliği Anemisi. ..... 16
2.2.5. Kabızlık ..... 17
2.2.6. Diş Çürükleri ..... 17
2.3. ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİ BESLENMESİ ÖZELLİKLERİ ..... 17
2.4. ABUR CUBUR GIDALAR ..... 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 20
3.1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ ..... 20
3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ ..... 20
3.3. ANKET FORMU ..... 20
3.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM ..... 21

3.5. ETİK KURUL ONAYI ..... 21
4. BULGULAR ..... 22
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE TANIMLAYICI BULGULAR ..... 22
4.2. ÇOCUKLARIN BESLENME ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLE 32
5. TARTIŞMA ..... 39
6. SONUÇ ..... 48
KAYNAKLAR ..... 51
EKLER ..... 58
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ..... 58
EK 2: ANKET FORMU ..... 60
9. ÖZGEÇMİŞ ..... 62

# TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama süresince desteğini esirgemeyen, bilgi, tecrübe ve hoşgörüsüyle daima yanımda olan tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hülya Parıldar'a,

Tezimin tüm aşamalarında bilgisini, sabrını ve desteğini eksik etmeyen, daima yol gösterici olan, rol modelim, yardımcı tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Oya Baltalı'ya,

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, eğitimimde katkısı olan tüm değerli hocalarıma ve uzmanlarıma,

Asistanlık sürecimi kolaylaştıran, keyifli hale getiren canım dostlarım Dr. Esma Uysal, Dr. Gülser Karaal ve Dr. Elif Erdem'e, birlikte keyifle çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma; yardımlarından dolayı hemşirelerimize, sekreterlerimize ve tüm hastane personelimize,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sevgi, destek ve emeklerini hep üzerimde hissettiğim canım aileme

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Merve Akekin**

**İzmir, 2020**

# KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| **ABD** | Amerika Birleşik Devletleri |
| **APA** | Amerikan Pediatri Akademisi |
| **COSI-TUR** | Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması |
| **DSÖ** | Dünya Sağlık Örgütü |
| **HDL** | High Density Lipoprotein |
| **HIV** | Human Immundeficiency Virüs |
| **HSV** | Herpes Simplex Virüs |
| **IG** | Immunglobulin |
| **PEM** | Protein Enerji Malnütrisyonu |
| **SPSS** | Statistical Package for Social Sciences |
| **TBSA** | Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştıması |
| **TNSA** | Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| **TV** | Televizyon |
| **UNICEF** | Birleşmiş Milletle Çocuklara Yardım Fonu |
| **VKİ** | Vücut Kitle İndeksi |

# TABLO LİSTESİ

**Tablo 1.** Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri'nde önerilen günlük enerji alımı ..... 8
**Tablo 2**. Yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite derecesine göre önerilen günlük kalori alımı..... 8
**Tablo 3.** Vücutta proteinler, karbonhidratlar ve yağlar ..... 9
**Tablo 4**. Besin ögelerinin yaşlara göre günlük alınması önerilen miktarları..... 10
**Tablo 5.** Ailelere ait sosyodemografik özellikler ..... 24
**Tablo 6.** Abur cubur ve gıda gruplarını tüketen çocuklara bu gıdaların ilk verilme ayları ..... 32
**Tablo 7.** Çocuğun çeşitli faktörlere göre iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri..... 34
**Tablo 8**. Çocuğun çeşitli faktörlere göre anne sütü alma ve ek gıdaya başlama zamanı ortalama ve standart sapmaları ..... 36
**Tablo 9.** Annenin günlük ekran süresine göre çocuğun iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri..... 37
**Tablo 10**. Çocuğun günlük ekran süresine göre iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri..... 37
**Tablo 11.** Anne ve çocuk ekran süresi (<2 saat veya ≥ 2 saat) ile çocuklara abur cubur verilmesi arasındaki ilişki ..... 38
**Tablo 12.** İştah durumu ile abur cubur gıda verme yüzdesi ile karşılaştırması ..... 38

# ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 1.** Çocukların cinsiyete göre dağılımı ..... 22
**Şekil 2.** Çocukların doğum şekillerine göre dağılımı ..... 22
**Şekil 3.** Anne ve babaların eğitim düzeylerine göre dağılımı ..... 23
**Şekil 4.** Hanelerin gelir düzeylerine göre dağılımı ..... 23
**Şekil 5.** Annelerin çocukların beslenmesi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı ..... 25
**Şekil 6.** Çocukların yaş gruplarına göre beslenme şekilleri ..... 26
**Şekil 7.** Ailelerin abur cubur verme nedenlerine göre dağılımı ..... 27
**Şekil 8.** Çocukların çeşitli abur cuburları tüketim sıklıkları ..... 29
**Şekil 9.** Çocukların çeşitli besin gruplarını tüketim sıklıkları ..... 31

# ÖZET


## İLK 5 YAŞ ÇOCUKLARDA ABUR CUBUR GIDA TÜKETİMİ VE AİLELERİN TUTUMLARI

**Amaç:** Beslenme, bir çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişmesi için en önemli faktörlerden biridir. Erken çocukluk dönemi, sağlıklı beslenme davranışının geliştiği ve beslenme sorunlarının en sık olduğu dönemdir. Abur cubur gıda olarak tanımlanan ambalajlanmış, besin gereksinimleri yönünden fakir, yüksek kalorili, istenmeyen miktarlarda tuz, yağ ve şeker içeren ve kolay ulaşılabilen hazır gıdaların bu dönemde çocuk beslenmesine eklenmesi önemli sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu çalışmada ilk 5 yaş çocuklarda abur cubur gıdalara başlanma zamanları, tüketim sıklıkları ve ailelerin konu ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Materyal-Metod:** Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. Çalışmanın evrenini, 2019 yılı Haziran-Kasım aylarında çocuk sağlığı ve izlem polikliniğine başvuran ebeveynler ve onların ilk 5 yaştaki çocukları oluşturdu. Anket çalışmasına katılmayı kabul eden 325 ebeveyn çalışmaya dahil edildi. Ebeveynlere beslenmeye ilişkin soruları kapsayan, araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket uygulandı. Elde edilen veriler Student T, Mann-Whitney U, Anova veya Kruskal Wallis testleri kullanılarak, %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan çocukların %52,3'ü kız, %47,7'si erkekti. Yaş ortanca değeri 30 ay saptandı. Annelerin yaş ortalaması 30,89±5,33, babaların yaş ortalaması 34,49±5,88 idi. Annelerin %56,6' sı, babaların %56,7'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipti. Ailelerin %37,5'inin gelir düzeyi asgari ücret veya altındaydı. Çocuklara %78,5 gibi büyük bir oranda anneleri bakım vermekteydi. Çalışma kapsamındaki ebeveynlerin %80,6'sı çocuklarına abur cubur gıda verdiğini belirtti. Bu gıdalar tek tek sorgulandığında tüm çocukların %94,7 'sinin abur cubur gıdalarla beslendiği saptandı. Çocuklara en erken (ortanca=7 ay) hazır kutu yoğurt başlanmaktaydı. Birçok abur cubur gıdanın başlangıç zamanının 2 aya kadar düştüğü görüldü. Çocuğa abur cubur gıda başlarken ailelerin çoğunluğu etkilendikleri birden fazla neden tanımladı. Ebeveynlerin %46,7'si sağlık personelinden beslenme eğitimi aldığını söylerken, %47,4'ü beslenme eğitimi almadığını ifade etti. Çocukların iyi

davranışlarına karşılık abur cubur gıdaları ödül olarak kullananların oranı %25,9'du. Eğitim düzeyi düşük ebeveyne sahip olan, gelir düzeyi düşük ailede yaşayan, kreş veya yuvaya giden, günlük ekran süresi 2 saatten fazla olan çocuklara abur cubur başlama oranı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla saptandı ($p<0,05$). Asgari ücret ve altında geliri olan ailelerin çocuklarında iştahsızlık ve beslerken zorlama daha fazlaydı. Aileleri tarafından iştahsız olarak tanımlanan çocuklara anlamlı şekilde daha fazla abur cubur gıda verildiği görüldü.

**Sonuç:** Çalışma sonuçlarına göre, çocukların erken dönemde ve yüksek oranda abur cubur tüketmesinde ailelerin eğitim düzeyi, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikleri önemli rol oynamaktadır. Tüketim sıklığı yüksek olmasına rağmen ailelerin bir kısmının çocukların abur cubur gıdaları tüketmediğini belirtmesi, ebeveynlerin bu gıdaları yeterince tanımadıklarını düşündürmektedir. Erken çocukluk döneminde sağlıklı beslenme davranışı kazanma, çocukluk obezitesi ve erişkin dönemdeki hastalıklardan korunmayı sağlamada önemli olduğundan koruyucu hekimlikte tüm sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Tüm poliklinik ziyaretlerinde aileler çocuk beslenmesi hakkında bilgilendirilmeli, abur cubur gıdaların verilmemesi gerektiği ve bu gıdaların tüketimiyle ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar anlatılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** abur cubur gıda, beslenme, erken çocukluk, koruyucu hekimlik

# ABSTRACT


## JUNK FOOD CONSUMPTİON AND ATTİTUDES OF FAMİLİES İN FİRST 5 YEARS OLD CHİLDREN

**Aim:** Nutrition is one of the most important factors for a child's healthy growth and development. Early childhood is the period when healthy eating behavior develops and nutritional problems are most common. The addition of ready-to-eat foods, which are defined as junk food, are poor in terms of nutritional requirements, high in calories, contain unwanted quantities of salt, oil and sugar and are easily accessible, can cause serious health problems. In this study, it was aimed to evaluate the time of starting junk foods, consumption frequency and families' attitudes in the first 5 years of age.

**Material-Method:** The cross-sectional descriptive study was carried out at the Health Sciences University Izmir Tepecik Training and Research Hospital. The universe of the study was the parents who applied to the child health and follow-up outpatient clinic in June-November 2019 and their first 5-year-old children. 325 parents who agreed to participate in the survey study were included in the study. A questionnaire prepared by the researchers covering the questions about nutrition was applied to the parents. The data obtained were evaluated using the Student T, Mann-Whitney U, Anova or Kruskal Wallis tests, with a 95% confidence interval and significance $p < 0.05$.

**Results:** 52.3% of the children included in the study were girls and 47.7% were boys. The median age was 30 months. The average age of the mothers was $30.89 \pm 5.33$ years, and the average age of the fathers was $34.49 \pm 5.88$ years. 56.6% of mothers and 56.7% of fathers had high school or higher education levels. Income level of 37.5% of families was minimum wage or below. A large proportion of the children were cared for by their mothers, such as 78.5%. 80.6% of the parents in the study stated that they provided junk food to their children. When these foods were questioned one by one, it was found that 94.7% of all children fed junk food. The children were started with ready-made yogurt at the earliest (median = 7 months). It was seen that the start time of many junk food decreased to 2 months. As the child started junk foods, the majority of the families identified more than one cause they were affected. While 46.7% of the parents said that they received nutrition education from health personnel,

47.4% stated that they did not receive nutrition education. The rate of those who used junk food as a reward for children's good behavior was 25.9%. The rate of starting junk food was found to be statistically significantly higher in children with low-level parents, living in low-income families, going to the nursery, with a daily screen time of more than 2 hours ($p < 0.05$). The children of families with minimum wage and lower income had more poor apetite and coercion while feeding. Children who were identified as with poor apetite by their families were given significantly more junk food.

**Conclusions:** According to the results of the study, socio-demographic characteristics of the families such as education level and income status play an important role in the early period and high consumption of junk food. Although the frequency of consumption is high, the fact that some of the families stated that children do not consume junk food suggests that parents do not know these foods adequately. Since it is important in gaining healthy eating behavior in early childhood, protecting from childhood obesity and adulthood diseases, all healthcare workers have great duties in preventive medicine. During all the outpatient visits, families should be informed about child nutrition, junk food should not be given and negative results that may arise from the consumption of these foods should be explained.

**Keywords:** junk food, nutrition, early childhood, preventive medicine

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme sağlıklı yaşam için her dönemde önemli olmakla birlikte, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu çocukluk çağında daha da önem kazanmaktadır (1). Bir çocuğun büyüme ve gelişmesini etkileyen en önemli faktörlerden biri; yaşına, cinsiyetine ve aktivitesine uygun şekilde yeterli ve dengeli beslenmesidir (2).

Anne sütü ile beslenme, doğumdan itibaren sağlıklı büyüme ve gelişme için en ideal özellikte olan beslenme şeklidir. İlk altı ay sadece anne sütü ve devamında tamamlayıcı beslenme ile dünyada her yıl 1,3 milyon bebeğin ölümü engellenmektedir (3). Özellikle yaşamının ilk 2 yılında yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda büyüme ve gelişmenin geri kaldığı, bilişsel işlevlerin bozulduğu ve erişkin dönemde kronik hastalık riskinin arttığı bilinmektedir (4). Bu nedenle tamamlayıcı beslenmeye doğru zamanda, doğru şekilde ve uygun besinlerle başlamak önemlidir.

Beslenme konusunda yapılan hatalı uygulamalar yalnız çocukluk çağında değil erişkin çağda da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Erişkinlik dönemine uzanan birçok kronik hastalığın temelinde erken yaşlarda başlayan beslenme hataları yer almaktadır (5). Ailelerin eğitimsiz ve bilinçsiz beslenme davranışları sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (5).

Çocukların beslenme alışkanlıkları, aileye ait çeşitli özellikler, sosyal ve kültürel faktörler, ekonomik durum, medya, ödül ve ceza sistemi gibi faktörlerden etkilenmektedir (6). Erken çocukluk dönemindeki çocuklar, beslenme yönünden aileye bağımlıdır. Bu dönemde ailelerin kazandıracağı doğru beslenme alışkanlıkları, çocukların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerinde önemli bir temel oluşturur (6-8).

Yeme davranışının şekillendiği ilk 5 yaş beslenme sorunlarının en sık görüldüğü dönemdir ve aile ile çocuğun temel çatışma konularından biridir. Abur cubur gıda olarak tanımlanan ambalajlanmış, çocukların besin gereksinimleri yönünden fakir, yüksek kalorili, istenmeyen miktarlarda tuz, yağ ve şeker içeren ve çocukların kolaylıkla ulaşabildiği hazır gıdaların tüketimi de bu dönemde başlamakta olup olumsuz bir beslenme alışkanlığı olarak devam edebilmektedir (9).

Bu çalışma ile çocuk sağlığı ve izlem polikliniğine başvuran ilk 5 yaştaki çocukların abur cubur gıda tüketim sıklıkları, başlangıç zamanları ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Ebeveynlerin, çocuklarının abur cubur gıda tüketimi

konusundaki tutumlarının değerlendirilmesi çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1.SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA BESLENME

Beslenme; büyüme, gelişme ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için gerekli olan besinlerin yeterli miktarlarda alınması ve organizmada kullanılmasıdır (10). Çocukların protein, karbonhidrat, vitamin ve mineraller gibi besin gereksinimleri ve kalori miktarları yaşa göre değişmektedir. Dolayısıyla çocuklar için önerilen sağlıklı beslenme şekli de yaşa göre farklılıklar göstermektedir (11).

Doğumdan sonra, ilk altı ay sadece anne sütü bebeğin tüm enerji ve besin ihtiyacını karşılamada yeterlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tüm bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesini ve bunu izleyen dönemde tamamlayıcı beslenme ile birlikte anne sütünün 2 yaşa kadar devamını önermektedir (12).

Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve devam etmesi için, sağlık personelinin bu konuda eğitimli olması; anne sütü ile beslenmenin önemi, ek besinlere erken başlamanın sakıncaları ve ilk altı ay anne sütü alan bebeğin su dahil hiçbir ek besine ihtiyacı olmadığı konusunda aileleri bilgilendirmesi gerekmektedir (13).

Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki beslenmenin sadece ideal büyüme yönü değil, bebeklik, çocukluk ve erişkin dönem sağlığının belirleyicisi olması ve erişkin dönemde sağlıklı beslenme alışkanlığının kazanılması yönü ile de çok önemlidir (4). En uygun beslenme davranışları, doğumdan itibaren emzirme ile oluşturulmalı; çocukluk, ergenlik ve erişkinliğe uzanan dönemde de sürdürülmelidir.

### 2.1.1. Anne Sütünün Önemi ve Özellikleri

Anne sütü; bebeğin ideal büyüme ve gelişmesi için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin unsurlarını içeren, biyoyararlanımı oldukça yüksek, sindirime yardımcı enzimler içermesi nedeniyle sindirimi kolay en doğal besin kaynağıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişme, psikososyal gelişim ve ekonomik boyut açısından anne sütü ve emzirme oldukça önemlidir (14).

Anne sütü, içeriğindeki immünglobulinler (Ig) ile bağışıklık sistemini güçlendirirken aynı zamanda aşıların etkinliğini artırması ile bebeği enfeksiyonlara

karşı korumaktadır. Akut ve kronik hastalık riskini azalttığı bilinen anne sütü ayrıca içerdiği çeşitli hormonlar ve büyüme faktörleri yolu ile de bebeği alerjik hastalıklardan korur. Anne sütü ile beslenme, bebeğin çene yapısı ve diş gelişiminde de önemli bir rol oynamaktadır. Erişkin dönemde diyabet, hipertansiyon, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, çölyak hastalığı ve daha birçok kronik hastalığın oluşma riskini azalttığı da bilinmektedir (13-15).

Anne sütü ile beslenme, anne sağlığı açısından da oldukça önemli yararlar sağlamaktadır. Emzirme nedeniyle oluşan amenore, annede demir eksikliği gelişme olasılığını azaltır. Aynı zamanda emziren annelerde meme, over, endometrium kanseri ve ileri yaşta osteoporoz oluşma riski azalmaktadır. Emzirmeyen annelere kıyasla idrar yolu enfeksiyonu ve postpartum kanama daha seyrek görülmektedir. Emzirme anne-bebek arsındaki duygusal ilişkiyi kuvvetlendirerek annede oluşabilecek postpartum depresyon riskini azaltır (14, 15). Ayrıca yapılan çalışmalarda emzirmeyen annelerde çocuk istismarı ve ihmalinin emziren annelere göre daha belirgin olduğu bildirilmektedir (16).

### 2.1.2. Anne Sütünün İçeriği

Anne sütünün içeriği annenin beslenmesinden bağımsız şekilde, bebeğin o andaki gereksinimine göre değişkenlik göstermekte ve bu şekilde her anne bebeği için en uygun sütü meydana getirmektedir. Doğumdan hemen sonraki ilk 5-7 günde salgılanan sarımsı renkte ve koyu kıvamlı olan süt, kolostrum (ağız sütü) olarak adlandırılmaktadır. Kolostrum içerdiği antienfektif öğeler, A vitamini, sodyum ve çinko ile bebeği ilk günlerinde enfeksiyonlardan korur. İçerdiği Ig'ler ile bebeğin gastrointestinal sisteminde mukozal bir tabaka oluşturarak bebeği dış ortamdan gelecek patojen mikroorganizmalara karşı korur. Kolostrum 5-10 günler arasında protein miktarı daha az laktoz, yağ ve kalori içeriği daha fazla geçiş sütü şeklini alarak, 3. haftadan sonra olgun (mature) süt halini alır (14, 17).

Anne sütündeki ana karbonhidrat glukoz ve galaktozun bileşiminden oluşan laktozdur. İnek sütündeki laktoz içeriği 4,1 gr/dl iken anne sütündeki laktoz içeriği %7,1 gr/dl'dir. Laktoz; kalsiyum, magnezyum gibi minerallerin emilimini artırır, santral sinir sisteminin gelişiminde rol alan galaktolipitlerin yapısına girerek beyin gelişiminde rol oynar (4, 14, 17). Büyüme için önemli olan protein anne sütünde inek

sütüne göre düşük olmasına rağmen biyoyararlanımı daha yüksektir (17). Anne sütünün başlıca proteinleri whey ve kazein olup whey-kazein oranı 60/40'dır. Anne sütündeki laktoferrin, laktoalbumin, laktoglobulin, lizozim, serum albuminleri, Ig'ler (IgA, IgG, IgM) whey protein yapısındadır ve bunların bir kısmı enfeksiyonlardan koruyucu özelliktedir (14, 17). Anne sütü, inek sütüne veya formül mamaya göre daha düşük kazein içermesi nedeniyle sindirimin daha kolay olmasını sağlamaktadır (18). Bebek için gerekli enerjinin yaklaşık yarısı anne sütü içeriğindeki lipidlerden sağlanmaktadır. Anne sütünün zengin lipid içeriği enerji sağlamasının yanısıra nöral miyelinizasyon, gözde retinal işlevler ve hücre çoğalması için de önemlidir (17, 19). Anne sütünün mineral içeriği inek sütüne göre düşüktür ve yenidoğanın olgunlaşmamış böbrek işlevleri için uygundur. Anne sütünde bulunan demirin emiliminin de inek sütüne göre daha yüksek olması bebeği demir eksikliği anemisinden korumaktadır (19).

### 2.1.3. Anne Sütü ile Beslenmede Dikkat Edilecekler

Ülkemizde annelerin emzirmeye başlama oranları oldukça yüksek, ancak emzirmeyi sürdürme başarıları yetersizdir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri; iki aydan küçük bebeklerin %59'u, altı aydan küçük bebeklerin ise %41'i sadece anne sütü ile aldığını göstermektedir (20). Bu nedenle ilk altı ay bebeklerin sadece anne sütü ile beslenmelerinin desteklenmesi, doğru emzirmenin sağlanması ve sürdürülmesi önemlidir. Doğumdan hemen sonra anne ve bebeğin teması sağlanmalı, bebek hemen emzirilmeye başlanmalıdır (13, 19). Emzirmenin sıklığı ve süresi bebeğin isteğine göre belirlenmelidir. Süt yapımı açısından ilk günlerde emzirme sıklığı sekizin altında olmamalıdır. Emzirme sırasında bebeğin baş ve vücudu aynı düzlemde olmalı, yüzü memeye bakmalı, burnu tam meme ucunun karşısında olmalıdır. Ayrıca anne memeyi işaret parmağı ile alttan, başparmağı ile üstten desteklemelidir Meme ile bebeğin dudaklarına hafifçe dokunarak bebeğin ağzını genişçe açması sağlanmalı, bebeğin alt dudağı meme ucunun altına gelecek şekilde çabucak memeye tutmalıdır (19). Her emzirmede bebeğin memeyi tamamıyla boşaltması sağlanmalı, emzirmeye bir önceki beslenmede bebeğin emmediği diğer memeden başlanmalıdır (14, 19). Birçok anne, bebekleri yeterince süt aldığı halde sütlerinin yetersiz olduğu algısı nedeniyle emzirmeyi erken dönemde kesebilmekte ya

da erken dönemde ek gıdaya başlayabilmektedir. Doğum sonrası ilk iki hafta sonunda doğum tartısına ulaşamama, ilk bir ay içinde 500 gramdan az tartı alımı olması ve günde 6 kereden az, koyu renkli, konsantre idrar çıkışı bebeğin gerçekten anne sütünü yetersiz aldığının güvenilir göstergeleridir (21).

### 2.1.4. Anne Sütünün Verilmediği Durumlar

Annenin ağır hastalığı ya da psikozunun olması, annenin kemoterapi ya da radyoterapi aldığı durumlar, radyoaktif iyot kullanımı, aktif tüberküloz varlığı (balgamda basil negatifleşinceye kadar), annede HTLV-1 enfeksiyonu varlığı, bebekte galaktozemi olması anne sütünün verilmesini engelleyen durumlardır (22). Human immundeficiency virus (HIV) anne sütüne geçmektedir, ancak HIV virüsünün endemik olduğu ve beslenme sorunlarının yaygın olduğu gelişmemiş ülkelerde bebeklerin anne sütü ile emzirilmeye devam edilmesi önerilirken, HIV yönünden endemik olmayan ve beslenme sorunu olmayan ülkelerde emzirme önerilmemektedir (19). Annede memede aktif herpes simplex virus (HSV) varlığında, lezyonlar geçinceye kadar emzirmeye ara verilmelidir (21). Annenin CMV enfeksiyonu (prematür ve immün yetersizliği olan bebekler emzirilmemeli), rubella, HBV taşıyıcısı olması (hiperimmünoglobülin uygulamalı ve immünizasyonu sağlanmalı), annenin Hepatit A geçirmekte olması (hijyen kurallarna uyulmalı bebeğe immünglobulin uygulanmalı), mastit ve meme apsesi, bebekte hiperbilirubinemi emzirmeye engel teşkil etmemektedir (14, 19).

### 2.1.5. Tamamlayıcı Beslenme

Anne sütünün tek başına, süt çocuğunun besinsel gereksinimlerini karşılamaya daha uzun süre yeterli olamadığı ve diğer yiyecek ve içeceklerin anne sütü ile birlikte verildiği döneme “tamamlayıcı beslenme dönemi” adı verilmektedir (23). Altıncı aydan sonra başlanan geçiş besinleri; anne sütü ile beslenmeden erişkin birey beslenmesine geçişte köprü görevi görür. Geçiş besinleri bebeğin değişik tat, lezzet ve kıvamdaki besinlere alışmasını sağlarken; ısırma, çiğneme, ağız dil koordinasyonu gibi nöromüsküler işlevlerin gelişimine yardımcı olur. Katı gıdalarla beslenme, bebeğin nöromüsküler, gastrointestinal, boşaltım ve immün sistemlerinin gelişme ve olgunlaşması ile ilişkilidir (23, 24).

Ek besinler, başlangıçta az miktarda ve günde 1-2 öğün olarak verilmelidir. Gereğinden fazla öğün olması anne sütü alımını azaltabilmektedir (23). 4-6 aylık bebeklere verilen ek besinler yarı katı nitelikte olmalı, alerjen özellik içermemeli, yeterli vitamin ve mineral içermelidir. Evde mayalanmış yoğurt, sütlü mamalar, unlu çorbalar (mercimek, tarhana vb.), sebze çorbaları ve meyve suları bu amaca uygun başlıca besinlerdir. Demir eksikliğine yol açması nedeni ile çay, botulizm riski taşıması nedeni ile bal, favizm yapabilme riski nedeni ile bakla 1 yaşa kadar olan dönemde önerilmeyen besinlerdir (4, 24, 25).

Başlangıçta 6-7. aylarda besinler tuz ve baharat ilavesiz, yumuşak kıvamda ezme şeklinde verilmeli, 7-8. aylarda püre şeklinde çok pütürlü olmayan besinler ile devam edilmelidir. Püre şeklindeki yiyeceklere bebeğin çiğneme yeteneğinin kazanıldığı döneme kadar devam edilmeli, 8-12. Aylarda besinlerin kıvamı kademeli olarak artırılmalıdır. Bir yaş civarında ise el becerileri de gelişen çocuklar aile yemeklerini yiyebilir duruma gelmeli ve aile sofrasında yerini almalıdır (4, 23, 24).

Tamamlayıcı beslenmeye erken başlanması anne sütü yapımının azalmasına, bebeğin yetersiz enerji ve besin alımına neden olur. Uygun olmayan koşullarda hazırlanan besinler ve gastrointestinal işlevlerin yetersiz olması ishal oluşumuna yol açarak malnütrisyonu kolaylaştırır, alerjik hastalıkların riskini arttırır. 4. aydan önce başlanan ek besinlerin obezite riskini 6 kat artırır (4, 23). Tamamlayıcı beslenmeye geç başlanması ise yetersiz enerji ve besin alımına neden olarak, bebeğin büyüme ve gelişmesinin duraksamasına, malnütrisyona, demir ve çinko gibi mikro besinlerin eksikliğine yol açar. Çiğneme gibi yeme fonksiyonlarının gelişimi, bebeğin farklı tat ve yapıdaki besinlere alışması gecikmekte ve bu da gıda reddine neden olur (4, 23, 24)

Tamamlayıcı beslenmede tercih edilecek yiyecekler doğal, taze ürünler olmalı; dondurulmuş yiyecekler, konserve ürünler ve katkı maddeli hazır market gıdalarından kaçınılmalıdır (25).

### 2.1.6. Erken Çocukluk Döneminde Enerji ve Besin Gereksinimleri

Alınan enerji, çocuğun büyüme ve gelişmesi ve yaşamın devamı için gerekli olan biyokimyasal olayların gerçekleştirilebilmesi için gereklidir. Çocukluk döneminde büyüme hızı bebeklik dönemine kıyasla daha yavaş seyreder. Bu nedenle erken çocukluk döneminde, çocukların kilo başına almaları gereken kalori miktarı da

bebeklik dönemine oranla daha düşüktür. Alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki denge bozulduğu durumda malnütrisyon ya da obezite ortaya çıkar (26, 27).

Erken çocukluk dönemindeki bir çocuğun günlük alması gereken enerji miktarı basit bir formül ile hesaplanabilir:

Enerji Gereksinimi = Bir yaş için 1100 kalori + Sonraki her yaş için 100 kalori

Tablo 1 ve 2 de erken çocukluk döneminde önerilen günlük kalori alımları verilmiştir (26).

**Tablo 1.** DSÖ, Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri'nde önerilen günlük enerji alımı (kcal) (26).

| Yaş | Dünya Sağlık Örgütü | Avrupa Birliği | Amerika Birleşik Devletleri |
|---|---|---|---|
| **Erkek** | | | |
| **1-3 yaş** | 1230 | 1215 | 1300 |
| **4-6 yaş** | 1715 | 1690 | 1800 |
| **Kız** | | | |
| **1-3 yaş** | 1165 | 1140 | 1300 |
| **4-6 yaş** | 1545 | 1595 | 1800 |

**Tablo 2.** Yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite derecesine göre önerilen günlük kalori alımı (kcal)

| Fiziksel aktivite derecesi | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | **Yaş (yıl)** | **Hareketsiz** | **Orta derecede aktif** | **Aktif** |
| **Çocuk (kız ve erkek)** | 2-3 | 1000-1200 | 1000-1400 | 1000-1400 |
| **Kız** | 4-6 | 1200-1400 | 1400-1600 | 1400-1800 |
| **Erkek** | 4-6 | 1200-1400 | 1400-1600 | 1600-2000 |

İlk 1 yaşta günlük enerji ihtiyacı 80-120 kkal/kg arasında iken her üç yılda 10 kkal/kg kadar bir azalma olmaktadır. Puberte döneminde büyümenin tekrar hızlanması nedeniyle enerji ihtiyacı da artmaktadır. Anne sütü ya da formula ile beslenen bebeklerde günlük enerjinin %9-15'i proteinden, %45-55'i karbonhidrattan, %35-45'i yağlardan karşılanmaktadır. Sonraki yaşlarda ise bu oranlar %10-15 protein, %55-60 karbonhidrat, %30 yağlardan şeklindedir. Bir gram protein ve karbonhidrat 4 kkal enerji sağlarken, bir gram kısa zincirli yağ asidi 5.3 kkal, orta zincirli yağ asidi 8.3 kkal, uzun zincirli yağ asidi 9 kkal enerji sağlamaktadır. Alınan kalori alımına oranla

vücuttaki yağ oranı da artmaktadır. Erken yaşta fazla yağ alımının erişkin yaşlarda obezite ve ateroskleroz ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (28).

Vücutta protein, karbonhidrat ve yağların işlevleri, eksiklik ve fazlalık belirtileri ile bu maddeleri içeren başlıca besin kaynakları Tablo 3'te gösterilmiştir (28).

**Tablo 3.** Vücutta proteinler, karbonhidratlar ve yağlar

| | **İşlevleri** | **Eksiklik belirtileri** | **Fazlalık belirtileri** | **Kaynakları** |
|---|---|---|---|---|
| **Proteinler** | Büyüme ve doku hücrelerinin tamiri için amino asit sağlar; sıvılarda osmotik dengeyi korur; hemoglobin, nükleoproteinler, glikoprotein ve lipoproteinler, enzimler, antikorlar, tırnak ve saçların bileşimine girer. | Halsizlik, karın şişliği, ödem, plazma proteinlerinde azalma, kwashiorkar (protein malnütrisyonu), marasmus (protein-enerji malnütrisyonu) | Uzun süre yüksek protein alımı böbrek yetersizliğini tetikleyebilir | Süt, yumurta, et, balık, süt ürünleri, peynir, soya fasulyesi, tahıl, fındık, fasulye, bezelye, mercimek |
| **Karbonhidratlar** | Kolay tüketilebilen ve depo edilen kalori (glikojen ve yağ) kaynağıdır; antiketojeniktirler, hücrelerin ve antikorların yapısında bulunurlar; Amino asitlerin yeniden sentezinde kullanılırlar | Kalorinin %15'inden daha azı karbonhidrattan oluşursa (veya tam açlıkta) ketoz oluşur. Total kalori azlığında kilo kaybı olur. | Şişmanlama. Şeker metabolizmasının doğumsal bozuklukları sonucu çeşitli sendromlar oluşur | Süt, tahıl, meyveler, sükroz içeren sıvı, sebzeler, nişastalar |
| **Yağlar** | Enerji değerleri yüksektir. Damar, sinir ve organlar için fiziksel koruyuculuk işlevleri vardır. Isı değişikliklerine karşı da vücudu korurlar; hücre membranı ve nükleus yapısında bulunurlar. A,D,E,K vitaminlerinin emiliminde rol alırlar. Bazı yağ asitleri esansiyeldir. Yağlar iştah ve doygunluk duygusu verir (mide boşalımını geciktirir) | Tokluk duygusu olmaz (yağlar için aşırı istek), zayıflama, linoleik asit çok az alınırsa küçük bebeklerde deri değişiklikleri gelişir | Şişmanlama, ailevi hipelipidemide abdominal şikayetler, bazı kişilerde yüksek kolesterol alımı zararlı olabilir | Süt,yağ,yumurta sarısı, et, balık, peynir, fındık, bitkisel yağlar (mısır, soya yağı ve diğerleri) özellikle linoleik asitten zengindi |

Vitaminler ve mineraller, günlük gereksinimleri küçük miktarlarda olmasına rağmen birçok enzim ve hormonun yapısına girmeleri, büyüme ve gelişmede rol almaları nedeniyle büyümenin hızlı olduğu erken çocukluk döneminde ayrıca önem taşımaktadır. Yetersiz alınmaları vücutta çeşitli bozuklukların ve hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur (29).

Bazı besin ögelerinin ilk 5 yaştaki çocuklar için önerilen günlük miktarları Tablo 4' te gösterilmiştir (28, 30).

**Tablo 4.** Besin ögelerinin yaşlara göre günlük alınması önerilen miktarları

| **Bazı Besin Ögelerinin Günlük Gereksinimleri** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Besin Öğeleri** | 0-6 ay | 6-12 ay | 1-3 yaş | 4-6 yaş |
| Enerji (kcal) | 650 | 850 | 1300 | 1800 |
| Protein (g) | 13 | 14 | 16 | 24 |
| Karbonhidrat (g) | 60 | 95 | 130 | 130 |
| Linoleik asit (g) | 4.4 | 4.6 | 7 | 10 |
| Alfa-linoleik asit (g) | 0.5 | 0.5 | 0.7 | 0.9 |
| **Elektrolit ve Mineraller** | | | | |
| Kalsiyum (mg) | 210 | 270 | 500 | 800 |
| Fosfor (mg) | 100 | 275 | 460 | 500 |
| Magnezyum (mg) | 30 | 75 | 80 | 130 |
| Demir (mg) | 6 | 10 | 10 | 10 |
| Çinko (mg) | 5 | 5 | 10 | 10 |
| İyot (µg) | 40 | 50 | 70 | 80 |
| Selenyum (µg) | 10 | 15 | 20 | 20 |
| Flor (µg) | 0.01 | 0.5 | 0.7 | 1.1 |
| **Vitaminler** | | | | |
| Vitamin A (µg) | 400 | 500 | 300 | 400 |
| Vitamin C (µg) | 40 | 50 | 15 | 25 |
| Vitamin D (µg) | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Vitamin E (mg) | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Vitamin K (µg) | 2.0 | 2.5 | 30 | 55 |
| Tiamin (mg) | 0.2 | 0.3 | 0.5 | 0.6 |
| Riboflavin (mg) | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.6 |
| Niasin (mg) | 2 | 4 | 6 | 8 |
| Vitamin B6 (mg) | 0.1 | 0.3 | 0.5 | 0.6 |
| Folat (µg) | 65 | 80 | 150 | 200 |
| Vitamin B12 (µg) | 0.4 | 0.5 | 0.9 | 1.2 |

## 2.2. ÇOCUKLARDA BESLENME BOZUKLUKLARI

Çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu protein ve enerji yetersizliği, enerji fazlalığı (obezite) ya da besin öğelerinin eksikliği veya fazlalığı gibi beslenme bozuklukları oluşabilmektedir. Çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde klinik muayene ile birlikte antropometrik ölçümler, histolojik incelemeler biyokimyasal ve biyofizik yöntemlerden de yararlanılmaktadır (31).

### 2.2.1.Malnütrisyon

Malnütrisyon, beslenmede değişik derecelerde protein ve/veya enerji eksikliği sonucu oluşan, genellikle süt çocukları ve küçük çocuklarda rastlanan, sık olarak enfeksiyonların da eşlik ettiği bir durumdur (32). Protein-enerji malnütrisyonu (PEM) gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık problemlerinden biri olup 5 yaş altındaki çocuklarda artmış mortalite ve morbiditenin kritik bir belirleyicisidir (33).

Malnütrisyon için en önemli risk anne sütünün yeterli süre ve miktarda alınmaması ve tamamlayıcı beslenmenin erken ya da geç başlanmasıdır. Diğer risk faktörleri; annenin eğitim düzeyinin düşük olması ya da çalışıyor olması, bebeğe bakım veren kişilerin bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamaları, besin hazırlamada yapılan hatalar, kardeş sayısının fazla olması, kardeşler arasında yaş farkının az olması, ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, çocuğun sık hastalanması, kronik hastalıklar ve yetersiz sağlık hizmetidir (34, 35).

Malnutrisyonun süresini belirlemek için Waterlow sınıflaması kullanılır. Bu sınıflamada yaşa göre boyun %95'in altında olması kronik malnutrisyonu gösterirken boya göre ağırlığın %90'nın altında olması akut malnutrisyonu gösterir (36). Malnutrisyon tipinin belirlenmesinden sonra tedavi planı, prognoz ve izlem süresi açısından ağırlığının derecelendirilmesi önemlidir ve bu amaçla Gomez sınıflaması kullanılır. Yaşa göre ağırlık ölçülerek yapılan bu sınıflamada, ölçülen ağırlık, aynı yaştaki sağlıklı bir çocuğun vücut ağırlığıyla kıyaslanır (37). PEM şiddetine göre; hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılır. Ciddi PEM (ağır PEM) olan çocuklar ise, klinik olarak Marasmus, Kwashiorkor ve Marasmik kwashiorkor şeklinde 3 sınıfa ayrılır (38).

Malnütrisyon en sık hafif ve orta PEM şeklinde görülür, fiziksel ve zihinsel duraksamanın eşlik ettiği bu çocukları klinik olarak saptamak oldukça önemlidir. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki 6 ay ve 5 yaş arasındaki çocuklar malnütrisyondan en çok etkilenen gruptur. Malnütrisyon sık hasta olma, halsizlik gibi nonspesifik semptomlarla ortaya çıkabildiği gibi bir başka hastalığın semptomları içerisinde atlanabilir. Bu nedenle polikliniğe başvuran tüm bebek ve çocuklarda büyüme eğrileri aylara göre izlenmeli, yaşına göre olması gereken kiloda olmayan çocukların beslenme durumu sorgulanmalıdır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde

tamamlayıcı beslenmenin doğru ve uygun şekilde başlanarak devam edilmesi malnütrisyon gelişmesini önlemek ve malnütrisyon tablosunu düzeltmek açısından önemlidir (38, 39).

Marasmus hastalıktan erimiş, bitmiş demektir. En sık görülen PEM formu olup özellikle diyetteki enerji kaynaklarının yetersiz alımı sonucu gelişmektedir. Marasmuslu çocuklar aşırı derecede zayıf ve güçsüz görünümlü, huzursuz ve apatiktirler. Yüzleri yaşlı insan görünümünde, saçları kuru ve incedir. Kas ve yağ dokuları olmayıp kemikleri belirgin, derileri buruşuktur. Vücutlarında, ayaklarında ödem beklenmez (38).

Kwashiorkorlu çocuklarda enerji alımından çok protein alımındaki yetersizlik ön plandadır. El, ayaklarda bazen yüzde görülen ödem en belirgin bulgusu olmakla birlikte soğukluk, solukluk, letarji, apati, çevreyle ilgisizlik ve davranış bozuklukları da eşlik edebilir. Deride pullanma, çatlaklar, bazen de ülserleşmeler görülebilir. Saçlar ince, kuru, kırılgan ve parlaklığını yitirmiştir. Karaciğerde yağlanma sonucu hepatomegali, kaba tremorlar ve myoklonus görülebilir. Kwashiorkor genellikle sinsi başlangıçlıdır ve araya giren bir enfeksiyonla klinik ağırlaşıp hasta kaybedilebilir (38, 40).

Marasmik kwashiorkor; marasmus ve kwashiorkorun klinik ve biyolojik özelliklerinin birlikte bulunduğu ödemli, ağır bir protein enerji malnutrisyon şeklidir (38).

DSÖ tedavi planına göre PEM tedavisi üç aşamalıdır.

1. Evre (Resüsitaston ve stabilizasyon): Bu aşamada şok, anemi, kalp yetmezliği, dehidratasyon gibi komplikasyonlar düzeltilir, enfeksiyon durumu varsa antibiyotik tedavisine ve beslenmeye başlanır.

2. Evre (Rehabilitasyon): Elektrolit, mineral ve vitaminlerle birlikte gerekli protein ve enerji ihtiyacını karşılayan bir diyete başlanır. Bu aşamada genellikle çocuk çevreyle daha ilgilidir ve iştahında artış olur. Kalori alımının 150 kkal/kg/gün ve protein alımının 4 g/kg/güne ulaşılmasıyla çocuk serbest diyete geçebilir. Bu dönemde çocukların beslenmesinin yanında psikolojik olarak da desteklenmesi önemlidir.

3. Evre (İzlem): Çocuğun taburculuk sonrası evde izlem dönemidir. Bu aşamada evde uygulanacak diyet ve aşılar düzenlenmeli, malnütrisyonun tekrar gelişmesini engelleyen önlemler alınmalıdır. Düzenlenen diyetin çocuğa, annesine ve

o toplumun geleneklerine uygun ve kolay ulaşılabilir olmasına dikkat edilmelidir. Taburculuk sonrası çocuğun düzenli aralıklarla planlı takibi önemlidir (36, 39, 40).

### 2.2.2. Obezite

DSÖ tarafından obezite, vücutta yağ miktarının sağlığa zarar verebilecek düzeyde artışı olarak tanımlanmıştır (41). Klinik olarak obeziteyi tanımlamak için kilonun boyun karesine oranlanması (kg/m2) sonucu elde edilen vücut kitle indeksi (VKİ) kullanılır. Erişkinlerde VKİ'nin 25' in üzerinde olduğu bireyler aşırı kilolu, 30 üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır. Çocuklarda ise yaş ve cinse göre hazırlanan VKİ persentil eğrileri kullanılır. Buna göre >85 persentil olan çocuklar aşırı kilolu, >90 persentil olanlar ise obez olarak sınıflandırılmaktadır. Ayrıca yaşa göre vücut ağırlığı, boya göre ağırlık, deri kıvrım kalınlığının ölçümü ve içerdiği yağ bakımından vücut kompozisyonu da tanı yöntemi olarak kullanılmaktadır (42).

Çocukluk çağı obezitesi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada hızla artan bir sağlık sorunudur. DSÖ'nün 2016 yılı verilerine göre 5-19 yaş arasında 340 milyondan fazla çocuk ve adelösan, 5 yaş altında ise 41 milyon çocuk fazla tartılı veya obezdir (41). Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırma Girişimi Çalışması verilerine göre ülkemizde 7-8 yaş grubu çocukların %25'i fazla tartılı ya da obezdir (43).

Çocukluk çağı obezitesi birçok faktörle ilişkilidir. Hem genetik hem de çevresel faktörlerin enerji metabolizması ve yağ dokusu üzerindeki etkilerinin sonucu olarak obezite gelişmektedir. Ebeveynlerin obez olması çocuklarda da obezite görülme sıklığını arttırmaktadır (44). Genetik yatkınlığı olan çocuklarda çevresel etmenlerin de eklenmesi ile obezite oluşumu kolaylaşmaktadır. Bu dönemde obezitenin gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri içerisinde; fiziksel aktivite azlığı, uzun süreli televizyon, bilgisayar, tablet kullanımı gibi hareketsiz aktivitelerin artışı, kompleks karbonhidrat ve lifli besin tüketiminin azalması, yağlı yiyecek, şekerli içecek, abur cubur ve fast food gıda ile beslenme alışkanlığının artması yer almaktadır (45). Günümüzde endüstriyel gelişim ile birlikte şehir yaşamının artmış olması, çalışan ebeveyn sayısındaki artış; yaşam tarzının değişmesine ve obeziteye yol açabilecek yoğun kalorili endüstriyel ürünlerin daha fazla tüketilmesine yol açmıştır. Hazır yiyecek

ürünlerinin daha kolay ulaşılabilirliği ve daha ucuz olması ve ailelerin bu konuda yeterli bilince sahip olmaması da bu duruma etkilidir (46).

Yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şekli obezite gelişmesinde etkili olan faktörlerden bir diğeridir. Yapılan çalışmalarda, anne sütü ile beslenen çocuklarda obezite sıklığının anne sütü ile beslenmeyenlere oranla daha düşük olduğu gösterilmektedir. Ayrıca anne sütü ile beslenme süresinin, tamamlayıcı beslenmeye başlama zamanının, tamamlayıcı beslenme miktarı ve içeriğinin de obezite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (47).

Çocukluk çağında başlayan obezite ve oluşan insulin direnci erişkin dönemde tip 2 diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom ve kardiyovaskuler hastalık gelişim riskini artırmaktadır (48). Obez çocukların ileride yaşamına obez erişkinler olarak devam etmesi, obeziteye sekonder gelişen komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalitede ciddi artışlar yaşanması ve obezitenin çoğunlukla da önlenebilir bir sağlık sorunu olması nedeniyle, ebeveynlerin bu konuda bilinçlendirilmesi birinci basamakta koruyucu hekimlik açısından önem arz etmektedir (49).

Çocukluk çağı obezitesinin tedavisi oldukça zordur ve başarılı bir tedavi için multidisipliner, iyi bir ekip çalışması gereklidir. Diyet programları, egzersiz programları, diyet ve egzersiz alışkanlıklarının değişmesini hedefleyen davranışçı terapiler, ilaclar ve cerrahi müdahaleler uygulanabilecek tedavi modaliteleridir. Ancak ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi çok zorunlu durumlar dışında çocukluk döneminde önerilmemektedir. Bu tedavi yöntemleri doktor, diyetisyen, psikolog ve egzersiz fizyoloğunun bir arada bulunduğu bir ekip ile uygulanmalıdır. Çocukta olumlu ve kalıcı davranış değişikliklerinin oluşturulabilmesi ve başarılı bir tedavi için ailenin, akrabaların, arkadaş çevresinin, okul çocuğu ise öğretmenlerinin ve diğer sağlık personelinin iş birliği içinde olması sağlanmalıdır (50).

Erken çocukluk döneminde beslenme başkalarına bağımlı olduğundan bu dönemde çocuk için rol model olan ailelerin obeziteyi önleme ve azaltmaya yönelik programlara katılımı ve sağlıklı beslenme davranışı geliştirmesi çok önemlidir.

### 2.2.3. Yeme Davranış Bozuklukları

Beslenme bozukluklarının gelişmesinde, ebeveynlerin bebeklik dönemindeki hatalı besleme davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Tamamlayıcı beslenmeye

geçiş ve anne sütünden ayrılma dönemleri beslenme bozukluklarının en sık ortaya çıktığı riskli dönemlerdir (8, 51). Beslenme davranışının şekillenmesinde önemli rol oynayan ebeveynler; uygun besinleri ve uygun miktarlarda çocuğa sunarak, çocuğun ne kadar yiyeceğini kendisinin belirlemesine izin vererek ve gerektiğinde davranışsal sınırlar koyarak, çocuğun kendi kendini beslemeye geçişine yardımcı olabilirler. Bu basamaklarda yaşanan aksaklıklar beslenme sorunlarının ortaya çıkışına neden olabilmektedir. Ailenin sosyodemografik özellikleri, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk varlığı, anne çocuk ilişkisindeki çatışmalar yeme bozukluklarının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (52).

Çocuklar için ebeveynleri tarafından oluşturulan beslenme ortamı ve ebeveynlerinin uyguladıkları beslenme yöntemleri sağlıklı yeme davranışı geliştirebileceği gibi beslenme sorunlarına zemin de hazırlayabilir, çocuk yemeyi reddedebilir. Bu yöntemler baskıcı, zorlayıcı ve cezalandırıcı olabileceği gibi yalvaran, uzun süre çocuğun peşinde dolaşarak yedirme, televizyon izlerken ve kandırarak yedirme şeklinde davranışlarla ortaya çıkabilir. Bu yanlış beslenme davranışları, aile-çocuk ilişkisini ve çocuğun yeme davranışını daha da olumsuz etkileyerek yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilir (9).

Erken çocukluk döneminde beslenme sorunları açısından birçok risk faktörü bulunmaktadır. Ebeveynlerde yeme sorunları olması, düşük doğum ağırlığı, anne sütü ile beslenmeme veya yeterli anne sütü almamış olma, tamamlayıcı beslenme dönemindeki hatalı davranışlar, ilk çocuk olma, kronik hastalık öyküsü olması çocukta beslenme sorunları gelişmesinde etkili etmenler olarak gösterilmiştir. Beslenme bozukluğu olan çocuklarda genellikle geç uykuya dalma, kolay ve sık uyanma, huzursuz uyuma gibi uyku sorunları da görülebilir. Anne-bebek arasındaki çatışma, beslenme sorunları ile birlikte uyku sorunlarına da neden olabilir ve uykunun düzene girmesi ile beslenme sorunları da çözümlenebilir (9, 11).

Bazı durumlarda çocuğun beslenmesi, büyüme ve gelişmesi annenin beklentisinden farklı olabilmektedir. Hastalık dönemlerinde ailelerin sıkça dile getirdiği iştahsızlık yakınması, yeme bozukluklarından ayırt edilmelidir. İştah besinlere karşı duyulan istek olarak tanımlanabilir. İştahsızlık ise besin alımına olan isteksizlik olarak tanımlanırken, iştahsız çocuk tanımı ise az beğenen, zor yiyen, çok seçici, isteksiz, çok yavaş yeme, yeni bir besin yememe, yemek yerine abur cubur

tüketme gibi pek çok yeme davranışını ifade eder (53). İştahsızlık yakınması ve yeme problemleri nedeniyle doktora başvuran sağlıklı çocukların oranı %20-35 arasında değişmektedir (54). İştahsızlık yakınması ile başvuran çocuklarda öncelikle değerlendirilmesi gereken önemli noktalar; altta yatan herhangi bir organik hastalık varlığı, ailenin bu konudaki algısının gerçeği yansıtıp yansıtmadığı, ailenin beslenme ile ilgili tutum ve davranışları, bu durumdan çocuğun büyüme ve gelişmesinin ne kadar etkilendiğidir (55).

Çocuklarda en sık gözlenen beslenme sorunu olan yeme reddi; çocuğun beslenme ve kalori ihtiyacını karşılayamadığı, tüm ya da çoğu besini reddettiği yeme davranışıdır. İştah azalması ve verilen besine kafayı çevirme, ağzı kapatma, besini tükürme, ağızda tutma, kusma gibi davranışlar da yeme reddi ile ilişkili olarak tanımlanmıştır. Tamamlayıcı beslenmenin başladığı dönemde başladığı ve yaşla birlikte azaldığı izlenen neofobi, çocuğun yeni yiyecekleri reddetmesi olarak tanımlanabilir. Az ve seçici yeme özelliği olanlar ise tüm besinleri çeşitlilik ve miktar olarak az tüketirler. Aynı besinle tekrarlayan karşılaşmalarda da bu durum değişmez. Aileleri tarafından seçici olduğu ifade edilen çocukların ebeveynlerine zorlayıcı olmadan her besini çocuğa 8 ila 15 kez sunulması gerektiği anlatılmalıdır (9).

Erken çocukluk döneminde gerek iştahsızlık gerekse besin reddetme ve seçici beslenme gibi yeme sorunları, genellikle psikolojik nedenlerle ortaya çıkar. Çocukların bazıları dikkat çekmek amacıyla beslenmeyi reddedebilirler.

Günümüzde artarak önem kazanan davranışsal yeme bozuklukları riskleri çocuklarda kısa sürede belirlenmesiyle, sonraki yıllarda oluşabilecek yeme bozukluklarını azaltabilmesi açısından önemli olduğu ifade edilmiştir (56).

### 2.2.4. Demir Eksikliği Anemisi

Demir eksikliği anemisi, çocukluk çağında en sık görülen nütrisyonel anemi şeklidir (57). Tamamlayıcı beslenmeye geç ve uygunsuz besinlerle başlanması, diyette demir emilimini engelleyen besinlere yer verilmesi, 1 yaş öncesinde inek sütü tüketilmesi ve inek sütünün fazla tüketilmesi gibi beslenme hataları çocuklarda demir eksikliğine neden olabilmektedir (58). Çocukların bilişsel gelişimlerini ve büyümelerini olumsuz etkilemesi nedeniyle demir eksikliği anemisinin önlenmesi, tedavisinden daha önemlidir (59). Anne sütündeki demir miktarının inek sütüne göre

daha az olmasına rağmen biyoyararlılığının daha yüksektir. Bu nedenle 2 yaşa kadar anne sütü ile beslenme teşvik edilmelidir (19). Ailelere ek gıdaya zamanında ve uygun besinlerle başlamaları ve diyette abur cubur gıdalara ve çaya yer verilmemesi gerektiği anlatılmalı; demir içeriği yüksek ve demir emilimini artıran besinler hakkında bilgi verilmelidir.

### 2.2.5. Kabızlık

Erken çocukluk döneminde zorlu tuvalet eğitiminin yanı sıra beslenmede yapılan hatalar kabızlığın asıl nedenini oluşturmaktadır. Diyette lifli besin miktarının az olması (lif miktarının 6 gr. /günden az olması) durumunda kabızlık gelişebilir.

Sütü fazla tüketen çocuklar arasında kabızlık yaygındır. Kabız çocukların genellikle 600 ml'den fazla süt aldıkları (çoğu da biberon ile olmak üzere) ve bu nedenle diğer besin çeşitlerini daha az aldıkları gözlenmiştir. Yetersiz sıvı alımı da kabızlığa yol açan diğer önemli sebepler arasındadır.

Kabızlığın önlenmesinde, günlük alınan sıvı miktarı gözden geçirilerek yeterli sıvı alımının sağlanması ve çocukların diyetinde liften zengin besinlere belli sıklıklarla yer verilmesi önemlidir (58).

### 2.2.6. Diş Çürükleri

Dişler ile ilgili sorunlar çoğunlukla okul öncesi erken çocukluk döneminde başlamaktadır. Bu dönemde tüketilen yüksek karbonhidratlı bazı besinlerin ağız içindeki pH'yı düşürmeleri diş çürüklerinin oluşması için uygun bir ortam hazırlamaktadır. Öğünlerle birlikte tatlandırılmış içeceklerin tüketilmemesi, uykudan hemen önce yiyeceklerin verilmemesi ve yatmadan önce dişlerin mutlaka fırçalanması alınabilecek temel önlemlerdir (60).

## 2.3. ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİ BESLENMESİ ÖZELLİKLERİ

Erken çocukluk döneminin başında çocuğun beslenmesi ebeveyne veya bakım veren kişiye bağlıyken, aynı dönemin sonunda bağımsız bir hal almaya başlar. Çocuğun hızla geliştiği ve değiştiği bu dönemde beslenme alışkanlıkları da ailesinden ve çevresinden etkilenerek değişir. Bu dönemdeki çocuklar ebeveynlerini taklit ederler. Bu nedenle çocukların sağlıklı beslenme davranışı geliştirebilmesi ve

sürdürebilmesi için ailelerin beslenme konusunda bilinçli ve bilgili olması, kendilerinin de sağlıklı beslenme alışkanlığı edinmeleri ve çocuklarını bu konuda teşvik etmeleri gerekmektedir (61).

Erken çocukluk dönemindeki çocuklar besinleri tanıyabilecekleri şekilde görmek ve elleri ile yemekten hoşlanırlar. Besinlerin çok fazla pişirilmesi ve ezilmesi besin alımının azalmasına neden olabilir. Bu dönemdeki çocuklar seçicidir, her besini yemez. Sınırlı sayıda besin tüketir ve genellikle bir süre belli bir besin tercih eder. Ailelerin besini tüketmesi için ısrarcı olması, yemekle ilgili ödüllendirme veya cezalandırma gibi tutumları çocuğun besini tamamen terk etmesine ve olumsuz beslenme davranışı gelişmesine neden olur (27, 61).

Bu yaş grubunun besin tüketimi değişkendir; bazı günler az, bazı günler fazla yemek yerler. Bununla beraber düzenli beslenmeye alıştırmak adına, çocuklar belirli saatlerde beslenmeli ve öğünler dışında abur cubur olarak adlandırılan bisküvi, cips, çikolata gibi besinlerin yenmesine izin verilmemelidir (61). Çocuğun her beslenmede sofrada en az on dakika oturması ve aile ile birlikte yemek yemesi özendirilmeli, çocuğun kendini beslemesine izin verilmelidir. Besinler çocuğa az miktarda sunulmalı, çocuk isterse tekrar verilmelidir. Çocuğun istemediği besinde veya miktarda ısrar edilmemelidir (62).

Besin tercihleriyle ilgili deneyimler, bebeklik döneminde başlar ve çocuklar katı gıdalara geçtikçe gelişmeye devam eder. Bu süre zarfında, çocukların gıda tercihleri, ulaşılabilirlik, gıdalara aşinalık ve ebeveyn modellemesi gibi faktörlerden etkilenir. Erken çocukluk beslenmesinde; çocuğun sağlıklı yeme alışkanlığı kazanması, çocuğun yaşına ve aktivitesine uygun besinlerin sunulması, bu besinlerle erken, pozitif ve tekrarlanan deneyimlerle tanışmaları, sağlığa zararlı maddeler içeren abur cubur gıdaların tüketiminden kaçınılması amaçlanmalıdır. Anne/babanın rol model olduğu ve çocuk beslenmesinden primer sorumlu olduğu bu dönemde, ailelere her izlemde sağlıklı beslenme ilkeleri anlatılmalıdır.

### 2.4. ABUR CUBUR GIDALAR

Dilimize abur cubur gıda olarak çevrilen “junk food” terimi ilk kez 1972 yılında Michael F. Jacobson tarafından kullanılmıştır. Tadı yapay katkı maddeleri ile zenginleştirilmiş, yüksek kalorili ancak besin değeri düşük olan bu gıdalar; sağlığa

zararlı kabul edilebilecek miktarlarda tuz, şeker, yağ, gıda boyaları, koruyucular içermektedirler. Marketlerde kolayca ulaşılabilen, yapılan reklamlarla ve süslü paketleriyle çocuklar için cazip görünen abur cubur gıdalar; çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesi için gerekli olan protein, vitamin ve mineral bakımından yoksundur. Bu gıdaların lif ve posa içerikleri de azdır. Bugün hayatı birçok yönden kolaylaşan aileler için de evde zahmetle hazırlanan, emek ve zaman isteyen besinler yerine; ulaşılabilirliği ve tüketimi kolay olan, uzun raf ömrüne sahip ve lezzetli olan bu gıdalar tercih edilebilmektedir (63).

Tatlı/tuzlu bisküviler, cips türleri, sakız, şekerlemeler, gazlı ya da tatlandırılmış içecekler abur cubur gıdalara örnek olarak verilebilir. Hazır paketler içinde market raflarında sergilenen bu gıdalarda koruyucu olarak kullanılan sülfürdioksitlerin astım ataklarını tetiklediği ve alerjik reaksiyona neden olduğu bildirilmiştir (64). Gıdalardaki renklendiricilerin insanlarda aşırı duyarlılık, astım, deri döküntüleri, migren, kanser gibi rahatsızlıklara yol açtığı belirtilmektedir. Çocuklarda sentetik gıda boyaları bazı davranış bozukluklarına, hiperaktivite ve dikkat eksikliğine neden olabilmektedir (65). Yüksek şeker ve doymuş yağ oranı nedeniyle hipertansiyon ve kalp hastalıklarına yol açabileceği bildirilmektedir (66). Gıda paketlerindeki kimyasal maddelerin besinlere geçebildiği bilinmektedir. İngiltere'de 2010 yılında 0-6 yaş grubu çocuklarda paketlenmiş gıdalardaki kimyasal madde alımının etkilerini inceleyen bir çalışmada, çocukların vücut ağırlığı başına 0,1 dm2 den fazla kimyasal madde geçişlerine maruz kaldığı gösterilmiştir (67). Abur cubur gıdalar düşük besin içerikleri ve tokluk hissi yaratarak çocukların normal öğünlerini tüketmemesi nedeniyle bazı çocuklar için iştahsızlık ve malnutrisyona neden olabilirken; yüksek kalori ve yağ içeriği ile obeziteye de yol açabilmektedir. Stresle, rahatsız edici duygularla, yüksek ghrelin seviyesi ile tetiklenen abur cubur yeme isteğinin, yoksunluk belirtilerinin çok güçlü olmadığı hafif bir bağımlılığa da neden olduğu belirtilmektedir. Bu bağımlılık obezite için büyük bir tehlike oluşturmaktadır (68).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. Çalışmanın evrenini, 2019 yılı Haziran-Kasım aylarında çocuk sağlığı ve izlem polikliniğine başvuran ilk 5 yaştaki çocuklar ve ebeveynleri oluşturdu. Evreni bilinen örneklem yöntemi ile etki büyüklüğü=0.3, tip 1 hata = 0.05, ve güç %95 olmak üzere gerekli örneklem sayısı 325 olarak belirlendi. Kabul kriterlerini sağlayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve gönüllü onam formunu imzalayan 325 ebeveyn ve çocukları ile çalışma yürütüldü.

Yapılacak olan çalışmanın içeriği, amacı ve yöntemi ile ilgili gerekli bilgiler, ebeveynlerle yapılan yüz yüze görüşme esnasında sözlü ve yazılı olarak verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Ek-1) imzalayan ebeveynler çalışmaya dahil edildi. İlk 5 yaştaki çocukların ebeveynlerine abur cubur gıda tüketimi ve beslenmeye dair sorular içeren bir anket (Ek-2) uygulandı. Anket soruları tüm ebeveynlere aynı doktor tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle soruldu ve cevaplar yine aynı doktor tarafından kaydedildi.

## 3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. S.B.Ü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk sağlığı ve izlem polikliniğine başvuran 0-5 yaş arasında çocuğa sahip olan ebeveynler
2. Çocuğunda kronik hastalık olmayan ebeveynler
3. İletişimi engelleyen bir sorunu olmayanlar
4. Gönüllü olur formunu imzalayan ebeveynler

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uymayan (5 yaştan büyük çocuğa sahip, çocuğunda kronik hastalık olan, gönüllü olur formunu imzalamayan) ebeveynler çalışmadan dışlandı.

## 3.3. ANKET FORMU

Anket soruları ile çocuğun ay cinsinden yaşı, cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum şekli, doğum zamanı, çoğul gebelik varlığı, kardeş sayısı, anne ve baba yaşı, anne ve

babanın öğrenim düzeyi, çalışma durumu ve mesleği, ailenin gelir düzeyi, bakım veren kişi, bakım veren kişinin yaşı, çocuğun kreş/yuvaya gidip gitmediği, ebeveynin beslenme eğitimi varlığı, kimden eğitim aldığı, çocuğun ve annenin günlük televizyon/tablet/telefon kullanım süresi, çocuğun beslenme şekli, anne sütü alımı ve süresi, ek gıdaya başlama zamanı, bir öğünü tamamlama süresi, ana ve ara öğün sayısı, sofrada yemek yeme alışkanlığı, iştah durumu, zorla besleme, abur-cubur gıdaya başlama ayı, ebeveynin abur cubur gıdayı neden verdiği ve nelerden etkilenerek tercih ettiği, abur-cubur gıda ile beslemeyi doğru bulup-bulmadığı, bu gıdaları daha çok nerede verdiği, çocuğun iyi davranışlarının abur cubur gıda ile ödüllendirilmesi durumları 32 soruluk bir anket ile araştırıldı.

Çocukların bazı abur cubur gıdaları ve besin gruplarını ne sıklıkla tükettiği; her öğün, her gün, haftada 3-5 kez, haftada 1-3 kez, ayda 2, ayda 1 veya hiç olarak kaydedildi. Abur cubur gıdalar tek tek sorgulandı, evde mayalanmamış hazır meyveli kutu yoğurtlar ve bebek bisküvileri abur cubur gıdalara dahil edildi.

### 3.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiş ve ilişkiler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı istatistik için kategorik veriler sayı ve yüzde (n, %), numerik veriler için eşit dağılımı olan verilerde ortalama ± standart sapma (SS), olmayanlarda ortanca değeri kullanılmıştır.

Karşılaştırma istatistiklerinde, kategorik verilerde ki-kare testi, numerik verilerde Student T testi, Mann-Whitney U Testi, ANOVA veya Kruskal Wallis Testi kullanıldı.

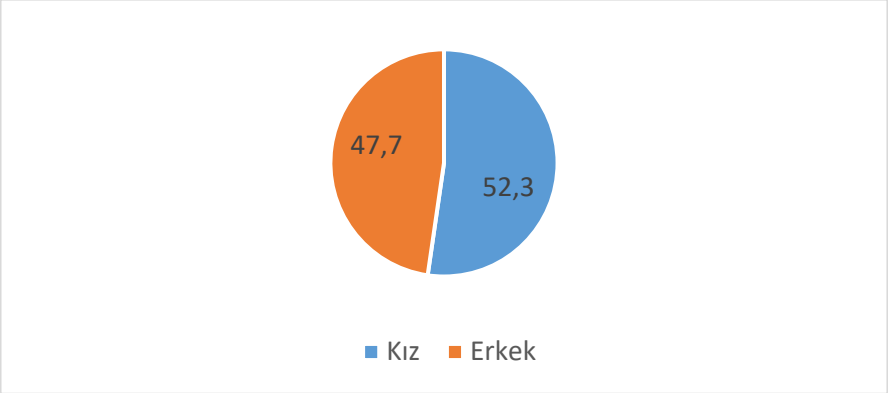
### 3.5. ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ‘ndan 08.05.2019 tarihli ve 2019/8-16 nolu karar ile alındı.

# 4. BULGULAR

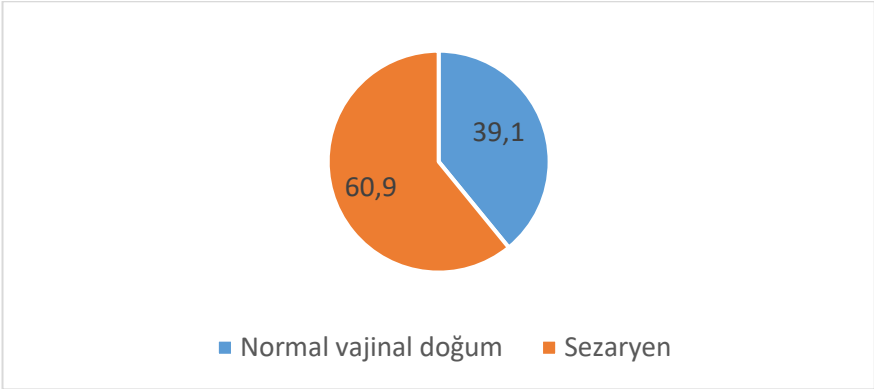
## 4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE TANIMLAYICI BULGULAR

Toplam 325 çocuğun dahil edildiği bu çalışmada, çocukların %52,3 ünü kız, %47,7 sini erkek çocukları oluşturmaktaydı (Şekil 1). Yaş ortancaları 30 ay (6-60)'dı.




**Şekil 1.** Çocukların cinsiyete göre dağılımı

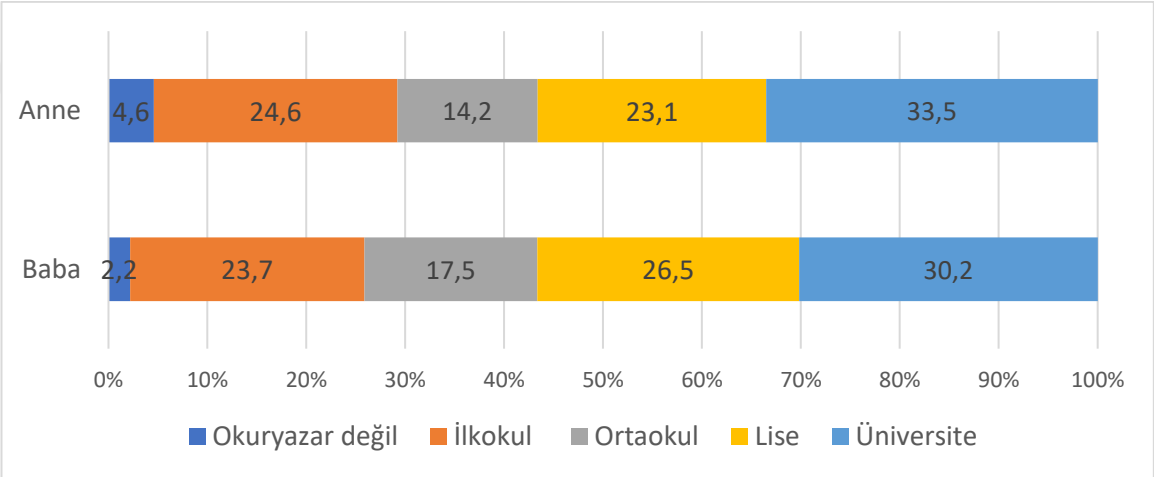
Çocukların doğum ağırlıkları ortalaması 3094,45±664,98 (720-4950) olarak hesaplandı. Yüzde 39,1'i normal vajinal doğum, %60,9'u ise sezaryen ile dünyaya gelmişti (Şekil 2). Yüzde 7,1'i çoğul gebelikten doğan çocukların %84,9'u matür, %15,1'i ise prematür olarak doğmuştu. Kardeş sayıları incelendiğinde; çocukların %33,8'inin kardeşi bulunmamakta, %45,8'inin bir kardeşi, %14,2'sinin iki kardeşi, %4,0'ının üç kardeşi, %2,1'inin ise 4 ya da 5 kardeşi bulunmaktaydı.




**Şekil 2.** Çocukların doğum şekillerine göre dağılımı

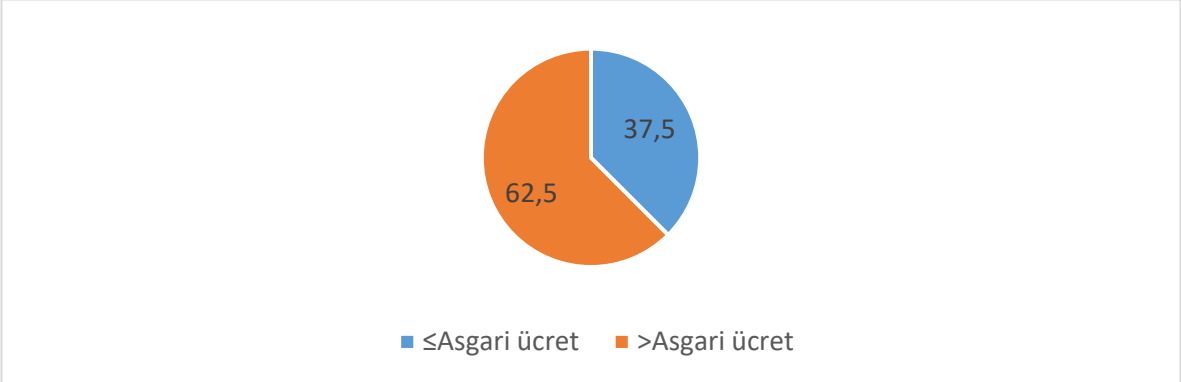
Annelerin yaş ortalaması 30,89±5,33 (5-48), babaların yaş ortalaması ise 34,49±5,88 (17-57) olarak hesaplandı.

Annelerin %4,6'sı okuryazar değildi, %24,6'sı ilkokul, %14,2'si ortaokul, %23,1'i lise, %33,5'i ise üniversite mezunuydu. Babaların %2,2'si okuryazar değil, %23,7'si ilkokul mezunu, %17,5'i ortaokul mezunu, %26,5'i lise mezunu ve %30,2'si ise üniversite mezunu olduğunu belirtti (Şekil 3). Annelerin %64,3'ü çalışmamaktaydı, %15,4'ü sağlıkçı, %4,6'sı ise eğitimciydi. Babaların %4,9'u sağlıkçı, %1,8'i ise eğitimci idi.




**Şekil 3.** Anne ve babaların eğitim düzeylerine göre dağılımı

Hanelerin %37,5'inin asgari ücret veya altında, %62,5'inin ise asgari ücretin üzerinde bir gelir düzeyine sahip olduğu ifade edilmiştir (Şekil 4).




Şekil 4. Hanelerin gelir düzeylerine göre dağılımı

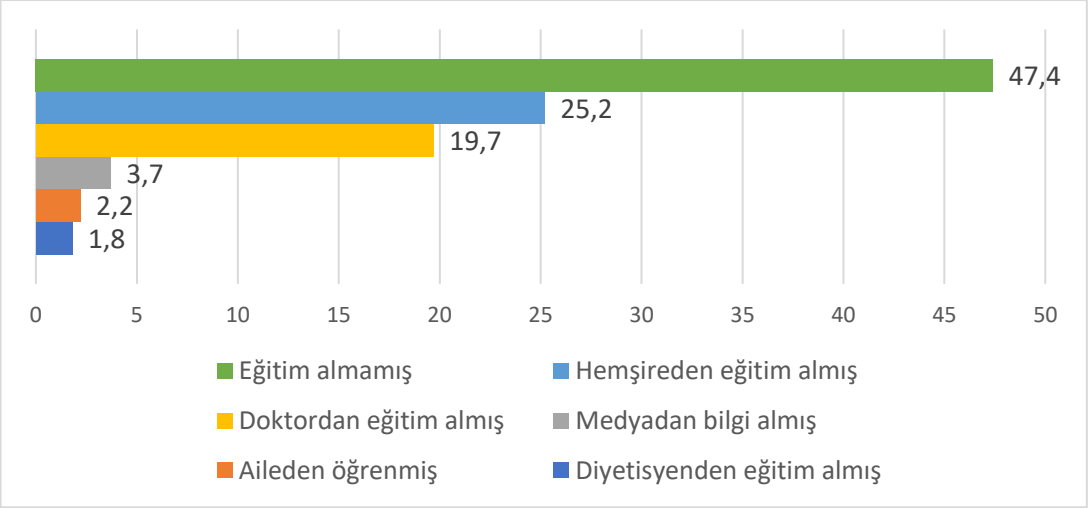
Ailelere ait sosyodemografik özellikler Tablo 5'te gösterilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Ailelere ait sosyodemografik özellikler

| Özellikler | n | % |
|---|---|---|
| Cinsiyet | | |
| Kız | 170 | 52,3 |
| Erkek | 155 | 47,7 |
| Doğum şekli | | |
| NSVD | 127 | 39,1 |
| C/S | 198 | 60,9 |
| Doğum zamanı | | |
| Matür | 276 | 84,9 |
| Prematür | 49 | 15,1 |
| Çoğul gebelik | | |
| Var | 23 | 7,1 |
| Yok | 302 | 92,9 |
| Kardeş | | |
| Var | 215 | 66,2 |
| Yok | 110 | 33,8 |
| Anne eğitim düzeyi | | |
| Eğitimsiz | 15 | 4,6 |
| İlkokul | 80 | 24,6 |
| Ortaokul | 46 | 14,2 |
| Lise | 75 | 23,1 |
| Üniversite | 109 | 33,5 |
| Baba eğitim düzeyi | | |
| Eğitimsiz | 7 | 2,2 |
| İlkokul | 77 | 23,7 |
| Ortaokul | 57 | 17,5 |
| Lise | 86 | 26,5 |
| Üniversite | 98 | 30,2 |
| Anne meslek | | |
| Sağlık çalışanı | 50 | 15,4 |
| Eğitimci | 15 | 4,6 |
| Diğer | 50 | 15,4 |
| Çalışmıyor | 210 | 64,6 |
| Baba meslek | | |
| Sağlık çalışanı | 16 | 4,9 |
| Eğitimci | 6 | 1,8 |
| Diğer | 282 | 86,8 |
| Çalışmıyor | 21 | 6,5 |
| Ailenin gelir düzeyi | | |
| Asgari ücret altı | 122 | 37,5 |
| Asgari ücret üzeri | 203 | 62,5 |

Çocukların %78,5'ine (n=255) anne, %17,8'ine (n=58) büyükanne, %2,8'ine (n=9) bakıcı, %0,6'sına (n=2) akraba, %0,3'üne (n=1) ise baba bakım vermekteydi. Bakım veren kişinin yaş ortalaması 35,73±11,90 (15-80) olarak hesaplanmışdı. Çocukların %14,5'i (n=47) kreşe gitmekteydi.

Annelere çocukların beslenmesi ile ilgili eğitim alıp almadığı sorulduğunda %47,4'ü (n=152) eğitim almadığını, %25,2'si hemşireden (n=83), %19,7'si (n=64) doktordan, %1,8'i (n=6) diyetisyenden eğitim aldığını, %2,2'si (n=7) aileden öğrendiğini, %3,7'si (n=13) ise yazılı ve görsel medya ve kitaplardan bilgi aldığını ifade etti (Şekil 5).

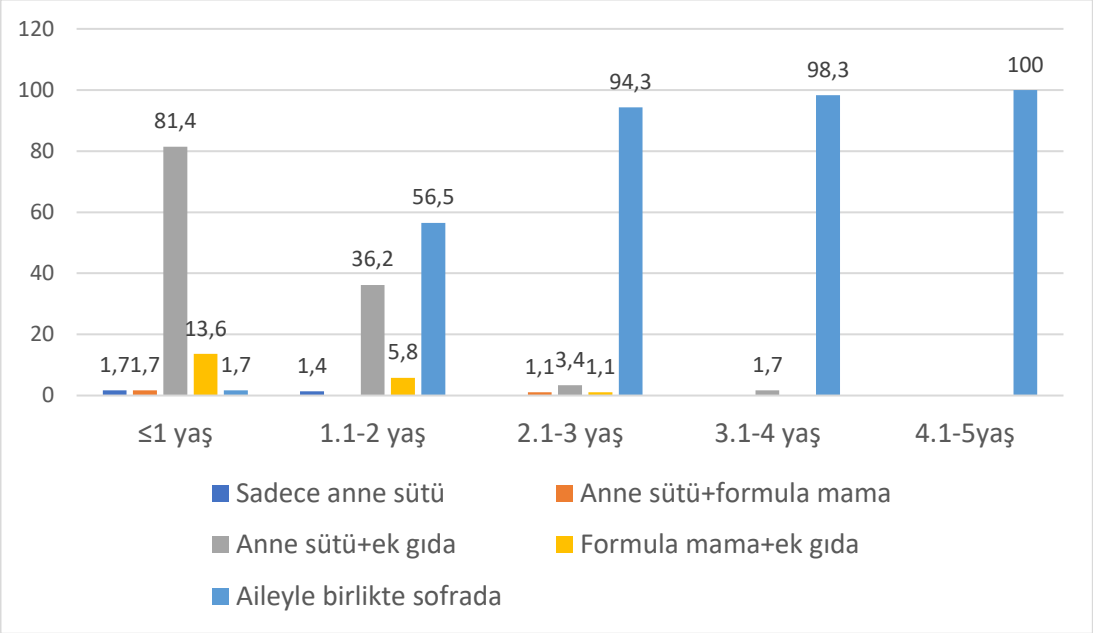



**Şekil 5.** Annelerin çocukların beslenmesi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı

Annelerin televizyon izleme, tablet veya telefon kullanım süreleri sorulduğunda; %9,0'ı (n=29) günde bir saatten az, %31,1'i (n=98) bir ya da bir buçuk saat, %29,2'si (n=95) iki saat, %12,6'sı (n=41) üç saat, %10,5'i (n=34) dört saat ve %8,6'sı (n=28) beş saat ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Çocukların %20,3'ü (n=66) bir saatten az, %38,2'si (n=124) bir saat, %19,1'i (n=62) iki ya da iki buçuk saat, %8,9'u (n=29) üç saat, %6,5'i (n=21) dört saat, %7,1'i (n=23) beş saat ve üzerinde televizyon izlemekte veya tablet/telefon kullanmaktaydı.

Çocukların beslenme şekilleri incelendiğinde; %0,6'sının (n=2) sadece anne sütü, %0,6'sının (n=2) anne sütü+formula mama, %23,7'sinin (n=77) anne sütü+ek gıda, %4,0'ının (n=13) formula mama+ek gıda ile beslendiği, %71,1'inin (n=231) ise

aile ile birlikte sofrada yemek yediği saptanmıştır. Yaş gruplarına göre beslenme şekilleri Şekil 6'da sunulmuştur (Şekil 6).



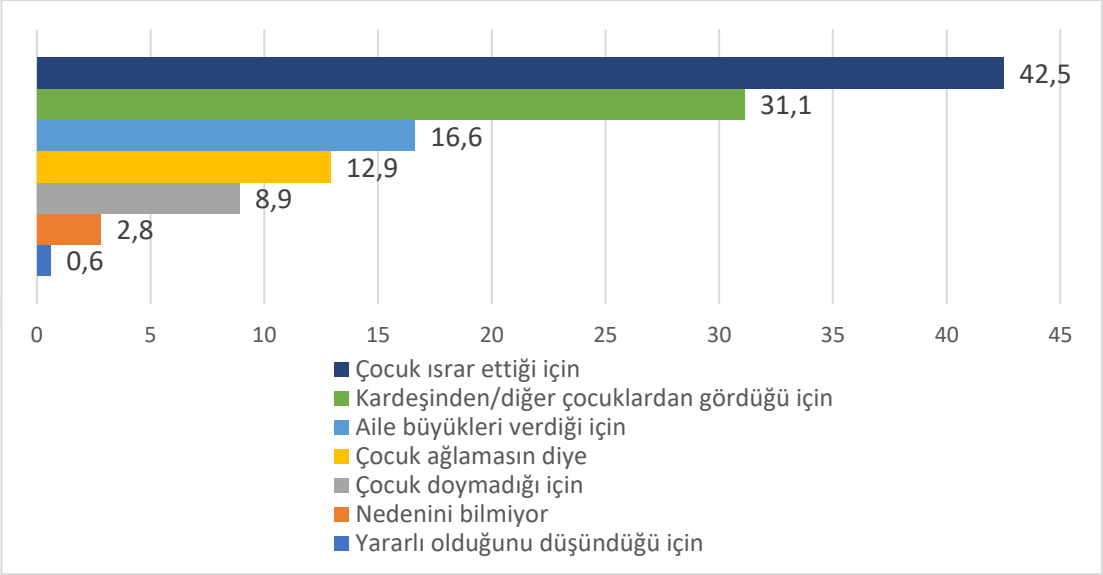

**Şekil 6.** Çocukların yaş gruplarına göre beslenme şekilleri

Çocukların anne sütü alma süresi ortancası 13 ay (0-48); sadece anne sütü alma süresi ortancası 6 ay (0-12) olarak hesaplanmıştır. Ek gıdaya başlama süresi ortancası 6 ay (3-12)'dı.

Çocukların %24,0'ının (n=78) iştahsız, %59,1'inin (n=192) normal iştahta, %16,9'unun (n=55) ise iştahlı olduğu belirtilmişti. Yüzde 31,4'ünde (n=102) beslenmede zorlama olduğu, %68,6'sında (n=223) herhangi bir zorlama olmadan beslendiği söylenmişti. Çocukların yemek yeme süreleri ortalaması %71,4'ünde (n=232) yarım saatten az, %25,5'inde (n=83) yarım saat ile bir saat arasında, %3,1'inde (n=10) ise bir saatten fazladır. Günlük ara ve ana öğün sayıları çocukların %0,3'ünde (n=1) bir öğün, %3,1'inde (n=10) iki öğün, %9,5'inde (n=31) üç öğün, %19,7'sinde (n=64) dört öğün, %44,9'unda (n=146) beş öğün, %18,8'inde (n=61) altı öğün, %3,7'inde (n=12) yedi veya sekiz öğün olarak belirtilmişti. Çocukların %86,8'inin (n=282) aile ile birlikte olarak sofrada yemek yediği ifade edilmiştir.

Ailelerin %80,6'sı (n=262) çocuklarına abur cubur verdiklerini; %16,3'ü (n=53) aile önerisi ile, %13,8'i (n=45) komşu ya da çevrenin önerisi ile, %9,8 (n=32)'i televizyondan etkilenerek abur cubur verdiğini belirtmiştir. Ailelerin abur cubur verme

nedenleri incelendiğinde; %42,5'i (n=138) çocuk ısrarla istemesi, %31,1'i (n=101) kardeşinden ya da diğer çocuklardan görmesi, %16,6'sı (n=54) aile büyükleri vermesi, %12,9'u (n=42) çocuk ağlaması, %8,9'u (n=29) çocuk doyması, %0,6'sı (n=2) yararlı olduğunu düşünmesi nedeniyle verdiğini belirtti. Yüzde 2,8'i (n=9) ise neden abur cubur verdiğini bilmemekteydi (Şekil 7).

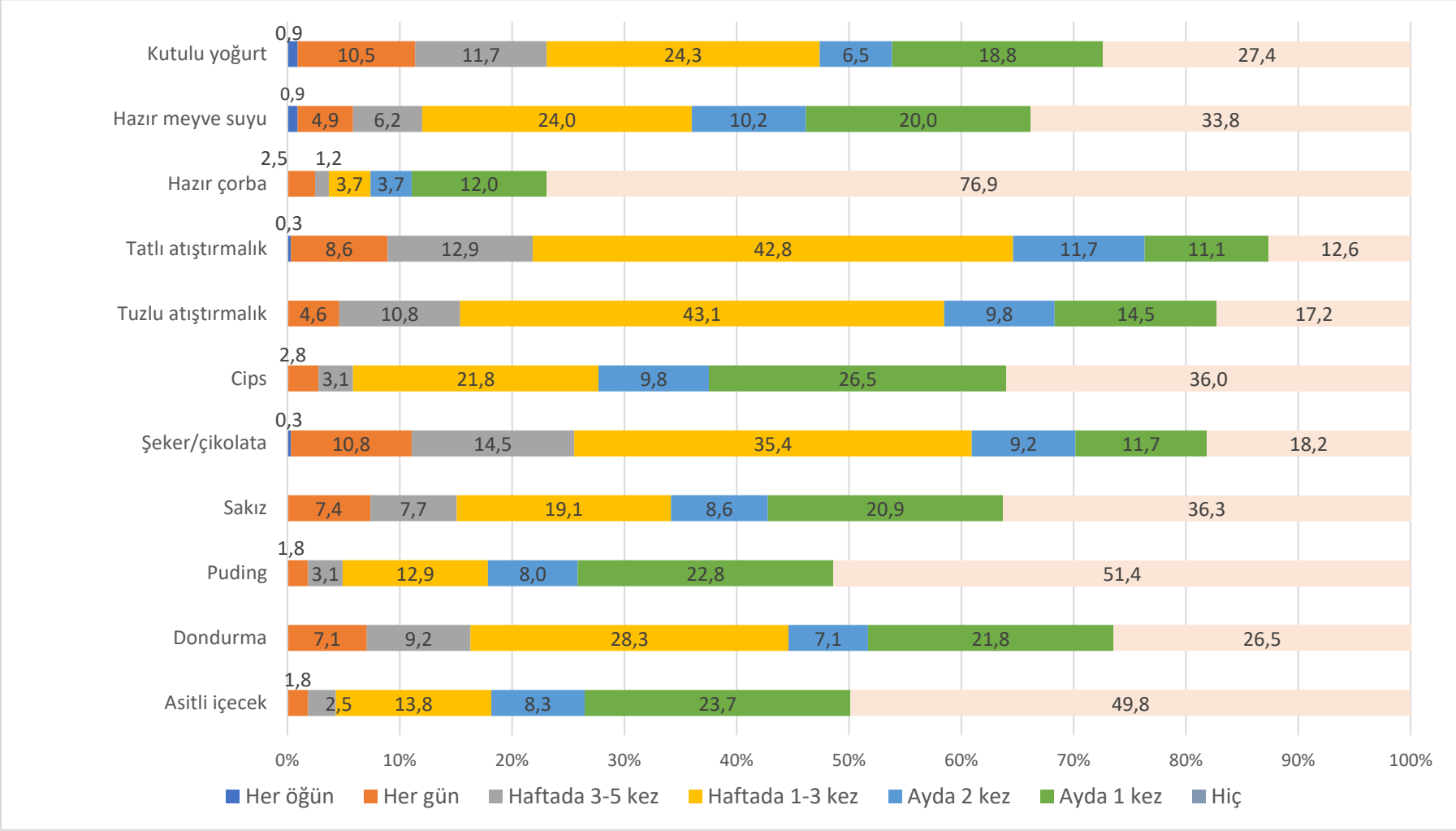



**Şekil 7.** Ailelerin abur cubur verme nedenlerine göre dağılımı

Ailelerin %25,9'u (n=84) çocuğunun iyi davranışlarını abur cubur gıda ile ödüllendirdiğini söyledi ve %11,0'ı (n=36) abur cubur vermeyi doğru bulmaktaydı. Abur cubur gıdayı daha çok evde verenler grubun %48'ini (n=156), dışarıda verenler ise %32,6'sını (n=106) oluşturmaktaydı.

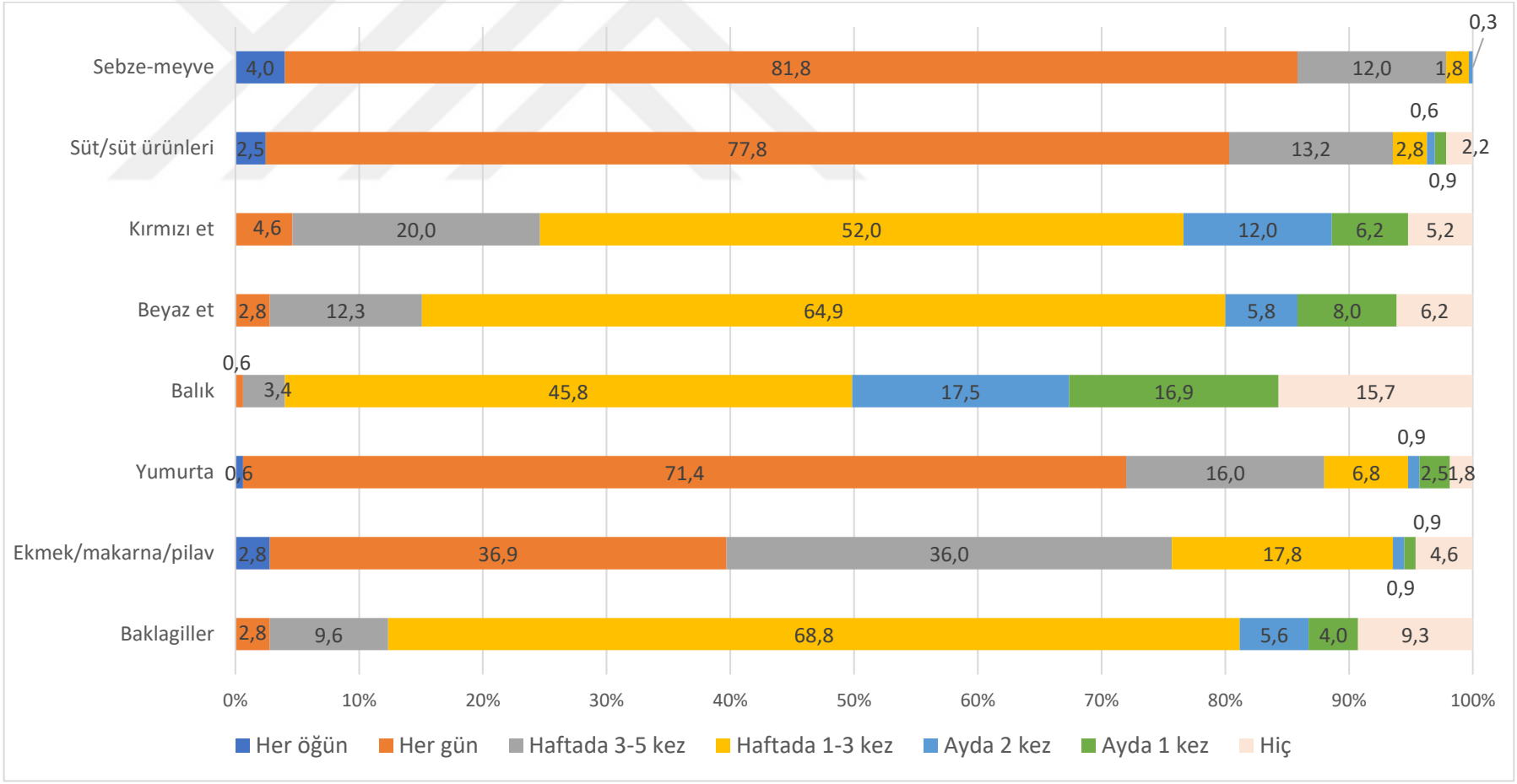
Çocukların %27,4'üne (n=89) kutulu hazır yoğurt daha önce hiç verilmemiş, %10,5'ine (n=34) her gün verilmişti. Hazır kutu yoğurt verilen çocukların ilk veriliş zamanı ortancası 7 ay (2-36)'dı. Yüzde 4,9'una (n=16) her gün hazır meyve suyu/limonata verilmekteydi, ilk veriliş zamanı ortancası ise 12 ay (3-36) olarak saptandı. Çocukların %76,9'una (n=250) hiçbir zaman hazır çorba verilmemekte, %2,5'ine (n=8) her gün, %12,0'ına ise ayda bir kez verilmekteydi. Hazır çorbanın ilk veriliş zamanı ortancası 12 ay (4-60)'dı. Yüzde %8,9'una (n=29) tatlı atıştırmalıklar (bisküvi, kurabiye, kek vb.) her gün verilmekte, %12,6'sına (n=41) ise hiçbir zaman verilmemekteydi. Tatlı atıştırmalıklara başlama zamanı ortancası 12 ay (4-36)'dı. Tuzlu atıştırmalıklar (bisküvi, kraker, popcorn vs) %17,2'sine (n=56) hiçbir zaman verilmezken, %4,6'sına (n=15) her gün, %43,1'ine (n=140) haftada 1-3 kez verilmekte

idi. Tuzlu atıştırmalıkların ilk veriliş zamanı ortancası 12 ay (6-36)'dı. Çocukların %36,0'ı (n=117) cips türü abur cuburları hiç tüketmezken, %2,8'i (n=9) her gün, %26,5'i (n=86) ayda bir kez tüketmekteydi. Cipslerin ilk veriliş zamanı ortancası 18 ay (2-48)'dı. Şekerleme/ çikolata türü yiyecekleri çocukların %18,2'si (n=59) hiçbir zaman yememekte, %35,4'ü (n=115) ise haftada 1-3 kez yemekte idi. Bu abur cuburların ilk veriliş zamanı ortancası 12 ay (minimum=4; maksimum=48)'dı. Sakız tüketim sıklığı incelendiğinde %36,3'ünün (n=118) hiç sakız çiğnemediği, %20,9'unun (n=68) ayda bir kez sakız çiğnediği belirtildi. İlk sakız çiğnemeye başlama zamanı ortancası 24 ay (2-50)'dı. Çocukların %51,4'üne (n=167) hiçbir zaman puding verilmediği, %22,8'ine (n=74) ise ayda bir kez puding verildiği söylendi. Puding verilmeye başlanma zamanı ortancası 12 ay (3-52)'dı. Çocukların %26,5'i (n=86) hiçbir zaman dondurma tüketmemekte, %28,3'ü (n=92) haftada 1-3 kez tüketmekteydi. İlk dondurma tüketmeye başlama zamanı ortancası 18 ay (4-48)'dı. Asitli içecekleri %49,8'inin (n=162) hiç içmediği, %13,8'inin (n=45) haftada 1-3 kez içtiği ifade edilmişti. İlk kez asitli içecek içme ayı ortancası 18 ay (6-60)'dı (Şekil 8).




**Şekil 8.** Çocukların çeşitli abur cuburları tüketim sıklıkları

Çocukların %85,8'i (n=279) sebze meyveyi, %80,3'i (n=261) ise süt ve süt ürünlerini her gün yemekteydi. Sebze-meyvenin ilk kez verilme zamanı ortancası 6 ay (2-12)'dı. Süt ve süt ürünlerinin ilk kez başlanma zamanı ortancası ise 6 ay (2-24)'dı. Yüzde 5,2'si (n=17) hiç kırmızı et tüketmemekte, %20,0'ı (n=65) haftada 3-5 kez, %52,0'ı (n=169) haftada 1-3 kez tüketmekteydi. İlk kez kırmızı et yeme zamanı ortancası 8 (4-24) aydı. Beyaz eti %6,2'si (n=20) hiçbir zaman yememekte %64,9'u (n=211) haftada 1-3 kez yemekte, balığı ise %15,7'si (n=51) hiçbir zaman tüketmemekte, %45,8'i (n=149) ise haftada 1-3 kez tüketmekteydi. Beyaz eti ve balığı ilk kez tüketme zamanı ortancası sırasıyla 9 (4-48) ve 12 (4-30) aydı. Yumurta tüketim sıklığı incelendiğinde; çocukların %72'si (n=234) her gün yemekte, %1,8'i (n=6) ise hiçbir zaman yememekte idi. Yumurtayı ilk kez yeme zamanı ortancası 6 ay (3-18)'dı. Yüzde 39,7'si (n=129) ekmek, makarna ya da pilavı her gün tüketmekte, %9,2'si (n=30) baklagilleri hiçbir zaman tüketmemekte idi. Ekmek/makarna/pilav ve baklagiller açısından ilk verilme zamanı ortalaması sırasıyla 8 (4-36) ve 10 ay (4-36)'dı (Şekil 9).




**Şekil 9.** Çocukların çeşitli besin gruplarını tüketim sıklıklar

**Tablo 6.** Abur cubur ve gıda gruplarını tüketen çocuklara bu gıdaların ilk verilme ayları

| Başlanan abur cubur gıda | Median (ay) | Minimum (ay) | Maksimum (ay) |
|---|---|---|---|
| Kutu yoğurt | 7 | 2 | 36 |
| Hazır meyve suyu | 12 | 3 | 36 |
| Hazır çorba | 12 | 4 | 60 |
| Tatlı atıştırmalık | 12 | 4 | 36 |
| Tuzlu atıştırmalık | 12 | 6 | 36 |
| Cips | 18 | 2 | 48 |
| Şeker/ Çikolata | 12 | 4 | 48 |
| Sakız | 24 | 2 | 50 |
| Puding | 12 | 3 | 52 |
| Dondurma | 18 | 4 | 48 |
| Asitli içecek | 18 | 6 | 60 |
| Sebze meyve | 6 | 2 | 12 |
| Süt/süt ürünleri | 6 | 2 | 24 |
| Kırmızı et | 8 | 4 | 24 |
| Beyaz et | 9 | 4 | 48 |
| Balık | 12 | 4 | 30 |
| Yumurta | 6 | 3 | 18 |
| Ekmek/makarna/pilav | 8 | 4 | 36 |
| Baklagil | 10 | 4 | 36 |

## 4.2. ÇOCUKLARIN BESLENME ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Çocukların çeşitli faktörlere göre iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri Tablo 6'da sunulmuştur. Buna göre ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan anne ve babaların çocuklarına abur cubur verme yüzdeleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazlaydı. Geliri asgari ücret ve altında olan ailelerin çocuklarının iştahsız olma, beslenmede zorlama ve bu çocuklara abur cubur verme yüzdesi diğer çocuklardan daha yüksekti. Kreşe giden çocuklara abur cubur verme yüzdesi anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 7).

Çocukların çeşitli özeliklere göre anne sütü alma ve ek gıdaya başlama zamanı ortalama arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı (Tablo 8).

Kız çocuklarına meyve suyu (p=0,026) ilk verme zamanı ile kırmızı et (p=0,045) ilk verme zamanı erkek çocuklardan anlamlı olarak daha geç idi. Birden fazla kardeşi olan çocukların asitli içecekleri ilk içme zamanı diğer çocuklardan geç idi (p=0,009). Tatlı atıştırmalıkları ilk yeme (p=0,010) ve asitli içecekleri ilk içme

(p=0,002) zamanı annesi ortaokul üzerinde eğitim düzeyine sahip olan çocuklarda daha geç, ilk balık yeme (p=0,025) zamanı ise daha erken idi. Hazır çorba (p=0,045), tatlı atıştırmalıklar (p=0,045) ve asitli içeceklere (p=0,012) başlama zamanı asgari ücretin üzerinde gelir düzeyine sahip olan ailelerin çocuklarında daha geç idi. Kutulu yoğurt (p=0,001), meyve suyu (p=0,001), tatlı atıştırmalık (p<0,001), tuzlu atıştırmalık (p<0,001), cips (p=0,006), şekerleme (p<0,001), sakız (p<0,001), puding (p=0,009) ve dondurmayı (p<0,001) ilk yeme zamanı kreşe giden çocuklarda diğer çocuklardan daha geç idi.

Anne ve çocuğun günlük toplam ekran süreleri (tv/tablet/bilgisayar/telefon kullanım) ile çocuğun beslenme durumları arasındaki ilişki Tablo 9 ve 10'da gösterilmiştir. İştahsız olan, ebeveynleri tarafından beslenmeye zorlanan, sofrada yemek yiyen ve abur cubur gıda tüketen çocukların günlük toplam ekran süresi anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 10). Annenin toplam ekran süresi ile çocuğun beslenme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı (Tablo 9). Ekran süresi 2 saat altı ve üzeri olarak 2 gruba ayrıldığında ise günlük ekran süresi 2 saat ve üzerinde olan çocukların abur cubur gıda tüketiminin anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (Tablo 11). Çocukların iştah durumu ile ebeveynlerin çocuğuna abur cubur verme yüzdeleri karşılaştırıldığında, iştahsız olan çocuklara abur cubur veren ebeveynlerin yüzdesi anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 12).

**Tablo 7.** Çocuğun çeşitli faktörlere göre iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri

| | İştah durumu | | | Beslenmede zorlama | | | Sofrada yemek yeme | | | Abur cubur verme | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | İştahsız | Normal/ İştahlı | | Evet | Hayır | | Evet | Hayır | | Hayır | Evet | |
| | n<br>% | n<br>% | p değeri | n<br>% | n<br>% | p değeri | n<br>% | n<br>% | p değeri | n<br>% | n<br>% | p değeri |
| **Cinsiyet** | | | | | | | | | | | | |
| Kız | 45<br>26,5 | 125<br>73,5 | 0,275 | 55<br>32,4 | 115<br>67,6 | 0,694 | 151<br>88,8 | 19<br>11,2 | 0,252 | 23<br>13,5 | 147<br>86,5 | 0,414 |
| Erkek | 33<br>21,3 | 122<br>78,7 | | 47<br>30,3 | 108<br>69,7 | | 131<br>84,5 | 24<br>15,5 | | 26<br>16,8 | 129<br>83,2 | |
| **Kardeş sayısı** | | | | | | | | | | | | |
| Kardeşi yok | 28<br>25,5 | 82<br>74,5 | 0,652 | 37<br>33,6 | 73<br>66,4 | 0,528 | 95<br>86,4 | 15<br>13,6 | 0,819 | 20<br>18,2 | 90<br>81,8 | 0,393 |
| 1 kardeş | 37<br>24,8 | 112<br>75,2 | | 48<br>32,2 | 101<br>67,8 | | 131<br>87,9 | 18<br>12,1 | | 22<br>14,8 | 127<br>85,2 | |
| >1 kardeş | 13<br>19,7 | 53<br>80,3 | | 17<br>25,8 | 49<br>74,2 | | 56<br>84,8 | 10<br>15,2 | | 7<br>10,6 | 59<br>89,4 | |
| **Annenin eğitim düzeyi** | | | | | | | | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 40<br>28,4 | 101<br>71,6 | 0,106 | 52<br>36,9 | 89<br>63,1 | 0,062 | 125<br>88,7 | 16<br>11,3 | 0,380 | 13<br>9,2 | 128<br>90,8 | **0,010** |
| Ortaokul üstü | 38<br>20,7 | 146<br>79,3 | | 50<br>27,2 | 134<br>72,8 | | 157<br>85,3 | 27<br>14,7 | | 36<br>19,6 | 148<br>80,4 | |
| **Babanın eğitim düzeyi** | | | | | | | | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 41<br>29,1 | 100<br>70,9 | 0,061 | 48<br>34,0 | 93<br>66,0 | 0,366 | 120<br>85,1 | 21<br>14,9 | 0,439 | 13<br>9,2 | 128<br>90,8 | **0,010** |
| Ortaokul üstü | 37<br>20,1 | 147<br>79,9 | | 54<br>29,3 | 130<br>70,7 | | 162<br>88,0 | 22<br>12,0 | | 36<br>19,6 | 148<br>80,4 | |
| **Gelir düzeyi** | | | | | | | | | | | | |
| ≤Asgari ücret | 39<br>32,0 | 83<br>68,0 | **0,009** | 48<br>39,3 | 74<br>60,7 | **0,017** | 104<br>85,2 | 18<br>14,8 | 0,530 | 8<br>6,6 | 114<br>93,4 | **0,001** |
| >Asgari ücret | 39<br>19,2 | 164<br>80,8 | | 54<br>26,6 | 149<br>73,4 | | 178<br>87,7 | 25<br>12,3 | | 41<br>20,2 | 162<br>79,8 | |
| **Çocuğa bakan kişi** | | | | | | | | | | | | |
| Anne | 59<br>23,1 | 196<br>76,9 | 0,487 | 77<br>30,2 | 178<br>69,8 | 0,378 | 223<br>87,5 | 32<br>12,5 | 0,489 | 35<br>13,7 | 220<br>86,3 | 0,194 |
| Diğer | 19<br>27,1 | 51<br>72,9 | | 25<br>35,7 | 45<br>64,3 | | 59<br>84,3 | 11<br>15,7 | | 14<br>20,0 | 56<br>80,0 | |

**Tablo 7.** Çocuğun çeşitli faktörlere göre iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri (Devamı)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kreşe gitme** | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 13<br>27,7 | 34<br>72,3 | 0,525 | 18<br>38,3 | 29<br>61,7 | 0,269 | 47<br>100,0 | 0<br>0,0 | **0,004** | 1<br>2,1 | 46<br>97,9 | **0,007** |
| Hayır | 65<br>23,4 | 213<br>76,6 | | 84<br>30,2 | 194<br>69,8 | | 235<br>84,5 | 43<br>15,5 | | 48<br>17,3 | 230<br>82,7 | |
| **Anne beslenme eğitimi** | | | | | | | | | | | | |
| Almış | 41<br>24,0 | 130<br>76,0 | 0,992 | 50<br>29,2 | 121<br>70,8 | 0,380 | 149<br>87,1 | 22<br>12,9 | 0,838 | 31<br>18,1 | 140<br>81,9 | 0,105 |
| Almamış | 37<br>24,0 | 117<br>76,0 | | 52<br>33,8 | 102<br>66,2 | | 133<br>86,4 | 21<br>13,6 | | 18<br>11,7 | 136<br>88,3 | |

**Tablo 8.** Çocuğun çeşitli faktörlere göre anne sütü alma ve ek gıdaya başlama zamanı ortalama ve standart sapmaları

| | **Anne sütü alma süresi** | | | **Sadece anne sütü alma süresi** | | | **Ek gıda başlama zamanı** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ortalama | Standart sapma | p değeri | Ortalama | Standart sapma | p değeri | Ortalama | Standart sapma | p değeri |
| **Cinsiyet** | | | | | | | | | |
| Kız | 14,28 | 8,38 | 0,835 | 4,44 | 2,63 | 0,634 | 6,06 | 1,25 | 0,552 |
| Erkek | 14,08 | 8,84 | | 4,30 | 2,61 | | 5,98 | 1,10 | |
| **Kardeş sayısı** | | | | | | | | | |
| Kardeşi yok | 13,41 | 8,24 | 0,106 | 4,33 | 2,57 | 0,677 | 5,93 | ,92 | 0,425 |
| 1 kardeş | 13,90 | 8,42 | | 4,29 | 2,73 | | 6,03 | 1,24 | |
| >1 kardeş | 16,14 | 9,34 | | 4,62 | 2,44 | | 6,17 | 1,40 | |
| **Annenin eğitim düzeyi** | | | | | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 14,43 | 8,88 | 0,658 | 4,28 | 2,69 | 0,577 | 6,06 | 1,09 | 0,600 |
| Ortaokul üstü | 14,00 | 8,38 | | 4,44 | 2,56 | | 5,99 | 1,25 | |
| **Babanın eğitim düzeyi** | | | | | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 13,37 | 8,28 | 0,130 | 4,23 | 2,66 | 0,415 | 6,05 | 1,25 | 0,738 |
| Ortaokul üstü | 14,82 | 8,79 | | 4,47 | 2,58 | | 6,01 | 1,13 | |
| **Gelir düzeyi** | | | | | | | | | |
| ≤Asgari ücret | 14,27 | 8,84 | 0,887 | 4,33 | 2,59 | 0,825 | 6,05 | 1,11 | 0,771 |
| >Asgari ücret | 14,14 | 8,45 | | 4,39 | 2,64 | | 6,01 | 1,22 | |
| **Çocuğa bakan kişi** | | | | | | | | | |
| Anne | 13,87 | 8,66 | 0,210 | 4,26 | 2,71 | 0,139 | 6,06 | 1,22 | 0,319 |
| Diğer | 15,33 | 8,28 | | 4,78 | 2,22 | | 5,90 | 1,01 | |
| **Kreşe gitme** | | | | | | | | | |
| Evet | 16,38 | 9,46 | 0,057 | 4,47 | 2,44 | 0,779 | 6,06 | 1,03 | 0,805 |
| Hayır | 13,82 | 8,39 | | 4,35 | 2,65 | | 6,02 | 1,20 | |
| **Anne beslenme eğitimi** | | | | | | | | | |
| Almış | 13,85 | 8,98 | 0,461 | 4,27 | 2,64 | 0,494 | 6,06 | 1,22 | 0,523 |
| Almamış | 14,56 | 8,15 | | 4,47 | 2,60 | | 5,98 | 1,14 | |

**Tablo 9.** Annenin günlük ekran süresine göre çocuğun iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri

| | | Anne tv/ tablet/ telefon kullanım süre | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Ortalama-Standart Sapma** | **Ortanca** | **Minimum** | **Maksimum** | **p değeri** |
| **İştah durumu** | **İştahsız** | 2,47±1,85 | 2,00 | 0,00 | 10,00 | 0,128 |
| | **Normal/ İştahlı** | 2,07±1,40 | 2,00 | 0,00 | 6,00 | |
| **Beslenmede zorlama** | **Evet** | 2,50±1,89 | 2,00 | 0,00 | 10,00 | 0,104 |
| | **Hayır** | 2,02±1,30 | 2,00 | 0,00 | 6,00 | |
| **Sofrada yemek yeme** | **Evet** | 2,18±1,55 | 2,00 | 0,00 | 10,00 | 0,895 |
| | **Hayır** | 2,09±1,34 | 2,00 | 0,00 | 5,00 | |
| **Abur cubur verme** | **Hayır** | 2,07±1,40 | 2,00 | 0,00 | 5,00 | 0,794 |
| | **Evet** | 2,18±1,55 | 2,00 | 0,00 | 10,00 | |

**Tablo 10.** Çocuğun günlük ekran süresine göre iştah durumu, beslenmede zorlama, sofrada yemek yeme ve abur cubur verme özellikleri

| | | Çocuk tv/ tablet/ telefon kullanım süre | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Ortalama-Standart Sapma** | **Ortanca** | **Minimum** | **Maksimum** | **p değeri** |
| **İştah durumu** | **İştahsız** | 2,42±2,01 | 2,00 | 0,00 | 10,00 | <0,001 |
| | **Normal/ İştahlı** | 1,53±1,41 | 1,00 | 0,00 | 7,00 | |
| **Beslenmede zorlama** | **Evet** | 2,14±1,87 | 2,00 | 0,00 | 10,00 | 0,002 |
| | **Hayır** | 1,56±1,46 | 1,00 | 0,00 | 8,00 | |
| **Sofrada yemek yeme** | **Evet** | 1,84±1,61 | 1,00 | 0,00 | 10,00 | <0,001 |
| | **Hayır** | 1,12±1,56 | 1,00 | 0,00 | 7,00 | |
| **Abur cubur verme** | **Hayır** | 0,62±0,77 | 0,50 | 0,00 | 3,00 | <0,001 |
| | **Evet** | 1,94±1,65 | 1,00 | 0,00 | 10,00 | |

**Tablo 11.** Anne ve çocuk ekran süresi (<2 saat veya ≥ 2 saat) ile çocuklara abur cubur verilmesi arasındaki ilişki

| | **Abur cubur verme** | | |
|---|---|---|---|
| | **Evet (n/%)** | **Hayır (n/%)** | **p değeri** |
| **Anne ekran süresi** | | | |
| **<2 saat** | 180/81,1 | 42/18,9 | 0,755 |
| **≥2 saat** | 82/79,6 | 21/20,4 | |
| **Çocuk ekran süresi** | | | |
| **<2 saat** | 193/76,9 | 58/23,1 | 0,02 |
| **≥2 saat** | 69/93,2 | 5/6,8 | |

**Tablo 12.** İştah durumu ile abur cubur gıda verme yüzdesi ile karşılaştırması

| | **Abur cubur verme** | | |
|---|---|---|---|
| **İştah durumu** | **Evet (n/%)** | **Hayır (n/%)** | **p değeri** |
| **İştahsız** | 72/92,3 | 6/7,7 | 0,003 |
| **Normal/İştahlı** | 190/76,9 | 57/23,1 | |

# 5. TARTIŞMA

Doğumdan itibaren bebeğin ihtiyaçlarına uygun şekilde sağlıklı beslenmesi ideal büyüme ve gelişmeyi sağlar (4). DSÖ ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmeyi, 6. aydan sonra ek gıdalara kademeli olarak başlanmasını ve aynı zamanda emzirmeye 2 yaşına kadar devam edilmesini önermektedir (12). Besin değeri az olan ve sağlığa zararlı kabul edilebilecek miktarlarda tuz, yağ, şeker, gıda boyaları, koruyucular içeren ve abur cubur olarak isimlendirilen gıdaların erken dönemde bebeğin beslenmesine eklenmesi önemli sağlık sorunlarına neden olabilir. Çalışmamızda ebeveynlerin %80,6 gibi çok büyük bir oranda çocuklarının abur cubur gıda tükettiğini belirtmiş ve bu gıdaların erken dönemde başlandığı saptanmıştır.

Yaş ortanca değeri 30 ay olan çalışma grubumuzun %52,3'ü kız, %47,7' si erkek idi. Sezaryen ve prematür doğum oranları sırasıyla %60,9 ve %15,1 olarak saptandı. TNSA 2018 verilerine göre sezaryen ve prematür doğum oranları %52 ve %12 olarak bildirilmektedir (20). Sezaryen doğum ve prematür doğum oranlarımızın ülkemiz verilerine oranla daha yüksek olması, çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanede yürütülmesi ve çocukların izlemlerinin de yine üçüncü basamak hastanede yapılmış olma ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması 30,9; babaların yaş ortalaması ise 34,5 olarak saptanmıştır. Çalışmaya alınan çocukların ilk 5 yaşta olması nedeniyle, anne baba yaşlarının genç olması beklenen bir sonuçtur. Oğuz ve Önay'ın 60-72 ay arasındaki çocuklarda yaptığı çalışmada anne ve babaların en fazla oranda (sırasıyla %38,5, %49,4) 30-35 yaşları arasında oldukları görülmüştür (69). Çalışmamızda annelerin %4,6'sının okur-yazar olmadığı, %56,6'sının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, babaların ise %2,2'si okuryazar değil, %56,7'si lise ve üzeri eğitim aldığı saptandı. Ülkemiz TNSA 2018 verilerine göre, hiç okula gitmeyen veya ilkokulu tamamlamamış olanların oranının kadınlarda %25, erkeklerde %14 olduğu; lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlar kadınların oranının %26, erkeklerin oranının ise %33 olduğu belirtilmiştir. Yine TNSA verilerine göre 15-49 yaş grubu kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı %5,6, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların oranı ise %41,3 olarak belirtilmiştir (20). Buna göre genç popülasyonun ileri yaş popülasyona göre daha eğitimli olduğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki anne ve

babaların eğitim düzeyinin ülke geneline göre yüksek saptanması, ilk 5 yaştaki ebeveynlerin yaş ortalamasının daha genç olması ve düzenli çocuk sağlığı izlemi yaptıran ailelerin eğitim seviyesinin görece daha yüksek olması ile açıklanabilir. Çalışma grubumuzdaki annelerin %64,3'ü herhangi bir mesleğe sahip değildi. Çalık ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde annelerin %60,8'i çalışmadığı belirtilmiştir (70). Ailelerin gelir düzeyleri incelendiğinde, %37,5'nun geliri asgari ücret veya altında, %62,5'inin asgari ücret üzerinde bulundu. Kağan ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde katılımcıların gelir düzeyi %36,2 oranında 2000 TL ve altı, %63,8 oranında ise 2000 TL üzeri olarak saptanmıştır (71).

Çalışmamıza dahil edilen çocukların çoğunluğuna annenin bakım verdiği (%78,5) görülürken, az bir kısmına büyükanne, bakıcı, akraba veya baba bakım vermekteydi. Çocukların sadece %14,5'i kreş veya yuvaya gitmekteydi. Çalışma grubumuzda çocuk bakımından asıl sorumlu olan kişinin anne olduğu ve çocuğun beslenmesinde etkin rol aldığı söylenebilir. Yapılmış olan başka bir çalışmada da çocukların beslenmesi ve bakımıyla annelerinin ilgilendiği ve babalara kıyasla çocuklar ile daha fazla vakit geçirdikleri saptanmıştır (72). Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer şekilde, çocuklara bakım veren kişinin yüksek oranda anne olduğu, çalışan annelerin çocuklarına daha çok anneanne veya babaannenin bakım verdiği, kreş veya yuvaya gitme oranlarının düşük olduğu görülmüştür (73).

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin yaklaşık yarısının çocuk beslenmesi ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı, eğitim almış olan annelerin ise ağırlıklı olarak sağlık personelinden eğitim almış olduğu saptandı. Dağ'ın yaptığı çalışmada annelerin %45,9'unun herhangi bir beslenme eğitimi almadığı, alanların ise %81,8 inin sağlık personelinden eğitim aldığı bildirilmiştir (74). Ülkemizde bebek beslenmesi üzerine yapılan çalışmalarda annelerin yarısının sağlık personelinden beslenme eğitimi aldığı görülmüştür (75, 76).

Çalışmamızda çocukların %13,8'nin hiç ekran maruziyeti olmadığı belirtilirken, ekran süresi 2 saat ve daha fazla olan anne ve çocukların oranının sırasıyla %60,9 ve %41,5 olduğu saptanmıştır. Savaşhan ve ark.' larının ilkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörlerini araştırmış olduğu çalışmada çocukların %59,7'sinin, obez çocukların ise %64,9'unun günde 2 saatten fazla televizyon başında vakit geçirdiği belirtilmiştir (49). Türkiye' de yapılmış bir

çalışmada %80,2 oranındaki çocuğun yemek yenilen ortamda televizyon bulunduğu belirtilmiştir (77). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerinde 2-5 yaş arası çocukların, hafta içi %44,3' ünün, hafta sonu ise %47,8'inin 2 saatten az, TV, bilgisayar ve internet başında süre geçirdikleri belirtilmiştir (78). Çalışmamızda ekran süresi diğer çalışmalara göre daha düşük saptanmıştır. Bu durum çalışmamıza daha küçük yaş gruplarının dahil olması ile açıklanabilir.

TNSA 2018 verilerine göre, ülkemizdeki çocukların anne sütü alım süresi 16,7 ay, sadece anne sütü alım süresi 3,6 ay olarak raporlanmıştır (20). Çalışmamıza dahil edilen çocukların anne sütü alma süresi ortalaması 14,2 ay iken, sadece anne sütü alma süresi ortalaması 4,4 ay olarak saptanmıştır. Ek gıdaya başlama süresi ortalamasının ise 6 ay olduğu görülmüştür. Ortanca emzirme süresinin Türkiye ortalamasına göre daha az olması, çalışmaya 2 yaş altındaki çocukların da dahil edilmesinden kaynaklanmaktadır. Sadece anne sütü alım süresinin daha fazla olması ise çalışmamıza dahil edilen çocukların çoğunlukla düzenli çocuk sağlığı izleminde olması ile açıklanabilir. İzmir ilinde 6-24 ay arası çocuklarla yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada da sadece anne sütü alma süresi 4,3 ay olarak raporlanmıştır (79). Dünya genelinde çocukların üçte biri ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmektedir. Anne sütünün hem anne hem de bebek açısından bilinen yararlarına rağmen, ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme ve sonrasında emzirmeye devam etme süresi, dünyada ve ülkemizde halen istenilen düzeyde değildir. Çalışmamızda da sadece anne sütü alım süresinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür.

Genellikle aileler tarafından iştahsızlık olarak tanımlanan yeme davranış bozuklukları veya beslenme sorunları erken çocukluk döneminde değişik çalışmalarda %25-45 arasında belirtilmektedir. Bu nedenle doktor başvurusu oldukça fazladır. Kronik hastalığı olan çocukların dışlandığı çalışmamızda, ebeveynlerin %24'ü çocuğunu iştahsız olarak tanımlarken %31,4'ü çocuğunu zorla beslediğini ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada; ebeveynlerin algısına göre çocukların %6'sının iştahı 'çok kötü', %29,3'unun 'kötü' şeklinde değerlendirildiği saptanmıştır (80). Oğuz ve Derin'in okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden 60-72 aylık çocukların beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla Konya'da yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde, çocukların %25,8'ine aileleri tarafından zorla yemek yedirildiği belirtilmiştir (69).

Erken çocukluk döneminde çocukların bir beslenmeyi bitirme süresi yarım saati geçmemelidir ve 3 ana öğünle birlikte 1-3 kez ara öğün verilmelidir. Çalışmamızda çocukların %71,4'ünün bir öğünü tamamlama süresi önerilere uygun şekilde yarım saatten kısa bulunmuştur. Çocukların %44,9'unun günde 5 öğün sayısı olduğu, bir yaş üzerinde %94'ünün ailenin yanında aile sofrasına oturduğu belirlenmiştir. Adak'ın 1-5 yaş arası 282 çocukla yapmış olduğu çalışmada çocukların %29,8'inin 3, %34'ünün 4, %32,6'sının 5 öğün şeklinde beslendiği, çocukların %80,9'unun beslenme süresinin 30 dakikadan kısa olduğu bildirilmiştir (73). Oğuz ve Derin'in yapmış olduğu çalışmada ise çocukların %88,7'sinin 3 ana öğünü yaptığı, %74,9'unun da ara öğün tükettiği raporlanmıştır (69).

Çalışmamızda ebeveynlerin %80,6'sı çocuklarına abur cubur gıda verdiğini, %94,7'si ise en az bir kez bu gıdaları denemiş olduğunu ifade etmekteydi. Ebeveynlerin %11'i abur cubur gıda vermeyi doğru bulmakta, dörtte biri ise bunu ödül olarak kullanmaktaydı. Bu da ailelerin bu gıdaların bir kısmını abur cubur olarak tanımlamadığını, faydalı hazır gıdalar olarak gördüklerini göstermektedir. Bir başka neden de çocukların ailelerinin bilgi ve iradesi dışında bu gıdaları tüketmiş olması olabilir. Ülkemiz ve dünyada yapılan benzer çalışmalarda abur cubur gıda tüketimleri çalışmamıza benzer şekilde aynı yaş gruplarında oldukça yüksek saptanmıştır (77, 81, 82). Aileler tarafından bilinçsizce çocuklara sunulmakta olan bu gıdaların tüketim oranının çok yüksek olması konunun önemini ortaya koymaktadır. Abur cubur gıdaların yapay tatları, içerikleri, paketlerinin renkli ve ilgi çekici olmasının yanı sıra hazırlanma ve sunum sürecinin olmaması, sofraya oturmaksızın, ayakta, hatta evin dışında gezerek yenilebiliyor olması hem çocuklar hem de bazı anneler için kolaylık ve tercih sebebi gibi görülmektedir (83).

Yapılan çalışmalar, çocuğun diyetini toplumsal ve kültürel baskıların da etkilediğini göstermektedir. Aile büyükleri, sosyal çevre, kültürel faktörler beslenmeyi olumsuz yönde etkileyerek, hatalı beslenme davranışlarına yol açabilmektedir (84). Ailelerin abur cubur gıdaya başlarken aile büyüklerinin önerileri, diğer anneler, çevre, televizyon ve sosyal medyadan etkilendiği belirlenmiştir. Çalışma grubumuzdaki ailelerin abur cubur gıda verme nedenleri incelendiğinde çok büyük bir kısmı çocuğun ısrarla istemesi sonucu (%42,5) ve diğer çocuk/kardeşten görmesi (%31,1) nedeni ile verdiklerini ifade etmişlerdir. Ailelerin bir kısmı çocuk ağladığında sakinleşmesi ve

oyalanması için, doymadığını düşündüğü veya yararlı olduğunu düşündüğü için abur cubur gıda verdiğini belirtirken bir kısmı bu gıdaları aile büyüklerinin çocuklara sunduğunu ifade etmiştir. Bir çalışmada çocuğun istediği zaman abur cubur gıda tüketmesine izin verilmesi günlük meyve ve sebze tüketiminin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (85). Yapılan çalışmalar çocukların besin seçiminde kendi akranlarından etkilendiğini göstermiştir (83). Abur cubur gıda tüketimi fazla olan çocukların, kardeşlerinin de bu gıdaları tüketmesi olasıdır. Benzer çalışmalarda, ebeveynlerin sakinleştirmek için besin kullanımı ile çocukların abur cubur gıda tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (86, 87). Yapılan çalışmalarda büyükanne ve büyükbabasıyla beraber yemek yiyen çocukların özellikle hafta sonları fazlaca abur cubur gıda tükettikleri, büyükannelerin torunlarının isteklerine göre yemek hazırladıkları ve bu nedenle sebze tüketiminde azalma olduğu gösterilmiştir (88, 89). Tüm bu nedenler çocukların sağlıklı beslenme davranışı geliştirmesini olumsuz yönde etkilemekte, abur cubur gıda tüketim sıklığını artırmaktadır.

Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin iyi davranışlar karşısında ödül olarak sıklıkla obezojenik gıdaları kullandığı saptanmıştır (84). Ülkemizde ve dünyada yapılmış birçok çalışmada ailelerin beslenme sorunu olan çocuklarda sevmediği yemeği yemeye teşvik amaçlı veya çocuğu istedikleri şekilde davranmaya ikna etmek için özellikle şeker, çikolata, cips gibi gıdaları, %10-48 gibi yüksek oranlarda ödül olarak kullandığı gösterilmiştir (73, 90, 91). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer şekilde ailelerin dörtte biri iyi davranışlara karşılık çocuğunu abur cubur gıda ile ödüllendirdiğini belirtmiştir. Bu uygulama, abur cubur gıda alımını doğrudan artırabilir ve bu gıdaları çocuklar için daha cazip hale getirebilir.

Abur-cubur gıda başladığını belirten ailelerin oranı %80,6 iken, çelişkili olarak ailelerin %89'u (257) abur-cubur gıda vermenin doğru olmadığını düşünmekteydi. Bu durum ailelerin abur-cubur gıdaları yeterince tanımaması, bu gıdaların çocukların erişkin hayatlarına yansıyabilecek uzun dönem etkileri hakkında bilgileri olmaması ile açıklanabilir. Bazı ebeveynlerin hazır kutu yoğurt, hazır meyve suyu, hazır çorba ve bebek bisküvisi gibi gıdaların verilebileceğini; ancak şekerleme, çikolata, cips, kola gibi gıdaların verilmesinin yanlış olduğunu belirtmeleri de abur cubur gıdaları yeterince tanımadıklarının göstergesi idi.

Bölgemizde yaşayan çocukların abur cubur gıda grubundaki market gıdalarıyla 12 ay civarında tanıştığı görülmüştür. Ancak bebek beslenmesinde hiç önerilmeyen şekilde 2-6 ay arasında cips, şeker, çikolata, sakız gibi gıdaların verildiği saptanmıştır. Tüm çalışma grubumuzda hazır kek/bisküviler, tuzlu krakerler, şekerleme/çikolata, dondurma ve kutu yoğurdun en sık tüketildiği belirlenmiştir. Tamamlayıcı beslenmeye geçişte yoğurt, sebze çorbaları, meyve suları ilk başlanılan gıdalardır. Ancak bu besinlerin kimyasal içerikli hazır gıdalar şeklinde değil ev yapımı olması gerekmektedir. Çalışmamızda ailelerin %27,4'ünün hiç hazır kutu yoğurt vermediği, %26,4'ünün ise evde mayalanmış yoğurt verdiği saptanmıştır. Bazı anneler ek gıdaya geçiş döneminde evde yapılmış yoğurt verdiğini ancak sonraki dönemlerde daha kolay ulaşılabilir olması nedeniyle hazır kutu yoğurt tercih ettiğini belirtmiştir. Abur cubur gıdaların ilk veriliş zamanları ile ilgili literatürde benzer bir çalışma bulunamamıştır. Ancak bu yaş grubu çocuklarda abur cubur gıda tüketimlerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (92, 93).

Sağlıklı beslenme için çocukların her besin grubundan yeterli ve uygun miktarlarda alması gerekmektedir. Çalışma grubumuzda çocukların büyük bir kısmının sebze-meyve grubu, süt ürünleri ve yumurtayı her gün tükettiği saptandı. Besin değeri yüksek olan et, balık ve baklagil grubunun daha az tüketildiği saptandı. Çocukların %5,2'si kırmızı eti hiç tüketmezken, %18,2'si ayda 1 veya 2 gibi çok yetersiz bir oranda tüketmekteydi. Hiç balık tüketmeyen ve ayda 1 veya 2 kez balık tüketenler çalışma grubumuzdaki çocukların yarısıydı. İlkokul 2. sınıf öğrencilerinde yapılan Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2016 bulgularına göre; çocukların %6,1'inin hiç kırmızı et tüketmediği, %14,6'sının hiç balık tüketmediği raporlanmıştır (43). Benzer şekilde TNSA 2018 verilerinde de 6-23 ay arası çocukların en az tükettiği gıdaların et, kümes hayvanları, balık ve baklagiller olduğu belirtilmiştir (20). Bizim çalışmamızın bulguları ülkemiz bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çocukların beslenme durumlarını etkileyen faktörler incelendiğinde, ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşüklüğü, hane gelir düzeyinin düşüklüğü, çocuğun kreş/yuvaya gitmesi, iştahsız olarak tanımlanan çocuklar, günlük ekran süresi 2 saat ve daha fazla olan çocuklar ile çocukların abur cubur gıda tüketim oranı arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü. Çalışmamızda, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip

olan anne ve babaların çocuklarına abur cubur gıda verme yüzdeleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla saptandı. İstanbul'da yapılmış olan bir çalışmada, annenin eğitim düzeyi artıkça hazır gıdaların kullanılmadığı ve evde pişen yemek türlerinin tercih edildiği, anne eğitim düzeyi azaldıkça fast food, hazır meyve suyu, atıştırmalıkları çocuklarına verdikleri ve çocukların beslenme çantalarında abur cubur gıdaların bulunduğu görülmüştür (94). Türker ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, annelerin eğitim düzeyleri ile birlikte beslenme bilgi düzeylerinin de artış gösterdiğini tespit edilmiştir (95). Hendricks ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada üniversite eğitimi almış olan annelerin çocuklarının tatlandırılmış içecek, tatlı ve şekerleme tüketme olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (96). Yapılan bir çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarında en düşük meyve alımına ve en yüksek şekerli içecek tüketimi olduğu saptanmıştır (97). İngiltere'de yapılan Avon Boylamsal Gebelik ve Çocukluk Çalışmas'ında, anneleri daha düşük eğitim seviyesine sahip olan çocuklar tarafından şekerli ve gazlı içecek tüketiminin arttığı bildirilmiştir (98). Çalışmamızda, tatlı atıştırmalıkları ilk yeme ve asitli içecekleri ilk içme zamanı annesi ortaokul üzerinde eğitim düzeyine sahip olan çocuklarda anlamlı olarak daha geç bulunmuştur.

Çalışmamızda, geliri asgari ücret ve altında olan ailelerin çocuklarının iştahsız olma, beslenmede zorlama ve bu çocuklara abur cubur gıda verme yüzdesi istatistiksel olarak diğer çocuklardan daha yüksekti. Abur cubur gıdalar tek tek sorgulandığında ise asgari ücretin üzerinde gelir düzeyine sahip olan ailelerin çocuklarında hazır çorba, tatlı atıştırmalıklar ve asitli içeceklere başlama zamanının istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha geç olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Zarnowiecki ve arkadaşları okul öncesi dönem çocuklarda yaptığı çalışmada, gelir düzeyinin ebeveynlerin beslenme bilgilerini etkileyen en önemli faktör olduğunu ve ailelerin eğitim seviyesi ile beslenme bilgileri arasında pozitif yönde ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (99). Avusturalyalı çocuklardaki abur cubur gıda tüketimini inceleyen bir çalışmada, düşük sosyoekonomik statüdeki mahallelerde yaşayan çocukların abur cubur gıda tüketim oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir (100). Düşük enerji yoğunluklu, besin değeri yüksek diyetler, rafine edilmiş, ilave yağ ve şeker içeren diyetlere göre daha yüksek maliyetlidir. Yoksulluk hem enerjisi yüksek hem de rafta uzun süre kalabilen gıdaların seçimine neden olabilir. Avrupa yapılmış çalışmalarda da düşük gelirli ailelerin

çocuklarının daha az meyve sebze tükettiği, hazır market gıdalarının alımının daha fazla olduğu bildirilmiştir (101).

Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin ev ortamındayken çocuklarına sağlıklı yiyecekler sunduğu ancak kreşe giden çocuklarda abur cubur gıda tüketim oranının giderek arttığı sonucuna varılmıştır (96, 102). Bizim çalışmamızda, kreşe giden çocuklara abur cubur gıda verilme yüzdesi anlamlı olarak daha fazla olmasına rağmen, abur cubur gıdaların birçoğunun ilk başlangıç zamanının kreşe giden çocuklarda daha geç olduğu saptanmıştır. Kreşe giden çocukların annelerinin genellikle eğitim düzeyi daha yüksek ve çalışan anneler olması nedeniyle bu gıdaların başlangıç yaşının daha geç olduğu, ancak kreşe giden çocuklarda evdeki beslenme düzeninin sürdürülememesi, akranlarından etkilenmesi nedeniyle abur cubur gıda tüketiminde artış olduğu düşünülmüştür.

Ebeveynlerin beslenme bilgi düzeyinin yüksek olmasının, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmasında etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir. Hendrie ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ebeveynlere verilen beslenme eğitimi kapsamında ailelerin besinin evde bulunabilirliğine ilişkin algı düzeylerinin yükseldiği ve çocukların doymuş yağ alım oranının azaldığı saptanmıştır (103). Çalışmamızda beslenme eğitimi alan ebeveynlerin çocuğa abur cubur verme oranında, beslenme eğitimi almayan ebeveynlere göre anlamlı farklılık görülmedi. Ebeveynlerin yaklaşık yarısı sağlık personelinden, daha az bir oranda diyetisyen ve kitap, dergi, internet gibi yayın organlarından çocuk beslenmesine dair eğitim almış olmasına rağmen; çalışma grubumuzdaki abur cubur gıda tüketim oranının çok yüksek olması, ailelere verilen beslenme eğitiminin içerik ve sıklığının yeterli olmayabileceğini düşündürebilir. Bu durum sağlık personelleri tarafından ebeveynlere verilen beslenme eğitiminin sıklığının artırılması, devamlılığının sağlanması, besin içeriklerinin tanıtılması, aileler için görsel ve yazılı materyaller hazırlanması ve özellikler abur cubur gıdalar hakkında bilgilendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) 2018 yılında yaptığı açıklamada 2-5 yaş arası çocukların ekran süresinin 1 saat ile sınırlandırılması ve ebeveynlerin çocukların tüm medya kaynakları ile etkileşimini yakından izlemeleri gerektiğini vurgulamıştır (104). Yapılan araştırmalarda çocukların artan TV izleme sürelerinin yüksek enerji, yağ ve atıştırmalık tüketimi; sebze, meyve ve lif alımının azalması ile ilişkili olduğunu

göstermiştir (105, 106). Wright ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada iştahsızlığı olan çocukların daha çok televizyon, video izlediği gösterilmiştir (107). TV önünde yemek yiyen çocuklarda abur cubur gıda tüketimi ve yeme bozukluklarının daha fazla olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (100, 108). Literatürdeki araştırmalar çalışmamızın sonucunu desteklemektedir. İştahsız olan, ebeveynleri tarafından beslenmeye zorlanan, abur cubur gıda verilen çocukların günlük toplam ekran süresi anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Ekran süresi 2 saat altı ve sütü olarak iki gruba ayrıldığında 2 saat ve üzerinde olan çocuklarda abur cubur gıda tüketiminin anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Çocukların TV programlarındaki gıda reklamlarının %80' inden fazlası abur cubur gıdaları içermesi nedeniyle, TV reklamlarını kısıtlamanın abur cubur seçimini azaltmada önemli bir yol olabileceği bilinmektedir (66).

Bebeklik döneminden çocukluk çağına geçildikçe çocukların iştahı ve yeme sıklığı giderek azalmaktadır. Bu durum anne babalarda tedirginliğe yol açar ve bu da çocuğu daha çok ya da daha sık yemesi için zorlamalarına, çocuğa istediği besini tüketmesine izin vermelerine yol açar. Saarilehto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aileleri tarafından iştahsız ve normal iştaha sahip olarak tariflenen çocukların beslenme şekilleri ve kilo alımları araştırılmış olup, iştahsız çocukların aldıkları kalorinin büyük kısmını atıştırmalık gıdalardan, daha az sıklıkla sıcak yemeklerden sağladıkları belirtilmiştir (109). İştahsız çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların en çok sebze yemekleri, protein oranı yüksek besinler ve süt ürünlerine karşı yemede isteksizlik gösterdikleri ve %89,6’ sının her gün abur cubur tükettiği bildirilmiştir (77). Çalışmamızda ebeveynlere iştahı normal olan çocuklara göre ebeveynleri tarafından iştahsız olarak bildirilen çocuklara anlamlı olarak daha fazla abur cubur gıda sunulmaktaydı. Yemeklere karşı isteksiz olan ve yemek seçen çocukların aç kalmalarını engellemek için ebeveynler ara öğünlerde bu çocukların sevdiği abur cubur gıdaları tüketmesine izin verdikleri düşünülebilir. Söz konusu çocuklar alması gereken kalorinin çoğunluğunu bu gıdalardan karşıladığı için evde hazırlanan sofra gıdalarına karşı isteksizlik gösterebilir ve bu durum bir süre sonra kısır döngüye girebilir. Tat, koku ve görünüş açısından çocuklar için cazip olan abur cubur gıdalar, çocukların büyüme ve gelişmesi için gerekli olan sağlıklı besinlerin önüne geçebilmektedir.

# 6. SONUÇ

Yaşamın erken dönemlerinde doğru beslenme alışkanlıkları kazanmak ve erişkin dönemde sürdürebilmek kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için önemlidir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme ve sonrasında çocuğun enerji, makro ve mikronutrientleri dengeli bir şekilde içeren besinlerle beslenmeye anne sütü ile birlikte devam edilmesi esastır. Abur cubur olarak tanımlanan, gıda boyaları, yapay katkı maddeleri, uygunsuz miktarda şeker, yağ, tuz içeren sağlık için zararlı olan gıdaların erken çocukluk çağında çocuğun diyetinde yer almaması gerekmektedir. Bu konuyu araştırmayı amaçladığımız çalışmamızda, aileler tarafından erken dönemde ve çok yüksek oranda bu gıdaları çocuklara sunulduğu görülmüştür.

Tüketim sıklığı yüksek olmasına rağmen ailelerin bir kısmının çocukların abur cubur gıdaları tüketmediğini belirtmesi, hatta yararlı olduğunu düşünmeleri ebeveynlerin bu gıdaları yeterince tanımadıklarını ve çocuklara faydalı hazır gıdalar olarak tanımlayabildiklerini düşündürmektedir. Bu gıdalarla erken yaşta ve sık karşılaşmanın; çocukların fiziksel, bilişsel ve davranışsal gelişimlerini olumsuz etkileyebileceği, ileri yaşlarda gelişebilecek bazı hastalıkların etiyolojisinde rol oynayabileceği anlatılmalıdır.

Bu çalışmada ebeveynlerin dörtte birinin iyi davranışlar karşısında ödül yöntemi olarak abur cubur gıdaları kullandığı tespit edilmiştir. Besinleri iyi davranışı geliştirmek için ödül olarak kullanmak, çocuklarda sağlıklı besinlere karşı isteksizlik oluşturarak daha fazla abur cubur gıda tüketimine ve olumsuz beslenme alışkanlığına neden olmaktadır. Ebeveynlerin çocuklarını gıda ürünleriyle değil, özenle seçilmiş ve güzel sözcükler kullanarak, sarılarak ve vakit ayırarak ödüllendirmeleri tavsiye edilebilir.

Ebeveynlerin eğitim durumu ve ailenin gelir düzeyinin düşüklüğü, kreşe gitme, iştahsızlık, çocuğun 2 saat ve üzeri ekran süresi, çalışmamızda çocukların abur cubur gıda tüketimini anlamlı olarak arttıran faktörler olarak saptandı. Ailelerin sosyoekonomik düzeyleri, eğitim durumları, aile içi bireylerin özellikleri ve çocuğa karşı tutumları beslenme davranışının şekillenmesinde büyük bir rol oynamakta, elde edilen sonuçlar çalışmanın hipotezini desteklemektedir.

Yeme davranışının şekillendiği erken çocukluk döneminde çocuklar anne ve babadan etkilendiği gibi kardeşlerinden ve kendi akranlarından da etkilenmektedir. Kreş veya yuvaya giden çocukların abur cubur gıda tüketiminin daha geç başlangıçlı olmasına rağmen daha fazla olduğu görülmüştür. Genellikle çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin, çocuklarını 2 yaşından sonra kreş veya yuvaya bıraktıkları, bu dönemden sonra çocukların abur cubur gıda tüketiminin arttığını belirtmişlerdir. Özellikle beslenme çantalarında hazır meyve suyu olması dikkat çekicidir. Ülkemizde kreş ve yuvaya giden çocukların oranı zamanla artmakta olup, kreş öğretmenlerine ve kreşe giden çocukların ailelerine sağlıklı beslenme eğitimi verilmesi gerekmektedir.

Çalışmaya katılan ailelerin yaklaşık yarısı sağlık personellerinden beslenme eğitimi almış olmasına rağmen, çocukların abur cubur gıda tüketiminin yüksek oranda saptanması, beslenme eğitiminde hedeflenen amaca ulaşılamadığını göstermektedir. Bu durum; verilen eğitimin içeriğinin üzerinde durulması gerekliliğini ve her fırsatta ebeveynlerin çocuklarına uygun zamanda ve şekilde başlamaları gereken besinler hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Ebeveynler çocuğu beslemekle ile ilgili sorun yaşadıklarında, çocuğun eline telefon/tablet vererek, video izleterek veya TV karşısında yemek yedirmektedirler. Bu davranış çocukların abur cubur gıda tüketimini ve obezite riskini artırmaktadır. Ayrıca birçoğu besin değeri düşük gıdalar üzerine olan TV reklamları çocuğun besin seçimini etkileyen önemli bir unsurdur. Çalışmamızda iştahsız, beslenirken zorlanan ve abur cubur gıda tüketimi fazla olan çocukların ekran süresinin fazla olduğu tespit edilmiştir. Çocuklar için önerilen ekran süresinin üzerine çıkılmamasına dikkat edilmesi, çocuğun beslenme saatinde tablet/telefon/tv gibi dikkat dağıtıcı faktörlerin ortadan kaldırılmasına özen gösterilmesi önerilebilir.

Yemeklere karşı iştahsızlık gösteren çocuklar yetersiz gıda alımı endişesi ile aileler tarafından bilinçsizce abur cubur gıda tüketimine yönlendirilmekte, bu gıdaların tüketimi ile iştahsızlık artmakta ve bu durum kısır döngüye girmektedir. Ebeveynlerin yanlış beslenme davranışı çocukların besinlere karşı olan isteksizliğini ve besin seçiciliğini artırabilir.

Sonuç olarak; yeme alışkanlıklarının kazanıldığı erken çocukluk döneminde sağlıklı beslenme davranışı, ailenin gelir düzeyi, eğitim seviyesi, aile yapısı, çevresel etkenler, medya gibi faktörlerden etkilenmektedir. Erken çocukluk döneminde sağlıklı

besinlerle tanışma ve tanıştırılma konusunda ailelerin sürekli olarak bilgilendirilmesi, çocukluk obezitesi ve hastalıklardan korunmayı sağlamada önemli olduğundan koruyucu hekimlikte tüm sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Gebelikten başlayarak anneler ve erken çocukluk döneminde bakım veren tüm bireyler için her fırsatta sağlıklı beslenme modellerinden söz etmek, abur cubur gıdayı tanımlamak primer koruyucu hekimlikte gereklidir. Çocuk sağlığı izlemlerinde; anne sütü ile beslenme, tamamlayıcı gıdaya geçme, uygun besinlerle uygun miktarlarda beslenme ve kalorisi yüksek, besin değeri az olan abur cubur gıdaların verilmemesi ve bu gıdaların tüketimiyle ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

# KAYNAKLAR


1. Özmert E. Yaşamda önemli bir dönüm noktası: tamamlayıcı beslenme (ek gıdaya geçiş). Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40:157-63.
2. UNHCR U, WHO W. Food and nutrition needs in emergencies, Manual. 2009.
3. Flores MMS, Fairchok MP. The relationship of breastfeeding to antimicrobial exposure in the first year of life. Clinical pediatrics. 2004;43(7):631-6.
4. Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Süt çocukluğu döneminde beslenme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6(1):63-70.
5. Demirel F, Üner A, Kırımi E. Van ili kırsalındaki annelerin çocuk beslenmesindeki alışkanlıkları ve uygulamaları. Van Tıp Dergisi. 2001;8(1):18-22.
6. Osmanoğlu N. Anne ve Çocuk Beslenmesi. Baskı, Ankara: Vize Basın Yayını. 2011:106-11.
7. Matheson D, Spranger K, Saxe A. Preschool children's perceptions of food and their food experiences. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2002;34(2):85-92.
8. Bulduk S, Demircioğlu Y. Ailelerin çocuklarına doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmaya yönelik davranışlarının belirlenmesi üzerine bir araştırma. Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi Sempozyumu. 2002:243
9. Baltalı O. Erken çocukluk çağında beslenme sorunları. Gökçay G, Beyazova U (Editörler). İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi'nde İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017:405-16
10. Şanlıer N, Yabancı N. 5-6 yaş çocukların beslenme alışkanlıkları ve anne ile çocukların beslenme bilgi düzeylerinin saptanması. 17-18 Ekim 2002. Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi Sempozyumu, Kök Yayıncılık, Ankara. 2002.
11. Gökçay G. Yaşamın ilk 2 yılında çocuk sağlığı ve bakımı. İstanbul: A.E Yayıncılık; 2011.
12. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, Switzerland, 2001.
13. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O, ve ark. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. 2009.
14. Samur G. Anne sütü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. 2008.
15. Coşkun T. Anne Sütü İle Beslenme: Çocuk sağlığı temel bilgiler, Tunçbilek E (Editör), 3. baskı. Ankara; 1995.
16. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. Pediatrics. 2009;123(2):483-93.
17. Topçu S, Başkan S. Anne sütü ile beslenmenin önemi. Gökçay G, Beyazova U (Editörler). İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi'nde İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017:253-63
18. Michaelsen KF. Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries: WHO Regional Office Europe; 2000.
19. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(1):11-5.

20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2019;1.
21. Bilgen H, Kültürsay N, Türkyılmaz C. Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi. Türk Pediatri Arşivi. 2018;53(1):128-37.
22. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005;115(2):496-506.
23. Gür E. Tamamlayıcı beslenme. Türk Pediatri Arşivi. 2006;41(4):181-8.
24. Köksal G, Özel HG. Bebek beslenmesi. Ankara/Türkiye. 2008.
25. Tokatlı A. Bebeklerde ek besinlere geçiş"weaning" dönemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2003;12(4):134-6.
26. Türk Çocuk Gastroenteroloji HVBD. Oyun çocukluğu dönemi beslenme rehberi. Available from: http://pedgastro.org/icerik/beskenme-rehberi-1.PDF.
27. Merdol TK. Okul öncesi dönem çocuklarının beslenmesi. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008.
28. Saner G. Besin gereksinimleri. Neyzi O, Ertuğrul T. (Editörler). Pediatri'de Nobel Tıp Kitabevi;2002.
29. Sadık A. Çocuk sağlığı izleminde vitamin ve mineral kullanımı. Gökçay G, Beyazova U (Editörler). İlk beş yaşta çocuk sağlığı izlemi'nde İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017:313-19
30. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel pediatri. Türkiye Milli Pediatri Derneği İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010.
31. Saner G, Durmaz Ö, Gökçe S. Beslenme durumunun değerlendirilmesi. Neyzi O, Ertuğrul T(Editörler) Pediatri'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010:233-8.
32. Karaağaoğlu N, Samur G. Anne ve çocuk beslenmesi. Pegem Akademi Yayınevi; 2017:1-130.
33. World Health Organization. Training course on the management of severe malnutrition. 2002.
34. Brewster DR. Critical appraisal of the management of severe malnutrition: 1. Epidemiology and treatment guidelines. Journal of paediatrics and child health. 2006;42(10):568-74.
35. Linnemayr S, Alderman H, Ka A. Determinants of malnutrition in Senegal: Individual, household, community variables, and their interaction. Economics & Human Biology. 2008;6(2):252-63.
36. World Health Organization. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. 1999.
37. Gómez F, Galvan RR, Frenk S, Muñoz JC, Chávez R, Vazquez J. Mortality in second and third degree malnutrition. 1956. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(10):1275.
38. Köksal G, Gökmen H. Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi. Hatipoğlu Yayınları. 2000;124.
39. Saner G, Durmaz Ö, Gökçe S. Protein enerji malnütrisyonu. Neyzi O, Ertuğrul T(Editörler) Pediatri'de. 4 baskı, İstanbul: Nobel tıp yayınevi; 2010:230-250.
40. Bülbül S. Protein Enerji Malnütrisyonu. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A (Editörler) Temel Pediatri'de. Türkiye Milli Pediatri Derneği İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010:51-90
41. World Health Organization. Şubat 2018. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
42. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk çağında obezite. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002;11(1):8-10.

43. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR 2016), Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara; 2017.
44. Kiess W, Galler A, Reich A, Müller G, Kapellen T, Deutscher J, et al. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. Obesity reviews. 2001;2(1):29-36.
45. Vicente-Rodríguez G, Rey-López JP, Martín-Matillas M, Moreno LA, Wärnberg J, Redondo C, et al. Television watching, videogames, and excess of body fat in Spanish adolescents: the AVENA study. Nutrition. 2008;24(7-8):654-62.
46. Öztora S, Hatipoğlu S, Barutçugil MB, Salihoğlu B, Yıldırım R, Şevketoğlu E. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi. 2006;2(1):11-4.
47. Imperatore G. Childhood obesity: is it time for action? Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2006;16(4):235-8.
48. Nehus E, Mitsnefes M. Childhood obesity and the metabolic syndrome. Pediatric Clinics. 2019;66(1):31-43.
49. Savaşhan Ç, Erdal M, Sarı O, Aydoğan Ü. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(1):14-21.
50. Köksal G, Özel HG. Okul Öncesi Dönemde Obezite. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2008.
51. Lindsay AC, Machado MT, Sussner KM, Hardwick CK, Peterson KE. Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. Food and nutrition bulletin. 2008;29(1):15-24.
52. Ünlü G, Aras Ş, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem Ö. Yeme reddi olan çocukların annelerinde kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtileri ve aile işlevleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(1):15-7.
53. Selimoğlu MA. Sağlıkta ve hastalıkta çocuk beslenmesi. İstanbul; Ömür Matbaacılık A.Ş; 2014: 63-95
54. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: A population-based survey. Child: care, health and development. 2000;26(1):5-16.
55. Bıcılıoğlu Y, Eliaçık K, Astarcıoğlu G, Sarıtaş S, Bakiler AR. Ebeveynler haklı mı? İştahsız çocukta risk faktörlerinin ve büyümenin değerlendirilmesi. İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi. 2015;5(2):95-100.
56. Önal S, Var EÇ, Uçar A. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ)'ni Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2017;6(1):93-101.
57. Mattiello V, Schmugge M, Hengartner H, von der Weid N, Renella R, Group SPHW. Diagnosis and management of iron deficiency in children with or without anemia: consensus recommendations of the SPOG Pediatric Hematology Working Group. European Journal of Pediatrics. 2020;179:527-45
58. Gökçay G, Garibağaoğlu M. Sağlıklı çocuğun beslenmesi. Ed: Neyzi O, Ertuğrul T Pediatri'de İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
59. Temizel İNS. İştahsız çocuk. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, S. 2008;51:176-81.

60. Gökçay G, Garipağaoğlu M. Çocukluk ve ergenlik döneminde beslenme: Saga Yayınları; 2002.
61. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Okul Öncesinde Sağlıklı Beslenme. 2017 [Erişim tarihi: 17.05.2020] https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/ergenlik-doneminde-beslenme.html.
62. Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I: Beslenme. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi. 2005;48(1):79-195.
63. Bhaskar R. Junk food: impact on health. Journal of Drug Delivery and Therapeutics. 2012;2(3).
64. Boğa A, Binokay S. Gıda katkı maddeleri ve sağlığımıza etkileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2010;19(3):141-54.
65. Sezgin AC, Ayyıldız S. Çocukların Tükettiği Atıştırmalık Gıdalarda Kullanılan Renklendiricilere İlişkin Bir Araştırma. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi.11(18):877-913.
66. Payab M, Kelishadi R, Qorbani M, Motlagh ME, Ranjbar SH, Ardalan G, et al. Association of junk food consumption with high blood pressure and obesity in Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV Study. J Pediatr (Rio J). 2014;35(9):582-90.
67. Foster E, Mathers J, Adamson A. Packaged food intake by British children aged 0 to 6 years. Food additives and contaminants. 2010;27(3):380-8.
68. Oginsky MF, Goforth PB, Nobile CW, Lopez-Santiago LF, Ferrario CR. Eating 'junk-food'produces rapid and long-lasting increases in NAc CP-AMPA receptors: implications for enhanced cue-induced motivation and food addiction. Neuropsychopharmacology. 2016;41(13):2977-86.
69. Oğuz Ş, Derin DÖ. 60-72 aylık çocukların bazı beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. İlköğretim Online. 2013;12(2):498-511
70. Çalık KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):80-91
71. Kağan DA, Özkul E, Ergün C, Sam A, Şen N. Çocukların Meyve ve Sebze Tüketim Alışkanlığının Sosyoekonomik Durum İle İlişkisinin İncelenmesi. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2019(17):570-80.
72. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. British Journal of Nutrition. 2008;99(1):22-5
73. Adak N. 1-5 yaş arası sağlıklı çocukların beslenme özellikleri ve aile etkileşimi (tez). İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
74. Dağ ÖK. 12-18 Ay Arası Çocukların Beslenme Durumlarının, Ailelerinin Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hematolojik-Biyokimyasal Değerler İle İlişkisi (tez). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
75. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sürekli tıp eğitimi dergisi. 2006;15(9):158-63.
76. Gümüştakım RŞ, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. Family Practice and Palliative Care. 2017;2(1):1-8.

77. Çetin HS. İştahsızlığı olan 2-10 yaş arası çocukların ve ailelerinin incelenmesi ve sağlıklı beslenme eğitiminin verilerek eğitim sonrası sonuçların değerlendirilmesi (tez). Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
78. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara; 2014.
79. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005;48(3):226-33.
80. Uludağ A, Peker E, Şahin EM, Eşsizoğlu E, Ağaoğlu H, Topaloğlu N, ve ark. Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(3):142-8.
81. Leal KK, Schneider BC, França GVA, Gigante DP, dos Santos I, Assunção MCF. Diet quality of preschool children aged 2 to 5 years living in the urban area of Pelotas, Brazil. Revista Paulista de Pediatria (English Edition). 2015;33(3):310-7.
82. Ziegler P, Hanson C, Ponza M, Novak T, Hendricks K. Feeding Infants and Toddlers Study: meal and snack intakes of Hispanic and non-Hispanic infants and toddlers. Journal of the American Dietetic Association. 2006;106(1):107-23.
83. Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. Journal of the american college of nutrition. 2005;24(2):83-92.
84. Paes VM, Ong KK, Lakshman R. Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0–6 years): systematic review of qualitative evidence. BMJ open. 2015;5(9):e007396.
85. Blissett J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. Appetite. 2011;57(3):826-31.
86. Stifter CA, Moding KJ. Understanding and measuring parent use of food to soothe infant and toddler distress: a longitudinal study from 6 to 18 months of age. Appetite. 2015;95:188-96.
87. Fisher J, Wright G, Herman A, Malhotra K, Serrano E, Foster G, et al. "Snacks are not food". Low-income, urban mothers' perceptions of feeding snacks to their preschool-aged children. Appetite. 2015;84:61-7.
88. Rodríguez-Oliveros G, Haines J, Ortega-Altamirano D, Power E, Taveras EM, González-Unzaga MA, et al. Obesity determinants in Mexican preschool children: parental perceptions and practices related to feeding and physical activity. Archives of medical research. 2011;42(6):532-9.
89. Chan R, Yeung S, Leung C, Lo SK, Tsang S. Family factors and fruit and vegetable consumption in Chinese preschool children living in Hong Kong. Journal of Children's Services. 2018.
90. Roberts L, Marx JM, Musher-Eizenman DR. Using food as a reward: An examination of parental reward practices. Appetite. 2018;120:318-26.
91. Lindsay AC, Wallington SF, Greaney ML, Hasselman MH, Machado MM, Mezzavilla RS, et al. Sociocultural and environmental influences on Brazilian immigrant mothers' beliefs and practices related to child feeding and weight status. Maternal and child health journal. 2017;21(5):1085-94.

92. Lo K, Cheung C, Lee A, Tam WW, Keung V. Associations between parental feeding styles and childhood eating habits: a survey of Hong Kong pre-school children. PloS one. 2015;10(4).
93. Ertürk CK, Doğan ÖF, Yıldırım B, Köroğlu AY, Demirel Ö, Çoban Ç, ve ark. 3-6 yaş grubu çocukların beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma International Social Sciences Studies Journal. 2019;5(52):7240-8.
94. Aydın G, Akay D, İbiş E. 3-7 yaş çocuğa sahip annelerin beslenmeyle ilgili davranışlarının incelenmesi. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;7(2):683-700.
95. Türker PF, Metin S, Saka M, Demir M. 1-5 yaş arası çocuk sahibi olan annelerin beslenme bilgi düzeylerinin saptanması. International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research; 2016(6).
96. Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. Journal of the American Dietetic Association. 2006;106(1):135-48.
97. Cullen KW, Ash DM, Warneke C, De Moor C. Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6. American Journal of Public Health. 2002;92(9):1475-7.
98. Northstone K, Rogers I, Emmett P. Drinks consumed by 18-month-old children: are current recommendations being followed? European journal of clinical nutrition. 2002;56(3):236-44.
99. Zarnowiecki D, Sinn N, Petkov J, Dollman J. Parental nutrition knowledge and attitudes as predictors of 5–6-year-old children's healthy food knowledge. Public health nutrition. 2012;15(7):1284-90.
100. Boylan S, Hardy L, Drayton B, Grunseit A, Mihrshahi S. Assessing junk food consumption among Australian children: trends and associated characteristics from a cross-sectional study. BMC public health. 2017;17(1):299.
101. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? The American journal of clinical nutrition. 2008;87(5):1107-17.
102. Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. Appetite. 2008;50(2-3):252-9.
103. Hendrie G, Sohonpal G, Lange K, Golley R. Change in the family food environment is associated with positive dietary change in children. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2013;10(1):4.
104. American Academy of Pediatrics. Children and Media Tips from the American Academy of Pediatrics, 2018 https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/news-features-and-safety-tips/Pages/Children-and-Media-Tips.aspx adresinden 18.05.2020 tarihinde erişilmiştir.
105. Campbell KJ, Crawford DA, Ball K. Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5–6 year-old children. International journal of obesity. 2006;30(8):1272-80.
106. Ford C, Ward D, White M. Television viewing associated with adverse dietary outcomes in children ages 2–6. Obesity reviews. 2012;13(12):1139-47.
107. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? Pediatrics. 2007;120(4):1069-75.

108. Cole NC, Musaad SM, Lee S-Y, Donovan SM, Team TSK. Home feeding environment and picky eating behavior in preschool-aged children: A prospective analysis. Eating behaviors. 2018;30:76-82.
109. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Simell O. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. The Journal of pediatrics. 2004;144(3):363-7.

# EKLER

## EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. Araştırmanın adı: İlk 5 Yaş Çocuklarda Abur Cubur Gıda Tüketimi ve Ailelerin Tutumları
2. Bu bir uzmanlık tezi anket çalışmasıdır.
3. Bu çalışma ile çocuk polikliniklerine başvuran ilk 5 yaş çocukların abur-cubur gıda tüketim sıklıklarını, etkileyen faktörleri ve başlangıç zamanlarını araştırmak, ebeveynlerin abur-cubur gıda tüketimi konusundaki görüşleri ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
4. Çalışmanın planlanan tamamlanma süresi 6 aydır.
5. Araştırmaya kabul kriterlerini sağlayan çocuklar ve ebeveynlerinin katılması planlanmaktadır.
6. Araştırmada girişimsel herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.
7. Araştırmada herhangi bir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır.
8. Araştırma gönüllü için herhangi bir risk teşkil etmemektedir.
9. Katılımcılara tazminat(sigorta) veya tedavi sağlanmayacaktır.
10. Katılımcılara ödeme yapılmayacaktır.
11. Araştırmada 1 adet anket formu doldurmanız istenecektir.
12. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır.
13. Araştırmada bilgileriniz gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.
14. Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmek için temasa geçebileceğiniz kişi: Merve AKEKİN 05320515944
15. Araştırma SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma hastanesine çocuk polikliniklerine başvuran çocuklar ve gönüllü ebeveynleri ile yapılmaktadır.

*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.*

*Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.*

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih

Araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih

Ass.Dr.Merve AKEKİN

## EK 2: ANKET FORMU

| | |
|---|---|
| 1.Çocuğun adı soyadı | |
| 2.Çocuğun yaşı (ay) | |
| 3.Çocuğun cinsiyeti | 1.Kız 2.Erkek |
| 4.Doğum ağırlığı (gr) | |
| 5.Doğum şekli | 1.NSVD 2.C/S |
| 6.Doğum zamanı (hf) | 1.Matür 2.Prematür |
| 7.Çoğul gebelik | 1.Var 2.Yok |
| 8.Kardeş sayısı /yaşı | |
| 9.Anne yaşı | |
| 10.Baba yaşı | |
| 11.Anne ve baba öğrenim düzeyi | Anne<br>1.Okur yazar değil<br>2.İlkokul<br>3.Ortaokul<br>4.Lise<br>5.Üniversite<br>Baba<br>1.Okur yazar değil<br>2.İlkokul<br>3. 3.Ortaokul<br>4.Lise<br>5.Üniversite |
| 12.Anne ve baba mesleği | Anne<br>1.Sağlık çalışanı<br>2.Eğitimci<br>3.Diğer<br>4.Çalışmıyor<br>Baba<br>1.Sağlık çalışanı<br>2.Eğitimci<br>3.Diğer<br>4.Çalışmıyor |
| 13.Aile gelir düzeyi | 1.Asgari ücret ve altı<br>2.Asgari ücret üzeri |
| 14.Çocuğa bakım veren kişi | 1.Anne 2.Baba 3.Büyükanne 4.Bakıcı 5.Akraba |
| 15.Bakım veren kişinin yaşı | |
| 16.Çocuk kreş/yuva ya gidiyor mu? | 1.Evet 2.Hayır |
| 17.Anne beslenme eğitimi aldı mı? | 1.Evet 2.Hayır |
| 18.Aldı ise kimden/nereden aldı? | 1.Doktor 2.Ebe/Hemşire 3.Diyetisyen 4.Aile<br>5.Medya |
| 19.Annenin günlük Tv/tablet/telefon kullanım süresi | |
| 20.Çocuğun günlük Tv/tablet/telefon kullanım süresi | |
| 21.Beslenme şekli | 1.Anne sütü 2.Formula mama 3.Anne sütü+Formula mama<br>4.Anne sütü+ek gıda 5.Formula mama+ek gıda 6.Aile sofrası |
| 22.Anne sütü süresi | |
| 23.Sadece anne sütü süresi | |
| 24.Ek gıdaya başlama süresi | |
| 25.Çocuğunuzun iştahı nasıl? | 1.İştahsız 2.Normal 4.İştahlı |
| 26.Beslenmede zorlama var mı? | 1.Evet 2.Hayır |
| 27.Yemek yeme süresi | 1.Yarım saatten kısa 2.Yarım saat-1 saat 3.1 saatten uzun |
| 28.Ana ve ara öğün sayısı | |
| 29.Aile ile sofrada yemek yer mi? | 1.Evet 2.Hayır |
| 30.Çocuğunuza abur cubur gıda verir misiniz? | 1.Evet 2.Hayır 3.Bazen |
| 31.Nelerden etkilenerek abur cubur gıda verdiniz? | 1.TV<br>2.Sosyal medya<br>3.Aile önerisi<br>4.Komşu, çevre<br>5.Diğer |
| 32.Abur cubur gıda verme nedeniniz nedir? | 1.Yararlı olduğunu düşündüğüm için<br>2.Doymadığını düşündüğüm için<br>3.Çocuk ısrar ettiği için<br>4.Diğer kardeş ve çocuklardan gördüğü için |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 5.Aile büyükleri veriyor<br>6.Ağlamasın diye<br>7.Bilmiyorum | | |
| 33.Çocuğunuzun iyi davranışlarını abur cubur gıda ile ödüllendirir misiniz? | 1.Evet | 2.Hayır | 3.Bazen |
| 34.Abur cubur gıda vermeyi doğru buluyor musunuz? | 1.Evet | 2.Hayır | 3.Kısmen |
| 35.Abur cubur gıdayı daha çok nerede veriyorsunuz? | 1.Evde | 2.Dışarıda | 3.Hiç |

| Besinler | İlk veriliş zamanı (ay) | Her öğün | Her gün | Haftada 3-5 | Haftada 1-3 | Ayda 2 | Ayda 1 | Hiç |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kutulu yoğurt vb. | | | | | | | | |
| Hazır meyve suyu/limonata | | | | | | | | |
| Hazır çorba | | | | | | | | |
| Tatlı atıştırmalıklar (bisküvi,kurabiye,kek vs) | | | | | | | | |
| Tuzlu atıştırmalıklar (bisküvi,kraker popcorn vs) | | | | | | | | |
| Cips türü | | | | | | | | |
| Şekerleme türü/çikolata | | | | | | | | |
| Sakız | | | | | | | | |
| Puding | | | | | | | | |
| Dondurma | | | | | | | | |
| Asitli içecekler (kola,gazoz vs) | | | | | | | | |
| Sebze-Meyve | | | | | | | | |
| Süt ve süt ürünleri | | | | | | | | |
| Kırmızı et | | | | | | | | |
| Beyaz et | | | | | | | | |
| Balık | | | | | | | | |
| Yumurta | | | | | | | | |
| Ekmek,makarna, pilav | | | | | | | | |
| Baklagiller | | | | | | | | |

# ÖZGEÇMİŞ

**I. Bireysel Bilgiler**

Adı-Soyadı: Merve AKEKİN

Doğum yeri ve tarihi: Havza/ 09.02.1991

İletişim adresi ve telefonu: merveakekin@gmail.com / 05320515944

Yabancı dili: İngilizce

**II- Eğitimi**

25 Mayıs İlköğretim Okulu (1996-2004)

Amasya Macit Zeren Fen Lisesi (2004-2008)

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (2008-2014)

**III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi**

2014: Samsun, Havza Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

2015-2017: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Asistan Doktor

2017-Günümüze: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Asistan Doktor

**IV- Bilimsel İlgi Alanları**

2. Türk Pediatri Kurumu Genç Pediatristler Kongresi ve Pratikte Güncellemeler Sempozyumu, İstanbul, 2016, Poster Bildiri: 'Yedi yaşında tanı alan Down sendromlu bir konjenital özofagus darlığı olgusu'

9th IPRC World Conference, Porto, 2018, Case Report: 'Smoking Cessation Activity with the Help of Regular Group Interviews in an Adolescent Addiction Group'

12. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2018, Sözlü Bildiri: 'Aile hekimleri tarafından refere edilen proton pompa inhibitörü (PPİ) yanıtsız dispeptik semptomu

olan hastalarda helicobacter pylori (Hp) sıklığı, atrofik gastrit ve intestinal metaplazi (İM) oranları; tek merkez retrospektif tarama'

13. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2019, Sözlü Bildiri: 'Alarm Semptomu Olmadan Dispeptik Şikayetler ile Başvuran Hastalarda Endoskopik Bulgular ve HP Birlikteliği'

## V. Diğer Bilgiler

Türk Pediatri Kurumu Genç Pediatristler, Temel İstatistik Kursu, 2016

Türk Pediatri Kurumu Genç Pediatristler, İleri İstatistik Kursu,2016

Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursu, 2017

Türk Pediatri Kurumu Genç Pediatristler, Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİRD) Uygulayıcı Eğitim Kursu, 2017

Türk Pediatri Kurumu, Pediatride Bilimsel Araştırma Planlama ve Yürütme Kursu, 2020