

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**2-6 YAŞ ARASI ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE ÇOCUĞUN BESLENME
ALİŞKANLIKLARI VE DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DYT ŞULE BÖLÜKBAŞ ÖZDEMİR

**BESLENME VE METABOLİZMA ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. SELDA FATMA BÜLBÜL**

2018 – KIRIKKALE

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**2-6 YAŞ ARASI ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE ÇOCUĞUN BESLENME
ALİŞKANLIKLARI VE DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DYT ŞULE BÖLÜKBAŞ ÖZDEMİR

**BESLENME VE METABOLİZMA ANABİLİMDALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
PROF. DR. SELDA FATMA BÜLBÜL**

2018 – KIRIKKALE

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
İçindekiler.....	III
Önsöz.....	VII
Simgeler ve Kısaltmalar.....	VIII
Şekiller.....	IX
Tablolar.....	XI
ÖZET.....	XIII
SUMMARY.....	XV
1. GİRİŞ	1
1.1.Beslenme.....	1
1.1.1. Beslenmenin Tanımı ve Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Beslenmenin Önemi.....	1
1.1.2.Yetersiz ve Dengesiz Beslenme.....	3
1.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	5
1.1.4. Besin ve Besin Ögesi.....	6
1.1.4.1. Besin.....	6
1.1.4.2. Besin Ögesi.....	6
1.1.4.2.1.Proteinler.....	7
1.1.4.2.2.Karbonhidratlar.....	8
1.1.4.2.3.Yağlar.....	8
1.1.4.2.4.Vitaminler.....	9
1.1.4.2.5.Mineraler.....	10
1.1.4.2.6.Su.....	11
1.1.5.Besin Grupları.....	12
1.1.5.1.Grup 1:Et, Yumurta, Kuru baklagiller, Fındık, Ceviz ve benzeri.....	12
1.1.5.2.Süt ve Türevleri.....	14
1.1.5.3.Sebze ve Meyveler.....	16
1.1.5.4. Tahıllar ve türevleri.....	16

1.1.5.5. Yağlar ve Tatlılar.....	18
1.1.6.Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Büyüme ve Gelişme.....	19
1.1.6.1.Fiziksel Gelişme.....	19
1.1.6.2. Ruhsal Gelişim.....	22
1.1.7. Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Sağlıklı Beslenmenin Önemi ve Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarının Kazandırılması.....	24
1.1.8. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinmesi.....	28
1.1.8.1.Enerji.....	28
1.1.8.2.Protein.....	29
1.1.8.3.Yağ.....	30
1.1.8.4.Karbonhidrat.....	30
1.1.8.5.Vitamin ve Mineral.....	31
1.1.8.6.Su.....	31
1.1.9. Okul Öncesi Çocuklarda Görülen Bazı Sorunlar.....	32
1.1.9.1.İştahsızlık.....	33
1.1.9.2.Yemek Seçme.....	35
1.1.9.3.Aşırı Yemek Yeme.....	35
1.1.9.4.Demir Eksikliği Anemisi.....	37
1.1.9.5.Kabızlık.....	38
1.1.9.6.Besin Allerjileri.....	39
1.1.10.Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Beslenme Davranışları.....	39
1.1.11. Çocuklar İçin Beslenme Önerileri.....	41
1.2.Depresyon ve Anksiyete.....	43
1.2.1.Depresyon.....	43
1.2.1.1.Depresyonun Tanımı.....	43
1.2.1.2.Depresyonun Tarihçesi.....	44
1.2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	45
1.2.1.4.Depresyonun Etiyolojisi.....	45
1.2.1.5.Depresyonun Klinik Özellikleri.....	48
1.2.1.6. Depresyonun Toplumda ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaygınlığı.....	48

1.2.2. Anksiyete.....	49
1.2.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	49
1.2.2.2. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	51
1.2.2.3. Anksiyetenin Klinik Özellikleri.....	52
1.3. Annelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Olmasının Çocuklarının Beslenme Davranışına ve Alışkanlıklarına Etkisi.....	53
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
2.1. Etik Kurul Kararı.....	56
2.2. Araştırmanın Hipotezi.....	56
2.3. Araştırmanın Amaçları.....	56
2.3.1. Yakın Gelecekteki Amaç.....	56
2.3.2. Uzak Gelecekteki Amaç.....	57
2.4. Araştırmanın Modeli.....	57
2.5. Araştırmanın Grubu.....	57
2.6. Verilerin Toplanması.....	58
2.7. Araştırmada Kullanılan Değerlendirme Ölçekleri.....	58
Beck Depresyon Ölçeği.....	58
Beck Anksiyete Ölçeği.....	59
2.8. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	59
2.9. Verilerin Analizi.....	60
3. Bulgular.....	61
3.1. Sosyodemografik özellikler.....	61
3.1.1. Çalışma grubuna ait sosyodemografik özellikler.....	61
3.1.2. Çalışma grubunun çocuklarına ait sosyodemografik özellikler.....	64
3.2. Araştırma grubunun çocuklarının genel alışkanlıkları ve davranış şekilleri.....	65
3.3. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme durumu ve beslenme özellikleri.....	68
3.3.1. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme durumu.....	68
3.3.2. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme özellikleri.....	69
3.3.2.1. Yemek yeme özellikleri.....	69
3.3.2.2. Öğün Sıklıkları.....	70

3.3.2.3. Besinlerin Tüketim Sıklıkları.....	72
3.3.2.4. Besinlerin Tüketim Sıklığına Etki Eden Faktörler.....	74
3.3.2.5. Araştırma grubunun çocuklarının yemek yeme yöntemleri ile besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması.....	84
3.3.2.6. Anneye Ait Faktörlerin Çocuğun Beslenme Özelliklerine Etkisi.....	85
3.3.2.6.1 Araştırma grubunun çocuğunun beslenmesini yeterli bulma durumu ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması.....	85
3.3.2.6.2. Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının beslenme özelliklerinin karşılaştırılması.....	88
3.3.2.6.3. Araştırma grubunun çalışma durumu ile çocuklarının beslenme özelliklerinin karşılaştırılması.....	90
3.4.Araştırma Grubunun Depresyon ve Endişe Durumu.....	92
3.4.1. Araştırma grubunun depresyon düzeyinin değerlendirilmesi.....	92
3.4.1.1. Araştırma grubunun depresyon düzeyleri ile çocuklarının beslenme durumunun karşılaştırılması.....	94
3.4.1.2. Araştırma grubunun depresyon düzeyleri ile çocuklarının yemek yeme yönteminin değerlendirilmesi.....	95
3.4.1.3 Araştırma grubunun depresyon düzeyi ile çocuklarının besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması.....	98
3.4.2. Araştırma grubunun anksiyete/endişe düzeyinin değerlendirilmesi.....	100
3.4.2.1. Araştırma grubunun anksiyete düzeyleri ile çocuklarının beslenme durumunun karşılaştırılması.....	102
3.4.2.2. Araştırma Grubunun Anksiyete Düzeyleri İle Çocuklarının Yemek Yeme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi.....	103
3.4.2.3 Araştırma grubunun anksiyete düzeyi ile çocuklarının besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması.....	105
4. TARTIŞMA.....	108
4.1. Araştırma grubunun psikolojik düzeyi ve psikolojik düzeyinin çocuklarının beslenme alışkanlıklarına ve durumuna etkisi.....	108
4.2. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme özellikleri, beslenme durumu ve etki eden faktörler.....	114
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	122
6. KAYNAKLAR.....	125
7.EKLER.....	141
EK 1: ANKET FORMU.....	141

EK 2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	145
EK 3: BECK ANKİSYETE ÖLÇEĞİ.....	148
EK 4: YAŞA GÖRE VÜCUT AĞIRLIĞI (0-5 YAŞ ERKEK VE KIZ).....	150
EK 5: YAŞA GÖRE BOY UZUNLUĞU (0-5 YAŞ ERKEK VE KIZ).....	151
EK 6: YAŞA GÖRE VÜCUT AĞIRLIĞI (5-10 YAŞ ERKEK VE KIZ).....	152
EK 7: YAŞA GÖRE BOY UZUNLUĞU (5-10 YAŞ ERKEK VE KIZ).....	153
8. ÖZGEÇMİŞ	154



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda desteğini gördüğüm, çalışmalarımı engin mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanarak yaptığım, üzerimde çok büyük katkıları olan, araştırmam boyunca da beni destekleyen, değerli zamanını ve önerilerini esirgemeyen hocam sayın **Prof. Dr. Selda Fatma Bülbül**'e sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunmayı bir borç bilirim.

Hayatım boyunca benim için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, kararlarımda her zaman bana destek olan ve varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim, **canım annem, canım babam** ve **kardeşime** sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma sürecinde her zaman yanımda olan, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili **eşim Mustafa**'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	: Yüzde
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ark.	: Arkadaşları
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BAS	: Beck Anxiety Scores
BDAP	: Beck Anksiyete Ölçeği Puanı
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDÖP	: Beck Depresyon Ölçeği Puanı
BDS	: Beck Depression Scores
BKI	: Beden Kitle İndeksi
cm	: Santimetre
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
g	: Gram
kg	: Kilogram
kcal	: Kilokalori
M.Ö.	: Milattan Önce
Mak.	: Maksimum
mcg	: Microgram
mg	: Miligram
Min.	: Minimum
ml	: Mililitre
n	: Sayı
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
p	: Anlamlılık Düzeyi
TOÇBİ	: Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi
TÖBR	: Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
X ²	: Ki-Kare (Chi-Square)

ŞEKİLLER

1.GİRİŞ

Şekil 1.1.7.1: Beslenme Çeşitliliği Üzerine Etkili Olan Temel Etmenler ve Özellikleri.....27

3.BULGULAR

Şekil 3.3.2.4.1: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının ekmek tüketimlerinin dağılımı.....75

Şekil 3.3.2.4.2: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının meyve tüketimlerinin dağılımı.....76

Şekil 3.3.2.4.3: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının tost, hamburger, sandviç tüketimlerinin dağılımı.....77

Şekil 3.3.2.4.4: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının süt, yoğurt tüketimlerinin dağılımı.....78

Şekil 3.3.2.4.5: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının kırmızı et, beyaz et, yumurta, kurubaklagil tüketimlerinin dağılımı.....79

Şekil 3.3.2.4.6: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının tereyağı, zeytinyağı tüketimlerinin dağılımı.....80

Şekil 3.3.2.4.7: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının bisküvi, cips, kola tüketimlerinin dağılımı.....81

Şekil 3.3.2.4.8: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının reçel, bal, meyve suyu, şeker, çikolata tüketimlerinin dağılımı.....82

Şekil 3.3.2.5.1: Araştırma grubunun çocuklarının yemek yeme yöntemleri ile çocuklarının bazı besinleri tüketim oranlarının karşılaştırılması.....84

Şekil 3.3.2.6.1.1: Araştırma grubunun çocuklarının beslenmesinin yeterliliği konusunda kanaatine çeşitli faktörlerin etkisi86

Şekil 3.3.2.6.1.2: Araştırma grubunun, çocuklarının beslenmesini yeterli bulması ile çocuklarının bazı besinleri tüketim oranlarının karşılaştırılması.....87

Şekil 3.3.2.6.2.1: Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının beslenme özelliklerinin karşılaştırılması.....89

Şekil 3.3.2.6.3.1: Araştırma grubunun çalışma durumu ile çocuklarının beslenme özellikleri ve öğün sıklıklarının karşılaştırılması.....91

Şekil 3.4.1.2.1: Araştırma grubunun BDÖP ile çocuklarının beslenme özellikleri ve öğün sıklıklarının karşılaştırılması.....97

Şekil 3.4.1.3.1: Araştırma grubunun depresyon düzeyi ile çocuklarının bazı besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması.....99

Şekil 3.4.2.2.1: Araştırma grubunun BAÖP ile çocuklarının beslenme özellikleri ve öğün sıklıklarının karşılaştırılması.....104

Şekil 3.4.2.3.1: Araştırma grubunun anksiyete düzeyi ile çocuklarının bazı besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması.....106



TABLolar

1.GİRİŞ

Tablo 1.1.5.4: Enerji ve Besin Ögelerini Karşılacak Günlük Tahmini Besin Miktarları.....18

Tablo 1.1.8.5.1: Mikro besin ögeleri için günlük önerilen yeterli alım miktarı(Türkiye'ye Beslenme Rehberi-2015).....31

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Tablo 2.8.1: Yaşa göre vücut ağırlığı ve boy uzunluğu z-skor dağılımı.....60

3.BULGULAR

Tablo 3.1.1.1: Araştırma grubunun demografik özellikleri.....61

Tablo 3.1.1.2: Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.....63

Tablo 3.1.1.3: Araştırma grubunun ve eşlerinin sağlık durumu ve çocuklukta beslenme sorunu varlığının dağılımı.....64

Tablo 3.1.2.1: Araştırma grubunun çocuklarının sağlık durumları.....65

Tablo 3.2.1: Araştırma grubunun çocuklarının genel alışkanlıkları ve davranış şekillerinin dağılımı.....66

Tablo 3.2.2: Araştırma grubunun çocuklarının kreş eğitimi alma durumlarının ve televizyon izleme sürelerinin anne eğitim düzeyine göre dağılımı.....67

Tablo 3.3.1.1: Araştırma grubunun çocukların ağırlık ve boylarının minimum, maksimum ve ortalama değerleri.....68

Tablo 3.3.1.2: Araştırma grubunun çocuklarının yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy değerlerinin z-skoru dağılımları.....68

Tablo 3.3.2.1.1: Araştırma grubunun çocuklarının yemek yeme özelliklerinin dağılımı.....70

Tablo 3.3.2.2.1: Araştırma grubunun çocuklarının öğün sıklıkları.....71

Tablo 3.3.2.2.2: Araştırma grubunun çocuklarının öğün sıklıkları ile kreş eğitimi almalarının karşılaştırılması.....72

Tablo 3.3.2.3.1: Araştırma grubunun çocuklarının bazı besinleri tüketim sıklıkları..74

Tablo 3.3.2.4.1: Araştırma grubunun çocuklarının yemek aralarında atıştırmalık tercihleri83

Tablo 3.3.2.6.1.1: Araştırma grubunun çocuklarının beslenmesi hakkındaki düşünceleri.....85

Tablo 3.3.2.6.2.1: Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının vitamin kullanma durumlarının karşılaştırılması.....	88
Tablo 3.3.2.6.2.2: Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının öğün sıklıklarının karşılaştırılması.....	90
Tablo 3.4.1: Araştırma grubunun BDÖP ve BAÖP'lerinin minimum, maksimum ve ortalama değerleri.....	92
Tablo 3.4.1.1: Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin BDÖP'na göre dağılımı.....	93
Tablo 3.4.1.2: Araştırma grubunun çocuklarının beslenmesi hakkındaki görüşlerinin BDÖP'na göre dağılımı	94
Tablo 3.4.1.1.1: Annelerin BDPÖ'ne göre Çocukların yaşa göre ağırlık ve boylarının z-skor dağılımları.....	95
Tablo 3.4.2.1: Annenin BAÖP'nına göre araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri	100
Tablo 3.4.2.2: Annenin BAÖP'nına göre araştırma grubunun çocuğunun beslenmesi hakkındaki düşünceleri	101
Tablo 3.4.2.1.1: Annenin BAÖP'nına göre araştırma grubunun çocuklarının yaşa göre ağırlık ve boylarının z-skor dağılımları.....	102
Tablo 3.4.2: Annelerin demografik özellikleri ile BDÖP ve BAÖP ilişkileri.....	107

ÖZET

Şule BÖLÜKBAŞ ÖZDEMİR, 2-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Çocuklarının Beslenme Alışkanlıkları ve Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Metabolizma Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale, 2017

Araştırmaya Bartın ilinde, 2-6 yaş arası çocuğu olan 195 gönüllü anne katılmıştır. Araştırmanın ana amacı annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile 2-6 yaş arası çocuklarının beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin tespit edilmesidir. Kesitsel bir araştırma olan bu çalışmada annelere ailenin sosyo-demografik bilgilerini ve çocuğun beslenme alışkanlıklarını içeren 45 soruluk anket formu ile Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Anket araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ise araştırmacı tarafından bilgi verildikten sonra anneler tarafından doldurulmuştur.

Çalışmaya dâhil edilen annelerin çocuklarının boy ve ağırlık değerleri, yaşa göre vücut ağırlığı z-skoru ve yaşa göre boy uzunluğu z-koru değerlerine göre incelenmiştir. Çocuklarda kısa-çok kısa boy uzunluğunun oranı (%78) ve kilolu-obeze vücut ağırlığının oranı (%60) yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni kaliteli proteinleri içeren besinlerin tüketiminin az ve hazır besinlerin tüketiminin fazla olması olabilir. Bununla birlikte çocukların yemeklerini televizyon karşısında veya başka bir şey ile ilgilenirken yemeleri de etkili olabilir.

Çocukların beslenme alışkanlıkları temel olarak annelerin depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlar ile karşılaştırılmıştır. Çalışmasının sonucunda annelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ile çocuklarının yemek yeme yöntemleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,014$). Depresyon puanı yüksek olan annelerin çocuklarının televizyon karşısında, masal anlatarak veya oyun oynayarak yemek yeme oranları depresyon

puanı düşük olan annelerden daha yüksek bulunmuştur. Puanı 0-9 arasında olan annelerin çocuklarının %22.9'u başka bir şey ile ilgilenirken yemek yemekten, bu oran puanı 10-63 arasında olan annelerin çocuklarında %40.7'dir. Ancak annelerin depresyon puanları ile çocukları yemek yemediğinde uyguladıkları yöntemler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.127$).

Çalışmada annelerin anksiyete düzeyleri ile çocukları yemek yemediklerinde uyguladıkları yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0.049). Anksiyete puanı yüksek olan anneler çocukları yemek yemediğinde daha çok zorla yedirme veya ödül veya ceza verme, sinirlenme yöntemlerini kullanmaktadır. Bununla birlikte annelerin anksiyete puanı ile çocuklarının yemek yeme yöntemi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.330$).

Sonuç olarak annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin çocuklarının beslenme alışkanlıklarını bazı noktalarda etkilediği saptanmıştır. Ancak çocukların beslenme alışkanlığı birçok faktörden aynı anda etkilenebilmektedir. Bu çalışmada ailenin beslenme alışkanlığı sorgulanmamıştır. Yapılan benzer çalışmalarda ailenin beslenme alışkanlığının da çocuğun beslenme alışkanlığını etkilediğini ortaya koymaktadır. Çocuğun beslenme alışkanlığının gelişimini etkilediği düşünülen ailenin beslenme alışkanlığının, psikolojik faktörlerin ve diğer çevresel etmenlerin birlikte değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamız sonuçlarından yola çıkarak, ülkemizde çocuklarda obezite veya malnutrisyon gibi beslenme bozuklukları ile mücadele edilmesi isteniyorsa önce annelerin bu konuda bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılıp, endişe ve kaygılarının azaltılması gerekir diye önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Beslenme Durumu, Anne Depresyonu, Anne Anksiyetesi, Yemek Yeme Yöntemi, Besin Tüketimi, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyet Ölçeği.

SUMMARY

Şule BÖLÜKBAŞ ÖZDEMİR, Assessment of the Relationship Between the Depression and Anxiety Levels of Mothers who Have Children Between the Ages of 2 and 6 Years Old and the Eating Habits and Situation of Those Children, Kırıkkale University, Institute of Health Sciences, Department of Eating and Metabolism, Master's Degree Dissertation, Kırıkkale, 2017

195 voluntary participant mothers who have children between the ages of 2 and 6 were enrolled in the study. The purpose of the study was to determine the relationship between depression and anxiety levels of the mothers and the eating habits of their children. The participant mothers were asked to complete a 45-itemed questionnaire composed of family's sociodemographic characteristics and children's eating habits, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. The researcher has filled the questionnaire by the face to face interview technique. After than, the mothers were asked to fill the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory by themselves.

Height and weight value of the children were given as weight for age z-score and height for age z-score values. The proportion of short to-very short length (%78) and weight to-weight ratio of obese (%78) children are high in children. This may be due to the consumption of foods containing quality proteins and the consumption of fast foods. However, food can also be effective when children's meals are dealing with television or anything else.

Eating habits of the children have been evaluated in relation to depression and anxiety scores of the mothers. The results of our study revealed a statistically significant relationship between the mothers' Beck Depression Scores and eating principles of their children ($p=0,014$). It has been shown that, mothers with high BDSs have higher probability of feeding their children in front of the television,

feeding while playing a game or feeding while they are telling a story. While %22.9 of the children with a score of 0-9 were eating while they were dealing with something else, this rate was %40.7 in the children of the mothers with a score of 10-63.

However, there is no significant relationship between mothers' BDSs and the methods they were using when their child refused to eat ($p=0.127$).

There is a statistically significant relationship between mothers' Beck Anxiety Scores (BAS) and the methods they were using to feed their children when child refused to eat (0.049). Mothers who have higher BASs are more likely to use anger, force, reward or punishment as methods to feed their children. However, there is no statistically significant relationship between mothers' anxiety scores and eating methods of their children ($p=0.330$).

In conclusion; it has been discovered that mothers' depression and anxiety levels significantly affect their children's eating habits. However, there are several factors that can be effective on children's eating habits such as; the general eating habits of the family. Similar studies have shown that family's eating habits also affect the child's eating habits. As it has not been questioned in this study, there is a need for further studies which would evaluate multiple factors on eating habits; including family's eating habits, other environmental and psychological factors that are assumed to affect the development of eating habits.

Keywords: Child, Nutritional Status, Mother's Depression, Mother's Anxiety, Eating Method, Food Consumption, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale.



1.GİRİŞ

1.1.Beslenme

1.1.1. Beslenmenin Tanımı ve Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Beslenmenin Önemi

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Beslenme anne karnında başlayıp, yaşamın sonlanmasına kadar geçen her süreçte yaşamımızın vazgeçilmez bir parçasıdır (TÖBR 2015)

Çocuğun fiziksel, duygusal ve ruhsal gelişmesini ayrıca sosyal davranışlarını doğrudan etkileyen önemli faktörlerden birisi yaşına, cinsiyetine ve günlük faaliyetlerine uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesidir (UNICEF 2002).

Okul öncesi yıllarda genelde çocuğun yetişkinlik çağındaki davranışlarını etkileyecek alışkanlıklar kazanılmaktadır. Bununla birlikte çocuğun bu dönemde kazandığı yemek yeme alışkanlığı da hayatının daha sonraki yıllarını etkileyecek ve ileri yaşlarda ortaya çıkacak beslenme sorunlarının temelini oluşturacaktır. Çünkü beslenme çocuğun bedensel, duygusal ve sosyal gelişimini etkilemektedir (Güneyli 1988).

2-6 yaş döneminde beslenme, büyüme ve gelişmeyi doğrudan etkileyerek yaşamsal öneme sahiptir (Çelikoyar 1988). Bir-beş yaş dönemi başarıların ve becerilerin en fazla kazanıldığı dönemdir. Okul öncesi dönem çocuğu besinlere karşı belirti verir ve kesin tavır koymaya başlar; yiyeceklerle ilgilenmeyi bırakır ve daha

çok etrafında olan bitenle ilgilenir. Bu süreçte çocuklar besinler konusunda çok seçici davranırlar. Bu durumda da aileler zorlanabilir ama sürecin geçici olduğu unutulmamalıdır. Sebzeleri çok tüketmek istemezler, besinleri daha çok karıştırmadan ayrı ayrı yemek isterler. Çocuğa çeşitli besinler sunulmalı, bir besini tüketmesinde ısrarcı olunmamalıdır. Yemek yenilmesi sırasında tartışılması, çocuğa ısrar edilmesi, söylenenleri yapmadığı zaman cezalandırılması hatta diğer çocuklar ile karşılaştırılması gibi davranışlar çocuğun besini reddetmesine ve inatlaşmasına neden olabilir (Kutluay Merdol 1999).

Okul öncesi dönemde çocuklarda yeme sorunları önemli ölçüde psikolojik nedenlere de bağlıdır. Dikkat çekmek için çocuklardan bazıları besinleri tüketmeyi istemeyebilir (Hamner 1992).

Okul öncesi dönemdeki beslenmenin amacı; yeterli besin çeşitliliği ile en uygun büyüme ve gelişmenin sağlanmasıdır. Bu dönemde büyüme hızı yavaş motor gelişim hızlıdır. Büyüme yavaş olmasına rağmen bu dönemde de öğün düzeninin oluşturulması gerekir. Çünkü bu dönemde oluşan öğün düzeni anlayışı ve beslenme alışkanlıkları çocuğun yaşamı boyunca sürecek beslenme davranışlarının temelini oluşturacaktır (ADA 1998).

Erken çocukluk döneminde yapılacak girişimler çocukların temel hakları olduğu gibi çocuğun yetişkinlik döneminde ve genel anlamda toplumda oluşturacağı faydalar yönünden önemlidir. Ayrıca çocuğun zihinsel gelişimini de doğrudan etkilemektedir (Mustarda 2002).

Beyin gelişiminde üç faktör önemli rol oynamaktadır, temel olarak iletimin hızını belirleyen myelinizasyon (davranış deneyimleri ve beslenmeden etkilenir), nöron hücreleri arasındaki iletişimi sağlayan sinaps oluşumu (deneyim ve uyarıdan etkilenir) ve davranışların düzenlenmesi ve deneyimlerden öğrenmemizi sağlayan beyin biyokimyasıdır (neurochemistry) (Shonkoff ve Phillips 2000).

Beslenme ve beslenme süreci bebeğin beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde, büyümesinde ve gelişiminde çok önemlidir. Bunun için yapılması gerekenler;

- ❖ gebelik döneminde itibaren anne sağlıklı beslenmeli,
- ❖ doğumdan hemen sonra bebeğin emzirmeye başlanmalı,
- ❖ ilk altı ay sadece anne sütü verilmeli,
- ❖ altıncı aydan itibaren uygun ek besinlerin anne sütü ile birlikte verilmeli,
- ❖ ek besinlerin verilirken; besinin içeriğine, temizliğine, kıvamına dikkat edilmeli kadar,
- ❖ beslenme sırasında ve diğer zamanlarda düzgün iletişim kurulmalı beslenme sırasında çocuğun psikososyal gelişimine göre kurulacak ilişkinin de çocuğun beslenmesi, büyümesi ve gelişiminde rol oynadığının göz önünde bulundurulması gereklidir (Özmert 2005).

1.1.2.Yetersiz ve Dengesiz Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenemeyen toplumlardaki çocukların büyüme hızı sağlıklı beslenen toplumlardakine göre yavaştır. Aynı zamanda yapılan çalışmalar yetersiz beslenen toplumlardaki çocuklarının ölüm riskinin diğerlerine göre on kat daha fazla olduğunu göstermektedir.

Farklı ülkelerde yapılan araştırmalar, yetersiz ve dengesiz beslenmenin vücut yapısına doğrudan etkisi olduğunu göstermektedir. Örneğin Japonya'daki bir araştırmada 12 yaş grubu çocukların ortalama boy ölçüsü 1900 yılında 134 cm iken, ülkedeki besin üretimi ve tüketimindeki artış sonucunda 1939 yılında 138 cm olmuştur. Savaş yıllarındaki yetersiz ve dengesiz beslenme nedeni ile aynı yaş çocuklarının boy ölçüleri ortalama 136 cm'ye inmiştir. Japonya'da 1950 yılından sonra okullarda çocuklara yüksek kalite ek besinler verilmeye başlanmıştır. Diyetteki bu değişiklik sonucunda büyüme hızlanmış, 1960 yılında aynı yaşta çocukların boy ölçüsü 142 cm'ye ulaşmıştır. Yine bu ülkelerde beslenme biliminin ortaya koyduğu

bulgularından yararlanılarak raşitizm, pellegra, skorbüt, basit guvatr gibi hastalıklar hemen hemen yok edilmiştir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde yetişkinlik döneminde ölüm nedenlerinin başında gelen kalp-damar, kanser ve benzeri kronik hastalıklarda yanlış ve dengesiz beslenmenin birinci derecede risk etmeni olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Baysal 2009).

Yetersiz ve dengesiz beslenme bağışıklık sisteminin zayıflamasına sebep olduğundan hastalıklara yakalanma riskini artırmakta ve hastalıkların ağır seyretmesine neden olmaktadır. Kronik ishaller çoğunlukla yetersiz ve dengesiz beslenme ile birlikte görülmektedir. Kızamık, boğmaca, difteri gibi çocukluk çağı hastalıkları ile solunum yolları hastalıkları yetersiz ve dengesiz beslenen gruplarda sık görülmekte, ağır seyretmekte ve bir kısmı ölümlerle sonuçlanmaktadır (Baysal 2009).

Özellikle çocuklardaki yetersiz beslenme sorunlarının nedenlerinin başında, ailelerin beslenme bilgisinden yoksun oluşları gelir. Evlerinde yeteri kadar değişik türde besin bulunmasına karşın, bunları beslenme ilkelerine uygun olarak kullanamayan aileler çoğunluktadır. Değişik besinlerin vücut çalışmasındaki değerleri bilinemediğinden bir tür çok alınarak israf yapılmakta, diğeri ise satın alınmamaktadır. Farklı türdeki besinlerden gereği gibi seçmek beslenme bilgisini gerektirir. Yaşadığımız dönemde, köylerden kentlere göçler zamanla artmaktadır. Köyünde ürettiğini tüketen aileler satın alma durumuna geçince değişik besinlerin gerçek değerlerini bilmediklerinden daha çok nişastalı ve şekerli besinleri satın alma yoluna gitmektedirler. Ürettiğini tüketen tarım toplumundan endüstri ürünleri tarımına geçen toplumlarda da aynı şey göze çarpmaktadır. Sadece pamuk ve tütün yetiştiren çiftçi aileleri ev bahçeciliğini ve inek beslemeyi bırakmakta, ellerine geçen para ile daha çok nişastalı ve şekerli besinler satın almaktadırlar. Çocuklardaki beslenme yetersizliğinin nedenlerinden birisi de gerçek olmayan inanışlar yüzünden küçük çocuklara yumurta, yoğurt gibi besinlerin verilmeyip şekerli besinlerle besleme alışkanlığıdır. Çocuk ishal olur korkusu ile çocuğa yazın süt verilmemesi sütün saklama zorluğundandır. Bunun yanında anne sütü alan çocuğa yoğurt verilirse midesi bozulur düşüncesi tamamen yanlış bir inanıştır. Küçük çocuklara su

verilmemesi, ateşli hastalıklarda yoğurt, meyve suları, et gibi besinlerin verilmeyerek hastalığın kötüleşmesi beslenme bilgisi noksanlığı ve yanlış inançlar yüzündendir. Büyümekte olan çocukların besin gereksinimleri bilinemediğinde çoğu hastalığın beslenme yetersizliğinden oluştuğu da dikkatten kaçmaktadır (Baysal 2009).

1.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli beslenme” deyimini ile açıklanır. Bu besin öğeleri vücudun gereksinimi olan düzeyde alınamazsa, yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokularında yapıp onarım işlemleri yapılamadığından “yetersiz beslenme ” durumu ortaya çıkar. İnsan gereğinden çok yerse, bu besin öğelerini gereğinden çok alır. Çok alınan bu öğeler vücutta yağ olarak biriktiğinden sağlık için zararlı etkisi olabilir. Bu durum “dengesiz beslenmedir”. İnsan günlük alması gereken enerji ve besin öğelerine uygun miktarda yemesine karşın, uygun seçimler yapamadığı ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığı için bu besin öğelerinin bazılarını vücut kullanamayabilir. Bu durumda o besin öğelerinin vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilemediğinden kişinin sağlığı bozulabilir. Bu durum da “dengesiz beslenme” olarak adlandırılır (Baysal 2002).

1.1.4. Besin ve Besin Ögesi

1.1.4.1. Besin

Yenebilen bitki ve hayvan dokuları “besin” olarak tanımlanır. Ekmek, peynir, tereyağı, reçel vb işlem görmüşler yanında, fasulye, portakal, elma gibi yenebilen tüm maddeler bu terim ile anılır. Türkçede besinle eş anlamlı olarak “gıda” terimi de kullanılmaktadır (Merdol ve ark. 1997).

1.1.4.2. Besin Ögesi

Besin maddelerinin birleşiminde bulunan ve vücutta özel işlevleri olan organik ve inorganik maddelerdir. Bu maddelerin vücut dokularını oluşturma, yıpranan dokuları onarma, ısı ve enerji verme, vücudun gereksinimi olan diğer yaşamsal öğeleri sağlama gibi işlevleri vardır (Erdoğan 2005).

Yapılan araştırmalar, insanın büyüme, gelişme ve sağlıklı olarak yaşamını sürdürmesi için 50’den fazla türde besin ögesine gereksinimi olduğunu göstermiştir. İnsanların gereksinimi olan bu besin öğeleri altı grupta toplayabiliriz:

1. Proteinler
2. Yağlar
3. Karbonhidratlar
4. Mineraller
5. Vitaminler
6. Su

İlk beş grubun her birinde ayrı özellikte ve vücut çalışmasında ayrı işlevi olan değişik türde besin öğeleri vardır. Büyüme ve gelişmede geriliğin görülmesinin ve farklı sağlık sorunlarının oluşmasının temel nedenleri bu besin öğelerinin birinin veya birkaçının yereli ve dengeli miktarda alınamamasıdır. Bu bakımdan beslenmede temel amaç, bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan bütün besin öğelerini yeter miktarlarda sağlayabilmesidir. Bu ‘‘yeterli ve dengeli beslenme’’ deyimini ile açıklanır (Baysal 2009).

1.1.4.2.1. Proteinler

Protein sözcüğünün Latincedeki karşılığı ‘‘yaşayan varlıklar için elzem azotlu öge’’ şeklindedir. Vücudun en küçük parçası olan yaşayan hücrenin ve metabolik tepkimeleri katalize eden enzimlerin yapısı proteindir. Büyüme, hücrelerin çoğalması demek olduğuna göre protein büyüme için elzemdir. Vücudun bütün hücrelerinin büyük bir bölümü proteinlerden oluşmuştur ve bu hücreler sürekli olarak değişip yenilenmektedir. Bu nedenle sürekli olan bu olaylar sonucu vücuttan sürekli olarak belirli miktarda protein dışarı atılır. Bu bakımdan vücudun enerji deposu anlamında bir protein deposu yoktur. Sadece kısa süreli yetersizlikleri giderebilecek az miktarda, yedek protein vücutta saklanabilir (Baysal 2009).

Proteinler, 23 aminoasitten oluşur. Bunların da büyük çoğunluğu vücut tarafından üretilmekle birlikte üretilmeyenleri etten, yumurtadan, süttten ve balıktan sağlanır. Proteinler vücut yapısı ve bağışıklık sistemi için oldukça önemlidirler. (Aksun 2002).

Proteinler büyük moleküllerdir. Molekül ağırlıkları 17.400 ile 900.000 arasındadır. Hidrolize edilerek parçalandıklarında daha basit yapıdaki amino asitlere ayrılmaktadırlar. Böylece proteinler çok sayıda ve çeşitli amino asitlerin birleşmesinden oluşan bileşikler olarak da tanımlanmaktadır (Baysal 2009).

Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesinde temel nokta bireyin günlük protein gereksinmesini almasıdır. Günlük ihtiyacından az veya fazla alması ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Protein eksikliği, “protein-enerji malnütrisyonu” olarak adlandırılan daha ciddi bir beslenme bozukluğuna neden olur. Malnütrisyonlu bir insanın kasları inceler, bağışıklık sistemi zayıflar (Müftüoğlu 2004).

Proteinin zengin kaynakları etler, kümes hayvanlarının etleri, balık, süt ve ürünleri, yumurta, tahıllar, yağlı tohumlar, kuru baklagillerdir. Hayvansal kaynaklı proteinlerin % 91-100’ü sindirilir, bunun %75-80’i vücut proteinine dönüşür. Tahılların %79-90’ı, kuru baklagillerin % 69-90’ı sindirilir, %40’ı vücut proteinine dönüşür (Pehlivan 2009).

1.1.4.2.2.Karbonhidratlar

Karbonhidratların en önemli görevi enerji sağlamaktır. Günlük enerjimizin büyük çoğunluğunu karbonhidratlardan sağlarız. İnsan vücudunda karbonhidrat çok az miktarda glikojen olarak tutulur. Glikojen en çok bulunduğu yer karaciğerdir. Diğer organlarda ve kaslarda da bir miktar glikojen bulunur. Bununla birlikte kanda glikojen şeklinde belirli miktarda bulunması, dokulara sürekli enerji sağlaması bakımından önemlidir. Yetişkin insan vücudundaki toplam karbonhidrat miktarı %1’in altındadır (Baysal ve Arslan 2000).

1.1.4.2.3.Yağlar

Yağlar, vücudun enerji deposudur. Gereğinden fazla alınan enerji vücutta yağ olarak depo edilir ve az alındığı zaman ihtiyacı karşılamak için kullanılır. Enerji sağlamanın

yanında yağların vücut çalışmasında daha başka görevleri de vardır. Yağların bileşiminde bulunan bazı yağ asitleri vücut tarafından alınmaz. Ancak bunlar büyümenin gerçekleşebilmesi ve kalp ve cilt sağlığı için gereklidir. Aynı zamanda bu yağ asitleri metabolizmanın düzenli çalışması için gerekli “prostoglandinler” denilen hormonların yapımı için de gereklidirler. Yine yağlar, yağda eriyen vitaminlerin vücuda alınabilmesi için gereklidir. Bunlara ek olarak, yağlar organların etrafını kapatarak dış etkilerden zarar görmesini ve ısı kaybını da önlemektedirler (Küçükaslan ve Baysal 2003).

1.1.4.2.4. Vitaminler

Latince ‘de VİTA’nın karşılığı “YAŞAM” dır. Vitamin “YAŞAM KAYNAĞI” anlamına gelir. Kendileri yakılıp enerji veremeyen, vücut için yapı taşı da olamayan, ancak metabolizma ve diğer yaşamsal olaylarda çok etkili katalizör rolü oynayan, belirli organik yapıya sahip maddelerdir. Özelliklerine ve vücuttaki görevlerine bağlı olarak vitaminler; A, B kompleks gurubu, C, D, E, F, G, K, P gibi harflerle tanımlanırlar. Bitkisel veya hayvansal kaynaklı olan vitaminler yapay olarak da üretilirler. Metabolizmanın yaşamsal faaliyetlerini yerine getirilebilmesi, hücrelerin çoğalabilmesi, mikroplara karşı direnç gelişebilmesi ve bağışıklık sisteminin güçlenmesi için minerallerle birlikte yeteri kadar vitaminin de alınması gereklidir. Eksiklikleri halinde çeşitli hastalıklar ve metabolizma bozuklukları görülür (Yaşar ve Melek 2003).

1.1.4.2.5. Mineraller

Vitaminler gibi mineraller de, büyüme-gelişmenin sağlanabilmesi ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan besin öğeleridir. Minerallerin de kaynağı besinlerdir. Mineraller metabolizmada farklı bölümlerde kullanılmakla birlikte sinir iletilerinin taşınmasında ve kuvvetli kemik yapımında kullanımları da çok önemlidir. Bazı mineraller, hormon yapımında, bazıları hormonların normal çalışmasında gereklidir (Alphan 2005).

Yetişkin insan vücudunun ortalama %6'sı minerallerden oluşmuştur. Minerallerden kalsiyum ve fosfor iskelet ve dişlerin yapıtaşdır. Sodyum ve potasyumun dengede tutulmasını sağlar. Demir vücutta besin öğelerinden enerji oluşması için zorunlu oksijenin taşınması için gereklidir. Diğer mineraller vücudun çalışmasını düzenleyen enzimlerin bileşiminde yer alır. İyot çocuğun beyninin sağlıklı gelişimi ve metabolizmanın düzenlenmesi, çinko savunma sisteminin yeterliliği için gereklidir (Baysal ve Arslan 2000).

Sağlığın devamı için metabolizmanın belirli oranda tuza ihtiyacının olmasına karşın çocuklarda böyle bir durum söz konusu değildir. Birçok çocuk bisküvi, sosis, salam, sucuk, cips, kolalı içecekler ve ketçap gibi hazır besinlerle gereğinden fazla tuz tüketmektedir. Bu fazla tüketim, böbrek yükünü arttırdığı gibi, ileri dönemde de hipertansiyon için risk faktörüdür. Okul öncesi dönem çocuklarına önerilen günlük sodyum miktarı, ilk yaşta olduğu gibi besinlerin içeriğindeki doğal sodyum ile karşılanabilmektedir (Gökçay ve Garipağaoğlu 2002).

Amerikan Çocuk Sağlığı Akademisi rutin vitamin-mineral takviyesinin besin tüketim çeşitliliği olan sağlıklı çocuklar için gerekli olmadığını söylemektedir. Bu kurum beslenme açısından risk altında olup bu takviyelerden fayda sağlayabilecek çocukları aşağıdaki gibi sınıflamıştır (U.S. Department of Health and Human Services ve U.S. Department of Agriculture 2005).

Vitamin ve mineral takviyesi alma riski altında kalabilecek olan çocuk grupları:

- Maddi durumu yetersiz olan ailelerin çocukları, ailelerinin ihmal ettikleri ya da ilgilenmedikleri çocuklar,
- Anoreksia hastası olan veya diğer yeme bozuklukları bulunan çocuklar ile iştah düzensizliği olan çocuklar,
- Kronik hastalıkları olan çocuklar (safra kesesi hastalıkları veya bağırsak hastalıkları gibi),
- Obezite ile mücadele için bir programa tabi tutulan çocuklar,
- Yeterli süt ve ürünleri tüketmeyen ve vegeteryan bir beslenme alışkanlığı olan çocuklar,
- Gelişme geriliği olan veya gelişmeyen çocuklar,
- Düzenli olarak güneş ışığı görmeyen çocuklar, süt ile günde en az 500ml D vitamini desteği almayan çocuklar veya besinlerden günlük olarak 200UI D vitamini takviyesi almayan çocuklar (U.S. Department of Health and Human Services ve U.S. Department of Agriculture 2005).

1.1.4.2.6.Su

Yetişkin insan vücudunun yaklaşık %60'ı sudur. Bebeklerin vücut su oranı, yetişkinlerden daha fazladır. Su; besinlerin sindiriminde, emilmesinde, taşınmasında, zararlı artıkların vücuttan uzaklaştırılmasında ve vücut ısısının düzenlenmesinde görev alır. Vücuttaki bütün kimyasal olaylar çözelti içinde olduğundan, vücutta yeterince su bulunması yaşam için zorunludur (TÖBR 2015).

Böbreklerden idrar, akciğerlerden solunum, deriden terleme, bağırsaklardan dışkı yoluyla her gün vücuttan 1,5 litre kadar su atılır. Ayrıca hücreler enerji üretirken de su açığa çıkarırlar (Bradley ve Bradley 2002).

Susama hissi oluştuğu halde, su içilmezse, vücut kendi suyunu tutmaya çalışır. İdrara az çıkılır ve kan hacmi azalır, tansiyonun düşmesine neden olur. Vücuttan dışkı, deri ve akciğer yoluyla su kaybı devam ettiği için ve idrarın da belli bir yoğunlaşma kapasitesi olmasından dolayı vücut kurur ve sağlığını yitirir. Vücuttaki suyun %15'inin kaybedilmesi ise komaya ve yaşamın yitirilmesine neden olur (Alphan 2005).

1.1.5.Besin Grupları

Bedenin ihtiyacı olan enerji, protein, vitaminler ve minerallerin kaynağı besinler ve içeceklerdir. Yiyecekler ve içecekler içerdikleri besin öğelerinin tür ve miktarları yönünden farklılık gösterir. Çok çeşitli olan besinlerin bazıları enerji yönünden, bazıları protein, bazıları vitamin yönünden zengindir. Bu nedenle besinler sağladıkları yarar yönünden 5 esas grupta toplanır (Baysal ve ark. 2011).

1.1.5.1.Grup 1:Et, Yumurta, Kuru baklagiller, Fındık, Ceviz ve benzeri

Her türlü büyük baş hayvan, kümes ve av hayvanları, suda yaşayan hayvanların yenilebilen kısımlarına et denir. Fasulye, nohut, mercimek, börölce gibi yiyecekler kurubaklagiller başlığı altında toplanır. Ayrıca susam, fındık gibi besinlerle yumurta da bu grup içinde yer alır. Bu gruptaki yiyecekler proteinden zengindir ve bazılarının yağ içerikleri yüksektir. Etler içinde en yağsız olanı kümes ve ev hayvanlarının özellikle beyaz etleri ile yağsız balıklardır. Bu gruptaki yiyecekler demir, çinko ve bazı B vitaminleri yönünden de zengindir (Baysal ve ark. 2011).

Büyükbaş ve küçükbaş hayvan etleri kırmızı et; kanatlılar ve su ürünlerinin etleri beyaz et olarak adlandırılır. Bunların beslenmede önemli bir yeri vardır. Etin bileşiminde; protein, yağ, mineraller ve vitaminler bulunur. Etler hem kaliteli protein içerirler hem de protein miktarları yüksektir. Yağlı etlerin özellikle doymuş yağ ve kolesterol içerikleri yüksektir. Balıklar çok uzun zincirli çoklu doymamış omega-3 yağ asitleri açısından en iyi kaynaktır. Etler; B12 vitamini, demir, çinko gibi birçok vitamin ve mineral açısından zengindir. Diyetle tüketilen et ve et ürünlerinde bulunan demirin vücutta kullanılabilirliği yüksektir (TÖBR 2015).

Kurubaklagiller esas bileşenleri karbonhidrat ve protein olan olgunlaşmış tohumlardır. Tanelerin dış kısmında posa, iç kısımlarında ise nişasta bulunur. Kurubaklagillerin yağı çoğunlukla çoklu doymamış yağ asitlerinden oluşmuştur. En yağlısı soya fasulyesidir. Nohudun yağ içeriği fasulye ve mercimekten yüksektir (Baysal 2009).

Kurubaklagiller en çok protein içeren besinlerdir. Özellikle et ve yumurta bulunmadığı zaman, kurubaklagiller diyetle artırılarak protein gereksinmesi karşılanabilir. Yalnız, kurubaklagillerdeki proteinin kalitesi düşüktür. Büyümekte olan hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar yenen kurubaklagillerdeki proteinin biyolojik değerinin yumurta proteinine göre %40-60 arasında değiştiğini göstermiştir. Biyolojik değeri en yüksek olanı soya fasulyesidir. Nohut ve mercimeğin biyolojik değerleri daha düşük olarak bulunmasına karşın, sindirimleri daha iyidir. Kurubaklagillerin proteinin düşük kaliteli olmasının nedeni, elzem amino asitlerden kükürtlü amino asitlerin sınırlı oluşu ve sindirilme güçlüğüdür. Bu bakımdan kurubaklagiller belirli oranda tahıllarla karıştırılır ve iyi pişirilirse, karışımın biyolojik değeri %70'e kadar yükseltilebilmektedir. Bu esasa göre yeteri kadar hayvansal protein bulamayanlar için karışımlar hazırlanmıştır. Bu tip karışımlarla çocuklarda normal büyümenin sağlandığı denemelerle gösterilmiştir. Kurubaklagiller kalsiyum, çinko, magnezyum ve demir yönünden de zengindir (Baysal 2009).

Yumurtada önemsiz miktarda karbonhidrat vardır. Yumurtadaki proteinlerin kalitesi yüksektir. Büyümekte olan laboratuvar hayvanları üzerinde yapılan çalışmalar, yumurta proteinlerinin %100 oranında vücut proteinlerine dönüşebildiğini göstermiştir. Bu nedenle, yumurta proteinleri “örnek protein” olarak kabul edilmiştir (Baysal 2009).

Yumurtanın yağının üçte biri doymuş, % 10 kadarı çoklu doymamış, kalanı tekli doymamış yağ asitlerinden oluşur. Yağ içinde, lesitin gibi fosfolipitler ve kolesterol de vardır. Yumurta sarısı yüksek kolesterol içermesine karşın yağı doymamış olduğundan kolesterol yükseltici etkisi doymuş yağdan düşüktür. Yağ emülsiyon durumundadır. Lipitler yumurtanın sarısında yer alır. Yumurtanın sarısı demir, A vitamini ve B vitaminlerinden zengindir (Baysal 2009).

Fındık, susam, ceviz, badem ve benzeri yağlı tohumlar, yemeklerde daha çok lezzeti artırmak için ve çerez olarak kullanılmaktadır. Bu besinlerin içeriği B grubu vitaminler, mineraller, yağ ve protein yönünden zengindir. Yağ içerikleri yüksek olmasına karşın bitkisel kaynaklı olduklarından kolesterol içermezler. Ceviz omega 3 yağ asitlerinden zenginken, fındık tekli doymamış yağ asitlerinden zengindir. Bu besinlerin; doymamış yağ, E vitamini ve flavanoid içerdiklerinden dolayı koroner kalp hastalığı ve kanser riskini azaltıcı özellikleri vardır. Enerji değeri yüksek olan bu besinlerin özellikle çocukların ve ağır işte çalışanların beslenmesinde yer alması gerekir (TÖBR 2015).

1.1.5.2.Süt ve Türevleri

Süt, yoğurt, peynir, çökelek ve benzeri bu gruba girer. Bu gruptan her gün en az bir kibrit kutusu kadar beyaz peynir veya çökelek ile bir su bardağı süt veya yoğurt tüketilmelidir. Bu gruptaki besinler kalsiyum, protein, A vitamini ve bazı B vitaminlerinden zengindir. Büyümede ve kemik sağlığının korunmasında büyük

etkisi vardır. Bu nedenle büyüme çağında olan çocukların ve gençlerin, gebe ve emzikli kadınların ve yaşlıların diyetlerinde bu gruptaki besinlerin yetişkinlerinkinden daha çok yer alması gerekir. En az günde 2 bardak süt veya yoğurt veya bunun yerine 3-4 kibrit kutusu beyaz peynir veya çökelek veya bir bardak süt veya yoğurt ile birlikte 2-3 kibrit kutusu kadar peynir günlük tüketilmelidir. Yağı azaltılmış ve enerjisi sınırlı diyetlerde yarım yağlı ve yağsız olanlar tercih edilmesi uygun olur (Baysal 2009).

Süt; su, protein, yağ, karbonhidrat, vitaminler ve minerallerden oluşmuştur. Sütün ortalama %87.3' ü su, %3.5'i yağ, %3.4'ü protein, %0.7'si kül (mineral) ve %5'i de karbonhidrattır. Bileşim öğelerinin miktarı hayvanın cinsine, beslenme şekline ve mevsimlere göre değişiklik gösterir. Ayrıca, sütte lezzet veren moleküllerle vitaminler de bulunur (Baysal 2009).

Sütün proteinleri; kazein, laktalbumin ve laktoglobulindir. Laktalbumin ve laktoglobulin ısı ile katılaştığı halde, kazein etkilenmez. Hayvan sütlerinin proteinlerinin %85 kadarı kazeindir (Baysal 2009).

Sütün yağının yaklaşık üçte ikisi doymuş, kalanı doymamış yağ asitlerinden oluşmuştur. En çok palmitik ve oleik asitleri bulunur. Süt yağının özel tat ve kokusu az miktarda bulunan miristik ve butirik asitlerden kaynaklanmaktadır. Hayvanın beslenmesine göre yağ asitlerinin oranının da değiştiği gözlenmiştir. Yağ içinde erimiş olarak, A vitamini aktivitesi taşıyan retinol ve betakaroten ile fosfolipitler bulunur. Minerallerden, sütte en çok kalsiyum ve fosfor bulunur. Kalsiyum fosforla birleşmiş haldedir. Sütte en az bulunan mineral demirdir (Baysal 2009).

Yoğurdun besin değeri süttten farksızdır. Ancak folik asit gibi bazı B vitaminlerinin miktarları yoğurtta daha çoktur. Asit konsantrasyonu yüksek olduğundan patojen mikroorganizmalar yoğurtta çoğalamaz. Yoğurtta bulunan laktik asit bakterilerinin E. Coli ve Salmonella gibi patojen bakterilere karşı öldürücü etkileri olduğu belirtilmiştir (Baysal 2009).

Peynir sütün renninle katılaştırılması ile elde edilir. Kalsiyum kazeinatla birlikte vitaminler de peynirde kalır. Katılaştırma sonucu yapılan işlemlere göre peynir çeşitleri vardır. Peynirdeki su ve yağ oranına göre besin değerleri değişir (Baysal 2009).

1.1.5.3. Sebze ve Meyveler

Taze sebze ve meyveler, diğer besin gruplarından alamadığımız C vitaminini sağlar. C vitamininden zengin olanlar yeşil yapraklılar, turunçgiller, çilek, şeftali, domates ve patatestir. Sebze ve meyvelerden yeşil ve sarı renktekiler A vitaminin öncüsü karotenlerden de zengindir. Ayrıca yeşil yapraklı sebzeler B vitaminlerinin birçoğundan, E ve K vitaminlerinden de zengindirler. Bu gruptaki besinlerin bir kaçında çiğ veya pişmiş yemek olarak günde en az 5 porsiyon tüketilmelidir (Baysal ve ark. 2011).

1.1.5.4. Tahıllar ve türevleri

Tahıllar toplumun tüketiminde en büyük paya sahip besin grubu olmakla birlikte besin öğelerini önemli oranda içermeleri nedeniyle sağlıklı beslenmenin önemli bir parçasıdır. Buğday, pirinç, çavdar, yulaf ve mısır gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri özellikle karbonhidratlar (nişasta, lif), vitaminler, mineraller ve diğer besin öğelerini içerir. Bu gruptaki besinler büyük oranda karbonhidrat içerdiklerinden vücudun temel enerji kaynağıdır. Ayrıca, az miktarda protein de içerirler. Bu proteinin kalitesi düşük olmakla birlikte kurubaklagiller ya da et, süt, yumurta gibi besinlerle bir arada tüketildiklerinde protein kalitesi artırılabilir.

Tahıllar, ayrıca bir miktar yağ da içerirler. Tahıl tanelerinin yağı E vitaminince zengindir. Tahıllarda A vitamini aktivitesi gösteren öğelerle, C vitamini hemen hemen yoktur. Ancak tahıllar, B12 vitamini dışındaki diğer B grubu vitaminlerinden zengin, özellikle B1 vitamininin (tiamin) en iyi kaynağıdır. Bu vitaminler tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunur. Bu nedenle, kabuk ve özünün ayrılması esnasında B1 vitamini başta olmak üzere diğer B grubu vitaminlerde bazı kayıplar olabilir. Toplumda görülen olası B grubu vitamin yetersizliklerinde bu kayıplar dikkate alınarak besin zenginleştirilmesi yaklaşımları düşünülebilir. Sağlıklı beslenme için tam tahıllı besinlerin tercih edilmesi bu nedenlerden dolayı önemlidir (TÖBR 2015).

Ekmek, pirinç ve bulgurdan yapılan pilav ve çorbalarla, makarna ve undan yapılan çorba, börek ve çörekler bu gruba girer. Bu gruptaki besinler karbonhidratlardan zengindir ve vücuda enerji sağlar. Bu grup besinlerde protein de vardır. Örneğin; bulgurun % 10'u, ekmeğin % 8'i proteindir. Özellikle kepeği alınmamış tahıllar ve bulgur B vitaminlerinden zengindir (TÖBR 2015).

Kabuk ve öz kısmı ayrılmamış tahıllardan yapılan besinler; vitaminler, mineraller ve diyet posası (diyet lifi) yönünden zengindir. Posa içeriği yüksek olan besinlerin tüketimi barsak hareketlerinin daha düzgün olmasını sağlar. Posa türü veya bileşimi de beslenme açısından önemlidir. Tam tahıllarda bulunan posa; kanser, kalp damar hastalıkları, diyabet ve şişmanlık gibi hastalıkların önlenmesi için diyetin içeriğinde bulunması gereken temel diyet bileşenlerindedir. Ayrıca tahıl grubu besinlerin; sinir ve sindirim sistemi ile deri hastalıklarına karşı önemli görevleri olduğu düşünülmektedir (TÖBR 2015).

1.1.5.5. Yağlar ve Tatlılar

Yağlar ve tatlılar grubunda yer alan besinler vücuda enerji sağlar. Yalnız tereyağında A vitamini, bitkisel ve sıvı yağlarda E vitamini vardır. Tatlılardan pekmez, kalsiyum ve demirden zengindir. Bu nedenle pekmez şekerden daha değerlidir. Bu gruptan, bir günlük alınacak miktarlar kişinin çalışma durumuna bağlıdır (Baysal ve ark. 2011).

Tablo 1.1.5.4: Enerji ve Besin Öğelerini Karşılacak Günlük Tahmini Besin Miktarları

Besin Grupları	Besinler	2-3 yaş grubu	4-6 yaş grubu
Et, Yumurta, Kurubaklagil	Toplam	110	120
	Et, tavuk, balık	30	40
	Yumurta	50	50
	Kurubaklagil	30	30
Süt ve Ürünleri	Toplam	600	500
	Süt, yoğurt	500	350
	Peynir, çökelek	20	30
Sebze ve Meyve	Toplam	250	300
	Yeşil ve sarı	100	100
	Diğerleri	150	200
Tahıllar	Ekmek	50	100
	Pirinç, bulgur, makarna, un	40	50
Yağlar ve Şekerler	Yağlar Toplam	15	20
	Katı yağ	7	10
	Sıvı yağ	8	10
	Yağlı tohum	10	10
	Tatlılar toplam	50	50
	Şeker	30	30
	Bal, pekmez, reçel gibi	20	20

1.1.6.Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Büyüme ve Gelişme

1.1.6.1.Fiziksel Gelişme

Çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin takip edilmesi herhangi bir dönemde oluşabilecek büyüme geriliğinin erken fark edilerek hastalıkların önlenmesi veya hastalıklara daha kısa sürede teşhis konulması açısından önemlidir. Büyüme ve gelişme işlevi tümüyle ayrı olmamasına karşın, “büyüme” döllenme anında başlayıp erişkin boya ulaşıncaya kadar devam eden, doku farklılaşmasını, gelişmesini ve olgunlaşmasını düzenleyen birçok mekanizmanın yer aldığı karmaşık bir süreci, “gelişme” duygusal ve sosyal ortamlar tarafından etkilenmeleri de içeren işlevlerdeki değişimleri tanımlamak için kullanılır. Canlıların en gelişmiş olan insanda büyüme dönemi çok uzun, karmaşık ve gelişme ile iç içedir. Büyüme ise vücut kütlelerinin, şekil ve işlevler bakımından farklılaşarak artması olarak tanımlanabilir. Bu artış hücrelerin sayısal artışı (hiperplazi), çapının büyümesi (hipertrofi) ile programlanmış hücre ölümünün (apoptozis) bir bileşkesi olarak gerçekleşir. Uzunluk, ağırlık ve hacim gibi objektif kriterlere dayanarak ölçülebilir. Büyüme oranları bir organdan diğerine, ya da bir kemikten diğer kemiğe anlamlı farklılıklar gösterebilir. İnsan organizmasının büyüme ve gelişimi çeşitli faktörlerin dinamik etkileşimi ile oluşan çok geniş, karmaşık bir olaydır. Genotip gibi kalıtsal, beslenme, çevresel ve psikososyal faktörler gibi ekzojen, hormonlar ve büyüme faktörleri gibi endojen sinyal sistemleri büyüme üzerine etkilidir. Büyümeden sapma patolojik bir durumun tek habercisi olabilir. Ancak altta yatan hastalığın tanınması ve tedavisi için, çocuklara bakan herkesin normal büyüme ve gelişme örüntüsünü bilmesi önemlidir, anormal değişimler böylece tanınabilir. Gelişme ise, fonksiyonel yeteneğin artışıdır. Gelişme de, ayrı ayrı organlar veya fonksiyonlar bazında ele alınabileceği gibi, tüm sistemlerin toplamı bazında da değerlendirilebilir. Gelişme de tıpkı büyüme gibi bir organdan diğerine, ya da bir kemikten diğer kemiğe anlamlı farklılıklar gösterebilir. Gelişme hızı büyüme hızı ile eş zamanlı ve eş güdümlü olmayabilir (Feinstein 1985, Baysoy 2006).

Çocukluk çağı üç döneme ayrılır. Bunlardan ilki bebeğin hem beyin gelişmesinin büyük ölçüde tamamlandığı hem de bebeğin ayağa kalktığı ilk bir yıl bebeklik dönemidir. Bebeklik ile ergenlik arasında uzun bir çocukluk dönemi yaşanır ve bu dönem dünyayı tanıma/anlama dönemidir. Çocuklar bu dönemde özerkliklerinin ve oyunun tadını çıkarırlar. Çocukluğun son dönemi olan “ergenlik” döneminde organizma, hem fiziksel hem ruhsal “atılım” dönemine girer (Hatun 2002).

Farklı toplumlardaki çocukların belli yaşlarda eriştikleri büyüme düzeyi ve vücut yapıları bu toplumların genetik özelliklere bağlı olarak bazı değişiklikler gösterebilmektedir. Ancak çevresel etkilerin yol açtığı büyüme farklılıklarının yanında genetik faktörler de oldukça önemlidir. Bir toplumda çocukların büyüme düzeyini belirleyen en önemli etmen çevresel ortam, özellikle de beslenme ve enfeksiyon hastalıklarının sıklığıdır. Çocukların belirli yaşlarda gösterdikleri büyüme düzeyi, içinde buldukları toplumun maddi ve moral koşullarını yansıtan bir aynadır. Çocukların yaşa göre büyüme durumlarının zaman içinde değerlendirilmesi de toplumun geliştiğini gösteren önemli bir ölçütüdür. Avrupa ülkelerinde, endüstrileşmeyi izleyerek toplumun tüm katmanlarında yaşam koşulları düzelmeye başlamış, bu gelişme çocukların beslenme ve sağlık durumlarını etkilemiştir. Gerek Avrupa ülkelerinde gerekse Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 20. yüzyılın başlarına, hatta daha gerilere uzanan kayıtların incelenmesi ve bunların güncel verilerle karşılaştırılmasıyla bugün çocukların, eskisinden daha erken geliştikleri ve yaşa göre daha yüksek boy ve vücut ağırlığına eriştikleri bilinmektedir. Bu süreç “yüzyılın eğilimi” (seculer trend=seküler eğilim) olarak adlandırılmaktadır (Cantez ve ark. 2003, Neyzi ve Saka 2002).

Dört yaşlarında boyun uzaması yıllık yaklaşık 7 cm olur. Bu dönemden puberteye kadar olan sürede ise yılda 5–5,5 cm gibidir. Bu dönemde mevsimsel değişiklikler dikkati çekebilir. Kış aylarında tartı artışı yaz aylarında ise uzama daha belirgin olur. Çocukluk dönemindeki büyümede özellikle büyüme hormonunun etkisi önem taşır. Bu dönemde büyümenin kısa aralarla izlenmesi yanıltıcı olabilir. Çünkü lineer bir büyüme söz konusu değildir. Kısa süreli ölçümlerde yanıltıcı

değerlendirmelere götürebilir; boyda duraklama döneminde tartı artışı, tartı duraklamasında boy artışı görülebilir. Bu dönem kız ve erkek farkı yok gibidir. Fark puberteye giriş yaşında olur. Ergenliği erken başladığı için kızların çocukluk dönemi erkeklerden ortalama iki yıl daha kısadır. Bu süre kısalması kadın erkek arası boy farkını oluşturan (8–10 cm) önemli nedenlerden biridir (Cantez ve ark 2003).

Bir yaşındaki çocuk birden fazla dişe sahiptir ve bu yaştaki çocukların sindirim ve metabolik sistemleri neredeyse yetişkinlere yakın ya da yetişkinler düzeyinde işlev görür. Çocuk bir yaşına geldiğinde yürümeye başlamakta ya da yürümektedir; gelecek birkaç yıl içinde de çocuğun gelişen bir koordinasyona sahip olması, hareketlilikte artışa neden olmaktadır. Bu dönemde çocuğun büyüme hızı düşse de, bu dönemde artan hareketlilik daha fazla bir enerji ihtiyacına neden olmaktadır. Çocuklarda gelişim, çocuktan çocuğa farklılık göstermektedir; fakat 2 yaştan ergenliğe kadar her yıl çocukların ağırlıkları 2-3 kg artmakta ve boy uzunlukları 6-8 cm arası artış sergilemektedir (Berdanier 2008).

Büyüme hızı okul öncesi dönemde azalma göstermektedir. Bu dönemde çocuğun iştahı da azalmakta ve çocuğun yemek tüketimi tahmin edilemez ve düzensiz bir seyirde devam etmektedir. Anneler bu değişimlerin normal olduğunu bilmeli ve çocuklarıyla yeme-içme konusunda tartışmaktan kaçınmalıdırlar (Berdanier 2008).

Beslenme bozukluklarının gelişim üzerindeki etkilerini incelenirken, bu duruma zemin hazırlayan yoksulluk ve beraberinde gelen psikolojik depresyon ve uyarı eksikliğinin etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca beslenme bozukluğu nedeniyle enfeksiyon riskinin arttığı unutulmamalıdır (Black 2003).

Yaşamın ilk yılından sonra, çocuğun ince ve kalın motor kaslarında, sözcük becerilerinde ve sosyal duygusal alanda hayatın ilk yılına göre çok daha büyük öneme sahip gelişmeler gerçekleşir. Hayatın ikinci yılında, çocuklar bağımsız olarak beslenmeyi öğrenirler. 15 aylık döneme kadar, bir fincanı biraz dökerek de olsa tutabilirler. Çocuklar artık kâsedeki yemeği 16 ile 17 aya kadar çok daha azını dökerek ağızlarına götürebilme kabiliyetine erişirler. 18 ile 24 ay arası dönemde ise,

çocuklar parmakları yardımı ile fincanları eğmeyi öğrenirler. Ama nedense, iki yaşındaki çocuklar genelde parmaklarıyla yiyebilecekleri yiyecekleri tercih etmektedirler, çünkü bir kaşık yüzünden tabaktaki yemeğin peşinde koşmak istemezler. Ergenlik çağının normal gelişim evreleri ve ani büyümeler hayatın ikinci on yılı boyunca beslenme gereksinimleri üzerinde birincil etkilidir. Ergenlik çağında, kilo ve boy artar, birçok organ büyür ve değişen vücut kitle yağ oranı ve vücut yağ dağılımı sonucunda vücut yapısında değişimler meydana gelir. Büyümenin zamanlaması çevresel etmenlere ek olarak genetik bazı etmenlerden de etkilenir (MEGEP 2007).

Kilosu boya göre ortalamanın üzerinde olan çocuklar daha erken yaşta olgunlaşma eğilimindedirler, ya da tam tersi olmaktadır. Kişinin yetişkinlik döneminde en son kaydettiği toplam gelişimin %15'inin kaydedilmesi ergenlik döneminde gerçekleşmektedir. Ergenlik döneminde, erkekler kızlara nazaran daha fazla kilo alma eğilimindedirler ve yetişkin kilosunun yaklaşık %50'si bu dönemde alınır. Bunlarla birlikte, erkek çocukların iskelet gelişimi kız çocuklarına nazaran daha uzun bir dönemi kapsamaktadır (Berdanier 2008).

1.1.6.2. Ruhsal Gelişim

İnsanın gelişimi sosyal, fiziksel, zihinsel ve ahlak gelişimi gibi çeşitli temel boyutlardan meydana gelmektedir. Bu karmaşık süreçte her bir boyutun arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır (Çamlıbel 2012).

Gelişimin bazı yönleri genetikten bazı yönleri ise çevreden etkilenmektedir. Kişilik gelişiminde, doğuştan gelen genlerle yani ana babalardan çocuklara geçen özelliklerle çevresel etmenler etkili olmaktadır (Çamlıbel 2012).

Çocuğun potansiyelini daha çok genetik etkenler belirlerken, , bu potansiyelin kullanım alanının oluşmasına da çevresel faktörler ortam sağlamaktadır. Genetik etkenler arasında anne babanın zekâ düzeyleri, kişilik özellikleri, becerileri; çevresel etkenler arasında da beslenme ve beş duyu ile elde edilen deneyimlerin yanı sıra çocuğun içinde doğduğu aile ve özellikle de ilk yıllarda ebeveyn gelmektedir (Türker 2012).

Kişilik gelişiminde çevre, kişiliğin ilerde alacağı şekli belirleyen çok önemli bir etkidir. Bazı psikologlara göre insan tabiatı esnek, yumuşak olup bulunduğu çevreye göre şekil alır. Bununla birlikte ebeveynlerin tutumları çocuğunun kişiliğinin gelişmesinde özellikle küçük yaşlarda oldukça önemlidir. Çocuğun büyümesi ile birlikte çevresel faktörler çeşitlenmektedir. Bu durumda da ailenin etkisi azalıp arkadaş çevresi, okul, öğretmen, kültür ve sosyal yapı gibi diğer psikososyal değişkenlerin etkisinin arttığı gözlemlenir (Türker 2012).

Çocukta, okul öncesi-ilk çocukluk evresinde birbirine karşıt eşzamanlı iki eğilim arasında bir seçim yapabilme yetisi gelişmektedir. Dışarıdan yapılan denetim ve öğretiler çocuğun seçim yapabilme yetisini aşırı uçlara götürmeyecek biçimde güven verici olmalıdır. Bununla birlikte çocuğun seçim yapma yetisini, özerklik duygusunu zedelememelidir. Çocuk, içinde bulunduğu toplumun beklentilerine göre bazı şeyleri yapmayı öğrenirken ağır utandırmalar ve cezalarla karşılaşırca utanç ve suçluluk duyguları ön plana çıkabilir. Bu duyguların etkisi ile seçim yapabilme ve irade yetilerinin gelişmesi körelebilir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Oyun çağı olarak da adlandırılan bu evrede çocuk artık bene dönük (egosantrik) bir durumdan topluma dönük (sosyosantrik) bir duruma doğru hızla ilerlemektedir. Çevreden ve başka insanlardan ayrı bir kişi olduğunu kavramış olan çocuk, artık kendi kişiliğine bir biçim verme yolunda denemeler, araştırmalar yapmaya başlamaktadır. Kendisine hissettirilen güven ve özerklik duygularına karşılık olarak yavaş yavaş çevresini keşfetmekte ve çevre üzerine denetim gücü kazanmaktadır. Bu amaçla kendi bedenine ve çevrede olagelen her şeye karşı derin, bitmek bilmez bir merak ve öğrenme eğilimi gösterir. Bunun için bu döneme sorma-bilme tutkusu dönemi de

denir. Bu duygunun gelişmesi büyük oranda yeterli özgür ve uyarıcı bir ortamın bulunmasına bağlıdır (Öztürk ve Uluşahin 2008).

1.1.7. Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Sağlıklı Beslenmenin Önemi ve Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarının Kazandırılması

Bir-beş yaş grubu çocukları kapsayan döneme “oyun çocuğu” dönemi denir. Çocuk zamanla ilk yaştan itibaren bağımsızlık kazanma eğilimindedir ve aile içinde değişmeye başlayan bir birey haline gelir. Birçok gelişme ve değişimin olduğu bu dönemde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan veya dolaylı ailenin, özellikle anne ve babanın alışkanlıklarından etkilenir (Köksal ve Gökmen 2013).

Oyun çocuğu döneminde çocuk yiyecek olarak kendisine sunulan besinlerden faklı çok fazla seçeneği yoktur. Ebeveynler ve varsa bakıcılar kendi yiyecek alışkanlıklarının, sevdikleri ve sevmedikleri şeylerin çocuklarının beslenme alışkanlığının şekillenmesine etki edeceğinin farkında olmalıdırlar. Anne ve babanın yedirme için ısrarları, ödüllendirme, ceza verme gibi yemek yeme sürecini vurgulayan tutumları çocuğun yeme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkiler. Günlük olarak çocukların yiyecek tüketimleri değişmektedir ve bazı günler az, bazı günler fazla yemeleri bu yaş grubunun özelliklerindedir. Bununla birlikte yemeklerini belirli saatte vermek, öğünler dışında abur cubur olarak tabir edilen bisküvi, kraker, simit, kola, çikolata gibi besinlerin yenmesine izin vermemek gibi önlemlerle çocuğu düzenli bir beslenme programına alıştırmaya çalışılmalıdır. Ailenin beslenme alışkanlığından küçük çocukların besin tüketimi ayrı düşünülemez. Çocukluk dönemindeki beslenme deneyimleri ileriki yaşlardaki beslenme alışkanlıklarının temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle bu dönemde çocuğa ısrarcı yaklaşımdan farklı yemek çeşitlerine alıştırmalı, bu şekilde ileri yaşlara uzanan doğru yemek seçme alışkanlığı kazandırılmaya çalışılmalıdır. Sağlıklı beslenme önerileri tüm aileye bireyleri için önemlidir, fakat küçük çocukların özel besin gereksinimleri göz önüne

alınmalıdır. Çocuğun tek besin türüne bağımlı kalmamasına dikkat edilmeli, besin çeşitliliği sağlanmalıdır (Köksal ve Gökmen 2013).

Çocuğun hem sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanması, hem de büyüme ve gelişmesini tamamlayabilmesi için, kendisine tüm besin gruplarından besinlerin uygun pişirme yöntemleri ile sunulması ve öğün atlamadan beslenmesi, çocuğun sağlıklı bir birey olmasının ön koşuludur (Köksal ve Gökmen 2013).

Ebeveynler beslenmeyi sağlayan ve rol model olan kişiler olarak erken çocukluk döneminde beslenme alışkanlıklarının oluşmasında en önemli belirleyici olmuşlardır (Clark ve ark. 2007). Ebeveynler çocuklarının özellikle okul öncesi dönemde yiyecek seçimlerinden sorumludurlar ve değişik besleme yöntemleri kullanarak yeterli ve dengeli beslenme davranışını geliştirmeye çalışmalıdırlar (Kröller ve Warschburger 2008).

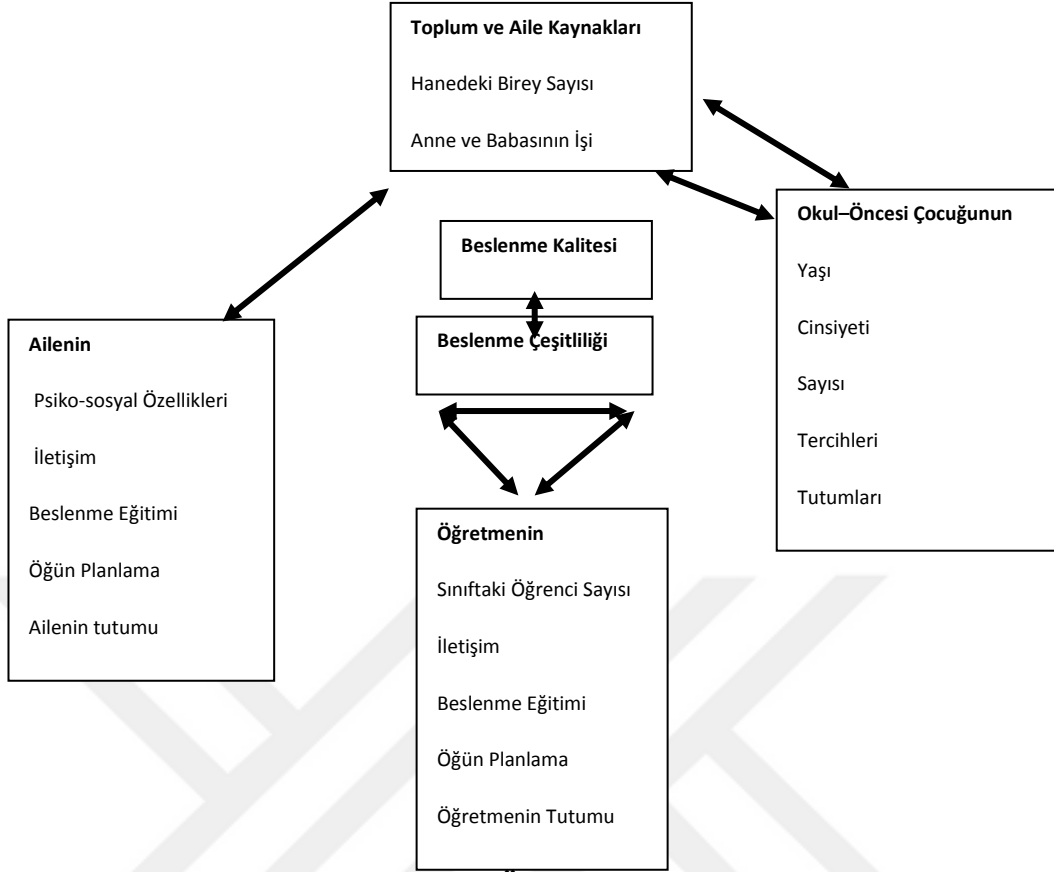
Yapılan bir derleme çalışmasında 22 araştırmadan 19'unda çocukların kilo durumları ve yiyecek tüketimi ile ebeveyn besleme yöntemleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Faith ve ark. 2004). Amerika ve Avrupa'da yapılan birçok çalışmada da ebeveyn besleme davranışları ile çocukların kilo durumları ve yeme davranışları arasındaki ilişki ve ebeveynin besleme alışkanlıklarını etkileyen değişkenler incelenmiştir (Vereecken ve ark. 2009, Musher-Eizenman ve ark. 2009, Sleddens ve ark. 2010). Ülkemizde ebeveynin besleme alışkanlıklarına yönelik yapılan çalışmalar kısıtlıdır (Yılmaz ve ark. 2013, Erkorkmaz ve ark. 2013, Özçetin ve ark. 2010).

Wardle J ve ark (2002), annelerin beslenme tarzı ile beslenme tarzını etkileyen unsurların belirlenmesi amacı ile yaptığı çalışmada annelerin yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve çalışma durumu gibi değişkenlerin beslenme tarzlarını etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada yaşı genç, ilköğretim mezunu ve ev hanımı olan annelerin diğer annelere göre duygusal ve enstrümental beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal besleme çocuk üzgün, mutsuz ya da huzursuz olduğunda çocuğa yiyecek verilmesi olarak tanımlanabilir. Enstrümental besleme ise çocuğa istemediği bir yiyeceği tüketmesi ya da istenilen bir

davranışı yapması durumunda yiyeceğin ödül olarak verilmesidir. Hem duygusal hem de enstrümental besleme tarzının çocuğun beslenme tercihlerinde ve şişmanlığın gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir (Vereecken ve ark. 2009, Sleddens ve ark. 2010).

Çocuğun beslenme kalitesini ve çeşitliliğini toplumun ve ailenin kaynakları, ailenin özellikleri, öğretmeninin özellikleri ve çocuğun özellikleri ve tercihleri etkilemektedir. Bu faktörlerin birisi, birkaçı veya hepsi çocuğun beslenme kalitesinin ve çeşitliliğinin oluşmasında temel faktördür (Arlı ve ark. 2006).





Şekil 1.1.7.1: Beslenme Çeşitliliği Üzerine Etkili Olan Temel Etmenler ve Özellikleri: (Arlı ve ark. 2006).

Ebeveynler besinleri çocukları ile başa çıkmak için kullanabilmektedirler. Çocukları arzu etmedikleri bir davranışta bulduklarında bu davranışı yok etmek için bazı besinler ile çocukları ikna yoluna gitmektedirler. Bazı ebeveynler ağlayan ve sinirli çocuklarını sakinleştirmek için besinleri kullanırken, bazıları da çocuklarını olumlu davranışa yönlendirmek için besinleri ödül olarak kullanır. Genellikle çocuklara ödül olarak sunulan bu besinlerin, besin değeri düşük ve şeker oranı yüksektir. Bu tür besinleri tüketen çocuklar acıkma hissi oluşmadığından, öğün atlama davranışı sergilemekte veya sofrada aile ve çocuk arasında çatışma oluşmasına neden olmaktadır (Camcı 2010).

Bütün çocuklar anne babaları tarafından onaylanmak ve takdir edilmek ister. Yeterince takdir edilmeyen ve ilgisiz büyüyen çocuklarda özgüven eksikliğinden dolayı beden memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğu davranışı görülebilir. Ata ve ark. (2006) aralarında çatışmaların daha az olduğu, destekleyici ve olumlu ilişkiler kuran

ebeveynlerin çocuklarının bedenleri ve kiloları ile daha az sorunları olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte yeme bozukluğu davranışı olan kız çocukları; anne babaları tarafından az desteklenen, eleştirilen ve kontrolcü davranılan ilişkileri olduğunu saptanmıştır. Kontrolcü aileler her şeyi olduğu gibi çocuklarının beslenme davranışlarını ve bedenlerini de kontrol etmeye çalışırlar. Ancak çocuklarının beslenme davranışları üzerinde tek kontrol sahiplerinin kendileri olduklarını düşünmeleri, onları kendi iradeleri ile ancak sağlıklı beslenebilecekleri düşüncesine itmektedir. Beslenme ile ilgili konularda özellikle ailenin kontrolünden çıkmaya ve kendi özerkliğini kazanmaya çalışan çocuklar sağlıklı beslenme konusunda kendilerini yönlendirebilirler (Banett ve ark. 2007).

Anne ve babaların çocuklarının yemek yemesi için ısrar etmeleri, ödüllendirme ve ceza verme gibi yöntemleri uygulamaları çocuğun beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Okul öncesi dönem çocuklardaki beslenme hedefleri; normal büyüme ve gelişiminin sağlanması, tüketimde besin çeşitliliğinin oluşturulması ve ileriye yönelik sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasıdır (Bilici ve Köksal 2013).

1.1.8. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinmesi

1.8.1.Enerji

Çocuklar her yaşta devamlı bir büyüme ve gelişme gösterdiklerinden bazal metabolizma için harcadıkları enerji yüksektir. Ayrıca çocukların fiziksel aktiviteleri de fazladır. Bu yüzden günlük enerji ihtiyaçları yetişkinlerden daha yüksektir. Günlük enerji gereksinmesi yetişkin bireyler için 30-40 kkal/kg/gün iken, bu değer oyun çocuklarında 80-90 kkal/kg/gün'dür (Köksal ve Gökmen 2013).

Oyun çocuğu döneminde çocukların günlük besin alımları oldukça düzensizdir. Bu düzensizlik bir öğünde az besin alıp daha sonraki öğünde bunu kapatmak şeklinde olabildiği gibi bazen yetersiz beslenen bir günü, fazla beslenen diğer günün takip etmesi şeklinde de olabilir (Köksal ve Gökmen 2013).

Bazı çocuklar oldukça iyi beslendiklerinde ki bu sıklıkla kahvaltıda olur, günde yalnızca 1-2 öğün yemek yerler. Beslenme öğünlerindeki bu değişkenliğe karşın toplam enerji alımları, ihtiyaçları kadar olabilir. Burada önemli olan nokta çocuğun günlük gereksinmesinin karşılanması, sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlığının kazandırılmasıdır (Köksal ve Gökmen 2013).

Bireyin büyüme ve gelişme çağında olduğu çocukluk döneminde yeterli ve dengeli beslenme çok daha büyük önem taşımaktadır. Çocukluk döneminde büyüme için daha fazla enerjiye, yeni dokuların yapımı için de daha fazla miktarda protein, mineral ve vitamine ihtiyaç vardır (Ömerci 1987).

1.1.8.2. Protein

Günlük beslenme planı içinde yüksek kaliteli proteinlerden 1 yumurta, 500 ml süt veya yoğurt, 1 köfte kadar et veya 1 porsiyon kurubaklagiller tüketiliyorsa çocuk için protein alımı yeterlidir. Daha fazlası için ısrar ve zorlama besine olan isteği azaltabilir. Bu yaş grubu çocukların günlük protein gereksinmesi 1-2 g/kg/gün 'dür. Toplam günlük protein miktarının %50'si hayvansal kaynaklardan sağlanmalıdır (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.8.3.Yağ

Yetersiz yağ alımı yetişkinler için çok fazla besinsel sorun oluşturmaz, hatta belirli bir yaştan sonra kısıtlamasına daha uygun olur, ancak küçük çocuklarda böyle bir durum yetersiz enerji içerikli bir beslenmeye neden olabilir. Bunun nedeni ise yağlardan alınan enerjinin yerine geçecek olan karbonhidratlı besinlerin, daha hacimli olmasıdır ve küçük çocuklar bu kadar çok besinle baş edemeyebilir. Yağlar enerji sağlamalarının yanı sıra, yağda eriyen vitaminlerin kullanılmasında ve sinir sisteminin gelişmesinde-çalışmasında rol alırlar (Köksal ve Gökmen 2013).

Damar tıkanıklığı beslenme alışkanlıklarından oldukça etkilenebilen ve daha çok yağlı besinlere bağlı olarak ortaya çıkan bir sağlık sorunudur. Bu nedenle yağlı besinlerin özellikle doymuş yağdan zengin tereyağı ve yağlı etlerin tüketiminin erken yaşlarda sınırlaması yararlı olmakla birlikte çocuklarda günlük alınan toplam enerjinin en az %30'unun yağlardan gelmesi önerilmektedir (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.8.4.Karbonhidrat

Okul öncesi dönem çocukların beslenmesinde yetişkinlere ve okul çağındaki çocuklara kıyasla karbonhidratlardan şeker ve şekerli besinler enerjinin büyük bir kısmını sağlamaktadır. Fazla miktarda şeker ve şekerli besinlerin tüketimi çocukların beslenmesi açısından olumsuzdur. Şeker alımı ile iştahsızlık ve diş çürümeleri arasında sıkı bir ilişki vardır. Bu riski azaltmak veya en aza indirmek için şekerli içeceklerin, tatlıların, bisküvi, çikolata gibi besinlerin fazla tüketilmemesi, özellikle ara öğünlerde çocuklara verilmemesi önerilmektedir. Günlük toplam enerjinin %50-60'ı değişik türdeki karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Basit karbonhidratlardan gelen enerji günlük toplam enerjinin %10'unu geçmemelidir (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.8.5.Vitamin ve Mineral

Ülkemizdeki okul öncesi çocukların günlük ihtiyaçları olan vitamin ve mineral değerleri Tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1.1.8.5.1: Mikro besin öğeleri için günlük önerilen yeterli alım miktarı(Türkiye'ye Beslenme Rehberi-2015)

Yaş (yıl)	2	3	4	Yaş (yıl)	2	3	4
A Vitamini(RE) (mcg)	250	250	300	Kalsiyum (mg)	450	450	800
B ₆ Vitamini (mg)	0.5	0.5	0.6	Demir (mg)	7	7	7
B ₁₂ Vitamini (mcg)	1.5	1.5	1.5	Bakır (mg)	0.7	1	1
C Vitamini (mg)	20	20	30	Magnezyum (mg)	170	230	230
D Vitamini (mcg)	15	15	15	Fosfor (mg)	250	250	440
E Vitamini (mg)	6	9	9	Sodyum (g)	1	1	1.2
K Vitamini mcg)	30	30	55	Potasyum (g)	3	3	3.8
Folat mcg)	120	120	140	Selenyum (mcg)	15	15	20
Niasin mg/1000 kkal)	6.7	6.7	6.7	Çinko (mg)	4.3	4.3	5.5
Tiamin (mg)	0.5	0.5	0.6	İyot (mcg)	90	90	90
Riboflavin (mg)	0.5	0.5	0.6	Flor (mg)	0.6	0.7	0.8
Biotin (mcg)	20	20	25	Magnezyum (mg)	0.5	0.5	1
Pantotenik Asit (mg)	4	4	4	Molibden (mcg)	15	15	20

1.1.8.6.Su

Okul öncesi dönem çocuklarından günlük; 2 ve 3 yaş grubunun 1300 mL, 4-6 yaş grubunun 1600 mL su tüketmesi önerilir (TÖBR 2015).

1.1.9. Okul Öncesi Çocuklarda Görülen Bazı Sorunlar

Bebek ve küçük çocukların %15-35'inde beslenme sorunlarının olduğu bildirilmektedir. Beslenme sorunlarında en sık görülenleri yetersiz yeme, bazı besin tiplerini reddetme, yemek zamanında uygunsuz davranışlar ve garip yeme alışkanlıklarıdır (Chatoor 2000).

Beslenme bozuklukları fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimi ile ortaya çıkan biyopsikososyal sorunlardır (Satter 1986). Bu bozuklukların etiolojisine yönelik araştırmalarda, çoğunlukla ailenin sosyodemografik özellikleri, ebeveynlerdeki psikiyatrik bozukluk ve belirtiler, çocuğun huy özellikleri, anne-çocuk etkileşimi ve bağlanma gibi konular değerlendirilmektedir. Bebek ve küçük çocuklar mevcut beslenme alışkanlıkları ve bu alışkanlıkların kalıcılığı veya değiştirilebilirliği, bakım verenlere bağımlıdır (Stein ve Barnes 2002).

Ebeveynler tutarlı beslenme öğünleri ve davranışları sağlayarak, uygun tür ve miktarda besin sunarak, çocuğun ne kadar yiyeceğini belirlemesine izin vererek ve gerektiğinde davranışsal sınırlar koyarak, çocuklarının içsel olarak düzenlenen kendi kendine beslenmesine geçişine yardımcı olabilirler. Bu aşamalarda yaşanan aksaklıklar beslenme sorunlarının ortaya çıkışına ortam hazırlayabilir (Tebor 2000). Yeme davranışı, ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve duygusal durumunun duyarlı bir göstergesidir (Satter 1986). Beslenme hem çocuk hem de ebeveyn için haz ve memnuniyet verici bir aktivite olabileceği gibi, stres kaynağı da olabilir. Besin tercihi ve tüketimi konusunda çocuk ve ebeveyn birbirlerinin beklentilerini karşılayamadığında beslenme ilişkisi haz verici olmaktan çıkıp, gerginlik çatışmalarına neden olabilir (Stein ve Barnes 2002).

Çocuğun beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasında katı gıdalara geçişle birlikte ebeveynin tutumları önemli rol oynar. Özellikle katı disiplin içeren kuralcı uygulamalar sonucunda çocuğun üzülmesi ve

sinirlenmesi, yeme sıklığını ve miktarını etkileyebilir. Yeme problemleri olan çocuğun anne-babası beslenme sırasında yeme için zorlar veya tehdit ederse bir kısırdöngü oluşur. Hekimler de çocuğun yetersiz beslendiğini ifade ettiğinde ya da çocuğun yemek yememesi konusunda ebeveyni suçladığında kısırdöngü daha da şiddetlenebilir. Bu durumda çocuklarının beslenmesini yeterince sağlayamadıkları kaygısına düşen ebeveynler daha sert ve denetleyici tutumlara başvurabilirler (Black 1999).

Beslenme problemleri olan çocukların annelerinin çocuklarıyla iletişimi sırasında daha duyarsız, daha az esnek, aşırı uyarıcı, daha az şefkatli ve daha az kabul edici oldukları, çocuklarının işaretlerini alamadıkları, zorlayarak besledikleri, daha fazla fiziksel ceza uyguladıkları, daha düşmanca ve öfkeli duygular gösterdikleri belirtilmektedir (Black 1999, Wolke ve ark. 1999, Chatoor ve ark. 1988, Crittenden 1987, Hutcheson ve ark. 1993, Black ve ark. 1995, Monk 1997).

1.1.9.1.İştahsızlık

Ailelerin çoğunlukla çocuklarının hiç bir şey yemediklerinden şikâyetçilerdir. Genellikle çocuk doktorları, diyet uzmanları, psikologlar bu sorunun çözümünde zorlanmaktadır. İştahsızlık için önemli ölçüt çocuğun az yeme veya besin seçme davranışlarının nasıl bir sağlık sorununa neden olacağıdır. Çocuklar her dönemde ayrı büyüme hızına göre ve kişisel ayrıcalıklara göre beslenmek zorundadır. Yapılan çalışmalar iştah ile ilgili mekanizmaların çocuğun büyümek için ihtiyaç duyduğu unsurların etkisi altında olduğunu göstermiştir. Normal büyüme eğrisi gösteren çocuklarda 15-18. aylar arasında iştah en düşük düzeydedir. İlerleyen aylarda aşırı açlık ve yeme isteğinin azalmasından besini reddetmeye kadar dalgalanmalar gözlenebilir. Bir-beş yaş grubu çocukların en önemli silahı yiyeceği reddetmesi ve aileye veya çevreye duyduğu tepkiyi yemek yemekle dile getirmesi şeklindedir. Anne ve babanın veya çocuğun yakın çevresinde bakanların sorumluluk duygusu ile

çocuğun günlük beslenmesinde tükettiği besinlerle yetinilmemesi, çocuğun başkalarının yedikleri ile kıyaslama beslenme örüntüsünde önemli sorunlara yol açabilir. İştahdaki isteksizlik ve dalgalanmalar davranışa da yansiyabilir (Köksal ve Gökmen 2013).

Çocuğun büyüme ve gelişmesi normal seyrediyorsa, yeme alışkanlıkları sağlığı ile ilgili problem oluşturabilecek şekilde değilse; çocuk bazen öğün atlasa da genellikle tüm günün sonunda gereksinimi kadar enerji ve besin öğelerini alıyorsa yeterli beslendiği düşünülebilir. Hatta bu düzensizlikler birkaç gün sürse de çocukta önemli bir sağlık sorununa neden olmaz. Burada çocuğun ayrı bir birey olduğunun bilinmesi ve iştahlarının zaman içinde değişebilir olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir. Bu yaş grubu çocuklar yemek seçimlerinde tutucu olup, çoğu zaman örnek aldıkları yetişkinin veya yarış halinde oldukları kendi akrabalarının sevdiği yiyecekleri tercih ederler. Ayrıca bu yaş grubu kendini önemsemekte ve kendi tercihlerini ön plana çıkarmak için alınganlık, gereksiz kızgınlık, küsme gibi değişik davranış biçimleri geliştirmektedirler. Yine bu grup çocuklarda duygusal özellikler, renk, koku, ısı, tat ve yemeğin görünüşü önemli olmakta, karışık lezzetten hoşlanmamaktadırlar. Çocuk seviyor diye sık sık aynı besinlerin pişirilmesi besine karşı iştahsızlığın ve besinlere karşı değişik bahanelerin ortaya çıkmasına neden olabilir (Köksal ve Gökmen 2013).

Çocukları ile aşırı ilgili ailelerde aile çocuğun kendi besinini seçimine engel olmakta ve çocuğu istemediği bir seçime zorlayarak karşı çıkma içgüdüsünü tetiklemektedirler. Bu da zamanla çocukta iştahsızlık sorunu farklı boyutlara taşımaktadır. Çocuğa verilecek besinin kendi yararı için olduğu anne ve baba için o besini yemediği bilinci verilmeli, seçimlerinde ailenin olanaklarıyla yetinmesi gerekliliği vurgulanmalıdır. Her çocuk doğduğu günden itibaren emme, yeme ve içme içgüdüsüne sahiptir. Acıkmadan beslenen, arkasından koşularak yemek yedirilen çocuklarda iştahsızlık bir tepki olarak beslenme davranışını etkileyecektir (Köksal ve Gökmen 2013).

Çocuğun hangi besinden ne kadar tükettiği takip edilmelidir. Yaşına göre kilo ve boy takibi yapılarak gelişimi değerlendirilmeli, iyi bir besin tüketim kaydı alınmalı, öğün ve öğün dışındaki yiyecekler kaydedilerek günlük aldığı enerji, protein, vitamin ve mineral gereksinmesi hesaplanarak alması gereken değerlerle karşılaştırılmalıdır. Besin tüketimi normalin çok altında olan, normal büyüme eğrisinden sapan ve sık hasta olan çocuklar klinikte değerlendirilmelidir (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.9.2.Yemek Seçme

Çocukların yemek seçme gibi bir tutum içine girmesinde en büyük rol yine aile bireylerindedir. Çocuk annenin, babanın ve kardeşlerinin besinlere karşı tutumundan etkilenerek yemek seçme yoluna gider. Beğenilerinde ve isteksiz davranışlarında onların davranış biçimleri ön plandadır. Bununla birlikte çocuk için oyun ön planda olduğu için de yemek yeme unutulabilir. Besine ilgisizlik, sofraya düzeninin olmaması, sofraya oturmamak, yemeği sadece patates kızartması, makarna, köfte ve süttten veya sadece ekmek üstü besinlerden oluşan çocuklarda ilerde yemek seçme, tek besin çeşidi tüketme veya sürekli olarak yetersiz beslenme gibi problemler oluşabilir. Bu sorunların çözümünde anne ve baba hatalarının öncelikle düzeltilmesi gerekmektedir. Yemek saatleri düzenli olmalı, yemek aralarında çikolata, pasta, şeker, kolalı içecekler gibi besleyici niteliği olmayan besinlere alışmamasına dikkat edilmelidir (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.9.3.Aşırı Yemek Yeme

Beslenme günümüzde tüm dünyayı etkileyen önemli bir sorundur. Fakirlik ve beslenme konusunda bilgi yetersizliği yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden

olmaktadır (WHO). Tüm dünyada milyonlarca insan açlık ve yetersiz beslenmenin neden olduğu ölüm ve hastalıklarla savaşırken, aynı anda başka bir kesimde insanlar aşırı ve yanlış beslenme nedeniyle yaşamlarını erken yaşta yitirmekte, kronik hastalıklarla mücadele etmekte veya obezite gibi yaşamlarını her alanda sınırlayan bir sorunla yaşamak durumunda kalmaktadırlar (Tanır ve ark. 2001).

Okul öncesi dönem çocuklarının beslenmeleri tamamen başkalarına bağlı olduğu için bu yaş grubunda görülen aşırı yemek yeme yani şişmanlık daha çok anne, baba ve bakıcıların hatasıdır. Alınan enerjinin yakılan enerjiden daha fazla olması durumunda bu enerji yağ olarak vücutta depolanır ve aşırı kilo alımına neden olur. Şişmanlık bir sağlık sorunudur ve yaşam boyu sürebilir. Çocuklarda şişmanlığa neden olan etmenler aşağıda sıralanmıştır;

- ❖ Çok nadir de olsa hormonlar,
- ❖ Kalıtım; anne babası şişman olan çocuklarda şişmanlık, ailesinde şişman olmayanlara göre 3 kat daha fazla görülmektedir. Bu durumun nedeni daha çok ailelerin yaşam biçimi ve yeme alışkanlıkları ile ilgilidir. Öğün aralarında şekerli besinlerin tüketilmesi ve fiziksel aktivitenin yetersiz yapılması şişmanlığın oluşmasında rol oynayan etmenlerdendir.
- ❖ Anne baba arasındaki olumsuz ilişkiler, arkadaş edinememe, televizyon ve bilgisayar başında fazla zaman geçirme, mutsuzluk gibi psikolojik etmenler
- ❖ Çocuğun yaşam biçimi; spor yapmaması, oyun oynamamasıdır (Köksal ve Gökmen 2013).

Obezitenin oluşmasında önemli olan faktörlerden bir diğeri, yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Obezite görülme sıklığının anne sütü ile beslenen çocuklarda, anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranlarda olduğu, anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite üzerine etkili faktörler olduğu bildirilmektedir (Imperatore 2004). DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından yayımlanan farklı bildirimlerde 6 ay tek başına anne sütü verilmesi, 6. aydan sonra emzirmenin sürdürülmesi ile birlikte güvenilir ve uygun kalite ve miktarda

tamamlayıcı besinlere başlanılmasını ve en az 2 yıl emzirmenin devam ettirilmesi ile kısa ve uzun dönemde obezite ve kronik hastalıkların riskinin azaltılabileceği vurgulanmıştır (WHO 2007).

Obeziteye yakalanma kritik yaş eşiği ise yağ birikiminin yaygın olduğu 5-7 yaş ve gençlik çağıdır. Çocuklardaki obezitenin nedenleri, hem genetik hem de çevresel olmak üzere çok yönlüdür. Hareketsiz bir yaşam çocuklarda obezite artışının temel nedeni olarak görülmektedir. Son 15-20 yıl içerisinde obezitedeki bu artışın asıl önemli nedeni; endüstriyel gelişme ile birlikte fiziksel güce dayalı yaşam tarzından hareketsizliğe dayalı yaşam tarzına geçiş ve enerji içeriği yüksek olan besinlerin tüketilmesi olarak görünmektedir (Babaoğlu ve Hatun 2002).

Çocuklarda obeziteyi engellemek, çocukluk ve yetişkinlik döneminde bunu tedavi etmeye çalışmaktan çok daha önemlidir. Obeziteyi önlemenin önemli noktalarından biri fiziksel aktivitelerin artırılması, bir diğeri ise çocukların beslenme şekilleri ve tüketimleri konusunda öğretmen ve anne babaların eğitilmesidir. Beslenme üzerine Amerikan Çocuk Sağlığı Akademisi Komitesi 2003 yılında bir politik açılım yayınladı. Bu açılım, öğretmen ve anne babaların besleyici atıştırma yardımı ile çocukların sağlıklı besinleri tüketmelerini teşvik etmeye dayanır. Diğer öneriler ise; çocukların beslenme öğünlerini kendilerinin düzenlemesini sağlamak, yemek tercihleri konusunda uygun sınırlamalar yapmak, sağlıklı besin seçimi konusunda modellemeler yapma, TV ve video izleme saatlerinin maksimum 2 saatle sınırlamadır (Krebs ve Jacobson 2003).

1.1.9.4.Demir Eksikliği Anemisi

Hemoglobin sentezi için gerekli olan mineral demirdir. Demir eksikliği sonucunda önemli bir sağlık sorunu olan anemi meydana gelir. Demir eksikliği anemisi bebeklerde ve çocuklarda, doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen önemli bir

halk sağlığı sorunudur. Diyetle yetersiz alımı, malabsorbsiyon, kronik kan kaybı, gebelik, laktasyon, intravasküler hemoliz veya tüm etmenlerin birleşmesi yetersizliğe neden olan unsurlardır. Demir eksikliği farklı derecelerde olabilir (Köksal ve Gökmen 2013).

Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli neden yetersiz demir alımıdır. Süt çocukluğu ve çocukluk çağının en yaygın hematolojik hastalığıdır. Yaşamın ilk 4-6 ayı başlayabilen demir eksikliği 9-24. aylarda belirgin duruma gelir. Bu dönemlerde demir ile desteklenmemiş süt tüketiminin fazla olması önemli nedenlerden birisidir (1,5-2 kg/gün). Süt ürünleri demirden fakirdir, bebeklerin uzun süre yalnızca inek sütü ile beslenmesi, ek besinlere geç başlama veya vermeme, çocuğun anne sütüyle beslenmesi demir eksikliği anemisine yol açabilir. Daha büyük çocuklarda beslenmedeki eksiklik yanında barsak parazitleri veya gastro-intestinal kanamalar da aneminin nedeni olabilir (Köksal ve Gökmen 2013).

Demir eksikliği anemisinde bebek ve çocuklarda motor gelişim ve koordinasyon bozulur, dikkat ve algılama azalır, okul başarısı etkilenir, fiziksel aktivite düşer. Yetişkinlerde fiziksel çalışma ve işgücü kapasitesi azalır, yorgunluk görülür. Bebek ölümleri oranı, düşük doğum ağırlığı ve enfeksiyonlara yakalanma riski artar, bağışıklık sistemi zayıflar ve gebelerde morbidite ve mortalite artar (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.9.5.Kabızlık

Küçük çocuklar yanlış beslenme alışkanlıklarından dolayı kabız olabilirler. Çeşitli psikolojik problemlere tepki olarak kabızlık gelişebileceği gibi (yuvaya gitme, evden uzaklaşma, pis ortam, başarısızlık duygusu gibi), diyetle sindirim enzimlerinin etkilemediği polisakkaritlerin (selüloz, hemiselüloz, lignin) az olması barsak hareketlerinin azalması da kabızlığa neden olmaktadır. Çocuklara kabızlık

probleminin çözümü için posa içeren, sıvı açısından desteklenmiş ve aynı zamanda zevkle yiyebilecekleri besinlerin verilmesi uygun olur. Kabızlık şikâyetlerinde sabah kahvaltı etmeden önce erik ve kayısıdan yapılmış marmelattan 1 kaşık alınarak üzerine su içilmesi ve biraz fiziksel aktivite yapılması barsak hareketlerini artırır. Tam buğday unundan yapılmış ekmek ve tahıl ürünleri, mısır gevreği, meyveler, sebzeler, kuru baklagiller gibi besinler kabızlığın önlenmesinde kullanılması gerekli besinlerdir. Çocuğun yeterli sıvı aldığından emin olunmalıdır. Ancak unutulmamalıdır ki küçük çocuklara işlenmemiş kepek ve kepekli besinlerin verilmesi diyetle alınan ve büyüme gelişme için elzem olan bazı önemli minerallerin emilimini azaltacağından sakıncalıdır (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.9.6.Besin Allerjileri

Vücudun bağışıklık sisteminin bazı besinlere karşı verdiği yanıtta bir anormallik veya değişiklik olmasına besin allerjisi denir. Besinlerin oluşturduğu allerjik reaksiyonlar sıklıkla kusma, ishal, kabızlık, karın ağrısı şeklinde karşımıza çıkabilir. Bu belirtilerle birlikte ürtiker (deride kızarıklık, kaşıntı, yanma) ve egzema (kaşıntılı deri iltihabı) gibi deride ortaya çıkan sorunlar küçük çocuklarda sık rastlanan besin allerjisi belirtilerindedir. Büyük çocuklarda ve erişkinlerde ise astım gibi solunum sistemine ait allerjik reaksiyonlar daha fazla görülen bulgulardandır (Köksal ve Gökmen 2013).

1.1.10.Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Beslenme Davranışları

Okul öncesi yaş grubu çocuklar besinleri kendine özgü tatlarına göre yemek isterler bu yüzden besinleri karışık olarak tüketmekten hoşlanmazlar. Besini

tanıyabilecekleri şekilde gördüklerinde ve besinleri elleri ile yiyebilecekleri şekilde tükettiklerinde daha çok mutlu olurlar. Bu dönemde çocuklar besinler konusunda seçicidir ve çoğu besini iştahla yemezler. Sevdikleri besinler oldukça sınırlıdır. Aile çocuğun sevmediği yemekleri sofraya koyarak onun görmesini ve tanınmasını sağlayarak, ilerleyen zamanlarda sevmesini sağlayabilir. Tekrar tekrar aynı yemeği gören çocuk genellikle bir süre sonra kendiliğinden yemeği tatmak ister. Yaşları kaç olursa olsun çocuklar yetişkinlerle aynı besinlere ihtiyaç duyarlar. Ancak enerji gereksinimleri vücut ağırlıklarıyla doğru orantılı olduğu için ihtiyaç duydukları enerji miktarları daha azdır. Ayrıca her besin için çocukların birçok seçeneği vardır. Çocuğa her bir besin grubundan kendi içinde birçok seçenek sunulabilir. Örneğin yoğurt yemiyorsa aynı gruptan peynir veya süt gibi besinler verilebilir. Eğer değişik birbirinden farklı yararlı besinler verilirse, çocuk bunların birçoğunu sevmeyi öğrenecek ve onlardan yararlanacaktır. Bu yaş grubu çocuklar eti, büyük parçalar halinde tüketemez. Bu nedenle etin yemeklerde genellikle kıyma şeklinde kullanılması uygun olur. Büyük parça et yemekleri tercih edilecekse, bu etler çocuklar için küçük parçalara bölünmüş olmalıdır. Çünkü büyük parça eti, çocuk kendisi keserek ancak 7-8 yaşlarında yiyebilir. Ayrıca iyi pişirilmiş olmasına özen gösterilmelidir.

Bazı çocuklar oldukça iyi beslendiklerinde ki bu çoğunlukla kahvaltıda olur, günde yalnızca bir iki öğün yemek yerler. Beslenme örüntülerindeki bu değişkenliğe karşın toplam enerji alımları, ihtiyaçları kadar olabilir. Burada önemli olan nokta çocuğun günlük gereksinmesinin karşılanması kadar yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasıdır. Bunun için öğünlerin düzenli olması ve öğün atlamama çocukluk çağında kazanılan bir beslenme alışkanlığı olmalıdır. Çocukların düzenli bir şekilde beslenmesi, yiyecek ve içecekleri her gün aynı saatte alması daha yararlıdır.

Çocuk ve adölesanlarda kahvaltı öğününün atlanması oldukça yaygındır. Kahvaltı öğününü atlayanların oranı adölesanlarda çocuk yaş grubuna göre, kızlarda erkeklere göre daha fazladır. Zaman yetersizliği, sabah iştahın olmaması ve adölesanların vücut ağırlıkları hakkında duydukları endişe nedeniyle besin alımını sınırlamak istemeleri kahvaltı öğününün atlanmasının nedenleri arasında yer alır.

Ailelerin kahvaltı öğünü sırasındaki tutum, davranış ve alışkanlıkları, çocuk ve adölesanların kahvaltı tercihlerini ve tüketimlerini etkilemektedir. Çocuk ve adölesanlara sunulan kahvaltı öğünü için tercih yapabilmelerine olanak sağlamak önemlidir. Böylece kendi besin alımlarını düzenleyerek yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının gelişimi sağlanmış olur. Kahvaltı öğünü gece boyu açlığı takiben vücut için ilk enerji kaynağı olması, bilişsel ve fiziksel performansın devamı için önem taşımaktadır. Yaşları 3-11 yıl arasında olan çocuklarda vücuda alınan oksijenin %50'sini beyin kullanmaktadır. Bu durum yetişkinlerle karşılaştırıldığında çocuklarda beynin çalışma hızının 1,5 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Normal koşullarda beynin kullanabildiği tek enerji kaynağı glikozdur. Çocuklarda beyin daha fazla çalıştığı için daha fazla glikoza gereksinim duyulmaktadır. Beynin glikoz kullanım oranı 10 yaşından sonra azalmakta ve 16-18 yaşlarında yetişkinlerin seviyesine düşmektedir. Bu sebepten dolayı çocuklarının beyinin uygun performansta çalışabilmesi için gece boyunca süren açlık sonrasında kahvaltı öğününün tüketilmesi oldukça önemlidir. Kahvaltı, bilişsel işlevlerin azalmaya başladığı sabahın ikinci yarısından itibaren daha da önemli hale gelmektedir. Sağlıklı kahvaltı öğünü, matematik problemleri çözme becerisini arttırmakta, okuma ve dinleme esnasında daha iyi anlamayı sağlamakta, hafızayı güçlendirmekte, derslerde konsantrasyonu sağlamakta, böylece çocukların okul başarısını arttırmaktadır. Kahvaltı öğünü, okul devamsızlığın azalmasında, derslere geç kalmanın önlenmesinde etkilidir. Kahvaltı ile duygu durumları arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Düzenli kahvaltı yapmayan çocuk ve adölesanlar daha çok olumsuz duyguya sahip olmakta, düzenli kahvaltı yapanlar ise yaşama daha olumlu bakmaktadır (TÖBR 2015).

1.1.11. Çocuklar İçin Beslenme Önerileri

Çocukların düzenli bir beslenme programı ile beslenmesi oldukça önemlidir. Açlığa yetişkinler kadar dayanamadıkları için öğün atlamamaları, aç kalmamaları gerekir.

Gün içerisinde öğünlerin düzgün olmadığı ve öğün atıldığı durumlarda çocuklar daha çok acıkırlar ve daha fazla abur cubur tüketmek isterler. Bununla birlikte abur cubur tüketiminden dolayı diğer öğün zamanında da daha az aç olurlar. Ayrıca çocuklar güne iyi bir başlangıç yapabilmek için de kahvaltıya ihtiyaç duyarlar (Bilici ve Köksal 2013).

Yemek zamanı iyi bir aile zamanı olmalıdır. Ebeveynlerin çocuklara besleyici besinleri yemelerini söylemeleri yerine kendileri bu besinleri tüketerek rol-model ilişkisi kurmaları daha iyi sonuçlar verebilir. Çocuklar aileleriyle birlikte yemek yediklerinde genellikle daha çeşitli ve besleyici yemekler yerler. Aynı zamanda sosyal davranış modelleri geliştirirler. Kahvaltı, öğle veya akşam yemekleri çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmada iyi birer fırsattır (Bilici ve Köksal 2013).

Çocukların kendi besin seçimlerini yapmalarına izin verilmelidir. Çocuklara neyi, ne kadar yiyeceklerine karar vermeleri konusunda fırsat tanınmalı, aynı zamanda çocukların ana ve ara öğünleri planlamasına ortam sağlanmalıdır. Bu onlara besin seçmede nasıl karar vermelerini öğreten bir yoldur. Çocuklar planlanmasına ve hazırlanmasına katıldıkları besinleri daha çok severler. Yeni besinleri zorlamadan, denemeleri teşvik edilerek yaklaşılması daha uygun olur. Bu onların bilgilerini, deneyimlerini ve yeteneklerini artırır. Çocuklar sık olarak tükettikleri besinleri daha çok severler (Bilici ve Köksal 2013).

Ara öğünlerde doğru besinlerin seçimi ile çocuğun gün boyunca ana öğünlerle alamadığı besin gruplarını alması sağlar. Böylece çocuğun daha yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanabilir. Büyüme çağında ara öğünlerde peynirli ekmek, meyve suyu, süt, ayran gibi besinlerin tüketilmesi uygundur (Bilici ve Köksal 2013).

Çocukların bir öğünde veya bir günde değil, birkaç gün içinde tükettiklerinin toplam besin miktarı önemlidir. Çocukların ara sıra belli birkaç besini tüketmemesi veya bir öğünde fazla bir şey yememesi endişe verici bir durum değildir (Bilici ve Köksal 2013).

Ana ve ara öğün zamanlarının çocukları sıkmayacak şekilde olması beslenme alışkanlıklarının olumlu yönde gelişmesini destekler. Yemek esnasında tartışmadan ve eleştiri yapmadan iletişim kurmaya çalışılmalıdır. Çünkü çocuğun yemek yerken yaşadığı stres besin tüketimine yansır. (Bilici ve Köksal 2013).

1.2.Depresyon ve Anksiyete

1.2.1.Depresyon

1.2.1.1.Depresyonun Tanımı

Depresyon düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama ile güçsüzlük ve isteksizliğin eşlik ettiği derin bir ruhsal çökkünlük halidir (Öztürk 2002).

Depresyon terimi duygu durumunu (mood), bir belirtiyi, bir sendromu veya bozukluğu gösterebilir. Depresyon normal ve nörotik kişilerde olan hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendisini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli bir hastalığa kadar uzanabilen geniş bir yelpazeyi içerir. Depresyon; bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır (Marakoğlu 2006).

Depresyon tüm dünyada %21,4'lük yaşam boyu görülme oranı ile kronik yeti yıkımına neden olan, bireysel, ailesel ve sosyal olarak yüksek maliyetlere yol açan temel halk sağlığı sorunudur (Kesler ve ark. 2007). Depresyon, teşhis konulan bireylerin tüm yaşamlarının %12'sini iş göremez halde geçirmelerine neden

olmaktadır (Üstün ve Chatterji 2001). Birçok Avrupa ülkesinde çalışanların erken emekli olmasının temel nedenidir. (Curran ve ark. 2007).

Depresyonun yaygınlığının, kronikleşme ihtimalinin ve tekrarlama riskinin fazla olması nedeni ile önemli bir toplumsal ve bireysel sağlık sorunu olarak ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak ciddi düzeyde iş gücü kaybı oluşturması ve hatta intihar riskini artırması nedeniyle de oldukça dikkat çekmektedir. Bu sebeplerden dolayı depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, tekrarlama risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir (Marakoğlu 2006).

1.2.1.2. Depresyonun Tarihçesi

Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Yunan hekimi Hipokrat'tır. Hipokrat bu durumu kara safra fazlalığıyla açıkladığı için melaine chole olarak adlandırmıştır. Batı dillerine melankoli olarak geçen bu sözcük günümüzde depresyonun bir alt tipini tanımlamak için kullanılmaktadır. 1750'lerden itibaren İngilizce "depression" sözcüğü melankolinin eşanlamlısı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Latince primere (aşağıya bastırmak) sözcüğünden köken alan Fransızca "depression" sözcüğü İngilizceye de aynı biçimiyle geçmiştir. Türkçeye çöküntü olarak tercüme edilebilecek olan sözcük bu dillerde birçok olguyu tanımlamakta kullanılmıştır (Jadhav 2000).

1.2.1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden birisidir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birisinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamı boyunca en az bir kez depresif süreç geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir. Gebelerde depresyon görülme sıklığı % 7-21 olarak bildirilmiştir (Evans ve ark. 2001, Andersson ve ark. 2003, Bennett ve ark. 2004, Lee ve ark. 2007). Majör depresyon bozukluğu 20-40 yaş arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon prevalansını; Angst (1992) çalışmasında % 4,4-19,6 ve Kessler (1994) çalışmasında %17 olarak bildirmiştir. Doğan ve ark.'nın (1995) da çalışmalarında; ülkemizdeki depresyon sıklığı (% 8-20) diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulmuşlardır. Yine Kessler'i aynı çalışmasında 1 yıllık süre zarfında toplumun % 10,3'ünde majör depresyon saptanmıştır. 1 yıllık prevalans kadınlarda % 8, erkeklerde %3 civarındadır. Witchen ve ark. (1994) yaşam boyu tekrarlayan kısa depresyon oranını % 11 olarak saptamışlardır.

1.2.1.4. Depresyonun Etiyolojisi

İnsanlık tarihi kadar eski olan depresif bozukluğun etiyojini açıklamaya yönelik Hipokrat'a (M.Ö. 460–357) kadar uzanan görüşler günümüzde özellikle moleküler biyoloji ve beyin görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler sayesinde oldukça yol kat etmiştir. Ancak depresyon etiyojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun nedenleri depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının bulunması ve gelişiminde bir çok faktörün rol alması olabilir (Yemez ve Alptekin 1998).

Hipokrat ekolü, vücutta insanın emüsyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis (zihin ve vücudun akut enflamasyonu) ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat'ın “eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü, o zamanlarda depresyonun bir hastalık olarak ele alındığını göstermektedir (Işık 2003, Jeffrey 2003). Batının Hipokrat-Galen tarzı düşünce sistemi, doğunun Çin' de, Türk ve Arap dünyasında İbn-i Sina ile doruğa çıkan yaklaşımının etkileri sayılmazsa, pek değişikliğe uğramadan ortaçağa kadar devam etmiştir. 16. yy. 'da ortaçağ düşüncesi Hipokrat'ın gerisine düşerek bu hastalıkların kökeninin “spritüel” olduğunu iddia etmiştir. Onlara göre hasta olan kişiler “şeytana tutulmuşlardı”, ancak bu yıllarda doğu tıbbi hastalarını insanca yöntemlerle tedavi etmiştir. Depresyonun etioloji alanında 16. ve 17. yüzyıllarda özellikle Vesalius ve Plater'in çalışmaları devam etmiştir. Plater merkezi sinir sisteminin psikiyatrik tablolardan sorumlu organ olduğu görüşünü ortaya atmıştır. Burton ise 1621'de “Melankolinin Anatomisi” adlı kitabında bugünkü bilgilere çok yakın tanımlamalar yapmıştır (Işık 2003).

On dokuzuncu yüzyılda depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmıştır. Bu dönemde Alman psikiyatri ekolü, modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış ve Kahlbaum 1882'de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır (Işık 2003). Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu “manik depresif hastalık” ve “involüsyonel depresyon” adı altında ele almıştır. Depresyon kavramı 20. yy' da Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen ve diğer bilim insanlarının katkı ve çalışmalarıyla şekillenmiştir (Ceylan 2001).

Depresyonun etiolojisi ve fizyopatolojisine dair birçok çalışma yapılmasına rağmen altında yatan neden tam manasıyla tespit edilememiştir. İleri sürülen etiolojik modeller; psikoanalitik, bilişsel, davranışçı, biyolojik ve bütünleştirici modeller başlıkları ile sınıflanmaktadır (Algül ve ark. 2007).

Etiyolojide sorumlu tutulan genetik faktörle ilgili yapılan araştırmalarda birinci derece akrabalarda duygu durum bozukluklarının görölme oranının dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sadock ve Sadock 2005).

Depresyon etiyojisinde psikososyal etkenler de rol oynamaktadır. Freud'un klasik psikanalitik kuramına göre yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan hayal kırıklıkları depresyona yatkınlık yaratır, erişkin yaşamda ise gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleri depresyonu tetikler (Köroğlu 2007).

Johnson (2003), iş değişikliği ya da kaybı, boşanma, bir arkadaşın ya da ailedeki bir bireyin kaybı gibi ruhsal ve durumsal etkenlerin depresyonun nedenlerinden olduğunu bildirmiştir.

Depresyonda olan kişiler çevresindeki bireylerden destek almayı başaramazlar. Beck'in bilişsel üçlüsüne göre, kişinin kendisi, dünyası ve o sıradaki durumu ile geleceği hakkında olumsuz bir bakış açısı vardır. Bilişsel kuramlar, bilişsel çarpıtmaların ve olumsuz benlik algılarının, diğer bir ifadeyle olumsuz yerleşik düşüncelerin üzerinde dururlar. Bilişsel bakış açısı daha sonra öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluk kuramlarıyla ayrıntılandırılmıştır. Umutsuzluk kuramına göre "deprosojenik yükleme" tutumu, bu kişilerin stresli olayları, geçici olmaktan çok sürekli olarak gördükleri, bu olayların kişilerin yaşamlarının bir kısmını etkilemekten çok, tamamını etkilediğini düşündüklerini ileri sürer (Köroğlu 2007).

Biyolojik anne babalarında mizaç bozukluğu olan çocukların, onları evlatlık alan anne babalarında bir mizaç bozukluğu olmadığı halde depresyona yakalanma riski karşılaştırma grubuna göre daha yüksek tespit edilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde majör depresyon eş hastalanma riski (konkordansı) %40-50 civarında iken dizigot ikizlerde bu oranı yaklaşık %10-25'dir. Bu fark depresyonda kalıtımın rolü olduğunu destekleyen güçlü bir bulgudur (Aşkın 1999, Elgün 2001, Öztürk 2001, Yemez ve Alptekin 1998).

1.2.1.5. Depresyonun Klinik Özellikleri

Depresyon stresli bir olayın ardından veya ortada herhangi bir neden yokken aniden ya da zaman içerisinde gelişebilir. Depresyonun belirti ve bulguları kişinin yaşına, cinsiyetine, sosyokültürel seviyesine, akıl yürütme, nesnel belirti ve bulguları anlama, kavrama ve yargılama düzeyine göre farklılık gösterebilir. En sık karşılaşılan belirti ve bulgular ise önceden beri yapılabilen faaliyetleri yaparken artık zorluk çekme, geleceğe ilişkin umutsuz olma, kararsızlık, kendini değersiz olarak görme ve kendisinin varlığının çevresindekiler için önemli olmadığını düşünme, geçmişte zevk aldığı etkinliklerden artık zevk alamamadır. Devamlı olarak huzursuzluk, üzüntü, isteksizlik ve kaygı hali vardır. Uyku ve yeme alışkanlıklarında değişiklikler görülür. Çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları duygu duruma hâkim olur. Tedaviye yanıt vermeyen bedensel belirtiler, alkol madde ve ilaç kullanımında artış, ölüm ya da intihar düşünceleri de sık karşılaşılan belirtilerendir (Rihmer ve Angst 2007).

1.2.1.6. Depresyonun Toplumda ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaygınlığı

Kadınlar toplumda ruhsal bozukluklar ve belirtiler yönünden riskli grubu oluşturmaktadır. Bunun temel nedenleri ise toplumun kadına verdiği değer, aile içi aşırı sorumluluk ve edilgenlik gibi sosyal yaşam tarzıdır (Aydemir ve Köroğlu 2000).

Cinsiyetin depresif belirtilere etkisi, Nolen-Hoeksema, Grayson ve Larson tarafından 25-75 yaşları arasındaki 1100 erişkinle bir yıl arayla görüşülerek longitudinal bir araştırma ile sorgulanmıştır. Derin düşünce durumları, kontrol eksikliği, kronik gerginlik depresyon açısından incelenmiştir. Kronik gerginlik, yakın ilişkilerde destek eksikliği, sorumluluk yükü, ev işlerinde eşitsizlik, çocuk bakımında

eşitsizlik ve diğer ailevi gerginlikler olarak belirtilmiştir. Araştırma sonunda cinsiyetin derin düşünme, kontrol ve kronik gerginlik üzerinde etkisi tespit edilmiştir. Kronik gerginliğin ise depresif belirtiler üzerinde dolaylı etkisi olabileceği yargısına varılmıştır. Derin düşünme ve kontrol eksikliği depresif belirtiler üzerine doğrudan etkili olarak bulunmuştur (Nolen-Hoeksema ve Grayson 1999).

Kadınlarda depresyon üzerine yapılan araştırmalarda dikkat çekilen konular ergenlik dönemi ve üreme olmuştur. Sorumluluklar ve beklentiler belirgin şekilde değişmeye başladığı dönem olan ergenlikte, kadınlarda depresyon insidansı yüksek düzeyde görülmeye başlanmıştır. Ergenin bu dönemde yaşadıkları, kişilik kazanma, cinsiyetin ön plana çıkması, ilk defa aileden ayrılma ve tek başına karar verme, diğer fiziksel, entellektüel ve hormonal değişikliklerdir. Bu değişiklikler, genellikle erkekler ve kadınlar için farklıdır ve kadınlarda depresyon ile daha sıkı ilişkili olduğu tespit edilmiştir (The NIMH 1995). BDÖ kullanılarak 60 evli çift üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınların depresyon puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Kaygısız ve Alkın 1999, ve Kastro ve Kozacıoğlu 2000).

Kadınların üreme ile ilgili olayları, menstruel siklus, hamilelik, hamilelik sonrası dönem, çocuk sahibi olamama ve menopoz dönemidir. Bu olaylar bazı kadınların duygu durumlarında dalgalanmalara neden olmaktadır (The NIMH 1995).

Son 20 yılda veri tabanına dayalı olarak yapılan araştırmalar psikiyatrik morbidite ve depresyon oranlarının doğumu izleyen dönemde önemli ölçüde arttığı düşüncesine önemli düzeyde katkı sağlamıştır. Komplikasyonsuz doğumları izleyen ilk üç ay içinde ve bazılarında göre ilk iki yıl içinde kadınların psikolojik şikayetler nedeniyle hastaneye başvurularında ciddi düzeyde artış gözlenmiştir (Edwin 1997).

1.2.2. Anksiyete

1.2.2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete (anxiety); Latince *anxietas* kelimesinden gelmektedir. *Anxietas*, zihindeki üzüntü, sıkıntı, dert, rahatsızlık, eziyet, arıza anlamlarına gelmektedir. Anksiyete, darlık ve sıkışma anlamına gelen “*angh*” kökünden türetilmiştir. Anlamı değişik dillerde benzerlik göstermektedir. Türkçe sözlükte kaygı, üzüntü ve tasa kavramlarına karşılık gelmektedir (Alkın ve Onur 2007, Marakoğlu ve ark. 2003, Saatçioğlu 2001).

Anksiyete (kaygı); korku, gerginlik, endişe gibi sübjektif olarak hissedilen bir duygudur ve kişiliğin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya çıkar. Anksiyete özellikle akut olanda kendisini çeşitli fizyolojik (bulantı, kusma, diyara, idrar sıklığı vs.) ve davranışsal bozukluklar şeklinde gösterebilir (Marakoğlu 2003).

“Anksiyete” sözcüğü insanlık tarihi boyunca en sık kullanılan sözcüklerden biridir. Anksiyete kavramı ruhbilim alanına yüzyılın ilk yarısında girmiş ve bu alanda araştırma ve çalışmalar 1940’lı yılların sonunda yapılmıştır. (Köknel,1988). Ruh bilim alanında “anksiyete” sözcüğünü ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran, Freud (1856-1939) olmuştur. Freud’a göre anksiyete; fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. Hatta normal anksiyeteyi yaşamın sürmesi için gerekli görür (Gençtan 1981)

Freud’a göre anksiyetenin işlevi, olası bir tehdide ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır (Gençtan 1981).

Goldstein'e göre anksiyetenin çıkış noktası bireyin yeteneği ile ondan beklenenler arasındaki uyumsuzluktur, bu durum ise kendisini gerçekleştirmesini olanaksız kılar (Gençtan 1981).

Gençtan (1981), Canon'un anksiyeteyi dengelemeyi bozacak tehlikelere karşı bir tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlık şeklinde yorumlanması olarak ifade ettiğini belirtmiştir. Gene aynı araştırmacı, Sullivan'ın ise anksiyetenin bireyin insan ilişkilerini tehlikeye sokan durumda olduğu görüşünü savunduğunu bildirmektedir.

Ruh sağlığı problemleri arasında anksiyete bozuklukları en yaygın görülenleridir ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (Gavin ve ark. 2005, Bourdon ve ark. 1988). Ayrıca anksiyete bozuklukları için başlangıç yaşı tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Panik bozukluğun ilk atakları en sık geç adolesan çağından 30'lu yaşların ortasına kadardır. Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) ilk başlangıcı kadınlarda 20-29 yaş aralığında ortaya çıkar (Kessler ve ark. 1994).

1.2.2.2. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme riski % 4,1-6,6'dır. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmekle birlikte, bu hastaların doktora başvuru oranlarının diğer hasta gruplarınınkinden 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Başlangıç belirtileri sıklıkla kademeli olarak artış ve şiddetlenme gösterir. Başlangıç yaşı ortalama 20 yaş öncesidir ve alevlenme-iyileşme dönemleri ile giden kronik seyir gösterir (Saatçioğlu 2001, Kaplan ve Sadock 1998, Rickels ve Schweizer 1990). Hayat boyu erkeklerin %19'u kadınların %31'i anksiyete bozukluğu tiplerinden bazılarını göstermektedir (Williams ve Koran 1997).

1.2.2.3. Anksiyetenin Klinik Özellikleri

Anksiyete genellikle kişinin tüm benliğini ele geçiren, tam olarak tanımlanamayan ve yaşamı çok farklı yönlerden etkileyen bir durumdur. Anksiyeteli biri deneyimlediği ve “emosyonel ya da psikolojik” olarak adlandırılan korku, heyecan, panik, huzursuzluk, kötü bir şey olacak hissini yanı sıra başka belirtiler de yaşar (Alkın ve Onur 2007).

Anksiyete kalp çarpıntısı, terleme, gevşeyememe hali, irritabilite, uykusuzluk gibi çok sayıda fiziksel belirtiyeye neden olabilmektedir. Bu duruma hiperventilasyon eşlik ettiğinde kanda karbondioksit düzeyleri azalır ve basta sersemlik, baş dönmesi, ellerde ayaklarda kasılmalar, değişik beden parçalarında uyuşma-karınalanma gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Hiperventilasyon, anksiyeteyi konpanse etmek için ortaya çıkan bir düzendir. Kas gerilimi olduğunda hastalarda baş ağrıları, sırt ağrıları görülebilir. İkinci öge bilişseldir. Diğer bir öge de anksiyetenin davranışsal boyutudur ve bu emotif halin dışı vuran yansımaları ile belirlidir. Kişiler öznel veya fizyolojik huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler ya da olaylardan uzak durma eğilimindedirler. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kişi kaçtığı olaya ya da duruma girmeye zorlandığında panik atağı boyutuna varan şiddetli bir anksiyete atağı yaşayabilir. Bu anksiyete öğeleri birbirleri ile sebep-sonuç ilişkisi gösterir biçimde sıkıca bağlıdır ve farklı anksiyete bozukluklarında değişik derecelerde rol oynamaktadırlar (Alkın ve Onur 2007).

1.3. Annelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Olmasının Çocuklarının Beslenme Davranışına ve Alışkanlıklarına Etkisi

Depresyonun, kişinin yaşamı üzerine çeşitli olumsuz etkileri vardır. Bunlar arasında, duygu durumunda dalgalanmalar, benlik değerinde değişimler, psikomotor sıkıntılar ya da gerileme, uyku ve iştah durumunda dalgalanma, düşünsel süreçlerde

bozulmalar, enerji düzeyinde azalmalar ve ya artmalar, ilgide azalma, memnuniyet hissinin azalması ve umutsuzluk sayılabilir (Kılıç 1998).

Depresyonun belirtileri de sonuçları da kişinin çevresindeki insanları olumsuz yönde etkileyebilir. Bundan dolayı ruhsal problem yaşayan anne-babanın çocuğu da ondan etkilenir (Elgar ve ark. 2004).

Depresyon kişilerde olumsuz bakış açısının gelişmesine neden olabilir ve buna bağlı olarak da annenin çocuğunun davranışlarına verdiği tepkiler değişebilir. Bu da anne ve çocuk etkileşimini önemli oranda etkilemektedir. Yapılan çalışmalar depresyon düzeyi yüksek olan annelerin daha çok çocuklarını problemliler olarak değerlendirdiklerini ortaya koymuştur. Buna ek olarak depresyonda olan annelerin çocuklarına karşı aşırı derecede eleştirel oldukları ve çocuğun olumsuz davranışlarına yönelik seçici bir dikkat sergiledikleri tespit edilmiştir (Gelfand ve Teti 1990, Najman ve ark. 2000).

Depresyon veya anksiyete gibi ruhsal sıkıntılar yaşayan anneler çocuklarına uygun bakımı verememekte ve çocuklarıyla uygun iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Çocuklarının olumsuz davranışlarına karşı hoşgörülerini azaltmaktadır. Hatta bazı durumlarda öfkelenilip şiddet içerikli davranışlar sergileyebilmektedirler (Lovejoy ve ark. 2000, Elgar ve ark. 2004, Weissman ve ark. 2004).

Duygu durum bozukluğu yaşayan annelerden çocuklarının etkilenme durumunu araştıran çalışmalarda kız çocuklarının genel olarak erkek çocuklarına göre 2/3 oranında daha fazla etkilendikleri tespit edilmiştir. Aynı zamanda çocuğun yaşının küçük olması da etkilenme oranını artırmaktadır (Beardslee 1998, Goodman ve Gotlib 1999, Lovejoy ve ark. 2000).

Çocukların yaşamlarının ilk dönemlerinde onların davranışlarının ve alışkanlıklarının oluşmasında ve gelişmesinde aile ortamının çok önemli olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çocuklar doğduğu andan itibaren öğrenmeye başlar

ve bu süreçte en büyük rehberleri anne ve babalarıdır. Çocuğun ilk yıllarındaki yaşantısı onun sonraki yıllardaki davranışlarının ve alışkanlıklarının temelini oluşturur. Çocuklar özellikle 2-6 yaş arasında yani okul öncesi dönemde ebeveynlerinin etkisi altındadır (Bornstein ve Bornstein 2007).

Anne babaların çocuklarına ve çevreye olan davranışları onların tavrının oluşmasında ve sosyal uyumlarında oldukça önemlidir. Özellikle 0-6 yaş grubunda çocuklar anne babalarını daha çok örnek aldıkları için bu dönemde onların davranışlarındaki değişikliklerden de çabuk etkilenirler. Çünkü çocukluk yılları, hızlı fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal değişimlerin olduğu bir süreçtir (Bernstein ve ark. 1994).

Erken çocukluk döneminde çocuklar, beslenme yönünden aileye bağlıdır. Bu dönemde ailenin kazandıracığı alışkanlıklar çocuğun ileriki yaşlarda sağlıklı bir hayat yaşamasının temelini oluşturur (Bulduk ve Demircioğlu 2002, Matheson ve ark. 2002, Osmanoglu 2011). Bu süreçte çocuğa istenilen davranışları yapması için baskı kurup ısrarcı olmak yerine çocuğu onlara karşı yönlendirmek daha doğru sonuçların ortaya çıkmasını sağlayabilir (Osmanoglu 2011).

Yapılan çalışmalar, yemek yeme sorununun çok nadir olarak bedensel bir sorun ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Genellikle üzerine fazla düşülen, yemek yeme konusunda aşırı hassasiyet gösteren ve çocuğunun sağlığı ile gereğinden fazla ilgilenen ailelerin çocuklarında yemek yeme sorunu görülmektedir. Aynı zamanda annelerin çocuklarının büyüdüğünün kabul etmeyip onlara bebek gibi davranmaları, kendi yemeklerini yemelerine fırsat vermemeleri de bu sorunun oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca şantajı, tehdidi ve ödüllendirmeyi çocuklarının yemek yemeleri için kullanan ailelerde de bu davranışlar çocuğun yemek yeme sorununu tetikleyebilmektedir (Razon 2013).

Okul öncesi dönem çocuklarında kilo alma bebeklik dönemine göre daha yavaştır. Bununla birlikte oyun ile geçen vaktin artması ile yemek yeme süreleri kısalabilir ve iştah azalması görülebilir. Bu durum da aileleri endişelendirebilir.

Özellikle annelerin çocuğunun yediği miktardan daha fazlasını yemesini istemesi ve bu konu da ısrar etmesi bir süre sonra çatışmaya neden olabilir. Annenin çocuğa aşırı düşkünlüğü, kurallarda katılık ve beslenme konusunda titizlik göstermeleri yemek yeme sorununu büyütebilir. Annenin veya bakıcının ısrarcı tutumu çocukta pasif direnç oluşturup inatçılık davranışının gelişmesine neden olabilir (Aydoğmuş 2006, Aydın 2004). Ancak bu dönem çocukların çok sevdikleri ve hiç sevmedikleri yiyeceklerin olması normaldir. Bu yüzden çocuk bir besini reddettiğinde zorlanmamalı daha sonra yeniden sunulmalıdır. Sofrada mutlaka çocuğun sevdiği yiyeceklere de yer verilmelidir. Çocuğun öğün bazında ne miktarda ne yediğinden daha çok haftalık süreç genel olarak değerlendirilmeli, böylece dengeli ve sağlıklı beslenip beslenmediğinin yorumu yapılmalıdır. Aynı zamanda çocuğun enerji düzeyi normal ve büyüme gelişmesi seyrinde devam ediyorsa yeterli ve dengeli besleniyor demektir. Unutulmamalıdır ki çocuk büyüdükçe iştahı düzelecek ve daha fazla miktarda besin tüketecektir (Durmuşoğlu 2008).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, ölçme aracının geliştirilmesi, verilerin toplanması ve verilerin analizine yer verilmiştir.

2.1. Etik Kurul Kararı

Araştırmanın yapılması için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 06.01.2017 tarihinde 2016-56 karar no ile onay alınmıştır.

2.2. Araştırmanın Hipotezi

Annenin depresyon ve anksiyete (kaygı) düzeyi çocuğun beslenme alışkanlıklarını ve durumunu etkilemez.

2.3. Araştırmanın Amaçları

2.3.1. Yakın Gelecekteki Amaç

Çalışmanın yakın gelecekteki amaçları;

* 2-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini tespit etmek,

*2-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin bu yaş grubu çocuklarının beslenme durum ve davranışına etkisini incelemek,

- *2-6 yaş grubu çocukların beslenme durum ve davranışlarını belirlemek,
- *2-6 yaş grubu çocukların beslenme davranışını etkileyen faktörleri incelemektir.

2.3.2.Uzak Gelecekteki Amaç

*Yapılan bu çalışmanın verilerinden yola çıkarak çocukların beslenme durum ve davranışlarını olumsuz etkileyen annelere ve çocuklara ait olan faktörlerin ortadan kaldırılması için eğitim programlarının düzenlenmesi ve gerekli diğer önlemlerin alınmasına katkıda bulunmak,

*2-6 yaş grubu çocukların beslenme durumlarının ve davranışlarının kalitesinin artırılması sağlamaktır.

2.4.Araştırmanın Modeli

Bartın ili merkezinde yapılan bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırma şeklinde planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında 2-6 yaş arası çocuğu olan annelere araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır.

Bu araştırmada “anket survey” tekniği kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Grubu

Araştırma grubunun oluşturulmasında özel bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Araştırmanın evrenini, Bartın il merkezinde ikamet eden 2-6 yaş arası çocuğa sahip olan annelerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini Bartın Halk Sağlığı Müdürlüğü Merkez Toplum Sağlığı Merkezine 09.01.2017-12.04.2017 tarihleri

arasında başvuran 2-6 yaş arası çocuğa sahip olan anneler oluşturmuştur. Araştırma grubu oluşturulurken özel bir örneklem yöntemi kullanılmamış olup 09.01.2017-12.04.2017 tarihleri arasında kuruma başvuran araştırmayı kabul eden 195 anne çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışma grubunun 2-6 yaş aralığında birden fazla çocuğu olma durumunda çocuğun besin tüketim çeşitliliği açısından en büyük çocuk çalışmada incelenmiştir.

2.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından benzer konularda yapılan araştırmalar incelenerek ailenin sosyo-demografik bilgilerini sorgulayan 15, çocuğun yaşamsal faaliyetlerini sorgulayan 19 ve çocuğun beslenme alışkanlıklarını sorgulayan 11 soruluk 3 bölümden oluşun anket hazırlanmıştır (Ek 1). Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurularak veriler elde edilmiştir. Daha sonra annelere araştırmada kullanılacak olan araştırma ölçeklerinin doldurulması hakkında bilgi verilmiş ve kişilerin araştırmacı gözetiminde ölçekleri doldurması sağlanmıştır.

2.7. Araştırmada Kullanılan Değerlendirme Ölçekleri

Beck Depresyon Ölçeği

Her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir (Ek 2). Beck depresyon envanteri (BDE), Beck ve arkadaşları tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (Beck 1961). Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30

arası orta düzeyde depresyon; 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (Taycan ve ark. 2006).

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck tarafından 1988'de oluşturulmuştur (Beck ve ark. 1988). Toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve likert tipi olarak hazırlanmıştır (Ek 3). Ölçeğin değerlendirme aşamasında 8-15 puan aralığı hafif düzey anksiyete, 16-25 puan aralığı orta düzey anksiyete, 26-63 puan aralığı şiddetli düzey anksiyete olarak belirlenmiştir. Her soru için 0 ile 3 arasında puanlama yapılmakta ve en son bütün soruların puanları toplanmaktadır. Türkçeye uyarlaması ise Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir (Ulusoy ve ark. 1998).

2.8. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarının boy ve kilo ölçümleri çocuklar anket uygulanması sırasında annelerinin yanlarında olmadığı için yapılamamış, annelerinin belirttikleri değerler kullanılmıştır. Çocuk ve adolesanlarda antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesine bireyin değerlendirilmesi için persentil değerlerinin, toplum değerlendirmeleri için de özellikle Z-skor ve gerektiğinde persentil değerlerinin kullanılması önerilmektedir (Baysal ve ark. 2013). Bu yüzden çalışmaya katılan annelerin çocuklarının beslenme durumunun değerlendirilmesi yaşa göre vücut ağırlığı ve yaşa göre boy uzunluğu Z- skor dağılımı ile yapılmıştır.

Tablo 2.8.1: Yaşa göre vücut ağırlığı ve boy uzunluğu z-skor dağılımı

Ölçümler	Değerlendirme	Z-skor (SD)
Yaşa göre vücut ağırlığı	Çok zayıf (düşük kilolu)	$< -2SD$
	Zayıf	$-2SD \leq < -1SD$
	Normal	$-1SD \leq < +1SD$
	Kilolu, hafif şişman (fazla kilolu)	$+1SD \leq < +2SD$
	Şişman (obez)	$+2 SD \leq$
Yaşa göre boy uzunluğu	Çok kısa (bodur)	$< -2SD$
	Kısa	$-2SD \leq < -1SD$
	Normal	$-1SD \leq < +1SD$
	Uzun	$+1SD \leq < +2SD$
	Çok Uzun	$+2 SD \leq$

(Baysal ve ark. 2013)

2.9. Verilerin Analizi

Bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi komputarize Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, çeşitli tanımlayıcı değişkenlere yönelik alt grup analizleri, çapraz tablolar yapılmış olup, tanımlayıcı veriler ortalama ve standart sapma ayrı sütunlarda verilmiştir. Nominal değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda Pearson Ki-kare testi ve Yates'Ki- kare testi kullanılmış olup 0.05'in altındaki p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.BULGULAR

3.1.Sosyodemografik özellikler

3.1.1.Çalışma grubuna ait sosyodemografik özellikler

Çalışma grubunun yaş ortalaması 33.4 ± 5.2 yıl, eşlerinin yaş ortalaması ise 37 ± 5.6 yıldır (Tablo 3.1.1.1).

Tablo 3.1.1.1: Araştırma grubunun demografik özellikleri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Annenin yaşı (yıl)	195	23.00	49.00	33.4308	5.19209
Eşinin yaşı (yıl)	195	26.00	56.00	37.0205	5.63124
Evde kaç kişi yaşıyor	195	2.00	8.00	4.1846	1.14278

Çalışmaya katılan annelerin %98.5'i (n=193) evli, %0.5'i (n=1) bekar, %1.0'ı (n=2) boşanmış veya duldur (Tablo 3.1.1.2).

Annelere evde yaşayan aile büyüklerin olup olmadığı sorulduğunda %19.5'i (n=38) evet cevabı vermiştir ve %43.2'sinde (n=16) büyükanne ve büyükbaba, %35.1'inde (n=13) ile yalnız büyükanne ve %10.8'inde (n=4) ise sadece büyük baba aile yanında yaşamaktadır (Tablo 3.1.1.2).

Araştırma grubunun %51.3'ü (n=100), eşlerinin ise % 27.7'si (n=54) 8 yıl altı eğitim almıştır. (Tablo 3.1.1.2).

Çalışmaya katılan annelerin %73.3'ü (n=143) ev hanımı, % 13.8'i (n=27) memur, % 12.3'ü (n=24) işçi, % 0.5'i (n=1) ise emeklidir (Tablo 1.1.2). Annelerin eşlerinin % 2.1'i (n=4) çalışmıyor, % 34.9'u (n=68) memur, % 59'u (n=115) işçi, %3.1'i (n=6) emekli, % 1'i (n=2) ise esnaftır (Tablo 3.1.1.2).

Çalışmaya katılan annelerin %75.9'unun (n=148) 1-2, %22.6'sının (n=44) 3-4, %1'inin (n=2) 5-6, %0.5'inin (n=1) 7 ve daha fazla sayıda çocuğu vardır (Tablo 3.1.1.2).

Çalışmaya katılan annelerin %6.7'sinin (n=13) kronik bir hastalığı olup, kronik hastalıklar arasında ilk sırada (%33.3) troid işlev bozukluğu (hipotroidi) ve ikinci sırada ise (%25) diyabet yer almaktadır. Var olan diğer hastalıklardan hipertansiyon, kanser, karaciğer hastalığı, cilt hastalığı ve astım-bronşitin eşit oranda bulunduğu görülmüştür. Annelerin %6.2'si (n=12) sürekli ilaç kullanmaktadır (Tablo 3.1.1.3).

Çalışmaya katılan annelerin %12.8'i (n=25), eşlerinden ise %6.2'si (n=12) çocukken beslenme ile ilgili sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3.1.1.3.).

Tablo 3.1.1.2: Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

	n	%
Annenin medeni durumu		
Evli	193	98.5
Bekar	1	0.5
Boşanmış-Dul	2	1.0
TOPLAM	195	100.0
Annenin eğitim düzeyi		
8 yıl altı	100	51.3
8 yıl üstü	95	48.7
TOPLAM	195	100.0
Babanın eğitim düzeyi		
8 yıl altı	54	27.7
8 yıl üstü	141	72.3
TOPLAM	195	100.0
Annenin mesleği		
Ev hanımı	143	73.3
Memur	27	13.8
İşçi	24	12.3
Esnaf	1	0.6
TOPLAM	195	100.0
Babanın mesleği		
Memur	68	34.9
İşçi	115	59.0
Esnaf	2	1.0
Çalışmıyor	4	2.0
Emekli	6	3.1
TOPLAM	195	100.0
Ailenin çocuk sayısı		
1-2	148	75.9
3-4	44	22.6
5-6	2	1.0
7 ve üstü	1	0.5
TOPLAM	195	100.0
Evde yaşayan aile büyüğü varlığı		
Var	38	19.5
Yok	157	80.5
Toplam	195	100.0
Evde yaşayan aile büyüğü...		
Büyük anne	13	35.1
Büyük baba	4	10.8
Büyük anne-Büyük baba	16	43.2
Büyükanne-Hala-Dayı	1	2.7
Büyük Anne-Büyük Baba-Hala- Dayı	3	8.1
Toplam	37	100.0

Tablo 3.1.1.3: Araştırma grubunun ve eşlerinin sağlık durumu ve çocuklukta beslenme sorunu varlığının dağılımı

	n	%
Annede tanıli hastalık varlığı		
Var	13	6.7
Yok	182	93.3
Toplam	195	100.0
Annede var olan tanıli hastalık...		
Troid fonksiyon bozukluğu	4	33.3
Diyabet	3	25.0
Hipertansiyon	1	8.3
Kanser	1	8.3
Karaciğer hastalığı	1	8.3
Cilt hastalığı	1	8.3
Astım-bronşit	1	8.3
TOPLAM	12	100.0
Annenin sürekli kullandığı ilaç...		
Var	12	6.2
Yok	183	93.8
TOPLAM	195	100.0
Annede çocukken beslenme ile ilgili sorun...		
Var	25	12.8
Yok	170	87.2
TOPLAM	195	100.0
Eşte çocukken beslenme ile ilgili sorun...		
Var	12	6.2
Yok	183	93.8
TOPLAM	195	100.0

3.1.2.Çalışma grubunun çocuklarına ait sosyodemografik özellikler

Çalışma grubunun çocuklarınının 102'si (% 52.3) kız, 93'ü (% 47.7) erkek olup, yaş ortalaması 4.03±1.3 (min:2-mak:6) yıldır.

Araştırma yapılan çocukların %4.6'sının (n=9) kronik hastalığı vardır; bu hastalıklar astım (%77.8) ve böbrek hastalıklarıdır (%22.2). Çocukların %4.6'sı (n=9) sürekli ilaç kullanmaktadır (Tablo 3.1.2.1).

Tablo 3.1.2.1: Araştırma grubunun çocuklarının sağlık durumları

	n	%
Çocuğunuzun kronik hastalığı var mı?		
Evet	9	4.6
Hayır	186	95.4
TOPLAM	195	100.0
Varsa, hastalığı nedir?		
Astım	7	77.8
Böbrek hastalıkları	2	22.2
TOPLAM	9	100.0
Çocuğunuz sürekli ilaç kullanıyor mu?		
Evet	9	4.6
Hayır	186	95.4
TOPLAM	195	100.0

3.2. Araştırma grubunun çocuklarının genel alışkanlıkları ve davranış şekilleri

Çalışmaya dâhil edilen çocukların %41'i (n=80) kreş eğitimi almakta, %35.9'u (n=70) gündüz uyumaktadır ve % 63.1'i (n=123) 2 yaşında tuvalet eğitimini tamamlamıştır (Tablo 3.2.1).

Çalışmaya katılan annelerden %18.5'i (n=36) çocuklarının hiç televizyon izlemediğini, %33.8'i (n=66) günlük 1-2 saat, %29.2'si (n=57) 3-4 saat, %12.3'ü (n=24) 5 saat ve üzeri televizyon izlediğini, %6.2'si (n=12) de evde televizyonun hiç kapanmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 3.2.1).

Tablo 3.2.1: Araştırma grubunun çocuklarının genel alışkanlıkları ve davranış şekillerinin dağılımı

	n	%
Çocuğunuz kreş eğitimi alıyor mu?		
Evet	80	41.0
Hayır	115	59.0
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz gündüz uyuyor mu?		
Evet	70	35.9
Hayır	125	64.1
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz tuvalet eğitimini tamamladı mı?		
Henüz başlamadı	11	5.6
Yeni başlıyor	22	11.3
2 yaşında tamamlandı	123	63.1
3 yaşında tamamlandı	35	17.9
4 yaşında tamamlandı	4	2.1
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz gece altını ıslatıyor mu?		
Evet	49	25.1
Hayır	146	74.9
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz gündüz altını ıslatıyor mu?		
Evet	31	15.9
Hayır	164	84.1
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuzun günlük televizyon izleme süresi ne kadar?		
Hiç İzlemez	36	18.5
1-2st/gün	66	33.8
3-4 st/gün	57	29.2
5 saat ve üzeri	24	12.3
Hiç kapanmaz	12	6.2
TOPLAM	195	100.0

Araştırma grubu, çocuklarının akşam en erken saat 20.00'de , en geç 03.00'de uyuduğunu ifade etmiştir. Ortalama uyuma saati 21.77 ± 2.1 'dir.

Anne eğitim durumu ile çocuklarının kreş eğitimi alma durumu karşılaştırılmıştır. 8 yıl altı eğitim gören annelerin çocuklarının %37'si (n=37) kreş eğitimi almakta, 8 yıl üstü eğitim gören annelerin çocuklarının ise %45.3'i (n= 43)

kreş eğitimi almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.241) (Tablo 3.2.2).

Anne eğitim durumuna göre çocukların ne kadar televizyon izlediği incelendiğinde ise şu sonuçlar ortaya çıkmıştır; 8 yıl altı eğitim görmüş olan annelerin çocuklarının % 18'i (n=18) hiç televizyon izlememekte, % 32'si (n=32) günde 1-2 saat, % 25'i (n=25) günde 3-4 saat, % 18'i (n=18) 5 saat ve üzeri televizyon izlemekte, % 7'si (n=7) ise televizyonu hiç kapatmamaktadır. 8 yıl üstü eğitim gören annelerin çocuklarının ise % 18.9'u (n=18) hiç televizyon izlememekte, % 35.8'i (n=34) günde 1-2 saat, % 33.7'si (n=32) 3-4 saat, % 6.3'ü (n=6) 5 saat ve üzeri televizyon izlemekte, % 5.3'ü (n=5) ise televizyonu hiç kapatmamaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.129) (Tablo 3.2.2).

Tablo 3.2.2: Araştırma grubunun çocuklarının kreş eğitimi alma durumlarının ve televizyon izleme sürelerinin anne eğitim düzeyine göre dağılımı

Çocuğun kreş eğitimi	Anne Eğitim Durumu				TOPLAM	
	8 yıl altı		8 yıl üstü		n	%*
	n	%*	n	%*		
Alıyor	37	37.0	43	45.3	80	41.0
Almıyor	63	63.0	52	54.7	115	59.0
TOPLAM	100	100.0	95	100.0	195	100.0
X²=1.373 p=0.241						
Çocuğun televizyon izleme süresi						
Hiç izlemez	18	18.0	18	18.9	36	18.5
1-2 saat/gün	32	32.0	34	35.8	66	33.8
3-4 saat/gün	25	25.0	32	33.7	57	29.2
5 saat ve üzeri	18	18.0	6	6.3	24	12.3
Televizyon hiç kapanmaz	7	7.0	5	5.3	12	6.2
TOPLAM	100	100.0	95	100.0	195	100.0
X²=7.130 p=0.129						

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

3.3. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme durumu ve beslenme özellikleri

3.3.1. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme durumu

Araştırma grubunun çocuklarının ağırlıkları ortalaması 18.71±3.8 kg; boy uzunlukları ortalaması 97.17±0.9 cm'dir (Tablo 3.3.1.1).

Tablo 3.3.1.1: Araştırma grubunun çocukların ağırlık ve boylarının minimum, maksimum ve ortalama değerleri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Ağırlık (kg)	195	10.00	31.00	18.71	3.8
Boy (m)	195	0.70	1.19	0.97	0.9
BKI (kg/m ²)	195	14.88	31.00	19.69	2.1

Yaşa göre ağırlık z-skorlarına göre; çocukların %2.1'i (n=4) çok zayıf, %11.8'i (n=23) zayıf, %26.2'si (n=51) normal, %46.2'si (n=90) kilolu, %13.8'i şişman (obez) sınıflamasında yer almaktadır. Çocukların yaşa göre boy uzunluklarının z-skor'a göre dağılımları ise şu şekildedir; %47.2'si (n=92) çok kısa, %30.8'i (n=60) kısa, %16.4'ü (n=32) normal, %5.1'i (n=10) uzun, %0.5'i (n=1) çok uzundur (Tablo 3.3.1.2).

Tablo 3.3.1.2: Araştırma grubunun çocuklarının yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy değerlerinin z-skoru dağılımları

	n	%	
Yaşa göre ağırlık z skoru	<-2SD	4	2.1
	-2SD< >-1SD	23	11.8
	-1SD < >+1SD	51	26.2
	+1SD< >+2SD	90	46.2
	+2SD<	27	13.8
TOPLAM	195	100	
Yaşa göre boy z skoru	<-2SD	92	47.2
	-2SD< >-1SD	60	30.8
	-1SD < >+1SD	32	16.4
	+1SD< >+2SD	10	5.1
	+2SD<	1	0.5
TOPLAM	195	100	

3.3.2. Araştırma grubunun çocuklarının beslenme özellikleri

Çalışmaya katılan annelerin çocuklarından %2.6'sı (n=5) hiç anne sütü almamıştır. Sadece anne sütü alma süresi ortalama 5.3 ± 1.25 (minimum 0, maksimum 8) aydır. Tamamlayıcı besinlere başlama zamanı ortalama 5.4 ± 1.17 (minimum 0, maksimum 12) aydır.

3.3.2.1. Yemek yeme özellikleri

Çalışma grubunun çocuklarının yemek yeme yöntemleri sorgulanmıştır. Bunun sonucunda çocukların %64.6'sına (n=126) yemek masasında, %24.6'sına (n=48) televizyon karşısında, %1'ine (n=2) masal anlatılarak, %5.1'ine (n=10) oyun oynatarak, %4.6'sına (n=9) ise arkasından takip edilerek yemek yedirildiği öğrenilmiştir (Tablo 3.3.2.1.1).

Yemek yerken masada veya yemek yenilen ortamda çocuklar tarafından en çok istenilen araç televizyondur (%21). Tablet ve cep telefonu %8.2 (n=16) ise ikinci sırada yer almaktadır. Çocukların %1'i (n=2) yemek yerken masada bilgisayarın olmasını, %0.5'i (n=1) ise kitap olmasını istemektedir (Tablo 3.3.2.1.1).

Çalışmaya dâhil edilen çocuklardan en geç 2 yaşında yardımsız yemek yemeye başlayanların oranı %71.8'dir (n=140) (Tablo 3.3.2.1.1).

Annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladığı yöntemlerin başında %37.4 ile kendi haline bırakma yer almaktadır, daha sonra ise ödüllendirme (%27.2), konuşarak ikna etme yöntemi (%19), zorla yedirme (%13.3), cezalandırma (%2.1) ve sinirlenerek tepki gösterme (%1) yer almaktadır (Tablo 3.3.2.1.1).

Tablo 3.3.2.1.1: Araştırma grubunun çocuklarının yemek yeme özelliklerinin dağılımı

	n	%
Çocuğunuzun yemek yeme yöntemi nasıldır?		
Yemek masasında	126	64.6
Televizyon karşısında	48	24.6
Masal anlatarak	2	1.0
Oyun oynatarak	10	5.1
Arkasından takip ederek	9	4.6
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz yemek yerken masada veya ortamda ne olmasını ister?		
Televizyon	41	21.0
Tablet	16	8.2
Bilgisayar	2	1.0
Cep telefonu	16	8.2
Kitap	1	0.5
Hiçbiri	119	61.0
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz yardımsız yemek yemeye ne zaman başladı?		
Yardımsız Yiyemiyor	15	7.7
1,5 yaş	40	20.5
2 yaş	100	51.3
3 yaş	40	20.5
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz yemek yemediğinde uyguladığınız yöntem nedir?		
Zorla yedirme	26	13.3
Ödül	53	27.2
Ceza	4	2.1
Sinirlenerek tepki gösterme	2	1.0
Konuşarak ikna etme yöntemi	37	19.0
Kendi haline bırakma	73	37.4
TOPLAM	195	100.0

3.3.2.2. Öğün Sıklıkları

Çalışma grubunun çocuklarının %94.9'u (n=185) her gün kahvaltı yapmakta, %95.4'ü (n=186) her gün öğle yemeği ve %97.4'ü (n=190) de her gün akşam yemeği yemektedir (Tablo 3.3.1.3). Bunlarla birlikte çocukların %43.6'sı (n=85) her gün

kuşluk ara öğünü yapmakta, %50.8'i (n=99) her gün ikindi ara öğünü yapmakta, %49.7'si ise (n=97) her gün gece ara öğünü almaktadır (Tablo 3.3.2.2.1).

Çalışmaya katılan anneler 'evde genellikle yemek nasıl yenilir' sorusuna; %74.4'ü (n=145) aile bir arada, masada mutfakta, %24.6'sı (n=48) aile bir arada masada yemek odasında ve %1'i (n=2) herkes yemeğini alır televizyon karşısında yer şeklinde cevap vermiştir (Tablo 3.3.2.2.1).

Tablo 3.3.2.2.1: Araştırma grubunun çocuklarının öğün sıklıkları

	n	%
Çocuğunuz her gün kahvaltı yapıyor mu?		
Evet	185	94.9
Hayır	10	5.1
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz her gün kuşluk ara öğününü yapıyor mu?		
Evet	85	43.6
Hayır	110	56.4
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz her gün öğle yemeğini yiyor mu?		
Evet	186	95.4
Hayır	9	4.6
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz her gün ikindi ara öğününü yapıyor mu?		
Evet	99	50.8
Hayır	96	49.2
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz her gün akşam yemeğini yiyor mu?		
Evet	190	97.4
Hayır	5	2.6
TOPLAM	195	100.0
Çocuğunuz her gün gece ara öğününü yapıyor mu?		
Evet	97	49.7
Hayır	98	50.3
TOPLAM	195	100.0

Kreş eğitimi alan çocukların %96.2'si (n=77), kreş eğitimi almayan çocukların ise %93.9'u (n=108) her gün kahvaltı yapmaktadır. Kreş eğitimi almanın her gün kahvaltı yapma üzerine anlamlı bir etkisinin olduğu görülmemiştir. (p=0.467) (Tablo 3.3.2.2.2).

Kreş eğitimi alan çocukların %66.2'si (n=53), kreş eğitimi almayan çocukların ise %66,1'i (n=76) her gün ara öğün yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır (p=0.981) (Tablo 3.3.2.2.2).

Tablo 3.3.2.2.2: Araştırma grubunun çocuklarının öğün sıklıkları ile kreş eğitimi almalarının karşılaştırılması

Çocuğun kreş eğitimi alma durumu						
	Evet		Hayır		Toplam	
Çocuk her gün kahvaltı	N	%*	n	%*	n	%*
Yapar	77	96.2	108	93.9	185	94.9
Yapmaz	3	3.8	7	6.1	10	5.1
Toplam	80	100.0	115	100.0	195	100.0
	X²=0.530		p=0.467			
Çocuk her gün ara öğün						
Yapar	53	66.2	76	66.1	129	66.2
Yapmaz	27	33.8	39	33.9	66	33.8
Toplam	80	100.0	115	100.0	195	100.0
	X²=0.001		p=0.981			

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

3.3.2.3. Besinlerin Tüketim Sıklıkları

Çalışmada bazı besinlerin tüketim sıklığı sorgulanmıştır. Bu besinlerden süt-yoğurdun her gün tüketimi %70.3 (n=137), gün aşırı tüketimi %24.6'dır (n=48). Çalışmaya katılan çocuklardan süt-yoğurt hiç tüketmeyenler olmamakla birlikte ayda 1-2 kez tüketenlerin oranı %1'dir (n=2). Her gün beyaz peynir tüketenlerin oranı %52.8 (n=103), gün aşırı tüketenlerin oranı ise %28.2'dir (n=55). Çocukların %10.8'i (n=21) hiç beyaz peynir tüketmemektedir. Her gün kırmızı et tüketen çocukların oranı %1.5 (n=3), gün aşırı tüketenlerin oranı %9.7'dir (n=19). Kırmızı etin en çok tüketildiği aralık haftada 1-2 kezdir, çocukların %63.1 (n=123)'i haftada 1-2 kez kırmızı et tüketmektedir. Hiç kırmızı et tüketmeyenlerin oranı ise %2.6'dır (n=5). Her gün beyaz et tüketenlerin oranı %2.6 (n=5), gün aşırı tüketenlerin oranı ise %23.1'dir (n=45). Beyaz etin en çok tüketildiği aralık da haftada 1-2 kezdir,

çocukların %57.4'ü (n=112) haftada 1-2 kez beyaz et tüketmektedir. Hiç beyaz et tüketmeyenlerin oranı ise %5'dir (n=1) (Tablo 3.3.2.3.1).

Kaliteli protein kaynaklarından olan yumurtanın her gün tüketim oranı %50.8 (n=99), gün aşırı tüketenlerin oranı %32.3'tür. (n=63). Çocukların %2.6'sı (n=5) ise hiç yumurta yememektedir. Her gün kurubaklagil tüketim oranı %8.7 (n=17), gün aşırı tüketenlerin oranı %9.2'dir (n=18). Kurubaklagillerin en çok tüketildiği aralık haftada 1-2 kezdir, çocukların %49.7'si (n=97) haftada 1-2 kez kurubaklagil tüketmektedir. Hiç kurubaklagil tüketmeyenlerin oranı ise %1'dir (n=2) (Tablo 3.3.2.3.1).

Çalışma grubunun çocuklarının %93.3'ü (n=182) her gün ekmek tüketmektedir. Meyve tüketimi ise %23.6 (n=46) her gün, %33.8 (n=66) gün aşırı, %30.8 (n=60) haftada 1-2 kez, %5.6 (n=11) ayda 1-2 kez yeme ve %6.2 (n=12) hiç yememe şeklindedir (Tablo 3.3.2.3.1).

Reçel, bal gibi şekerli ürünleri çocukların %37.4'ü (n=73) her gün tüketmekte, %11.3 (n=22) ise hiç tüketmemektedir (Tablo 3.3.2.3.1).

Çocukların yağ çeşitlerini tüketimleri incelendiğinde şu sonuçlar ortaya çıkmıştır; çocukların %11.3'ü (n=22) tereyağını her gün tüketmekte olup %29.7'si (n=58) zeytinyağını her gün tüketmektedir (Tablo 3.3.2.3.1).

Tost, hamburger ve sandviçi her gün tüketen çocukların sayısı düşük olup en çok haftada haftada 1-2 tüketildiği saptanmıştır (Tablo 3.3.2.3.1).

Çocukların %25.6'sı (n=50) her gün bisküvi, kek; %3.1'i (n=6) de her gün cips tüketmektedir. Her gün kola tüketenlerin oranı ise %2.1'dir (n=4) (Tablo 3.3.2.3.1).

Çocukların %40'ı (n=78) her gün çay, kahve; %23.6'sı (n=46) her gün meyve suyu tüketmektedir (Tablo 3.1.4). Her gün şeker, çikolata tüketenlerin oranı ise %33.3'tür (Tablo 3.3.2.3.1).

Tablo 3.3.2.3.1: Araştırma grubunun çocuklarının bazı besinleri tüketim sıklıkları

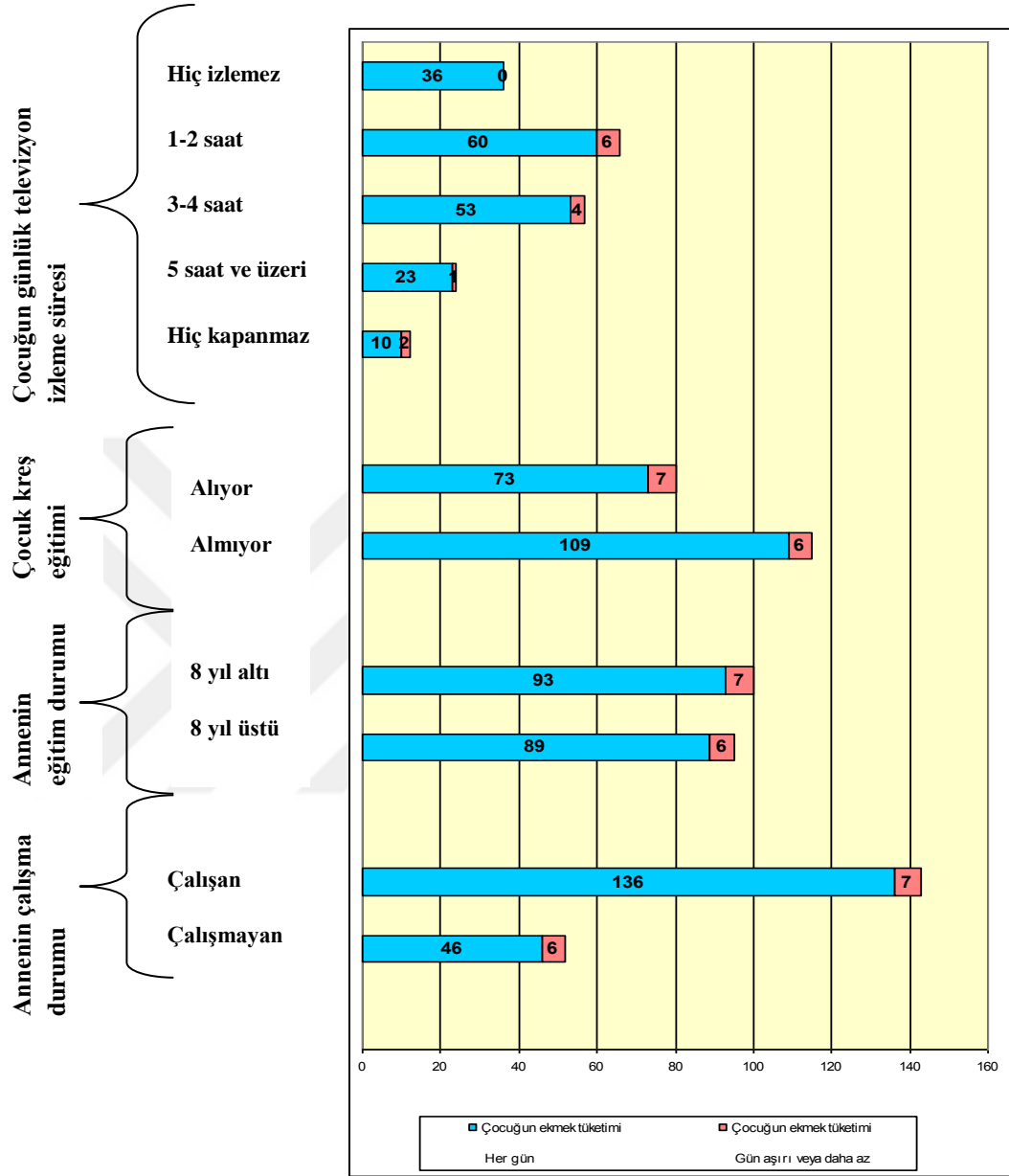
Besinler	Her gün	Gün aşırı	Haftada 1-2 Kez	Ayda 1-2 kez	Hiç	Toplam
	%*	%*	%*	%*	%*	%*
Süt-Yoğurt	70.3	24.6	4.1	1.0	0	100
Beyaz peynir	52.8	28.2	7.2	1.0	10.8	100
Kırmızı et	1.5	9.7	63.1	23.1	2.6	100
Beyaz et	2.6	23.1	57.4	16.4	0.5	100
Yumurta	50.8	32.3	13.3	1.0	2.6	100
Kurubaklagil	8.7	9.2	49.7	31.3	1.0	100
Ekmek	93.3	4.1	1.5	0.5	0.5	100
Meyve	23.6	33.8	30.8	5.6	6.2	100
Reçel, Bal	37.4	23.1	17.4	10.8	11.3	100
Tereyağı	11.3	4.6	16.4	15.4	52.3	100
Zeytinyağı	29.7	4.6	12.3	7.7	45.6	100
Tost	5.6	16.4	46.2	20.5	11.3	100
Hamburger	0.5	3.1	32.3	28.2	35.9	100
Sandviç	1.0	5.1	32.8	29.2	31.8	100
Bisküvi, Kek	25.6	33.8	28.2	7.7	4.6	100
Cips	3.1	11.8	29.2	34.9	21.0	100
Kola	2.1	7.2	24.1	32.8	33.8	100
Çay, Kahve	40.0	16.4	13.3	5.6	24.6	100
Meyve Suyu	23.6	33.8	30.8	5.6	6.8	100
Şeker, Çikolata	33.3	25.6	31.3	5.1	4.6	100

*Satır yüzdesi verilmiştir.

3.3.2.4. Besinlerin Tüketim Sıklığına Etki Eden Faktörler

Şekil 3.2.4.1’de ekmek tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun ekmek tüketim sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi alması ve günlük televizyon izleme

süresi ile ekmek tüketim sıklığı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Şekil 3.3.2.4.1).

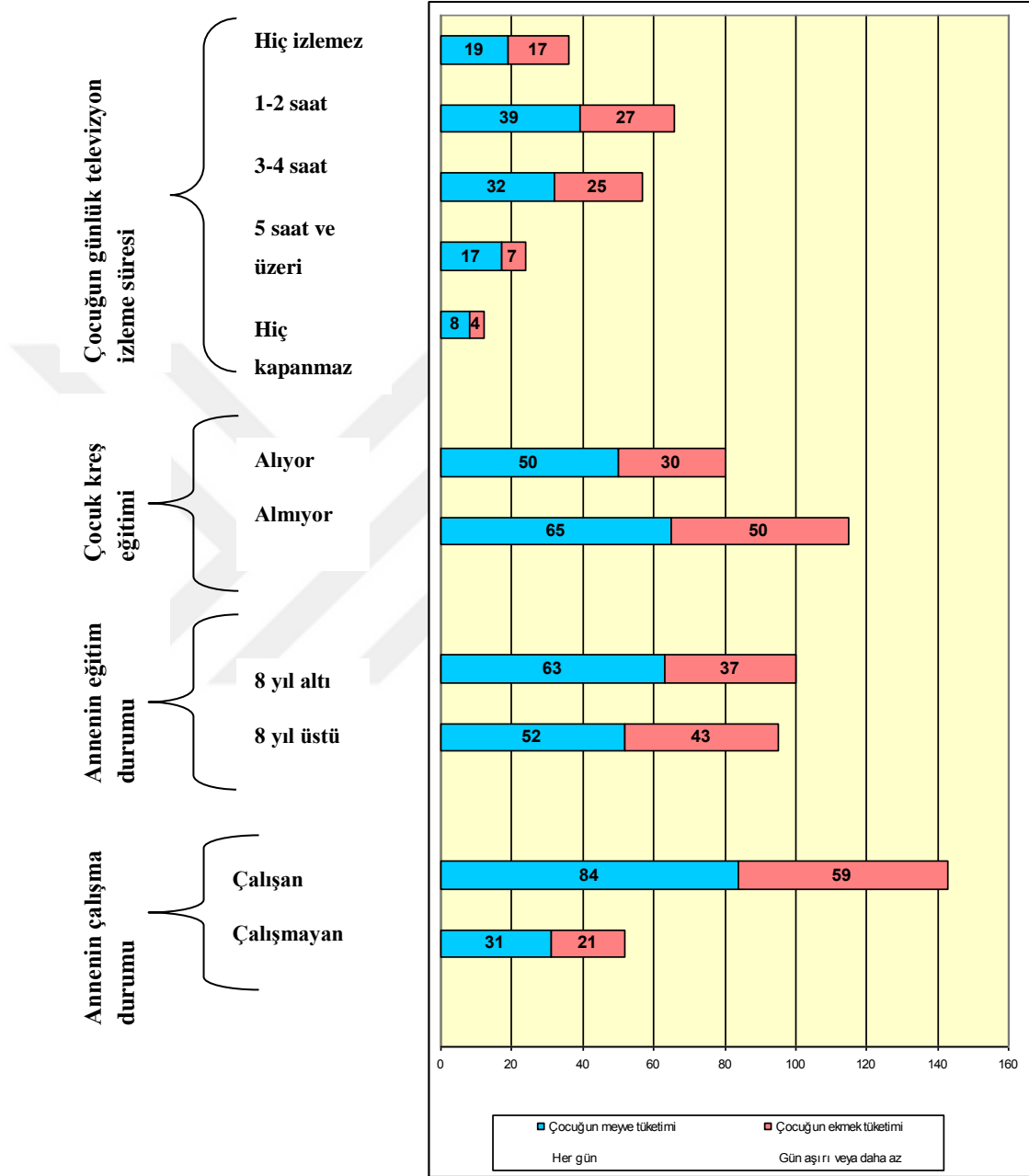


Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.1: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının ekmek tüketimlerinin dağılımı

Şekil 3.3.2.4.2’de meyve tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun meyve tüketim

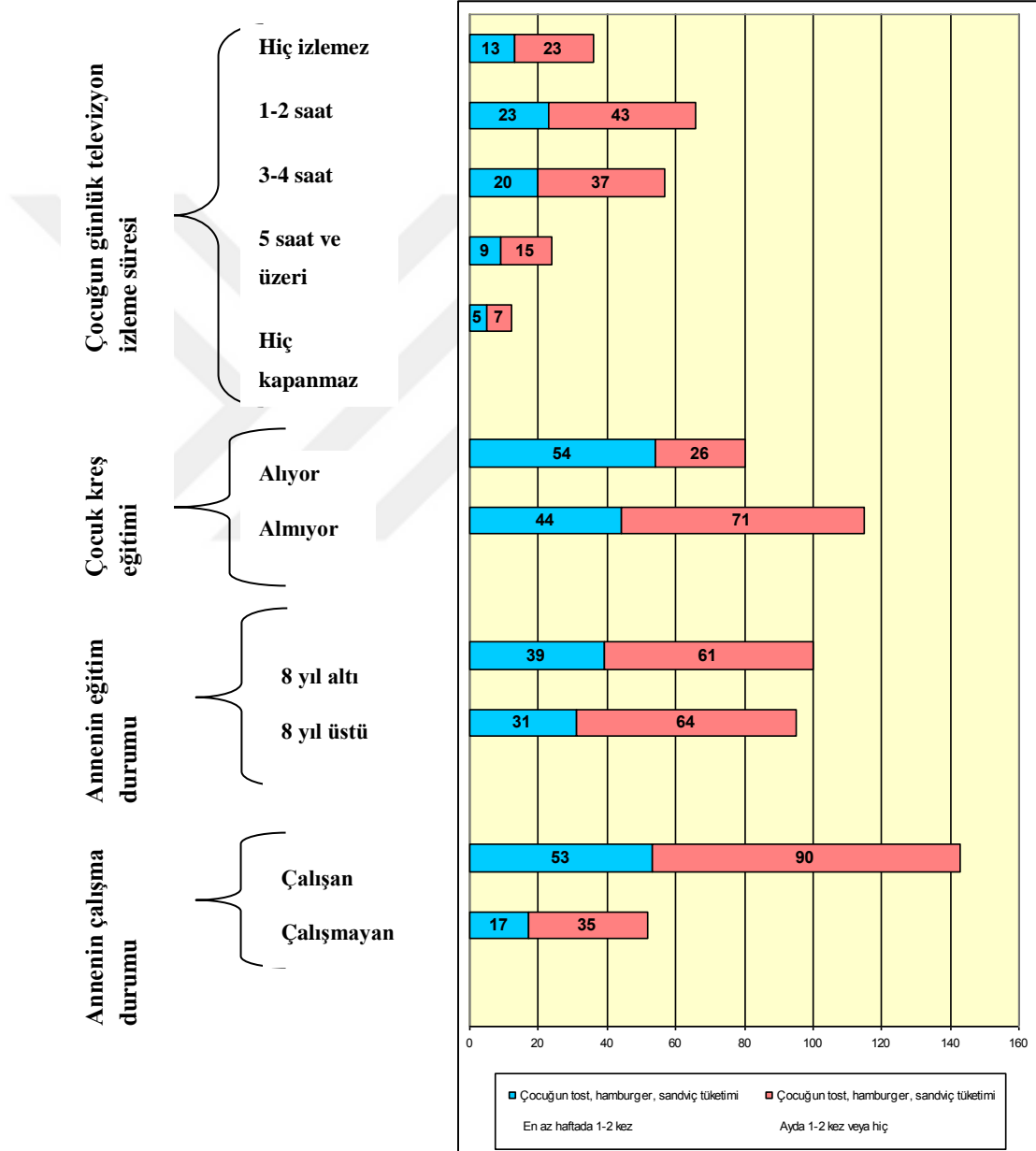
sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi alması ve günlük televizyon izleme süresi ile meyve tüketim sıklığı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Şekil 3.3.2.4.2).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.2: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının meyve tüketimlerinin dağılımı

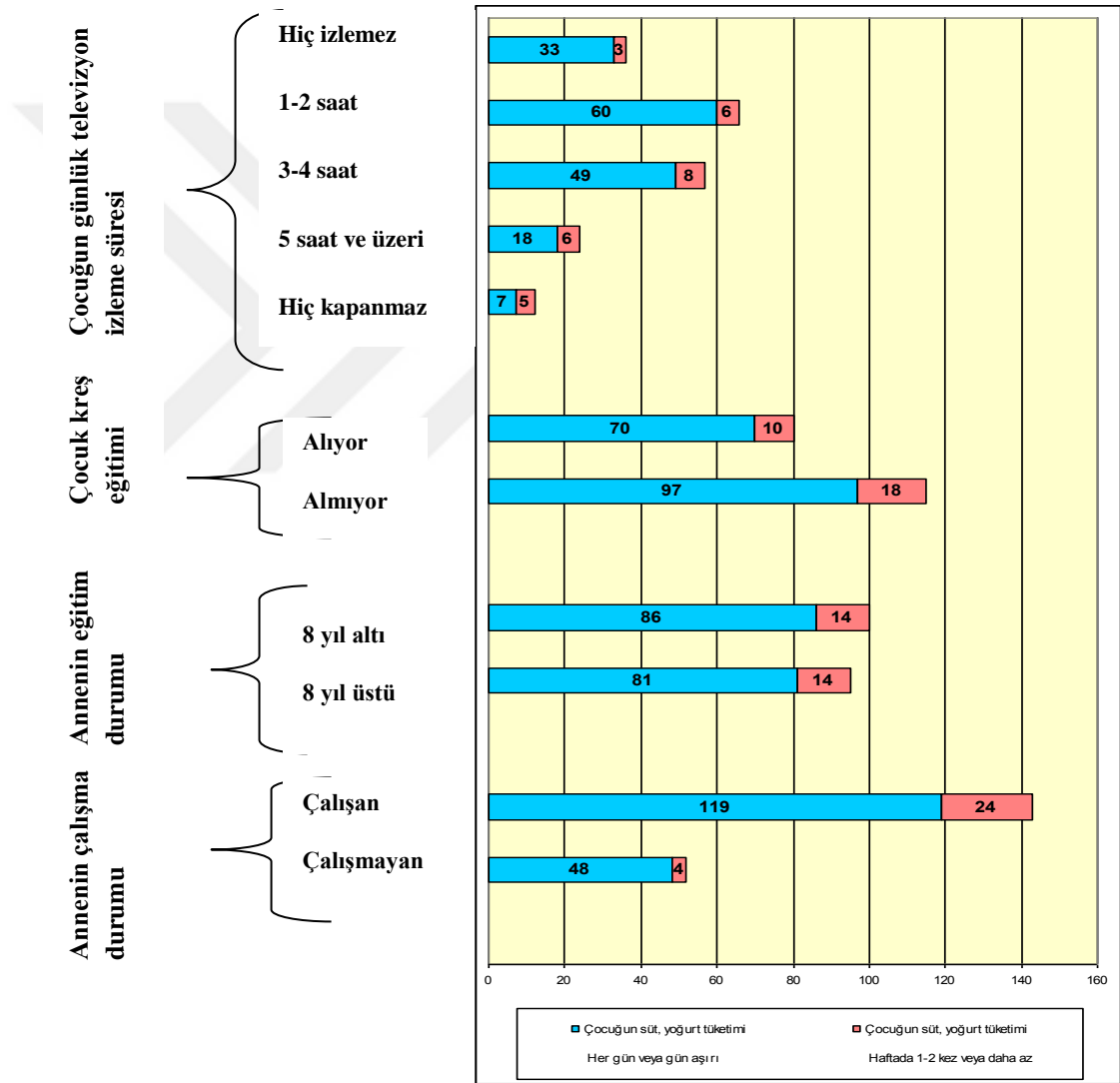
Şekil 3.3.2.4.3'te tost-hamburger-sandviç tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun tost, hamburger, sandviç tüketim sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi alması ve günlük televizyon izleme süresi ile tost-hamburger-sandviç tüketim sıklığı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Şekil 3.3.2.4.3).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.3: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının tost, hamburger, sandviç tüketimlerinin dağılımı

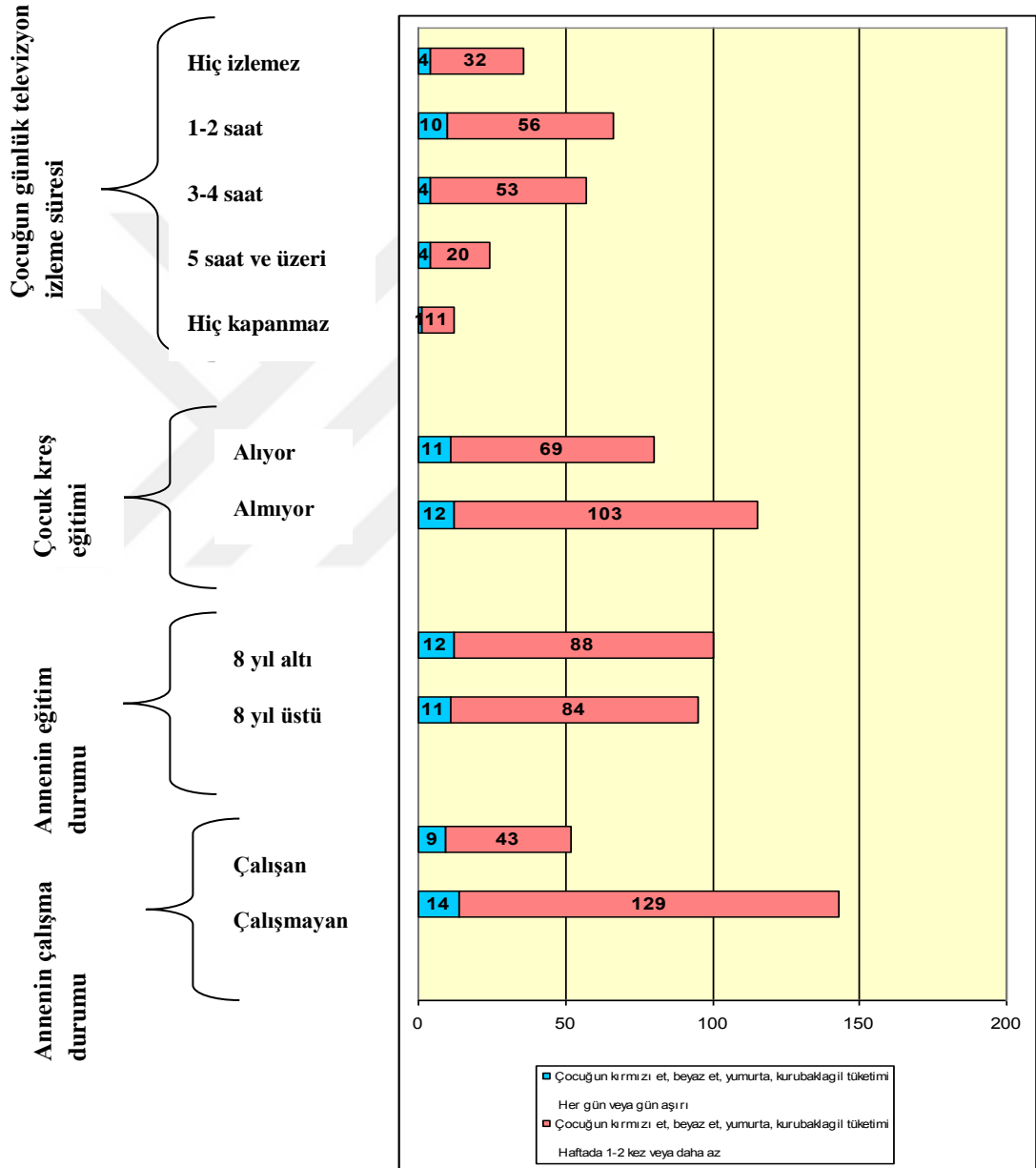
Şekil 3.3.2.4.4'te süt-yoğurt tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun süt-yoğurt tüketim sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi almasının ile süt-yoğurt tüketim sıklığı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak günlük televizyon izleme süresi ile süt, yoğurt tüketim sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=12.044$, $p=0.017$). Buna göre günlük 1-2 saat ve 3-4 saat televizyon izleyen çocukların süt, yoğurt tüketim sıklıkları daha fazladır (Şekil 3.3.2.4.4).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.4: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının süt, yoğurt tüketimlerinin dağılımı

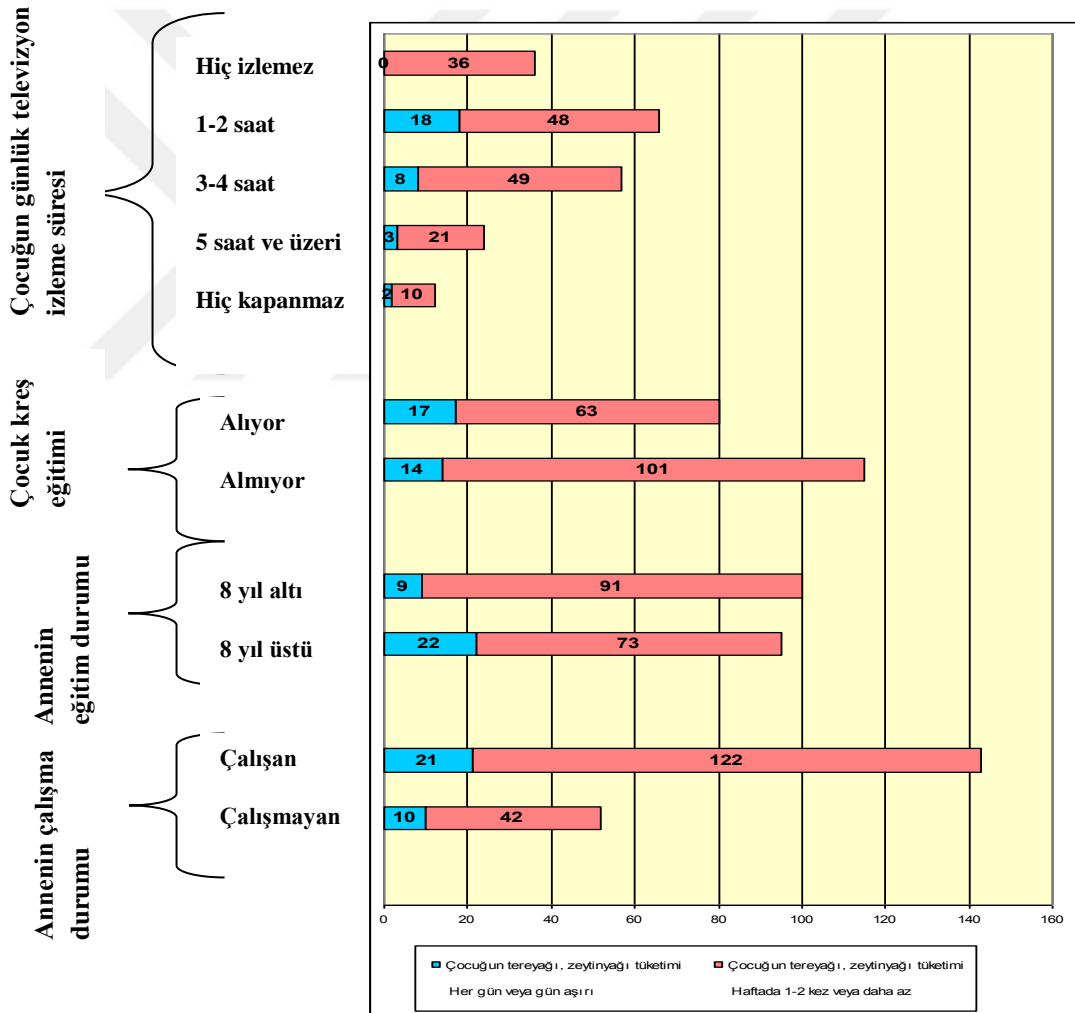
Şekil 3.3.2.4.5'te et, yumurta, kurubaklagil tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun et, yumurta, kurubaklagil tüketim sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi alması ve günlük televizyon izleme süresi ile et, yumurta, kurubaklagil tüketim sıklığı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(Şekil 3.3.2.4.5).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.5: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının kırmızı et, beyaz et, yumurta, kurubaklagil tüketimlerinin dağılımı

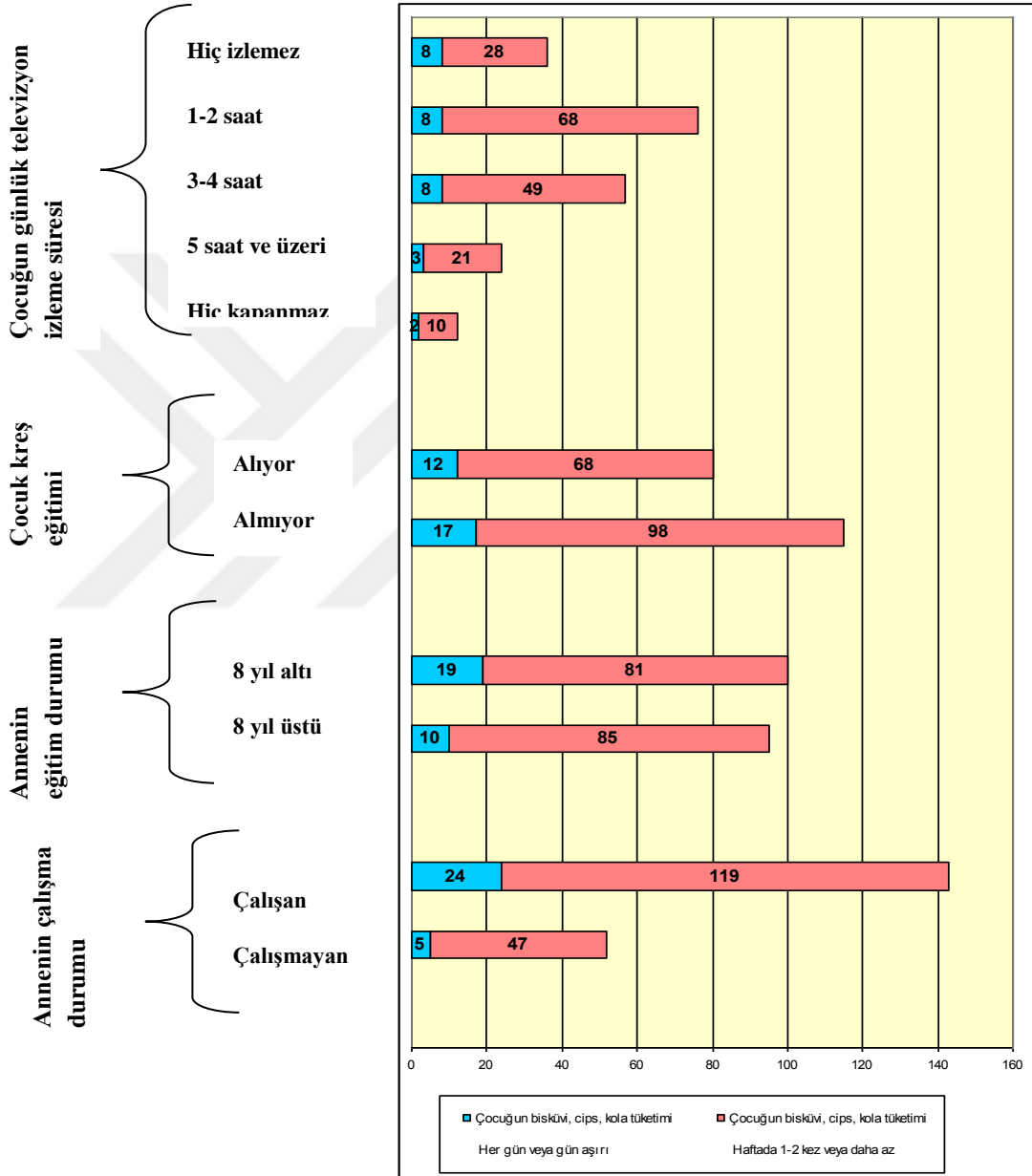
Şekil 3.3.2.4.6’da tereyağı, zeytinyağı tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Annenin çalışma durumunun çocuğunun tereyağı, zeytinyağı tüketim sıklığına etkisi görülmemişken, annenin öğrenim düzeyi ile tüketim sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=7.304$, $p=0.007$). Buna göre annenin öğrenim düzeyi arttıkça çocuğunun tereyağı ve zeytinyağı tüketim sıklığı artmaktadır. Çocuğun kreş eğitimi alması ile bu besinleri tüketim sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamışken çocuğun günlük televizyon izleme süresi ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=13.55$, $p=0.009$). Buna göre günlük 1-2 saat ve 3-4 saat televizyon izleyen çocuklar tereyağı ve zeytinyağı daha sık tüketmektedir (Şekil 3.3.2.4.6).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.6: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının tereyağı, zeytinyağı tüketimlerinin dağılımı

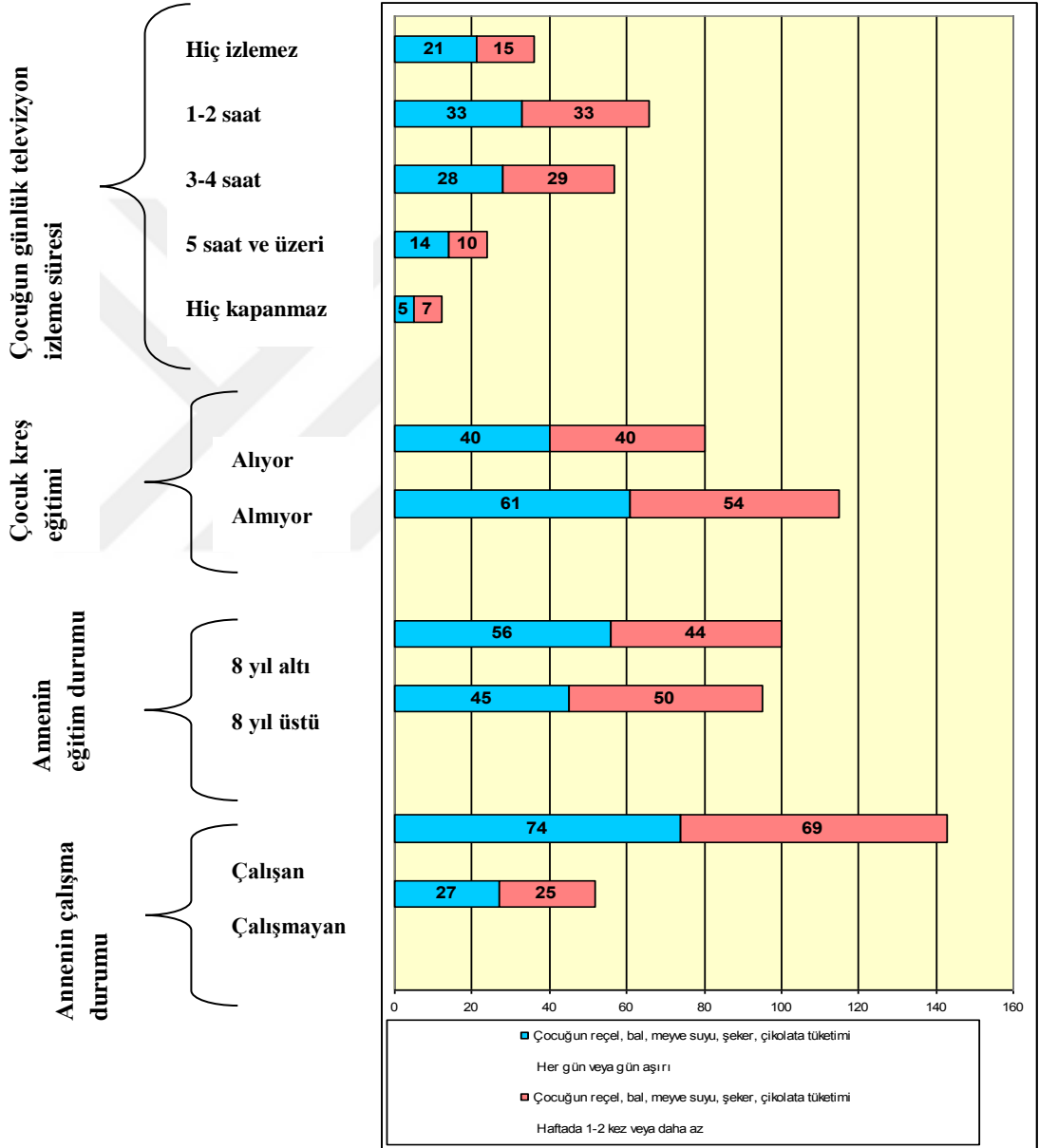
Şekil 3.3.2.4.7 bisküvi, cips, kola tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun bisküvi, cips, kola tüketim sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi alması ve günlük televizyon izleme süresi ile bisküvi, cips, kola tüketim sıklığı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Şekil 3.3.2.4.7).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.7: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının bisküvi, cips, kola tüketimlerinin dağılımı

Şekil 3.3.2.4.8 reçel-bal gibi şekerli besinleri tüketimi ile çeşitli faktörlerin etkileşimi verilmiştir. Buna göre annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumunun çocuğun reçel-bal gibi şekerli besinleri tüketim sıklığına etkisi görülmemiş olup, çocuğun kreş eğitimi alması ve günlük televizyon izleme süresi ile reçel-bal gibi şekerli besinleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Şekil 3.3.2.4.8).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.4.8: Araştırma grubunun mesleği, öğrenim düzeyi ve çocuklarının kreş eğitimi almaları ile günlük televizyon izleme sürelerine göre çocuklarının reçel, bal, meyve suyu, şeker, çikolata tüketimlerinin dağılımı

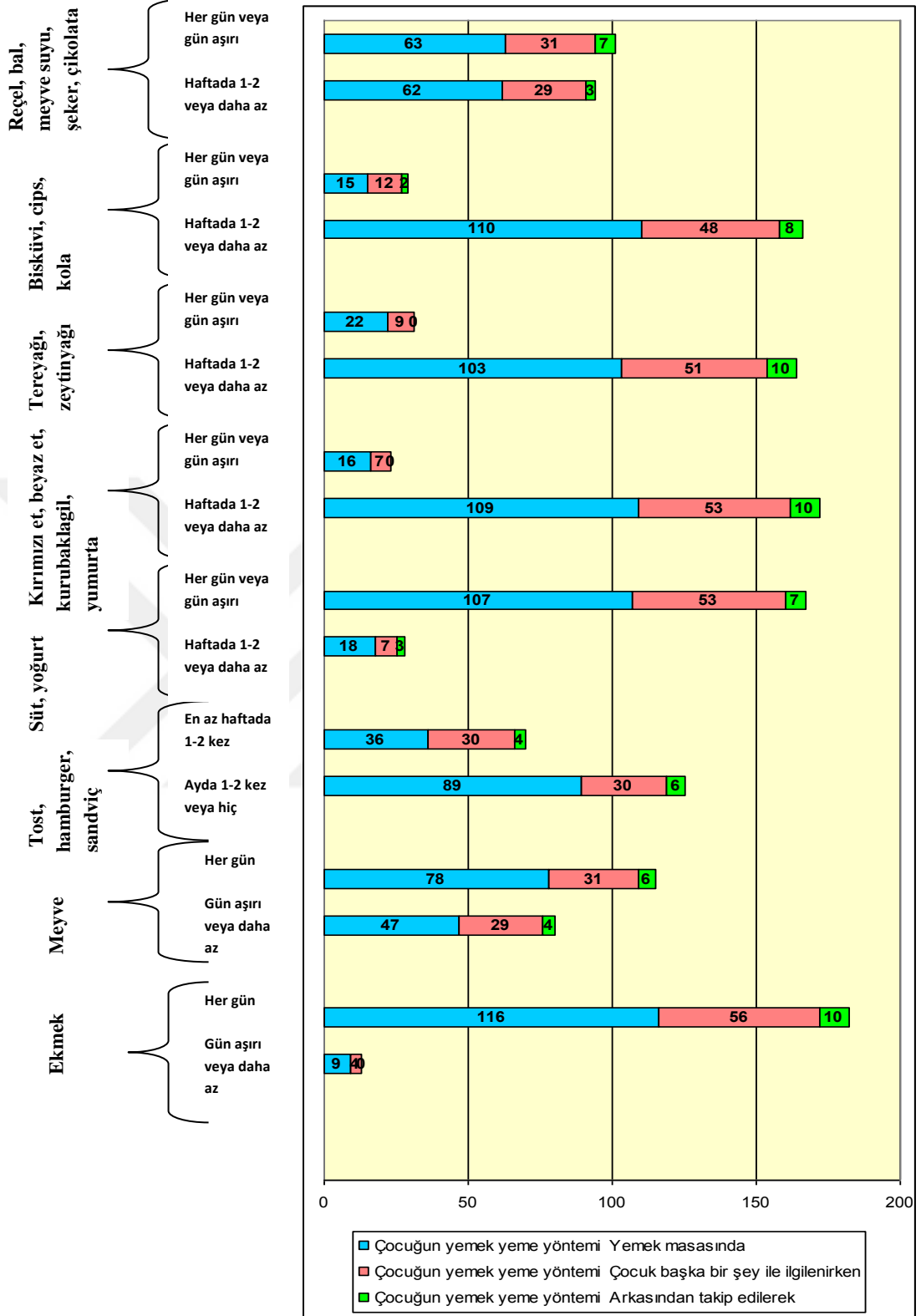
Yapılan çalışmada yemek aralarında atıştırma olarak çocukların en çok tercih ettikleri ürün meyve/sebze'dir [%50.8 (n=99)]. İkinci sırada bisküvi/kraker [%30.8 (n=60)], üçüncü sırada ise çikolata/gofret [%9.7 (n=19)] yer almaktadır (Tablo 3.3.2.4.1).

Tablo 3.3.2.4.1: Araştırma grubunun çocuklarının yemek aralarında atıştırma tercihleri

	N	%
Çocuğunuzun yemek aralarında atıştırma tercihi nedir?		
Aralarda bir şey yemez	2	1.0
Meyve/Sebze	99	50.8
Kuruyemiş	5	2.6
Bisküvi/Kraker	60	30.8
Cips	3	1.5
Kek, Pasta, Börek	6	3.1
Meşrubat	1	0.5
Çikolata, Gofret	19	9.7
TOPLAM	195	100.0

3.3.2.5. Araştırma grubunun çocuklarının yemek yeme yöntemleri ile besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması

Çalışmaya katılan annelerin çocuklarının tost, hamburger ve sandviç tüketimi ile yemek yöntemi arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur ($X^2=7.995$, $p=0.018$). Buna göre yemek masasında yemek yiyen çocukların tost-hamburger-sandviç tüketim sıklıkları daha azdır. Ancak çocukların ekmek ve meyve, süt, yoğurt, kırmızı et, beyaz et, yumurta, kurubaklagil, tereyağı, zeytinyağı, bisküvi, cips, kola, reçel, bal, meyve suyu, şeker, çikolata tüketimleri ile yemek yeme yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (Şekil 3.3.2.5.1).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.5.1: Araştırma grubunun çocuklarının yemek yeme yöntemleri ile çocuklarının bazı besinleri tüketim oranlarının karşılaştırılması

3.3.2.6. Anneye Ait Faktörlerin Çocuğun Beslenme Özelliklerine Etkisi

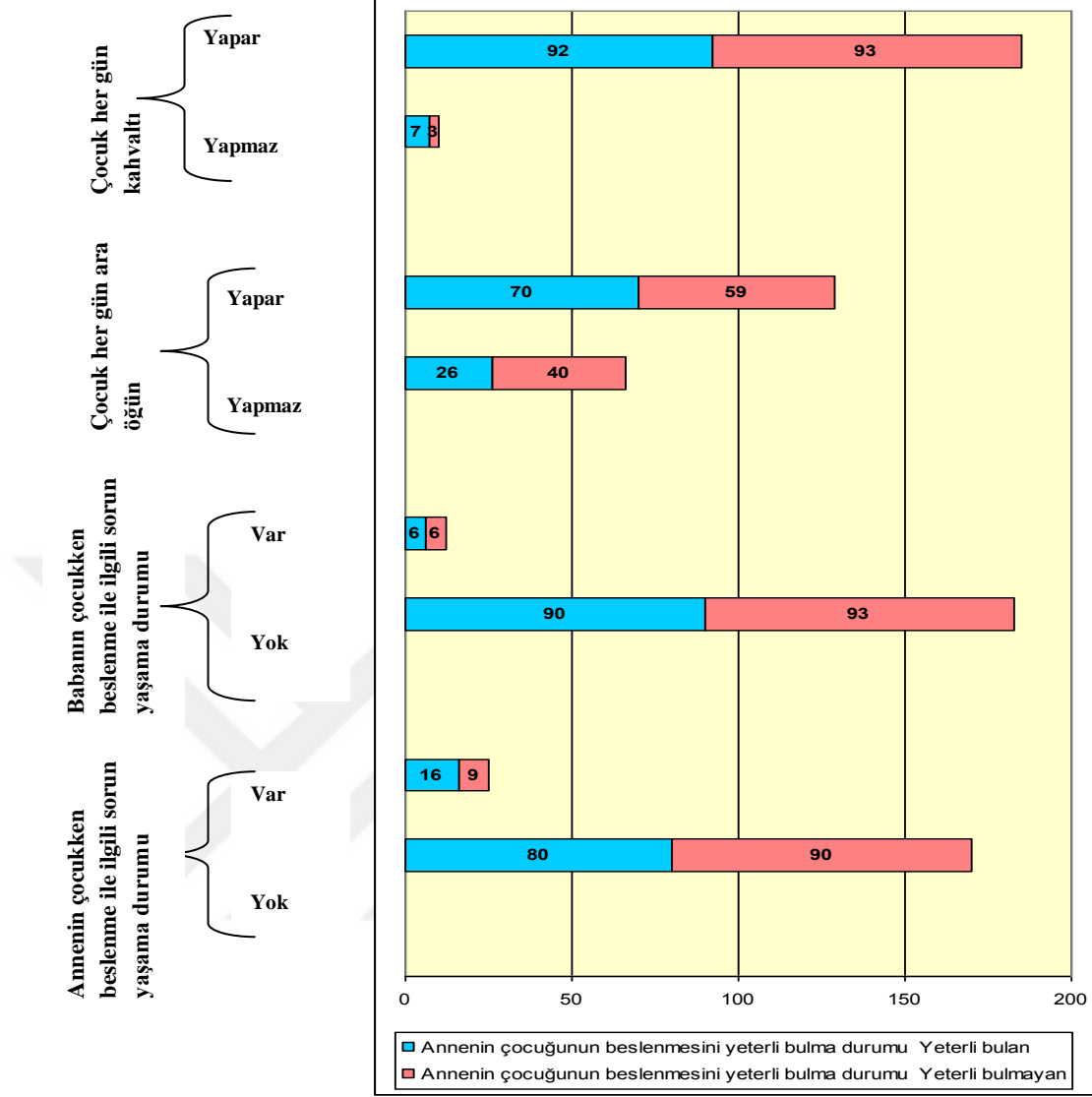
3.3.2.6.1 Araştırma grubunun çocuğunun beslenmesini yeterli bulma durumu ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması

Çalışmaya katılan annelerin %49,2'si (n=96) çocuklarının beslenmesini yeterli bulurken, %49,2'si (n=96) çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi beslenme alışkanlığından etkilendiğini ifade etmiştir. Ayrıca annelerin %40,5'i (n=79) kendi duygusal durumundan çocuğunun beslenme alışkanlığının etkilendiğini de belirtmiştir (Tablo 3.3.2.6.1.1).

Tablo 3.3.2.6.1.1: Araştırma grubunun çocuklarının beslenmesi hakkındaki düşünceleri

	n	%
Çocuğunuzun beslenmesini yeterli buluyor musunuz?		
Evet	96	49.2
Hayır	99	50.8
TOPLAM	195	100.0
Sizin beslenme alışkanlığınızın çocuğunuzun beslenme alışkanlığını etkilediğini düşünüyor musunuz?		
Evet	96	49.2
Hayır	99	50.8
TOPLAM	195	100.0
Sizin duygusal durumunuzdan çocuğunuzun beslenme alışkanlığının etkilendiğini düşünüyor musunuz?		
Evet	79	40.5
Hayır	116	59.5
TOPLAM	195	100.0

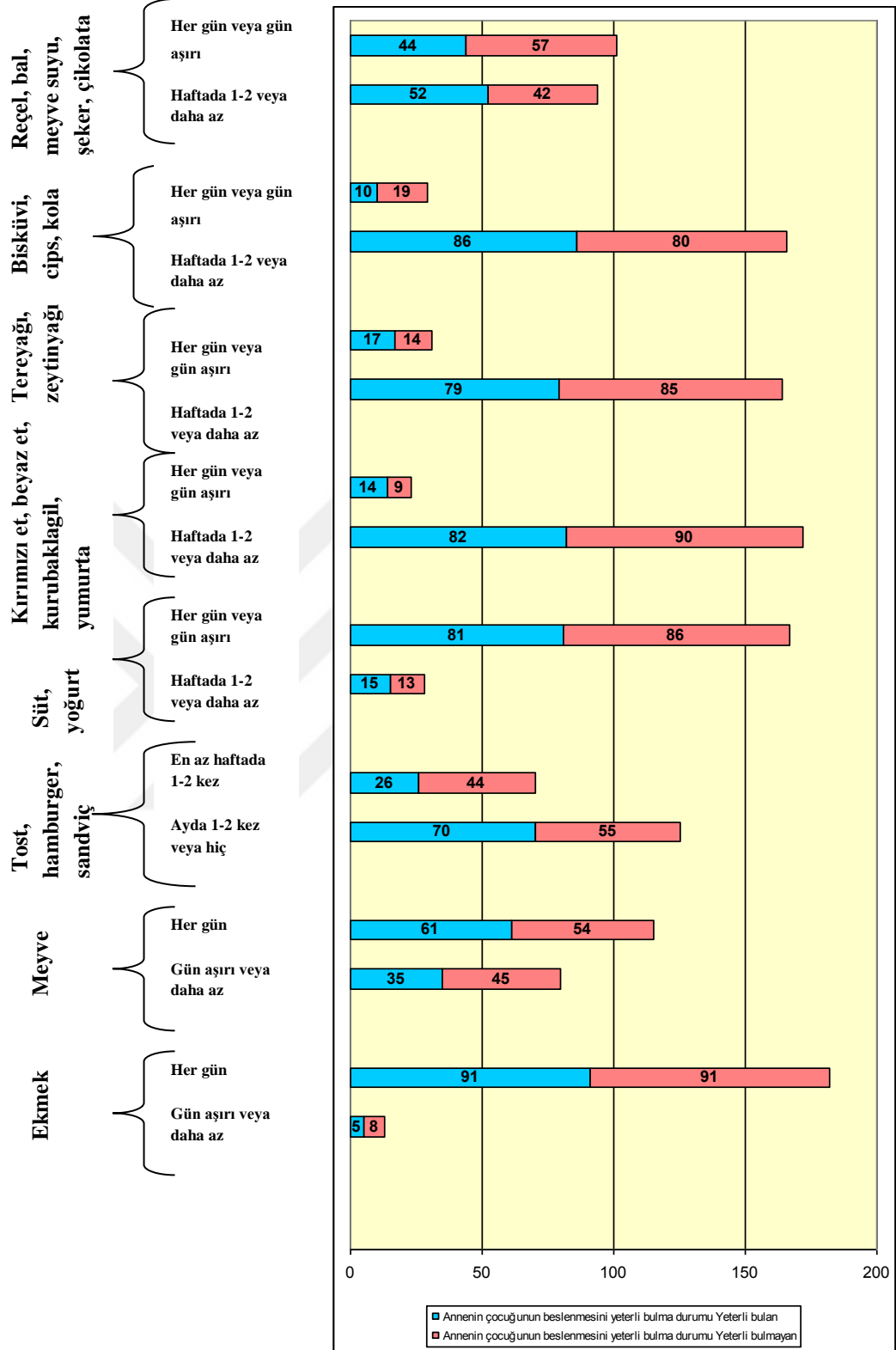
Araştırma grubunun, çocuğunun beslenmesini yeterli bulması ile kendisinin ve eşinin çocukken beslenme ile ilgili problem yaşamaması veya çocuğunun her gün kahvaltı yapması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak çocuğun her gün ara öğün yapması ile annesinin beslenmesini yeterli bulması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=3.862$, $p=0.049$). Buna göre çocuğu her gün ara öğün alan annelerin çocuklarının beslenmesini yeterli bulma oranı daha yüksektir (Şekil 3.3.2.6.1.1).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.6.1.1: Araştırma grubunun çocuklarının beslenmesinin yeterliliği konusunda kanaatine çeşitli faktörlerin etkisi

Çalışma grubunun çocuğunun beslenmesini yeterli bulması ile çocuklarının her gün veya gün aşırı ekme, meyve, süt-yoğurt, et-yumurta-kurubaklagil, zeytinyağı-tereyağı, bisküvi-cips-kola, reçel-bal-meyve suyu-şeker-çikolata tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. Bununla birlikte çocuğun tost-hamburger-sandviç tüketim sıklığı ile çalışma grubunun çocuğunun beslenmesini yeterli bulması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.012$). Buna göre çocukların tost-hamburger-sandviç tüketim sıklığı azaldıkça annelerin çocuklarının beslenmesini yeterli bulma oranı düşmektedir (Şekil 3.3.2.6.1.2).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.6.1.2: Araştırma grubunun, çocuklarının beslenmesini yeterli bulması ile çocuklarının bazı besinleri tüketim oranlarının karşılaştırılması

3.3.2.6.2. Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının beslenme özelliklerinin karşılaştırılması

8 yıl altı eğitim gören annelerin % 4'ü (n=4) çocuğuna hiç anne sütü vermemiş, % 33'ü (n=3) 6 aydan daha az ve % 63'ü (n=63) 6 aydan daha fazla anne sütü vermiştir. 8 yıl üstü eğitim gören annelerin % 1.1'i (n=1) çocuğuna hiç anne sütü vermemiş, % 46.3'ü (n=44) 6 aydan daha az ve % 52.6'sı (n=50) ise 6 aydan daha fazla anne sütü vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.093)

8 yıl altı eğitim gören annelerin %59'u (n=59), 8 yıl üstü eğitim gören annelerin ise %51.6'sı (n=49) vitamin desteği kullanmıştır. Anne eğitim düzeyi ile çocukların vitamin desteği kullanması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.297) (Tablo 3.3.2.6.2.1).

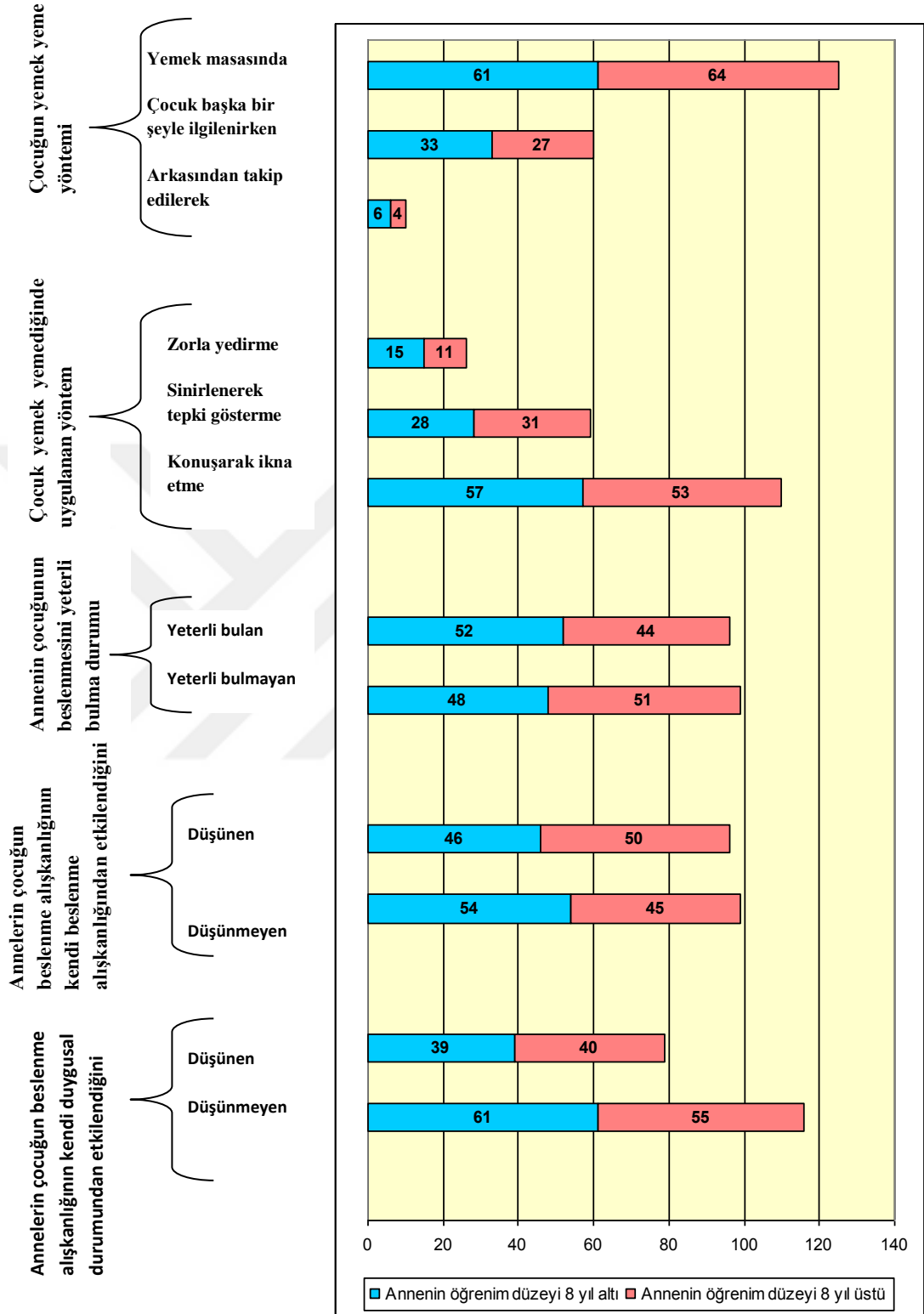
Tablo 3.3.2.6.2.1: Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının vitamin kullanma durumlarının karşılaştırılması

	Anne eğitim düzeyi					
	8 yıl altı		8 yıl üstü		Toplam	
Çocuk vitamin kullanıyor mu?	n	%*	n	%*	n	%*
Evet	59	59.0	49	51.6	108	55.4
Hayır	41	41.0	46	48.4	87	44.6
Toplam	100	100.0	95	100.0	195	100.0
	X²=1.086		p=0.297			

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

Anne eğitim düzeyi ile çocukların yemek yeme yöntemi karşılaştırılmıştır. Anne eğitim düzeyi ile çocukların yemek yeme yöntemi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.624) (Şekil 3.3.2.6.2.1).

Annelerin eğitim düzeyleri ile çocukları yemek yemediklerinde uygulanan yöntem, çocukların beslenmesini yeterli bulma, kendi beslenme alışkanlığının ve duygusal durumunun çocuğunun beslenme alışkanlığını etkilediğini düşünme arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (Şekil 3.3.2.6.2.1).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.6.2.1: Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının beslenme özelliklerinin karşılaştırılması

8 yıl altı eğitim gören annelerin çocuklarının %94'ü (n=94), 8 yıl üstü eğitim gören annelerin çocuklarının ise %95.8'i (n=91) her gün kahvaltı yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p=0.571) (Tablo 3.3.2.6.2.2).

8 yıl altı eğitim gören annelerin çocuklarının %71'i (n=71), 8 yıl üstü eğitim gören annelerin çocuklarının ise %61.1'i (n=58) her gün ara öğün yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p=0.142) (Tablo 3.3.2.6.2.2).

Tablo 3.3.2.6.2.2: Araştırma grubunun eğitim düzeyi ile çocuklarının öğün sıklıklarının karşılaştırılması

	Anne eğitim düzeyi					
	8 yıl altı		8 yıl üstü		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Çocuk her gün kahvaltı						
Yapar	94	94.0	91	95.8	185	94.9
Yapmaz	6	6.0	4	4.2	10	5.1
Toplam	100	100.0	95	100.0	195	100.0
	X²=0.321		p=0.571			
Çocuk her gün ara öğün						
Yapar	71	71.0	58	61.1	129	66.2
Yapmaz	29	29.0	37	38.9	66	33.8
Toplam	100	100.0	95	100.0	195	100.0
	X²=2.153		p=0.142			

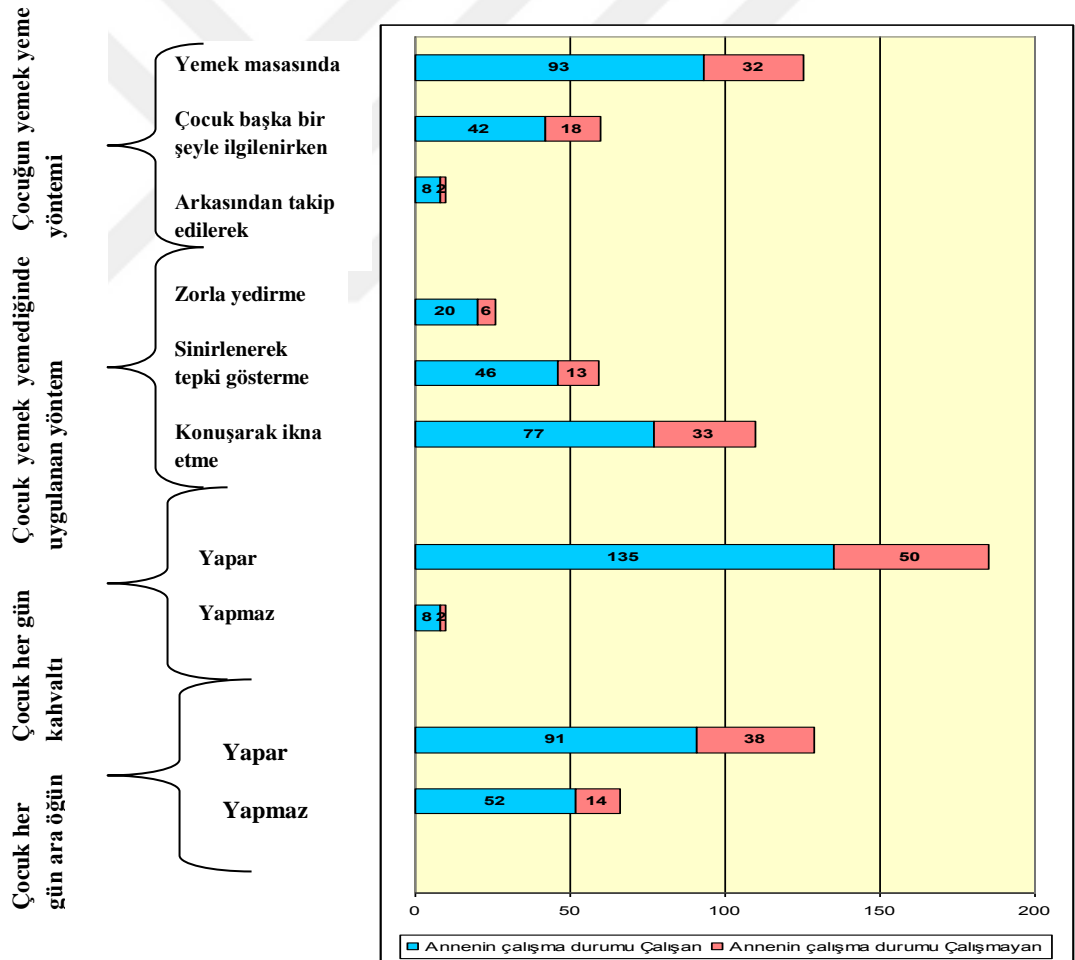
*Sütun yüzdesi verilmiştir.

3.3.2.6.3. Araştırma grubunun çalışma durumu ile çocuklarının beslenme özelliklerinin karşılaştırılması

Çocukların yemek yeme yöntemi ile annenin çalışma durumu karşılaştırıldığında yemek masasında yemek yiyen çocukların annelerinin % 74.4'ü (n=93) ev hanımı, % 25.6'sı (n=32) çalışandır. Başka bir şey ile ilgilenirken yemek yiyen çocukların

annelerinin % 70'i (n=42) ev hanımı, % 30'u (n=18) çalışandır. Arkasından takip ederek yemek yiyen çocukların ise annelerinin % 80'i (n=8) ev hanımı, % 20'si (n=2) çalışandır. İstatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.276) (Şekil 3.3.2.6.3.1).

Annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladıkları yöntemler ile annenin meslek durumu karşılaştırıldığında şu sonuçlar ortaya çıkmıştır. Zorla yemek yediren annelerin % 76.9'u (n=20) ev hanımı, % 23.1'i (n=6) ise çalışandır. Sinirlenerek tepki gösteren annelerin % 78'i (n=46) ev hanımı, % 22'si (n=13) çalışandır. Konuşarak ikna etme yöntemini kullanan annelerin ise % 70'i (n=77) ev hanımı, % 30'u (n=33) çalışandır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.486) (Şekil 3.3.2.6.3.1).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.3.2.6.3.1: Araştırma grubunun çalışma durumu ile çocuklarının beslenme özellikleri ve öğün sıklıklarının karşılaştırılması

3.4.Araştırma Grubunun Depresyon ve Endişe Durumu

Çalışmaya katılan annelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanı (BDÖP) ortalama 9.39 ± 5.37 'dir. En düşük BDÖP 0 iken, en yüksek BDÖP 31 olarak saptanmıştır (Tablo 3.4.1).

Annelerin Beck Anksiyete Ölçeği Puanı(BAÖP) ortalaması 8.95 ± 7.89 'dir. En düşük BAÖP 0 iken, en yüksek BDÖP ise 46 olarak saptanmıştır (Tablo 3.4.1).

Tablo 3.4.1: Araştırma grubunun BDÖP ve BAÖP'lerinin minimum, maksimum ve ortalama değerleri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Annelerin Beck Depresyon Ölçeği puanı	195	0	31	9.39	5.37
Annelerin Beck Anksiyete Ölçeği puanı	195	0	46	8.95	7.89

3.4.1. Araştırma grubunun depresyon düzeyinin değerlendirilmesi

Çalışma grubunun BDÖ'nden aldıkları puanlar ile öğrenim düzeyleri ve çalışma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca, annenin çocuk sayısı ve evde yaşayan aile büyüğünün varlığı ile annenin BDÖP arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3.4.1.1).

Annelerin BDÖP ile annelerin beslenme alışkanlığının çocuğunun beslenme alışkanlığını etkilediğini düşünmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak annelerin duygusal durumundan çocuğunun beslenme alışkanlığının etkilendiğini düşünmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=8.181$, $p=0.017$) Buna göre annelerin depresyon düzeyi arttıkça çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünme oranı artmaktadır (Tablo 3.4.1.2).

Tablo 3.4.1.1: Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin BDÖP'na göre dağılımı

	Annenin Beck Depresyon Ölçeği puanı						TOPLAM	
	0-9		10-18		19-63		n	%*
	N	%*	n	%*	n	%*		
Annenin çalışma durumu								
Çalışmayan	76	53.1	60	42.0	7	4.9	143	100.0
Çalışan	33	63.5	16	30.8	3	5.8	52	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
	X²=1.083		p=0.582					
Annenin öğrenim durumu								
8 yıl altı	53	53.0	42	42.0	5	5.0	100	100.0
8 yıl üstü	56	58.9	34	35.3	5	5.3	95	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
	X²=0.797		p=0.671					
Evde birlikte yaşanan büyük olma durumu								
Evet	20	52.6	16	42.1	2	5.3	38	100.0
Hayır	89	56.7	60	38.2	8	5.1	157	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
	X²=1.621		p=0.445					
Annenin çocuk sayısı								
1-4	89	60.1	54	36.5	5	3.4	148	100.0
5 ve üstü	20	42.6	22	46.8	5	10.6	47	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
	X²=4.304		p=0.116					

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 3.4.1.2: Araştırma grubunun çocuklarının beslenmesi hakkındaki görüşlerinin BDÖP'na göre dağılımı

	Annenin Beck Depresyon Ölçeği puanı						TOPLAM	
	0-9		10-18		19-63		%*	n
	n	%*	n	%*	n	n		
Annenin çocuğunun beslenmesini yeterli bulma durumu								
Evet	57	59.4	34	35.4	5	5.2	96	100.0
Hayır	52	52.5	42	42.4	5	5.1	99	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
		X²=3.786		p=0.151				
Çocuğun beslenme alışkanlığının kendi beslenme alışkanlığından etkilendiğini düşünme								
Evet	53	55.2	34	35.4	9	9.4	96	100.0
Hayır	56	56.6	42	42.4	1	1.0	99	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
		X²=4.478		p=0.107				
Çocuğun beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünme								
Evet	38	48.1	33	41.8	8	10.1	79	100.0
Hayır	71	61.2	43	37.1	2	1.7	116	100.0
Toplam	109	55.9	76	39.0	10	5.1	195	100.0
		X²=8.181		p=0.017				

*Satır yüzdesi verilmiştir.

3.4.1.1. Araştırma grubunun depresyon düzeyleri ile çocuklarının beslenme durumunun karşılaştırılması

Çalışmada incelenen çocukların yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy z skorları annelerinin BDÖP ile karşılaştırılmıştır. BDÖP'ı 0-9 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre ağırlık z-skor dağılımları şu şekildedir; % 0.9'u (n=1) çok zayıf, %14.7'si (n=16) zayıf, %25.7'si (n=28) normal, %41.3'ü (n=45) kilolu, %17.4'ü (n= 19) şişman (obez) sınıflamasında yer almaktadır. BDÖP'ı 10-63 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre ağırlık z-skor dağılımları ise şu şekildedir; %3.5'i (n=3) çok zayıf, %8.1'i (n=7) zayıf, %26.7'si (n=23) normal,

%52.3'ü (n=45) kilolu, %9.3 (n= 8) şişman (obez) aralığında yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.143) (Tablo 3.4.1.1.1).

BDÖP'ı 0-9 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre boy z-skor dağılımları şu şekildedir; %48.6'sı (n=53) çok kısa, %28.4'ü (n=31) kısa, %15.6'sı (n=17) normal, %7.3'ü (n=8) uzun veya çok uzun aralığında yer almaktadır. BDÖP'ı 10-63 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre boy z-skor dağılımları ise şu şekildedir; %45.3'ü (n=39) çok kısa, %33.7'si (n=29) kısa, %17.4'ü (n=15) normal, %3.5'i (n=3) uzun veya çok uzun aralığında yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.592) (Tablo 3.4.1.1.1).

Tablo 3.4.1.1.1: Annelerin BDPÖ'ne göre Çocukların yaşa göre ağırlık ve boylarının z-skor dağılımları

	Annenin Beck Depresyon Ölçeği puanı			
	0-9		10-63	
Çocuğun yaşa göre vücut ağırlığı	n	%*	n	%*
< -2SD	1	0.9	3	3.5
-2SD< > -1SD	16	14.7	7	8.1
-1SD< > +1SD	28	25.7	23	26.7
+1SD< > +2SD	45	41.3	45	52.3
+ 2SD<	19	17.4	8	9.3
TOPLAM	109	100	86	100.0
X²=6.876		p=0.143		
Çocuğun yaşa göre boy uzunluğu				
<-2SD	53	48.6	39	45.3
-2SD< > -1SD	31	28.4	29	33.7
-1SD< > +1SD	17	15.6	15	17.4
+1SD<	8	7.3	3	3.5
TOPLAM	109	100.0	86	100.0
X²=1.909		p=0.592		

* Sütun yüzdesi verilmiştir.

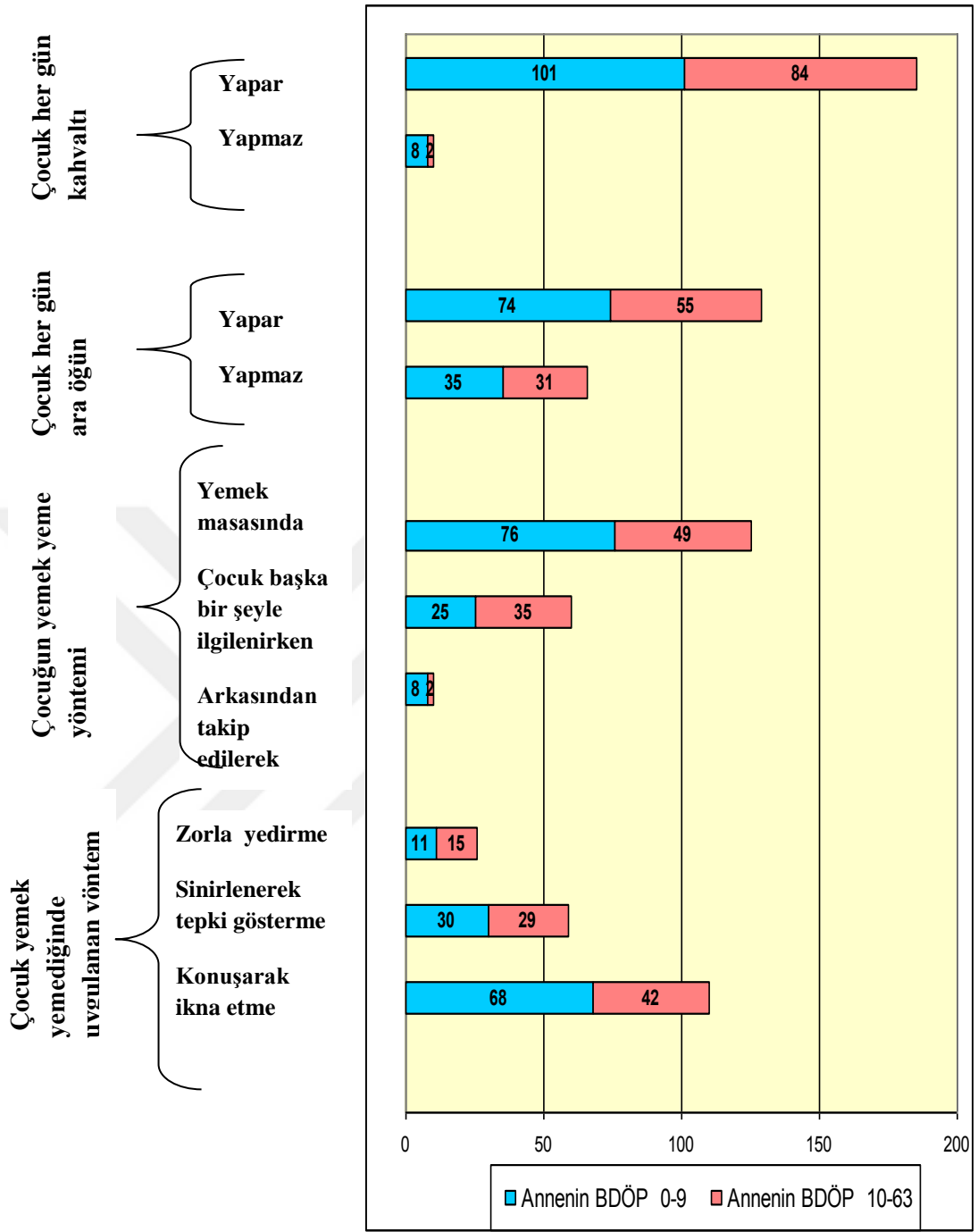
3.4.1.2. Araştırma grubunun depresyon düzeyleri ile çocuklarının yemek yeme yönteminin değerlendirilmesi

Annenin BDÖP ile çocuğun yemek yeme yöntemi karşılaştırılmıştır. BDÖP 0-9 arasında olan annelerin çocuklarının %69.7'si (n=76) yemek masasında, %22.9'u (n=25) başka bir şey ile ilgilenirken, %7.3'ü (n=8) arkasından takip edilerek yemek yemektedir. BDÖP 10-63 arasında olan annelerin çocuklarının %57'si (n=49) yemek masasında, %40.7'si (n=35) başka bir şey ile ilgilenirken, %2.3'ü (n=2) arkasından takip edilerek yemek yemektedir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=8.504$, $p=0.014$) Buna göre depresyon düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarının başka bir şey ile ilgilenirken yemek yeme oranları daha yüksektir (Şekil 3.4.1.2.1).

BDÖP 0-9 arasında olan annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladıkları yöntemlerin oranları şu şekildedir; %10.1'i (n=11) zorla yedirme, %27.5'i (n=30) sinirlenerek tepki gösterme, %62.4'ü (n=68) konuşarak ikna etme veya kendi haline bırakma. BDÖP 10-63 arasında olan annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladıkları yöntemlerin oranları ise; %17.4'ü (n=15) zorla yedirme, %33.7'si (n=29) sinirlenerek tepki gösterme, %48.8'i (n=42) konuşarak ikna etme veya kendi haline bırakma. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.127$) (Şekil 3.4.1.2.1).

BDÖP 0-9 arasında olan annelerin çocuklarının %92.7'si (n=101), 10-63 arasında olan annelerin çocuklarının ise %97.7'si (n=84) her gün kahvaltı yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.115$) (Şekil 3.4.1.2.1).

BDÖP 0-9 arasında olan annelerin çocuklarının %69.7'si (n=74), 10-63 arasında olan annelerin çocuklarının %64'ü (n=55) her gün ara öğün yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.564$) (Şekil 3.4.1.2.1).

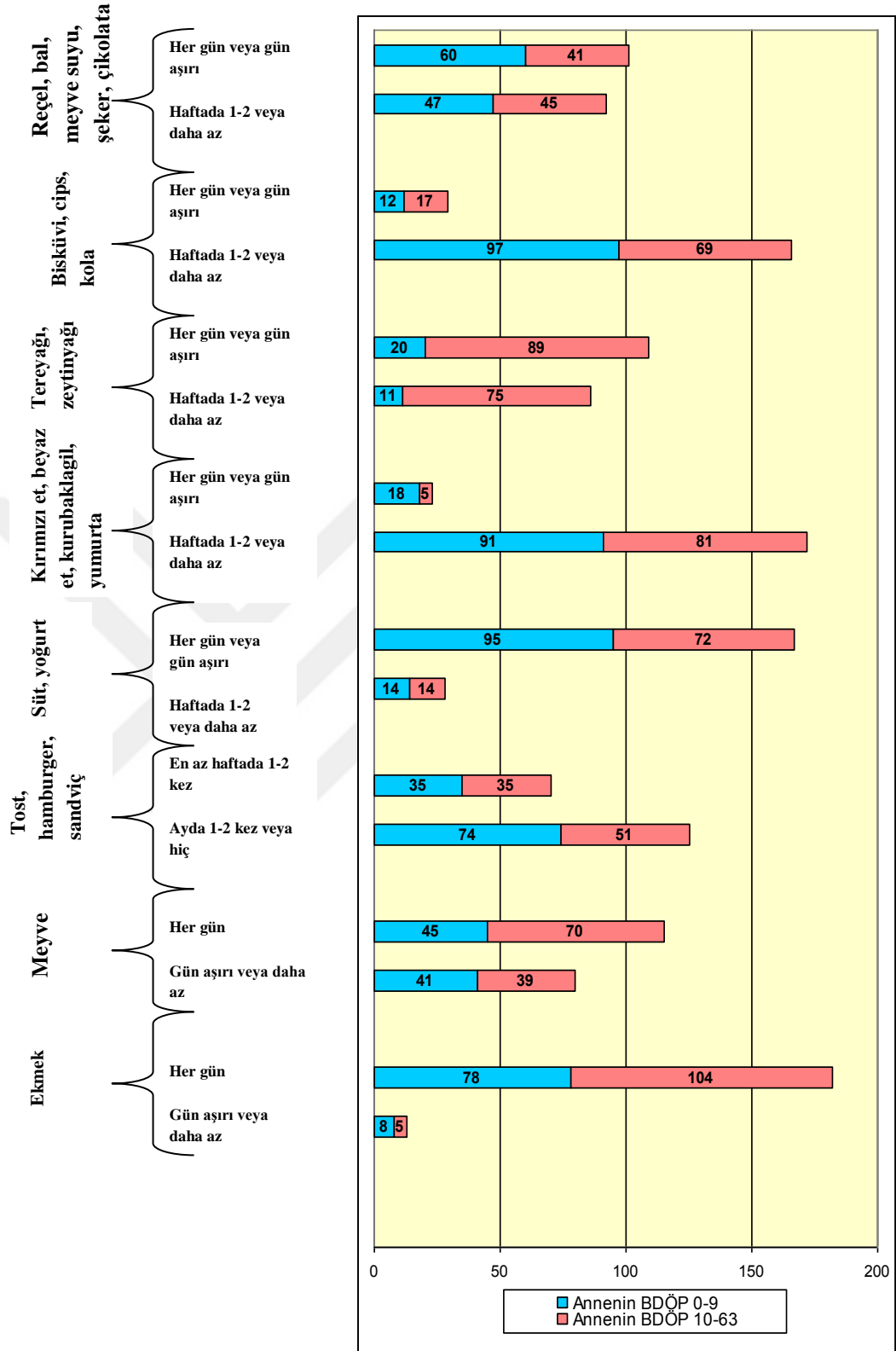


Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.4.1.2.1: Araştırma grubunun BDÖP ile çocuklarının beslenme özellikleri ve öğün sıklıklarının karşılaştırılması

3.4.1.3 Araştırma grubunun depresyon düzeyi ile çocuklarının besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması

Araştırma grubunun çocuğunun ekmek, meyve, tost-hamburger-sandviç, süt-yoğurt, tereyağı-zeytinyağı, bisküvi-cips-kola, reçel-bal-meyve suyu-şeker-çikolata, tüketim sıklığı ile annenin BDP arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak annenin BDP'nın çocuğun et, yumurta, kurubaklagil tüketim sıklığına etkisi olduğu tespit edilmiştir ($X^2=5.290$, $p=0.021$). Buna göre depresyon puanı düşük olan annelerin çocuklarının et, yumurta, kurubaklagil tüketme oranı daha yüksektir (şekil 3.4.1.3.1).



Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.4.1.3.1: Araştırma grubunun depresyon düzeyi ile çocuklarının bazı besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması

3.4.2. Araştırma grubunun anksiyete/endişe düzeyinin değerlendirilmesi

Annelerin BAÖP ortalama 8.95 ± 7.89 'dir. Anksiyete ölçek puanına etki eden faktörler araştırılmış ve Tablo 4.2.1'de değerlendirilmesi verilmiştir.

Çalışma grubunun eğitim düzeyi ile BAÖP arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı zamanda evde yaşayan aile büyüğünün varlığı, evdeki çocuk sayısı ve annenin çocuğunun beslenmesini yeterli bulması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3.4.2.1).

Tablo 3.4.2.1: Annenin BAÖP'nine göre araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

	Annenin Beck Anksiyete Ölçeği puanı						TOPLAM	
	0-7		8-15		16-63		n	%*
	n	%*	n	%*	n	%*		
Annenin çalışma durumu								
Çalışmayan	74	51.7	39	27.3	30	21.0	143	100.0
Çalışan	36	69.2	13	25.0	3	5.8	52	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		X²=7.353	p=0.025					
Annenin öğrenim durumu								
Okur-yazar, ilkokul	53	53.0	28	28.0	19	19.0	100	100.0
Lise ve üstü	57	60.0	24	25.3	14	14.7	95	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		X²=1.083	p=0.582					
Evde birlikte yaşanılan büyük olma durumu								
Evet	19	50.0	10	26.3	9	23.7	38	100.0
Hayır	91	58.0	42	26.8	24	15.3	157	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		X²=1.621	p=0.445					
Annenin çocuk sayısı								
1-4	88	59.5	34	23.0	26	17.6	148	100.0
5 ve üstü	22	46.8	18	38.3	7	14.9	47	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		X²=4.304	p=0.116					

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Annelerin kendi beslenme alışkanlığından çocuğunun beslenme alışkanlığının etkilendiğini düşünmesi ile BAÖP arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak annenin BAÖP'nin kendi duygusal durumundan çocuğunun beslenme alışkanlığının etkilendiğini düşünmesi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. ($X^2=13.673$, $p=0,001$) Buna göre BAÖP yüksek olan anneler daha çok çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünmektedir. (Tablo 3.4.2.2).

Tablo 3.4.2.2: Annenin BAÖP'nine göre araştırma grubunun çocuğunun beslenmesi hakkındaki düşünceleri

	Annenin Beck Anksiyete Ölçeği puanı						TOPLAM	
	0-7		8-15		16-63		n	%*
	n	%*	n	%*	n	%*		
Annenin çocuğunun beslenmesini yeterli bulma durumu								
Evet	53	55.2	22	22.9	21	21.9	96	100.0
Hayır	57	57.6	30	30.3	12	12.2	99	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		$X^2=3.786$		$p=0.151$				
Çocuğun beslenme alışkanlığının kendi beslenme alışkanlığından etkilendiğini düşünme								
Evet	47	49.0	31	32.3	18	18.8	96	100.0
Hayır	63	63.6	21	21.2	15	15.2	99	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		$X^2=4.478$		$p=0.107$				
Çocuğun beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünme								
Evet	32	40.5	29	36.7	18	22.8	79	100.0
Hayır	78	67.2	23	19.8	15	12.9	116	100.0
Toplam	110	56.4	52	26.7	33	16.9	195	100.0
		$X^2=13.673$		$p=0.001$				

*Sadır yüzdesi verilmiştir.

3.4.2.1. Araştırma grubunun anksiyete düzeyleri ile çocuklarının beslenme durumunun karşılaştırılması

Çalışmada incelenen çocukların yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy z skorları annelerinin BAÖP ile karşılaştırılmıştır. BAÖP'ı 0-7 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre ağırlık z-skor dağılımları şu şekildedir; %1.6'sı (n=2) çok zayıf, %13.7'si (n=17) zayıf, %21.8'i (n=27) normal, %47.6'sı (n=59) kilolu, %15.3'ü (n= 19) şişman (obez) sınıflamasında yer almaktadır (Tablo 3.4.2.1.1).

BAÖP'ı 8-63 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre boy z-skor dağılımları ise şu şekildedir; %2.8'i (n=2) çok kısa, %8.5'i (n=6) kısa, %33.8'si (n=24) normal, %43.7'si (n=31) uzun, %11.3'ü (n= 8) çok uzun aralığında yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.335) (Tablo 3.4.2.1.1).

Tablo 3.4.2.1.1: Annenin BAÖP'nına göre araştırma grubunun çocuklarının yaşa göre ağırlık ve boylarının z-skor dağılımları

	Annenin Beck Anksiyete Ölçeği puanı			
	0-7		8-63	
Çocuğun yaşa göre vücut ağırlığı	n	%*	n	%*
< -2SD	2	1.6	2	2.8
-2SD< > -1SD	17	13.7	6	8.5
-1SD< > +1SD	27	21.8	24	33.8
+1SD< > +2SD	59	47.6	31	43.7
+ 2SD<	19	15.3	8	11.3
TOPLAM	124	100.0	71	100.0
X²=4.562		p=0.335		
Çocuğun yaşa göre boy uzunluğu				
< -2SD	63	50.8	29	40.8
-2SD< > -1SD	38	30.6	22	31.0
-1SD< > +1SD	15	12.2	17	23.9
+1SD<	8	6.5	3	4.2
TOPLAM	124	100.0	71	100.0
X²=5.209		p=0.157		

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

BAÖP'ı 0-7 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre boy z-skor dağılımları şu şekildedir; %50.8'i (n=63) çok kısa, % 30.6'sı (n=38) kısa, %12.2'si

(n=15) normal, %6.5'i (n=8) uzun veya çok uzun aralığında yer almaktadır. BAÖP'ı 8-63 arasında olan annelerin çocuklarının yaşa göre boy z-skor dağılımları ise şu şekildedir; %40.8'i (n=29) çok kısa, %31.0'ı (n=22) kısa, %23.9'u (n=17) normal, %4.2'si (n=3) uzun veya çok uzun aralığında yer almaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.157) (Tablo 3.4.2.1.1).

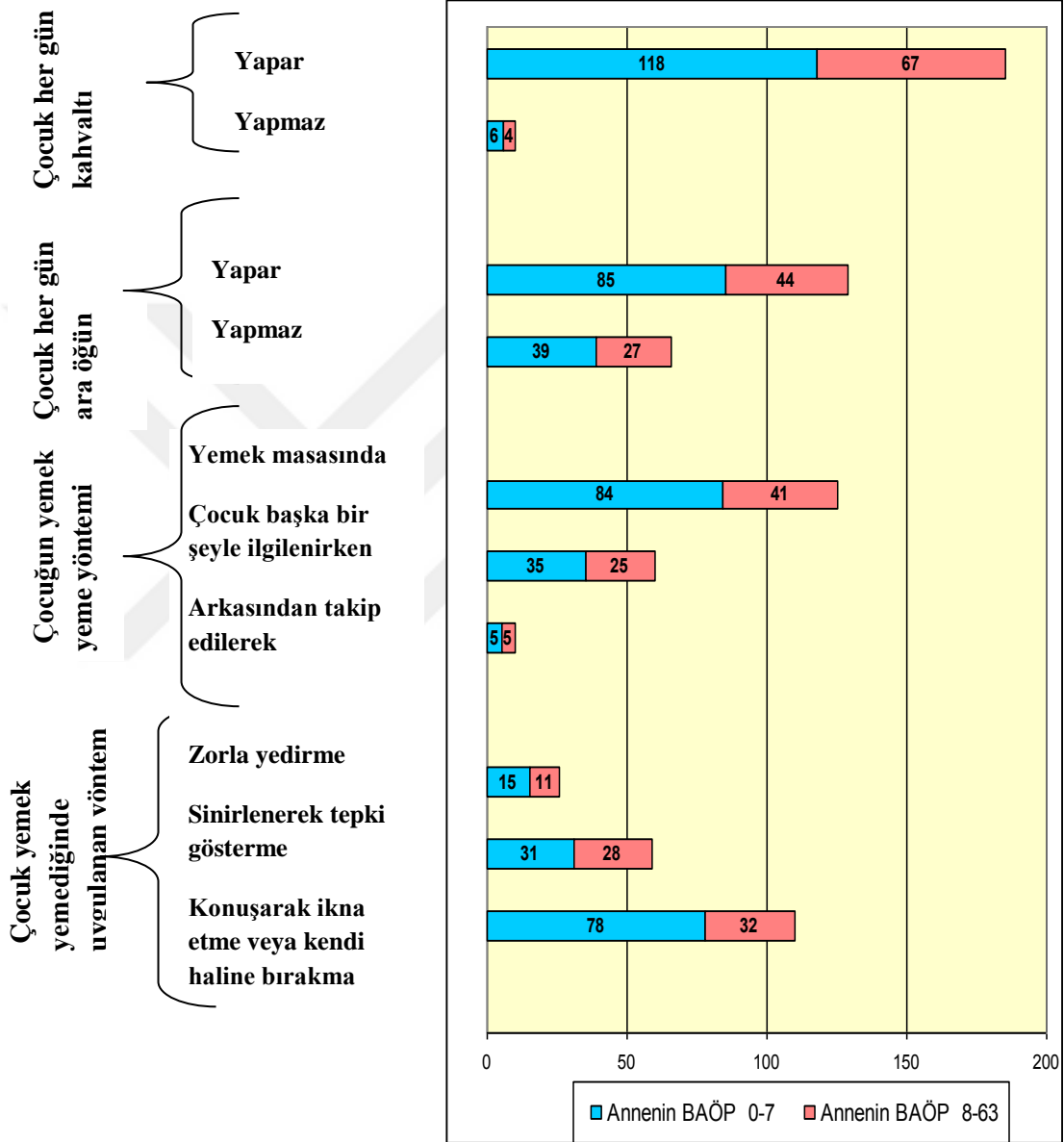
3.4.2.2. Araştırma Grubunun Anksiyete Düzeyleri İle Çocuklarının Yemek Yeme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Annenin BAÖP ile çocuğun yemek yeme yöntemi karşılaştırılmıştır. BAÖP 0-7 arasında olan annelerin çocuklarının %67.7'si (n=84) yemek masasında , %28.2'si (n=35) başka bir şey ile ilgilenirken, %4'ü (n=5) arkasından takip edilerek yemek yemektedir. BAÖP 8-63 arasında olan annelerin çocuklarının %57.7'si (n=41) yemek masasında, %35.2'si (n=25) başka bir şey ile ilgilenirken, %7'si (n=5) arkasından takip edilerek yemek yemektedir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.330) (Şekil 3.4.2.2.1).

BAÖP 0-7 arasında olan annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladıkları yöntemlerin oranları şu şekildedir; %12.1'i (n=15) zorla yedirme, %25'i (n=31) sinirlenerek tepki gösterme, %62.9'u (n=78) konuşarak ikna etme veya kendi haline bırakma. BAÖP 8-63 arasında olan annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladıkları yöntemlerin oranları ise; %15.5'i (n=11) zorla yedirme, %39.4'ü (n=28) sinirlenerek tepki gösterme, %45.1'i (n=32) konuşarak ikna etme veya kendi haline bırakma. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.046$, p=0.049) Buna göre anksiyete puanı yüksek olan anneler çocukları yemek yemediğinde daha çok sinirlenerek tepki göstermeyi veya zorla yedirmeyi tercih etmektedir (Şekil 3.4.2.2.1).

BAÖP 0-7 arasında olan annelerin çocuklarının %95.2'si (n=118), 8-63 arasında olan annelerin çocuklarının %94.4'ü (n=67) her gün kahvaltı yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.809) (Şekil 3.4.2.2.1).

BAÖP 0-7 arasında olan annelerin çocuklarının %68.5'i (n=85), 8-63 arasında olan annelerin çocuklarının %62'si (n=44) her gün ara öğün yapmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.350) (Şekil 3.4.2.2.1).



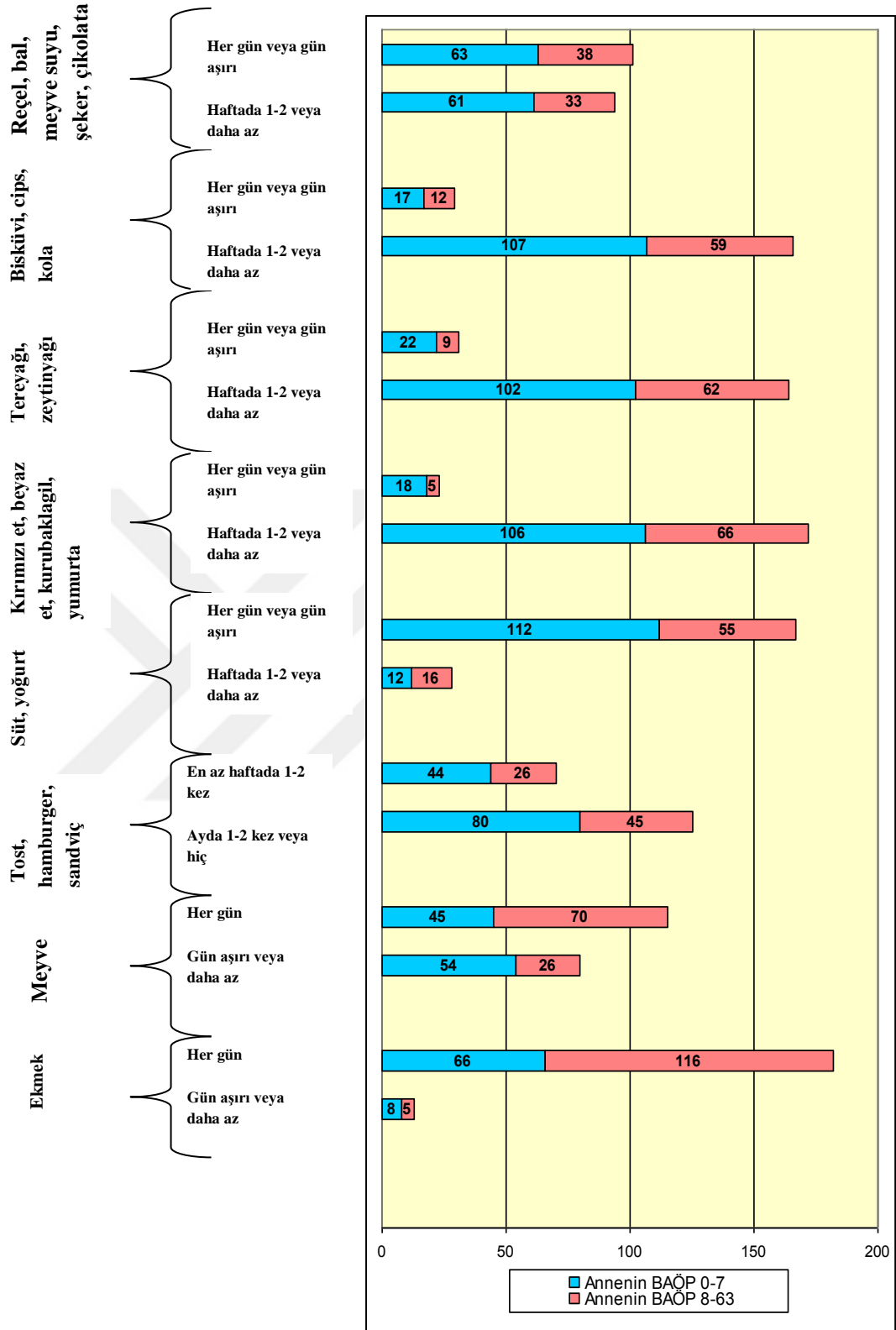
Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.4.2.2.1: Araştırma grubunun BAÖP ile çocuklarının beslenme özellikleri ve öğün sıklıklarının karşılaştırılması

3.4.2.3 Araştırma grubunun anksiyete düzeyi ile çocuklarının besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması

Araştırma grubunun çocuğunun ekme , meyve, tost-hamburger-sandviç, et-yumurta-kurubaklagil, tereyağı-zeytinyağı, bisküvi-cips-kola, reçel-bal-meyve suyu- eker-çikolata tüketime sıklığı ile annenin BDÖP arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak annenin BAÖP'nin çocuğun süt-yoğurt tüketim sıklığına etkisi olduğu tespit edilmiştir ($X^2=6.070$, $p=0.014$). Buna göre anksiyete puanı düşük olan annelerin çocuklarının her gün süt, yoğurt tüketme oranı daha yüksektir (Şekil 3.4.2.3.1).





Şekilde n değeri verilmiştir.

Şekil 3.4.2.3.1: Araştırma grubunun anksiyete düzeyi ile çocuklarının besinleri tüketim sıklıklarının karşılaştırılması

Tablo 3.4.2: Annelerin demografik özellikleri ile BDÖP ve BAÖP ilişkileri

N=195		Annenin yaşı	Annenin çocuk sayısı	Çocuğun yaşı	Annenin BDÖP*	Annenin BAÖP**
Annenin yaşı	r	1	0,272	0,433	0,238	0,171
	p		0	0	0,001	0,017
Annenin çocuk sayısı	r	0,272	1	0,052	0,099	0,039
	p	0		0,468	0,169	0,588
Çocuğun yaşı	r	0,433	0,052	1	0,079	0,122
	p	0	0,468		0,270	0,089
Annenin BDÖP*	r	0,238	0,099	0,079	1	0,444
	p	0,001	0,169	0,270		0,000
Annenin BAÖP**	r	0,171	0,039	0,122	0,444	1
	p	0,017	0,588	0,089	0,000	

Pearson korelasyon testi; r, korelasyon katsayısı

*Beck Depresyon Ölçeği puanı

**Beck Anksiyete Ölçeği puanı

Sonuç olarak annelerin BDÖP ve BAÖP ile annelerin yaşı, çocuk sayıları ve çocuğunun yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak annenin BDÖ ve BAÖ puanlarının ilişkili olduğu saptanmıştır. Annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinden herhangi birisi artınca diğeri de artmaktadır. Yani depresyonda olan annenin anksiyete düzeyi artmakta veya anksiyete düzeyi yüksek olan annenin depresyona girme riski artmakta bu da çocuğun beslenmesini olumsuz yönde etkilemektedir.

4.TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı 2-6 yaş arası çocuğa sahip olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile çocuklarının beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumu arasında ilişki olup olmadığını saptamaktadır. Çalışmanın araştırma grubunu oluşturan 195 kadının yaş ortalaması 33.4 (min:23, mak:49) yıldır. Araştırma grubunun diğer sosyodemografik özellikleri (Tablo 3.1.1.2) Türkiye’de yapılan birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir (Kayahan ve ark 2003). Bu özelliği ile araştırma grubumuzun amaca yönelik olarak uygun bir grup olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubunun çocuklarının yaş ortalaması 4 (min:2, mak:6) yıl olup bu yaş grubunun seçilme nedeni çocukların anne ve babalarından en çok etkilendikleri, onların davranışlarını ve düşüncelerini gözlemleyip uyguladıkları ve temel alışkanlıklarının büyük oranda kalıcı olarak oluştuğu dönem olmasıdır (Bornstein ve Bornstein 2007, Bernstein ve ark. 1994, Bulduk ve Demircioğlu 2002, Matheson ve ark. 2002, Osmanoğlu 2011). Erken çocukluk döneminin sonrasında çocuğun okula başlaması ile ebeveynlerin çocuk üzerindeki etkinliği azalmakta öğretmen ve arkadaşları artmaktadır. Bununla birlikte 2 yaştan itibaren çocuklarda tüketim çeşitliliği ve beslenme alışkanlığı oturmaya başlamaktadır. Bu nedenlerden dolayı da çalışmada 2-6 yaş grubu çocuklar seçilmiştir.

4.1. Araştırma grubunun psikolojik düzeyi ve psikolojik düzeyinin çocuklarının beslenme alışkanlıklarına ve durumuna etkisi

Depresyon ve anksiyete toplumda ve birinci basamak uygulama alanlarında en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardır. Depresyon düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama ile güçsüzlük ve isteksizliğin eşlik ettiği derin bir ruhsal çökkünlük halidir. Anksiyete (kaygı); korku, gerginlik, endişe gibi sübjektif olarak hissedilen bir duygudur ve kişiliğin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya

çıkar. Anksiyete özellikle çeşitli fizyolojik (bulantı, kusma, diyara, idrar sıklığı vs.) ve davranışsal bozukluklara neden olabilir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda Türkiye'nin nüfusunun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumda depresyon sıklığı %10 olarak saptanmıştır. ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" tarafından gerçekleştirilen "Epidemiyolojik Alan Çalışması"nda (Epidemiologic Catchment AreaECA) en az bir ruhsal bozukluğun toplumdaki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada en yaygın görülen ruhsal bozukluk olarak anksiyete bozukluğu tespit edilmekle birlikte toplumun %7'sinde görüldüğü belirtilmiştir. Buna benzer olarak Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda da en yaygın görülen ruhsal bozukluklar %10-12 oranında depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak saptanmıştır. Yine bu çalışmada 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %17.2 olduğu ve kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Eğitim, medeni durum gibi değişkenler ruhsal hastalık yaygınlığını etkilemektedir. Aynı zamanda kadınlar erkeklere nazaran iki kat daha çok sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır.

ABD'de yapılan Ulusal Alan Tarama Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area, ECA) kadınlarda majör depresyonun 12 aylık yaygınlık oranının en yüksek olduğu dönemin doğurganlık yılları olduğu saptanmıştır. İlk depresif atak sıklıkla östrojen düzeylerinin ilk kez yükseldiği puberte ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda kadınlarda majör depresyonun ilk kez ortaya çıkması ya da yinelenmesi açısından en riskli iki dönem doğum sonrası ve menopoza geçiş dönemleridir. Doğum sonrası dönemde kadınların %70-85'inde ruhsal bozukluklar görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde 15-44 yaş grubundaki kadınlarda da toplam hastalık yükü içerisinde, depresyon ve diğer nöro-psikiyatrik durumların yükü %12'dir. Bizim çalışmamızı da 2-6 yaş grubu çocuğu olan anneler oluşturmaktadır ve annelerin yaşları 23-43 yıl arasında değişmektedir. Annelere BDÖ ve BAÖ uygulanmış olup, annelerin BDÖP ortalamaları 9.4 ± 5.4 , BAÖP ortalamaları 8.9 ± 8 bulunmuştur. Bununla birlikte annelerin % 44.1'inde hafif, orta veya ağır depresif belirtiler; %45.1'inde ise hafif,orta veya ağır düzeyde anksiyete bozukluğu saptanmıştır.

Angst ve arkadaşlarının, altı Avrupa ülkesinde, kırk binin üzerinde kadında yaptığı saha çalışmasında depresif belirti gösteren kadınları oranının %22.4 olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan başka bir depresyon prevalans çalışmasında da kadınlarda depresif belirtilerin görülme oranı %20 olarak bulunmuştur. Birçok çalışmanın sonucu kadınlarda orta düzeyde depresif belirtilerin şiddetli depresif belirtilerden daha yaygın olduğunu bildirmektedir. Bu sonucu destekleyen başka bir çalışmada da kadınlarda şiddetli depresif belirti görülme oranı %8, şiddetli olmayan depresif belirtilerin oranının %29 olduğu saptanmıştır. Türkiye’de yapılan çeşitli saha çalışmalarında da 15-49 yaş kadınların depresif belirti gösterme sıklığı araştırılmıştır. Kayahan ve ark (2003) İzmir’de yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılan 15-49 yaşları arasındaki 232 kadından Beck Depresyon Ölçeği puan sınıflanmasına göre %51.3’ünde depresif belirti tespit etmiş, Adana Karataş bölgesinde yapılan başka bir çalışmada ise kadınlarda depresyon oranı %12.5 olarak belirlenmiştir. Yine aynı konuda yapılan diğer çalışmalar Adana ve Trabzon ilinde gerçekleştirilmiştir. 15-49 yaş kadınlarda depresif belirti sıklığı Adana’da %22.8 iken Trabzon ilinde % 32.9 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da annelerde hafif düzeyde depresyonun oranı %39, hafif düzeyde anksiyetenin oranı ise %26.7 çıkmıştır.

Bizim çalışmamızda annenin eğitim düzeyinin ve çalışma durumunun depresyon düzeyine etkisi görülmemişken, çalışma durumunun anksiyete bozukluğu üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışan annelerde anksiyete oranı daha düşüktür. Ancak eğitim düzeyi ile anksiyete bozukluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte Monasevic ve ark (1993), İtalya’dan İsviçre’ye göçen ve psikiyatri kliniklerine başvuran kadınlardan işsiz ve işten çıkarılmış olanlarla birlikte ev kadınlarında da psiko-sosyal sorunların daha fazla bulunduğunu belirtmişlerdir. Çetin ve ark (1999), Trabzon ilinde yaptıkları çalışmada da kadınların eğitim düzeyi ile depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça depresyonun görülme oranının düştüğü belirlenmiştir.

Barnow ve ark (2002), evlilik durumu, evdeki çocuk sayısı ve eğitim düzeyi ile kadınların depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Eğitim düzeyinin düşük olması, evli olma ve çocuk sayısındaki artış faktörlerinin hem her biri tek başına hem de hepsi multifaktöriyel olarak kadınların depresyon düzeyinde

artışa neden olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak bizim çalışmamızda çocuk sayısının annenin depresyon ve anksiyete düzeyine etkisi olduğu görülmemiştir. Ayrıca Aşkın ve ark (1999) majör depresyon tansısı konulmuş kadınlarda yaptıkları araştırmada psikiyatrik görüşme yaptıkları kadınların %76.1'inin çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bunların %89.7'sinin iki veya daha çok çocuğu olduğunu bildirmiştir. Küçük çocuğu olan annelerin depresif belirtileri daha fazla bulunmuştur ve evdeki çocuk sayısı arttıkça annenin depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ancak çocuk sayısının annenin anksiyete düzeyi üzerine etkisi saptanmamıştır.

Depresyon düzeyi yüksek olan kişilerin yakınındaki insanlar da olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla, depresyonda olan bir ebeveynin rahatsızlığını çocuğu da onunla birlikte yaşamaktadır. Bundan dolayı biz de çalışmamızda annenin depresyon ve anksiyete düzeyinin çocuğunun bazı günlük faaliyetlerine etkisini inceledik. Araştırma grubunun depresyon düzeyinin çocuğunun günlük televizyon izleme süresine etkisine bakılmış ancak aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte annenin anksiyete düzeyinin çocuğun günlük televizyon izleme süresi üzerine etkisi olduğu görülmüştür. Buna göre annenin anksiyete düzeyi arttıkça çocuğun günlük televizyon izleme süresi de artmaktadır.

Araştırma grubunun depresyon ve anksiyete düzeyi ile çocuklarının beslenmesini yeterli bulmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte annenin depresyon ve anksiyete düzeyi ile çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi beslenme alışkanlığından etkilendiğini düşünmesi arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemişken, çocuğunun beslenme alışkanlığının annenin kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünmesi ile hem depresyon hem de anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre annenin depresyon ve anksiyete düzeyi arttıkça çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünmesi artmaktadır.

Yaptığımız çalışmada araştırma grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının çocuklarının yaşa göre ağırlık ve boy z-skor dağılımına etkisi görülmemişken, Duniz ve ark (1996), fiziksel nedene bağlanamayan büyüme ve gelişme geriliği olan çocuklarının anne babalarının %70'inde hastaneye ilk başvuru sırasında depresyon tespit etmişlerdir. Anne babaların ve çocukların bir yıl

boyunca tedavinsin ardından bu oran % 12' ye düşmüştür. Diğer bir çalışmada da büyüme geriliği olan çocukların annelerinde duygu durum ve kişilik bozukluklarının, büyüme geriliği olmayan çocukların annelerine göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (Polan ve ark. 1991).

Kenis ve ark (1980), büyüme geriliği olan çocukların anksiyete düzeylerini kontrol grubundaki çocukların annelerinkine göre daha yüksek tespit etmişlerdir. Bununla birlikte literatürde büyüme geriliği olan çocukların aile ortamları araştırıldığında; yoksulluk (Raynor ve Rudolf 1996), şiddet, istismar (Crittenden 1987) ve aile içi sorunlu ilişkilerin (Drotar ve Eckerle 1989) daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin depresyon düzeyi ile çocuğunun yemek yeme yöntemi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmışken, annenin depresyon düzeyinin çocuk yemek yemediğinde uyguladığı yonteme etkisi görülmemiştir. Bununla birlikte annenin anksiyete düzeyi ile çocuğun yemek yeme yöntemi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemişken, annenin anksiyete düzeyinin çocuk yemek yemediğinde uyguladığı yonteme etkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre annenin depresyon düzeyi arttıkça başka bir şeyle oyalanırken yemek yiyen çocukların oranı ve annenin anksiyete düzeyi arttıkça çocuk yemek yemediğinde sinirlenerek tepki gösterilme oranı artmaktadır. Bu sonuca göre anksiyete ve depresyonun çocuğun beslenme alışkanlıklarının oluşmasına etkisi olduğu söylenebilir. Ayrıca ruhsal bozukluklar kendi aralarında etkileşim halinde olduğu için bu sıkıntıları yaşayan annelerin davranışları anksiyete ve depresyon arasında kısır döngüye girip çocukları daha fazla etkileyebilir. Bu yüzden bu bozukluklarda erken teşhis oldukça önemlidir.

Ammaniti ve ark (2004) öğün tüketimi sırasında anne çocuk etkileşimini inceleyen bir araştırma yapmışlardır. Beslenme bozukluğu olan çocuklarda anksiyete, depresyon, bedensel yakınmalar ve saldırgan davranışlar sık görülmüştür. Bununla birlikte beslenme bozukluğu olan çocukların annelerinde anksiyete, depresyon, düşmanca tepkiler ve uygunsuz beslenme tutumları fazla saptanmıştır. Bir başka çalışmada beslenme bozukluğu olan çocukların annelerinden kaçma eğiliminde oldukları, annelerinin de çocukları ile iletişimleri sırasında daha az çocuklarına dokundukları saptanmıştır (Feldman ve ark. 2004).

Rodrigo ve Arancete (2001), yaptıkları çalışmada çocukluk çağındaki beslenme alışkanlıklarının, ilerleyen yaşlardaki besin seçimlerini ve uygulamalarını belirlediğini tespit etmişlerdir. Aynı zamanda yeterli ve dengeli beslenmenin çocuklarının gelişimini tam anlamıyla tamamlamasında ve okul başarılarında büyük önemi olduğunu belirtmişlerdir.

Dereli (2006), 2-5 yaş arası sağlıklı çocuklarda yaptığı araştırmada ailenin beslenme alışkanlığının doğrudan çocuğun beslenme alışkanlığını şekillendirdiğini tespit etmiştir. Ancak bizim çalışmamızda ailelerin beslenme alışkanlığı sorgulanmadığı için bu konu ile ilgili bir sonuca ulaşılmamıştır.

Annenin depresyon ve anksiyete düzeyinin çocuğun her gün kahvaltı ve ara öğün yapmasına etkisi görülmemiştir.

Annelerin depresyon ve anksiyete düzeyinin çocuğun ekmek tüketim sıklığına etkisi görülmemiştir. Aynı sonuç çocuğun meyve, tost-hamburger-sandviç, tereyağı-zeytinyağı, bisküvi-cips-kola, reçel-bal-meyve suyu tüketim sıklıkları için de geçerlidir. Ancak annenin depresyon düzeyi ile çocuğunun süt-yoğurt tüketim sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamışken, annenin anksiyete düzeyinin süt-yoğurdun tüketim sıklığına etkisi görülmüştür. Bununla birlikte annenin anksiyete düzeyinin çocuğunun et-yumurta-kurubaklagil tüketim sıklığına etkisi görülmemişken, annenin depresyon düzeyi ile çocuğunun bu besinleri tüketim sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlara göre annenin anksiyete düzeyi arttıkça çocuğunun süt-yoğurt tüketim sıklığı ve annenin depresyon düzeyi arttıkça çocuğunun et-yumurta-kurubaklagil tüketim sıklığı azalmaktadır. Bu çalışmada ailelerin ekonomik düzeyine ait bilgi alınmadığı için direk ilişki saptanmasa da de ailenin ekonomik durumunun annenin depresyon ve anksiyete düzeyine ve çocuğun bu besinleri tüketim sıklığına etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Başta depresyon olmak üzere duygu durum bozukluklarının özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeye mensup annelerde daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Goodman ve Gotlib 1999, Lovejoy ve ark. 2000). Ayrıca çocuklarının yemek seçme şikâyetleri ile hastaneye getiren anne babaların 1/3'ünde depresyon öyküsü saptanmıştır. Bundan dolayı çocuğun yemek seçmesinde ebeveyndeki depresyon durumunun önemli bir etken olabileceği düşünülmektedir (Timmimi ve ark. 1997).

4.2.Araştırma grubunun çocuklarının beslenme özellikleri, beslenme durumu ve etki eden faktörler

Çalışmaya grubunun çocuklarının yemek yeme yöntemleri sorgulanmıştır. Bunun sonucunda çocukların önemli bir kısmının yemek masası dışında, %24.6'sı (n=48) televizyon karşısında, %1.0'ı (n=2) masal anlatılarak, %5.1'i (n=10) oyun oynayarak, %4.6'sı (n=9) arkasından takip edilerek yemek yediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Terzi (2005) yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan çocukların yemek yeme yöntemlerinin oranları şu şekilde saptanmıştır; %24'ü yemek masasında veya televizyon karşısında, %17.3'ü yemek masasında, %12.5'i televizyon karşısında, %5.8'i arkasından takip edilerek yemek yemektedir.

Dereli (2006), 2-5 yaş arası çocuklarla yaptığı çalışmada; çocukların %57.3'ü televizyon karşısında, %31.3'ü ise ayakta gezerek yemek yemektedir. Bununla birlikte Kobak (2009), okul öncesi dönemde ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerini karşılaştırmıştır. Çalışmaya katılan çocukların %42.3'ü yemeğini yemek masasında, %20.0'ı televizyon karşısında, %8.5'i masal dinleyerek, %13.8'i oyun oynayarak, %15.4'ü arkasından takip edilerek yemek yemektedir.

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

Çalışmaya dâhil edilen çocuklardan en geç 2 yaşında yardımsız yemek yemeye başlayanların oranı %71.8 (n=140)'dir. Bizim çalışmamıza paralel olarak Terzi'nin (2005) yaptığı çalışmada da çocukların 15. ay itibariyle kendi başlarına yemek yiyebildikleri ve 3 yaşında ise tamamen yardımsız yiyebildikleri gösterilmektedir. Ancak kaynaklarda çocukların yardımsız yemek yemeye başlama zamanı ortalama olarak 18 ay olarak belirtilmiştir.(Neyzi, 2004). Çocukların yardımsız yemek yemeye başlama zamanları arasındaki fark ebeveynlerin özellikle annelerin tutumlarından kaynaklı olabilir. Annelerin aşırı kontrolcü ve mükemmeliyetçi davranışları, çocuklarının yemek yeme kabiliyetlerini etkileyebilir.

Annelerin çocukları yemek yemediğinde uyguladığı yöntemlerden ilk sırada %37.4 (n=73) ile kendi haline bırakma yer almaktadır. İkinci sırada %27.2 (n=53) ile ödüllendirme, üçüncü sırada ise %19 (n=37) ile anlatma yöntemi yer almaktadır. Daha sonra sırası ile %13.3 (n=26) ile zorla yedirme, %2.1 (n=4) ile cezalandırma, %1 (n=2) ile sinirlenerek tepki gösterme gelmektedir. Terzi'nin (2005) yaptığı çalışmada da çocukların %26.9'una zorla yemek yedirilirken, %9.6'sının ödül vererek, %2.9'unun ceza verme yöntemiyle yemek yedirilmektedir. Ünüsan (2001) ise yaptığı çalışmada ise ailelerin %56.2'si yemek yemeyen çocuğunu kendi haline bırakmakta, % 48.6'sı genellikle yemek yemeyen çocuğa ısrar etmektedir. Ailelerin %55.6'sı yemeği çocuğa ödül olarak vermekte, %52.1'i bazen istediği besini tüketmesine, %46.6'sı ise bazen istediği içeceği içmesine izin vermektedir. Bununla birlikte çocukların yemek yemesi için zorlanması onların ters tepki vermesine neden olmakta, çocuklar yemek yemeyi reddetmektedir. Zorlama ne kadar büyük olursa çocuk da yemeği o kadar şiddetli reddetmektedir (Yavuzer 2006). Mermer (2003), 3-6 yaş arası kreşe devam eden çocukların beslenme davranışlarını araştırmış, ailelerin %37.9'unun çocuğa yemek yeme konusunda ısrarcı olmadığını kendi haline bıraktığını belirlemiştir. Çalışmaların sonuçlarına göre çocuklarına zorla yemek yediren ailelerin oranı çocuklarını kendi haline bırakanlara göre düşük olsa da genel olarak yüksektir. Aynı zamanda çocuğun beslenme alışkanlıklarının oluşmasında etkisi büyük olduğu için önlem alınması önemlidir.

Çocuğun az yeme veya besin seçme davranışlarının iştahsızlık olarak değerlendirilebilmesi için sağlık sorununa neden olup olmadığı sorgulanmalıdır. Çocukların büyüme hızı her dönemde aynı değildir. 1-5 yaş döneminde büyüme hızına ve kişisel farklılıklara göre iştah durumu değişkenlik gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalara iştah ile ilgili mekanizmaların çocuğun büyümek için gereksinim duyduğu unsurlardan etkilendiğini göstermektedir. Büyüme ve gelişme normal ve çocuğun beslenme alışkanlıkları bir sağlık sorunu oluşturmuyor ise çocuk ihtiyacı kadar enerji alıyor kabul edilmeli ve öğün atlaması problem olmamalıdır. Burada önemli nokta çocuğun ayrı bir birey olduğunun ve iştahında dalgalanmalar olabileceğinin bilinmesidir (Köksal ve Gökmen 2000). Çalışma grubunun çocuklarının %94.9'u (n=185) her gün kahvaltı yapmakta, %95.4'ü (n=186) her gün öğle yemeği yemekte, %97.4 (n=190) her gün akşam yemeği yemektedir. Bunlarla

birlikte çocukların %43.6'sı (n=85) her gün kuşluk ara öğününü, %50.8'i (n=99) her gün ikindi ara öğününü, %49.7'si (n=97) her gün gece ara öğününü yapmaktadır. TBSA 2010 çalışmasında 6-8 yaş grubu çocukların Türkiye genelinde kahvaltı atlama oranı %7.5, öğle yemeğini atlama oranı %10.1, akşam yemeğini atlama oranı %1.2 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar saptanmıştır. En çok atlanan öğünlerden birisi kahvaltıdır ve okula giden çocukların yaşları büyüdükçe bu öğünü atlama oranları da artmaktadır. Bununla birlikte kahvaltının yapıldığı saatte oldukça önemlidir. Bizim çalışmamızda kahvaltı saati sorgulanmamıştır ancak geç saatlerde yapılan kahvaltı metabolizmanın çalışmasında tam olarak istenen etkiyi gösteremeyebilir.

Araştırma grubunun çocuklarının yaşa göre ağırlık z-skorumları incelendiğinde ise; çocukların %2.1'i (n=4) çok zayıf, %11.8'i (n=23) zayıf, %26.2'si (n=51) normal, %46.2'si (n=90) kilolu, % 13.8'i şişman(obez) sınıflamasında yer aldığı görülmüştür. Aynı şekilde çocukların yaşa göre boy uzunluklarının z-skora göre dağılımları şu şekildedir; %47.2'si (n=92) çok kısa, %30.8'i (n=60) kısa, %16.4'ü (n=32) normal, %5.1'i (n=10) uzun, %0.5'i (n=1) çok uzun sınıflamasında yer aldığı saptanmıştır. Buna göre zayıf olan çocukların oranının düşük olmasına rağmen çok kısa olan çocukların oranının bu kadar yüksek çıkması daha erken dönemlerde kronik bir yetersiz beslenme sorununu akla getirmektedir. Aynı zamanda kilolu ve şişman olan çocukların da oranı yüksektir. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) çalışmasında Türkiye genelindeki 6 yaşındaki çocukların %15.3'ünü kilolu veya şişman, %27'sinin de kısa veya çok kısa olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bulunan sonuçlara göre çalışmanın yapıldığı Bartın bölgesinde çocukların beslenme durumunun Türkiye'nin geneli ile kıyaslandığında daha kötü olduğu söylenebilir. Tülay ve ark (2007), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası'ndan yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan çocukların ailelerinin sosya-ekonomik değerlerinin iyi olduğunu ve bununla ilişkili olarak da çocukların beslenme öykülerinin ve vücut ölçülerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte kilo fazlalığı olan çocukların her iki cinsiyette de artış göstermesinin ilerleyen yaşlarda kronik hastalıklar için risk faktörü olabileceğinin altını çizmiştir. Akar (2006), özel ve resmi okul öncesi eğitim kurumlardaki 4-6 yaş grubu çocuklarda yaptığı çalışmada çocukların %91.2'sinin

normal kiloda olduğunu tespit etmiştir. Özel ve devlet okullarındaki çocukların ağırlıklarının benzer tablolar gösterdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ailelerin sosyo-ekonomik düzeyine ait bilgi alınmadığı için çocukların beslenme durumu üzerine ailenin ekonomisinin etkisi saptanmamıştır.

Yabancı ve ark (2009), bir anaokulunda yaptıkları çalışmada; 5 yaşındaki çocukların %6.6'sının, 6 yaşındakilerin ise %10.4'ünün fazla kilolu olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte 5 yaşındaki çocukların %10.4'ü, 6 yaşındaki çocukların ise %9.8'inin şişman olduğu kaydedilmiştir. Ayrıca 5-6 yaş arası çocukların %5.3'ü zayıf, %5.1'i ise çok zayıftır.

Nader ve arkadaşları (2006), Amerika'da yaptıkları çalışmada 4-5 yaş erkek çocukların vücut ağırlığını 18.7 ± 2.6 kg, BKİ'sini 16.1 ± 1.5 kg/m²; kızlarda vücut ağırlığını 18.2 ± 2.7 kg, BKİ'sini 16 ± 1.6 kg/m² olarak tespit etmişlerdir.

TOÇBİ çalışmasında her gün süt tüketenlerin oranı %14.5, her gün yoğurt tüketenlerin oranı %51.7, her gün yumurta tüketenlerin oranı %23.8, her gün kırmızı et tüketenlerin oranı %7.6 olarak bildirilmiştir. Bunlarla birlikte her gün ekmek tüketenler %39.2, her gün meyve tüketenler %25.8 saptanmıştır. Bizim çalışmamızda benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Kaliteli protein kaynaklarından olan yumurtanın her gün tüketim oranı %50.8, kurubaklagillerin her gün tüketim oranı ise %8.7'dir. Bununla birlikte her gün kırmızı et tüketen çocukların oranı %1.5, her gün beyaz et tüketenlerin oranı ise %2.6'dır. Süt-yoğurdun her gün tüketimi oranı da %70.3 olarak saptanmıştır. Türkiye genelinde yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızda da çocukların tavsiye edilen miktarlara uygun olarak besinleri tüketmedikleri görülmektedir (TÖBR -2015). Çalışmada tespit edilen çok kısa ve kısa boy uzunluğunun nedeni bu kaliteli protein kaynaklarının yetersiz alımı olabilir. Bununla birlikte kilolu ve şişman grubunda yer alan çocukların oranının yüksek çıkmasının nedeni de besleyici özelliği olmayan hazır gıdaların tüketiminin fazlalığı olabilir.

Wyse ve arkadaşları (2011), ailelerin sebze ve meyve tercih oranlarının ve evde besin olarak sebze ve meyve çeşitlerinin bulunmasının çocukların meyve ve sebze tüketimleri ile doğrudan ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Beslenme alışkanlıklarının değişmesinde kilit nokta olarak okul öncesi çocuklarda (Cooke ve ark. 2004, Vereecken 2004, Fisher 2002) daha büyük çocuklar ve adolesanlarda (McClain ve ark. 2009, Tibbs ve ark. 2001, Rebecca ve ark. 2011)

sebze ve meyve tüketim alışkanlıklarının olumlu yönde gelişmesi olarak değerlendirilmektedir (Epstein ve ark. 2001, Cooke ve ark. 2003, Fisher ve ark. 2002, Golan ve ark. 1998, Hart ve ark. 2010).

Sepp ve arkadaşları (2002), okul öncesi eğitim veren 12 okulda çocukların 7 günlük besin tüketim kaydından oluşan bir çalışma yapmışlardır. Okulların biri dışındaki diğer okullardaki çocukların günde bir defa sebze ve meyve yedikleri, bütün çocukların süt, peynir, et ürünleri, kahvaltılık mısır gevreği ve yağları ortalama olarak günde bir defadan fazla tükettikleri saptanmıştır. Besleyici özelliği düşük olan şekerleme, sandviç ekmekleri ve alkolsüz içecekler ve benzeri besinler hafta içi alınan toplam enerjinin %20'sine, hafta sonu alınan enerjinin %33'üne karşılık gelmektedir.

Okul öncesi dönem çocuklarında şekerli içeceklerin tüketim miktarları ile aşırı kiloluluk ve yağlanmanın ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Dubois ve ark. 2007, Lim ve ark. 2009, Fiorito 2009). Meksika'da yapılan, yedi ileriye dönük çalışmayı içeren bir sistematik derlemede altı yaşın altında olan çocukların şekerli içecek tüketim miktarları ile bu çocukların ileriki çocukluk dönemlerindeki fazla kiloluluk, artmış BKİ ve bel çevresi değerleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Pérez-Morales ve ark. 2013).

Sebze ve meyve tüketiminin artması ve günlük alınan toplam enerjinin azalması ile okul öncesi çocuklarda daha uygun vücut ağırlığı ve kompozisyonunun olduğu gözlemlenmiştir (Hendy ve ark. 2009, Acharya ve ark. 2011).

Yapılan çalışmada atıştırmalık olarak çocukların en çok tercih ettikleri ürün %50.8 (n=99) ile meyve/sebze'dir. İkinci sırada ise %30.8 (n=60) ile bisküvi/kraker gelmekte, üçüncü sırada %9.7 (n=19) çikolata, gofret yer almaktadır.

Birch ve ark (1980), 16 farklı okulda 3-4 yaş arası 64 çocukta çalışma yapmıştır. Çocuklara insanlarla birlikte oldukları anlarda, yalnız oldukları anlarda ve ödül olarak atıştırmalık olarak şekeri ya da şekerless besinler verilmiştir. Araştırmanın sonucunda, besin bir ödül olarak ve yetişkin desteği ile sunulduğunda tercih edilme sıklığının arttığı gözlemlenmiştir.

Birch ve ark (1980), 3-5 yaş arası 12 çocuk ile yaptıkları çalışmada; çocukların meyve suyu içmeleri karşılığında oyun oynayabilecekleri söylenmiştir. Araştırma

sonunda şart koşularak içirilen meyve suyunun çocuklar tarafından tüketim oranının azaldığı gözlemlenmiştir.

Hendy (1999), okul öncesi 64 çocukla çalışma yapmıştır. Çocuklara öğle yemeklerinde sebze ve meyve olarak farklı seçenekler sunulmuştur. Çocuklar istenilen davranışı yaptıklarında ödül verilmiş veya çocukların yemek yemesi için ısrar yöntemi kullanılmış, ya da öğretmenin model olması sağlanmıştır. Çalışmanın sonucunda çocuklara farklı besin seçeneklerinin sunulmasının ve çocukların ödüllendirilmesinin diğer yöntemlerden daha etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Hendy ve ark (2005), yaşları 2-5 aralığında olan 27 çocuk ile çalışma yapmışlardır. Çocuklara haftada 3 defa olmak üzere 18 öğle yemeği verilmiştir. Çalışmada çocuklara sebze ve meyve yediklerinde ödül olarak jeton verilmiştir. Uygulamadan sonra iki hafta ve yedi aylık takipler yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda çocukların ödül olarak jeton verilmesi sonucunda sebze ve meyve tüketimlerinde artış gözlemlenmiştir. Ancak araştırmada yedi ay sonra yapılan gözlemlerde tüketimin düştüğü gözlemlenmiştir. Bu da kalıcılığın sağlanamadığını göstermektedir.

3-6 yaş aralığındaki çocukların yiyecekleri sevme durumları veya seçici davranışları günden güne farklılık gösterebilmektedir. Çocuk haşlanmış yumurtayı bir gün çok severken, daha sonra yemeyi reddedebilir. İştah durumu düzensizdir. Bu yüzden çocuğun sevdiği besini sık sık pişirmek o besine karşı isteksizlik oluşmasına neden olabilir. Besinleri karıştırmadan kendine özgü tatları ile sunmak avantaj sağlayabilir (Şanlıer ve Ersoy 2004).

Çalışmaya katılan annelerin 'yemek nasıl yenilir' sorusuna verdikleri yanıtların oranları şu şekildedir; %74.4'ü (n=145) aile bir arada, masada mutfakta, %24.6'sı (n=48) aile bir arada masada yemek odasında, %1'i (n=2) herkes yemeğini alır televizyon karşısında yer. Bizim çalışmamıza benzer olarak Akar (2006), özel ve resmi okul öncesi eğitim gören 4-6 yaş grubu çocukların beslenme alışkanlıklarını araştırdığı çalışmasında çocukların %87.8'inin yemeğini yemek saatinde ailesi ile birlikte yediğini belirtmiştir. Farklı çalışmalarda da bir hafta boyunca aile ile birlikte yenilen yemek sayısı, okul öncesi çocuklarda fazla kiloluk ve obezite ile ters

orantılı olarak ilişkilendirilmiştir (Anderson ve Whitaker 2010, Hammons ve Fiese 2011).

Çocukların beslenme alışkanlığının gelişmesinde en önemli unsur ebeveynlerdir. Çünkü çocuklar çevresindeki bireyleri taklit ederek öğrenirler. Yemek yeme alışkanlığı aile sofrasında edinilir. Çocuklar anne ve babanın sevdiği yiyeceği severken, onların sevmedikleri yiyeceklerden uzaklaşırlar (Köksal ve Gökmen 2000). Bizim çalışmamızda annelerin beslenme alışkanlıkları sorgulanmadığı için çocukların beslenme alışkanlığını nasıl etkilediği saptanmamıştır. Bununla birlikte çalışmamızda ailenin birlikte yemek yenilmesi oranının yüksek olması çocukların doğru beslenme alışkanlıklarını edinmelerine katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya katılan annelerin %49.2'si (n=96) çocuklarının beslenmesini yeterli bulmaktadır. Çocukların bazı besinleri tüketim sıklıkları ile annelerin onların beslenmesini yeterli bulması arasındaki ilişki incelenmiştir. Çocuğun tost-hamburger-sandviç tüketim sıklığının çalışma grubunun çocuğunun beslenmesini yeterli bulması üzerine etkisi olduğu saptanmıştır (p=0.012). Buna göre çocukların tost-hamburger-sandviç tüketim sıklığı azaldıkça annelerin çocuklarının beslenmesini yeterli bulma oranı düşmektedir. Bununla birlikte annelerin %49.2'si (n=96) çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi beslenme alışkanlığından, %40.5'i (n=79) kendi duygusal durumundan etkilendiğini belirtmiştir.

Oğuz (2011), yaptığı çalışmada ailelere çocuklarının iştah durumlarını ve gelişimleri nasıl değerlendirdiklerini sormuş, ebeveynlerin %62.9' u iştahlarını, %70.3'ü ise gelişimlerini normal bulduklarını belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda ailelerin çocuklarının acıkma ve doyma durumlarına dikkat etmemelerinin çocuklarını fazla beslemeye ve buna bağlı olarak da çocuklarında kilo fazlalığına yol açtığı gözlemlenmiştir (Kavanagh ve ark. 2008, Baughcum ve ark. 1998).

Çalışmada çocukların kreş eğitimi alması ile her gün kahvaltı ve ara öğün yapması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırma grubunun öğrenim düzeyinin çocuğun günlük televizyon izleme süresine ve yemek yeme yöntemine etkisi görülmemiştir. Aynı zamanda çocuk yemek yemediğinde uygulanan yöntem, çocuğun anne sütü alma süresine ve çocuğun öğün sıklığına etkisi de görülmemiştir.

Yapılan çalışmada araştırma grubunun veya eşinin çocukken beslenme ile ilgili problem yaşaması ile annenin çocuğunun beslenmesini yeterli bulması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte çocuğun her gün kahvaltı yapmasının annenin çocuğunun beslenmesini yeterli bulmasına etkisi görülmemişken, çocuğun her gün ara öğün yapmasının etkisi görülmüştür. Buna göre çocuğu her gün ara öğün yapan annelerden çocuğunun beslenmesini yeterli bulanların oranı daha yüksektir.

Sonuç olarak bizim çalışma grubumuzdaki annelerin, çocuklarının beslenme alışkanlıklarının ve davranışlarının sağlıklı büyüme ve gelişme için tavsiye edilenlerden farklı olduğu söylenebilir. Çalışmamızdaki çocuklarda çok kısa/kısa boyun (%78) ve fazla kilolu/obezitenin (%60) fazla saptanmasının nedeni annelerin çocukların beslenmesi ile ilgili endişe düzeylerinin yüksek olmasıdır diye düşünülebilir. Çünkü çalışmamızda da görüldüğü gibi, her gün ara öğün yapan ve enerji yoğunluğu fazla olan tost-hamburger-sandviçi fazla tüketen çocukların annelerinin çocuklarının beslenmelerini yeterli bulduklarını ifade etmeleri ve anne endişe ve depresyon ölçek puanları ile çocuğun beslenme durumunu yeterli bulma düzeyi ilişkili saptanması bizi bu düşünceye sevk etmiştir. Aynı zamanda annenin ruhsal durumu da çocuğu ile ilgili endişelerinin artmasında etkilidir. Çalışmalarda psikolojik sıkıntı yaşayan annelerin çocuklarına ve etrafındaki diğer kişilere karşı daha eleştirel baktıkları gösterilmiştir (Elgar ve ark. 2004, Gelfand ve Teti 1990, Najman ve ark. 2000). Yani, anne çocuğunun daha az yediğini düşünecek ve beslenmesinin yetersiz olduğunu düşünme eğiliminde olacaktır. Bu durumdan da çocuğun beslenme alışkanlıkları ve durumu etkilenebilecektir. Ayrıca araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak, ülkemizdeki çocuklarda obezite veya malnutrisyon gibi beslenme bozuklukları ile mücadele edebilmek için annelerin bu konularda bilgilerinin ve farkındalık düzeylerinin artırılması, endişe ve kaygılarının azaltılması gerektiği söylenebilir.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan araştırmanın sonuçları Bartın ilinde 2-6 yaş arası çocuğa sahip olan annelerde hafif-orta-ağır depresyon oranının %44.1, hafif-orta-ağır anksiyete oranının ise %45.1 olduğunu göstermiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda da en yaygın görülen ruhsal bozukluklar %10-12 oranında depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda oran daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda çalışmanın yapıldığı bölgenin kısıtlı imkânlarla sahip olması ve az gelişmiş olması ile ilişkilendirilebilir. Bu oranların düşürmede kadınların faaliyetlerini artırmak, kendilerine uygun çalışma alanları oluşturmak, eğitici faaliyetler düzenlemek etkili olabilir.

Annenin eğitim düzeyinin çocuk sayısının, birlikte yaşanan aile büyüğünün varlığının depresyon ve anksiyete düzeyine etkisi görülmemiştir. Bununla birlikte annenin çalışma durumunun da depresyon düzeyine etkisi görülmezken, anksiyete bozukluğunun oluşmasına etkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışmayan annelerde orta derece anksiyete bozukluğu çalışan annelere göre daha çok görülmektedir. Bu sebepten dolayı annelerin kendileri mutlu hissedecekleri uygun işlerde çalışması teşvik edilebilir. Ancak çalışmamızda ailenin ekonomik düzeyi ile ilgili bilgi alınmadığı için anksiyete düzeyine çalışma durumunun mu ekonomik koşulların mı etkisi olduğu kesin bir dille söylenememektedir.

Annenin depresyon düzeyi ile çocuğun yemek yeme yöntemi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre annenin depresyon düzeyinin artması çocuğun başka şeylerle ilgilenirken yemek yeme oranını artırmaktadır. Aynı zamanda annenin anksiyete düzeyinin yükselmesi de çocuk yemek yemediğinde sinirlenerek tepki gösterilmesi oranını artırmaktadır. Bizim çalışmamızda annenin depresyon düzeyi ile çocukların beslenme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da daha uzun süreli araştırmalarda daha farklı sonuçlar alınabilir. Çünkü literatürde çocuğun yemek yerken başka şeylerle ilgilenmesinin ve çocuk yemek yemediğinde sinirlenerek tepki gösterilmesinin obezite ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur.

Çalışmada çeşitli besinlerin tüketim sıklıkları incelenmiştir. Bu besinlerden süt-yoğurdun tüketim sıklığı ile annenin anksiyete düzeyi arasında ve et-yumurta-kurubaklagillerin tüketim sıklığı ile annenin depresyon düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre annenin anksiyete düzeyi arttıkça çocuğunun süt-yoğurt tüketim sıklığı ve annenin depresyon düzeyi arttıkça çocuğun et-yumurta-kurubaklagil tüketim sıklığı azalmaktadır. Ailenin sosyo-ekonomik düzeyine ait bilgi alınmadığı için direk ilişki tespit edilemese de ailenin ekonomik durumunun annenin depresyon ve anksiyete düzeyine ve çocuğunun bu besinleri tüketim sıklığına etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Annenin depresyon ve anksiyete düzeyi ile çocuğunun beslenmesini yeterli bulması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca annenin depresyon ve anksiyete düzeyinin çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi beslenme alışkanlığından etkilendiğini düşünmesine etkisi görülmemişken, çocuğunun beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumundan etkilendiğini düşünmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olan anneler daha çok çocuklarının beslenme alışkanlığının kendi duygusal durumlarından etkilendiğini ifade etmişlerdir.

Çocuğun günlük televizyon izleme süresine annenin depresyon ve anksiyete düzeyinin etkisi incelenmiş ve depresyon düzeyi ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamışken, anksiyete düzeyinin etkisi olduğu görülmüştür. Buna göre anksiyete düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarının günlük 3-4 saat televizyon izleme oranı daha yüksektir.

Çalışmada annenin çocuğunun beslenmesini yeterli bulması ile çocuğunun her gün ara öğün yapması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çocuğu her gün ara öğün yapan anneler çocuklarının beslenmesini daha yeterli bulmaktadır.

Çocuğun yemek yeme yöntemi ile bazı besinlerin tüketim sıklıkları karşılaştırılmıştır. Yemek yeme şeklinin tost-hamburger-sandviç tüketim sıklığına etkisi olduğu görülmüştür. Buna göre yemek masasında yemek yiyen çocukların tost-hamburger-sandviç tüketim sıklıkları daha düşüktür.

Çalışmamızda çocuğun beslenme durumuna annenin depresyon ve anksiyete düzeyinin direk etkisi görülmemiş olsa da beslenme alışkanlıklarının gelişmesine etkisi olduğu görülmüştür. Bu da uzun vade de çocuğunun sağlığının annenin ruhsal durumundan etkilenebileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda annenin beslenme alışkanlığına dair bilgi alınmadığı için çocuğun beslenme alışkanlıklarına etkisi saptanmıştır. Ancak çıkan sonuçlar dâhilinde çocukların sağlığı için önlem alınması önemli olabilir. Yurt dışında yapılan çeşitli araştırmalarda aile hekimlerinin ailelerin psikolojik düzeyini izlediği vurgulanmıştır. Bizim ülkemizde de aile hekimleri aileleri daha yakından takip edip belirli aralıklarla psikolojik test uygulayabilirler. Böylece erken müdahale ile ailenin sağlıklı etkileşimi korunabilir.

Annelerin çocuklarının beslenmesi üzerine etkilerini birçok yönden inceleyecek disiplinler arası daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.KAYNAKLAR

- ACHARYA K, FEESE M, FRANKLİN F, KABAGAMBE EK (2011) Body mass index and dietary intake among head start children and caregivers. J Am Diet Assoc, 111, 1314-21.
- ADA (1998) The Pediatric Nutrition Dietetic Practice Group. Nutrition mangement of the preschool child, USA, pp 87-95.
- AKAR, A.S (2006) Özel ve Resmi Okul Öncesi Eğitim Kurumlarına Devam Eden Dört Altı Yaş Grubu Çocuklarının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- AKSUN, B (2002) Sağlıklı beslenme ve diyet, Damla Yayınevi, İstanbul.
- ALGÜL A, ATEŞ MA, SEMİZ ÜB (2007) Depresyon etiolojisinde çağdaş modeller. Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci., 3, 6-11.
- ALKIN T, ONUR E (2007) Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Psikiyatri Temel Kitabı, Ed: E Köroğlu, C Güleç, 2. Basım, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara, s.296-299.
- ALPHAN, M. E (2005) Sağlıklı Beslenme Sağlıklı Lezzetler, 2. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.
- AMMANİTİ M, AMBRUZZİ AM, LUCARELLİ L ve ark. (2004) Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implication, J Am Coll Nutr 23(2), 259-271.
- ANDERSON SE, WHITAKER RC (2010) Household routines and obesity in US preschool-aged children. Pediatrics, 125, 420-28.
- ANDERSSON L, SUNDSTROM-POROMAA I, BİXO M, WULFF M, BONDESTAM K, ASTROM M (2003) Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study, Am J Obstet Gynecol, 189, 148–154.

- ARLI M, SANLIER S, KÜÇÜKKÖMÜRLER S, YAMAN M (2006) Anne Çocuk Beslenmesi, Pegama Yayınları, Ankara.
- AŞKIN R (1999) Depresyon El Kitabı, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Selçuk Üniversitesi, Konya.
- ATA R N, LUDDEN A B, LARRY MM (2006) The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence, J Youth Adolescence, 1024-1037.
- AYDEMİR Ö, KÖROĞLU E (2000) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:109-110.
- BABAOĞLU K, HATUN Ş (2002) Çocukluk çağında obezite, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11/1. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0102/obezite.pdf> (11.01.2010)
- BARNOW S, LİNDEN M, LUCHT M (2002) The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders, J Aff Dis, 72, 71-78.
- BAUGHUM AE, BURKLOW KA, DEEKS CM, POWERS SW, et al (1998) Maternal feeding practices and childhood obesity: a focus group study of low-income mothers. Arch Pediatr Adolesc Med., 152, 1010-14.
- BAYSAL A, AKSOY M, BESLER T, BOZKURT N, KEÇECİOĞLU S, MERCANLIGİL SM, KUTLUAY MERDOL T, PEKCAN G, YILDIZ E (2011) Diyet El Kitabı, 6. baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, s: 24-27.
- BAYSAL A (2009) Beslenme, 12. baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara.
- BAYSAL A, ARSLAN P (2000) Doğumdan Yetişkinliğe Çocuk Yemekleri Çocuğun Bilinçli ve Sağlıklı Beslenmesi, 3. baskı, Özgür Yayınları, İstanbul.
- BAYSOY S (2006) 10-15 Yaş Arası Okul Çocuklarında Antropometrik ve Metabolik Ölçümlerin Doğum Tartıları İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- BEARDSLEE WR, VERSAGE EM, GLADSTONE TRG (1998) Children of affectively ill parents: a review of the past ten years, Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 37 (11):1134-1141.

- BECK AT (1961) An inventory for measuring depression, Arch Gen Psychiatry. ,4:561-71
- BECK AT, EPSTEİN N, BROWN G, STEER RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, J Consult Clin Psychol., 56, 893-897.
- BENNETT HA, EİNARSON A, TADDİO A, KOREN G, EİNARSON T (2004) Prevalence of depression during pregnancy: systematic review, Obstet Gyneco, 103. 698–709.
- BERDANIER CD Ed. (2008) Handbook of Nutrition and Food, Taylor and Francis Group, London.
- BİRCH LL, ZİMMERMAN S HİND, H. (1980) The influence of social-affective in the ecological study of learning (Johnston, T. & Pietrewicz, A., eds.), pp. context on preschoolers' food preferences. Child Dev. 51, 856–861.
- BLACK MM (1999) Commentary: Feeding Problems: An Ecological perspective. J Pediatr Psychology, 24 (3):217-219.
- BLACK MM (2003) Micronutrient deficiencies and cognitive functionin., J Nutr,133, 3927S-3931S.
- BOURDON KH, BOYD JH, RAE DS, BURNS BJ, THOMPSON JW, LOCKE BZ (1988) Gender differences in phobias: results of the ECA community survey, J Anxiety Disorders, 2, 227–241.
- BRADLEY Y, BRADLEY A (2002) Gelecek Yiyeceklerde, İnkılap Kitabevi, İstanbul.
- CAMCI N (2010) Çocuk Beslenme Anketi'nin (Child Feeding Questionnaire- ÇFQ) Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Saptanması ve Türk Ebeveynlerine Uygulanması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- CANTEZ T, EKER ÖMEROĞLU R, BAYSAL B, OĞUZ F (2003) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:73-83.
- CEYLAN ME (2001) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 4.cilt, 1. baskı, İstanbul, s: 1-10.
- CHATOOR I (2000) Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. Kaplan HI, Sadock VA (Ed). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. S. 2704-2710.

- CLARK HR, GOYDER P, BISSELL P, BLANK L, PETERS J (2007) How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy, *J Public Health*, 29, 132-41.
- COOKE LJ, WARDLE J, GIBSON EL, SAPOCHNIK M, SHEIHAM A, LAWSON M (2004) Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutr*, 7(2), 295-302.
- COX R, SKOUTERIS H, RUTHERFORD L, FULLER-TYSZKIEWICZ M, ET AL (2012) Television viewing, television content, food intake, physical activity and body mass index: a cross-sectional study of preschool children aged 2-6 years, *Health Promot J Austr*, 23, 58-62.
- CRITTENDEN PM (1987) Non-organic failure to thrive: deprivation or distortion, *Infant MentHealth J*, 8(1), 51-64.
- CURRAN C, KNAPP M, MCDAID D, TOMASSON K (2007) Mental health and employment: an overview of patterns and policies across the 17 MHEEN countries, *J. Ment. Health*, 16, 195-210.
- ÇAMLİBEL İA (2012) Çocukların Gelişim Süreci ve Televizyonun Etkileri. Uzmanlık Tezi. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Ankara.
- ÇELİKOYAR Z (1988) Sosyo-Ekonomik Düzeyi Düşük Bir Grup Kentsel Çocuğun Beslenme ve Gelişim Durumları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.
- ÇETİN İ, BİLİCİ M, BEKAROĞLU M, KÖROĞLU MA, ULUUTKU N (1999) Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon.
- DAWSON A, TYLEE A (2001) Depression: social and economic timebomb, London, BMJ Books.
- DERELİ, F (2006) 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri ve Aile Etkileşimi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- DROTAR D, ECKERLE D (1989) The family environment in nonorganic failure to thrive: a controlled study, *J Pediatr Psychiatry*, 14, 245-257.

- DUBOİS L, FARMER AP, GİRARD M, PETERSON K (2007) Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight, *Eur J Clin Nutr.*, 61, 846-55.
- DUNİZ M, SCHEER PJ, TROJOVSKY A VE ARK. (1996) Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment, *Europ Child Adoles Psychiatry*, 5(2), 93-100.
- EDWİN M (1997) Atypical depressive symptoms in seasonal and non-seasonal mood disorders, *J Affect Disord*, 44, 39-44.
- ELGAR FJ, MCGRATH PJ, WASCHBUSCH DA, STEWAART SH ve CURTİS LJ (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment Problems, *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- ELGÜN S (2001) Depresyon Nörobiyokimyası, *Modern Tıp Seminerleri*, 18, 8-19.
- EPSTEİN LH, GORDY CC, RAYNOR HA, BEDDOME M, KILANOWSKI CK, PALUCH R (2001) Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity, *Obes Res*, 9(3):171-178.
- ERDOĞAN S (2005) Beslenme ve Besin Teknolojisi, 1. Baskı, Detay Yayınları, Ankara.
- ERKORKMAZ Ü, YILMAZ R, DEMİR O, SANİSOĞLU SY, ETİKAN İ, ÖZ-ÇETİN M (2013) Çocuklarda yeme davranışı ile ebeveyn besleme tarzı arasındaki ilişkinin kanonik korelasyon analizi ile incelenmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 33, 138-48.
- ESEL E (2002) Depresyondaki Nöroendokrinolojik Bulgular, *Klinik Psikiyatri Ek 4*:35-50.
- ESEL E (2003) Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13,78-87.
- EVANS J, HERON J, FRANCOMB H, OKE S, GOLDİNG J (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, *BMJ*, 323, 257-60.
- FAİTH MS, SCANLON KS, BİRCH LL, FRANCİS LA, SHERRY B (2004) Parent- child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status, *Obes Res*, 12, 1711-22.

FEİNSTEİN AR Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research.
Philedelphia, Saunders, 198

FELDMAN R, KEREN M, GROSS-ROZVAL O VE ARK. (2004) Motherchild touch
pattrens in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental
faktors, J Am Acad Child Adoles Psychiatry, 43(9), 1089-1097.

FİORİTO LM, MARİNİ M, FRANCİS LA, SMİCİKLAS-WRİGHT H, ET AI (2009)
Beverage intake of girls at age 5 y predicts adiposity and weight status in childhood
and adolescence, Am J Clin Nutr. 90, 935-42.

FİŞHER JO, MİTCHELL DC, SMİCİKLAS-WRİGHT H, BİRCH LL (2002) Parental
influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes, J Am
Diet Assoc, 102,58-64.

GAVİN NI, GAYNES BN, LOHR KN, MELTZER-BRODY S, GARTLEHNER G,
SWİNSON T (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and
incidence, Obstet Gynecol,106,1071-1083.

GELFAND DM, TETİ DM (1990) The effects of maternal depression on children, Clinical
Psychology Review, 10, 329-353.

GENÇTAN E (1981) Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Maya Matbaacılık
Yayıncılık Lt. Şti. Yayınları Eğitim Dizisi, Ankara.

GOLAN M, FAİNARU M, WEİZMAN A (1998) Role of behaviour modification in the
treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change, Int J
Obes Relat Metab Disord, 22(12),1217-1224.

GÖKÇAY G, GARİPAĞAOĞLU M (2002) Çocukluk Ve Ergenlik Döneminde Beslenme, 1.
baskı, Saga Yayınlar, İstanbul.

GOODMAN SH, GOTLİB IH (1999) Risk for psychopathology in the children of depressed
mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission,
Psychological Review, 106 (3), 458-490.

GÜNEYLİ U (1988) 4-6 yaş grubu çocuklarında beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen
etmenler konusunda bir araştırma, Beslenme ve Diyet Dergisi, Yeniçağ Matbaası,
Ankara, Cilt.17, s.37.

HAMMONS AJ, FİESE BH (2011) Is frequency of shared family meals related to the
nutritional health of children and adolescents?, Pediatrics,127,1565-74.

- HAMNER L (1992) The development of eating behavior in childhood, *Pediatric Clinics of North America*, 39(3), 379-393.
- HART CN, RAYNOR HA, JELALIAN E, DROTAR D (2010) The association of maternal food intake and infants' and toddlers' food intake, *Child Care Health Dev*, 36(3), 396-403.
- HATUN Ş (2002) Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Ankara.
- HENDY HM, WILLIAMS KE, CAMISE TS, ECKMAN N, HEDEMANN A (2009) The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight, *Appetite*, 52,328-39.
- IMPERATORE G (2004) Childhood obesity: Is it time for action?, *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 16(4), 235-238.
- ISIK E (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, s.20-32.
- JADHAV S (2000) The cultural construction of Western depression, *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, V Skultans, J Cox (Ed), Jessica Kingsley Publishers Ltd, London, 41-65.
- JEFFREY LC (2003) Neuropsychiatry and Behavioral Neurology. Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi, Çeviren: AKDAL G, YENER G, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s:1-18.
- JİANG J, ROSENQVİST U, WANG H, GREİNER T, MA YI, TOSCHKE AM (2006) Risk factors for overweight in 2- to 6year-old children in Beijing, China. *Int J Pediatr Obes*, 1,103-08.
- JOHNSON LS (2003) *Therapist's Guide to Clinical Intervantion*, New York: Academic Pres, 314.
- KAPLAN HI, SADOCK BJ (1998) Generalized anxiety disorder. In: *Synopsis of Psychiatry Bahavioral Sciences/Clinical Psychiatry* Ed. Kaplan HI, Sadock BJ, 8th ed. Mass Publishing Company, Egyp, pp. 623-28.
- KASTRO R, KOZACIOĞLU G (2000) Evlilik uyumu ve depresyon, 9. Anadolu Psikiyatri Günleri, Edirne, 13-17 Haziran, 663-669.

- KAVANAGH KF, COHEN RJ, HEİNİG MJ, DEWEY KG (2008) Educational intervention to modify bottle-feeding behaviors among formula-feeding mothers in the WIC program: impact on infant formula intake and weight gain, *J Nutr Educ Behav.*, 40, 244-50.
- KAYAHAN B, ALTINTOPRAK E, KARABİLGİN S, ÖZTÜRK Ö (2003) On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 4, 208-219.
- KAYGISIZ A, ALKIN T (1999) Konversiyon bozukluğundaki ruhsal bozukluk eş tanılarının değişkenlerle ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 40-49.
- KENİS DR (1980) A study of the personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing , *Soc Psychiatr Epidemiol*, 35, 531-538.
- KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, WİTTEN H, KENDLER KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- KESSLER RC, ANGERMEYER M, ANTHONY JC, GRAAF R, DEMYTTENAERE K, GASQUET I, GIROLAMO GD, GLUZMAN S, GUREJE O, HARO JM, KAWAKAMI N, KARAM A, LEVINSON D, MEDINA MORA ME, BROWNE MO, POSADA-VILLA J, STEIN DJ, ADLEY TSANG CH, AGUILAR-GAXIOLA S, ALONSO J, LEE S, HEERINGA S, PENNELL BE, BERGLUND P, GRUBER MJ, PETUKHOVA M, CHATTERJI S, ÜSTÜN TB (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO world mental health surveys, *World Psychiatry*, 6, 168-76.
- KILIC C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalık yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları, N. Erol, C. Kılıc, , M. Ulusoy, M. Kececi, ve Z. Simsek (ed.), *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd.Sti., 77-93, Ankara.
- KILIÇ C, ESEL E (2002) Stres Tepkisi Süreci, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 41-48.
- KOBAK C (2009) Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması, *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- KÖKNEL Ö (1988) *Zorlanan İnsan*. 2. Basım, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.

- KÖKSAL G, GÖKMEN H (2013) Çocuk hastalıklarında Beslenme Tedavisi, 2. Baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara.
- KÖKSAL G, GÖKMEN H (2000) Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi, 1. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- KÖROĞLU E (2007) Majör Depresyon. Psikiyatri Temel Kitabı. Ed: E Köroğlu, C Güleç, 2. Basım, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara.
- KREBS NF, JACOBSON MS (2003) American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics. 112, s.424–430. Erişim: [<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/112/2/424>], Erişim tarihi: 20.06.2017.
- KRÖLLER K, WARSCHBURGER P (2008) The association between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight, Appetite, 51, 166-72.
- KUTLUAY-MERDOL T (1999) Okul Öncesi Dönem Eğitimi Veren Kişi ve Kurumlar İçin Beslenme Eğitimi Rehberi. Özgür Yayınları, İstanbul.
- KUZGUN Y (1972) Kendini gerçekleştirme, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi, 10,162-172.
- KÜÇÜKASLAN N, BAYSAL A (2003) Beslenme İlkeleri Ve Menü Planlaması, Ekin Kitabevi, Bursa.
- LAROWE TL, ADAMS AK, JOBE JB, CRONIN KA, VANNATTER SM, PRINCE RJ (2010) Dietary intakes and physical activity among preschool-aged children living in rural American Indian communities before a family-based healthy lifestyle intervention, J Am Diet Assoc., 110,1049-57.
- LEE AM, LAM SK, SZE MUN LAU SM, CHONG CS, CHUI HW, FONG DY (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression, Obstet Gynecol.,110(5),1102-12.
- LİM S, ZOELLNER JM, LEE JM, BURT BA, SANDRETTO AM, SOHN W, ISMAIL AI, LEPKOWSKI JM (2009) Obesity and sugar-sweetened beverages in African-American preschool children: a longitudinal study, Obesity (Silver Spring), 17:1262-68.

- LOCARD E, MAMELLE N, BİLLETTE A, MİGİNİAC M, MUNOZ F, REY S (1992) Risk factors of obesity in a five year old population. Parental versus environmental factors, *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 16, 721-29.
- LOVEJOY MC, GRACZYK PA, O'HARE E, NEUMAN G (2000) Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.
- LUMENG JC, RAHNAMA S, APPUGLIESE D, KACİROTİ N, BRADLEY RH (2006) Television exposure and overweight risk in preschoolers, *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160, 417-22.
- MARAKOĞLU D, DEMİRER S, ÖZDEMİR D, SEZER H (2003) Periodontal tedavi öncesi durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 6(2):73-79.
- MARAKOĞLU K, ÇİVİ S, SAHSIVAR S, ÖZDEMİR S (2006) The relationship between smoking status and depression prevalence among first and second year medical students, *J of Dependence*, 7, 129-34.
- MCCLAIN AD, CHAPPUIS C, NGUYEN-RODRIGUEZ ST, YAROCH AL, SPRUIJT-METZ D (2009) Psychosocial correlates of eating behavior in children and adolescents: a review, *Int J Behav Nutr Phys Act*, 6:54.
- MERDOL TK, BAŞOĞLU S, ÖRER N (1997) *Beslenme ve Diyetetik: Açıklamalı Sözlük*, 1. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- MERMER, M (2003). *Kreşe devam eden 3-6 yaş çocuklarının beslenmeye ilişkin tutum ve davranışlarında ailenin rolü. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- MONASTA L, BATTY GD, CATTANEO A, LUTJE V, RANFONİ L, VAN LENTHE FJ, BRUG J (2010) Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews, *Obes Rev.*, 11, 695-708.
- MONTOYE AH, PFEIFFER KA, ALAİMO K, BETZ HH, PAEK H, CARLSON JJ, EISENMANN JC (2013) Junk food consumption and screen time: association with childhood adiposity, *Am J Health Behav*, 37, 395-403.
- MUSHER-EİZENMAN DR, De LAUZON-GUİLLAİN B, HOLUB SC, LEPORC E, CHARLES MA (2009) Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France, *Appetite*, 52, 89-95.

MUSTARDA JF (2002) Early child development and the brain- the base for health, learning, and behavior throughout life. From Early Child Development to Human Development. Investing in Our Children's Future. Ed. ME Young, The World Bank, Washington DC, p: 23-62.

MÜFTÜOĞLU O (2004) Hafifleyin, Gençleşin. 1. Baskı, Doğan Kitapçılık, İstanbul.

National Research Council and Institute of Medicine. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development (2000) Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Ed: JP SHONKOFF, DA PHILLIPS, National Academy Press, Washington DC.

NADER PR, O'BRIEN M, HOUTS R, BRADLEY R, BELSKY J, CROSNOE R (2011) National Institute of Child Health and Human Development, Strasburger VC. Children, adolescents, obesity, and the media, Pediatrics.128, 201-08.

NAJMAN JM, WILLIAMS GM, NIKLES J, SPENCE S, BOR W, O'CALLAGHAN M, LE BROUQUE R, ANDERSSON MJ (2000), Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39 (5), 592-602.

NEYZİ O, SAKA N (2002) Türk çocuklarında antropometrik araştırmalar, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 65(3), 211-228.

National Institute of Mental Health, D/ART Campaign (1995) Depression: what every woman should know, Pub No. 95-3871.

NOLEN-HOEKSEMA S, GRAYSON C (1999) Explaining the gender difference in depressive symptoms, J Personal Soc Psychol, 77, 1061-1072.

OĞUZ Ş (2011) Konya İl Merkezinde Okulöncesi Eğitim Kurumlarına Devam Etmekte Olan 60-72 Aylık Çocukların Beslenme Alışkanlıkları. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

BİLİCİ S, KÖKSAL E (2013) Okul Öncesi Ve Okul Çağı Çocuklara Yönelik Beslenme Önerileri Ve Menü Programları. Sağlık bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Koza Matbaacılık, Ankara.

ÖRMENCİ AÖ (1987) Isparta İline Bağlı Senirkent İlçesi ve Köylerinde İlkokul Çocuklarının Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ÖZÇETİN M, YILMAZ R, ERKORKMAZ Ü, ESMERAY H. (2010) Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Türk Ped Arş, 45, 124-31.

ÖZMERT EN (2005) Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I: Beslenme. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 48, 179-195.

ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.

ÖZTÜRK O (2002) Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 9.basım. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.

PEHLİVAN A (2009) Çocuk Ve Genç Futbolcuda Beslenme. 1. baskı, TFFFGM Futbol Eğitim Yayınları, İstanbul, 6.

PÉREZ-MORALES E, BACARDÍ-GASCÓN M, JIMÉNEZ-CRUZ A (2013) Sugar-sweetened beverage intake before 6 years of age and weight or BMI status among older children; systematic review of prospective studies, Nutr Hosp., 28:47-51.

PİLEGGİ C, LOTİTO F, BIANCO A, NOBILE CG, PAVIA M (2013) Relationship between chronic short sleep duration and childhood body mass index: a school-based cross-sectional study. PLoS One., 8(6):e66680.

POLAN HJ, KAPLAN MD, KESLER DB, SHİNDLEDECKER R, NEWMARK M, STERN DN, WARD MJ (1991) Psychopathology in mothers of children with failure to thrive, Infant Ment Health J, 12(1), 55-64.

RAYNOR P, RUDOLF MCJ (1996) What do we know about children who fail to thrive?, Child Care Health Dev, 22(4), 241-250.

RİCKELS K, SCHWEİZER E (1990) The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder, J Clin Psychopharmacol 10(Suppl), 101-110.

RİHMER Z, ANGST J (2007) Comprehensive Text Book of Psychiatry. Duygudurum bozuklukları: epidemiyoloji. In: Sadock BJ, Sadock VA. 8. baskı. 2.Cilt. Güneş Kitabevi. 1575-1582.

RODRİGO PC, ARENCETA J (2001) School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives, Public Health Nutrition., Vol. 4, Iss. 1a, p: 131- 9.

- SAATÇIOĞLU Ö (2001) Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11(1), 60-77.
- SADOCK BJ, SADOCK VA (2005) Klinik psikiyatri. 2. baskı. Günes Kitapevi, Ankara, 174-354.
- SATTER EM (1986) Childhood eating disorders, J Am Diet Assoc, 86(3), 357-361.
- SEPP H, ABRAHAMSSON L, JUNBERGER ML, RİSVİK E (2002) The contribution of food groups to the nutrient intake and food pattern among preschool children, Food quality and preference, Volume 13, Issue 2, p:107-116.
- SEZER Ö (2010) Ergenlerin kendilik algılarının anne baba tutumları ve bazı faktörlerle ilişkisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1:1-19.
- SLEDDENS EF, KREMERS SP, DE VRİES NK, THİJS C (2010) Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7, Appetite, 54: 30-6.
- STEİN A, BARNES J (2002) Feeding and sleep disorders, Child and Adolescent Psychiatry, 4th Edition. Ed. M RUTTER, E TAYLOR, Blackwell Publishing, Oxford, p: 754-775.
- STEVENSON C, DOHERTY G, BARNETT J, MULDOON OT, TREW K (2007) Adolescents' views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating, Journal of Adolescence, 418-434.
- ŞANLIERO N, ERSOY Y (2004). Çocuk ve Beslenme. 2. baskı, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.
- TANIR F, ŞAŞMAZ T, BEYHAN Y, BİLİCİ S (2001) Bir tekstil fabrikasında çalışanların beslenme durumu, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 22-25.
- TAYCAN O, KUTLU L, ÇİMEN S, AYDIN N (2006) Bir üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, Psikiyatri Dergisi (7), 100-108.
- TEBOR SH (2000) The incidence and correlation of feeding problems in a normal population of toddlers, Yayınlanmamış tez çalışması, The George Washington University.

- TERZİ AÖ (2005) Bir-Üç Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarda Beslenme Alışkanlıkları Ve Günlük Posa Alım Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- TIAN Z, YE T, ZHANG X, LIU E, WANG W, WANG P, LIU G, YANG X, HU G, YU Z (2010) Sleep duration and hyperglycemia among obese and nonobese children aged 3 to 6 years, Arch Pediatr Adolesc Med., 164, 46-52.
- TİBBS T, HAİRE-JOSHU D, SCHECHTMAN KB, BROWNSON RC, NANNEY MS, HOUSTON C, AUSLANDER W (2001) The relationship between parental modeling, eating patterns, and dietary intake among African-American parents, J Am Diet Assoc, 101, 535-541.
- TİMMİMİ S, DOUGLAS J, TSİFTOPOULOU K (1997) Selective eatres: a retrospective case note study, Child Care Health Dev, 23(3), 265-278.
- TSİGOS C, CHROUSOS GP (2002) Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress, Journal of Psychosomatic Research, 53, 865– 871.
- ERKAN T, YALVAÇ S, ERGİNÖZ E, ÇOKUĞRAŞ FÇ, KUTLU T (2007) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası’ndaki çocukların beslenme durumlarının antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi, Türk Ped Arfl, 42, 142-7.
- TÜRKER A (2012) Anne babanın çocuğun kişilik gelişimine etkisi. Erişim:[[http:// www.bilted.com/ icsayfa.asp?an=5&id=23](http://www.bilted.com/icsayfa.asp?an=5&id=23)], Erişim tarihi 10.07.2017.
- Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi (2015) 1. Baskı, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- ULUSOY M, ŞAHİN NH, ERKMEN H (1998) Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties, J. Cogn Psychother. 12, 163-172.
- U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture (2005) Dietary Guidelines for Americans, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 2005 Erişim:[www.healthierus.gov/dietaryguidelines], Erişim Tarihi: 12.05.2017.
- UNICEF / UNHCR / WFP / WHO (2002) Food and Nutrition Needs in Emergencies. WFP, Rome.
- ÜSTÜN TB, CHATTERJİ S. Global burden of depressive disorders and future projections. In: VAN ROSSUM CMT, BUCHNER FL, HOEKSTRA J. Dutch State Institute for

Nutrition and Health Quantification of health effects of breastfeeding. Review of the literature and model situation. RIVM Report; 2005.

VEREËCKEN C, LEGIEST E, DE BOURDEAUDHUIJ I, MAES L (2009) Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption, *Am J Health Promot*, 23, 233-40.

VEREËCKEN CA, KEUKELIER E, MAES L (2004) Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children, *Appetite*, 43(1), 93-103.

WARDLE J, SANDERSON S, GUTHRIE CA, RAPOPORT L, PLOMIN R (2002) Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk, *Obes Res*, 10, 453-62.

WEISSMAN MM, FEDER A, PILOWSKY JD, OLFSO M, FUENTES M, BLANCO C, LANTIGUA R, GAMEROFF MJ, SHEA S (2004), Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders*, 78, 93-100.

WILLIAMS KE, KORAN LM (1997) Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum, *J Clin Psychiatry*, 58,330-334.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2007) The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response Summary. Denmark.

WYSE R, CAMPBELL E, NATHAN N, WOLFENDEN L (2011) Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: A cross-sectional study, *BMC Public Health*, 11:938.

YABANCI N, ŐİMŐEK I, İSTANBULLUOĞLU H, BAKIR B (2009) The Prevalence of Obesity and Associated Factors in a Kindergarten in Ankara, *TAF Prev Med Bull*, 8(5), 397-404.

YAŞAR H, MELEK S (2003) *Besinler ve Beslenme*, 1. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

YAVUZER H (2006) *Çocuk Eğitimi El Kitabı* (20. Baskı), Remzi Kitabevi, İstanbul.

YEMEZ B, ALPTEKİN K (1998) Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dñnyası* 2 (1): 21-25.

YILMAZ R, ERKORKMAZ Ü, ÖZÇETİN M, KARAASLAN E (2013) How does parents' visual perception of their child's weight status affect their feeding style?, *Nutricion Hospitalaria* ,28, 741-6.

YİN J, QUINN S, DWYER T, PONSONBY AL (2012) Maternal diet, breastfeeding and adolescent body composition: a 16-year prospective study, *Eur J Clin Nutr.*, 66:1329-34.



EK 1: ANKET FORMU

2-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Çocuğun Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişki

Lütfen 1-15 arasındaki soruları kendiniz için cevaplayınız.

1. Yaşınız:
2. Öğrenim Durumunuz
 1. Okur-yazar
 2. İlkokul
 3. Lise
 4. Yüksek Okul/Üniversite
 5. Yüksek Lisans ve üzeri
3. Medeni durumunuz
 1. Evli
 2. Bekar
 3. Boşanmış-Dul
4. Mesleğiniz
 1. Ev hanımı
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Emekli
5. Eşinizin yaşı:
6. Eşinizin Öğrenim Durumu
 1. Okur-yazar
 2. İlkokul
 3. Lise
 4. Yüksek Okul/Üniversite
 5. Yüksek Lisans ve üzeri
7. Eşinizin Mesleği
 1. Çalışmıyor
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Emekli
8. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz
9. Evde sizinle birlikte yaşayan anne/dede/hala vs var mı?
 1. evet
 2. Hayır
10. Cevabınız evet ise kim.....
11. Tanı konulmuş hastalık durumu
 1. Evet
 2. Hayır
12. Sürekli ilaç kullanma durumu
 1. Evet
 2. Hayır
13. Çocuk sayısı
 1. 1-2
 2. 3-4
 3. 5-6
 4. 7 ve üstü
14. Sizin çocukken beslenme ile ilgili sorunuz olmuş mu?
 1. Evet
 2. Hayır
15. Eşinizin çocukken beslenme ile ilgili sorunuz olmuş mu?
 1. Evet
 2. Hayır

Lütfen 16-20 arasındaki soruları çocuğunuz için cevaplayınız.

16. Yaş
17. Cinsiyet
18. Ağırlık
19. Boy
20. BKİ
21. Çalışmaya katılan çocuğunuz kaçınıcı çocuk?.....

- 22.Çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı? 1.Evet 2. Hayır
- 23.Çocuğunuzun sürekli kullandığı bir ilaç var mı? 1. Evet 2.Hayır
- 24.Ne zamana kadar anne sütü aldı?ay
- 25.Ek gıdalara ne zaman başladınız?ay
- 26.Çocuğunuz besin desteği amaçlı ilaç (vitamin, demir, balık yağı vs) kullandı mı?
1.Evet 2.Hayır
27. Cevabınız "Evet" ise hangi besin desteğini kullandı?
1.Demir 2.Çinko 3.Folik asit 4.B12 5.Multivitamin
28. Kreş eğitimi alıyor mu ? 1. Evet 2. Hayır
29. Çocuğunuz gündüz uyuyor mu? 1.Evet 2.Hayır
- 30.Genellikle akşam saat kaçta uyur?
- 31.Tuvalet eğitimini tamamladı mı?
1.Henüz başlamadı 2.Yeni başlıyoruz 3.....yaşında tamamladı
- 32.Çocuğunuzun gece altını ıslatması oluyor mu? 1.Evet 2.Hayır
- 33.Çocuğunuzun gündüz altını ıslatması oluyor mu? 1.Evet 2.Hayır
- 34.Çocuğunuzun günlük TV izleme süresi ne kadardır?
1. hiç izlemez 2. 1-2 st/gün 3.3-4 st/gün 4. 5 saat ve üzeri 5. TV hiç kapanmaz
35. Çocuğunuzun yemek yeme yöntemi
1.Yemek masasında 2. Televizyon karşısında 3.Masal anlatarak 4.Oyun oynatarak
5.Arkasından takip ederek
36. Çocuğunuz yemek yerken aşağıdakilerden hangisi masada olur?
1.TV 2. Tablet 3.Bilgisayar 4.Cep telefonu 5. Kitap 6. Diğer 7. Hiçbiri
- 37.Çocuğunuzun yardımsız yemek yemeye başlama zamanı
1.Yardımsız yiyemiyor 2. 1.5 yaş 3.2 yaş 4.3 yaş
- 38.Yemek yemediğinde uygulanan yöntem
1. Zorla Yedirme 2.Ödül 3.Ceza 4.Sinirlenme 5.Anlatma yöntemi

39.Öğün sıklığı

	Her gün	Gün aşırı	Haftada 1-2 kez	Ayda 1-2 kez	Hiç
Kahvaltı					
Kuşluk					
Öğle Yemeği					
İkindi					
Akşam Yemeği					
Gece					

40.Besinleri tüketim sıklığı

	Her gün	Gün aşırı	Haftada 1-2 kez	Ayda 1-2 kez	Hiç
Süt,Yoğurt					
Beyaz Peynir					
Kırmızı Et					
Beyaz Et					
Yumurta					
Kurubaklagil					
Ekmek					
Meyve					
Reçel,Bal					
Tereyağı					
Zeytinyağı					
Tost					
Hamburger					
Sandviç					
Bisküvi, Kek					
Cips					
Kola					
Çay, Kahve					
Meyve Suyu					
Şeker,Çikolata					

41. Çocuğunuz yemek aralarında atıştırmalık ürün ne tercih eder?

- | | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| 1.Aralarda bir şey yemez | 2.Meyve/sebze | 3.Kuruyemiş | 4.Diyet ürünler |
| 5.Bisküvi/kraker | 6.Cips | 7.Kek/pasta/börek | 8.Meşrubat |
| 9.Çokolata/gofret | 10.DİĞER..... | | |

42.Evde yemek genellikle nasıl yenir?

- 1.Aile bir arada, masada mutfakta yenir.
- 2.Aile bir arada masada/yer sofrasında salon/yemek odasında yenir.
- 3.Herkes yemeğini alıp odasında yer.
- 4.Herkes yemeğini alıp tv karşısında yer.
- 5.DİĞER

43.Çocuğunuzun beslenmesini yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

44.Çocuğunuzun sizin beslenme alışkanlıklarınızdan etkilenerек beslenme alışkanlıklarının şekillendiğini düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

45.Çocuğunuzun beslenmesinin sizin duygusal durumundan etkilendiğini düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

EK 2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi Toplam

- Minimal depresyon 0-9
- Hafif depresyon 10-16
- Orta depresyon 17-29
- Şiddetli depresyon 30-63



EK 3: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DÂHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç 0 puan	Hafif 1 puan	Orta 2 puan	Ciddi 3 puan
Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
Bacaklarda halsizlik, titreme				
Gevşeyememe				
Çok kötü şeyler olacak korkusu				
Baş dönmesi veya sersemlik				
Kalp çarpıntısı				
Dengeyi kaybetme korkusu				
Dehşete kapılma				
Sinirlilik				
Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
Ellerde titreme				
Titreklilik				
Kontrolü kaybetme korkusu				
Sıcak / ateş basmaları				
Ölüm korkusu				
Korkuya kapılma				
Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
Baygınlık				
Yüzün kızarması				
Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				
Nefes almada güçlük				

Anksiyete derecesi Toplam

0-7 puan = Minimal düzeyde anksiyete belirtileri

8- 15 puan = Hafif düzeyde anksiyete belirtileri

16-25 puan = Orta düzeyde anksiyete belirtileri

26-63 puan = Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri.



EK 4: YAŞA GÖRE VÜCUT AĞIRLIĞI (0-5 YAŞ-ERKEK VE KIZ)-WHO 2006

Yaş			Percentil (kg)							Z-skor (kg)				
Yıl	Av	Hafta	3.	5.	15.	50.	85.	95.	97.	-2SD	-1SD	Medyan	+1SD	+2SD
ERKEK														
	0	0	2.5	2.6	2.9	3.3	3.9	4.2	4.3	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4
		1	2.6	2.7	3.0	3.5	4.0	4.4	4.5	2.6	3.0	3.5	4.0	4.6
		2	2.8	3.0	3.2	3.8	4.3	4.7	4.9	2.8	3.2	3.8	4.3	4.9
		3	3.1	3.2	3.5	4.1	4.7	5.1	5.2	3.1	3.5	4.1	4.7	5.3
	1	0	3.4	3.6	3.9	4.5	5.1	5.5	5.7	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8
		3	5.1	5.2	5.6	6.4	7.2	7.7	7.9	5.0	5.7	6.4	7.2	8.0
		6	6.4	6.6	7.1	7.9	8.9	9.5	9.7	6.4	7.1	7.9	8.8	9.8
		9	7.2	7.4	7.9	8.9	10.0	10.6	10.9	7.1	8.0	8.9	9.9	11.0
1	0		7.8	8.1	8.6	9.6	10.8	11.5	11.8	7.7	8.6	9.6	10.8	12.0
1	6		8.9	9.1	9.7	10.9	12.3	13.1	13.5	8.8	9.8	10.9	12.2	13.7
2	0		9.8	10.1	10.8	12.2	13.7	14.7	15.1	9.7	10.8	12.2	13.6	15.3
2	6		10.7	11.0	11.8	13.3	15.0	16.2	16.6	10.5	11.8	13.3	15.0	16.9
3	0		11.4	11.8	12.7	14.3	16.3	17.5	18.0	11.3	12.7	14.3	16.2	18.3
3	6		12.2	12.5	13.5	15.3	17.5	18.9	19.4	12.0	13.6	15.3	17.4	19.7
4	0		12.9	13.3	14.3	16.3	18.7	20.2	20.9	12.7	14.4	16.3	18.6	21.2
4	6		13.6	14.0	15.2	17.3	19.9	21.6	22.3	13.4	15.2	17.3	19.8	22.7
5	0		14.3	14.7	16.0	18.3	21.1	23.0	23.8	14.1	16.0	18.3	21.0	24.2
KIZ														
	0	0	2.4	2.5	2.8	3.2	3.7	4.0	4.2	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2
		1	2.5	2.6	2.9	3.3	3.9	4.2	4.4	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4
		2	2.7	2.8	3.1	3.6	4.1	4.5	4.6	2.7	3.1	3.6	4.1	4.7
		3	2.9	3.0	3.3	3.8	4.4	4.8	5.0	2.9	3.3	3.8	4.4	5.0
	1	0	3.2	3.3	3.6	4.2	4.8	5.2	5.4	3.2	3.6	4.2	4.8	5.5
		3	4.6	4.7	5.1	5.8	6.7	7.2	7.4	4.5	5.2	5.8	6.6	7.5
		6	5.8	6.0	6.4	7.3	8.3	8.9	9.2	5.7	6.5	7.3	8.2	9.3
		9	6.6	6.8	7.3	8.2	9.3	10.1	10.4	6.5	7.3	8.2	9.3	10.5
1	0		7.1	7.3	7.9	8.9	10.2	11.0	11.3	7.0	7.9	8.9	10.1	11.5
1	6		8.2	8.4	9.0	10.2	11.6	12.6	13.0	8.1	9.1	10.2	11.6	13.2
2	0		9.2	9.4	10.1	11.5	13.1	14.2	14.6	9.0	10.2	11.5	13.0	14.8
2	6		10.1	10.4	11.2	12.7	14.5	15.7	16.2	10.0	11.2	12.7	14.4	16.5
3	0		11.0	11.3	12.1	13.9	15.9	17.3	17.8	10.8	12.2	13.9	15.8	18.1
3	6		11.8	12.1	13.1	15.0	17.3	18.8	19.5	11.6	13.1	15.0	17.2	19.8
4	0		12.5	12.9	14.0	16.1	18.6	20.4	21.1	12.3	14.0	16.1	18.5	21.5
4	6		13.2	13.7	14.8	17.2	20.0	22.0	22.8	13.0	14.9	17.2	19.9	23.2
5	0		14.0	14.4	15.7	18.2	21.3	23.5	24.4	13.7	15.8	18.2	21.2	24.9

Kaynak: WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006.

EK 5: YAŞA GÖRE BOY UZUNLUĞU (0-5 YAŞ-ERKEK VE KIZ)-WHO 2006

Yaş			Persentil (cm)							Z-şkor (cm)				
Yı l	Ay	Haf ta	3.	5.	15.	50.	85.	95.	97.	-2SD	-1SD	Medyan	+1SD	+2SD
ERKEK														
YATARAK														
	0	0	46.3	46.8	47.9	49.9	51.8	53.0	53.4	46.1	48.0	49.9	51.8	53.7
		1	47.5	48.0	49.1	51.1	53.1	54.2	54.7	47.3	49.2	51.1	53.0	54.9
		2	48.8	49.2	50.4	52.3	54.3	55.5	55.9	48.5	50.4	52.3	54.3	56.2
		3	49.8	50.2	51.4	53.4	55.4	56.6	57.0	49.5	51.5	53.4	55.3	57.2
1	0		51.1	51.5	52.7	54.7	56.7	57.9	58.4	50.8	52.8	54.7	56.7	58.6
		3	57.6	58.1	59.3	61.4	63.5	64.8	65.3	57.3	59.4	61.4	63.5	65.5
		6	63.6	64.1	65.4	67.6	69.8	71.1	71.6	63.3	65.5	67.6	69.8	71.9
		9	67.7	68.3	69.6	72.0	74.3	75.7	76.2	67.5	69.7	72.0	74.2	76.5
1	0		71.3	71.8	73.3	75.7	78.2	79.7	80.2	71.0	73.4	75.7	78.1	80.5
1	6		77.2	77.8	79.5	82.3	85.1	86.7	87.3	76.9	79.6	82.3	85.0	87.7
2	0		82.1	82.8	84.6	87.8	91.0	92.8	93.6	81.7	84.8	87.8	90.9	93.9
AYAKTA														
2	0		81.4	82.1	83.9	87.1	90.3	92.1	92.9	81.0	84.1	87.1	90.2	93.2
2	6		85.5	86.3	88.4	91.9	95.5	97.5	98.3	85.1	88.5	91.9	95.3	98.7
3	0		89.1	90.0	92.2	96.1	99.9	102.2	103.1	88.7	92.4	96.1	99.8	103.5
3	6		92.4	93.3	95.7	99.9	104.0	106.4	107.3	91.9	95.9	99.9	103.8	107.8
4	0		95.4	96.4	99.0	103.3	107.7	110.2	111.2	94.9	99.1	103.3	107.5	111.7
4	6		98.4	99.4	102.1	106.7	111.2	113.9	115.0	97.8	102.3	106.7	111.1	115.5
5	0		101.2	102.3	105.2	110.0	114.8	117.6	118.7	100.7	105.3	110.0	114.6	119.2
KIZ														
YATARAK														
	0	0	45.6	46.1	47.2	49.1	51.1	52.2	52.7	45.4	47.3	49.1	51.0	52.9
		1	46.8	47.2	48.4	50.3	52.3	53.4	53.9	46.6	48.4	50.3	52.2	54.1
		2	47.9	48.4	49.5	51.5	53.5	54.6	55.1	47.7	49.6	51.5	53.4	55.3
		3	48.8	49.3	50.5	52.5	54.5	55.6	56.1	48.6	50.5	52.5	54.4	56.3
1	0		50.0	50.5	51.7	53.7	55.7	56.9	57.4	49.8	51.7	53.7	55.6	57.6
		3	55.8	56.3	57.6	59.8	62.0	63.3	63.8	55.6	57.7	59.8	61.9	64.0
		6	61.5	62.0	63.4	65.7	68.1	69.5	70.0	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3
		9	65.6	66.2	67.6	70.1	72.6	74.1	74.7	65.3	67.7	70.1	72.6	75.0
1	0		69.2	69.8	71.3	74.0	76.7	78.3	78.9	68.9	71.4	74.0	76.6	79.2
1	6		75.2	75.9	77.7	80.7	83.7	85.5	86.2	74.9	77.8	80.7	83.6	86.5
2	0		80.3	81.1	83.1	86.4	89.8	91.7	92.5	80.0	83.2	86.4	89.6	92.9
AYAKTA														
2	0		79.6	80.4	82.4	85.7	89.1	91.0	91.8	79.3	82.5	85.7	88.9	92.2
2	6		84.0	84.9	87.0	90.7	94.3	96.5	97.3	83.6	87.1	90.7	94.2	97.7
3	0		87.9	88.8	91.1	95.1	99.0	101.3	102.2	87.4	91.2	95.1	98.9	102.7
3	6		91.4	92.4	94.8	99.0	103.3	105.7	106.7	90.9	95.0	99.0	103.1	107.2
4	0		94.6	95.6	98.3	102.7	107.2	109.8	110.8	94.1	98.4	102.7	107.0	111.3
4	6		97.6	98.7	101.5	106.2	110.9	113.6	114.7	97.1	101.6	106.2	110.7	115.2
5	0		100.5	101.6	104.5	109.4	114.4	117.2	118.4	99.9	104.7	109.4	114.2	118.9

Kaynak: WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006.

EK 6: YAŞA GÖRE VÜCUT AĞIRLIĞI (5-10 YAŞ-ERKEK VE KIZ)-WHO 2007

		Persentil (kg)							Z-skor (kg)				
Yıl	Ay	3.	5.	15.	50.	85.	95.	97.	-2SD	-1SD	Medyan	+1SD	+2SD
ERKEK													
5	6	15.3	15.7	17.0	19.4	22.3	24.2	25.1	15.0	17.0	19.4	22.2	25.5
6	0	16.1	16.6	17.9	20.5	23.6	25.8	26.7	15.9	18.0	20.5	23.5	27.1
6	6	17.0	15.5	18.9	21.7	25.0	27.4	28.3	16.8	19.0	21.7	24.9	28.9
7	0	17.9	18.4	19.9	22.9	26.5	29.1	30.1	17.7	20.0	22.9	26.4	30.7
7	6	18.8	19.4	21.0	24.1	28.1	30.8	32.0	18.6	21.1	24.1	27.9	32.6
8	0	19.8	20.4	22.0	25.4	29.7	32.7	34.0	19.5	22.1	25.4	29.5	34.7
8	6	20.7	21.3	23.1	26.7	31.4	34.7	36.2	20.4	23.2	26.7	31.2	37.0
9	0	21.6	22.3	24.2	28.1	33.2	36.9	38.6	21.3	24.3	28.1	33.0	39.4
9	6	22.6	23.3	25.3	29.6	35.2	39.3	41.1	22.2	25.5	29.6	34.9	42.1
10	0	23.6	24.4	26.6	31.2	37.3	41.9	43.9	23.2	26.7	31.2	37.0	45.0
KIZ													
5	6	14.8	15.2	16.5	19.1	22.4	24.7	25.7	14.6	16.6	19.1	22.2	26.2
6	0	15.5	16.0	17.4	20.2	23.7	26.2	27.3	15.3	17.5	20.2	23.5	27.8
6	6	16.3	16.8	18.2	21.2	25.0	27.8	28.9	16.0	18.3	21.2	24.9	29.6
7	0	17.0	17.6	19.2	22.4	26.5	29.5	30.8	16.8	19.3	22.4	26.3	31.4
7	6	17.9	18.5	20.2	23.6	28.1	31.3	32.8	17.6	20.3	23.6	27.9	33.5
8	0	18.9	19.5	21.3	25.0	29.8	33.4	34.9	18.6	21.4	25.0	29.7	35.8
8	6	20.0	20.6	22.6	26.6	31.8	35.7	37.4	19.6	22.7	26.6	31.6	38.3
9	0	21.1	21.8	23.9	28.2	33.9	38.1	40.0	20.8	24.0	28.2	33.6	41.0
9	6	22.3	23.1	25.3	30.0	36.1	40.7	42.7	22.0	25.5	30.0	35.9	43.8
10	0	23.7	24.5	26.9	31.9	38.5	43.5	45.7	23.3	27.0	31.9	38.2	46.9

Kaynak: WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2007.

EK 7: YAŞA GÖRE BOY UZUNLUĞU (0-5 YAŞ-ERKEK VE KIZ)-WHO 2007

Yaş	Ay	Porsantil (cm)							Z-skor (cm)					
		3.	5.	15.	50.	85.	95.	97.	-2SD	-1SD	Medyan	+1SD	+2SD	
ERKEK														
5	0	104.0	105.1	106.0	112.9	117.8	120.7	121.8	103.4	106.2	112.9	117.7	122.4	
6	0	106.7	107.8	110.8	116.0	121.1	124.1	125.2	106.1	111.0	116.0	120.9	125.8	
6	6	109.3	110.5	113.6	118.9	124.2	127.3	128.5	108.7	113.8	118.9	124.0	129.1	
7	0	111.8	113.0	116.3	121.7	127.2	130.4	131.7	111.2	116.4	121.7	127.0	132.3	
7	6	114.3	115.5	118.9	124.5	130.2	133.5	134.8	113.8	119.1	124.5	130.0	135.3	
8	0	116.6	118.0	121.4	127.3	133.1	136.6	137.9	116.0	121.6	127.3	132.8	138.6	
8	6	119.0	120.3	123.9	129.9	136.0	139.3	140.9	118.3	124.1	129.9	135.8	141.6	
9	0	121.3	122.7	126.3	132.6	138.8	142.5	143.9	120.5	126.6	132.6	138.6	144.6	
9	6	123.3	125.0	128.8	135.2	141.6	145.4	146.8	122.8	129.0	135.2	141.4	147.6	
10	0	125.8	127.3	131.2	137.8	144.4	148.3	149.8	125.0	131.4	137.8	144.2	150.3	
10	6	128.1	129.6	133.6	140.4	147.2	151.2	152.7	127.3	133.8	140.4	146.9	153.3	
11	0	130.3	132.0	136.1	143.1	150.1	154.2	155.8	129.7	136.4	143.1	149.8	156.6	
11	6	133.0	134.6	138.8	146.0	153.1	157.4	159.0	132.2	139.1	146.0	152.9	159.8	
12	0	135.8	137.4	141.7	148.1	156.4	160.7	162.4	134.9	142.0	149.1	156.2	163.3	
12	6	138.8	140.5	144.9	152.4	160.0	164.4	166.1	137.9	145.2	152.4	159.7	167.0	
13	0	142.1	143.8	148.3	156.0	163.7	168.3	170.0	141.2	148.6	156.0	163.3	170.9	
13	6	145.4	147.2	151.8	159.7	167.5	172.2	173.9	144.5	152.1	159.7	167.2	174.8	
14	0	148.7	150.5	155.2	163.2	171.2	175.8	177.6	147.8	155.5	163.2	170.9	178.6	
14	6	151.7	153.3	158.3	166.3	174.4	179.1	180.9	150.8	158.5	166.3	174.1	181.8	
15	0	154.3	156.1	160.9	169.0	177.0	181.8	183.6	153.4	161.2	169.0	176.8	184.6	
15	6	156.5	158.3	163.1	171.1	179.2	184.0	185.8	155.5	163.3	171.1	178.9	186.3	
16	0	158.3	160.1	164.8	172.9	181.0	185.7	187.5	157.4	165.1	172.9	180.7	188.4	
16	6	159.7	161.5	166.2	174.2	182.2	186.9	188.7	158.8	166.5	174.2	181.9	189.7	
17	0	160.8	162.6	167.2	175.2	183.1	187.7	189.5	159.9	167.5	175.2	182.9	190.4	
17	6	161.5	163.3	167.9	175.8	183.6	188.2	190.0	160.6	168.2	175.8	183.3	190.9	
18	0	162.1	163.9	168.4	176.4	184.3	188.4	190.2	161.2	168.7	176.4	183.8	191.1	
18	6	162.5	164.2	168.7	176.6	184.0	188.5	190.3	161.6	169.0	176.6	183.9	191.1	
19	0	162.8	164.5	169.0	177.0	184.1	188.5	190.3	161.9	169.2	177.0	183.8	191.1	
KIZ														
5	6	102.9	104.1	107.1	112.2	117.3	120.3	121.5	102.3	107.2	112.2	117.1	122.0	
6	0	105.3	106.7	109.8	115.1	120.4	123.5	124.8	104.9	110.0	115.1	120.2	125.4	
6	6	108.0	109.3	112.5	118.0	123.5	126.7	127.9	107.4	112.7	118.0	123.3	128.6	
7	0	110.3	111.8	115.1	120.8	126.5	129.8	131.1	109.9	115.3	120.8	126.3	131.7	
7	6	113.1	114.4	117.8	123.7	129.5	132.9	134.3	112.4	118.0	123.7	129.3	134.9	
8	0	115.7	117.0	120.5	126.6	132.6	136.1	137.5	115.0	120.8	126.6	132.4	138.2	
8	6	118.3	119.7	123.3	129.5	135.7	139.3	140.7	117.6	123.5	129.5	135.5	141.4	
9	0	121.0	122.4	126.2	132.5	138.8	142.5	144.0	120.3	126.4	132.5	138.6	144.7	
9	6	123.8	125.2	129.1	135.5	142.0	145.8	147.3	123.0	129.3	135.5	141.8	148.1	
10	0	126.6	128.1	132.0	138.6	145.3	149.2	150.7	125.8	132.2	138.6	145.0	151.4	
10	6	129.3	131.1	135.0	141.8	148.6	152.5	154.1	128.7	135.3	141.8	148.3	154.8	
11	0	132.3	134.1	138.1	145.0	151.9	155.9	157.5	131.7	138.3	145.0	151.6	158.3	
11	6	135.5	137.1	141.2	148.2	155.2	159.3	160.9	134.7	141.4	148.2	154.8	161.7	
12	0	138.4	140.0	144.1	151.2	158.3	162.5	164.1	137.6	144.4	151.2	158.1	164.9	
12	6	141.0	142.6	146.8	154.0	161.2	165.4	167.0	140.2	147.1	154.0	160.9	167.8	
13	0	143.3	145.0	149.2	156.4	163.6	167.8	169.4	142.5	149.4	156.4	163.3	170.3	
13	6	145.2	146.9	151.1	158.3	165.5	169.7	171.4	144.4	151.3	158.3	165.3	172.2	
14	0	146.7	148.4	152.6	159.8	167.0	171.2	172.8	145.9	152.8	159.8	166.7	173.7	
14	6	147.9	149.5	153.7	160.9	168.1	172.3	173.9	147.1	154.0	160.9	167.8	174.7	
15	0	148.7	150.4	154.5	161.7	168.8	173.0	174.6	147.9	154.8	161.7	168.5	175.4	
15	6	149.3	150.9	155.1	162.2	169.3	173.4	175.0	148.3	155.4	162.2	169.0	175.9	
16	0	149.8	151.4	155.5	162.5	169.6	173.7	175.3	148.9	155.7	162.5	169.3	176.1	
16	6	150.0	151.6	155.7	162.7	169.7	173.8	175.4	149.2	156.0	162.7	169.5	176.2	
17	0	150.3	151.8	155.9	162.9	169.8	173.9	175.4	149.3	156.2	162.9	169.5	176.2	
17	6	150.3	152.0	156.1	163.0	169.9	173.9	175.5	149.7	156.3	163.0	169.6	176.3	
18	0	150.6	152.2	156.2	163.1	169.9	173.9	175.5	149.8	156.5	163.1	169.7	176.3	
18	6	150.8	152.5	156.3	163.1	169.9	173.9	175.5	150.0	156.6	163.1	169.7	176.3	
19	0	150.9	152.4	156.4	163.2	169.9	173.9	175.5	150.1	156.6	163.2	169.7	176.2	

Kaynak: WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2007.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Şule Özdemir
Doğum Yeri: Ankara
Doğum Tarihi: 31.01.1992
Yabancı Dili: İngilizce

Eğitim Durumu

Lise: Uluğbey Anadolu Lisesi (Ankara 2006-2010)
Lisans: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2010-2014)
Yüksek Lisans: Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Metabolizma Ana Bilim Dalı (2014-2018).