T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BESLENME SÜRECİNDE ANNE TUTUMLARININ 2-6 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLARIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mehmet ÇAVUŞOĞLU

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BESLENME SÜRECİNDE ANNE TUTUMLARININ 2-6 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLARIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mehmet ÇAVUŞOĞLU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iii
TABLO LİSTESİ iv
ŞEKİL VE GRAFİKLER v
ÖZET vi
ABSTRACT viii
GİRİŞ VE AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER 3
GEREÇ VE YÖNTEMLER 16
BULGULAR 19
TARTIŞMA 33
SONUÇ VE ÖNERİLER 40
KAYNAKÇA 41

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi boyunca bilgisi ve deneyimiyle her zaman desteğini hissettiğim çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e ,

Asistanlık sürecim boyunca her soru ve sorunumda samimiyet ve içtenlikle ilgilenen kliniğimizin çok değerli uzman hekimlerine,

Üç yıl boyunca çalışma ortamını paylaştığım ve deneyimlerinden faydalandığım kliniğimiz asistan hekimlerine, hastanemizin diğer kliniklerinde birlikte görev yaptığım tüm hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına,

Bu tezin oluşmasındaki tüm motivasyonel ve bilimsel desteği için Dyt. Çağlar Karaman'a

Ve tüm başarılarımın mimarı ve asıl sebebi annem Fatma Karadeniz ve ablam Mine Çavuşoğlu'na sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Mehmet ÇAVUŞOĞLU

İstanbul, 2022

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BSATÖ: Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DHA: Dokosa heksaenoik asit

EPA: Eikosa pentaenoik asit

GFR: Glomerular Filtration Rate (Glomeruler Filtrasyon Hızı)

HSGM: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

IQ: Intelligence quotient

MGRS: Multicentre Growth Reference Study

RDA: Recommended Dietary Allowances

SD: Standard deviation (standart sapma)

WHO: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcı Annelerin Çocuk Beslenmesi ve İzlemlerine Dair Sorulara Verdiği Yanıtlar 20

Tablo 2. Demografik sayısal veriler ile ölçek ve ölçek alt boyutlarından alınan puanlara ait betimsel istatistikler..... 22

Tablo 3. Çeşitli değişkenler ile ölçek ve alt ölçek ilişkilerine ait korelasyon sonuçları 23

Tablo 4. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının eğitim açısından karşılaştırılması 25

Tablo 5. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çalışma durumları açısından karşılaştırılması 25

Tablo 6. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuk cinsiyeti açısından karşılaştırılması 26

Tablo 7. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının hedef boy açısından karşılaştırılması 26

Tablo 8. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuklarını ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme durumları açısından karşılaştırılması 27

Tablo 9. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuklarını ASM'deki bebek-çocuk izlemlerine düzenli olarak götürme durumları açısından karşılaştırılması..... 28

Tablo 10. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuklarına ilk bir yıl verilen profilaksi ürünlerini kullanma durumları açısından karşılaştırılması 28

Tablo 11. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının hekimlerinden çocuğun iştahını artırmak veya büyüme – gelişmesini desteklemek için gıda takviyesi – multivitamin reçete etmesini talep etme durumları açısından karşılaştırılması 29

Tablo 12. Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının çocuğu besleme sürecinde yardımcı olan birilerinin varlığı açısından karşılaştırılması..... 30

ŞEKİL VE GRAFİKLER

Şekil 1. Çalışmaya dahil edilen çocukların cinsiyet dağılımı 19
Şekil 2. Çalışmaya dahil edilen annelerin çalışma durumları 19
Şekil 3. Çalışmaya dahil edilen annelerin öğrenim durumları 20
Şekil 4. Çocuğun hedef boy persentili altında seyretme durumu..... 21
Şekil 5. Çocuk kilo persentillerinin dağılımı 31
Şekil 6. Çocuk boy persentillerinin dağılımı..... 31
Şekil 7. Çocuk BKİ persentillerinin dağılımı..... 32

ÖZET

Amaç: Küçük çocukların beslenme ile ilgili davranışları bakım verenleriyle etkileşim yoluyla gelişir ve neredeyse her zaman bu etkileşimlere bağlıdır. Bu çalışmada 2-6 yaş arası dönemdeki çocukların antropometrik ölçümlerine beslenme süreci anne tutumlarının etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Poliklinikleri 'ne 24.05.2022-24.07.2022 tarihleri arasında başvuran 2-6 yaş arası çocuğu olan ve çalışmaya kabul eden 159 kadın ile anket formu ve Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Çocukların antropometrik ölçümleri uygun koşullarda 0,1 cm'e kadar duyarlı bir stadiometre ve 0,1 kg'a duyarlı elektronik bir tartı ile alındı. İstatistiksel analiz IBM SPSS 25.0 paket program kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 2-6 yaş aralığında çocuğu olan 159 anne katıldı. Yaş ortalaması 33,96±5,07 idi. Katılımcıların %85,4 'ü lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Çocuk BKİ persentil değerleri ile BSATÖ Toplam ($r=-0.195$ $p=0.014$), BSATÖ alt boyutlarından "Öğün arasındaki negatif duygu durumu" ($r=-0.159$ $p=0.046$), "Yetersiz ve dengesiz beslenme" ($r=-0.192$ $p=0.015$), puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çocuk boy persentilleri ile BSATÖ alt boyutlarından "Öğün arasındaki negatif duygu durumu" ($r=-0.162$ $p=0.043$), "Negatif besleme stratejileri" ($r=-0.158$ $p=0.048$), puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmanın sorularından bir diğeri olan katılımcıların BSATÖ ve alt boyut puanları ile çocuğun hedef boy persentilin altında seyretme durumuna göre bakıldığında hedef boy persentilin altında boy persentili olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$)

Sonuç: Çocukların antropometrik verilerinin değerlendirilmesi sağlam çocuk takibinin en önemli basamağını oluşturur. Çalışma sonuçlarının gösterdiği üzere çocuğun boy ve BKI gibi büyüme göstergelerinin persentil değeri azaldıkça annelerin beslenme sürecine dair yanlış tutumlar geliştirme sıklığı artmaktadır. Bu durumda

sağlam çocuk takiplerinde anneye beslenme ile ilgili doğru bilgilerin verilmesi çok önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Beslenme, anne, çocuk, büyüme

ABSTRACT

Aim: Young children's nutrition related behaviours develop through their interactions with caregivers, and they almost always depend on these interactions. In this study, it was aimed to evaluate the effect of maternal attitudes towards the feeding process on the anthropometric measurements of children between the ages of 2 and 6 years.

Materials and Methods: The questionnaire form and the "Mother's Attitudes Towards the Feeding Process Scale" were filled by face-to-face interviews with 159 women who applied to the Health Sciences University Şişli Hamidiye Health, Practice and Research Center Family Medicine Polyclinics and has a child between 2 and 6 years between 24.05.2022 and 24.07.2022. Under the proper circumstances, the children's anthropometric measurements were collected using a stadiometer sensitive to 0,1 cm and an electronic scale sensitive to 0,1 kg. It was carried out using IBM SPSS 25.0 package program in the statistical analysis. Statistical significance level was accepted as $p<0,05$.

Results:159 people participated in the study. The mean age was 33,96±5,07. 85,4% of the participants had a high school or higher education level, Between the children's body mass index percentile values and the "Mother's Attitudes Towards the Feeding Process Scale" overall score , there was a statistically significant negative correlation (r=-0.195 p=0.014). And there was a statistically significant negative correlation between the children's BMI percentiles and scores of the two factors of the scale: "Negative Affect During Meal" (r=-0.159 p=0.046) and "Attitudes about Insufficient/Unbalanced Feeding" (r=-0.192 p=0.015). A statistically significant negative correlation was found between the children's height percentiles and "Negative Affect During Meal" (r=-0.162 p=0.043) and "Negative Feeding Strategies" (r=-0.158 p=0.048) factors of the scale. The overall and factor scores of the scale had no statistically significant relationship to whether or not the child's height was below the target height.

Conclusion: The risk of mothers developing negative attitudes toward the feeding process rises as the percentile value of the child's growth parameters falls. In this situation, it's crucial to educate the mother about better nutritional practices.

Keywords: nutrition, mother, child, growth

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yemek yedirerek bebeklerini hayatta tutma anne ve babanın en temel iç güdülerinden biridir. Çocuklarını besleme konusunda güçlük çeken ebeveynler bu konuda endişe duymaya ve yanlış tutum ve davranışlar geliştirmeye meyilli olurlar. Bu durumda çocukta yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak büyüme geriliği görülebileceği gibi ebeveynin aşırı besleme pratikleri ya da kalori-nütrient dengesizliğine bağlı obezite de görülebilir. Anne sütü alımının bittiği 2 yaştan 6 yaşa kadar olan dönemde çocuğun beslenmesi büyük ölçüde bakım verenin tutum ve davranışlarından etkilenir (1–3).

Beslenmenin özerkleşmesi ile ebeveyn ya da çocuğa bakım veren kişilerin besleme tutumları çocuğun sağlıklı ve dengeli bir diyetle beslenmesini sağlamalıdır. Oyun çocukluğu dönemindeki çocuklarda besin seçimlerine müdahale edilmediği takdirde besleyici değeri düşük ancak şeker miktarı yüksek yiyecekleri tercih ettikleri görülmüştür, bu dönemde bakım verenin müdahalesi çocuğu sağlıklı yiyeceklere yönlendirebilecekken zorlayıcı ve yanlış tutumlar çocukta daha ileri beslenme problemlerine yol açabilir (1,4).

Bazı sosyokültürel ve toplumsal etkilerin de ebeveynlerin çocuklarını besleme pratiklerine etki ettiği bilinmektedir. Çocuğun kalori alımı artırılıp özellikle erken yaşlarda kilolu bir çocuğa sahip olmak bazı ebeveynler için sağlık ve yeterlilik hissini pekiştirir ancak bu çocuklarda fazla kiloluluk ve obezite prevalansını artıran bir faktör olarak karşımıza çıkar (5). Ülkemizde de annelerin beslenme tutumları ile ilgili çalışmalarda yetersiz/dengesiz beslenmeye ilişkin yanlış tutumlar artmış görülmektedir (6).

Birinci basamakta yapılan rutin çocuk sağlığı izlemlerinin en önemli ayağını çocuğun fiziksel gelişiminin takibi için antropometrik ölçümlerinin alınması oluşturur. Bu ölçümlerin standardize büyüme grafiklerinde işaretlenmesi ile çocuğun bireysel büyüme trendi aynı cinsiyetteki yaşıtlarıyla karşılaştırılabilir ayrıca yine çocuğun büyümesindeki aşağı ya da yukarı yöndeki sapmalar fark edilip birçok klinik çıkarım yapılabilir. Büyüme grafiği olağan seyreden bir oyun çocuğunun vücut ağırlığı

takiplerinde 2 majör persentil sapma malabsorbsiyon gibi klinik durumlar nedeniyle olabileceği gibi yalnızca çocuğun bir günlük beslenme kaydı incelendiğinde kalori dengesizliği fark edilebilir veya bakım verenin hatalı besleme tutum ve davranışları sorgulanıp değiştirildiğinde ileri klinik araştırmaya gerek olmaksızın çocuğun fizyolojik büyüme trendini yakalaması sağlanabilir (3). Yine bir çocuğun lineer büyümesi değerlendirilirken ebeveyn boyuna göre hesaplanan midparental boyla ilişkili hedef boyun on sekizinci yaş persentilindeki yerine göre çocuğun büyüme trendi yeniden değerlendirilmelidir. Kendi boy ölçümü grafiğinde seyri paralel ancak 3-10 persentilde olan bir çocuğun hedef boy persentili 90-97 persentilde ise yine büyüme ile ilgili bozuklukların gözden geçirilmesi gereklidir (7,8).

Bu çalışmada anne sütü alımının bittiği ve çocuğun büyüme ve fiziksel gelişimi açısından bakıcısının besleme davranışlarının etkili olduğu 2-6 yaş arası dönemdeki çocukların antropometrik ölçümlerine beslenme süreci anne tutumlarının etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Çocuklar, diğer yaş gruplarından fiziksel büyüme ve gelişme açısından süre giden ve beklenen değişiklikler göstererek ayrılırlar. Bireysel farklılıkların eşlik edebildiği bu değişikliklerin birince basamakta gerçekleştirilen rutin çocuk sağlığı muayeneleri sırasında değerlendirilmesi çocuğun sağlık durumunun gözetimi açısından çok önemlidir. Yaşa göre ağırlık ve boy ölçümleri bir çocuğun sağlık durumunun değerlendirilmesinde en önemli parametrelerdendir. Bu antropometrik ölçümler yalnızca ilgili bireyin değil çevresel koşulların etkisi nedeniyle ait olduğu toplumun beslenme durumunu da yansıtır (9).

2.1. BÜYÜMENİN İZLENMESİ

Büyüme hücre sayı ve büyüklüğünün artmasına bağlı olarak vücut hacim ve kütlesinin artması şeklinde gerçekleşir. Bu konsepsiyondan başlayıp adolesan dönemin sonuna dek devam eder. Büyümenin değerlendirilmesi için, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, uzama hızı, baş çevresi ve seçili olgularda deri kıvrım kalınlığı, vücut kısımlarının birbirine oranı ve üst-orta kol çevresi ölçümü gibi antropometrik ölçümlerden yararlanılır (3).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün (HSGM) hazırladığı Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Rehberine göre yenidoğanın doğum odasındaki muayenesinde, ilk 1 hafta içinde, 15. gün, 41.gün, 2-3-4-6-9 ve 12. aylarda, 18-30 aylar arasında 6 ay ara ile 3 kez, 3 yaştan itibaren 21 yaşa kadar yıllık periyodik muayenelerle çocuk sağlığı izlemi ve her muayenede boy ve kilo ölçümü ile 36 aya kadar her muayenede baş çevresi ölçümünü önermektedir. Rehber, 24.aydan itibaren periyodik muayenelerde büyümenin değerlendirilmesinde vücut kitle indeksinin de hesaplanmasını önermektedir (10).

Ölçülen antropometrik verilerin büyüme kartları üzerindeki istatistiksel değerlerle karşılaştırılması elzemdir. Veriler eğer her çocuk için spesifik ve kayıtlı bir eğri grafiği üzerinde işaretlenirse ölçüm istatistiksel olarak normal olsa da (3-97. persentiller arasında) çocuğun kendine has büyüme biçimindeki sapmaları fark etmek

mümkün olacaktır (11). Ayrıca Turner sendromu, Trizomi 21 (Down Sendromu), akondroplazi gibi spesifik klinik durumlarda kullanılmak üzere geliştirilmiş ayrı büyüme grafikleri olup bu çocukların kendi klinik durumları içinde daha doğru izlem ve değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (12).

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 0-24 ay arası çocuklarda 2006 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) büyüme grafiklerinin, 2-19 yaş arası çocuklarda ise 2000 CDC büyüme grafiklerinin kullanımını önermektedir. WHO büyüme eğrileri, MGRS (Çok Merkezli Büyüme Referans Çalışması) adı verilen 1997-2003 yılları arasında seçilen 6 ülkeden (Brezilya, Gana, Hindistan, Norveç, Umman, Birleşik Devletler) ideal koşullarda yetiştirilen (en az 12 ay anne sürü alan ve en az ilk 4 ay yalnızca anne sütü ile beslenen) bebeklerin doğumdan 23. ay sonuna kadar düzenli olarak izlendiği longitudinal büyüme çalışmalarından elde edilmiştir. CDC büyüme eğrileri ise farklı zaman ve lokasyonlarda gerçekleştirilen cross-sectional çalışmalar üzerinden geliştirilmiştir (13,14). Ülkemizde de Neyzi, O. ve ark. tarafından 2008 yılında Türk çocuklarında büyüme standartlarını belirleyen persentil eğrileri geliştirilmiştir (9).

Normal ile normal olmayan büyümeyi birbirinden ayırt edebilecek kesin bir persentil değeri belirlemek mümkün değildir. Ancak geleneksel olarak ortalama değerin 2 Standart Sapma (SD) altı ve üzerini içine alan bölge (tüm olguların %95'i bu bölgededir) toplum standartlarına uygun kabul edilirken ortalamanın 2 SD altı ve üstündeki bölgede kalan çocukların (3.ve 97. persentillere denk düşer) büyüme problemleri açısından araştırılması uygun olacaktır (3).

2.1.1. Vücut Ağırlığı Ölçümü

Vücut ağırlığı ölçümü uygun sıcaklık ve mahremiyet koşullarının sağlandığı bir muayene odasında çocuğun kıyafetleri çıkarılarak yapılmalıdır. Term doğan bir bebeğin ortalama ağırlığı 3400 gramdır. Doğumu takip eden ilk günlerde doğum ağırlığının %5-10'unu fizyolojik olarak kaybeden bebeğin 10-14. günlerde doğum tartısını yakalaması beklenir. Normal gelişen bir bebeğin vücut ağırlığı ilk üç ayda 30 g/gün, ikinci üç ayda 20 g/gün, üçüncü üç ayda 15 g/gün, dördüncü üç ayda 12 g/gün artar. Bebek 4-5 aylık olduğunda doğum ağırlığının iki katına, 1 yaşında üç katına, 2 yaşında ise dört katına ulaşmış olur. Ortalama yıllık tartı alımı 2 yaş ile puberte arasında 2250 g/yıl hızında seyreder (yer yer büyümede platolar, yavaşlama ve

hızlanmalar olabilir). Vücut ağırlığı çevresel etmenler ve çocuğun sağlık durumundan en hızlı etkilenen antropometrik ölçüm olduğu için süt çocukluğu döneminde diğer ölçümlerden daha duyarlıdır. Boya göre ağırlık eğrileri yaştan bağımsız olduğu için, çocuğun yaşının bilinmediği, rutin izlemlerinin yapılmadığı ya da ilk kez değerlendirildiği muayenelerde kullanışlı bir değerlendirme yöntemidir (3,15,16).

2.1.2. Boy Ölçümü

Boy ölçümü 24 aya kadar yatar vaziyette, kalça ve dizler tam ekstansiyona getirilerek baş-ayak tahtası ile ölçülüp büyüme kartları üzerinde işaretlenmelidir. Kendi başına ayakta durabilen çocuklarda ayakkabılar çıkarıldıktan sonra mümkünse topuklar ve sırt arkaya yaslanacak şekilde dik pozisyonda ölçüm yapılmalıdır. Term yenidoğan bir bebeğin boyu ortalama 50 cm'dir. 12. ayda ortalama 75 cm'e, 3 yaşında 90 cm'e, 4 yaşında ortalama 100 cm'e ulaşır (doğum boyunun iki katı). 4 yaş ile puberte arasında ortalama yıllık boy uzama hızı 5-8 cm/yıl'dır. Boy ölçümü akut duraklamaları göstermezken kronik hastalıklar veya devam eden beslenme yetersizliği gibi süregiden durumlarda ortalama 6 ay içinde etkilenmeye başlar (3,11,15,16).

2.1.3. Baş Çevresi Ölçümü

Baş çevresi ölçümü esnek olmayan bir mezür ile oksipital, paryetal ve frontal çıkıntılardan geçecek şekilde ölçülmelidir (oksipital kemiğin en çıkıntılı noktasından kulaklar ve kaşların üzerinden geçecek şekilde). İlk 36 ayda ölçülmesi değerlidir, kranial kemik gelişimleri ile merkezi sinir sistemi gelişimine dair ipuçları verir. Küçük baş çevresi (mikrosefali) ailesel olabileceği gibi, kranyosinositoz, konjenital enfeksiyonlar ve fetal ilaç sendromları ya da travma ya da dismorfik sendromlara sekonder yapısal problemlerden kaynaklanabilir. Baş çevresinin büyük olması (makrosefali) ise en sık hidrosefaliye sekonderdir. Bunun yanında ailesel, intrakraniyal kitle ya da kanamaya bağlı ya da Fragile X gibi sendromik durumlara bağlı olarak da ortaya çıkabilir (3,11,15,16).

2.2. NORMAL BÜYÜME

Her çocuğun spesifik bir büyüme trendi vardır ve her çocuğun büyüme grafiği kendi dinamikleriyle değerlendirilmelidir. Örneğin prematüre doğan bebeklerin

büyüme grafiklerinin 2 yaşa kadar düzeltilmiş yaşa göre takip edilmesi gerekmektedir. Hatta aşırı preterm (extremely preterm, 28 hafta altı doğup hayatta kalan) bebeklerin büyüme grafikleri incelendiğinde 18 yaşa gelindiğinde Beden Kitle İndeksi (BMİ) açısından fark olmamakla beraber boy uzunluğu açısından yaşıtlarından geriliğin persiste ettiği görülmüştür (17).

Büyüme dört ana fazda incelenebilir: fetal, infantil, çocukluk ve adolesan dönem. Fetal dönem büyümenin en hızlı olduğu fazdır ve maternal, fetal, çevresel ve plasental faktörlerden etkilenir. Bu 9 ayda fetüs 50 cm kadar uzar. Bu hız 4 yaş ile puberte arasında 5-6 cm/yıla kadar geriler. Doğum ağırlığı genel olarak erişkin final boyla ilişkili olmamakla beraber, fetal dönemde büyümeyi etkileyen kimi faktörlerin uzun süreli etkileri olabilir (7,11,15,18).

İnfantil dönem, konjenital faktörlere olduğu kadar kısmi olarak beslenmeye de duyarlı bir büyüme dönemidir. Bu dönemde genetik özellikler etkin olmaya başlar ve hayatın bu ilk 2 yıllık periyodunda bireysel persentil eğrisinde çaprazlamalarla beraber genetik potansiyeline paralel bir büyüme modeli izlenmeye başlanır. Çocukluk dönemi genellikle endokrin faktörlerin etkisi altındandır ve stabil ve öngörülebilir bir dinamiği izler. Eğrinin aşağı doğru çaprazlandığı durumlarda büyümeyi olumsuz etkileyebilecek endokrinolojik bozuklukların gözden geçirilmesi gerekir (7).

Puberteye kadar kız ve erkek çocukların büyüme eğrileri benzer seyreder. Pubertal dönemde ise büyüme cinsiyetler arasında farklılaşır ve büyümeye growth hormon yanında seks steroidlerinin etkisi ön plana çıkar. Adolesan dönemde büyüme hızı puberte başlangıcına bağlı olarak yavaşlama eğilimi gösterir. Kız çocuklar büyüme sıçramalarını genelde Tanner evre 3-4 meme gelişiminin olduğu dönemde yaşararak 9 cm uzar ve puberte boyunca 25 cm boy uzaması yaşarlar. Erkek çocuklar ise büyüme sıçramalarını Tanner evre 4 pubik kıllanmanın olduğu dönemde yaşayarak 10,3 cm uzayarak puberte boyunca 28 cm uzarlar. Erkek çocukların pubertal döneme kız çocuklardan daha sonra girmesi ve pubertal dönemde daha fazla büyüme sıçraması yapmaları nedeniyle erişkinlik döneminde erkeklerin boy ortalaması kadınlardan daha yüksek bulunur (7,11,15).

Boy uzunluğu genetik özellikler ve ebeveyn boy uzunluğu ile yakından ilişkilidir. Erişkin yaşamda kadınlar ve erkekler arasında 13 cm boy uzunluğu farkı vardır. Bu nedenle kız çocuk için midparental boy (anne baba boy ortalaması)

hesaplanırken anne-baba boyu toplamından 13 cm çıkarılıp ikiye bölünürken; erkek çocukta anne-baba boy toplamına 13 cm eklenerek ikiye bölünür. Genellikle bu değerin ortalama 2SD (7-10 cm) altı ile üstü arasındaki değerler genetik hedef boy aralığı olarak kabul edilir (11,19).

2.3. BÜYÜME BOZUKLUKLARI

Bir çocuğun yaş ve cinsiyetine göre beklenenden daha yavaş büyüme hızı göstermesi ya da büyüme eğrisinde iki majör persentil çizgisinden fazla düşüş olması büyüme yetersizliği (growth failure) olarak tanımlanır. Çocuğu beklenen genetik potansiyelinin altında kaldığı ya da yaş ve cinsiyete göre boyunun ortalamanın 2 SD altında olması durumu ise kısa boyluluk (short stature) olarak tanımlanır. Ortalamanın altında büyüme grafiğinin konjenital hastalıklar, sistemik hastalıklar, endokrin bozukluklar, yetersiz beslenme, psikososyal belirleyiciler, yapısal büyüme geriliği ve ailesel hastalıklar gibi birçok klinik durumla ilişkisi olabilir. Konjenital patolojik kısa boyda, infant normal ya da normalden küçük doğmuş olabilir ancak büyüme grafiği tedricen yavaşlama eğilimi gösterir. Bu büyüme paterni Turner sendromu, iskelet displazileri, trizomi 21 gibi kromozomal ya da genetik hastalıklar; perinatal enfeksiyonlar, ileri derecede prematürite ve fenitoin ya da alkol gibi teratojenlere maruz kalma gibi durumlarda izlenebilir. Büyüme eğrilerinde doğrusal gerileme, kilo değişikliği eşlik etsin etmesin, sistemik hastalıklar ya da kronik inflamatuar süreçlerde görülebilir. Yüksek doz glukokortikoid kullanımı gibi bazı ilaç kullanımları da büyümeyi etkileyebilir. Lineer büyümenin durakladığı durumlarda, eğer tartı alımı da etkilendiyse nütrisyonel ya da gastrointestinal problemleri işaret ederken, tartı alımının etkilenmediği ya da arttığı durumlarda ise büyüme hormon eksikliği, hipotiroidizm, kortizol sekresyonunun arttığı durumlar gibi endokrin problemler akla gelmelidir (8,20).

Azalmış büyüme her zaman patolojik bir durumu göstermeyip, normalin varyantı, yapısal boy kısalığı ya da pubertal gecikme nedeniyle de olabilir. Yapısal büyüme geriliğinde, çocuğun tartı alımı ve boy uzaması infant dönemi boyunca geri seyrederken; orta çocukluk döneminde paralel bir eğilim gösterip adolesan dönemin sonuna doğru normal erişkin boyuna ulaşır. Ailevi kısa boyda ise ebeveynler de kısa boylu olup çocuğun büyüme eğrileri normal eğrilere paralel ve geriden seyreder.

Büyümede beklenmedik sıçrama ya da 97. persentil üstünde seyreden boy uzaması takibi de normalin varyantı olabileceği gibi bazı klinik durumlarda da ortaya çıkabilir. Obez bireyler, östrojenin periferik aromatizasyonunun artmasına bağlı olarak akranlarına göre daha hızlı boy uzaması gösterebilirler ancak erken dönemdeki bu hızlı boy uzamasına rağmen hedef boyda değişiklik beklenmemektedir. Puberte prekoks, büyüme hormonu fazlalığı ya da seks steroidlerine maruz kalma da uzun boya neden olabilir. Bu gibi durumlar kimi zaman erişkin hedef boyun azalmasına neden olabilirler. Sotos, Klinefelter, Marfan sendromu gibi kromozomal ya da genetik bozukluklar da uzun boya neden olabilirler (7,8,11,20).

Literatürde genel olarak büyüme geriliği lineer büyüme hızı ve yaşa göre boy persentilleri üzerinden değerlendirilmek ile beraber dilimize 'serpilmeme' olarak çevrilebilecek 'failure to thrive' ifadesi ile tanımlanan vücut ağırlığı temelli yaklaşımlar da bulunmaktadır (3). Yaşa göre vücut ağırlığı ya da beden kitle indeksinin 5. persentil altında olması; yaşa göre ağırlık grafiğinde iki majör persentil çizgisinden fazla düşüş olması gibi bulgular bu tanıyı destekleyen antropometrik ölçüm sonuçlarıdır ve bu sonuçlara lineer büyüme grafiğindeki gerileme de eşlik edebilir. Ancak tanı kriterleri ve tanımlama üzerinde net bir uzlaşı yoktur (21). Failure to thrive (serpilmeme) tanımı yetersiz kalori alımı, alınan kalori miktarının emilinin yetersiz olduğu ya da artmış kalori kaybı ilişkili yetersiz beslenme durumu olarak da tarif edilebilir.(22) Bu tanıma uyan çocukların birinci basamakta lineer büyüme grafiği etkilenmiş olsun olmasın, fark edilip değerlendirilmesi modifiye edilebilir faktörlerin değiştirilmesi ya da komplikasyonların önlenmesini sağlayabilir. Bu çocuklarda öncelikle etiyolojinin medikal ya da medikal olmayan davranışsal, sosyal, çevresel, ekonomik nedenler olarak ayrıştırılması gerekmektedir. Süt çocukluğu ve oyun çocukluğu döneminde yetersiz kalori alımı emzirme ve formül mama hazırlamada yapılan hatalar, yarım damak dudak gibi konjenital anomaliler, bakım verenin ruh sağlığı problemleri, ekonomik olanaksızlıklara bağlı gıdaya erişim güçlüğü, gastroözofageal reflü hastalığı gibi durumlara bağlı olabilir. Bu yaş grubunda gıda alerjileri, malabsorbsiyon, pilor stenozu, gastrointestinal kanalın konjenital malformasyonları ve metabolik hastalıklar alınan kalori yeterli dahi olsa emilim yetersizliğinden büyüme grafikleri etkilenecektir. Hipertiroidizm, immün yetmezlikler, kronik enfeksiyon hastalıkları ve kronik kardiyak ve pulmoner

hastalıklar da süt çocukluğu ve oyun çocukluğu döneminde artmış kalori harcanmasına neden olur. Okul çağı ile beraber ergenliğe ilerledikçe duygudurum ve yeme tutumu ile ilgili bozukluklar çocukların kalori alımını etkileyen önemli problemler olarak ortaya çıkmaya başlar. Yine gıda alerjileri, çölyak gibi malabsorbsiyona neden olan hastalıklar ve inflamatuar bağırsak hastalıkları kalori emilimini etkiler. Okul çocukları ve ergenlerde de artmış metabolizma ve kalori açığını artıracak kronik hastalıklar büyüme grafiklerini olumsuz etkiler. Bu hastalarda çocuğun büyüdüğü sosyal ortamın incelendiği, kalori alımının beslenme günlükleriyle değerlendirildiği, uygun yaşlarda ruhsal durum muayenesinde içeren tam bir fizik muayene yapılması ileri laboratuvar incelemesine gerek olmaksızın vakaların çoğunda etiyolojinin belirlenmesi ve erken müdahale edilmesine olanak sağlar (22,23).

2.4. BEBEKLİK VE ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BESLENME

Uygun fiziksel büyüme ve bilişsel gelişme ancak yeterli ve dengeli beslenme ile sağlanır. Ciddi demir eksikliği olan infant ve küçük çocukların tedaviden 10 yıl sonra dahi akademik başarı ve IQ skorları açısından demir eksikliği olmayan gruba göre daha geride seyrettiği gösterilmiştir (24). Malnütrisyon halen güncelliğini koruyan bir problem olmakla beraber günümüzde uygunsuz beslenme modelleri ve kalori-nütrient dengesizliği nedeniyle çocukluk döneminde fazla kiloluluk ve obezite görülme sıklığı artmaktadır (25). Pediatrik dönemde artmış beden kitle indeksine sahip hastalarda hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi, astım, polikistik over sendromu, tip 2 diyabet, gastroözofageal reflü ve bazı ortopedik problemlerin sıklığı artmıştır (26). Ayrıca erken yaşlardaki beslenme alışkanlıklarının bireyin erişkin sağlığı üzerine etkileri bilinmektedir. Aterosklerotik süreç hayatın 3-4. dekatlarında plak oluşumuyla belirginleşirken fazla kilolu/obez çocuk ve gençlerde yağlı çizgilenme ve köpük oluşumu gibi aterosklerotik değişikliklerin çocukluk döneminde başladığı gösterilmiştir (27).

2.4.1. Bebeklik Döneminde Beslenme

Bebeklerin mide kapasitesi doğumda 10-20 ml iken; 1 yılın sonunda 200 ml'ye kadar artar. Bu durum bebeğin büyüdükçe daha seyrek aralıklarla ve bir defada daha çok beslenebilmesine olanak sağlar. Yaşamın ilk aylarında hem mide boşalması

yavaştır hem de mide asit salgısı hayatın sonraki evrelerine göre düşüktür. Anne sütü ve ticari olarak hazırlanmış mamalardaki yağların sindirim ve emilimi bebeğin gastrointestinal kalanında başarılı bir şekilde gerçekleştirilir. Prenatal 28-32. haftalarda disakkaritlerin sindiriminden sorumlu enzimler erişkin seviyelerine ulaşır bu sayede yenidoğan laktozu normal biçimde sindirebilir. Nişasta sindirimini sağlayan pankreatik amilaz doğumdan sonraki ilk 6 ay düşük seyreder eğer bebek 6 aydan evvel nişastalı gıdalarla beslenirse tükürük amilaz seviyesindeki artış ve kolonda sindirim yoluyla kompanse eder (28). Yenidoğan böbreği fizyolojik olarak olgunlaşmaya devam eder ve glomerüler filtrasyon hızı yaşamın ilk iki haftasında iki katına çıkarken yetişkin seviyelere gelmesi 2 yaşı bulur. Preterm doğan bebeklerde erişkin düzey Glomerüler Filtrasyon Hızına (GFR) ulaşmak için 5 yıl geçmesi dahi gerekebilir. Bu nedenle bebek beslenmesinde solut yükünün önemi büyüktür (29).

2.4.1.1. Bebeklerde Besin Ögesi Gereksinimleri

Term doğan bir bebek hayatının ilk 6 ayında ortalama 120 kcal/kg/gün enerji gereksinimi duyar. Bu büyümesini yakalaması gereken bir preterm için 130-150 kcal/kg/gün' e kadar çıkabilir. Kardiyopulmoner hastalıklar gibi bazı durumlarda enerji gereksinimi daha da artabilir. Yine ateş durumunda hayatının ilk 6 ayındaki bir bebek normal günlük aldığı 130 ml/kg/gün sıvı miktarının çok üstünde 190 mL/kg/gün sıvı alımına ihtiyaç duyabilir (15).

Bebeklik döneminde kilogram başına protein gereksinimi erişkinlik dönemine kıyasla daha yüksektir. Bu ilk 6 ay için 1,52 g/kg/gün ; 6-12 ay arasında ise 1,2 g/kg/gündür. Anne sütünde bulunan proteinlerin tamamının kullanılabildiği varsayılmaktadır. Anne sütü protein içeriğinin çoğu inek sütünün aksine whey proteinlerinden (başlıca laktoalbuminler, sekretuar IgA, laktoferrin gibi) oluşur. Anne sütünde enerjinin %6-7'si proteinlerden gelir. Formül mamalar anne sütüne oranla yarı yarıya daha fazla protein içerirken yağ ve karbonhidrat oranları anne sütüne benzerdir. İnek sütünün protein içeriği anne sütünün protein içeriğinin 3 katı fazladır ve bazı esansiyel amino asitlerden daha az miktarda içerir bu glomerüler filtrasyon kapasitesi zaten düşük olan bebekte azotlu atık ve solut yükü oluşturur. Ayrıca inek sütü proteinlerinin çoğunluğu kazeinden oluştuğu için sindirimi zordur (30).

1 yaşın altındaki bebeklerin günde en az 30 gram yağ almaları önerilmektedir. Bu miktar anne sütü ve formül mamalarda mevcuttur. Anne sütünden elde edilen

enerjinin yarısı lipidlerden kazanılır. Anne sütü esansiyel yağ asitlerinden linoleik asit ve alfa-linoleik asidin yanı sıra, uzun zincirli yağ asitlerinden araşidonik asit ve dokozahekzenoik asit (DHA) da içerir. Ancak bunların miktarı annenin beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak çok büyük değişkenlikler gösterebilir. Bu nedenle lohusa annenin beslenme eğitimi anne sütü alan bebek beslenmesinin en önemli parçalarındandır. Piyasadaki formül mamalar araşidonik asit ve DHA zenginleştirilmiş biçimde satışa sunulurlar (31).

Bebeklik döneminde enerji alımının %30 ile 60'ı karbonhidratlardan gelir. Anne sütü en çok laktoz olmak üzere glukoz ve bazı oligosakkaritler de içerir. Enerji kaynağı makronütrientlerin dağılımının ve artmış azotlu artık ve solut yüküne ek olarak inek sütü düşük demir, çinko, esansiyel yağ asitleri ve Vitamin E nedeniyle mikro besin eksikliği tablolarına yol açabilir. Ayrıca intestinal kan kaybına da neden olabileceği için ilk 12 ay inek sütünün bebek beslenmesinde yeri yoktur (15,30).

Anne sütünün biyoyararlanımı yüksek olmasına karşın miktar olarak düşük demir içeriği nedeniyle anne sütü ile beslenen term bebeklerde 4. aydan itibaren 1 mg/kg/gün preterm bebeklerde ise 2. aydan itibaren 2 mg/kg/gün elementer demir replasmanı başlanması gerekmektedir. Anne sütünde yine annenin diyeti ve Vitamin D düzeyine bağlı olarak değişmekle beraber aktif Vitamin D düzeyi düşüktür ve anne sütü ile beslenen bebekle rikets açısından risk altındadır bu nedenle doğumdan sonraki 2. haftadan itibaren 1 yaşa kadar günlük 400 IU Vitamin D suplementasyonu gerekmektedir (32).

2.4.1.2. Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş

Yaşamın ilk 6 ayında anne sütü bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılayan en kıymetli besin maddesidir ve bebeğin anne sütü alamadığı özel klinik durumlar ile rutin profilaksiler haricinde herhangi bir ek besin desteğine ihtiyacı yoktur. Ancak hayatın 6. ayından itibaren anne sütü tek başına bebeğin enerji ve demir, çinko, yağda çözünen vitaminler gibi mikro besin ihtiyaçlarını karşılamakta tek başına yetersiz kalır (32). Bu nedenle 17. haftadan evvel olmamak ve postnatal 26. ayı da geçmeyecek şekilde tamamlayıcı beslenmeye geçilmesi önerilmektedir (33).

Tamamlayıcı beslenme süresince bebeğin nütrisyonel ihtiyaçları ile nörogelişimsel sürece uygun beslenme modelleri izlenmelidir. 6. aya geldiğinde birçok bebek püre şeklindeki gıdaları yutacak uygun dil ve dudak hareketlerini gösterir,

beslenme için uygun oturma pozisyonunu sürdürür ve palmar yakalama ile bazı besinleri tutabilir ancak baş ve işaret parmağın koordine kontrolü ile başarılı yakalama ve kavrama 8. aya doğru gelişir. 9. aydan 12. aya kadar bebek artık parmak yiyecekleri sağlamca kavrayabilir çiğneme için gerekli çene ve dil hareketlerini koordine edebilir. Bu nedenle 9. aydan itibaren yarı katı gıdalar ve parmak gıdalara geçilmelidir aksi takdirde ilerleyen aylarda püre şeklinde olmayan gıdalara karşı beslenme problemleri artabilir. Bu dönemde de bebek her istedikçe emzirilmeli emzirme mümkünse 24. aya kadar uzatılmalıdır. Anne sütü almaya devam eden 6 ay üstü bebeklerde 3 öğün, almayan bebeklerde ise 6 öğün şeklinde tamamlayıcı öğünler verilmelidir. Bir yiyecek tanıtılırken küçük miktarlarda başlanmalı ve mümkünse her gıda diğer besin gruplarıyla birleştirilmeden denenmelidir. İnek veya diğer hayvan sütlerinin 12. aya kadar verilmesi önerilmemektedir. Ancak süt ürünleri grubundan yoğurt ve peynir 6. aydan itibaren verilebilir. Tahıl grubu ile tanışma da 6. aydan sonra pirinç gibi tahıllarla başlayabilir. Sebze-meyveler de tamamlayıcı beslenmeye geçişte ilk basamağı oluşturabilirler ve tek tek ve küçük porsiyonlarda başlanır. Et-baklagil-yumurta grubunda ise yumurtanın sarısı küçük parçalar halinde ilk gıdalara eklenirken alerjen olan yumurta beyazı ile tanışma 8. aydan sonra olmalıdır. Et lifli yapısı nedeniyle sindirimi güç olacağından kıyma haline getirilmiş biçimde yiyeceklere eklenebilirken baklagillerin de 7-8. aylarda verilmesi denenebilir. Nörogelişimsel açıdan önemli yağ asitleri içerdiğinden balık 6. aydan itibaren bebeğin diyetine en az haftada 1 kez eklenmelidir (32,34).

2.4.2. Çocukluk Döneminde Beslenme

Hayatın ilk 1 yılından sonra çocukların büyüme hızı önemli ölçüde yavaşlar, vücut ağırlığı çocuk 9-10 yaşına gelene kadar yılda ortalama 1,6-3,3 kg artış gösterir. Bu süreçte çocuğun boyu da pubertede görülen bireysel büyüme atağına kadar yılda ortalama 5-9 cm artar. Okul öncesi dönem ve okul çağı çocuklarında büyüme genelde sabit ve yavaştır. Büyümedeki görece bu durağan dönem ebeveynler açısından endişe ile karşılanabilir. İlk 1 yaştan sonra çocukların vücut bölümlerinin boyutları ve vücut yağ kompozisyonları da önemli ölçüde değişir. Baş büyümesi minimaldir, gövde büyümesi yavaşlarken uzuvlar önemli ölçüde uzar. 12. aydan itibaren ayakta durmaya ve yürümeye başlayan çocukta fiziksel aktivite artışı sırt, bacak ve karın kas gücünde artmayla sonuçlanır.(11,30)

Süt çocukluğu (infant, 1 aydan 1 yaşa kadar) döneminin ardından diyeti önemli ölçüde değişmiş olan çocuğun vücut kompozisyonunda da değişiklikler görülür. Vücut yağı ve beden kitle indeksi ortalama 4-6 yaştaki en düşük seviyeye gelene dek azalır. Bu en düşük seviyeye ulaştıktan sonra vücut yağ oranı erişkinliğe kadar yeniden artmaya başlar. Bu fenomen adipozite reboundu olarak adlandırılır. Adipozite reboundu ne kadar erken yaşta gerçekleşirse erişkin dönemde ulaşılan beden kitle indeksinin o kadar yükseldiği ve obezite ve bozulmuş glukoz toleransı ve tip 2 diyabet riskinin arttığı gösterilmiştir (35).

2.4.2.1. Çocuklarda Besin Ögesi Gereksinimleri

Sağlıklı çocuklarda enerji gereksinimi bazal metabolizma, büyüme hızı ve harcanan enerji tarafından belirlenir. Önerilen makro besin öğesi dağılımları 1-3 yaş için enerjinin %45-65'i karbonhidrat, %30-40'ı yağ, %5-20'si protein olacak şekildedir. 4-18 yaş grubu içinse karbonhidrat gereksinimi aynı olup enerjinin %25-35'i yağlardan, %10-30'u ise proteinlerden gelmelidir. Tahmini enerji gereksinimleri 13-35 ay aralığındaki çocuklar için birleştirilmiş olup daha büyük çocuklarda yaşa ve cinsiyete göre ayrılmıştır. Bu hesaplama toplam enerji harcamasına ek olarak büyüme için gerekli olan enerjiyi de içerir (30).

Protein gereksinimi erken çocukluk döneminde 1,1 g/kg iken geç çocukluk döneminde 0,95 g/kg'a düşmektedir. 2 yaş altında diyette yağ kısıtlaması gastrik kapasitesi düşük ancak enerji ihtiyacı yüksek olan infant ve oyun çocuğu için önerilmemektedir. 2 yaştan sonra ise enerji gereksiniminin %30'u yağlardan gelen çocuğun diyetindeki trans yağlar ve doymuş yağlar yerine çoklu doymamış yağların ikamesi sağlanmalıdır (36).

Çocuklarda balık tüketimi yüksek kaliteli protein ve DHA ve Eikosa Pentaenoik Asit (EPA) alımı açısından çok kıymetlidir ancak balıklar civanın en toksik formu olan metil-civa içerirler. Çocuklar için haftada 360 g (ortalama 2 öğün) düşük civa içerikli balık ve kabuklu deniz ürünleri tüketilmesi önerilir (karides, somon, konserve light ton balığı, mezgit, yayın balığı gibi). Yerel balıklar ve civa içeriği bilinmeyen balıklar için çocuklarda tüketim haftada 90 gram ile sınırlandırılmalıdır (30).

1-3 yaş aralığındaki çocuklar demir eksikliği açısından risk altındadırlar, diyetlerindeki demir alımı kontrol edilmelidir. Kalsiyum Günlük Alınması Gereken

Besin Miktarı (RDA) değerleri 1-3 yaş için 700 mg/gün, 4-8 yaş için 1000 mg/gün ve 9-18 yaş için 1300 mg/gün 'dür. Temel kaynak olarak süt ürünlerini az tüketen çocuklar eksiklik riski altındadır. Bir çocuğun günlük ortalama 2-3 porsiyon süt veya süt ürünü tüketmesi önerilmektedir. Günlük önerilen referans Vitamin D gereksinimi bebekler için 400 mcg/gün 1 yaştan sonra 600 mcg/gündür. Bebekler ve küçük çocuklar için gerek duyulan Vitamin D miktarı geleneksel bir diyetle alınabilenin üzerindedir bu nedenle Vitamin D profilaksisinin bitirildiği 1 yıldan sonra da Vitamin D eksikliği açısından dikkatli olunmalıdır. Bu yaş grubu çocuklar özellikle seçici yeme davranışları gösteriyor ve et ve deniz ürünlerinden zayıf bir beslenmeye sahipse çinko eksikliği açısından da dikkatli olunması gerekir (15,36).

24 aylık çocukların %50'ye varan oranlarda seçici yeme davranışı gösterdiği ve kimi yiyecekleri reddettiği gözlenmiştir ve bir besinin ortalama kabulünün 8-15. denemeden sonra olduğu gösterilmiştir (37).

Günlük iki porsiyonun altında süt-süt ürünü tüketen ya da güneş ışığı maruziyeti olmayan çocuklarda 200 IU/gün Vitamin D suplementasyonu yapılabilir. Bunun dışında kalan sağlam çocuklarda herhangi klinik eksik durumları haricinde vitamin-mineral desteği gerekmemektedir. Ancak Birleşik Devletler'de oyun çocuklarının %25'i, okul öncesi dönemdeki çocukların ise %40'ı vitamin-mineral supplementi kullanmaktadır (38).

2.4.2.2. Bilişsel Gelişim ve Beslenmenin Özerkleşmesi

Çocuklarda nörogelişimsel modelleri açıklamak üzere çok sayıda teori geliştirilmiştir. Bu modellere göre gelişimsel sonuçlar çocuğun genetik potansiyeli ve mizacı gibi intrensek faktörler ile intrauterin dönemden başlayarak, biyolojik travmatik, kimyasal ve sosyokültürel etkiler tarafından belirlenen ekstrensek faktörlerin etkisi altındadır (15).

Piaget'in bilişsel gelişim modeline göre yaşamın ilk 2 yılı duyu-motor gelişim dönemidir ve bu dönemde beslenme öncelikle açlığı gidermek ve motor beceriler arttıkça ince motor becerileri uygulama fırsatı olarak kullanılır. 2-7 yaş arası dönem ise işlem öncesi dönem olarak adlandırılır, düşünce süreçleri içselleştirilir, ancak düzensiz ve sezgiseldir, akıl yürütme ve gruplandırma başlar ancak bunlar sistematik değildir dolayısıyla çocuk besinleri sevilenler ve sevilmeyenler olarak gruplandırabilir ancak adlandırma yapılsa dahi bir yiyeceğin neden sağlıklı olduğunu

anlamlandıramaz. Yeme eylemi sosyal becerilerin sergilendiği süreçlere dönüşmeye başlar. 7-11 yaş ise somut işlemsel dönemdir düşünce örüntüsü sistematik hale gelir ve çocuğun dünyası daha az ben merkezci hale gelir bu sayede başkalarının görüşünü alabilir. Besinlerin vücudu üzerindeki fizyolojik ve somut etkilerini kavrayabilir ancak giderek artan sosyalliği ile akran etkisinin yiyecek seçimi üzerindeki etkisi belirginleşir. 11 yaş ve üzeri dönem ise soyut işlemsel dönemdir varsayımsal ve teorik düşünce ile bilimsel düşünce örüntüsü gelişen çocukta çatışmalar ve besinlerin işlevini bilmesine rağmen bu doğrultudan aykırı hareket etmesi beklenebilir (15,30).

Çocuğun beslenme tercihlerini ve beslenmeye karşı olan tutumlarını önemli ölçüde belirleyen bir diğer etken de aile ve bakım verenin tutumudur. İnsanlık tarihi boyunca çocukların hayatta kalması önünde en büyük tehdit beslenme durumları olarak ortaya çıktığından buna karşın bakım verenler tarafından çok fazla tutum yanıtı geliştirilmiştir. Ayrıca bazı genetik predispozisyonların çocuğun beslenmesi üzerinde etkili olduğunu gösterilmiştir. Yine henüz intrauterin dönemde amniyotik sıvıda annenin tükettiği bazı gıdalarla ilişkili tat verici moleküller keşfedilmiş olup anne sütü de yine annenin diyetiyle yakından ilişkili olduğundan çocuğun tat seçimlerini etkilediği düşünülmektedir. Gıda sağlayıcı ve rol model olarak bakım verenin gıda seçimleri besin seçimleri özerkleşen çocuğu büyük oranda etkiler yine bakım veren ve ebeveynin besleme tutumları çocuğun beslenme problemleri ve besin seçimleri üzerinde potansiyel etkilere sahiptir (1).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü CDC'nin Epi Info programı ile hesaplanmıştır. Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir sebeple 1 ayda başvuran ve bu yaş grubu çocuğu olan anne sayısı 90 olup, 3 aylık dönemde %95 güven aralığıyla örneklem büyüklüğü 270 üzerinden 159 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 24.05.2022-24.07.2022 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 2 yaş üzerinde 6 yaş altında çocuğa sahip anneler dâhil edilmiştir. Çocukların antropometrik ölçümleri uygun koşullar altında 0,1 kg'a duyarlı bir elektronik tartı ve 0,1 cm'e duyarlı stadiometre ile alınmıştır. Neyzi ve ark. Tarafından uyarlanan Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri kullanılarak persentil hesaplamaları yapılmıştır (EK-5). Çalışmamız tanımlayıcı, analitik, kesitsel bir çalışmadır. 159 kişi katıldıktan sonra çalışma sonlandırılmıştır.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1) 2-6 yaş arası çocuğu olan anneler

2) Araştırmaya katılmayı kabul edenler

Çalışmadan Hariç Tutma Kriterleri:

1) Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

2) Çocuğunda büyüme ve fiziksel gelişimi etkileyecek kronik hastalığı olanlar

3.1.1.Verilerin Toplanması ve Çalışmada Kullanılan Formlar

Konuyla ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra sosyodemografik verileri değerlendirebilmek için yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kilo, boy, eşinin boyu, çocuk sayısı, araştırmaya konu olan çocuğun antropometrik ölçüleri, çocuğun beslenmesi ile ilgili sorular, içeren toplam 17 soruluk bir anket formu oluşturuldu (EK-

1). Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğinin tespit edilmesi için 10 katılımcıda uygulama yapılıp ankete son hali verildi. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği geliştiricinden e-posta yolu ile kullanım onayı alındı (EK-3). Çalışmaya katılmayı kabul eden 159 hastaya anket ve Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı (EK-2). Çocukların antropometrik ölçümleri uygun koşullarda 0,1 cm'e kadar duyarlı bir stadiometre ve 0,1 kg'a duyarlı elektronik bir tartı ile alındı. Beden kitle indeksi kg/m^2 formülüyle hesaplandı. Hedef boy için Tanner'ın midparental boya göre hedef boy hesaplaması formülü ile hesaplanıp 18 yaş persentil eğrisinde persentil değeri alındı.

3.1.1.1. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ)

Ölçek, Habibe Dilsiz ve İhsan Dağ tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği (BSATÖ); "Öğün sırasındaki Negatif Duygu Durumu", "Yetersiz/Dengesiz Beslenmeye İlişkin Tutumlar", "Negatif Besleme Stratejileri", "Zorla Besleme", "Diğerlerinin Görüşüne Tepki" olarak adlandırılmış olan beş faktörden oluşmaktadır. BSATÖ 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri "Hiçbir zaman" dan "Her zaman"a doğru giden beşli likert yapıda tasarlanmıştır. BSATÖ'den alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan ise 135'tir. BSATÖ'den elde edilen puanların her bir faktör ve ölçek toplam puanı açısından artması, beslenme sürecine dair annelerin göstermiş olduğu tutumlar ile ilgili sorunların da arttığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir (2).

3.2. İSTATİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. Bundan dolayı ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için nonparametrik testlerden spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek ve alt ölçekler ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H

testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-Hoc testi yapılmıştır. Varyansın homojen dağılmaması ve örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı Games-Howell Post-Hoc testi seçilmiştir. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

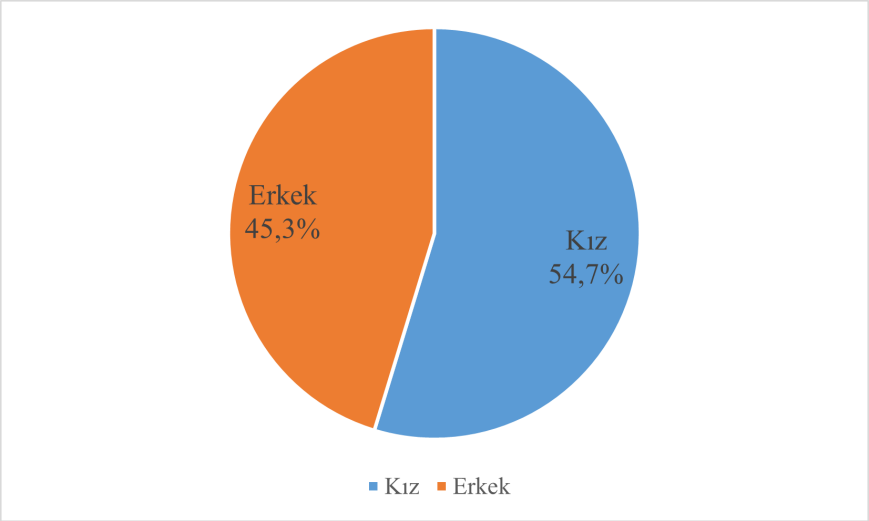
3.3. ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 24.05.2022 tarih ve 3563 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-4)

4.BULGULAR

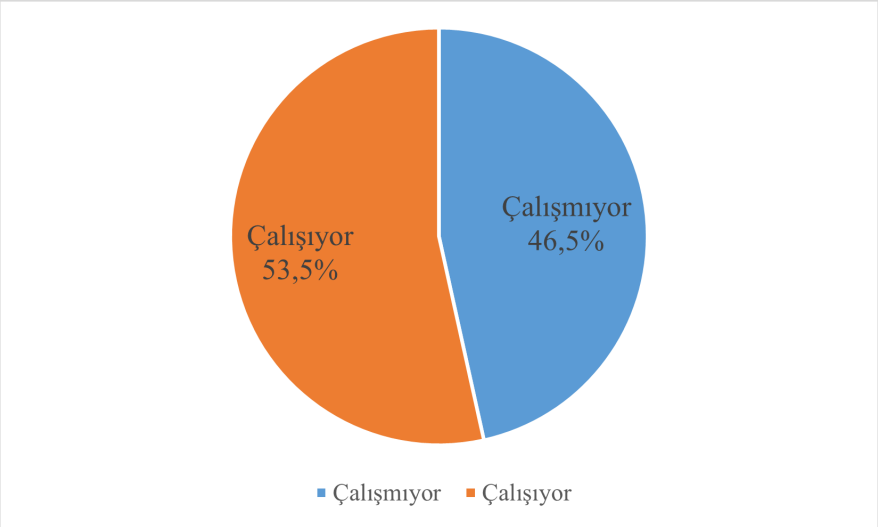
Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 159 kişi katılmıştır. Katılımcıların çocuklarının cinsiyet dağılımları Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. Çocuğun Cinsiyeti (n=159)



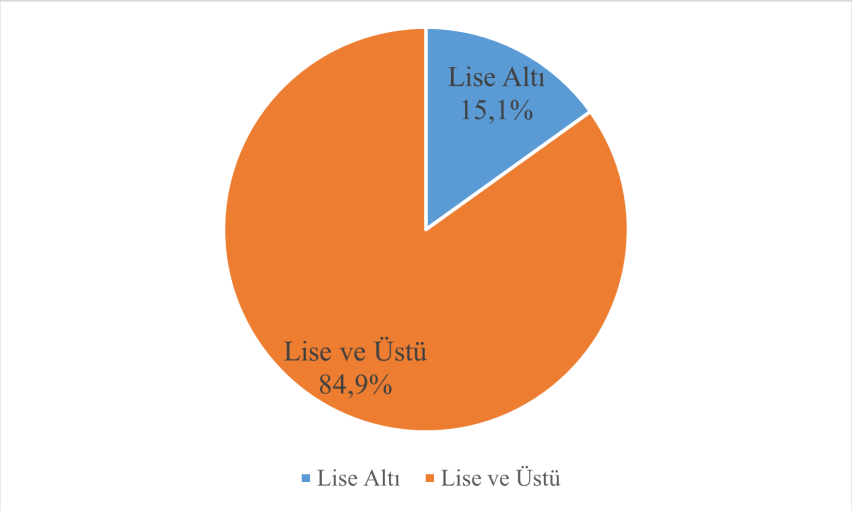
Çalışmaya dahil edilip antropometrik ölçümleri alınan çocukların 87'si (%54,7) kız; 72'si (%45,3) erkekti.

Şekil 2. Annenin Çalışma Durumu (n=159)



Çalışmaya katılan annelerin 85'i (%53,5) sürekli bir işte çalışıyorken; 74'ü (%46,5) çalışmıyordu.

Şekil 3. Annenin Öğrenim Durumu (n=159)



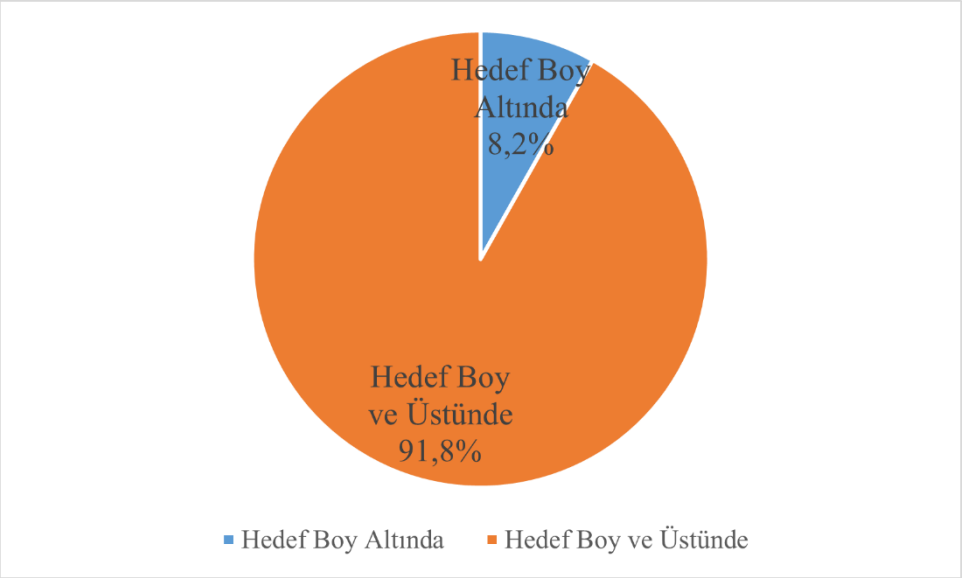
Katılımcı annelerin 135'i (%84,9) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahipken; 24'ü (%15,1) lise ve dengi okullardan daha düşük eğitim seviyesine sahipti.

Tablo 1. Katılımcı Annelerin Çocuk Beslenmesi ve İzlemlerine Dair Sorulara Verdiği Yanıtlar (n=159)

Demografik Değişkenler		N	%
Çocuğunuzu besleme sürecinde yardımcı olan biri var mı?	Yok	71	44,7
	Anne	32	20,1
	Bakıcı	8	5,0
	Eş	32	20,1
	Kayınvalide	16	10,1
Çocuğunuzu ilk altı ay sadece anne sütü ile mi beslediniz?	Evet	125	78,6
	Hayır	34	21,4
Çocuğunuzu aile sağlığı merkezindeki bebek-çocuk izlemlerine düzenli olarak götürüyor musunuz?	Evet	153	96,2
	Hayır	6	3,8
Çocuğunuzun takipleri sırasında verilen D vitamini ve demir takviyesi ürünlerini tavsiye edilen miktarda ve düzenli olarak kullandınız mı?	Evet	124	78,0
	Hayır	35	22,0
Hekiminizden çocuğunuzun iştahını artırmak veya büyüme gelişmesini desteklemek için gıda takviyesi - multivitamin reçete etmesini talep ettiğiniz oldu mu?	Evet	50	31,5
	Hayır	109	68,5

Tablo 1'de Katılımcı annelerin çocuklarının beslenmesi ve rutin çocuk sağlığı izlemleri ile ilgili pratiklerini sorgulamak amacıyla eklenen anket sorularına verdikleri cevapların dağılımı gösterilmiştir.

Şekil 4. Çocuğun Hedef Boy Persentili Altında Seyretme Durumu



Çalışmada antropometrik ölçümleri alınan 159 çocuktan Tanner'ın midparental boya göre hedef boy hesaplaması formülüne dayanarak bakılan hedef boy persentillerinin altında boy persentilinde seyretmesi durumuna göre bakıldığında çocukların 13'ü (%8,2) hedef boy persentilinin altında bir boy persentilinde seyrederken 146'sı (%91,8) hedef boy persentiline uyumlu ya da daha yüksek boy persentillerinde seyrediyordu.

Tablo 2. Demografik Sayısal Veriler ile Ölçek ve Ölçek Alt Boyutlarından Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=159)

	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Annenin Yaşı (yıl)	25,00	50,00	33,96	5,07
Anne BKI (kg/m^2)	17,30	42,68	25,45	4,98
Çocuğun Yaşı (ay)	24,00	72,00	44,93	14,76
Çocuk BKI (kg/m^2)	10,21	27,10	15,95	2,06
Midparental Boy (cm)	151,00	186,00	168,28	7,89
BSATO Toplam	29,00	107,00	65,71	17,18
Öğün Arasındaki Negatif Duygu Durumu	6,00	30,00	14,91	5,81
Yetersiz Dengesiz Beslenmeye İlişkin	9,00	40,00	24,69	7,11
Negatif Besleme Stratejileri	5,00	23,00	10,20	3,93
Zorla Besleme	4,00	12,00	5,48	2,03
Diğerlerinin Görüşüne Tepki	4,00	19,00	10,42	3,71

Tablo 2'de Demografik sayısal veriler ile ölçek ve ölçek alt boyut puanından alınan sonuçlara ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir.

Tablo 3. Çeşitli Değişkenler ile Ölçek ve Alt Ölçek İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-Annenin Yaşı	r	1											
	p												
2-Anne BKI	r	0,133	1										
	p	0,096											
3-Çocuk Yaş (ay)	r	,329**	0,054	1									
	p	**<0,001**	0,504										
4-Çocuk BKI	r	,203*	0,146	-0,076	1								
	p	**0,010**	0,066	0,343									
5-Çocuk BKİ Persentil	r	,234**	0,151	0,041	,957**	1							
	p	**0,003**	0,059	0,610	**<0,001**								
6-Çocuk Boy Persentil	r	0,008	-0,014	-0,022	-,351**	-,310**	1						
	p	0,919	0,865	0,779	**<0,001**	**<0,001**							
7-BSATO toplam	r	-0,085	-0,063	-,166*	-,188*	-,195*	-0,118	1					
	p	0,287	0,434	**0,038**	**0,018**	**0,014**	0,140						
8-Öğün arasındaki negatif duygu durumu	r	-0,126	-0,119	-,193*	-0,153	-,159*	-,162*	,816**	1				
	p	0,114	0,135	**0,015**	0,055	**0,046**	**0,043**	**<0,001**					
9-Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	r	-0,022	-0,053	-0,114	-,197*	-,192*	-0,008	,873**	,577**	1			
	p	0,782	0,507	0,154	**0,013**	**0,015**	0,919	**<0,001**	**<0,001**				
10-Negatif besleme stratejileri	r	-0,089	-0,019	-,159*	-0,125	-0,138	-,158*	,739**	,540**	,580**	1		
	p	0,266	0,816	**0,047**	0,119	0,083	**0,048**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**			
11-Zorla besleme	r	-,202*	0,062	-,159*	-0,107	-0,099	0,004	,621**	,561**	,394**	,420**	1	
	p	**0,011**	0,439	**0,045**	0,181	0,214	0,957	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**		
12-Diğerlerinin görüşüne tepki	r	0,008	-0,074	-,157*	0,039	-0,016	-0,104	,532**	,300**	,379**	,196*	,331**	1
	p	0,921	0,355	**0,048**	0,627	0,842	0,192	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,013**	**<0,001**	

***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi)**

Tablo 3'te görüldüğü gibi annenin Beden Kitle İndeksi ile ölçek ve ölçek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Annenin yaşı ile BSATÖ alt boyutlarından "Zorla besleme" (r=-0.202 p=0.011) puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocuk yaş (ay) ile BSATÖ Toplam (r=-0.166 p=0.038), BSATÖ alt boyutlarından "Öğün arasındaki negatif duygu durumu" (r=-0.193 p=0.015), "Negatif besleme stratejileri" (r=-0.159 p=0.047), "Zorla besleme" (r=-0.159 p=0.045), "Diğerlerinin görüşüne tepki" (r=-0.157 p=0.048) puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocuk BKİ ile BSATÖ toplam (r=-0.188 p=0.018), BSATÖ alt boyutlarından "Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar "(r=-0,197 p=0.013) puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocuk BKİ (%) ile BSATÖ Toplam (r=-0.195 p=0.014), BSATÖ alt boyutlarından "Öğün arasındaki negatif duygu durumu" (r=-0.159 p=0.046), "Yetersiz ve dengesiz beslenme" (r=-0.192 p=0.015), puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çocuk boy (%) ile BSATÖ alt boyutlarından "Öğün arasındaki negatif duygu durumu" (r=-0.162 p=0.043), "Negatif besleme stratejileri" (r=-0.158 p=0.048), puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Annenin Eğitim Durumu	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Lise altı	24	64,96±15,39	-0,104	0.918
	Lise ve üstü	135	65,84±17,53		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Lise altı	24	12,96±5,82	-1,759	0.079
	Lise ve üstü	135	15,24±5,77		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Lise altı	24	25,52±5,03	-0,716	0.474
	Lise ve üstü	135	24,56±7,42		
Negatif besleme stratejileri	Lise altı	24	10,04±2,38	-0,507	0.612
	Lise ve üstü	135	10,23±4,15		
Zorla besleme	Lise altı	24	5,52±2,11	-0,075	0.940
	Lise ve üstü	135	5,47±2,03		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Lise altı	24	10,91±3,96	-0,750	0.453
	Lise ve üstü	135	10,34±3,68		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4'te görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ ve alt boyut puanları eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05)

Tablo 5. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çalışma Durumları Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Annenin Çalışma Durumu	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Çalışmıyor	74	65,48±15,86	-0,047	0.962
	Çalışıyor	85	65,92±18,35		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Çalışmıyor	74	14,53±5,98	-0,937	0.349
	Çalışıyor	85	15,24±5,69		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Çalışmıyor	74	25,67±6,58	-1,861	0.063
	Çalışıyor	85	23,86±7,49		
Negatif besleme stratejileri	Çalışmıyor	74	10,1±3,78	-0,063	0.950
	Çalışıyor	85	10,29±4,09		
Zorla besleme	Çalışmıyor	74	5,32±1,75	-0,482	0.630
	Çalışıyor	85	5,62±2,25		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Çalışmıyor	74	9,86±3,59	-1,764	0.078
	Çalışıyor	85	10,91±3,78		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 5'te görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ ve alt boyut puanları çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05)

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Çocuk Cinsiyet	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Kız	87	66,74±16,67	-1,051	0.293
	Erkek	72	64,49±17,83		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Kız	87	15,47±5,79	-1,460	0.144
	Erkek	72	14,25±5,82		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Kız	87	24,86±7,06	-0,150	0.881
	Erkek	72	24,5±7,23		
Negatif besleme stratejileri	Kız	87	10,01±4	-0,754	0.451
	Erkek	72	10,43±3,88		
Zorla besleme	Kız	87	5,66±2,06	-1,648	0.099
	Erkek	72	5,26±1,99		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Kız	87	10,74±3,65	-1,085	0.278
	Erkek	72	10,04±3,78		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 6'da görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ ve alt boyut puanları çocuk cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05)

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hedef Boy Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Çocuğun Hedef Boy Altı Olma Durumu	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Evet	13	64,67±23,47	-0,141	0.888
	Hayır	146	65,8±16,67		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Evet	13	15,42±7,43	-0,072	0.942
	Hayır	146	14,87±5,7		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Evet	13	21,83±10,05	-1,015	0.310
	Hayır	146	24,93±6,82		
Negatif besleme stratejileri	Evet	13	10,5±4,76	-0,109	0.913
	Hayır	146	10,18±3,88		
Zorla besleme	Evet	13	6,17±3,33	-0,071	0.943
	Hayır	146	5,42±1,9		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Evet	13	10,75±3,72	-0,560	0.575
	Hayır	146	10,4±3,73		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 7'de görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ ve alt boyut puanları çocuğu hedef boy altı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05)

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuklarını İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü ile Besleme Durumları Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	İlk 6 Ay Yalnızca Anne Sütü Alma	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Evet	125	64,51±16,68	-1,782	0.075
	Hayır	34	70,12±18,52		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Evet	125	14,77±5,98	-0,924	0.355
	Hayır	34	15,41±5,22		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Evet	125	24,13±6,93	-2,057	**0.040**
	Hayır	34	26,76±7,51		
Negatif besleme stratejileri	Evet	125	9,66±3,35	-2,398	0.016
	Hayır	34	12,18±5,18		
Zorla besleme	Evet	125	5,48±2,09	-0,443	0.658
	Hayır	34	5,5±1,86		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Evet	125	10,47±3,7	-0,420	0.674
	Hayır	34	10,26±3,82		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 8'de görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ alt boyutlarından "Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar" (Z=-2.057 p=0.040), "Negatif besleme stratejileri" (Z=-2.398 p=0.016) puanları çocuklarını ilk altı ay sadece anne sütü ile besleyenler ve beslemeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. "Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar" ve "Negatif besleme stratejileri" puanları çocuklarını ilk altı ay anne sütü ile beslenmeyenlerde, besleyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuklarını Aile Sağlığı Merkezindeki Bebek-Çocuk İzlemlerine Düzenli Olarak Götürme Durumları Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Düzenli İzlem Durumu	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Evet	153	65,43±17,35	-1,333	0.182
	Hayır	6	73±10,99		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Evet	153	14,9±5,89	-0,378	0.705
	Hayır	6	15,17±3,71		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Evet	153	24,55±7,16	-1,403	0.161
	Hayır	6	28,33±5,16		
Negatif beslenme stratejileri	Evet	153	10,18±3,99	-0,653	0.514
	Hayır	6	10,67±2,34		
Zorla beslenme	Evet	153	5,49±2,06	-0,133	0.894
	Hayır	6	5,17±1,47		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Evet	153	10,3±3,71	-2,306	**0.021**
	Hayır	6	13,67±2,07		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 9'da görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ alt boyutlarından "Diğerlerinin görüşüne tepki" puanı çocuklarını Aile Sağlığı Merkezindeki bebek-çocuk izlemlerine düzenli olarak götürmeyenlerde, götürenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Z=-2.306 p=0.021).

Tablo 10. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuklarına İlk Bir Yıl Verilen Profilaksi Ürünlerini Kullanma Durumları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Profilaksi Kullanma	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Evet	124	65,54±17,51	-0,343	0.731
	Hayır	35	66,34±16,24		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Evet	124	15,1±6,01	-0,734	0.463
	Hayır	35	14,26±5,13		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Evet	124	24,62±7,13	-0,344	0.731
	Hayır	35	24,97±7,16		
Negatif besleme stratejileri	Evet	124	9,9±3,89	-1,852	0.064
	Hayır	35	11,26±3,98		
Zorla besleme	Evet	124	5,37±1,99	-1,573	0.116
	Hayır	35	5,89±2,17		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Evet	124	10,55±3,74	-0,569	0.569
	Hayır	35	9,97±3,65		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 10'da görüldüğü gibi BSATÖ ve alt boyut puanları Çocukların takipleri sırasında verilen D vitamini ve demir takviyesi ürünlerini tavsiye edilen miktarda ve düzenli olarak kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05)

Tablo 11. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Hekimlerinden Çocuğunun İştahını Artırmak veya Büyüme Gelişmesini Desteklemek İçin Gıda Takviyesi - Multivitamin Reçete Etmesini Talep Etme Durumları Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Gıda Takviyesi Talep Etme Durumu	N	Ort±SS	Z	p
BSATÖ toplam	Evet	50	73,08±15,42	-3,732	**<0.001**
	Hayır	109	62,40±16,98		
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	Evet	50	16,53±5,86	-2,382	**0.017**
	Hayır	109	14,18±5,68		
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	Evet	50	27,94±6,32	-3,807	**<0.001**
	Hayır	109	23,24±7,00		
Negatif besleme stratejileri	Evet	50	11,63±3,97	-3,166	**0.002**
	Hayır	109	9,56±3,77		
Zorla besleme	Evet	50	5,84±2,08	-1,477	0.140
	Hayır	109	5,32±2,00		
Diğerlerinin görüşüne tepki	Evet	50	11,14±3,08	-1,898	0.058
	Hayır	109	10,10±3,94		

Z=Mann Whitney U Test; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 11'de görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ toplam (Z=-3.372 p<0.001), alt boyutlarından "Öğün arasındaki negatif duygu durumu "(Z=-2.382 p=0.017), "Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar" (Z=-3.807 p<0.001), "Negatif besleme stratejileri" (Z=-3.166 p=0.002) puanları Hekimden çocuğunun iştahını artırmak veya büyüme gelişmesini desteklemek için gıda takviyesi - multivitamin reçete etmesini talep etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Belirtilen ölçek ve alt ölçek puanları Hekimden çocuğunun iştahını artırmak veya büyüme gelişmesini desteklemek için gıda takviyesi - multivitamin reçete etmesini talep edenlerde, etmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

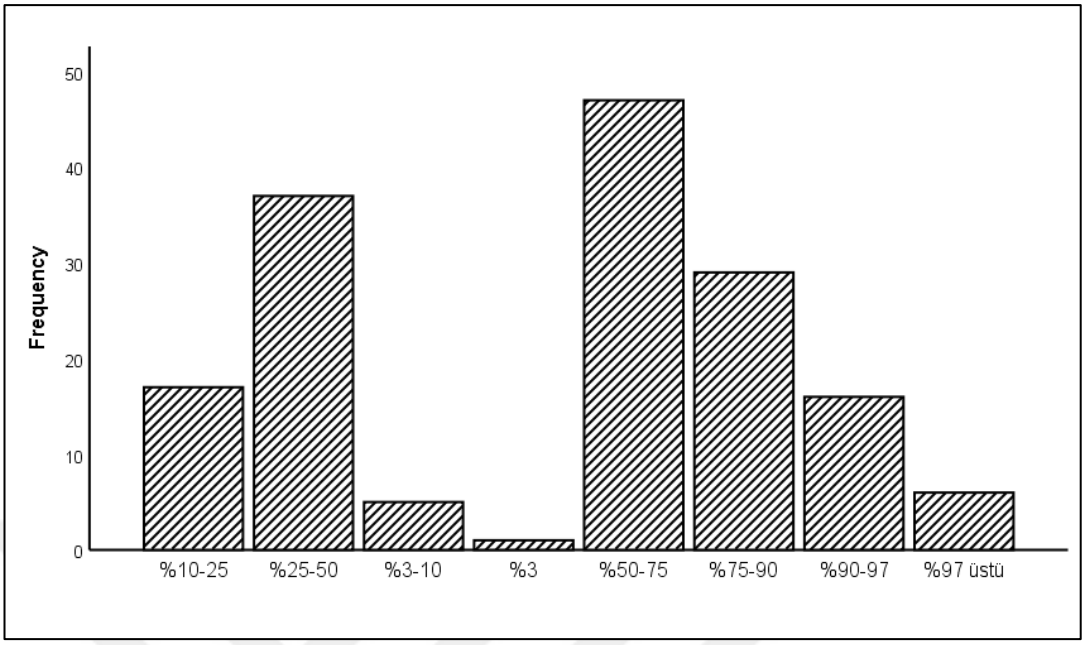
Tablo 12. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuğun Besleme Sürecinde Yardımcı Olan Birilerinin Varlığı Açısından Karşılaştırılması (n=159)

Değişkenler	Beslenme Sürecinde Yardımcı Varlığı	N	Ort±SS	KV	p	Post - Hoc
BSATÖ toplam	(1) Yok	71	62,5±17,93	9,239	0.055	-
	(2) Anne	32	67,28±15,3			
	(3) Bakıcı	8	58±20,7			
	(4) Eş	32	69,84±15,46			
	(5) Kayınvalide	16	72,25±16,45			
Öğün arasındaki negatif duygu durumu	(1) Yok	71	13,93±5,93	6,308	0.177	-
	(2) Anne	32	15±4,66			
	(3) Bakıcı	8	13,5±5,53			
	(4) Eş	32	16,88±6,11			
	(5) Kayınvalide	16	15,81±6,45			
Yetersiz dengesiz beslenmeye ilişkin tutumlar	(1) Yok	71	23,51±6,8	7,280	0.122	-
	(2) Anne	32	25,19±6,49			
	(3) Bakıcı	8	21,63±8,42			
	(4) Eş	32	26,28±7,14			
	(5) Kayınvalide	16	27,25±8,26			
Negatif besleme stratejileri	(1) Yok	71	9,81±3,85	6,617	0.158	-
	(2) Anne	32	11,47±3,65			
	(3) Bakıcı	8	8,88±3,36			
	(4) Eş	32	10,19±4,58			
	(5) Kayınvalide	16	10,06±3,62			
Zorla besleme	(1) Yok	71	5,41±2,05	8,380	0.079	-
	(2) Anne	32	5,09±1,57			
	(3) Bakıcı	8	4,63±1,77			
	(4) Eş	32	5,59±1,85			
	(5) Kayınvalide	16	6,75±2,82			
Diğerlerinin görüşüne tepki	(1) Yok	71	9,83±3,89	8,412	0.078	-
	(2) Anne	32	10,53±4,29			
	(3) Bakıcı	8	9,38±3,62			
	(4) Eş	32	10,91±2,84			
	(5) Kayınvalide	16	12,38±2,7			

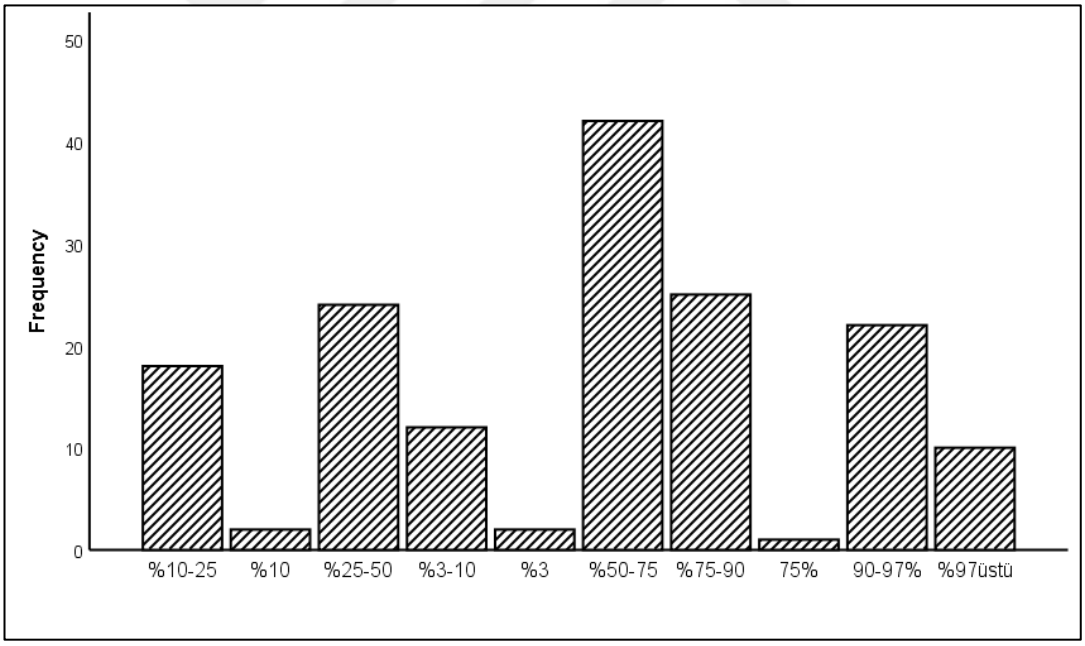
KV= Kruskall Wallis Test; Post-Hoc=Games-Howell; p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 12'te görüldüğü gibi katılımcıların BSATÖ ve alt boyut puanları çocuğun beslenme sürecinde yardımcı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. (p>0.05)

Şekil 5: Çocuk Kilo Persentillerinin Dağılımı

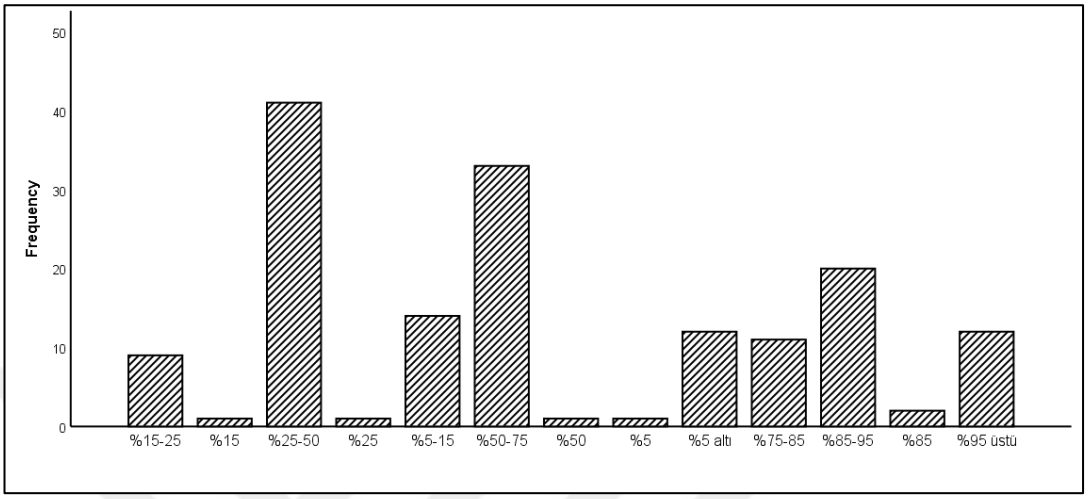


Şekil 6: Çocuk Boy Persentillerinin Dağılımı



Ölçümleri alınan çocukların boy persentilleri incelendiğinde 2'si (%1,3) 3 persentil altında; 12'si (%7,5) 3-10 persentil aralığında; 10'u (%6,3) 97 persentil üstünde iken 135'i (%84,9) ise 10 ile 97 persentil aralığındaki persentil eğrilerine uyuyordu.

Şekil 7: Çocuk BKİ Persentillerinin Dağılımı



Çalışmada antropometrik ölçümleri alınan çocukların Beden Kitle İndeksi verilerinin persentil değerleri incelendiğinde 13'ü 5 persentil altında (%8); 114'ü 5 ile 85 persentil arasında (%72); 20'si 85-95 persentil aralığında (%12,5) ; 12'si (%7,5) ise 95 persentil üstündeydi.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 2-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sorunlu besleme tutum ve davranışlarını ölçmek üzere geliştirilen Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği kullanarak annelerin bu dönemdeki sorunlu tutumlarının çocukların antropometrik verilerine etkisi incelendi. Aynı zamanda antropometrik ölçümleri alınan çocukların hedef boy persentilinin altında seyretmesi durumu üzerine annenin beslenme sürecindeki tutumlarının etkisi araştırıldı.

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de 15-49 yaş gurubundaki kadınlarda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olma oranı %41 iken yine bu yaş grubunda bir işte istihdam oranı %28'dir (39). Çalışmamızda lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olan annelerin oranı %84,9 iken örneklemin %53,5'i sürekli bir işte çalışıyordu. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan örneklemin daha yüksek eğitim düzeyine sahip ve sosyal aktif bir grubu temsil ettiği söylenebilir.

TNSA 2018 verilerine göre ülkemizdeki 15-49 yaş kadınların %37'si normal beden kitle indeksine sahipken %4'ü zayıf %29'u fazla kilolu ve %30'u ise obezdir. Çalışmamıza katılan annelerin beden kitle indeksleri incelendiğinde ise annelerin %54,08'i normal kiloda iken %1,26'sı zayıf %30,82'si fazla kilolu ve %13,84'ü de obezdir.

TNSA 2018 verilerine göre 2 yaş altındaki çocuklar değerlendirildiğinde %41'inin ilk 6 ay yalnızca anne sürü ile beslendiği %66'sının en az bir yıl, %34'ünün ise 2 yıla kadar emzirildiği gösterilmiştir. TNSA raporlarına göre 2003'te bu oran %7,6 iken, 2008'de %42'ye yükselmiş, 2013'te %30'a düşmüş ve son olarak 2018'de %41 olarak bildirilmiştir. Yılmaz ve ark. (40) tarafından yapılan bir başka çalışmada ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile besleme oranı %33 bulunmuştur. Çalışmamızda ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme oranı %78,6 olarak bulunmuştur. Bu bulgular ışığında ülkemizde ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmenin önemine dair farkındalığın artmasına yönelik çalışmaların fayda gösterdiği ancak farklı örneklem grupları arasında ilk 6 ay anne sütü ile besleme oranları açısından farklılıklar görülebileceği söylenebilir.

Bu çalışmaya katılan annelerin %96,2'si çocuklarını aile sağlığı merkezindeki bebek ve çocuk izlemlerine düzenli olarak götürdüğünü belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı

Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na (41) göre bebek izlemleri için İstanbul'da bu oran 2018'de %87,7'den 2020 yılında %91,2'ye çocukluk çağı izlemleri için ise %93,1'den %90,9'a gerilemiştir. Bebek izlemleri için değişmeyen bu oranın çocuk izlemleri söz konusu olduğunda pandemi öncesi döneme göre düşüş gösterdiği çalışmalarla gösterilmiştir (42). Bakanlık verileri ve pandemi döneminde yapılan çalışmalarla kıyaslandığında çalışmamızda çıkan yüksek izlem oranlarının pandemi ile ilişkili sağlık merkezlerine başvuru korkusunun gittikçe azalmaya başlaması ve annelerin sosyokültürel düzeyleri ile ilişkili faktörlerin etkisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan annelerin %78'i ilk 12 ayda verilen demir ve vitamin D profilaksilerini düzenli olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. Elitok ve ark. (43) tarafından yapılan bir çalışmada bu oran vitamin D profilaksisi kullanımı için %75,16 olarak bulunmuştur. 2011-12 yıllarında yapılan ve sosyoekonomik duruma göre 3 ayrı grup üzerinde yapılan bir başka çalışmada D vitamini profilaksisi kullanımı alt, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden gruplarda sırasıyla %94, %80,13 ve %73,3 olarak saptanmıştır. Bu oranlar demir profilaksisi kullanımı için sırasıyla %84,7, %90 ve %93,3 olarak bulunmuştur (44). Beşbenli ve ark. tarafından yapılan bu çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeydeki gruptaki görece düşük D vitamini profilaksisi kullanımı ile birlikte diğer grupların aksine çoklu vitamin kullanımı dikkati çekmektedir. Ülkemizde 2005 yılından bu yana ilk 12 ayda ücretsiz D vitamini ve demir profilaksi programları başlatılmış olup bu programlar sayesinde nütrisyonel rikets ve infant demir eksikliği anemisinin önlenmesinde önemli yol katedilmiştir. 2013-18 yılları arasında ülkemizde yapılan tek merkezli bir çalışmada nütrisyonel rikets olgularının arttığı ve bu olguların tamamının D vitamini profilaksisi hiç almadığı yahut düzenliği kullanmadığı görülmüştür (45). Benzer bir başka çalışmada annelerin %75'inin 1. ayda D vitaminine başladığı ancak yalnızca %30'unun en az 12 ay profilaksiye devam ettiği bulunmuştur. Aynı çalışmada annelerin %8'i kendilerine aile sağlığı merkezinden D vitamini profilaksisi önerilmediği belirtmiştir (46). Bizim çalışmamızda da annelerin %22'sinin ilk 12 ay demir ve D vitamini profilaksilerini bebeklerine düzenli olarak vermediği sonucu çıkmıştır. Çalışmamızda aile sağlığı merkezindeki bebek-çocuk izlemlerine katılım oranı %96,2 iken takibe devam eden bazı bebeklerin annelerinin profilaksileri düzenli kullanmadığı dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda annelerin %31,5'i çocukların iştahını artırmak veya büyüme gelişmesini desteklemek amacıyla hekiminden multivitamin reçete edilmesini talep ettiğini belirtmiştir. Beşbenli ve ark. (44) yaptığı çalışmada 6-24 aylık arası dönemde alt, orta ve üst sosyoekonomik gruplar için multivitamin kullandırma oranı sırasıyla %1,5, 18,2 ve %25 bulunmuştur. Profilaksi kullanımında olduğu gibi bu oran bizim çalışmamızda da yüksek sosyoekonomik düzeydeki grubun sonuçlarıyla benzerdir.

Çalışmaya katılan annelerin yaşları ile BSATÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken; annelerin yaşları ile BSATÖ alt boyutlarından zorla besleme alt boyut puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu da genç yaştaki annelerin zorla besleme pratiklerine başvurma sıklığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. BSATÖ alt boyutlarından zorla besleme alt boyutunu uluslararası literatürde ebeveynlerin çocuğun beslenmesi üzerine tutumlarını değerlendiren Child Feeding Questionare (Çocuk Besleme Anketi)'nin pressure to eat- yeme baskısı alt boyutu ile örtüşmektedir. (2,47) Çocuk Besleme Anketi Birch ve ark. (47) tarafından 2001 yılında 7 alt faktörden oluşan son halini almıştır. Bu ölçek ebeveynin algı ve endişelerini değerlendiren 4 alt faktör ile çocuğun beslenmesine etki eden yeme baskısı, izleme ve kısıtlama(çocuğun yiyeceği besin miktar ve türlerini belirleme üzerindeki otoriteyi işaret eder) gibi 3 alt faktörü değerlendirirken daha çok çocuklarda obezite yatkınlığına dair fikir verir ve literatürde 2 yaştan adolesan döneme kadar değerlendirmede kullanıldığı görülmektedir. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması okul çocuklarının ebeveynleri üzerinde yapılmıştır (48). Literatür incelendiğinde yeme baskısı pratikleri arttıkça çocukların seçici yeme davranışı ve yemekten keyif almama gibi yeme davranışıyla ilişkili sorunlar geliştirdiği görülmektedir (49). BSATÖ ile çocuğun sorunlu yeme davranışlarını ölçen Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği puanlarını karşılaştıran bir çalışmada çocukların yeme davranışı problemleri arttıkça annelerin beslenme sürecinde sorunlu tutumlarının arttığı gösterilmiştir (6).

Çalışmamızda ölçek toplam puanı ile çocuğun ay cinsinden yaşı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.038$). Bu durum erken yaşlarda annenin beslenme sürecinde sorunlu tutumlar geliştirme olasılığının arttığını göstermektedir.

Çalışmamızda çocuğunun iştahını artırmak veya büyüme gelişmesini desteklemek için gıda takviyesi-multivitamin reçete edilmesini talep eden annelerin BSATÖ toplam puanları talep etmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p= p<0.001) ve bu taleple polikliniğe başvuran annelerin beslenme sürecinde sorunlu tutumlar gösterme riskinin arttığı söylenebilir. Birleşik Devletler'de yapılan bir çalışmada 24 saatlik besin kayıtları incelendiğinde çocukların büyük çoğunluğunun besin ihtiyaçlarını karşıladığı belirlenmesine rağmen oyun çağı çocuklarında %25'e okul öncesi dönem çocuklarında %40'a varan gıda takviyesi-multivitamin kullanımı görülmüştür (38). Dünyada yükselen bu trendin annenin sorunlu beslenme süreci tutumlarıyla ilişkisi ilgi çekicidir.

Çalışmamıza dahil edilen çocukların antropometrik ölçümleri incelendiğinde çocukların yalnız %1,3'ü (n=2) boy kısalığı kriterlerine uyuyordu (3 persentil altı). TNSA 2018 verileri incelendiğinde 5 yaş altında Türk çocuklarında boy kısalığı prevalansı kırsal nüfusta %8, kentsel nüfusta ise %5'tir.Yine aynı veri annelerin eğitim durumuna göre sınıflandırıldığında eğitim almayan annelerin çocuklarında bu oran %9 iken, lise ve üzeri eğitim alan annelerin çocuklarında %4'e kadar düşmektedir (39). Çalışmamız sonucundaki kısa boyluluk oranı muhtemelen örneklem grubunun görece yüksek sosyokültürel seviyesi ile uyuşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen çocukların BKİ dağılımları Uluslararası Obezite Görev Gücü tanımlarına göre sınıflandırılarak incelendiğinde %72'sinin (n=114) 5-85 persentil aralığında (normal kilolu) %8'inin (n=13) 5 persentil altında (düşük kilolu) %20'sinin ise 85-95 persentil aralığında (fazla kilolu) ve 95 persentil üstünde (obez) (sırasıyla n=20,12) olduğu görülmektedir. Ülkemizde çocukluk çağı obezitesine dair yapılan prevalans çalışmalarında farklı sonuçlar görülmektedir. 2001-11 yılları arasında Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda fazla kilololuluk için %8,3–22.4; obezite için %1,6–10,6 arasında değişen sonuçlar görülmektedir.(50) İzmir ilinde yapılan bir çalışmada 2-6 yaş grubunda fazla kilololuluk prevalansı %10,3; obezite prevalansı ise %5,1 olarak belirlenmiştir. Beden kitle indeksi değerlendirmesinde net bir cut-off belirlemek güç olsa da (22) çalışmamızda çıkan bu oranlar fazla kilololuluk ve obezitenin çocukluk çağında ülkemizde etkisini giderek artıran bir probleme dönüşmekte olduğunu işaret etmektedir.

Çalışmamızda çocukların beden kitle indeksleri (p=0,013) hem de bunların standardize persentil değerleri (p=0,014) ile annelerin toplam BSATÖ puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum araştırmada kullandığımız Beslenme Süreci Anne Tutumları Ölçeği 'nin daha ziyade seçici yeme, yemeyi reddetme gibi yeme davranış sorunları olan çocukların annelerinin beslenme sürecinde geliştirdiği tutumlarını araştırması ile ilişkili olabilir. Uluslararası literatürde sıkça çalışılan Çocuk Besleme Anketi'nin Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında çocuğun beden kitle indeksi arttıkça kısıtlama davranışlarının arttığı yeme baskısı davranışının ise azaldığı gösterilmiştir. (48) Ancak literatürde yapılmış benzer çalışmalarda farklı sonuçlar dikkati çekmektedir. McPhie ve ark.'nın (49) 2011 yılında yayınladığı ve 2-4 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri üzerindeki bir çalışmada BKİ ile kısıtlayıcı besleme davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunurken, yeme baskısı ile çocuk beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aynı çalışmada çocuk yeme davranışları da incelenmiş ve annenin yeme baskısı arttıkça çocuğun sorunlu yeme davranışları sergilemesinin de arttığı gösterilmiştir. Anne-çocuk besleme paternleri üzerine Birleşik Devletler'de farklı sosyokültürel gruplar arasında yapılan bir çalışmada ise (51) kısıtlayıcı besleme davranışlarına örnek olarak annenin çocuğun yemek seçimleri üzerindeki belirleyici rolünün artmasının düşük çocuk beden kitle indeksiyle sonuçlandığı görülmüştür. Bu durumun potansiyel sebepleri olarak ebeveynin sağlıklı seçimlerinin çocuğu fazla kiloluluk ve obeziteden koruduğu düşünülebileceği gibi besleme davranış ve tutumlarını ölçmek için kullanılan anket ve ölçeklerin farklı psikometrik özelliklerine bağlı olabileceği de öne sürülmüştür. 2021 yılında yapılan bir tez çalışmasında (52) da bizim çalışmamızla benzer olarak çocuk beden kitle indeksleri ile BSATÖ toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında annelerin sorunlu beslenme süreci tutumlarının çocuğun beden kitle indeksini etkilediği düşünülebileceği gibi; çocuğun büyüme grafiğine etki eden genetik, hormonal, çevresel birçok faktörü dışlamak bu çalışmada mümkün olmadığı için çocuğun beden kitle indeksi persentil değeri arttıkça beslenme sürecinde annenin sorunlu tutumlar gösterme riskinin azaldığı da söylenebilir. Ebeveynlerin çocuklarının kilolarına ilişkin algılarını araştıran 69 çalışmadan yapılan bir meta analizde (53) ebeveynlerin yarısının fazla kilolu ya da obez çocuklarının vücut ağırlığını normal

olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Yakın zamanda İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülen çalışmada (54) 2-14 yaş arasında çocuğu olan annelerin çocuklarının kilolarına dair algı ve beklentilerini ölçmek üzere yaş ve cinsiyete göre standardize çocuk gelişim çizimleri kullanılmış ve ilginç bulgular elde edilmiştir. Sözü edilen çalışmada beden kitle indekslerine göre sınıflandırılan çocuklardan fazla kilolu ve obez çocuklarının annelerinin çocuklarını daha zayıf olarak algıladıkları; düşük kilolu çocukların annelerinin çocuklarının daha kilolu olmasını bekledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Birleşik Devletlerde adolesan dönemdeki bireylerin ebeveynleri ile beslenme ilişkili ebeveynlik pratiklerinin incelendiği farklı sosyoekonomik ve kültürel gruplar üzerinde yapılan bir çalışmada (55) bazı kültürler arasında otoriter tutumun iki ucu olarak hem yeme baskısı hem de yemenin kısıtlanmasına dair özelliklerin baskın olduğu görülmüştür. Ülkemizde de sağlıklı, gürbüz çocuk algısına bağlı olarak annelerin daha zayıf olan çocuklarda daha sorunlu beslenme tutumları geliştirmesi beklenmeyen bir sonuç olmayacaktır. Ancak bu sorunlu tutumlar çocuğun beslenme sürecindeki konumunu zedeleyerek sorunu daha da kronik hale getirebilir.

Çalışmaya dahil edilen çocukların boy persentilleri ile annelerin BSATÖ puanları açısından korelasyon ilişkisine bakıldığında alt boyutlardan Öğün arasındaki negatif duygu durumu (p=0.043) ve Negatif besleme stratejileri (p=0.048) puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ancak ölçek toplam puanı ile istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durumda daha çok kronik dönemde ve majör faktörlerden etkilenen boy persentilinin annenin sorunlu beslenme tutumlarıyla ilişkisinin daha zayıf olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen çocukların %7,6'sı Tanner'ın midparental boya göre hedef boy hesaplaması formülüne (19) dayanarak hesaplanan hedef boy aralığı cinsiyete uygun olarak 18 yaş boy persentil eğrisinde işaretlendiğinde mevcut boy persentili hedef boy persentilinin altında olan çocukların oranı %7,6(n=13) hedef boyla aynı persntilde ya da üstünde olanların oranı ise %92,4(n=146) olarak bulundu. Bu iki grup arasında BSTAÖ toplam puan ya da alt boyut puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yüzyılın eğilimi olarak adlandırılan ve birçok Batı ülkesinde durmuş olan yeni kuşaklardaki ortalama boy uzunluğunun arttığı 2008 yılında Neyzi ve ark.(9) yaptığı çalışmada belirtilmişti. Hedef boy hesabı konusunda çok farklı

formüller ve yaklaşımlar olması (19) ve iki grubun homojen olmaması nedeniyle hedef boy açısından karşılaştırılan iki grup arasında BSATÖ puanları açısından anlamlı bir ilişki kurulamamış olması da olasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğumdan itibaren bebek ve çocuk izlemleri çocuğun tüm hayatı boyunca sağlık durumunu belirleyecek etkenlerin erkenden belirlenmesini sağlar. Bu izlemler hem çocuğun fiziksel büyümesinin takibi hem nörogelişiminin gözlenmesi hem de anne çocuk ilişkisinin değerlendirilmesi için fırsat sunar. Ülkemiz verileri bebeklikten çocukluğa doğru ilerledikçe izlem sıklığının azaldığını göstermektedir. Ayrıca çalışmamız sonuçlarının gösterdiği üzere izlemlere devam eden çocukların bir kısmının düzenli kullanılması gereken profilaksileri kullanmadığı görülmektedir. Bu durumda hem izlemlerin sürekliliği hem de izlemlerde anne ile iletişimin güçlendirilmesi konusunda birinci basamak hekimine büyük görevler düşmektedir.

Araştırmamızda çocuğun beden kitle indeksi azalmasının annenin beslenme sürecinde sorunlu tutumlu göstermesine eşlik ettiği sonucu çıkmıştır bu durumda daha düşük BKİ değerleri ile seyreden çocukların annelerinin izlemler sırasında doğru besleme tutum ve davranışları açısından bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmamız sonuçları ülke genel verileriyle örtüşür biçimde çocuklarda boy kısalığı prevalansının azalırken obezite ve fazla kiloluluk prevalansının arttığını göstermektedir. Gelecek araştırmalarda obeziteye yatkınlık oluşturabilecek gerek çocuğun yeme davranışları gerekse annenin besleme tutumları üzerine çalışılması literatürü güçlendirecektir.

KAYNAKÇA

1. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. In: Journal of Law, Medicine and Ethics. 2007. p. 22–34.
2. Dilsiz H, Dağ İ. Mother's Attitudes Towards the Feeding Process Scale: Development, Validity and Reliability Study. Turkish Journal of Pediatric Disease. 2018 Oct 15;
3. İnce Ot, Kondolot M, Yalçın Ss. Büyümenin İzlenmesi ve Büyüme Duraklaması. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2011;5(3):181–92.
4. Klesges RC, Stein RJ, Eck LH, Isbell TR, Klesges LM. Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity13 [Internet]. 1991. Available from: https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/53/4/859/4715061
5. Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal Feeding Practices and Childhood Obesity A Focus Group Study of Low-Income Mothers [Internet]. Available from: http://archpedi.jamanetwork.com/
6. Yilmaz G. Eating Behavior of Children and Feeding Attitudes of Mothers. Eurasian Journal of Family Medicine. 2020 Jun 26;9(2):109–16.
7. Nazlı Gönç E, Alev Özön Z, Alikaşifoğlu A, Kandemir Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Profesörü N. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ve boy kısalığında tanısal yaklaşım, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2015; 58:80-85
8. Rogol AD, Hayden GF. Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. Vol. 164, Journal of Pediatrics. Mosby Inc.; 2014.
9. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, et al. Weight, height, head circumference and body mass index references for Turkish children. Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi. 2008;51(1):1–14.
10. Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, yayın no: 1112. Ankara; 2018.
11. Kliegman RM, st. Geme J. Nelson Textbook of Pediatrics. In: Elsevier. 21st Edition. 2020. p. 151–7.
12. Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schadt K, Freedman DS, et al. Growth charts for children with down syndrome in the United States. Pediatrics. 2015 Nov 1;136(5):e1204–11.
13. WHO. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development [Internet]. 2006 [cited 2022 Jul 28]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43413/924154693X_eng.pdf
14. Kuczmarski RJ, National Center for Health Statistics (U.S.), National Health and Nutrition Examination Survey (U.S.). 2000 CDC growth charts for the United States : methods and development. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2002. 190 p.
15. Rakel RE, Rakel DP. Textbook of Family Medicine. 9th Edition. Saunders; 2015. 430–439 p.
16. Vaughan VC. Assessment of growth and development during infancy and early childhood. Pediatrics in review / American Academy of Pediatrics. 1992;13(3).
17. Roberts G, Cheong J, Opie G, Carse E, Davis N, Duff J, et al. Growth of extremely preterm survivors from birth to 18 years of age compared with term controls. Pediatrics. 2013;131(2).

18. Dattani M, Preece M. Growth hormone deficiency and related disorders: Insights into causation, diagnosis, and treatment. Vol. 363, Lancet. 2004.

19. Hermanussen M, Cole J. The calculation of target height reconsidered. Horm Res. 2003;59(4):180–3.

20. Simm PJ, Werther GA. Child and adolescent growth disorders: An overview. Aust Fam Physician. 2005;34(9).

21. Olsen EM, Petersen J, Skovgaard AM, Weile B, Jørgensen T, Wright CM. Failure to thrive: The prevalence and concurrence of anthropometric criteria in a general infant population. Arch Dis Child. 2007 Feb;92(2):109–14.

22. Cole SZ. Failure to Thrive: An Update [Internet]. Vol. 83. 2011.

23. Venkateshwar V, Raghu Raman T. Faılure To Thrıve. Med J Armed Forces India [Internet]. 2000 Jul;56(3):219–24. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0377123717301715

24. Lozoff B, Jimenez E, Hagen J, Mollen E, Wolf AW. Poorer Behavioral and Developmental Outcome More Than 10 Years After Treatment for Iron Deficiency in Infancy [Internet]. 2000. Available from: http://www.pediatrics.org/

25. Benson L, Baer HJ, Kaelber DC. Trends in the diagnosis of overweight and obesity in children and adolescents: 1999-2007. Pediatrics. 2009;123(1).

26. Benson LJ, Baer HJ, Kaelber DC. Screening for obesity-related complications among obese children and adolescents: 1999-2008. Obesity. 2011 May;19(5):1077–82.

27. Hong YM. Atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. Vol. 40, Korean Circulation Journal. 2010. p. 1–9.

28. Neal-Kluever A, Fisher J, Grylack L, Kakiuchi-Kiyota S, Halpern W. Physiology of the neonatal gastrointestinal system relevant to the disposition of orally administered medications. Vol. 47, Drug Metabolism and Disposition. American Society for Pharmacology and Experimental Therapy; 2019. p. 296–313.

29. Su SW, Stonestreet BS, Su D. Core Concepts: Neonatal Glomerular Filtration Rate [Internet]. Vol. 11, Article core concepts e714 NeoReviews. 2010. Available from: http://neoreviews.aappublications.org/Downloadedfrom

30. L. Kathleen M, Janice L R. Krause Besin ve Beslenme Bakım Süreci. 14. baskı. Akbulut G, editor. 2019. 300–322 p.

31. Delplanque B, Gibson R, Koletzko B, Lapillonne A, Strandvik B. Lipid Quality in Infant Nutrition: Current Knowledge and Future Opportunities. Vol. 61, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 8–17.

32. Pekcan G, Şanlıer N, Baş M. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2015.

33. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Vol. 46, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2008.

34. Telatar B, Gündüzoz M. Bebeklik Döneminde Beslenme. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Her Yönüyle Beslenme . 2021;1. baskı:17–22.

35. Williams SM, Goulding A. Patterns of gowth associated with the timing of adiposity rebound. Obesity. 2009 Feb 6;17(2):335–41.

36. Allen RE, Myers AL. Nutrition in Toddlers [Internet]. 2006. Available from: www.aafp.org/afp.

37. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. J Am Diet Assoc. 2004;104(SUPPL. 1).

38. Butte NF, Fox MK, Briefel RR, Siega-Riz AM, Dwyer JT, Deming DM, et al. Nutrient Intakes of US Infants, Toddlers, and Preschoolers Meet or Exceed Dietary Reference Intakes. J Am Diet Assoc. 2010 Dec;110(12).

39. Hacettepe Üniversitesi. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Turkey. Sağlık Bakanlığı. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. 288 p.

40. Yılmaz B, Dibek Büyükdinç M, Kaynak Türkmen M, Başak O. Sütçocukluğu Döneminde Çocukların Anne Sütü Alma Özellikleri ve İlişkili Faktörler: Birinci Basamak Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. Turkish Journal of Family Practice [Internet]. 2022;26(2):43–52. Available from: https://www.turkailehekderg.org/jvi.aspx?pdir=tahd&plng=tur&un=TAHD-17363

41. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020. Ankara: Ankara; 2022.

42. Yalaki Z. COVİD-19 Pandemisi Çocuk Sağlığı İzlemlerini Nasıl Etkiledi? Turkish Journal of Pediatric Disease. 2022 Jan 7;1–6.

43. Kara Elitok G, Bülbül L, Turan B, Akın T, Uslu S, Bülbül A. Çocuklara Önerilen D Vitamini Desteğinde Annelerin Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sakarya Medical Journal. 2020 Jun 15;

44. Beşbenli K, Avgen B, İncioğlu A, Çetinkaya F, İstanbul'da üç farklı sosyoekonomik grupta yer alan annelerin emzirme ve bebek beslenmesi konusundaki bilgi ve davranışları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2013; 56: 76-81

45. Çamtosun E, Akıncı A, Çelik N, Dündar İ. Nutrisyonel Raşitizm Halen Bir Sorun: D Vitamini Profilaksisi Programına Sıkı Sarılmalıyız. Sted / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020 Jan 28;54–60.

46. Yetim A, Yetim Ç, Devecioğlu E. Iğdır'da Annelerin Süt Çocuğu Beslenmesi Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Guncel Pediatri. 2015 Apr 1;13(1):7–12.

47. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. Appetite. 2001;36(3):201–10.

48. Camci N, Bas M, Buyukkaragoz AH. The psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Turkey. Appetite. 2014 Jul 1;78:49–54.

49. McPhie S, Skouteris H, McCabe M, Ricciardelli LA, Milgrom J, Baur LA, et al. Maternal correlates of preschool child eating behaviours and body mass index: A cross-sectional study. International Journal of Pediatric Obesity. 2011 Oct;6(5–6):476–80.

50. Erem C. Prevalence of Overweight and Obesity in Turkey. Vol. 8, IJC Metabolic and Endocrine. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 38–41.

51. Faith MS, Heshka S, Keller KL, Sherry B, Matz PE, Pietrobelli A, et al. Maternal-Child Feeding Patterns and Child Body Weight Findings From a Population-Based Sample.

52. Cengiz T. Okul Öncesi Çocukların Beslenme Sürecinde Anne Tutumlarının Değerlendirilmesi [Internet]. [Çorum]; 2021 [cited 2022 Aug 13]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

53. Lundahl A, Kidwell KM, Nelson TD. Parental underestimates of child weight: A meta-analysis. Vol. 133, Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2014.

54. Aksu SB, Zeren Öztürk G. Evaluation of mothers' opinions on appetite and body shape perception of their children. Public Health. 2021 Jun 1;195:126–31.

55. Loth KA, MacLehose RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. Appetite. 2013 Jan 1;60(1):140–7.