T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON PREVALANSI, ANNE SÜTÜ ALIMI VE TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ DURUMUNUN İNCELENMESİ: HATAY ARSUZ ÖRNEĞİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Vasfi ÖZTANIR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY-2025

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON PREVALANSI, ANNE SÜTÜ ALIMI VE TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ DURUMUNUN İNCELENMESİ: HATAY ARSUZ ÖRNEĞİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Vasfi ÖZTANIR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON PREVALANSI, ANNE SÜTÜ ALIMI VE TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ DURUMUNUN İNCELENMESİ: HATAY ARSUZ ÖRNEĞİ

Dr. Vasfi ÖZTANIR

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)…….

……..

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)……

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. ……
2. …….
3. …….

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER i
IV. TABLOLAR LİSTESİ iii
V. ŞEKİLLER LİSTESİ v
VI. KISALTMALAR LİSTESİ vi
VII. TEŞEKKÜR vii
VIII. ÖZET viii
IX. ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi 4
2.2. 0-5 Yaş Arası Çocuklarda Beslenme 5
2.2.1. Anne Sütü Dönemi 5
2.2.2. Tamamlayıcı Beslenme Dönemi 7
2.2.3. Okul Öncesi Dönem (2–5 yaş) 8
2.3. Malnütrisyon 8
2.3.1. Tanım 8
2.3.2. Epidemiyoloji 9
2.3.3. Etiyoloji 10
2.3.4. Klinik Malnütrisyon Sendromları 14
2.3.5. Tanı ve Değerlendirme 15
2.3.6. Sınıflandırma 18
2.3.7. Komplikasyonlar 21
2.3.8. Tedavi 23
2.3.9. Prognoz 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Çalışmanın Şekli 27
3.2. Çalışmanın Etik Kurul İzni 27
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi 27
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 28
3.3.2. Çalışmada Dışlanma Kriterleri 28
3.4. Çalışma Verilerinin Toplanması 28

3.4.1. Çocukla ve Ebeveynle İlgili Sosyodemografik Özellikleri İçeren Soru Formu 29
3.4.2. Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) 29
3.4.3. Çocuklarda Yeme Davranış Anketi (ÇYDA) 30
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi 31
4. BULGULAR 33
4.1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular 33
4.2. Malnütrisyon Durumuna Ait Bulgular 37
4.3. BBTÖ'ye Ait Bulgular 44
4.4. ÇYDA'ya Ait Bulgular 48
4.5. Ölçek Puanlarının YGA ve BGA'ya Göre Karşılaştırılması 56
5. TARTIŞMA 59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 74
7. KAYNAKLAR 76
8. EKLER 90
Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı 90
Ek-2. Sosyodemografik Anket 91
Ek-3. Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) 93
Ek-4. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) 94
9. ÖZGEÇMİŞ 96

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Malnütrisyonun etiyolojisi 11
Tablo 2. Gomez malnütrisyon sınıflaması 18
Tablo 3. Waterlow malnütrisyon sınıflaması 19
Tablo 4. Wellcome malnütrisyon sınıflaması..... 19
Tablo 5. VKİ Z skoruna göre malnütrisyon sınıflaması..... 20
Tablo 6. Çocukların demografik özellikleri 33
Tablo 7. Annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre dağılımı..... 34
Tablo 8. Çocuğun ailesine ait demografik özellikler..... 36
Tablo 9. Çocukların vücut ölçütlerinin DSÖ Z skoruna göre dağılımı 38
Tablo 10. Annelerin "çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar ile BGA ölçütleri arasındaki ilişki..... 39
Tablo 11. Malnütrisyon durumuna göre çocukların demografik özelliklerinin değerlendirilmesi 40
Tablo 12. Malnütrisyon durumuna göre annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerinin değerlendirilmesi..... 41
Tablo 13. Malnütrisyon durumuna göre çocuğun ailesine ait demografik özelliklerinin değerlendirilmesi..... 42
Tablo 14. BBTÖ puanlarının değerlendirilmesi..... 44
Tablo 15. Çocukların demografik özelliklerine göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması..... 44
Tablo 16. Annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması 45
Tablo 17. Çocuğun ailesine ait demografik özelliklere göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması..... 47
Tablo 18. ÇYDA alt boyut puanlarının değerlendirilmesi 49
Tablo 19. Çocukların demografik özelliklerine göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması..... 50
Tablo 20. Annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması 51

Tablo 21. Çocuğun ailesine ait demografik özelliklere göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması 53
Tablo 22. Malnütrisyon durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması..... 55
Tablo 23. BBTÖ toplam puanları ile ÇYDA alt boyut puanları arasındaki korelasyon 56
Tablo 24. BBTÖ durumuna göre bodurluk, zayıflık ve fazla kilo dağılımının değerlendirilmesi 56
Tablo 25. Bodurluk durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması . 57
Tablo 26. Zayıflık durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması ... 58
Tablo 27. Fazla kilo durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması 58

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. DSÖ Z skoruna göre çocuklarda malnütrisyon durumu 37

VI. KISALTMALAR LİSTESİ

ASPEN : Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği
BBTÖ : Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği
BGA : Boya Göre Ağırlık
ÇYDA : Çocuklarda Yeme Davranış Anketi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ESPACI : Avrupa Pediatrik Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği
ESPEN : Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği
ESPGHAN : Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Derneği
FELANPE : Latin American Federation for Parenteral and Enteral Nutrition
GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition
OKÇ : Orta Kol Çevresi
PEM : Protein–Enerji Malnütrisyonu
PENSA : Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia
SS : Standart Sapma
TDKK : Triseps Deri Kıvrım Kalınlığı
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VKİ : Vücut Kitle indeksi
YGA : Yaşa Göre Ağırlık
YGB : Yaşa Göre Boy

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bizlere sadece akademik ve tıbbi bilgi değil, aynı zamanda mesleki etik ve insani değerler de aktaran, aile hekimliğinin temel direklerini en üstün standartlarda öğreten, tez çalışmamın her safhasında bıkmadan yol gösteren ve destek olan, kıymetli danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e;

Hangi koşulda olursak olalım, güler yüzünü ve pozitif enerjisini bizden esirgemeyen, hasta-doktor ilişkisinde bütüncül yaklaşımın önemini ve aile hekimliğinin bu eşsiz yönünü bizlere işleyen, varlığını daima güçlü bir destek olarak yanımızda hissettiren değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e;

Bölüm içindeki yardımseverliği ve mesleki sorumluluk bilincini bize aşılayarak, samimi sohbetleri ve güler yüzlü yaklaşımlarıyla bizlere sosyal ve mesleki farkındalık kazandıran değerli hocam, Sayın Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e

Engin bilimsel tecrübeleri ile tezime istatistiksel katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Mehmet KARADAĞ'a

En derin minnet ve şükranlarımı sunarım.

Bu zorlu ama keyifli yolculukta, her an omuz omuza çalışmaktan büyük bir onur ve mutluluk duyduğum sevgili çalışma arkadaşlarıma ve hayatın tüm koşuşturmacası içinde, koşulsuz desteklerini ve sonsuz sevgilerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, varlıklarıyla bana güç ve ilham veren çok sevgili aileme, özellikle oğlum Tuna'ya en kalbi duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Vasfi ÖZTANIR

Hatay, 2025

VIII. ÖZET

5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA MALNÜTRİSYON PREVALANSI, ANNE SÜTÜ ALIMI VE TAMAMLAYICI BESLENMEYE GEÇİŞ DURUMUNUN İNCELENMESİ: HATAY ARSUZ ÖRNEĞİ

Amaç: Bu çalışmada Hatay ili Arsuz ilçesinde aile sağlığı merkezlerine başvuran beş yaş altı çocuklarda malnütrisyon, anne sütü alımı ve tamamlayıcı beslenmeye geçiş durumlarının ve bunlara etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı çalışmaya Arsuz'da yaşayan, 0–5 yaş arası çocuğu olan 247 anne dahil edildi. Veriler sosyodemografik özellikleri içeren form, Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) ve Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) ile toplandı; malnütrisyon Dünya Sağlık Örgütü'nün beş yaş altı büyüme standartlarına göre tanımlandı.

Bulgular: Çocukların %14,8'inde bodurluk, %7,6'sında zayıflık, %3,4'ünde düşük kiloluluk, %18,1'inde fazla kiloluluk/obezite saptandı; genel malnütrisyon sıklığı %32,5 bulundu. Malnütrisyon olanlarda ek gıda öğün sayısının ≥7 olması ve ailede üç çocuk bulunması daha yaygındı ($p=0,019$, $p=0,021$). Anne sütüyle beslenen ve 12–24 ay emziren annelerin BBTÖ puanları ile gelir düzeyi yüksek ve eşi sağlık çalışanı olan annelerin puanları daha yüksekti ($p<0,05$). ÇYDA'ya göre malnütrisyonu olanlarda pozitif iştah, duygusal aşırı yeme ve içme tutkusu puanları artmıştı; BBTÖ toplam puanı ile duygusal aşırı yeme arasında negatif, negatif iştah ile pozitif ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Afet sonrası dönemde beş yaş altı çocuklarda hem yetersiz beslenme hem fazla kiloluluk/obezite ile karakterize çifte yük malnütrisyon belirgindir. Anne sütü ve uygun tamamlayıcı beslenme koruyucu olsa da afet koşulları, düşük gelir ve psikososyal stres bu etkiyi sınırlamaktadır. Afet bölgelerinde beslenme programlarının gıda desteğine ek olarak anne ruh sağlığı ve sosyal desteği de hedeflemesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, Anne Sütü, Tamamlayıcı Beslenme, Deprem, Aile Hekimliği

IX. ABSTRACT

INVESTIGATION OF MALNUTRITION PREVALENCE, BREASTFEEDING INTAKE, AND TRANSITION TO COMPLEMENTARY FEEDING IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE: THE HATAY ARSUZ EXAMPLE

Aim: This study aimed to investigate malnutrition, breastfeeding, complementary feeding practices and related factors among children under five years of age presenting to family health centers in Arsuz, Hatay.

Material and Method: This cross-sectional descriptive study included 247 mothers living in Arsuz who had a child aged 0–5 years. Data were collected using a form including sociodemographic characteristics, the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) and the Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Malnutrition was defined according to the World Health Organization growth standards for under-five children.

Results: Stunting was detected in 14.8% of children, wasting in 7.6%, underweight in 3.4%, and overweight/obesity in 18.1%; the overall malnutrition prevalence was 32.5%. Among children with malnutrition, having ≥7 complementary feeding meals per day and having three children in the family were more common ($p=0.019$, $p=0.021$). IIFAS scores were higher in mothers who breastfed and who breastfed for 12–24 months, as well as in mothers with higher income and those whose spouse was a healthcare worker ($p<0.05$). According to the CEBQ, children with malnutrition had higher scores for positive appetite, emotional overeating and desire to drink ($p<0.05$). There was a negative correlation between total IIFAS score and emotional overeating, and a positive correlation between negative appetite and emotional overeating ($p<0.05$).

Conclusion: In the post-disaster period, a pronounced double burden of malnutrition—coexistence of undernutrition and overweight/obesity—is observed among children under five. Although breastfeeding and appropriate complementary feeding are generally protective, disaster conditions, low income and psychosocial stress limit these positive effects. Nutrition programmes in disaster-affected regions should address not only food provision but also maternal mental health and social support.

Keywords: Malnutrition, Breastfeeding, Complementary Feeding, Earthquake, Family Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme durumunun incelenmesi, bireylerin büyüme, gelişim ve bilişsel işlevleri üzerinde doğrudan etkili olan önemli bir göstergedir. Özellikle çocukluk döneminde yeterli ve dengeli beslenme hem fiziksel hem de zihinsel gelişimin sağlıklı şekilde sürdürülmesi için temel bir gerekliliktir. Bu noktada malnütrisyon, çocuklarda ciddi bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (ASPEN), malnütrisyonu; bireyin enerji, protein veya mikro besin gereksinimleri ile alımı arasındaki dengesizlikten kaynaklanan ve büyüme ile gelişimi fiziksel, fonksiyonel ya da nörolojik açıdan olumsuz etkileyebilen bir durum olarak tanımlamaktadır (1). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ise malnütrisyon kavramını daha geniş bir çerçevede değerlendirerek yalnızca yetersiz beslenmeyi değil, aynı zamanda aşırı beslenme ve obeziteyi de bu kapsam içinde ele almaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF ve Dünya Bankası grubunun 2024 yılına ait çocuk malnütrisyon tahminlerine göre, beş yaş altı çocukların küresel düzeyde yaklaşık %23,2'si boy kısalığı, %6,6'sı akut malnütrisyon ve %5,5'i fazla kiloluluk sorunu yaşamaktadır (3). Bu veriler, malnütrisyonun yalnızca yetersiz beslenme değil, aynı zamanda aşırı beslenme ve obeziteyi de içeren çift yönlü bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) verilerine göre, 5 yaş altındaki çocukların %6'sı bodur, %2'si zayıf ve %8'i fazla kilolu olarak tespit edilmiştir (4).

Malnütrisyonun erken fark edilmemesi ve gerekli önlemlerin zamanında alınmaması, doku ve organ fonksiyonlarında ölçülebilir düzeyde bozulmalara ve büyüme geriliğine yol açabilmektedir (1). Bunun yanı sıra, beslenme yetersizliği ağırlık durumuna ve eşlik eden risk faktörlerine bağlı olarak yüksek mortalite ile ilişkilidir (5). Nitekim beş yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık %45'inin yetersiz

beslenme ile ilişkili olduğu ve bu ölümlerin büyük çoğunluğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü bildirilmektedir (5).

DSÖ, bebek beslenmesi ile ilgili olarak ilk altı ay yalnızca anne sütü verilmesini, altıncı aydan itibaren tamamlayıcı beslenmeye başlanmasını ve iki yaşına kadar anne sütü ile tamamlayıcı besinlerin verilmesini önermektedir (6). Anne sütü, çocuklarda alerji ve enfeksiyon riskini azaltmakta ve uzun vadede obezite olasılığını düşürmektedir (7,8). Bununla birlikte, 0–5 yaş döneminde anne sütü ve tamamlayıcı beslenme sırasında besin kaynaklarına yetersiz erişim ve günlük enerji gereksiniminin karşılanamaması, malnütrisyona yol açabilmektedir (9). DSÖ, anne sütü ve tamamlayıcı beslenmenin doğru uygulanmasının çocukların sağlıklı büyümesi ve hayatta kalması üzerinde kritik bir rol oynadığını vurgulamaktadır (10).

Deprem gibi doğal afetler, 0–5 yaş arası çocukların beslenme durumu üzerinde çok yönlü ve ciddi etkiler yaratmaktadır. Altyapının ve lojistik ağların yıkılması, gıda ve suya erişimi kısıtlayarak enerji, protein ve mikrobesin alımının azalmasına yol açar; bu durum malnütrisyon riskini artırır (11). Deprem sonrası sanitasyon ve su temini hizmetlerinde aksama, ishal ve diğer enfeksiyonların yaygınlaşmasına neden olur; enfeksiyonlar ise besin emilimini bozarak beslenme yetersizliğini derinleştirir (12). Ayrıca afet ortamında ailelerin ekonomik ve psikososyal koşullarının bozulması, çocuklarda iştahsızlık ve düzensiz beslenme ile sonuçlanabilir, bu da yeterli besin alımını engelleyerek malnütrisyonu tetikler (3). Beslenme yetersizliği ve enfeksiyonlar birbirini besleyen bir döngü oluştururken, 0–5 yaş arası kritik gelişim döneminde meydana gelen malnütrisyon, kısa vadede hastalık ve ölüm riskini artırmakta; uzun vadede ise boy kısalığı, bilişsel gecikmeler ve öğrenme güçlükleri gibi kalıcı etkiler bırakabilmektedir (13).

Kahramanmaraş ilinde 6 Şubat 2023 günü, Türkiye saati ile 04:17'de ve ardından yaklaşık 9 saat sonra 13:24’te merkez üssü sırası ile Pazarcık ve Elbistan olan 7.7 ve 7.6 büyüklüğünde, çok geniş bir alanda hissedilen iki büyük deprem meydana gelmiştir (14). Türkiye genelinde malnütrisyon prevalansı %6 civarında iken, afet bölgelerinde bu oran daha yüksek seviyelere ulaşmaktadır. 2024 yılında Adıyaman ilinde yapılan bir çalışmada, 5 yaş altı çocuklarda malnütrisyon prevalansı %12 olarak hesaplanmıştır (15). Bu çalışma, deprem sonrası barınma koşulları ve sosyoekonomik

faktörlerin malnütrisyon üzerinde önemli etkiler yarattığını vurgulamaktadır. Bu depremlerin en yıkıcı yüzünü gösterdiği illerden biri de Hatay olmuştur. Ülkemizde deprem sonrasında çocuklarda malnütrisyon durumunu araştıran çalışma sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir.

Bu çalışma ile Hatay ili Arsuz ilçesinde aile sağlığı merkezlerine başvuran 5 yaş altı çocuklarda malnütrisyon, anne sütü alımı ve tamamlayıcı beslenmeye geçiş durumlarının ve bu durumlara etki edebilecek faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamız, afet sonrası çocuk sağlığı açısından kritik öneme sahip olan büyüme ve gelişimin izlenmesine dair değerli bilgiler sunacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi

Beslenme; bireyin büyüme, gelişme, sağlığın korunması ve yaşamın devamı için gerekli olan besin ögelerinin organizmada etkin bir biçimde kullanılmasını ifade etmektedir. İnsan yaşamının temel gereksinimlerinden biri olan beslenme, yalnızca açlık hissini gidermekten ibaret olmayıp, bireyin metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak besin ögelerinin yeterli ve dengeli bir şekilde alınmasını içermektedir. Bunun yanı sıra, beslenme süreci fizyolojik işlevlerin yanında psikolojik ve duygusal gereksinimleri de karşılayan çok yönlü ve karmaşık bir olgudur (16-18).

Sağlıklı bir toplumun temelini, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden sağlıklı çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklar, gelişimsel özellikleri ve ihtiyaçları bakımından yetişkinlerden farklılık göstermekte olup, özellikle büyüme ve gelişme süreçleri daha hızlı ilerlemektedir. Bu nedenle, çocuklarda optimal büyüme ve gelişmenin sağlanmasında en belirleyici unsur beslenmedir (19).

Gebelik ile başlayan ve çocuğun ikinci yaş gününe kadar devam eden ilk 1000 gün, büyüme ve gelişmenin en hızlı gerçekleştiği, aynı zamanda bireyin gelecekteki sağlık durumunun temellerinin atıldığı kritik bir dönemdir. Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme hem kısa vadede sağlıklı gelişim hem de uzun vadede yaşam boyu sağlık açısından büyük önem taşımaktadır (20). Öte yandan, söz konusu süreçte ortaya çıkan beslenme yetersizlikleri veya hataları, çocukluk döneminden başlayarak erişkin yaşa kadar uzanan ciddi sağlık sorunlarının gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (21).

Sağlıksız beslenme; obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli kanser türleri gibi kronik hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir davranışsal risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, bireylerde erken yaşlardan itibaren

sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması hem mevcut sağlık durumunun korunması hem de ilerleyen yaşam dönemlerinde kronik hastalıkların önlenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (22).

2.2. 0-5 Yaş Arası Çocuklarda Beslenme

Bebek ve küçük çocukların beslenmesi, birbirini tamamlayan ve gelişimsel olarak ardışık ilerleyen üç temel aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; **a)** yalnızca anne sütü ile beslenme dönemi, **b)** anne sütüne ek olarak tamamlayıcı besinlerin tanıtıldığı geçiş dönemi ve **c)** çocuğun aile sofrasına katıldığı, erişkin tipi beslenmeye geçiş dönemi şeklinde sınıflandırılmaktadır (20).

2.2.1. Anne Sütü Dönemi

Yaşamın ilk altı ayında bebekler için en uygun ve tek başına yeterli besin anne sütüdür. DSÖ ve UNICEF, bu dönemde yalnızca anne sütü ile beslenmeyi önermektedir. Anne sütü, enerji, protein, yağ, vitamin, mineral ve immünolojik faktörler bakımından zengin olup bebeğin büyüme ve gelişimini desteklerken, aynı zamanda enfeksiyonlara karşı koruyucu etki sağlamaktadır (23,24).

Anne sütü, bebekler için fizyolojik gereksinimlere en uygun besin olmasının yanı sıra, biyolojik olarak aktif bileşenler ve hormonlar içeren doğal bir kaynaktır. Hem anne hem de bebek açısından çok sayıda sağlık yararı bulunan anne sütü, yaşamın en erken döneminde bebeğin büyümesine, organ ve dokularının olgunlaşmasına önemli katkılar sunmaktadır (25). Ayrıca, bağışıklık sisteminin desteklenmesi, gastrointestinal sistemdeki mikrobiyal dengeyi sürdürmesi ve epigenetik programlamayı etkilemesi nedeniyle anne sütü, bebek için adeta “bireyselleştirilmiş bir tedavi edici besin” olarak nitelendirilmektedir (26).

Emzirmenin çocukların beslenme davranışlarını etkilediği farklı yollar öne sürülmektedir. Anne sütü, annenin gebelik ve emzirme dönemindeki beslenme alışkanlıklarını yansıtarak bebeğe çeşitli tatların erken dönemde tanıtılmasını sağlar. Bu durum, bebeklerin hem anne sütünü daha kolay kabul etmesine hem de ilerleyen dönemde farklı tatlara daha açık olmasına katkıda bulunur (27,28). Araştırmalar, anne sütü ile beslenen bebeklerin yeni yiyecekleri daha hızlı kabul ettiklerini, daha az seçici

olduklarını ve sebze çeşitliliğini daha fazla benimsediklerini göstermektedir (29,30). Dolayısıyla emzirme, erken tat öğrenimini destekleyerek çocuklarda sağlıklı besin tercihlerinin oluşmasına yardımcı olmaktadır.

Anne sütünün bileşimi, bebeklerin iştah kontrol mekanizmalarıyla doğrudan ilişkilidir. Formül sütten farklı olarak anne sütü, beslenmeler ve laktasyon dönemi boyunca değişkenlik gösterir; bu da emzirilen bebeklerin enerji alımlarını kendi ihtiyaçlarına göre ayarlamalarına olanak tanır (28,29). Ayrıca, emzirme süreci annelerde daha hassas ve daha az kontrollü beslenme davranışı ile ilişkilendirilmiştir; bu durum, bebeklerin içsel açlık ve tokluk sinyallerine yanıt vermeyi öğrenmelerini destekler. Uzun süreli emzirme, ebeveynlerin çocuklarının tokluk ipuçlarını fark etmesini ve çocukların süt alımı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmasını sağlamakta, bunun sonucunda yürümeye başlayan çocuklarda tokluk duyarlılığı artmakta ve ergenlikte gereksiz yeme eğilimi azalmakta, böylece iştah düzenleme becerisi emzirme sonrası dönemde de devam edebilmektedir (30).

Son 30 yıldır emzirmenin fazla kilo ve obezite üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Bulgular, anne sütü ile beslenen bebeklerin neonatal dönemde formül mamayla beslenenlere kıyasla daha yavaş ağırlık kazandığını göstermektedir; bu durum, çocuklukta obezite riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir. Hızlı bebeklik ağırlık kazanımı ise çocukluk dönemi obezitesi için önemli bir risk faktörü olup, erken adipozite reboundu ile bağlantılıdır (29).

Emzirme süresi ile çocukların diyet alımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, 3–6 ay boyunca emzirilen çocukların daha kısa süre emzirilenlere kıyasla 2–4 yaşlarında sebze tüketme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hiç anne sütü almayan bebeklerle karşılaştırıldığında, en az 3 ay yalnızca anne sütü ile beslenen çocukların 4 ve 6 yaşlarında sebze, 6 yaşında ise meyve tüketme olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Ayrıca, emzirilen bebeklerin anne sütü yoluyla erken dönemde maruz kaldıkları tatları, tamamlayıcı beslenme sürecinde daha çeşitli gıdaları kabul etmelerini kolaylaştırmaktadır (32).

2.2.2. Tamamlayıcı Beslenme Dönemi

Avrupa Pediatrik Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği (ESPACI) ile Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN), tamamlayıcı besinlere 4 aydan önce başlanmaması, ancak 6 ayı geçirmemek gerektiğini ve tercihen 26 haftadan sonraya ertelenmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (34,35). T.C. Sağlık Bakanlığı da DSÖ ile paralel olarak, yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütü ile beslenmeyi ve 6. aydan itibaren uygun tamamlayıcı beslenme ile emzirmenin en az 2 yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (36). Bu dönemde bebekler hem kendi yemek deneyimleri hem de çevrelerindeki bireylerin yeme davranışlarını gözlemleyerek neyi ne zaman ve ne kadar tüketeceklerini öğrenir; böylece gelecekteki yeme alışkanlıklarının temelleri atılır. Dolayısıyla, bu yaş grubunda yiyecek tercihleri ve alımının düzenlenmesi gibi yeme davranışını şekillendiren faktörlerin anlaşılması, sağlıklı beslenme kalıplarının geliştirilmesine ve uzun vadeli sağlık durumunun iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır (33,35).

Tamamlayıcı besinlere çok erken veya çok geç başlanması, çocukların büyüme ve gelişimini olumsuz etkiler. Erken verilen tamamlayıcı besinler, anne sütü yerine daha düşük besin değerine sahip gıdaların alınmasına ve gastrointestinal enfeksiyon riskinin artmasına yol açar (37). Zamanında ve yeterli tamamlayıcı beslenme ise büyümeyi destekler, uzun vadeli sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirir ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı ölümlerin %6'sını önleyebilir (34,38,39).

Bebeklere 6 aylıktan önce katı besin verilmesinin ek bir faydası olmadığı belirtilmektedir. Bu döneme kadar bağırsaklar tam olarak olgunlaşmadığından, erken tamamlayıcı besin uygulamaları enfeksiyon ve alerji riskini artırmaktadır (26). Araştırmalar, katı besinlerin 6. aya kadar ertelenmesinin ishal görülme sıklığını azalttığını ve daha sağlıklı büyüme grafikleri sağladığını göstermektedir. Ayrıca, erken katı besine başlama ile çocukluk çağı obezite riski arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (34).

Tamamlayıcı beslenme döneminde bebekler, katı besinlerin ilk tatlarını deneyimler ve yaklaşık 12. aya gelindiğinde süt ağırlıklı beslenmeden daha çeşitli bir

diyete geçiş yaparlar. Bu süreç hem annenin beslenme yaklaşımını hem de çocukların yeme alışkanlıklarının şekillenmesini etkileyen kritik bir dönemdir (40).

Katı besinleri tüketmeye hazır olmanın gelişimsel belirtileri ile ilgili olarak, ebeveynler bu belirtilerin farkında olmalı ve bebeklerinin temel gelişimsel durumunu izlemelidir. Bu belirtiler arasında baş kontrolünün iyi olması, desteksiz oturabilme, itme refleksinin kaybolması ve yiyeceklere artan ilgi gösterilmesi yer alır; örneğin yemek sırasında yetişkinleri veya kardeşleri izlemek, yiyeceğe uzanmak veya sunulduğunda ağzını açmak gibi davranışlar gözlemlenebilir. Bu motor beceriler, kendi kendine beslenmenin gelişimini destekler (41). Ayrıca, tanıtılan besinlerin zamanlaması ve türleri gelişimsel olarak uygun olmalı, beslenme yeterliliğini sağlamalıdır. Yeterli ve dengeli bir diyetin sağlanması hem büyüme ve gelişimi destekler hem de yaşam boyu sürecek tat tercihleri ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşmasına katkı sağlar (42).

2.2.3. Okul Öncesi Dönem (2–5 yaş)

Bu yaş grubunda çocuklar aile sofrasına katılmakta ve beslenme alışkanlıkları şekillenmektedir. Dengeli ve yeterli beslenme, büyüme ve gelişmenin sağlıklı sürdürülmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve ileriki yaşlarda obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu dönemde çocukların diyetleri; yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeyine uygun olacak şekilde enerji, protein, vitamin ve mineral gereksinimlerini karşılamalıdır. Özellikle kalsiyum, demir, D vitamini ve liften zengin gıdaların düzenli tüketimi önerilmektedir (43,44).

2.3. Malnütrisyon

2.3.1. Tanım

Malnütrisyon, vücudun enerji, protein veya mikro besinleri yeterli ve dengeli bir şekilde alamaması sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunlarını tanımlar (20). Bu

durum, yalnızca besin eksikliklerini değil, aynı zamanda bazı besin ögelerinin aşırı alınmasını da içermektedir (45).

ASPEN, malnütrisyonu; bireyin enerji, protein veya mikro besin gereksinimleri ile alımı arasındaki dengesizlikten kaynaklanan ve büyüme ile gelişimi fiziksel, fonksiyonel ya da nörolojik açıdan olumsuz etkileyebilen bir durum olarak tanımlamaktadır (1). UNICEF malnütrisyon kavramını daha geniş bir çerçevede değerlendirerek yalnızca yetersiz beslenmeyi değil, aynı zamanda aşırı beslenme ve obeziteyi de bu kapsam içinde ele almaktadır (2). DSÖ ise malnütrisyonu, bireylerin hayatta kalması ve normal fizyolojik işlevlerini sürdürebilmesi için gerekli olan temel enerji ve besin alımındaki dengesizlik olarak tanımlamaktadır (46).

2.3.2. Epidemiyoloji

UNICEF tarafından yayımlanan 2024 raporuna göre, 2023 yılında 32 ülkede 5 yaş altı 36 milyondan fazla çocuk akut malnütrisyon ile karşı karşıya kalmıştır. Ayrıca, dünya genelinde toplam 282 milyon kişi akut açlık seviyesinde yaşamını sürdürmektedir (47). DSÖ'nün 2024 yılı verilerine göre, 5 yaş altı çocukların %23,2'si yaşa göre boy z-skoru -2 standart sapmanın altında olup bodur olarak değerlendirilmekte, %6,3'ü zayıf ve %5,5'i fazla kilolu olarak sınıflandırılmaktadır (48). Bu veriler, malnütrisyonun hem yetersiz beslenme hem de aşırı beslenme şeklinde iki uçlu bir sorun olarak sürdüğünü göstermektedir.

Bölgesel farklılıklara bakıldığında, Afrika'da nüfusun %20'si kronik açlıkla karşı karşıya olup bu kıta, dünya açlık sorununun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Güney Asya'da açlık oranı %11'e gerilerken, Hindistan'daki iyileşmeler tarımsal verimlilik artışı ve sosyal programların etkisiyle belirginleşmiştir. Güney Amerika'da ise açlık oranı %3,8'e düşerek kayda değer bir iyileşme göstermektedir. Ülke bazında ise Somali'de nüfusun %51'inden fazlası malnütrisyonla mücadele ederken, Hindistan dünya genelindeki obezite yükünün %11'inden sorumlu olabilecek konumdadır. Güney Sudan'da 5 yaş altı yaklaşık 2,3 milyon çocuk akut malnütrisyon tedavisine ihtiyaç duymakta, bunların 700.000'den fazlası ciddi durumdadır. Bu veriler, küresel düzeyde malnütrisyon oranlarının azalma eğiliminde olsa da özellikle Afrika ve Güney

Asya gibi gelişmekte olan bölgelerde eşitsizliklerin devam ettiğini ve bölgesel ihtiyaçlara uygun beslenme stratejilerinin önemini ortaya koymaktadır (47).

Türkiye'de ise bu konuya ilişkin sınırlı sayıda epidemiyolojik veri bulunmakla birlikte TNSA-2018 verilerine göre malnütrisyon değerlendirildiğinde, 5 yaş altındaki çocukların %6'sı "bodur", %1,5'i ise ciddi şekilde "bodur" olarak belirlenmiştir. Ayrıca, çocukların çok küçük bir kısmı zayıf (%2'den az) ve %1'den daha azı "aşırı zayıf" kategorisindedir (4). Birleşmiş Milletler'in 2023 Sürdürülebilir Kalkınma Raporu'na göre, Türkiye'de yetersiz beslenmenin yaygınlık oranı %2,5'tir. Bu oran, 5 yaş altı çocuklar için %5,5 olarak belirtilmiştir (49).

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde, aşırı kilolu çocukların oranı da önemli bir göstergedir. Boya göre ağırlık z-skoru iki standart sapmanın üzerinde olan çocuklar "fazla kilolu" olarak sınıflandırılmaktadır. TNSA-2018 verilerine göre, Türkiye'de 5 yaş altındaki çocukların %8'i fazla kilolu olarak belirlenmiştir (4). Bu durum, çocukluk çağında aşırı kilo riskini ortaya koymakta ve beslenme durumunun düzenli olarak izlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

2.3.3. Etiyoloji

Malnütrisyonun temel nedeni, protein ve enerji alımının yetersiz olmasıdır. Bununla birlikte, malnütrisyonun ortaya çıkmasında rol oynayan etiyolojik faktörler, bölgesel, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Tablo 1). Çoğu durumda, psikososyal, kültürel ve ekonomik unsurlar malnütrisyonun oluşumunda altta yatan temel nedenleri oluşturur. Bu durum, yalnızca bireysel beslenme alışkanlıklarıyla değil, aynı zamanda toplumun genel beslenme ve sağlık koşullarıyla da ilişkilidir (50).

Malnütrisyonun gelişiminde başlıca faktörler arasında, yetersiz günlük besin alımı, uygun olmayan beslenme biçimi, besinlerin yeterince emilememesi veya vücutta artan kayıplar ve artmış enerji gereksinimi ile yetersiz metabolik kullanım yer almaktadır (47,51). Yetersiz günlük besin alımı, özellikle protein ve mikro besinlerin eksikliği ile karakterizedir ve büyüme geriliği, bağışıklık sistemi zayıflığı ve gelişim bozukluklarına yol açabilir. Uygun olmayan beslenme biçimi, yanlış besin seçimi veya

yanlış besleme yöntemlerinden kaynaklanabilirken; yetersiz besin emilimi ve artan kayıplar, sindirim ve emilim bozuklukları veya kronik hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, çocukların enerji gereksinimlerinin artması veya metabolik kullanımın yetersiz olması, yeterli enerji alımına rağmen malnütrisyonun devam etmesine neden olabilir. Bu nedenle, malnütrisyon çok boyutlu bir sorun olarak değerlendirilmekte ve çözüm stratejilerinin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ele alınması gerekmektedir.

Tablo 1. Malnütrisyonun etiyolojisi

Yetersiz Besin Alımı	- Uygunsuz beslenme tekniği - Uygunsuz bakıcı/çocuk ilişkisi, ekonomik yoksunluk - Uygunsuz besin alımı (aşırı meyve suyu tüketimi, sahte gıda alerjisi, formül mamanın yanlış hazırlanması, yaşa uygun olmayan yiyecek, ihmal) - Yetersiz laktasyon
İştahsızlık veya Doğru Miktarda Besin Alamama	- Ağızdan alamama / oral doku sorunları - Psikososyal sorunlar (ilgisizlik, ruminasyon) - Kardiyopulmoner hastalık - Hipotoni, kas güçsüzlüğü veya hipertoni - Serebral palsi - Genetik sendromlar, anemi, kronik kabızlık
Yetersiz Besin Emilimi veya Artan Kayıplar	- Malabsorbsiyon (laktoz intoleransı, kistik fibroz, kalp hastalığı, inflamatuar bağırsak hastalığı, çölyak) - Kusma (enfeksiyöz gastroenterit, artmış kafa içi basıncı) - Bağırsak tıkanıklığı (pilorik stenoz, herni, malrotasyon)
Artan Besin İhtiyacı veya Etkisiz Metabolik Kullanım	- Hipertiroidi - Malignite (diensefalik sendrom gibi beyin tümörleri) - Kronik inflamatuar barsak hastalığı - Kronik veya tekrarlayan sistemik enfeksiyonlar (tüberküloz, toksoplazmoz) - Kronik solunum yetmezliği (bronkopulmoner displazi)

2.3.3.1. Primer Malnütrisyon

Primer malnütrisyon, herhangi bir hastalıkla ilişkili olmayan, esas olarak yetersiz besin alımı sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bu problem; çevresel, politik, sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin bir araya gelmesiyle gelişebilir. Başlıca nedenleri arasında besin kaynaklarına erişim güçlüğü, yetersiz beslenme bilgisi ve yanlış beslenme alışkanlıkları, hijyen koşullarının yetersizliği, temiz suya ulaşım zorlukları, yoksulluk, gelir eşitsizliği, annenin düşük eğitim düzeyi ve sağlık bilincinin eksikliği yer almaktadır. Ayrıca fazla çocuk sayısı, sık doğum aralıkları, iştahsızlık veya yeme bozuklukları, gebelikte yetersiz bakım ve beslenme ile savaş, göç ve afet gibi insani krizler de malnütrisyon riskini artıran önemli etmenlerdir. Bu nedenle, malnütrisyonla mücadelede yalnızca beslenme bilincinin geliştirilmesi değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi de gereklidir (52-54).

2.3.3.2. Sekonder Malnütrisyon

Akut ve kronik hastalıklara bağlı malnütrisyon, dünya genelinde milyonlarca çocuğu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş ülkelerde yetersiz beslenme genellikle akut veya kronik hastalıklar, travma, yanıklar ya da cerrahi girişimlerle ilişkilidir (1). Kronik hastalığı olan çocuklarda malnütrisyon; büyüme ve gelişme geriliğine, morbidite ve mortalite artışına, dolayısıyla yaşam kalitesinde azalmaya yol açar.

Sekonder malnütrisyon, hastalığa bağlı olarak gelişen çeşitli mekanizmalarla ortaya çıkar. Başlıca nedenler; besin alımında azalma (sıvı kısıtlaması, iştah kaybı), sindirim ve emilim bozuklukları ile artmış enerji gereksinimidir (1,55). Şiddetli akut hastalık veya travma geçiren çocuklarda yoğun inflamatuar yanıt sonucu metabolik stres belirgin şekilde artar. Bu hastalarda önceden yetersiz beslenme öyküsü bulunmasa da hastalığın akut evresinde gelişen bu süreç hızla malnütrisyona neden olabilir. Tedavi sürecinde uygulanan cerrahi müdahaleler ve beslenmenin kesintiye uğraması da yetersiz beslenme riskini artırır (56,57).

Çocukluk çağında sık görülen enfeksiyonlar da malnütrisyonu tetikleyen önemli etmenlerdir. Ateş, metabolizmayı hızlandırarak enerji ihtiyacını artırırken;

gastrointestinal enfeksiyonlarda görülen bulantı, kusma ve ishal hem iştahı azaltır hem de sıvı-elektrolit kaybına yol açar. Solunum yolu enfeksiyonları ise boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, öksürük ve nefes darlığı gibi belirtilerle beslenmeyi güçleştirir (58). Akut veya kronik hastalıklarla ilişkili inflamasyon, katabolik süreçleri tetikleyerek besin kaybına neden olur. İnflamasyona bağlı iştahsızlık ve yetersiz besin alımı, yağsız vücut kütlesinde azalmayı hızlandırır. Günümüzde hastalık veya travmayla ilişkili yetersiz beslenmenin değerlendirilmesinde inflamasyonun vücut kompozisyonu ve biyolojik işlevler üzerindeki etkisi giderek daha fazla önem kazanmaktadır (59).

Kistik fibrozisli çocuklarda pankreatik enzimlerin eksikliği veya yokluğu nedeniyle yağ, protein ve karbonhidrat sindirimi bozulur. Özellikle yağ emilimindeki azalma, yağda çözünen vitaminlerin (A, D, E, K) eksikliğine yol açar. Bu çocuklarda tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları enerji gereksinimini artırır, iştahı azaltır ve malnütrisyona neden olur. Ayrıca öksürük, nefes darlığı, mide bulantısı, kusma ve karın ağrısı gibi semptomlar da besin alımını kısıtlar (60,61).

Serebral palsi ve nöromüsküler hastalıklar gibi nörolojik bozukluklarda postüral deformiteler, orofaringeal disfonksiyon, el–ağız koordinasyon bozukluğu ve yutma güçlüğü görülebilir. Bu durumlar aspirasyon riskini ve yetersiz besin alımını artırır (62). Ayrıca duyusal işlemleme bozuklukları veya otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda besinlerin dokusu, kokusu ve tadına karşı aşırı duyarlılık, beslenmeyi olumsuz etkileyebilir (63). Nörolojik hastalıklara sıklıkla eşlik eden gastroözofageal reflü ve kabızlık, kusma ve karın ağrısı gibi belirtilerle beslenmeyi daha da zorlaştırır (64).

Kronik böbrek hastalığı da malnütrisyon gelişimine zemin hazırlar. Üremik toksinlerin birikimi, iştah azalması, açlık-tokluk hormonlarındaki değişiklikler, periton diyalizinin tokluk hissine etkisi ve diyalize bağlı besin kayıpları malnütrisyona katkıda bulunur. Kronik böbrek hastalığı olan çocuklarda kas kütlesinin azalması, yağ kütlesinin artması ve asit-baz dengesizlikleri sık gözlenir. Ayrıca diyaliz tedavisinin emilim üzerine olumsuz etkileri ve böbrek fonksiyonundaki bozulma, antropometrik ölçümlerde düşüşle ilişkilidir (65,66).

Konjenital kalp hastalığı bulunan çocuklarda malnütrisyon oranı yüksektir. Solunum zorluğu ve iştahsızlık besin alımını azaltırken, kalp yetmezliğine bağlı dolaşım bozukluğu besin emilimini olumsuz etkiler. Artan enerji gereksinimi ve sıvı, sodyum veya kalori kısıtlamaları da yeterli beslenmeyi zorlaştırır (67,68).

Yanık yaralanması geçiren çocuklarda, travma sonrası haftalarca sürebilen katabolik süreç ve hipermetabolik yanıt nedeniyle enerji gereksinimi artar. Yetersiz besin alımı, uzun süre devam eden enerji açığına ve büyüme geriliğine yol açar. Yapılan çalışmalar, yanık sonrası bir yıla kadar yağsız vücut kütlesinde azalma ve iki yıla kadar uzayabilen büyüme geriliği olduğunu göstermiştir (69).

2.3.4. Klinik Malnütrisyon Sendromları

Klinik malnütrisyon sendromları, besin öğelerinin yetersiz alımı, emilim bozukluğu veya artmış metabolik gereksinim sonucu ortaya çıkan, protein–enerji dengesizliği ve mikronutrient eksiklikleriyle karakterize durumlardır (1). Protein–enerji malnütrisyonu (PEM), en sık görülen klinik form olup başlıca üç klinik türde sınıflandırılmaktadır.

2.3.4.1. Marasmus (Ödemsiz Malnütrisyon)

Marasmus, akut malnütrisyonun en sık görülen formu olup, enerji alımının aylar ya da yıllar boyunca yetersiz kalması sonucunda ortaya çıkar. Vücudun uzun süreli açlığa karşı geliştirdiği fizyolojik bir yanıt olarak değerlendirilir ve enerjiyle birlikte tüm makro ve mikro besin öğelerinin belirgin eksikliğiyle karakterizedir. Bu tabloda özellikle kas dokusu ve deri altı yağ dokusunda belirgin kayıp meydana gelir. Genellikle ciddi enerji yetersizliğinin sonucudur ve en çok beş yaş altı çocuklarda görülür. Bu yaş grubundaki çocuklar, hızlı büyüme döneminde olmaları ve enfeksiyonlara daha duyarlı olmaları nedeniyle marasmusa karşı daha yatkındır (70). Klinik olarak deri altı yağ dokusunun kaybı, ciltte kıvrımların belirginleşmesine ve özellikle kol, uyluk ve kalçalarda ileri derecede zayıf bir görünümün oluşmasına neden olur. Deri genellikle ince, kuru ve elastikiyetini kaybetmiştir; saçlar ise ince, kırılgan ve seyrektir. Çocuklar çoğunlukla apatik, halsiz ve çevreyle ilgisiz görünür. İleri

evrelerde bradikardi, hipotermi ve hipotansiyon gibi yaşamı tehdit eden klinik bulgular gelişebilir (71).

2.3.4.2. Kwashiorkor (Ödemli Malnütrisyon)

"Kwashiorkor" terimi ilk kez 1933 yılında Cicely D. Williams tarafından kullanılmıştır. Kwashiorkor, protein alımının yetersiz**,** ancak enerji alımının genellikle yeterli olduğu bir malnütrisyon türüdür (70,72). İlk olarak mısır temelli, düşük proteinli ve yüksek karbonhidratlı diyetlerle beslenen çocuklarda tanımlanmıştır. Bu nedenle, bu çocuklar halk arasında "şeker bebekleri" olarak da adlandırılmıştır. Kwashiorkor, vücudun açlığa karşı uygunsuz metabolik yanıtı sonucu gelişir. Hastalığın en belirgin klinik özelliği ödemdir; bu bulgu marasmustan en temel farkı oluşturur. Ödemin gelişiminde düşük serum albümin düzeyi**,** artmış kortizol salınımı ve antidiüretik hormonun yetersiz regülasyonu gibi faktörler rol oynar. Kwashiorkor'da ödemin yanı sıra, yaşa göre normal veya yakın vücut ağırlığı, deri değişiklikleri, hipopigmente ve kırılgan saç yapısı, şiş karın ve hepatomegali gibi bulgular gözlenir. Saçlar genellikle kuru, seyrek ve kırılgandır; renk değişimi sonucu kırmızımsı–sarı bir görünüm alabilir. Deride ise karakteristik lezyonlar oluşur; ince ve kuru cilt üzerinde gövde ve ekstremitelerde hiperpigmente alanlar dikkati çeker (71).

2.3.4.3. Marasmik Kwashiorkor

Marasmik kwashiorkor, marasmusun enerji yetersizliğiyle ilişkili zayıflığı ile kwashiorkorun ödemli yapısının bir arada görüldüğü karma bir malnütrisyon tablosudur. Bu klinik form, genellikle en yüksek mortalite oranına sahip hasta grubunu oluşturur (73). Marasmik kwashiorkorlu çocuklarda cilt altı yağ dokusu kaybı sınırlıdır; ancak özellikle üst ekstremite kaslarında belirgin atrofi izlenir. Buna karşılık, alt ekstremitelerde ödem görülmesi tipiktir.

2.3.5. Tanı ve Değerlendirme

2.3.5.1. Öykü ve Fizik Muayene

Malnütrisyon değerlendirmesi, ayrıntılı ve eksiksiz bir hasta öyküsünün alınmasıyla başlar. İlk adımda, hastanın öğün miktarı, kalitesi ve sıklığını içeren

kapsamlı bir beslenme anamnezi elde edilmelidir. Bunun yanında, aile öyküsü, prenatal özellikler ve büyüme geriliğinin başlangıç zamanı da ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır. Tanı sürecinde, antropometrik ölçümler, diyetin izlenmesi, enerji gereksiniminin belirlenmesi ve biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi ele alınmalıdır.

Diyet takibinde genellikle 3–7 günlük beslenme kayıtlarından elde edilen veriler kullanılarak toplam enerji, besin öğeleri ve mikro besin alımları hesaplanır. Bu değerler, bireyin yaşına ve fizyolojik gereksinimlerine göre değerlendirilir ve yetersiz ya da aşırı alım durumları saptanır. Ancak doğru sonuçlara ulaşmak için bu izlemin uzun süreli ve dikkatli şekilde yapılması gereklidir. Hastanın yaşadığı çevre, sosyoekonomik koşulları ve besine erişim olanakları da değerlendirme sürecinde göz önünde bulundurulmalıdır (3,74).

Fizik muayenede marasmusta zayıf ve ince yüz, kwashiorkorda ödemli ve yuvarlak yüz tipiktir. Deri kuruluğu, pigment değişiklikleri, saç dökülmesi, tırnak kırılganlığı, kas kaybı ve karaciğer büyümesi gibi bulgular malnütrisyonu düşündürür. Ayrıca bradikardi, hipotansiyon, gelişme geriliği, refleks kaybı ve kanama diyatezleri görülebilir. Hastalar genellikle apatik, letarjik ve halsiz görünürler (3,74).

2.3.5.2. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik yöntemler; basit, güvenilir, non-invaziv, objektif, duyarlı ve spesifik olmalarının yanı sıra, sonuçların sayısal olarak ifade edilmesi sayesinde kolay anlaşılabilir yöntemler olarak değerlendirilmektedir. Çoğu yöntemin uygulanması kolay ve düşük maliyetlidir; yalnızca bazı özel ölçümler daha ileri ekipman gerektirebilir. Bununla birlikte, ölçüm tekniklerinin standardizasyonu ve uygulayıcıların bu konuda eğitimli olması, doğru ve tekrarlanabilir sonuçlar elde edilmesi açısından büyük önem taşır (3,74).

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde en sık kullanılan antropometrik ölçümler vücut ağırlığı, boy uzunluğu, triseps deri kıvrım kalınlığı (TDKK) ve orta kol çevresi (OKÇ) ölçümleridir. TDKK, bireyin deri altı yağ dokusu miktarı hakkında bilgi sağlarken; OKÇ kas kitlesinin değerlendirilmesinde kullanılır. Bu

parametrelerden elde edilen değerler, yaşa göre ağırlık (YGA), boya göre ağırlık (BGA) ve yaşa göre boy (YGB) gibi oranlar oluşturularak referans popülasyonla karşılaştırılır.

Zayıflık ya da boy kısalığının derecesi, çocuğun ağırlık ve boy ölçümlerinin referans standartlarla karşılaştırılmasıyla belirlenir. Bu değerlendirmede, referans toplum verilerinden oluşturulan büyüme eğrileri ve Z skorları kullanılır. Z skoru, bireysel ölçüm değerinin referans popülasyon ortalamasından sapma miktarını gösterir. Z skoru = (Bireyin ölçüm değeri − Referans ortalama) / Standart sapma formülü ile hesaplanır (3,74).

2.3.5.3. Laboratuvar Testleri

Malnütrisyon şüphesi olan hastalarda laboratuvar değerlendirmesi, ayrıntılı öykü ve fizik muayenede elde edilen bulgular doğrultusunda planlanmaktadır. Biyokimyasal incelemede albümin, transferrin ve prealbümin gibi serum proteinlerinin ölçümüne ek olarak, eser element ve vitamin düzeylerinin değerlendirilmesi de tanıya katkı sağlar.

Albümin, negatif akut faz reaktanı olduğundan, enfeksiyon ve inflamatuar süreçlerden etkilenmektedir. Yaklaşık 18–20 günlük yarı ömrü, kısa süreli malnütrisyonu yansıtma açısından sınırlı bir belirteç olmasına neden olur. Buna karşın prealbümin, yaklaşık 2 günlük kısa yarı ömrü nedeniyle akut beslenme yetersizliklerinde daha duyarlıdır; ancak enfeksiyon ve inflamasyondan benzer şekilde etkilenir. Ayrıca, hızlı düzey değişimleri nedeniyle iyileşme sürecini güvenilir biçimde yansıtmaz.

Transferrin, serumda demir taşınmasından sorumlu başlıca proteindir. Demir eksikliği durumlarında sentezinde artış gözlenir; ancak düzeyleri inflamasyon, böbrek ve karaciğer hastalıklarından etkilenebildiği için hem malnütrisyon hem de demir eksikliği açısından özgüllüğü sınırlıdır (75).

Malnütrisyonda, birçok eser element ve vitamin düzeyinde azalma beklenir. Her ne kadar tüm vitamin ve elementlerin rutin değerlendirmesi yapılmasa da çinko

(Zn) düzeyi özellikle büyüme ile olan yakın ilişkisi nedeniyle önemlidir. Demir, beslenme yetersizliklerinde eksikliği en sık görülen elementtir ve buna bağlı olarak hipokrom mikrositer anemi, tam kan sayımında sık karşılaşılan bir bulgudur (75).

2.3.6. Sınıflandırma

2.3.6.1. Gomez Sınıflaması

Gomez sınıflaması, günümüzde halen kullanılan klasik antropometrik değerlendirme yöntemlerinden biridir. Bu sınıflama ilk olarak Gomez ve ark. tarafından Meksika'da hastaneye başvuran ciddi derecede malnütrisyonlu çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir. Değerlendirme, bireyin mevcut vücut ağırlığının, aynı yaşta sağlıklı büyüme ve gelişme gösteren bir çocukta beklenen normal ağırlığa oranlanması esasına dayanır. Bu oran yüzde cinsinden hesaplanır ve malnütrisyonun derecesi buna göre sınıflandırılır (76) (Tablo 2).

Tablo 2. Gomez malnütrisyon sınıflaması

Yaşa Göre Ağırlık	**Malnütrisyon Derecesi**
≥ 90	Normal
75-89	Hafif Malnütrisyon
60-74	Orta Malnütrisyon
<60	Ağır Malnütrisyon

Değerler medyan değerlerin yüzdesi olarak değerlendirilmiştir.

2.3.6.2. Waterlow Sınıflaması

Bu sınıflamada BGA ve YGB olmak üzere iki temel antropometrik parametre kullanılmaktadır. BGA, bireyin mevcut vücut ağırlığının, aynı boya sahip sağlıklı bir çocuğun ağırlığıyla karşılaştırılması ile elde edilir. YGB ise kişinin boy uzunluğunun, aynı yaş grubundaki sağlıklı bireylerin boy uzunluğuna oranlanması esasına dayanır. Bu yöntem, yalnızca yaşa göre ağırlığı dikkate alan Gomez sınıflamasına kıyasla, akut ve kronik malnütrisyon ayrımını yapabilmesi bakımından daha üstün bir değerlendirme aracıdır. Beş yaş altındaki çocuklarda, özellikle de yaşamın ilk iki

yılında, BGA değeri akut malnütrisyon tanısında kullanılırken; YGB yüzdesinin normal değerlerin altında olması, kronik malnütrisyonun (büyüme geriliğinin) göstergesi olarak kabul edilir (77) (Tablo 3).

Tablo 3. Waterlow malnütrisyon sınıflaması

Yaşa Göre Boy (%)	**Malnütrisyon Derecesi**
≥ 95	Normal
90-94	Hafif Malnütrisyon
85-89	Orta Malnütrisyon
<85	Ağır Malnütrisyon
Boya Göre Ağırlık (%)	
90-100	Normal
80-89	Hafif Malnütrisyon
70-79	Orta Malnütrisyon
<70	Ağır Malnütrisyon

Değerler medyan değerlerin yüzdesi olarak verilmiştir.

2.3.6.3. Wellcome Sınıflaması

Bu sınıflama, çocuğun yaşına göre beklenen vücut ağırlığı ile ödem varlığı gibi parametreleri temel alarak malnütrisyonun tipini ve derecesini belirlemeye yarayan bir yöntemdir. Bu sınıflama, özellikle PEM varlığını ve şiddetini tanımlamada yaygın biçimde kullanılmaktadır (78) (Tablo 4).

Tablo 4. Wellcome malnütrisyon sınıflaması

Yaşa Göre Ağırlık	**Ödem var**	**Ödem yok**
60-80	Kwashiorkor	Beslenme yetersizliği
<60	Marasmik kwashiorkor	Marasmus

Değerler medyan değerlerin yüzdesi olarak verilmiştir.

2.3.6.4. DSÖ Sınıflaması

DSÖ, beş yaş altı çocukların büyüme durumlarını değerlendirmek için YGA, YGB ve BGA göstergelerine dayalı büyüme standartlarını geliştirmiştir. Bu standartlar, çocukların fiziksel gelişimini yaş ve cinsiyetlerine göre karşılaştırmalı biçimde değerlendirmeyi sağlar. DSÖ'ye göre her bir büyüme göstergesi için hesaplanan Z skorunun –2 ile +2 standart sapma (SS) aralığı dışında kalması, büyüme bozukluğunu işaret eder. Z skorunun –2 SS'nin altında olması yetersiz beslenmeyi, +2 SS'nin üzerinde olması ise aşırı beslenmeyi (fazla kiloluluk veya obezite) göstermektedir (79). DSÖ, "çifte yük malnütrisyon" kavramını, aynı toplumda, ailede veya bireyde hem yetersiz beslenme hem de aşırı beslenme durumlarının eşzamanlı olarak görülmesi şeklinde tanımlamaktadır. Bu durum; bodurluk, zayıflık ve mikrobesin eksiklikleri gibi yetersiz beslenme biçimlerinin**,** fazla kiloluluk ve obezite gibi aşırı beslenme formlarıyla birlikte ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Çifte yük malnütrisyon, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hızlı kentleşme, beslenme biçimlerinin değişimi, fiziksel aktivite azlığı ve sosyoekonomik eşitsizlikler nedeniyle giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (3,79).

2.3.6.5. Vücut Kitle İndeksine Göre Sınıflama

Vücut kitle indeksi (VKİ), bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle hesaplanır. Elde edilen değer, çocuğun yaşı ve cinsiyetine uygun referans standartlarla karşılaştırılır. Standart değerden iki standart sapmadan (−2 SS) daha düşük VKİ değerleri, malnütrisyon varlığını göstermektedir (80).

Tablo 5. VKİ Z skoruna göre malnütrisyon sınıflaması

VKİ Z Skoru	**Malnütrisyon Derecesi**
Z skor -1 ile +1 arası	Normal
Z skor -2 ile -1 arası	Hafif Malnütrisyon
Z skor -3 ile -2 arası	Orta Malnütrisyon
Z skor <-3	Ağır Malnütrisyon

2.3.6.6. Güncel (ASPEN) Sınıflama

ASPEN, 2015 yılında malnütrisyonu etiyoloji, süre ve ciddiyet düzeyin**e** göre yeniden sınıflandırmıştır. Bu sınıflamaya göre malnütrisyon, etiyolojik açıdan hastalık kaynaklı malnütrisyon ve çevresel veya davranışsal faktörlere bağlı besin alımında azalma şeklinde iki grupta incelenmektedir. Süreye göre yapılan sınıflamada malnütrisyonun üç aydan kısa süredir mevcut olması durumunda akut, üç aydan uzun sürmesi halinde ise kronik olarak değerlendirileceği belirtilmiştir (81).

Bunu takiben, 2018 yılında Global Nütrisyon Komitesi [ASPEN, Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN), Latin American Federation for Parenteral and Enteral Nutrition (FELANPE) ve Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia (PENSA)] iş birliğiyle GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) kriterlerini yayımlamıştır. Bu kriterler malnütrisyon tanısını iki ana bileşen üzerinden tanımlamaktadır:

Fenotipik kriterler: istemsiz kilo kaybı, düşük VKİ ve kas kütlesinde azalma,

Etiyolojik kriterler: yetersiz besin alımı veya emilimi ile hastalık yükü veya inflamasyon varlığı.

Malnütrisyon tanısı koymak için en az bir fenotipik ve bir etiyolojik kriterin birlikte bulunması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca, malnütrisyon şiddetinin fenotipik ölçütlerle, tedaviye yanıt ve olası komplikasyonların ise etiyolojik göstergelerle izlenmesi önerilmektedir. Bu uluslararası konsensus, malnütrisyonun tanı ve tedavi standartlarının küresel ölçekte her 3–5 yılda bir güncellenmesi gerektiğini de vurgulamıştır (82).

2.3.7. Komplikasyonlar

Yetersiz beslenme, vücudun birçok sistemini etkileyen ciddi fizyolojik değişikliklere yol açar. Enerji alımının azalmasıyla birlikte adaptif mekanizmalar devreye girer; büyüme hızı yavaşlar, bazal metabolizma düşer ve uzun süreli açlıkta glukoneogenez, lipoliz ve ketogenez süreçleri belirginleşir. Hücresel enerji azalmasına bağlı olarak sodyum-potasyum pompası aktivitesinin düşmesi, özellikle kwashiorkor

tablosunda görülen hücre zarı geçirgenliği bozukluklarına neden olabilir. Ayrıca ısı düzenleme mekanizmalarının bozulması hipotermiye veya hipertermiye yatkınlık oluşturur (70).

Kardiyovasküler sistemde miyofibrillerin incelmesine bağlı olarak kalp kasılma gücü azalır ve kardiyak debi vücut kütlesine paralel biçimde düşer. Ciddi olgularda bradikardi, hipotansiyon ve aritmi gelişebilir; hızlı sıvı replasmanı durumunda akut kalp yetersizliği riski artar (83).

Gastrointestinal sistemde mide asidi sekresyonu azalır, ağır olgularda ekzokrin pankreas yetmezliği gelişebilir. İnce bağırsak mukozasında atrofi ve sindirim enzimlerinde azalma, laktoz ve diğer besinlerin emilimini bozar. Bu durum, villöz atrofi ve bakteriyel translokasyonla seyreden "malnütrisyon enteropatisi"ne yol açabilir (84-86).

Böbrek fonksiyonları da etkilenerek idrar konsantrasyon kapasitesi azalır; su ve asit yükü atılımı bozulur. Endokrin sistemde insülin düzeyleri azalırken, büyüme hormonu artar; IGF-1 ve anabolik hormonlarda azalma görülür. Kortizol düzeylerindeki yükselme, lipoliz ve ketogenez süreçlerini hızlandırır (87).

İmmün sistemde lenf bezleri, timus ve tonsillerde atrofi gelişir; immünoglobulin A ve kompleman düzeyleri azalır. Hücresel immün yanıt baskılanır, fagositoz yeteneği azalır ve tipik enfeksiyon belirtileri olan ateş ve lökositoz silikleşebilir. Bu nedenle ciddi malnütrisyonlu çocuklar sepsis, hipoglisemi ve hipotermi gibi komplikasyonlara yatkındır (88,89).

Sinir sistemi üzerinde de belirgin etkiler gözlenir. Nöron sayısında azalma, sinaptik bağlantılarda zayıflama ve yetersiz miyelinizasyon bildirilmiştir. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde ventriküler genişleme ve serebral atrofi gibi bulgular tedaviyle gerileyebilir. Yaşamın ilk 1000 günü, özellikle bilişsel gelişim açısından kritik olup, bu dönemdeki yetersiz beslenme dikkat eksikliği, öğrenme güçlüğü ve davranış bozukluklarına yol açabilir (90,91).

Karaciğerde ödematöz malnütrisyonda sık görülen hepatomegali genellikle yağlanma ve protein sentezinde azalma ile ilişkilidir. Hipoalbüminemi hem neden hem de sonuç olarak ödem gelişimine katkıda bulunabilir. Protein alımı yeterli olsa bile inflamasyon, oksidatif stres ve sodyum retansiyonu ödem oluşumunu tetikleyebilir (92,93).

2.3.8. Tedavi

Ağır malnütrisyonlu çocuklarda enfeksiyonlar ve sepsis mortalitenin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Bunun yanında kalp yetmezliği, dehidratasyon ve elektrolit dengesizlikleri de sıklıkla ölümle sonuçlanabilen ciddi komplikasyonlardır (94). Bu nedenle malnütre bir çocuğun tedavisi, sıradan bir beslenme desteği süreci olarak değil, çok yönlü ve dikkat gerektiren bir tıbbi müdahale olarak ele alınmalıdır. Tedavi sırasında yapılan küçük hatalar bile, metabolik dengenin hızla bozulmasına yol açarak yaşamı tehdit edebilir. Özellikle ani refeeding (yeniden besleme) ve yanlış sıvı replasmanı durumlarında elektrolit dengesizlikleri gelişebilir ve bu da mortalite riskini artırır (95,96).

Tedaviye başlanmadan önce hastanın enfeksiyon odakları, altta yatan sistemik hastalıkları ve metabolik durumu titizlikle değerlendirilmelidir. Orta ve hafif malnütrisyonlu çocuklar genellikle ayaktan tedavi edilebilirken, ağır olgular yakın klinik izlem ve kademeli beslenme desteği gerektirir. Bu hastalarda amaç yalnızca kilo kazanımı değil, aynı zamanda metabolik stabilitenin yeniden sağlanması ve bağışıklık fonksiyonlarının desteklenmesi olmalıdır (97).

DSÖ, malnütrisyon tedavisini resüsitasyon ve stabilizasyon, rehabilitasyon ve izlem olmak üzere üç temel evrede ele almaktadır. Bu yaklaşım, yalnızca akut komplikasyonların yönetimini değil, aynı zamanda uzun vadeli büyüme ve gelişim hedeflerini de kapsayan bütüncül bir tedavi anlayışını yansıtmaktadır.

2.3.8.1. Resüsitasyon ve Stabilizasyon Dönemi

Tedavinin ilk basamağı hastanın stabilizasyonudur ve bu dönem genellikle 7–10 gün kadar sürebilir. Şiddetli akut malnütrisyonlu çocuklarda sıvı ve elektrolit

tedavisi dikkatle planlanmalıdır. Aşırı sodyum veya sıvı verilmesi doku ödemine ve konjestif kalp yetmezliğine yol açabileceğinden, sıvı replasmanı yavaş ve kontrollü yapılmalıdır. Potasyum desteği, hücresel fonksiyonların korunması ve kalp ritim bozukluklarının önlenmesi açısından özellikle önem taşır. Malnütrisyonlu çocuklarda enfeksiyon bulguları olmasa bile, bağışıklık sisteminin baskılanmış olması nedeniyle geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlamak önerilir. Ayrıca, hipotermi gelişmişse çocuğun vücut ısısının kademeli biçimde yükseltilmesi gerekir. Hipoglisemi riski oldukça yüksektir; bu nedenle hasta 2–3 saat aralıklarla beslenmeli ve mümkünse anne sütü ilk tercih olmalıdır. Başlangıçta 75–100 kcal/100 ml enerji içeren beslenme planları kullanılabilir; oral alım yeterli değilse nazogastrik beslenme uygulanabilir. Bu dönemde hızlı kilo alımı beklenmemelidir; esas amaç metabolik stabilitenin sağlanmasıdır. DSÖ, bu dönemde özellikle hipoglisemi, hipotermi, dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri, enfeksiyonlar ve mikrobesin eksikliklerinin önlenmesi gerektiğini vurgulamakta; aynı zamanda sık aralıklarla küçük miktarlarda beslenmeyi önermektedir (98).

2.3.8.2. Rehabilitasyon Dönemi

Malnütrisyon tedavisinde temel yaklaşım, hastanın psikomotor gelişimini desteklemek**,** enfeksiyonları etkin şekilde tedavi etmek ve aileyi hem tedavi sürecine hem de koruyucu beslenme uygulamalarına aktif biçimde dahil etmektir. Özellikle Kwashiorkor olgularında, ödemin gerilemesiyle birlikte tedavinin erken döneminde geçici kilo kaybı görülebilir. Hastalar, yaşa uygun enerji gereksiniminin %120–140'ına ulaştıktan sonra kilo artışı göstermeye başlarlar. Bu dönem genellikle 2–6 haftalık bir süreci kapsamaktadır (99). Çocuğun günlük beslenme gereksiniminin üçte dördünü oral yolla alabilmesi veya ardışık iki öğünde yeterli oral alım göstermesi durumunda nazogastrik beslenme sonlandırılır. Enteral tolerans dikkate alınarak, düşük laktoz ve düşük osmolariteli diyet başlanır. Günlük enerji alımı ortalama 80–100 kcal/kg/gün olacak şekilde planlanmalıdır. DSÖ, ağır malnütrisyon tedavisinde, 100 cc'de 0,9 g protein ve 75 kcal içeren başlangıç maması ile başlanmasını, ardından 100 cc'de 2,9 g protein ve 100 kcal içeren devam maması kullanılmasını önermektedir. Ağır ödemi bulunmayan çocuklarda günlük sıvı alımı yaklaşık 130 cc/kg/gün olarak planlanmalıdır. Tedavi başlangıcında sık ve

küçük öğünlerle beslenme tercih edilir; tolere edildikçe öğün aralıkları artırılarak 3–7 gün içinde başlangıç fazı tamamlanır (100).

2.3.8.3. İzlem ve Malnütrisyonun Önlenmesi

Malnütrisyon tedavisinin izlem dönemi, hastanın taburculuk sonrası dönemde risk faktörlerinin yeniden gelişimini ve malnütrisyonun tekrarlama olasılığını önlemeye odaklanmalıdır. Bu nedenle, çocukların beslenme durumu düzenli aralıklarla izlenmeli ve aileye beslenme konusunda eğitim ve destek verilmelidir. Koruyucu yaklaşımlar arasında anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi, uygun zamanda ve doğru içerikle ek gıdaya geçilmesi**,** çinko takviyesi (2 mg/kg/gün), A vitamini desteği (12 ayda bir 200.000 Ü) ve folik asit replasmanı (5 mg/gün başlanıp 1 mg/gün idame) yer almaktadır. A vitamini eksikliğinin körlüğe yol açabilmesi nedeniyle tedavinin ilk gününden itibaren başlanması önerilir. Eğer korneal ülserasyon, Bitot lekeleri veya keratomalazi gibi göz bulguları mevcutsa, A vitamini uygulaması bir gün sonra tekrarlanmalı ve 2 hafta sonra üçüncü doz yapılmalıdır. Ayrıca magnezyum (0,6 mmol/kg/gün), demir (3 mg/kg/gün, başlangıç fazı sonrası)**,** bakır (0,3 mg/kg/gün) ve fosfor (2 mmol/kg/gün) desteği tedavinin devamında planlanmalıdır. Bunlar hücresel onarım, hematopoetik denge ve kas fonksiyonlarının yeniden düzenlenmesi açısından önemlidir. Ek olarak, hijyen koşullarının iyileştirilmesi ve enfeksiyonlardan korunma da malnütrisyonun yeniden gelişmesini önlemede temel unsurlardandır (48,101).

Malnütrisyon tedavisinde en ciddi komplikasyonlardan biri, özellikle yüksek kalorili ve karbonhidrat açısından zengin diyetlerle beslenmeye başlanan hastalarda ortaya çıkan, ölümcül seyirli refeeding sendromudur. Bu durumda, ani karbonhidrat yüklenmesi insülin salınımını artırır ve bunun sonucunda glukoz, magnezyum ve fosfat hücre içine taşınır, serum düzeyleri ise hızla azalır. Aynı zamanda sodyumun hücre içine girişi, suyun da hücre içine geçişini artırarak ödem ve elektrolit dengesizliklerine yol açar. Serum fosfat, potasyum ve glukoz düzeylerindeki hızlı düşüş; iştahsızlık, kas güçsüzlüğü, kardiyak kontraktilite azalması, aritmiler, diyastolik arrest, rabdomiyoliz, solunum yetmezliği, nöbet, koma ve hatta ölüm gibi ciddi klinik sonuçlara neden olabilir. Refeeding sendromunu önlemek için yüksek

karbonhidratlı ve sodyumdan zengin diyetlerden kaçınılmalı, beslenme planına başlamadan önce potasyum, fosfat ve magnezyum düzeyleri dikkatle izlenmeli ve gerekli durumlarda takviye edilmelidir (102,103).

Nütrisyonel destek fazı tamamlandıktan ve iyileşme bulguları görüldükten sonra, hasta evde beslenme dönemine hazırlanır. Ortalama iyileşme süresi 2 ila 7 hafta arasında değişir. Tedavinin ilk haftalarında günde 6 öğün olacak şekilde 4 saat aralıklarla beslenme önerilir. Kilo alımı ve glisemi stabil hale geldiğinde gece öğünleri azaltılarak beslenme sıklığı 5'e düşürülebilir**.** Vitamin ve mineral desteği sürdürülmeli; iki yaş altı çocuklarda her öğünde 10 cc artışla**,** iki yaş üzerindekilerde ise üç ana ve üç ara öğün düzeni uygulanmalıdır. Günlük enerji alımı 150–220 kcal/kg/gün, protein miktarı ise 4–6 g/kg/gün olacak şekilde planlanmalıdır. Büyüme takibi, günlük ağırlık ölçümleriyle yapılmalı; ortalama 10 g/kg/gün ağırlık artışı hedeflenmelidir (104).

2.3.9. Prognoz

Malnütrisyon sonrası iyileşme süreci iki evrede gerçekleşir. İlk evre, genellikle ilk 2–3 haftayı kapsar. Bu dönemde ödem ve diğer klinik bulguların çoğu geriler**,** biyokimyasal ve fizyolojik parametreler normale yakın değerlere ulaşır. İkinci evre ise kilo kazanımı ve doku onarımı dönemidir; çocuk bu süreçte kayıp vücut ağırlığını geri kazanır ve geri dönüşümlü metabolik bozukluklar tamamen düzelir. Hastaneye yatıştan sonra ortalama 2–3 ay içinde çocuk, boyuna uygun ideal kilosuna ulaşabilir. Eğer nütrisyon rehabilitasyon merkezleri veya uygun izlem olanakları mevcutsa, tedavinin ilk aşamasının hastane koşullarında tamamlanması yeterli olur. Ancak ağır malnütrisyon vakalarında mortalite oranı hâlen %10–20 civarındadır. Kötü prognoz göstergeleri arasında şiddetli mental depresyon, hipotermi, hipoglisemi ve peteşiyal döküntüler yer alır. Ölümün en sık nedenleri ise elektrolit dengesizlikleri, ciddi dehidratasyon, kalp yetmezliği, enfeksiyonlar ve sepsis olarak bildirilmiştir. En yüksek ölüm riski, genellikle tedavinin ilk günlerinde görülür. Malnütrisyonun vücutta oluşturduğu değişikliklerin büyük kısmı iyileşme ile geri dönebilir, ancak fetal dönem ve erken postnatal dönemde hücre proliferasyonunun yoğun olması nedeniyle, özellikle merkezi sinir sisteminde kalıcı yapısal ve fonksiyonel hasarlar meydana gelebilir (105).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Şekli

Araştırma; tanımlayıcı, kesitsel ve anket çalışmasıdır.

3.2. Çalışmanın Etik Kurul İzni

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.06.2025 tarih ve 08/38 toplantı ve karar sayısı ile etik kurul onayı alındı (Ek-1).

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmada popülasyon; Hatay ili Arsuz ilçesinde yaşayan 5 yaş altındaki çocuk ve anneleri olarak belirlenmiştir. Popülasyon sayısı bilinmemektedir. Örneklem büyüklüğü, çalışmanın birincil sonucu olan malnütrisyon prevalansının tahmini esas alınarak hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) ve Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) ikincil değişkenler olup, örneklem hesabı bu ölçeklerin puanları üzerine değil, malnütrisyon sıklığı üzerine kurgulanmıştır.

Birinci tip hata (α=0,05) ve örneklem hatası d=0,04, olarak TNSA 2018 sonuçları incelendiğinde çocuklarda malnütrisyona rastlanma oranlarının (p=0,098 (%9,8)) olduğu gözlenmiştir (4). Türkiye'deki malnütrisyon görülme sıklığına ilişkin oranla aşağıdaki formül ile örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Çocuklarda malnütrisyon görülme oranı p, birinci tip hata (α) ve örneklem hatası d=0,04 olmak üzere örneklem büyüklüğü yaklaşık 212 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem popülasyondan basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilecektir (106). Hesaplama formülü:

$$n=\frac{P.Q.Z_{\alpha}^{2}}{d^{2}}$$

n: Örneklem büyüklüğü

P: Popülasyondaki X'in gözlenme oranı, Q=(1-P): X'in gözlenmeme oranı

d= Örneklem hatası

Z_α = Z dağılımı kritik değerleridir.

Bireylere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutuldu ve imzalatıldı. Çalışmaya anketi doldurmayı kabul eden 247 anne dahil edildi. Çalışma kapsamında 10 katılımcının kayıtlarında önemli ölçüm ve bilgi eksiklikleri bulunması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 15 yaş ve üzerinde olan anneler
- 15-18 yaş arasındaki katılımcılarda veli/vasi onayı olan anneler
- 5 yaş altı bebek bakımı ile ilgilenmek-ilgilenmiş olan
- Çocukta sekonder malnütrisyona sebep olabilecek hastalık durumu bulunmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan
- Anket sorularını cevaplayabilecek seviyede okur-yazar olan bireyler çalışmaya dahil edildi.

3.3.2. Çalışmada Dışlanma Kriterleri

- Belirlenen yaş aralığının dışındaki çocuğu olan,
- Anketteki soruları doldurabilecek yeterliliği olmayan (okuryazar değil, görme engelli)

3.4. Çalışma Verilerinin Toplanması

Çalışmada veri toplama araçları olarak tarafımızca hazırlanan çocukla ve ebeveynle ilgili sosyodemografik özellikleri içeren soru formu, Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği ve Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından 01.07.2025-01.09.2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4.1. Çocukla ve Ebeveynle İlgili Sosyodemografik Özellikleri İçeren Soru Formu

Çocukla ilgili sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bölümde çocuğun yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, doğum şekli, doğum kilosu, doğum haftası, çocuğun demir, vitamin takviyesi alma durumu, doğduktan sonra ilk neyle beslendiği, çocuğun tedavi gördüğü bir hastalığı olup olmadığı, sadece anne sütü alma süresi, emzirme ve/veya tamamlayıcı gıdaya geçişte sağlık personelinden yardım alma durumu, ek gıdaya hangi besinler ile başlandığı, kaç öğün yemek yediği, çocuğun şu anki iştahını ve kilosunu annenin nasıl değerlendirdiği soruları yer almaktadır. Toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Ebeveynle ilgili sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bölümde aile tipi, çocuk sayısı, aile gelir durumu, eğitim durumu, meslek durumu, depremde evin zarar görme durumu, depremden sonra gıda yardımı alıp almama durumu ve deprem sonrası dönemde çocuğun beslenmesinde değişiklik olup olmadığı sorgulandı. Toplam 12 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

Çocukların antropometrik ölçümleri Arsuz ilçesindeki ASM'lerde bulunan ve yetkili kurumlarca kalibre edilmiş kilo ve boy ölçerler ile yapılmıştır.

Çocuklarda YGA, YGB ve BGA değerlendirmesinde DSÖ'nün beş yaş altı büyüme standartları kullanıldı. Bu standartlara göre Z skorunun her üç büyüme değerinden en az birisinde -2 / +2 ortalama standart sapmanın dışında olması malnütrisyon olarak tanımlandı. Z skorları WHO Anthro programı yardımıyla, WHO Child Growth Standards (0-60 ay) verileri ile hesaplanmıştır (107).

3.4.2. Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ)

Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) De La Mora ve Russell tarafından 1999 yılında, kadınların emzirme tutumlarını ve bebek besleme yöntemlerine ilişkin eğilimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (108). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2011 yılında Kızıltepe tarafından gerçekleştirilmiştir (109). Ölçekte yer alan 17 maddeden sekizi anne sütüyle beslenmeye yönelik olumlu tutumları, dokuzu ise formül mama ile beslenmeye yönelik olumlu tutumları değerlendirmektedir. Formül mama ile beslenmeyi destekleyen maddeler ters

puanlanmakta olup (1=5, 2=4, 4=2, 5=1), toplam tutum puanı 17 ile 85 arasında değişmektedir. Düşük puanlar biberonla beslenmeye yönelik olumlu tutumu, yüksek puanlar ise emzirmeye yönelik olumlu tutumu göstermektedir (108). Ölçek üç farklı çalışmada test edilmiş; ilk iki çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,86, üçüncü çalışmada ise 0,68 olarak rapor edilmiştir (108) (Ek-3).

Alkusayer ve ark. tarafından 2018 yılında yapılan geniş örneklemli bir çalışmada, BBTÖ için klinik olarak anlamlı kesme puanı 60 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmamızda söz konusu 60 puanlık klinik eşiğe göre de değerlendirme yapılmıştır (110).

3.4.3. Çocuklarda Yeme Davranış Anketi (ÇYDA)

Çalışma kapsamında çocukların yeme davranışlarını ve iştah durumlarını nesnel ölçütlerle belirlemek amacıyla, bu alanda en kapsamlı değerlendirme araçlarından biri olarak kabul edilen Çocuklarda Yeme Davranışı Değerlendirme Aracı (ÇYDA) kullanıldı. Ölçek, çocuklarda yeme davranışını sistematik biçimde ölçmenin yanı sıra obezite ve iştah durumunun değerlendirilmesine de olanak sağlamaktadır. ÇYDA, 2001 yılında Wardle ve ark. tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Yılmaz ve ark. tarafından 2011 yılında gerçekleştirilmiştir (111,112). Yılmaz ve ark. (2011), ölçeğin genel Cronbach alfa katsayısını 0,69, alt boyutlara ilişkin katsayıları ise 0,61–0,84 aralığında bulmuşlardır (112).

Toplam 35 maddeden oluşan ölçek, 5'li Likert tipi (1=Asla, 5=Her zaman) bir değerlendirme sistemiyle puanlanmaktadır. Ölçek sekiz alt boyuttan oluşmaktadır: pozitif iştah göstergesi (gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu) ve negatif iştah göstergesi (tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği) (112). Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar, o davranışın çocukta daha yaygın olarak gözlendiğini göstermektedir (113,114). Alt boyutların tanımları şu şekildedir:

Gıda Heveslisi: Çocuğun iştah düzeyini, yiyeceklerin görünümü, kokusu ve sunumu gibi uyaranlara verdiği tepkiyi ölçer (12, 14, 19, 20, 28. maddeler).

Duygusal Aşırı Yeme: Çocuğun olumsuz duygulara tepki olarak aşırı yemek yeme eğilimini değerlendirir (2, 13, 15, 27. maddeler).

Gıdadan Keyif Alma: Çocuğun genel olarak yiyeceklere olan ilgisini ve iştah düzeyini ölçer (1, 3, 4, 5, 22. maddeler).

İçme Tutkusu: Özellikle şekerli içecekler başta olmak üzere, içecek tüketme eğilimini belirler (6, 29, 31. maddeler).

Tokluk Heveslisi: Çocuğun tokluk hissine yanıt olarak yemek yemeyi sonlandırma eğilimini gösterir (7, 17, 21, 24, 26, 30, 33. maddeler).

Yavaş Yeme: Çocuğun yiyeceklere olan ilgisinin düşük olmasını ve yeme süresinin uzun olmasını yansıtır (8, 18, 34, 35. maddeler).

Duygusal Az Yeme: Olumsuz duygulara tepki olarak yeme isteğinin azalmasını değerlendirir (9, 11, 23, 25. maddeler).

Yemek Seçiciliği: Çocuğun tükettiği besinlerde seçici davranma eğilimini ölçer (10, 16, 32. maddeler) (113-115) (Ek-4).

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, medyan, minimum-maksimum değerleri, kategorik verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro Wilk testinden ve çarpıklık-basıklık katsayılarından yararlanılmıştır. Sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Independent Sample T Test kullanılmıştır. Üç veya daha fazla sayıda grup arasındaki farklılığı saptamak için One Way Anova Testi kullanılmış, farkın çıkması durumunda ikili karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmeli post hoc test uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon katsayısından faydalanılmıştır. Korelasyon katsayısı (r) 0,1-<0,3 arasında ise zayıf, 0,3-<0,7 arasında ise orta, 0,7-<1,0 arasında ise yüksek düzeyde ilişki olarak

kabul edilmiştir. Ölçekler için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 31.0 programı kullanılmıştır ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular

Çalışmaya 5 yaş altında olan 124'ü (%52,3) erkek, 113'ü (%47,7) kız olmak üzere toplam 237 çocuk dahil edildi. Çocukların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6'da yer almaktadır. Çocukların 169'unun (%71,3) yaşı 24-60 ay arasındaydı. Çocukların 174'ü (%73,4) sezaryen olarak ve 63'ü (%26,6) normal doğumla dünyaya gelmiştir. Doğum ağırlığı incelendiğinde çocukların 27'si (%11,4) 2500 gramın altın, 199'u (%84,0) 2500-4000 gram arasında, 11'i (%4,6) 4000 gr üzerinde dünyaya gelmiştir. Doğum zamanı incelendiğinde çocukların 20'si (%8,4) 37 haftadan önce, 195'i (%82,3) 37-40, 22'si (%9,3) 40 hafta üstünde doğmuştur. Çocuklarından 22'sinin (%9,3) tedavi gördüğü kalıcı bir hastalığı vardı.

Tablo 6. Çocukların demografik özellikleri

Özellikler	**Ortalama±SS**	**Medyan (min-max)**
Son ölçüm boyu(cm)	91,4±16,1	94 (53-126)
Son ölçüm kilo (kg)	14,2±4,3	14 (3,3-25)
Yaş, (ay)	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
0-6	11	4,6
6-24	57	24,1
24-60	169	71,3
Cinsiyet		
Erkek	124	52,3
Kız	113	47,7
Doğum şekli		
Sezaryen	174	73,4
Normal doğum	63	26,6
Doğum ağırlığı		
<2500 g	27	11,4
[2500-4000] g	199	84,0
>4000 g	11	4,6
Doğum zamanı		
<37 hafta, erken	20	8,4
[37-40 hafta], zamanında	195	82,3
>40 hafta, geç	22	9,3
Tedavi gördüğü kalıcı herhangi bir hastalık durumu		
Var	22	9,3
Yok	215	90,7

n=237, SS: Standart Sapma

Tablo 7'de annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Annelerin 175'inin (%73,8) gebelikte vitamin ve/veya gıda desteği aldığı, 109'unun (%46,0) doğumdan sonra 30 dakika içinde emzirdiği, 216'sının (%91,1) ilk olarak bebeğe anne sütü verdiği, 158'inin (%66,7) evinde gebelikte ve büyümede hiç sigara içilmediği, 81'inin (%33,8) çocuğunda son iki hafta içinde alt-üst solunum yolu enfeksiyonu geliştiği, 147'sinin (%62,0) günde 5-10 öğün emzirdiği, 135'inin (%57,0) çocuğunu 12 <ay≤ 24 emzirdiği, 105'inin (%44,3) sağlık personelinden beslenme konusunda bilgi aldığı, 149'unun (%62,9) çocuğunun son 1 yılda vitamin ve/veya gıda desteği aldığı, 181'inin (%76,4) ek besine sıvı-püre gıdalar ile başladığı,140'ının (%59,1) çocuğuna verdiği günlük ek gıda öğün sayısının 2-4 olduğu, 190'ı (%80,2) çocuğunun kilosunu normal bulduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	**n**	**%**
Gebelikte vitamin ve/veya gıda desteği alma durumu		
Evet	175	73,8
Hayır	62	26,2
Bebeği ilk emzirme zamanı		
Doğar doğmaz	52	21,9
İlk yarım saat içinde	109	46,0
Yarım saatten sonra	76	32,1
Bebeğe verilen ilk besin		
Anne sütü	216	91,1
Mama, şekerli su, hurma vs.	21	8,9
Gebelikte ve büyümede evde sigara içilme durumu		
Hiç sigara içilmedi	158	66,7
Gebelikte anne içti	18	7,6
Gebelikte evde içildi (anne içmedi)	43	18,1
Büyüme çağında içildi	18	7,6
Çocuğun son iki hafta içinde herhangi bir hastalık yaşama durumu		
Alt-üst solunum yolu enfeksiyonu	81	33,8
İshal	9	3,8
Cilt/uyuz/bitlenme	5	2,1
İdrar yolu enfeksiyonu	4	1,7
Hayır	138	58,2
Çocuğunuzu ortalama kaç öğün emzirirsiniz? /emzirirdiniz)		
<5	29	12,2
[5-10]	147	62,0
>10	61	25,7

Tablo 7. Devamı

Çocuğun anne sütü alım süresi		
Hiç almadı	7	3,0
<6 ay	52	21,9
6≤ay≤ 12	43	18,1
12<ay≤ 24	135	57,0
Emzirme ve/veya tamamlayıcı ek gıdaya geçişte sağlık personelinden destek alma durumu		
Evet	105	44,3
Hayır	132	55,7
Çocuğun son 1 yılda vitamin ve/veya gıda takviyesi alma durumu		
Evet	149	62,9
Hayır	88	37,1
Ek gıdaya hangi besinler ile başladınız?		
Henüz başlamadım	10	4,2
Sıvı-püre gıda	181	76,4
Formül mama	38	16,0
Katı gıda	8	3,4
Çocuğun günlük ek gıda öğün sayısı (anne sütü hariç)		
2-4	140	59,1
4-6	77	32,5
7 ve üzeri	10	4,2
Almıyor	10	4,2
Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?		
Çok zayıf	4	1,7
Zayıf	32	13,5
Normal	190	80,2
Kilolu	11	4,6

n=237

Tablo 8'de çocuğun ailesine ait demografik özellikler yer almaktadır. Çocukların 218'inin (%92,0) çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Annelerin 105'inin (%44,3) bir çocuğu olduğu, 119'unun (%50,2) aylık gelirinin 22.132-72.088 TL arasında olduğu, 141'inin (%59,5) 31-40 yaş arasında olduğu, 153'ünün (%64,6) üniversite mezunu olduğu, 92'sinin (%38,8) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Babaların 169'unun (71,3) 31-40 yaş arasında olduğu, 137'sinin (%57,8) üniversite mezunu olduğu, 150'sinin (%63,3) özel sektörde/serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların 115'inin (%48,5) depremde evlerinin zarar gördüğü, 42'sinin (%17,7) depremden sonra gıda yardımı aldığı, 51'inin (%21,5) depremden sonra çocuğunun daha az beslendiği, 11'inin (%4,6) ise daha çok beslendiği saptanmıştır.

Tablo 8. Çocuğun ailesine ait demografik özellikler

Özellikler	n	%
Aile tipi		
Çekirdek aile	218	92,0
Geniş aile	19	8,0
Çocuk sayısı		
1	105	44,3
2	94	39,7
3	30	12,7
4 ve üzeri	8	3,4
Ailenin toplam geliri		
0-22.131 TL	39	16,5
22.132-72.088 TL	119	50,2
72.088 TL'den fazla	79	33,3
Annenin yaşı		
20-30 yaş	84	35,4
31-40 yaş	141	59,5
≥41 yaş	12	5,1
Babanın yaşı		
20-30 yaş	21	8,9
31-40 yaş	169	71,3
≥41 yaş	47	19,8
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil/İlkokul	27	11,4
Lise	57	24,1
Üniversite	153	64,6
Babanın eğitim durumu		
İlkokul	39	16,5
Lise	61	25,7
Üniversite	137	57,8
Annenin mesleği		
Sağlık çalışanı	45	19,0
Öğretmen/Akademik personel	38	16,0
Kamu hizmetleri	25	10,5
Özel sektör/Serbest meslek	37	15,6
Ev hanımı	92	38,8
Babanın mesleği		
Sağlık çalışanı	24	10,1
Öğretmen/Akademik personel	13	5,5
Kamu hizmetleri	47	19,9
Özel sektör/Serbest meslek	150	63,3
Emekli/Çalışmıyor	3	1,3
Depremde evin zarar görme durumu		
Evet	115	48,5
Hayır	122	51,5

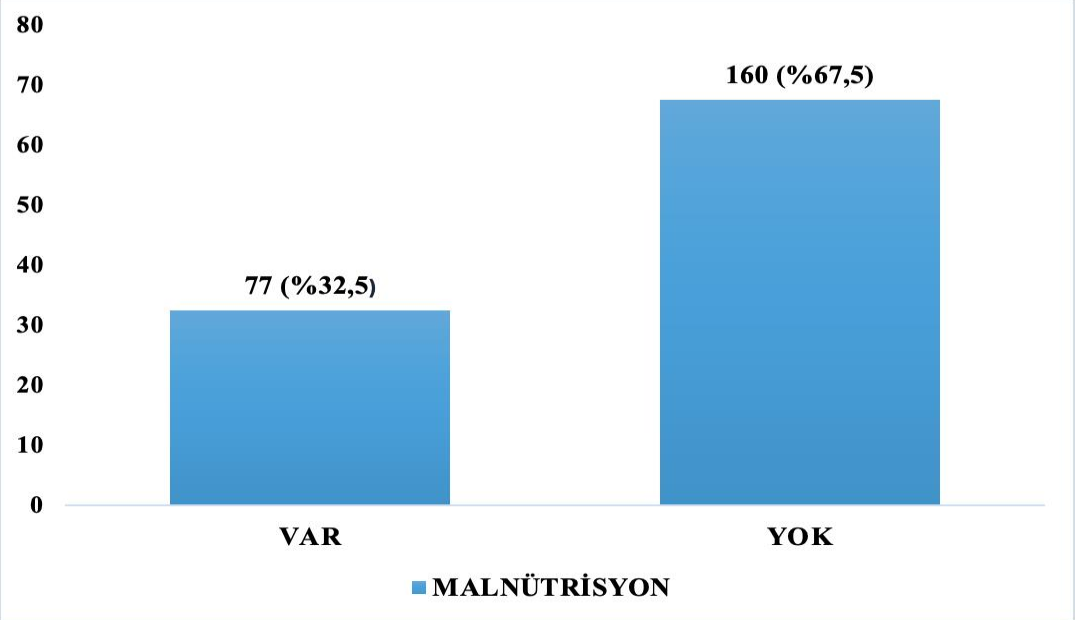
Tablo 8. Devamı

Depremden sonra gıda yardımı alma durumu		
Evet	42	17,7
Hayır	195	82,3
Depremden sonra çocuğun beslenmesinde değişiklik olma durumu		
Daha az beslendi	51	21,5
Daha çok beslendi	11	4,6
Değişiklik olmadı	175	73,8

n=237

4.2. Malnütrisyon Durumuna Ait Bulgular

DSÖ Z skoruna göre çocukların 77'sinde (%32,5) malnütrisyon tespit edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. DSÖ Z skoruna göre çocuklarda malnütrisyon durumu (n=237)

Çalışmaya alınan çocukların 8'inde (%3,4) yaşa göre ağırlık geriliği, 35'inde (%14,8) yaşa göre boy geriliği, 18'inde (%7,6) boya göre ağırlık geriliği saptanmıştır.

Yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy ve boya göre ağırlık fazlalığı ise sırasıyla 28 (%11,8), 36 (%15,2) ve 43 (%18,1) olarak saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Çocukların vücut ölçütlerinin DSÖ Z skoruna göre dağılımı

	YGA (n=237)	**YGB (n=237)**	**BGA (n=237)**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
<Ort.-2 SS (Düşük)	8 (3,4)	35 (14,8)	18 (7,6)
[Ort.-2 SS – Ort.+2 SS] (Normal)	201 (84,8)	166 (70,0)	176 (74,3)
>Ort.+2 SS (Fazla)	28 (11,8)	36 (15,2)	43 (18,1)

n=237, Sütun yüzdesi verilmiştir.

Annelerin çok zayıf/zayıf gördüğü çocuk sayısı 36 iken BGA'ya göre zayıf çocuk sayısı 18 bulunmuştur. Annelerin kilolu gördüğü çocuk sayısı 11 iken BGA'ya göre kilolu çocuk sayısı 43 bulunmuştur. Annelerin normal gördüğü 190 çocuğun 14'ünün zayıf ve 30'unun kilolu olduğu saptanmıştır (p=0,092) (Tablo 10).

Tablo 10. Annelerin "çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar ile BGA ölçütleri arasındaki ilişki

	Zayıf (n=36)	**Normal (n=196)**	**Kilolu (n=11)**	**Toplam (n=237)**	***p değeri****
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	
<Ort.-2 SS (Düşük)	2 (5,6)	14 (7,4)	2 (18,2)	18 (7,6)	
[Ort.-2 SS – Ort.+2 SS] (Normal)	25 (69,4)	146 (76,8)	5 (45,5)	176 (74,3)	0,092
>Ort.+2 SS (Fazla)	9 (25,0)	30 (15,8)	4 (36,4)	43 (18,1)	
Toplam	36 (100,0)	190 (100,0)	11 (100,0)	237 (100,0)	

* Pearson Ki-kare test, sütun yüzdesi verilmiştir.

Tablo 11'de malnütrisyon durumuna göre çocukların demografik özelliklerinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Malnütrisyon durumu ile yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve tedavi gördüğü kalıcı bir hastalık durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 11. Malnütrisyon durumuna göre çocukların demografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Özellikler	**Malnütrisyon var (n=77)**	**Malnütrisyon yok (n=160)**	***p değeri****
Yaş, (ay)	**n (%)**	**n (%)**	
0-6	2 (2,6)	9 (5,6)	0,257
6-24	15 (19,5)	42 (26,3)	
24-60	60 (77,9)	109 (68,1)	
Cinsiyet			
Erkek	42 (54,5)	82 (51,2)	0,634
Kız	35 (45,5)	78 (48,8)	
Doğum şekli			
Sezaryen	55 (71,4)	119 (74,4)	0,631
Normal doğum	22 (28,6)	41 (25,6)	
Doğum ağırlığı			
<2500 g	12 (15,6)	15 (9,4)	
[2500-4000] g	62 (80,5)	137 (85,6)	0,358
>4000 g	3 (3,9)	8 (5,0)	
Doğum zamanı			
<37 hafta, erken	5 (6,5)	15 (9,4)	
[37-40 hafta], zamanında	65 (84,4)	130 (81,3)	0,749
>40 hafta, geç	7 (9,1)	15 (9,4)	
Tedavi gördüğü kalıcı herhangi bir hastalık durumu			
Var	9 (11,7)	13 (8,1)	0,376
Yok	68 (88,3)	147 (91,9)	

n=237, *Pearson Ki-kare test, sütun yüzdesi verilmiştir.

Tablo 12'de malnütrisyon durumuna göre annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerinin yer almaktadır. Malnütrisyon olan grupta ek gıda öğün sayısı 7 ve üzeri olan çocuk sıklığı (%9,1) malnütrisyon görülmeyen çocuklara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek değerde bulunmuştur (p=0,019). Malnütrisyon olan grupta annelerinin kilolu olarak gördüğü çocuk sıklığı (%9,1) daha

yüksek bulunmuştur (p=0,026). Malnütrisyon durumu ile diğer özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 12. Malnütrisyon durumuna göre annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerinin değerlendirilmesi

Özellikler	**Malnütrisyon var (n=77)**	**Malnütrisyon yok (n=160)**	***p değeri****
Gebelikte vitamin ve/veya gıda desteği alma durumu	**n (%)**	**n (%)**	
Evet	57 (74,0)	118 (73,8)	0,964
Hayır	20 (26,0)	42 (26,3)	
Bebeği ilk emzirme zamanı			
Doğar doğmaz	17 (22,1)	35 (21,9)	
İlk yarım saat içinde	33 (42,9)	76 (47,5)	0,754
Yarım saatten sonra	27 (35,1)	49 (30,6)	
Bebeğe verilen ilk besin			
Anne sütü	72 (93,5)	144 (90,0)	0,374
Mama, şekerli su, hurma vs.	5 (6,5)	16 (10,0)	
Gebelikte ve büyümede evde sigara içilme durumu			
Hiç sigara içilmedi	50 (64,9)	108 (67,5)	
Gebelikte anne içti	5 (6,5)	13 (8,1)	0,708
Gebelikte evde içildi (anne içmedi)	17 (22,1)	26 (16,3)	
Büyüme çağında içildi	5 (6,5)	13 (8,1)	
Çocuğun son iki hafta içinde herhangi bir hastalık yaşama durumu			
Alt-üst solunum yolu enfeksiyonu	35 (45,5)	46 (28,7)	
İshal	3 (3,9)	6 (3,8)	0,053
Cilt/uyuz/bitlenme	2 (2,6)	3 (1,9)	
İdrar yolu enfeksiyonu	2 (2,6)	2 (1,3)	
Hayır	35 (45,5)	103 (64,4)	
Çocuğunuzu ortalama kaç öğün emzirirsiniz? /emzirirdiniz)			
<5	12 (15,6)	17 (10,6)	0,452
[5-10]	44 (57,1)	103 (64,4)	
>10	21 (27,3)	40 (25,0)	
Çocuğun anne sütü alım süresi			
Hiç almadı	3 (3,9)	4 (2,5)	
<6 ay	16 (20,8)	36 (22,5)	0,270
6 ≤ay≤ 12	9 (11,7)	34 (21,3)	
12<ay≤ 24	49 (63,6)	86 (53,8)	
Emzirme ve/veya tamamlayıcı ek gıdaya geçişte sağlık personelinden destek alma durumu			
Evet	36 (34,3)	69 (65,7)	0,598
Hayır	41 (31,1)	91 (68,9)	
Çocuğun son 1 yılda vitamin ve/veya gıda takviyesi alma durumu			
Evet	47 (46,8)	102 (43,1)	0,686
Hayır	30 (53,2)	58 (56,9)	

Tablo 12. Devamı

Ek gıdaya hangi besinler ile başladınız?			
Henüz başlamadım	1 (1,3)	9 (5,6)	
Sıvı-püre gıda	61 (79,2)	120 (75,0)	0,443
Formül mama	13 (16,9)	25 (15,6)	
Katı gıda	2 (2,6)	6 (3,8)	
Çocuğun günlük ek gıda öğün sayısı (anne sütü hariç)			
2-4	41 (53,2)	99 (61,9)	
4-6	28 (36,4)	49 (30,6)	**0,019**
7 ve üzeri	7 (9,1)	3 (1,9)	
Almıyor	1 (1,3)	9 (5,6)	
Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?			
Çok zayıf	0 (0,0)	4 (2,5)	
Zayıf	14 (18,2)	18 (11,2)	**0,026**
Normal	56 (72,7)	134 (83,8)	
Kilolu	**7 (9,1)**	**4 (2,5)**	

n=237, *Pearson Ki-kare test veya Fisher's Exact Test, sütun yüzdesi verilmiştir.

Tablo 13'te malnütrisyon durumuna göre çocuğun ailesine ait demografik özelliklerinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Malnütrisyon olan grupta ailede üç çocuk sahibi olma sıklığı (%19,5) daha yüksek bulunmuştur (p=0,021). Malnütrisyon durumu ile diğer özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 13. Malnütrisyon durumuna göre çocuğun ailesine ait demografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Özellikler	**Malnütrisyon var (n=77)**	**Malnütrisyon yok (n=160)**	***p değeri****
Aile tipi	**n (%)**	**n (%)**	
Çekirdek aile	70 (90,9)	148 (92,5)	0,673
Geniş aile	7 (9,1)	12 (7,5)	
Çocuk sayısı			
1	24 (31,2)	81 (50,6)	
2	35 (44,5)	59 (36,9)	**0,021**
3	15 (19,5)	15 (9,4)	
4 ve üzeri	3 (3,9)	5 (3,1)	
Ailenin toplam geliri			
0-22.131 TL	14 (18,2)	25 (15,6)	
22.132-72.088 TL	39 (50,6)	80 (50,0)	0,831
72.088 TL'den fazla	24 (31,2)	55 (34,4)	

Tablo 13. Devamı

Annenin yaşı			
20-30 yaş	25 (32,5)	59 (36,9)	
31-40 yaş	45 (58,4)	96 (60,0)	0,138
≥41 yaş	7 (9,1)	5 (3,1)	
Babanın yaşı			
20-30 yaş	8 (10,4)	13 (8,1)	
31-40 yaş	49 (63,6)	120 (75,0)	0,182
≥41 yaş	20 (26,0)	27 (16,9)	
Annenin eğitim durumu			
Okuryazar değil/İlkokul	11 (14,3)	16 (10,0)	0,514
Lise	16 (20,8)	41 (25,6)	
Üniversite	50 (64,9)	103 (64,4)	
Babanın eğitim durumu			
İlkokul	14 (18,2)	25 (15,6)	0,867
Lise	20 (26,0)	41 (25,6)	
Üniversite	43 (55,8)	94 (58,8)	
Annenin mesleği			
Sağlık çalışanı	13 (16,9)	32 (20,0)	
Öğretmen/Akademik personel	10 (13,0)	28 (17,5)	0,260
Kamu hizmetleri	12 (15,6)	13 (8,1)	
Özel sektör/Serbest meslek	9 (11,7)	28 (17,5)	
Ev hanımı	33 (42,9)	59 (36,9)	
Babanın mesleği			
Sağlık çalışanı	7 (9,1)	17 (10,6)	
Öğretmen/Akademik personel	5 (6,5)	8 (5,0)	0,394
Kamu hizmetleri	20 (26,0)	27 (16,9)	
Özel sektör/Serbest meslek	45 (58,4)	105 (65,6)	
Emekli/Çalışmıyor	0 (0,0)	3 (1,9)	
Depremde evin zarar görme durumu			
Evet	40 (51,9)	75 (46,9)	0,464
Hayır	37 (48,1)	85 (53,1)	
Depremden sonra gıda yardımı alma durumu			
Evet	16 (20,8)	26 (16,3)	0,392
Hayır	61 (79,2)	134 (83,8)	
Depremden sonra çocuğun beslenmesinde değişiklik olma durumu			
Daha az beslendi	21 (27,3)	30 (18,8)	0,295
Daha çok beslendi	4 (5,2)	7 (4,4)	
Değişiklik olmadı	52 (67,5)	123 (76,9)	

n=237, *Pearson Ki-kare test veya Fisher's Exact Test, sütun yüzdesi verilmiştir.

4.3. BBTÖ'ye Ait Bulgular

Katılımcıların BBTÖ'den aldıkları toplam puanın ortalaması 60,8±6,8 (minimum:41-maksimum:77) olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,72 bulunmuştur. Bu katsayı ölçeğin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. BBTÖ puanlarının değerlendirilmesi

	Ortalama±SS	**Medyan (min-max)**
BBTÖ	60,8±6,8	61 (41-77)
Cronbach's alfa katsayısı	0,72	

n=237, SS: Standart Sapma, BBTÖ: Bebek Beslenmesi ve Tutum Ölçeği

Tablo 15'te çocukların demografik özelliklerine göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve tedavi gördüğü kalıcı bir hastalık durumuna göre BBTÖ toplam puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 15. Çocukların demografik özelliklerine göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**BBTÖ Ortalama±SS**	***p değeri***
Yaş, (ay)		
0-6	58,9±6,6	0,494
6-24	61,4±6,4	
24-60	60,7±6,9	
Cinsiyet		
Erkek	61,3±6,5	0,268*
Kız	60,3±7,1	
Doğum şekli		
Sezaryen	60,7±7,0	0,580*
Normal doğum	61,2±6,1	
Doğum ağırlığı		
<2500 g	60,1±7,5	0,612**
[2500-4000] g	60,8±6,8	
>4000 g	62,5±5,5	

Tablo 15. Devamı

Doğum zamanı		
<37 hafta, erken	58,3±7,9	0,229**
[37-40 hafta], zamanında	61,0±6,7	
>40 hafta, geç	61,4±6,3	
Tedavi gördüğü kalıcı herhangi bir hastalık durumu		
Var	61,2±7,1	0,758*
Yok	60,8±6,8	

n=237, SS: Standart Sapma, BBTÖ: Bebek Beslenmesi ve Tutum Ölçeği, *Independent Sample T Test, **One Way Anova Analizi

Tablo 16'da annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bebeğe ilk olarak anne sütü veren katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının 61,1±6,6 anne sütü vermeyen katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamalarına 57,9±8,0 kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,042). Çocuğunu 12<ay≤24 boyunca anne sütü ile besleyen katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının ilk 6 ay ve 6≤ay≤12 ay besleyenlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Ek gıdaya sıvı-püre gıda ile başlayan katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının henüz ek gıdaya başlamayan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,017). Diğer özelliklere göre BBTÖ toplam puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 16. Annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**BBTÖ Ortalama±SS**	***p değeri***
Gebelikte vitamin ve/veya gıda desteği alma durumu		
Evet	60,8±6,8	0,960*
Hayır	60,8±6,9	
Bebeği ilk emzirme zamanı		
Doğar doğmaz	60,2±6,8	0,752**
İlk yarım saat içinde	60,9±7,1	
Yarım saatten sonra	61,0±6,4	
Bebeğe verilen ilk besin		
Anne sütü	61,1±6,6	**0,042***
Mama, şekerli su, hurma vs.	57,9±8,0	

Tablo 16. Devamı

Gebelikte ve büyümede evde sigara içilme durumu		
Hiç sigara içilmedi	61,0±6,6	0,895**
Gebelikte anne içti	59,8±6,2	
Gebelikte evde içildi (anne içmedi)	60,8±7,9	
Büyüme çağında içildi	60,2±6,2	
Çocuğun son iki hafta içinde herhangi bir hastalık yaşama durumu		
Alt-üst solunum yolu enfeksiyonu	60,4±6,9	0,589**
İshal	60,7±5,1	
Cilt/uyuz/bitlenme	59,8±8,2	
İdrar yolu enfeksiyonu	56,2±10,9	
Hayır	61,2±6,2	
Çocuğunuzu ortalama kaç öğün emzirirsiniz? /emzirirdiniz)		
<5	60,4±8,1	0,842**
[5-10]	61,0±6,4	
>10	60,5±7,2	
Çocuğun anne sütü alım süresi		
Hiç almadı[a]	62,1±4,8	**<0,001** b-c b-d fark var**
<6 ay[b]	56,6±6,5	
6≤ay≤12[c]	61,1±7,3	
12<ay≤24[d]	62,2±6,2	
Emzirme ve/veya tamamlayıcı ek gıdaya geçişte sağlık personelinden destek alma durumu		
Evet	61,5±6,9	0,179*
Hayır	60,3±6,7	
Çocuğun son 1 yılda vitamin ve/veya gıda takviyesi alma durumu		
Evet	60,6±6,9	0,614*
Hayır	61,1±6,6	
Ek gıdaya hangi besinler ile başladınız?		
Henüz başlamadım[a]	55,7±7,1	**0,017** a-b fark var**
Sıvı-püre gıda[b]	61,4±6,7	
Formül mama[c]	59,0±6,7	
Katı gıda[d]	61,8±5,4	
Çocuğun günlük ek gıda öğün sayısı (anne sütü hariç)		
2-4	60,8±6,3	0,071**
4-6	61,6±7,2	
7 ve üzeri	59,9±8,9	
Almıyor	55,7±7,1	
Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?		
Çok zayıf	57,7±10,8	0,705**
Zayıf	60,9±6,0	
Normal	60,9±6,7	
Kilolu	59,3±9,2	

n=237, SS: Standart Sapma, BBTÖ: Bebek Beslenmesi ve Tutum Ölçeği, *Independent Sample T Test, **One Way Anova Analizi (post hoc test Bonferoni düzeltmeli)

Tablo 17'de çocuğun ailesine ait demografik özelliklere göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Aylık geliri 72.088 TL'den fazla olan katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının geliri 22.131 TL'nin altında olan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,024). Eşi sağlık çalışanı olan katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının eşi özel sektör/serbest meslek sahibi olan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,034). Diğer özelliklere göre BBTÖ toplam puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 17. Çocuğun ailesine ait demografik özelliklere göre BBTÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**BBTÖ Ortalama±SS**	***p değeri***
Aile tipi		
Çekirdek aile	61,0±6,6	0,133*
Geniş aile	58,5±8,6	
Çocuk sayısı		
1	61,7±6,7	0,169**
2	59,7±6,8	
3	60,6±6,8	
4 ve üzeri	62,5±7,3	
Ailenin toplam geliri		
0-22.131 TL[a]	58,3±6,4	**0,024****
22.132-72.088 TL[b]	60,9±6,0	**a-c fark var**
72.088 TL'den fazla[c]	61,9±7,8	
Annenin yaşı		
20-30 yaş	59,5±6,4	0,076**
31-40 yaş	61,6±7,0	
≥41 yaş	60,9±5,8	
Babanın yaşı		
20-30 yaş	58,8±4,8	0,362**
31-40 yaş	61,0±7,0	
≥41 yaş	61,1±7,0	
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil/İlkokul	58,0±6,8	0,071**
Lise	60,8±6,2	
Üniversite	61,3±6,9	
Babanın eğitim durumu		
İlkokul	59,0±7,0	0,181**
Lise	61,3±6,2	
Üniversite	61,1±7,0	

Tablo 17. Devamı

Annenin mesleği		
Sağlık çalışanı	62,8±6,8	0,058**
Öğretmen/Akademik personel	62,0±7,7	
Kamu hizmetleri	60,6±6,9	
Özel sektör/Serbest meslek	60,8±6,6	
Ev hanımı	59,4±6,2	
Babanın mesleği		
Sağlık çalışanı[a]	64,3±7,0	**0,034** a-d fark var**
Öğretmen/Akademik personel[b]	59,4±5,9	
Kamu hizmetleri[c]	61,8±7,7	
Özel sektör/Serbest meslek[d]	60,1±6,3	
Emekli/Çalışmıyor[e]	57,6±8,5	
Depremde evin zarar görme durumu		
Evet	61,1±6,7	0,571*
Hayır	60,6±6,9	
Depremden sonra gıda yardımı alma durumu		
Evet	60,0±5,3	0,407*
Hayır	61,0±7,1	
Depremden sonra çocuğun beslenmesinde değişiklik olma durumu		
Daha az beslendi	59,7±6,6	0,059**
Daha çok beslendi	57,0±7,2	
Değişiklik olmadı	61,3±6,8	

n=237, SS: Standart Sapma, BBTÖ: Bebek Beslenmesi ve Tutum Ölçeği, *Independent Sample T Test, **One Way Anova Analizi (post hoc test Bonferroni düzeltmeli test)

Malnütrisyon durumuna göre BBTÖ toplam puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p=0,249). Malnütrisyon olan grupta BBTÖ puan ortalaması 60,1±6,9, malnütrisyon olmayan grupta BBTÖ puan ortalaması 61,2±6,7 olarak bulundu.

4.4. ÇYDA' ya Ait Bulgular

ÇYDA anketi alt boyut ortalama puanları; Gıda Heveslisi 10,1±3,9, Duygusal Aşırı Yeme 7,2±2,7, Gıdadan Keyif Alma 14,9±4,4, İçme Tutkusu 8,1±3,2, Tokluk Heveslisi 20,7±5,4, Yavaş Yeme 10,7±3,5, Duygusal Az Yeme 11,4±3,3, Yemek Seçiciliği 7,5±2,8 olarak bulunmuştur. Gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma ve içme tutkusunu içeren pozitif iştah göstergesi (iştahlı) ortalama puanı

40,5±10,6; tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliğini içeren negatif iştah göstergesi (iştahsız) ortalama puanı 50,4±10,0 olarak bulunmuştur (Tablo 18).

Pozitif iştah göstergesi için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,86, negatif iştah göstergesi için 0,74, toplam ÇYDA için 0,80 bulunmuştur. Bu katsayılar ölçeğin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 18. ÇYDA alt boyut puanlarının değerlendirilmesi

	Ortalama±SS	**Medyan (min-max)**
Pozitif İştah Göstergesi (İştahlı)	40,5±10,6	40 (17-68)
Gıda heveslisi	10,1±3,9	10 (5-23)
Duygusal aşırı yeme	7,2±2,7	7 (4-16)
Gıdadan keyif alma	14,9±4,4	15 (5-25)
İçme tutkusu	8,1±3,2	8 (3-15)
Negatif İştah Göstergesi (İştahsız)	50,4±10,0	50 (18-74)
Tokluk heveslisi	20,7±5,4	20 (7-35)
Yavaş yeme	10,7±3,5	10 (4-20)
Duygusal az yeme	11,4±3,3	11 (4-19)
Yemek seçiciliği	7,5±2,8	7 (3-15)
Pozitif İştah Cronbach's alfa	0,86	
Negatif İştah Cronbach's alfa	0,74	
Toplam ÇYDA Cronbach's alfa	0,80	

n=237, SS: Standart Sapma

Tablo 19'da çocukların demografik özelliklerine göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve tedavi gördüğü kalıcı bir hastalık durumuna göre ÇYDA pozitif iştah (iştahlı) alt boyut puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve tedavi gördüğü

kalıcı bir hastalık durumuna göre ÇYDA negatif iştah (iştahsız) alt boyut puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 19. Çocukların demografik özelliklerine göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**Pozitif İştah (İştahlı)**	**Negatif İştah (İştahsız)**
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**
Yaş, (ay)		
0-6	45,1±12,4	46,9±15,6
6-24	39,5±10,4	49,4±11,0
24-60	40,5±10,5	51,0±9,2
p değeri*	0,278	0,299
Cinsiyet		
Erkek	40,9±10,8	50,6±9,5
Kız	39,9±10,3	50,1±10,6
p değeri	0,476	0,722
Doğum şekli		
Sezaryen	40,0±10,8	50,1±10,2
Normal doğum	41,7±9,8	51,2±9,7
p değeri	0,265	0,472
Doğum ağırlığı		
<2500 g	43,3±10,8	52,5±9,7
[2500-4000] g	40,3±10,5	50,1±9,8
>4000 g	35,9±9,3	50,0±13,9
p değeri*	0,138	0,523
Doğum zamanı		
<37 hafta, erken	40,6±11,4	51,3±10,1
[37-40 hafta], zamanında	40,4±10,7	50,3±10,1
>40 hafta, geç	40,5±8,9	50,2±10,0
p değeri*	0,999	0,923
Tedavi gördüğü kalıcı herhangi bir hastalık durumu		
Var	40,6±12,8	51,7±11,5
Yok	40,4±10,3	50,3±9,9
p değeri	0,932	0,515

n=237, SS: Standart Sapma, *One Way Anova Analizi, **Independent Sample T Test

Tablo 20'de annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Gebelikte vitamin ve/veya gıda desteği alan annelerin çocuklarının negatif iştah (iştahsız) puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,022). Günlük ek gıda öğün sayısı 7 ve üzeri olan çocukların pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamasının ek gıda öğün sayısı 2-4 olan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,020). Annelerinin kilolu olarak gördüğü çocukların pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamasının diğer çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,002). Diğer özelliklere göre ÇYDA pozitif iştah (iştahlı) ve negatif iştah (iştahsız) alt boyut puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 20. Annelerin emzirme/beslenme/genel sağlık özelliklerine göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**Pozitif İştah (İştahlı) Ortalama±SS**	**Negatif İştah (İştahsız) Ortalama±SS**
Gebelikte vitamin ve/veya gıda desteği alma durumu		
Evet	40,4±10,6	51,3±9,9
Hayır	40,5±10,6	47,9±10,0
p değeri*	0,987	**0,022**
Bebeği ilk emzirme zamanı		
Doğar doğmaz	38,8±9,4	50,8±10,8
İlk yarım saat içinde	40,5±10,2	51,2±10,1
Yarım saatten sonra	41,5±11,8	49,0±9,3
p değeri**	0,374	0,321
Bebeğe verilen ilk besin		
Anne sütü	40,3±10,7	50,1±10,1
Mama, şekerli su, hurma vs.	41,7±9,4	52,9±8,9
p değeri*	0,583	0,231
Gebelikte ve büyümede evde sigara içilme durumu		
Hiç sigara içilmedi	39,9±10,7	50,0±10,4
Gebelikte anne içti	43,8±11,3	48,3±8,6
Gebelikte evde içildi (anne içmedi)	40,3±10,0	53,1±9,8
Büyüme çağında içildi	41,9±9,6	49,7±7,6
p değeri**	0,482	0,235
Çocuğun son iki hafta içinde herhangi bir hastalık yaşama durumu		
Alt-üst solunum yolu enfeksiyonu	41,9±11,2	50,9±9,3
İshal	39,3±10,7	50,5±9,9
Cilt/uyuz/bitlenme	36,8±7,6	57,0±10,1
İdrar yolu enfeksiyonu	49,5±7,1	54,5±3,5
Hayır	39,6±10,2	49,7±10,5
p değeri**	0,203	0,464

Tablo 20. Devamı

Çocuğunuzu ortalama kaç öğün emzirirsiniz? /emzirirdiniz)		
<5	40,4±10,4	52,1±10,8
[5-10]	39,9±9,9	50,5±10,2
>10	41,8±12,2	49,2±9,2
p değeri**	0,498	0,443
Çocuğun anne sütü alım süresi		
Hiç almadı	38,7±8,5	55,0±11,3
<6 ay	39,7±10,8	50,0±11,3
6≤ay≤12	41,7±10,7	49,7±8,9
12<ay≤24	40,4±10,6	50,5±9,8
p değeri**	0,780	0,621
Emzirme ve/veya tamamlayıcı ek gıdaya geçişte sağlık personelinden destek alma durumu		
Evet	41,1±11,0	51,3±9,6
Hayır	40,0±10,2	49,7±10,3
p değeri*	0,419	0,228
Çocuğun son 1 yılda vitamin ve/veya gıda takviyesi alma durumu		
Evet	40,8±10,7	50,1±10,3
Hayır	39,9±10,4	50,8±9,6
p değeri*	0,529	0,600
Ek gıdaya hangi besinler ile başladınız?		
Henüz başlamadım	41,9±11,0	50,4±15,4
Sıvı-püre gıda	40,0±10,5	50,0±9,9
Formül mama	41,7±10,3	51,9±9,3
Katı gıda	43,3±14,0	52,8±8,4
p değeri*	0,649	0,644
Çocuğun günlük ek gıda öğün sayısı (anne sütü hariç)		
2-4[a]	39,0±10,2	50,2±10,3
4-6[b]	42,0±10,9	50,8±8,9
7 ve üzeri[c]	48,2±8,8	50,2±8,7
Almıyor[d]	41,9±11,0	50,4±15,4
p değeri*	**0,020** **a-c fark var**	0,978
Çocuğunuzun kilosunu nasıl buluyorsunuz?		
Çok zayıf[a]	30,5±3,4	61,2±4,5
Zayıf[b]	39,1±10,3	53,0±9,4
Normal[c]	40,3±10,5	49,7±10,1
Kilolu[d]	50,7±7,8	51,3±9,4
p değeri*	**0,002** **a-d, b-d, c-d fark var**	0,051

n=237, SS: Standart Sapma, *Independent Sample T Test, **One Way Anova Analizi (post hoc test Bonferroni düzeltmeli test)

Tablo 21'de çocuğun ailesine ait demografik özelliklere göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Ailesinin aylık geliri 72.088 TL'den fazla olan çocukların negatif iştah (iştahsız) puan ortalamasının diğer çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Babası 31-40 yaş arasında olan çocukların negatif iştah (iştahsız) puan ortalamasının babası 20-30 yaş arasında olan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,036). Annesi üniversite mezunu olan çocukların negatif iştah (iştahsız) puan ortalamasının diğer çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,002). Annesi öğretmen/akademik personel olan çocukların negatif iştah (iştahsız) puan ortalamasının annesi özel sektör/serbest meslek sahibi ve ev hanımı olan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,002). Depremden sonra daha çok beslenen çocukların pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamasının diğer çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,036).

Tablo 21. Çocuğun ailesine ait demografik özelliklere göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	**Pozitif İştah (İştahlı) Ortalama±SS**	**Negatif İştah (İştahsız) Ortalama±SS**
Aile tipi		
Çekirdek aile	40,2±10,5	50,3±10,1
Geniş aile	43,6±10,6	51,1±9,5
p değeri*	0,173	0,746
Çocuk sayısı		
1	40,3±10,2	50,4±10,0
2	40,7±11,1	50,3±10,7
3	40,2±9,7	50,2±8,7
4 ve üzeri	40,6±13,8	52,1±8,4
p değeri**	0,992	0,971
Ailenin toplam geliri		
0-22.131 TL[a]	39,5±9,7	46,4±9,2
22.132-72.088 TL[b]	40,8±11,3	49,5±10,4
72.088 TL'den fazla[c]	40,4±9,9	53,8±8,8
p değeri**	0,808	**<0,001 a-c, b-c fark var**
Annenin yaşı		
20-30 yaş	40,0±10,2	50,4±11,0
31-40 yaş	40,7±10,9	50,3±9,4
≥41 yaş	40,6±9,0	51,5±10,7
p değeri**	0,901	0,922
Babanın yaşı		
20-30 yaş[a]	37,5±9,2	45,2±8,5
31-40 yaş[b]	40,9±10,9	51,2±10,2
≥41 yaş[c]	40,1±9,9	49,9±9,4
p değeri**	0,376	**0,036 a-b fark var**

Tablo 21. Devamı

Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil/İlkokul[a]	40,4±10,2	47,6±10,2
Lise[b]	39,1±11,1	47,2±10,3
Üniversite[c]	41,0±10,4	52,1±9,5
p değeri**	0,511	**0,002** **a-c, b-c fark var**
Babanın eğitim durumu		
İlkokul	38,6±10,8	47,6±10,7
Lise	39,9±10,8	49,9±9,8
Üniversite	41,2±10,4	51,4±9,8
p değeri**	0,338	0,114
Annenin mesleği		
Sağlık çalışanı[a]	40,3±9,5	50,0±9,9
Öğretmen/Akademik personel[b]	42,1±11,1	54,7±7,7
Kamu hizmetleri[c]	41,7±8,7	54,1±9,3
Özel sektör/Serbest meslek[d]	42,9±12,1	48,1±10,6
Ev hanımı[e]	38,5±10,3	48,7±10,3
p değeri**	0,172	**0,004** **b-d, b-e fark var**
Babanın mesleği		
Sağlık çalışanı	40,7±7,9	54,2±9,7
Öğretmen/Akademik personel	47,3±11,4	53,2±7,7
Kamu hizmetleri	41,8±10,4	52,2±9,6
Özel sektör/Serbest meslek	39,4±10,8	48,8±10,1
Emekli/Çalışmıyor	39,0±7,8	50,0±10,5
p değeri**	0,104	0,200
Depremde evin zarar görme durumu		
Evet	41,1±11,1	50,9±9,9
Hayır	39,8±10,1	49,9±10,1
p değeri**	0,342	0,459
Depremden sonra gıda yardımı alma durumu		
Evet	41,0±11,3	51,0±10,1
Hayır	40,3±10,4	50,3±10,0
p değeri**	0,700	0,667
Depremden sonra çocuğun beslenmesinde değişiklik olma durumu		
Daha az beslendi[a]	40,0±8,5	51,3±8,4
Daha çok beslendi[b]	48,5±13,7	50,0±9,6
Değişiklik olmadı[c]	40,1±10,8	50,2±10,5
p değeri**	**0,036** **a-b, b-c fark var**	0,773

n=237, SS: Standart Sapma, *Independent Sample T Test, **One Way Anova Analizi (post hoc test Bonferroni düzeltmeli test)

Tablo 22'de malnütrisyon durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Malnütrisyonu olan çocukların pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,003). Malnütrisyonu olan çocukların Gıda Heveslisi, Duygusal Aşırı yeme ve İçme Tutkusu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; p=0,019, p=0,015, p=0,008). Malnütrisyonu olan ve olmayan çocukların negatif iştah (iştahsız) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 22. Malnütrisyon durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Malnütrisyon var (n=77)	**Malnütrisyon yok (n=160)**	***p değeri****
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	
Pozitif İştah Göstergesi (İştahlı)	43,4±9,8	39,0±10,7	**0,003**
Gıda heveslisi	11,0±4,1	9,7±3,8	**0,019**
Duygusal aşırı yeme	7,8±3,0	6,9±2,5	**0,015**
Gıdadan keyif alma	15,6±4,0	14,5±4,6	0,100
İçme tutkusu	8,9±3,0	7,8±3,2	**0,008**
Negatif İştah Göstergesi (İştahsız)	50,2±10,0	50,5±10,0	0,850
Tokluk heveslisi	20,4±5,3	20,8±5,5	0,633
Yavaş yeme	10,7±3,3	10,6±3,6	0,831
Duygusal az yeme	11,5±3,6	11,3±3,2	0,746
Yemek seçiciliği	7,4±2,7	7,6±2,8	0,692

n=237, SS: Standart Sapma, *Independent Sample T Test

Tablo 23'te BBTÖ toplam puanları ile ÇYDA alt boyut puanları arasındaki korelasyon yer almaktadır. BBTÖ toplam puanı ile Duygusal Aşırı Yeme puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,227, p<0,001). BBTÖ toplam puanı ile negatif iştah (iştahsız) puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,146, p=0,025). BBTÖ toplam puanı ile Tokluk Heveslisi puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,137, p=0,035). BBTÖ toplam puanı ile Duygusal Az Yeme puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,190, p=0,003).

Tablo 23. BBTÖ toplam puanları ile ÇYDA alt boyut puanları arasındaki korelasyon

	BBTÖ	
	r	***p değeri***
Pozitif İştah Göstergesi (İştahlı)	-0,075	0,249
Gıda heveslisi	-0,121	0,063
Duygusal aşırı yeme	**-0,227**	**<0,001**
Gıdadan keyif alma	0,103	0,112
İçme tutkusu	-0,047	0,467
Negatif İştah Göstergesi (İştahsız)	**0,146**	**0,025**
Tokluk heveslisi	**0,137**	**0,035**
Yavaş yeme	0,024	0,711
Duygusal az yeme	**0,190**	**0,003**
Yemek seçiciliği	0,000	0,997

n=237, r: Pearson Korelasyon Katsayısı

4.5. Ölçek Puanlarının YGA ve BGA'ya Göre Karşılaştırılması

Tablo 24'te BBTÖ durumuna göre bodurluk, zayıflık ve fazla kilo dağılımının değerlendirilmesi yer almaktadır. BBTÖ puanları ile bodurluk, zayıflık ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla; p=0,305, p=0,232, p=0,696).

Tablo 24. BBTÖ durumuna göre bodurluk, zayıflık ve fazla kilo dağılımının değerlendirilmesi

Özellikler	**BBTÖ < 60 puan (n=100)**	**BBTÖ ≥ 60 puan (n=137)**	***p değeri****
Bodurluk	**n (%)**	**n (%)**	
Yok (n=202)	88 (88,0)	114 (83,2)	0,305
Var (n=35)	12 (12,0)	23 (16,8)	
Zayıflık			
Yok (n=219)	90 (90,0)	129 (94,2)	0,232
Var (n=18)	10 (10,0)	8 (5,8)	
Fazla Kilo Durumu			
Yok (n=194)	83 (83,0)	111 (81,0)	0,696
Var (n=43)	17 (17,0)	26 (19,0)	

n=237, *Pearson Ki-kare test, sütun yüzdesi verilmiştir.

Tablo 25'te bodurluk durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bodurluk olan ve olmayan çocukların ÇYDA alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 25. Bodurluk durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Bodurluk yok (n=202)	**Bodurluk var (n=35)**	***p değeri****
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	
Pozitif İştah Göstergesi (İştahlı)	40,5±10,7	40,0±10,0	0,791
Gıda heveslisi	10,1±4,0	9,8±3,5	0,626
Duygusal aşırı yeme	7,3±2,7	6,9±2,6	0,433
Gıdadan keyif alma	14,9±4,5	15,0±4,0	0,881
İçme tutkusu	8,1±3,2	8,2±3,1	0,850
Negatif İştah Göstergesi (İştahsız)	50,5±9,8	49,6±11,4	0,633
Tokluk heveslisi	20,8±5,4	20,0±5,7	0,426
Yavaş yeme	10,7±3,5	10,6±3,5	0,966
Duygusal az yeme	11,3±3,2	11,7±4,0	0,483
Yemek seçiciliği	7,6±2,7	7,1±3,1	0,351

n=237, SS: Standart Sapma, *Independent Sample T Test

Tablo 26'da zayıflık durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Zayıflık olan ve olmayan çocukların ÇYDA alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 26. Zayıflık durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Zayıflık yok (n=219)	**Zayıflık var (n=18)**	***p değeri****
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	
Pozitif İştah Göstergesi (İştahlı)	40,4±10,5	41,4±11,4	0,695
Gıda heveslisi	10,1±3,9	10,2±4,7	0,870
Duygusal aşırı yeme	7,2±2,6	7,9±3,8	0,270
Gıdadan keyif alma	14,8±4,5	15,2±3,9	0,727
İçme tutkusu	8,2±3,2	7,9±3,4	0,739
Negatif İştah Göstergesi (İştahsız)	50,5±10,1	48,8±8,5	0,498
Tokluk heveslisi	20,7±5,5	20,2±4,6	0,678
Yavaş yeme	10,7±3,5	10,7±2,8	0,987
Duygusal az yeme	11,5±3,3	10,2±3,5	0,137
Yemek seçiciliği	7,5±2,8	7,6±2,1	0,901

n=237, SS: Standart Sapma, *Independent Sample T Test

Tablo 27'de fazla kilo durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Fazla kilosu olan ve olmayan çocukların ÇYDA alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 27. Fazla kilo durumuna göre ÇYDA alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Fazla kilo yok (n=219)	**Fazla kilo var (n=18)**	***p değeri****
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	
Pozitif İştah Göstergesi (İştahlı)	40,1±10,8	42,1±9,3	0,250
Gıda heveslisi	10,0±3,9	10,6±4,0	0,388
Duygusal aşırı yeme	7,1±2,7	7,5±2,6	0,425
Gıdadan keyif alma	14,7±4,4	15,7±4,2	0,209
İçme tutkusu	8,1±3,2	8,3±3,2	0,763
Negatif İştah Göstergesi (İştahsız)	50,6±10,1	49,7±9,9	0,595
Tokluk heveslisi	20,8±5,5	20,1±5,3	0,447
Yavaş yeme	10,8±3,4	10,2±3,6	0,327
Duygusal az yeme	11,3±3,2	11,7±3,5	0,404
Yemek seçiciliği	7,6±2,8	7,5±2,7	0,849

n=237, SS: Standart Sapma, *Independent Sample T Test

5. TARTIŞMA

Erken çocukluk dönemi, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, beslenme yetersizliklerinin ise en ciddi sonuçlara yol açtığı kritik bir dönemdir. Bu yaş grubunda görülen malnütrisyon, çocuk ölümlerinin ve gelişim geriliğinin başlıca nedenlerinden biridir. Malnütrisyon terimi, yalnızca yetersiz beslenmeyi değil, aynı zamanda aşırı beslenmeye bağlı kilo fazlalığı ve obezite durumlarını da kapsayan geniş bir kavramdır. Bu kapsamda "çifte yük malnütrisyon" kavramı, aynı toplumda, hatta aynı bireyde veya hanede bir arada görülebilen bodurluk, zayıflık ve düşük kiloluluk gibi yetersiz beslenme biçimleri ile fazla kiloluluk ve obezite gibi aşırı beslenme durumlarının eşzamanlı varlığını ifade etmektedir (116). DSÖ, bu tabloyu özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla artan bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirmekte ve "her türlü malnütrisyonla mücadele" ilkesini benimsemektedir (3).

TNSA-2018 verilerine göre Türkiye genelinde 5 yaş altı çocuklarda boy geriliği (bodurluk) %6, düşük kiloluluk %2 ve zayıflık %2 düzeyindedir; buna karşın fazla kiloluluk oranı %8 ve aşırı kiloluluk oranı %4,4 civarındadır (4). Türk Tabipleri Birliği – Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası iş birliğiyle Hatay'da yapılan "Deprem Bölgesindeki Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumları – Hatay Örneği" çalışmasında bodurluk %6,2, zayıflık %8,9 ve aşırı kiloluluk %4,4 olarak bildirilmiştir (117). Ülkemizde 0–5 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada ise bodurluk %15,1, zayıflık %4,3 ve obezite %7,8 olarak saptanmıştır (118). Rize ilinde beş yaş altı çocuklarda malnütrisyon sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada 332 çocuktan %1,5'i düşük tartılı, %2,7'si bodur, %1,8'i zayıf ve %10,8'i fazla kilolu bulunmuştur (119). Endonezya'da 2006 Yogyakarta depreminden bir yıl sonra bölgedeki 5 yaş altı çocukların beslenme durumlarının değerlendirildiği çalışmada 666 çocuktan %6,5'inde yetersiz beslenme, %88,6'sında normal kilo ve %4,8'inde aşırı kilo durumu saptanmıştır (120).

Çalışmamızda, beş yaş altı çocuklarda yaşa göre boy geriliği (bodurluk) oranı %14,8, boya göre kilo geriliği (zayıflık) %7,6 ve yaşa göre kilo (düşük kilo) geriliği

%3,4 olarak saptanmıştır. Buna karşılık, fazla kiloluluk göstergeleri olan boya göre kilo fazlalığı %18,1; yaşa göre kilo fazlalığı %11,8; yaşa göre boy fazlalığı %15,2 saptanmıştır. Çalışmamızda elde edilen oranlar TNSA-2018 ve diğer bölgesel çalışmalarla karşılaştırıldığında hem yetersiz beslenme göstergelerinin hem de aşırı beslenme göstergelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, ülkemizde bölgesel farklılıkların devam ettiğini ve çifte yük malnütrisyon kavramının belirginleştiğini ortaya koymaktadır. Yetersiz beslenmenin (bodurluk ve zayıflık) yanı sıra fazla kiloluluk ve obezitenin de artış göstermesi, DSÖ'nün "her türlü malnütrisyonla mücadele" yaklaşımının ülkemiz için giderek daha önemli hale geldiğini göstermektedir. Özellikle afet sonrası yaşam koşullarındaki bozulma, sosyoekonomik eşitsizlikler ve gıda çeşitliliğindeki yetersizlik, çocukluk çağında hem büyüme geriliği hem de aşırı kilo riskini aynı anda artırmakta; bu da Türkiye'de erken çocukluk beslenmesine yönelik bütüncül, bölgeye özgü politika ve programların güçlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

DSÖ'nün 2012–2025 yıllarını kapsayan eylem planında ülkelerin hem yetersiz hem aşırı beslenmeyle bütüncül biçimde mücadele etmeleri gerektiği vurgulanmıştır (121). Türkiye'de ise son yıllarda obezite önleme programları ve anne-çocuk beslenmesi rehberleri uygulanmakla birlikte, saha çalışmalarında halen hem bodurluk hem de aşırı kiloluluk oranlarının birlikte yüksek seyretmesi, mevcut müdahalelerin her iki uçtaki beslenme sorununu aynı anda yeterince hedeflemediğini göstermektedir (4,118). Bu çifte yük, gelecekte toplum sağlığı açısından önemli sonuçlar doğurma potansiyeline sahiptir. Erken çocuklukta görülen yetersiz beslenme, büyüme ve gelişme geriliğine neden olurken, ilerleyen yaşlarda obezite, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık riskini artırabilmektedir (117). Dolayısıyla erken dönemde anne sütüyle yeterli beslenme, zamanında ve nitelikli tamamlayıcı beslenmeye geçiş, besin çeşitliliği ve mikrobesin zenginliği gibi faktörlere odaklanan bütüncül yaklaşımlar büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda YGA, YGB ve BGA büyüme göstergeleri DSÖ'nün beş yaş altı büyüme standartları temel alınarak değerlendirilmiş ve bu üç göstergeden en az birinde Z-skorunun −2 veya +2 standart sapmanın dışında olması malnütrisyon olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşımla, çocukların %32,5'inde malnütrisyon saptanmıştır.

Benzer şekilde, farklı ülkelerde DSÖ kriterleri kullanılarak yapılan çalışmalarda da benzer hesaplama yöntemleri tercih edilmiştir. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada yalnızca yetersiz beslenme göstergelerine göre 0–59 ay çocuklarda toplam malnütrisyon oranı %48,3, Etiyopya'da ise %49 olarak bildirilmiştir (122,123). Türkiye'de Bilgin ve ark. tarafından yürütülen BESLEN Projesi verilerine göre "genişletilmiş antropometrik başarısızlık endeksi" kullanıldığında her üç çocuktan birinde en az bir büyüme göstergesinde sapma bulunmuş ve bu durumun hem yetersiz beslenme hem de aşırı kilo yönünden çifte yük oluşturduğu vurgulanmıştır (124). Bu bulgular, çalışmamızda elde edilen %32,5 oranının ulusal ve uluslararası düzeyde bildirilen değerlerle benzer olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla DSÖ'nün "her türlü malnütrisyon" yaklaşımına paralel biçimde, çocukluk çağında hem büyüme geriliği hem de aşırı kilo sorunlarının bir arada bulunduğu, bu nedenle önleme ve müdahale programlarının yetersiz ve aşırı beslenme sorunlarını bütüncül biçimde hedeflemesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda çocukların yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve mevcut hastalık durumu ile malnütrisyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde, özellikle düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve sık geçirilen enfeksiyonların malnütrisyon için önemli risk faktörleri olduğu bildirilmektedir (3,125). Ancak bazı saha çalışmalarında benzer şekilde bu değişkenlerle anlamlı ilişki bulunmadığı da belirtilmiştir (119,120,123). Bu bulgular, malnütrisyonun yalnızca biyolojik faktörlerle değil, beslenme uygulamaları, bakım verme davranışları, çevresel koşullar ve sosyoekonomik etmenlerin bir araya gelmesiyle şekillenen çok boyutlu bir sorun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın bulgusu da bu görüşü destekler nitelikte olup, erken çocuklukta büyüme geriliği veya aşırı kilo gelişimini anlamak için yalnızca doğumla ilişkili parametrelerin değil, beslenme kalitesi ve yaşam koşullarının da bütüncül biçimde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda aile tipi, ailenin gelir düzeyi, anne ve babanın yaşı, anne ve babanın eğitim durumu ve mesleği gibi sosyoekonomik değişkenler ile malnütrisyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Normal koşullarda düşük gelir, düşük ebeveyn eğitimi ve işsizlik gibi faktörlerin malnütrisyon

riskini artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (126-128). Ancak çalışmamızın deprem bölgesinde yürütülmüş olması, bu ilişkinin anlamlı çıkmamasında önemli bir rol oynamış olabilir. Afet sonrası süreçlerde ailelerin büyük bölümü benzer yaşam koşullarına, sınırlı gıda erişimine ve ortak sosyoekonomik zorluklara maruz kalmakta, bu da gruplar arasındaki sosyoekonomik farkların etkisini homojenleştirmektedir**.** Nitekim Türk Tabipleri Birliği'nin Hatay örnekleminde yürüttüğü çalışmada da (2024) aile gelir düzeyi, barınma tipi veya ebeveyn eğitimi ile malnütrisyon arasında anlamlı fark saptanmamış; afet sonrası dönemde tüm grupların beslenme ve hijyen koşullarının benzer biçimde olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (117). Benzer biçimde Yogyakarta Depremi sonrası yapılan bir araştırmada da aile geliri ve ebeveyn eğitimi ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki bulunmamış, afet koşullarının sosyoekonomik değişkenlerin etkisini gölgede bıraktığı vurgulanmıştır (120). Dolayısıyla çalışmamızın bulgusu, deprem sonrası dönemde malnütrisyonun daha çok çevresel faktörler, gıda erişimi, su-hijyen koşulları ve psikososyal stres gibi değişkenlerle ilişkili hale geldiğini göstermektedir. Bu durum, afet sonrası çocuk beslenmesinin yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda altyapısal ve toplumsal destek boyutuyla ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda malnütrisyon olan grupta ailede üç çocuk sahibi olma sıklığı (%19,5) daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu, aile içindeki kaynakların çocuk sayısına bağlı olarak bölünmesi, anne ilgisinin azalması ve beslenme çeşitliliğinin sınırlanmasıyla açıklanabilir. Literatürde de benzer şekilde, yüksek doğurganlık oranına sahip ailelerde özellikle küçük yaş çocuklarda yetersiz beslenme ve büyüme geriliği riskinin arttığı bildirilmiştir (129-131). Deprem sonrası dönemde kalabalık aile yapısı, barınma ve gıda erişimi kısıtlılığıyla birleştiğinde bu risk daha da belirgin hale gelmektedir. Afet koşullarında çok çocuklu aileler, gıda yardımlarını çocuklar arasında eşit paylaştırmakta zorlanmakta, bu da küçük çocuklarda enerji ve mikrobesin yetersizliklerini artırabilmektedir. Dolayısıyla elde edilen bulgu, afet sonrası beslenme programlarında çocuk sayısı fazla olan ailelerin öncelikli risk grubu olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda depremde evin zarar görme durumu, depremden sonra gıda yardımı alma durumu ve çocuğun beslenme düzeninde değişiklik olma durumu ile malnütrisyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte, malnütrisyon olan grupta depremde evin zarar görme sıklığı, gıda yardımı alma sıklığı ve deprem sonrası daha az beslenme sıklığının daha yüksek olması, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da klinik açıdan önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Afet sonrası dönemlerde beslenme durumunu belirleyen etmenler yalnızca gelir ya da eğitim düzeyi değil, aynı zamanda gıda erişimi, barınma koşulları, hijyen olanakları ve beslenme çeşitliliğidir (132,133). Deprem gibi ani ve yıkıcı afetlerde bu unsurların tümü aynı anda bozulduğu için, toplum genelinde benzer risk koşulları ortaya çıkmakta ve gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olmayabilmektedir. Türk Tabipleri Birliği'nin Hatay örnekleminde yürüttüğü 2024 tarihli çalışmada da benzer biçimde, konut durumu veya gıda yardımı alma ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki saptanmamış; ancak evi yıkılan ve düzensiz barınma koşullarında yaşayan çocuklarda bodurluk ve zayıflık oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (117). Ayrıca Yogyakarta Depremi sonrası yapılan araştırmada da gıda erişimi ve sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğü yaşayan çocuklarda malnütrisyon oranları artmış, fakat bu artış istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır (120). Bu sonuçlar, afet sonrası koşullarda istatistiksel homojenliğin, riskin ortadan kalktığını değil, toplumun tamamının benzer biçimde etkilendiğini gösterir. Bu nedenle bulgumuz, afet sonrası dönemde gıda güvenliği, beslenme desteği ve çocuk izlem programlarının önemini vurgulamakta; istatistiksel anlamlılık sınırına ulaşmayan eğilimlerin dahi halk sağlığı açısından erken uyarı niteliğinde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda malnütrisyon olan grupta ek gıda öğün sayısı 7 ve üzeri olan çocuk sıklığı (%9,1) daha yüksek saptanmıştır. Ek gıda öğün sayısı 7 ve üzeri olan grubun büyük kısmı fazla kilolu olarak değerlendirilmiştir. Bu durum, malnütrisyon kavramının yalnızca yetersiz beslenmeyi değil, aşırı ve dengesiz beslenmeyi de kapsadığı gerçeğini yansıtmaktadır. Dolayısıyla bu çocukların malnütrisyonlu olarak değerlendirilmesi, enerji fazlası almalarına rağmen beslenme çeşitliliğinin ve besin dengesinin yetersiz olmasından kaynaklanan, yani 'aşırı ve dengesiz beslenmeye bağlı bir malnütrisyon' durumunu göstermektedir (3,48). Afet sonrası koşullarda ailelerin

çocuklara enerji yoğun fakat mikrobesin açısından fakir besinleri (örneğin unlu, nişastalı, paketli ürünler) sık aralıklarla vermesi, fazla kilo ile gizli açlık riskini artırmaktadır. Benzer şekilde afet sonrası bölgelerde yapılan değerlendirmelerde de yüksek öğün sıklığına rağmen dengesiz ve düşük kaliteli beslenme uygulamalarının obezite ve mikrobesin eksikliği riskini aynı anda artırdığı bildirilmiştir (117). Bu nedenle, öğün sayısının artması tek başına sağlıklı beslenmeyi garanti etmemekte; öğün içeriğinin çeşitlilik, denge ve besin kalitesi açısından iyileştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda malnütrisyon olan grupta annelerinin kilolu olarak gördüğü çocuk sıklığı (%9,1) daha yüksek bulunmuştur. Bazı aileler çocuklarının daha "tombul" görünmesini sağlık göstergesi olarak değerlendirmekte, bu durum enerji fazlalığı ama besin çeşitliliği yetersiz bir beslenme modeline yol açabilmektedir (48,50). Çalışmamızın bulgusu da bu durumu desteklemekte; annelerin çocuklarının "iyi beslendiğini" düşünmesinin, aslında aşırı ve dengesiz beslenmeye bağlı malnütrisyonun gözden kaçmasına neden olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda kullanılan BBTÖ'de düşük puanlar biberonla beslenmeye yönelik olumlu tutumu, yüksek puanlar ise emzirmeye yönelik olumlu tutumu göstermektedir. Bu çalışmaya katılan annelerin BBTÖ puan ortalaması 60,8±6,8 olarak belirlenmiş olup, annelerin en az 41 en fazla 77 puan aldığı saptanmıştır. Bu çalışmada ölçek puan ortalaması doğrultusunda, çalışmaya katılan annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye karşı pozitif bir tutum içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda bebeğine ilk olarak anne sütü veren katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının, anne sütü vermeyen katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, ölçeğin ölçtüğü tutum ile gerçek beslenme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yani, emzirmeye yönelik olumlu tutuma sahip annelerin bu tutumlarını fiilen davranışa dönüştürme olasılıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Yaptığımız araştırma bulgularıyla benzer şekilde, literatürde yer alan bazı çalışmalarda da bebeğini yalnızca anne sütüyle besleyen annelerin BBTÖ puanlarının, mama ya da tamamlayıcı gıda ile besleyen annelere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (134-136). Benzer biçimde, Doğan'ın (2019) çalışmasında da annelerin bebeklerini besleme şekline göre BBTÖ

toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış; yalnızca anne sütüyle besleyen grubun puan ortalamasının, anne sütü ve tamamlayıcı besinleri birlikte kullanan veya yalnızca tamamlayıcı besinlerle besleyen gruplara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (137). Bu bulgular, emzirmeye yönelik olumlu tutumun anne sütüyle besleme davranışını güçlendirdiğini ve ölçeğin tutum–davranış ilişkisinde ayırt edici bir ölçüm aracı olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, afet sonrası bölgelerde yürütülen çalışmalarda, annelerin stres düzeyi, barınma koşulları ve destek eksikliğinin emzirme tutumlarını olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (138). Bu nedenle, özellikle afet dönemlerinde annelerin emzirme konusundaki olumlu tutumlarının korunması ve desteklenmesi, bebek beslenmesinin sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir.

Çalışmamızda annelerin %57'si bebeklerini iki yaşına kadar emzirmeyi düşündüğünü ifade etmiştir. Çocuğunu 12-24 ay süresince anne sütü ile besleyen katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının, ilk 6 ay veya 6-12 ay süreyle anne sütü verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uyar'ın (2020) yürüttüğü benzer bir çalışmada, annelerin emzirmeyi sürdürmeyi planladıkları süre ile BBTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa da bir veya iki yaşına kadar emzirmeyi planlayan annelerin tutum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (139). Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, emzirmeye yönelik olumlu tutumun yalnızca emzirmeye başlama davranışını değil, uzun süreli emzirmeyi sürdürme motivasyonunu da güçlendirdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, DSÖ'nün önerdiği biçimde ilk 6 ay yalnız anne sütü ve en az 2 yaşa kadar sürdürme hedefiyle uyumlu olarak, emzirmeye ilişkin olumlu tutumun davranışa dönüşmesi hem anne farkındalığının hem de sağlık sistemi desteğinin önemini göstermektedir (23).

Çalışmamızda ek gıdaya sıvı veya püre formundaki besinlerle başlayan annelerin BBTÖ toplam puan ortalamalarının, henüz ek gıdaya başlamamış olan katılımcılara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, emzirmeye yönelik olumlu tutuma sahip annelerin tamamlayıcı beslenmeye geçiş sürecinde daha bilinçli ve zamanında davranma eğiliminde olduklarını göstermektedir. DSÖ, tamamlayıcı beslenmeye altıncı aydan itibaren

başlanmasını ve bu dönemde gıdaların yaşa uygun kıvamda, enerji ve besin öğesi açısından zengin içerikte verilmesini önermektedir (23). Bulgularımız, yüksek BBTÖ puanına sahip annelerin sadece emzirmede değil, tamamlayıcı beslenmede de daha bilinçli davranma eğiliminde olduklarını; dolayısıyla ölçeğin beslenme davranışlarının bütüncül bir göstergesi olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda aylık geliri 72.088 TL'nin üzerinde olan katılımcıların BBTÖ toplam puan ortalamasının, geliri 22.131 TL'nin altında olan katılımcılara kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, gelir düzeyi yükseldikçe annelerin emzirmeye yönelik tutumlarının da olumlu yönde arttığını göstermektedir. Sosyoekonomik durum, annenin sağlık hizmetlerine erişimini, beslenme konusundaki bilgi düzeyini ve yaşam koşullarını doğrudan etkileyen temel belirleyicilerden biridir. Literatürde de düşük gelirli annelerde, stres, yetersiz gıda erişimi, hijyen koşullarının bozulması ve uygun beslenme ortamı eksikliği nedeniyle emzirmeye ilişkin tutumların daha olumsuz olabildiği bildirilmiştir (140,141). Afet koşullarında bu durum daha da belirginleşmektedir. Deprem sonrası bölgelerde yapılan çalışmalarda, gelir kaybı, barınma güçlükleri ve psikolojik stres gibi etkenlerin annelerin hem emzirmeye yönelik tutumlarını hem de süt üretimini olumsuz etkilediği, buna karşın sosyoekonomik durumu görece daha iyi olan annelerin emzirme davranışlarını sürdürebilme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (138,142). Bu bağlamda, çalışmamızda yüksek gelir grubundaki annelerde gözlenen yüksek BBTÖ puanları, afet sonrası yaşam koşullarının iyileştirilmesinin ve ekonomik destek mekanizmalarının, emzirme davranışlarının sürdürülebilirliği açısından ne kadar kritik olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda eşi sağlık çalışanı olan annelerin BBTÖ toplam puan ortalamalarının, eşi özel sektörde veya serbest meslek sahibi olan annelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, aile içinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının, annenin emzirmeye yönelik tutumunu olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Sağlık alanında çalışan bireylerin, emzirmenin önemi, anne sütüyle beslemenin yararları ve tamamlayıcı beslenme ilkeleri konularında bilgiye daha kolay erişebilmeleri, aile içi farkındalığı ve destek düzeyini artırmış olabilir. Literatürde de eş desteğinin ve partnerin bilgi düzeyinin

emzirme davranışının sürdürülmesinde kritik rol oynadığı vurgulanmıştır (143). Afet koşullarında ise, eşin sağlık çalışanı olması annenin bilgiye, sağlık hizmetine ve psikososyal desteğe erişimini kolaylaştırarak bu farkı daha da belirgin hale getirebilir. Bu doğrultuda, çalışmamızdaki bulgu emzirme sürecinde sosyal ve mesleki desteğin güçlendirici etkisini ortaya koymakta ve afet sonrası toplumlarda aile temelli destek programlarının önemini vurgulamaktadır.

Teorik olarak emzirmeye yönelik olumlu tutumun (yüksek BBTÖ puanı), hem yalnız anne sütüyle beslenme süresini uzatarak hem de tamamlayıcı beslenmeye geçişin uygun şekilde gerçekleşmesini sağlayarak malnütrisyon riskini azaltması beklenmektedir. Ancak çalışmamızda malnütrisyon durumu ile BBTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcılar BBTÖ puanlarına göre iki grupta değerlendirildiğinde, <60 ve >60 puan grupları arasında bodurluk, zayıflık ve fazla kilolu olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu, emzirmeye yönelik olumlu tutumun çocukların büyüme parametrelerine doğrudan yansımadığını, beslenme sonuçlarının yalnızca anne tutumuna değil, çok boyutlu çevresel ve sosyoekonomik etkenlere de bağlı olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, annelerin bilgi ve tutum düzeyinin yüksek olmasına rağmen, gelir yetersizliği, afet koşulları, gıda güvensizliği veya uygun gıdaya erişim kısıtlılığının çocukların beslenme durumunu olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır (138,140). Özellikle afet sonrası bölgelerde, hijyen koşullarının bozulması, düzenli gıda temininin güçleşmesi ve anne stres düzeyinin artması gibi etmenler, annenin olumlu tutumuna rağmen beslenme sonuçlarının zayıf kalmasına neden olabilir (144).

ÇYDA, çocukların yeme davranışlarını nesnel, kapsamlı ve standart bir biçimde değerlendiren, farklı yeme stillerinin sistematik olarak belirlenmesine olanak tanıyan geçerli bir ölçüm aracıdır. Bu özellikleri nedeniyle çalışmamızda çocukların beslenme alışkanlıklarını çok yönlü biçimde incelemek, iştah, seçicilik, aşırı yeme veya yeme reddi gibi davranış örüntülerini ortaya koymak amacıyla ÇYDA kullanılmıştır.

Erkorkmaz ve ark. (2013) ile Özdoğan ve ark.'nın (2018) yürüttükleri çalışmalarda, ÇYDA alt boyutları incelendiğinde en düşük puanın duygusal aşırı yeme, en yüksek puanın ise tokluk heveslisi alt boyutundan elde edildiği bildirilmiştir (145,146). Benzer şekilde, İsveç'te Ek ve ark.'nın (2016) gerçekleştirdiği çalışmada da duygusal aşırı yeme alt boyutu en düşük, gıdadan keyif alma alt boyutu ise en yüksek puanı almıştır (147). Bizim çalışmamızda da ülkemizde yapılan çalışmalarla paralel biçimde duygusal aşırı yeme alt boyutu en düşük, tokluk heveslisi alt boyutu ise en yüksek puan ortalamasına sahip bulunmuştur. Bulguların benzerlik göstermesinin, çalışmalarda yer alan çocukların benzer yaş gruplarında olması ve bu yaş grubuna özgü yeme davranışlarının ortak özellikler göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocukların yaş, cinsiyet, doğum şekli, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve mevcut hastalık durumu ile ÇYDA (yeme isteği, gıdadan keyif alma) ve negatif iştah (yeme reddi, seçicilik, tokluk hevesliliği) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yeme davranışının yaş, cinsiyet ve doğum özelliklerine göre değişimini inceleyen farklı çalışmalarda çok farklı veriler elde edilmiştir ve bu konuda daha fazla ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda ailesinin aylık geliri 72.088 TL'nin üzerinde olan çocuklarda ÇYDA negatif iştah puan ortalamasının (iştahsızlık, yeme reddi, seçicilik gibi davranışlar) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen bir araştırmada, aile gelirinin giderlerinden fazla olduğu çocuklarda, ÇYDA alt boyutlarından yemek seçiciliği ve gıdadan keyif alma puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (148). Karaosman'ın yapmış olduğu çalışmada ailesinin geliri asgari ücretin altında olan çocuklarda alt boyutlardan gıda heveslisi, gıdadan keyif alma ve gıdaya erişim (iştahlı) puan ortalamaları anlamlı derecede düşük bulunurken, ailesinin geliri asgari ücretin 3 katı ve daha fazla olanlarda duygusal az yeme puan ortalaması anlamlı derede yüksek bulunmuştur (149). Buna karşılık, başka bir çalışmada düşük ve orta gelirli ailelerin çocuklarında duygusal aşırı yeme ve gıdadan keyif alma alt boyut puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (150). Bu sonuçlar, aile gelir düzeyinin yalnızca beslenme miktarını değil, çocukların yeme davranışlarının niteliğini de etkilediğini, farklı sosyoekonomik

gruplarda beslenme biçimlerinin değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda da yüksek gelir düzeyine sahip çocuklarda negatif iştah puanlarının anlamlı olarak daha yüksek bulunması, ekonomik refahın artmasının her zaman sağlıklı yeme davranışlarıyla paralel ilerlemediğini göstermektedir. Bu durum, yüksek gelirli ailelerde aşırı besin seçeneği sunulması ve ebeveynlerin kontrolcü besleme tutumları gibi faktörlerin iştah düzenini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda babası 31–40 yaş arasında olan çocukların negatif iştah (iştahsızlık) puan ortalamasının, babası 20–30 yaş arasında olanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, baba yaşının artmasıyla birlikte beslenme sürecine katılımın azalması ve ebeveyn-çocuk etkileşiminin zayıflaması ile ilişkili olabilir. Literatürde doğrudan baba yaşı ile iştah davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmakla birlikte, ebeveyn yaşının artmasının aile içi etkileşim sıklığı, ebeveyn-çocuk oyun süresi ve beslenme sürecine katılım düzeyi üzerinde etkili olabileceği bildirilmektedir (151-153).

Çalışmamızda üniversite mezunu annelerin çocuklarında ve anneleri öğretmen ya da akademik personel olan grupta negatif iştah (iştahsızlık) puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yüksek eğitim ve meslek düzeyine sahip annelerin bilgi açısından avantajlı olsalar da yoğun yaşam temposu ve kontrolcü besleme tarzları nedeniyle çocuklarının iştah davranışları üzerinde olumsuz etki yaratabileceğini göstermektedir. Literatürde yüksek eğitim düzeyine sahip annelerin, beslenmeye dair bilgi düzeylerinin yüksek olmasına rağmen, aşırı kontrolcü veya performans odaklı besleme tutumları nedeniyle çocuklarda yeme seçiciliği, iştahsızlık veya yemek reddi davranışlarının artabileceği bildirilmiştir (154,155). Ayrıca, çalışan annelerde zaman yetersizliği, çocukla yemek sırasında geçirilen sürenin azalması ve beslenmenin daha çok bakıcı veya diğer aile bireyleri tarafından sürdürülmesi, çocukta yeme ilgisinin azalmasına yol açabilir (156). Bu bulgu, beslenme eğitimlerinin yalnızca bilgi düzeyine değil, ebeveynlik tarzı, zaman yönetimi ve aile içi iletişim boyutlarına da odaklanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda depremden sonra daha fazla beslenmeye başladığı belirtilen çocukların pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamasının diğer çocuklara kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu bulgu, afet sonrası dönemde bazı çocukların yeme davranışını bir baş etme mekanizması olarak kullanabileceğini düşündürmektedir. Literatürde travmatik yaşam olaylarının ardından özellikle küçük çocuklarda duygusal yeme, sık atıştırma ve enerji alımında artış gibi davranış değişikliklerinin gözlenebildiği bildirilmektedir (156,157). Ayrıca afet koşullarında ebeveynlerin çocuklarını koruma içgüdüsüyle daha sık beslemeye yönelmesi veya "çocuğun iyi beslendiğinden emin olma" çabası da bu sonucu destekleyebilir (138). Bununla birlikte, bu tür bir artışın kısa vadede yeterli enerji alımını sağlasa da uzun dönemde fazla kiloluluk riskini artırabileceği ve beslenme düzeninde dengesizliklere yol açabileceği vurgulanmıştır (140). Dolayısıyla bulgumuz, afet sonrası dönemde çocukların beslenme davranışlarının yalnızca miktar olarak değil, nitelik açısından da izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anne sütü ile beslenme, yalnızca enerji ve besin ögeleri açısından değil, aynı zamanda iştah regülasyonu ve yeme davranışlarının erken gelişimi açısından da belirleyici bir rol oynamaktadır. Literatürde, anne sütüyle beslenen bebeklerin yeni yiyecekleri daha kolay kabul ettikleri, sebze ve doğal tatlara karşı daha yüksek tolerans geliştirdikleri ve yeme seçiciliğinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (149). Bir çalışmada, daha uzun süre anne sütüyle beslenen çocuklarda üç yaş civarında seçici yeme riskinin anlamlı biçimde daha düşük olduğu bildirilmiştir (158). Benzer biçimde, 6 aydan daha kısa süre emzirilen çocuklarda besin seçiciliğinin arttığı, buna karşılık emzirme süresi uzadıkça seçiciliğin azaldığı ve gıdadan keyif alma eğiliminin güçlendiği saptanmıştır (159). Başka bir çalışmada ise uzun süreli anne sütü alımının tokluk hevesliliğini artırdığı, yani doyma sinyallerinin daha iyi regüle edildiği ortaya konmuştur (160). Çalışmamızda, 6–12 ay ve 12–24 ay boyunca anne sütü alan çocuklarda pozitif iştah puan ortalamalarının, ilk 6 ay anne sütü alan veya hiç almayan çocuklara göre daha yüksek olduğu; buna karşılık, ilk 6 ay anne sütü alan veya hiç anne sütü almayan grupta negatif iştah puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bu eğilim, literatürde bildirilen bulgularla uyumludur. Bu durum, anne sütünün içerdiği çeşitli aroma

bileşenleri sayesinde bebeklerin erken dönemde farklı tatlara maruz kalmasıyla açıklanmaktadır.

Çalışmamızda günlük ek gıda öğün sayısı 7 ve üzeri olan çocuklarda pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve bu grubun büyük kısmının fazla kilolu olduğu görülmüştür. Bu bulgu, sık öğün tüketiminin her zaman sağlıklı beslenme davranışını yansıtmadığını, bazı durumlarda aşırı enerji alımı ve kilo artışıyla sonuçlanabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde, yüksek iştah özellikleri gösteren çocukların ilerleyen yaşlarda fazla kiloluluk ve obezite açısından daha yüksek risk taşıdığı bildirilmektedir (161,162). Bu durum, özellikle afet sonrası veya stresli yaşam koşullarında ebeveynlerin çocuğu sık besleme eğilimi göstermesiyle daha da belirginleşebilir. Bu tür ortamlarda daha fazla besin sunulması, çocukta doygunluk sinyallerinin zayıflamasına ve yeme davranışının duygusal ya da alışkanlık yönünün güçlenmesine yol açabilir (163).

Çalışmamızda malnütrisyonu olan çocukların pozitif iştah (iştahlı) puan ortalamalarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu, ayrıca gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme ve içme tutkusu alt boyut puanlarının da malnütrisyonu olmayanlara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın negatif iştah (iştahsızlık) puanları ile malnütrisyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum ilk bakışta çelişkili görünse de çalışmamızın yürütüldüğü afet bölgesi koşulları ve malnütrisyonun çift yönlü doğası göz önüne alındığında anlam kazanmaktadır. DSÖ'ye göre malnütrisyon yalnızca yetersiz beslenmeyi değil, aynı zamanda aşırı kilo ve obeziteyi de içeren bir kavramdır (23). Dolayısıyla, yüksek pozitif iştah puanları, bu çocukların bir kısmında fazla enerji alımı veya dengesiz beslenme kaynaklı malnütrisyonu yansıtmış olabilir. Benzer şekilde, duygusal aşırı yeme ve içme tutkusu puanlarının yüksekliği, afet sonrası stresin veya ebeveynlerin "çocuğu koruma içgüdüsüyle sık besleme eğiliminin" bir yansıması olabilir (138). Bu bağlamda, malnütrisyonun yalnızca yetersiz beslenme değil, duygusal, davranışsal ve çevresel faktörlerin birlikte şekillendirdiği bir durum olduğu anlaşılmaktadır. Negatif iştah puanları ile anlamlı ilişki saptanmaması ise, malnütrisyonun bu çalışmadaki örneklemde iştahsızlıktan çok "fazla veya kontrolsüz beslenme" biçiminde ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda fazla kilolu olan çocuklar ile fazla kilolu olmayan çocukların pozitif iştah puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu, fazla kilonun yalnızca iştah düzeyiyle değil, aynı zamanda yeme sıklığı, besin içeriği, fiziksel aktivite düzeyi ve ebeveyn besleme tutumları gibi çok sayıda faktörün etkileşimiyle şekillendiğini göstermektedir. Bulgularımız, malnütrisyonun artık yalnızca yetersiz beslenme değil, aşırı veya dengesiz beslenmeyi de kapsayan bir sorun olduğunu net biçimde ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, bu bulgular çocuklarda malnütrisyonun önlenmesi için yalnızca besin erişimine değil, yeme davranışlarının duygusal ve ebeveyn temelli boyutlarına da müdahale edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda BBTÖ toplam puanı ile ÇYDA alt boyutları arasında anlamlı fakat zayıf düzeyde korelasyonlar saptanmıştır. BBTÖ toplam puanı ile duygusal aşırı yeme puanı arasında negatif yönde ilişki bulunması, emzirmeye yönelik olumlu tutuma sahip annelerin çocuklarında duygusal nedenlerle aşırı yeme davranışlarının daha az görüldüğünü göstermektedir. Bu durum, anne-çocuk bağlanmasının güçlü olması ve emzirmenin çocukta duygusal düzenleme becerisini desteklemesiyle açıklanabilir. BBTÖ puanı ile negatif iştah (iştahsızlık) puanı arasındaki pozitif yönlü ilişki, emzirmeye olumlu yaklaşan annelerin çocuklarında seçicilik veya iştahsızlık eğiliminin hafif derecede daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu, anne tutumunun aşırı koruyucu veya kontrolcü olması durumunda çocukta yeme reddi davranışının gelişebileceğini akla getirmektedir. Tokluk heveslisi ve duygusal az yeme alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunması, emzirmeye yönelik olumlu tutuma sahip annelerin çocuklarında daha iyi tokluk sinyalleri ve duygusal olarak daha dengeli yeme davranışlarının geliştiğini göstermektedir. Bu durum, anne sütüyle beslenen çocuklarda öz düzenleme mekanizmalarının daha etkin olması ve doygunluk hissinin daha iyi algılanmasıyla uyumludur. Genel olarak bu bulgular, anne tutumunun çocukların yeme davranışlarının duygusal ve öz düzenleyici yönleriyle yakından ilişkili olduğunu, ancak ilişkinin zayıf düzeyde olması nedeniyle beslenme davranışlarının yalnızca anne tutumuna değil, çevresel, psikososyal ve genetik etmenlere de bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmanın, depremin ardından orta vadeli dönemde yürütülmüş olması hem bulguların yorumlanmasında hem de beslenme davranışlarının değerlendirilmesinde

önemli bir psikososyal boyut taşımaktadır. Bu süreçteki annelerin bir kısmı, depremi gebelik veya erken doğum sonrası dönemde yaşamış, bazıları ise afet sonrasında yeniden gebe kalmış veya doğum yapmış olabilir. Bu durum, annelerde travma sonrası stres, kaygı, sosyal destek yetersizliği ve ekonomik belirsizlik gibi etmenlerin beslenme tutumları ve çocuk bakımı üzerindeki etkisini artırmıştır. Araştırmalarda, afet sonrası dönemde annelerin stres düzeyinin artmasının süt üretimini azalttığı, emzirme süresini kısalttığı ve tamamlayıcı beslenmeye geçişi olumsuz etkilediği gösterilmiştir (164-166). Bu psikososyal yük, annenin hem kendisi hem de çocuğu için yeterli beslenme davranışlarını sürdürmesini güçleştirmiş olabilir. Dolayısıyla çalışmamızda saptanan bazı ilişkilerin zayıf veya anlamlı çıkmamasında, annelerin deprem sonrası psikolojik durumları ve bakım verme kapasitesindeki değişikliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışmanın kesitsel tasarıma sahip olması, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerinin kurulmasına imkân vermemektedir. Örneklemin tek bir ilçe (Arsuz) ile sınırlı olması ve yalnızca ASM'lere başvuran çocuk ve anneleri kapsaması, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Çocukların antropometrik değerlendirmelerinin tek ölçüm üzerinden yapılmış olması, büyüme dinamiklerini zaman içinde izlemeye olanak tanımayan bir diğer kısıtlılıktır. Kullanılan anket formunun anne beyanına dayanması, hatırlama yanlılığı ve sosyal kabul edilebilirlik yanlılığı gibi ölçüm hatalarına açık bir veri kaynağı oluşturmuştur. Deprem sonrası bölgede sürekli değişen sosyoekonomik koşulların tüm boyutlarıyla ölçülememiş olması, beslenme durumunu etkileyebilecek çevresel ve sosyal faktörlerin tam olarak değerlendirilememesine yol açmıştır. Ayrıca çocukların ve ailelerin beslenme durumunu etkileyebilecek unsurların ayrıntılı ve nicel bazda diyet değerlendirmesiyle analiz edilmemiş olması, beslenme durumunun kapsamlı şekilde ortaya konmasını kısıtlayan bir diğer etkendir. Tüm bu kısıtlılıklara rağmen çalışma, afet bölgelerinde aile hekimliği temelli beslenme izlemi açısından literatüre önemli ön bulgular sunmakta ve gelecekte yapılacak daha geniş kapsamlı araştırmalar için yol gösterici nitelik taşımaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, deprem sonrası dönemde sahada yürütülmüş olması bakımından afet koşullarında çocuk sağlığı ve beslenme durumuna ilişkin güncel ve özgün veriler sunmaktadır. Çalışmada boy, kilo ve Z skoru gibi objektif antropometrik göstergeler ile BBTÖ ve ÇYDA gibi psikososyal değerlendirme ölçeklerinin eş zamanlı olarak kullanılması, çocukların büyüme ve gelişim durumunun çok boyutlu olarak ele alınmasına olanak tanımıştır. Ayrıca çalışma, malnütrisyonun hem yetersiz beslenme hem de aşırı beslenmeyi kapsayan "çifte yük" yönünü sahadan elde edilen nicel verilerle ortaya koyması açısından önemli bir katkı sağlamaktadır. Örneklemin basit rastgele örnekleme yöntemine dayalı olarak seçilmesinin hedeflenmiş olması, seçilme yanlılığını azaltmaya yönelik önemli bir yöntemsel güç olarak değerlendirilmektedir.

Çalışma grubundaki çocukların üçte birinde malnütrisyon saptanmış hem yetersiz beslenme hem de fazla kilololuk oranlarının ülke ortalamalarının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, afet sonrası dönemde çifte yük malnütrisyon olgusunun belirginleştiğini ve bölgesel beslenme eşitsizliklerinin sürdüğünü göstermektedir. Ayrıca malnütrisyon olan grupta ailedeki üç ve üzeri çocuk sayısının daha fazla olması, kaynak paylaşımının azalması, ebeveyn ilgisinin bölünmesi ve özellikle afet sonrası dönemde gıda çeşitliliği kısıtlılığının çok çocuklu hanelerde beslenme yetersizliklerini artırdığını göstermektedir. Günlük öğün sayısının fazla olmasına rağmen dengesiz beslenme alışkanlıklarının yaygın olması, enerji fazlalığına rağmen besin çeşitliliği yetersizliğini işaret etmektedir.

Annelerin emzirmeye yönelik olumlu tutumlarının yüksek olmasına karşın, bu tutumların çocukların büyüme göstergelerine doğrudan yansımadığı görülmüştür. Bu durum, olumlu tutumların çevresel ve sosyoekonomik faktörler nedeniyle davranışa tam olarak dönüşemediğini düşündürmektedir. 6–24 ay boyunca anne sütü alan çocuklarda pozitif iştah puanlarının yüksekliği ve negatif iştah puanlarının düşüklüğü, anne sütü alımının iştah düzeni üzerindeki olumlu etkisini desteklemiştir.

Çocukların yeme davranışları değerlendirildiğinde, yüksek pozitif iştah puanlarının özellikle malnütrisyonlu ve fazla kilolu çocuklarda görülmesi,

malnütrisyonun yalnızca yetersiz beslenme değil, aynı zamanda aşırı ve dengesiz beslenme biçiminde de ortaya çıktığını göstermektedir. Buna karşın negatif iştah puanlarının malnütrisyonla ilişkisiz bulunması, afet koşullarında çocuklarda iştahsızlıktan çok aşırı yeme eğiliminin ön planda olduğunu düşündürmektedir. Bulgular, ebeveynlerin özellikle stresli dönemlerde çocuklarını sık ve enerji yoğun gıdalarla besleme eğiliminin fazla kiloluluk riskini artırabileceğine işaret etmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma, afet koşullarında çocukluk çağı malnütrisyonunun çok boyutlu, çevresel, davranışsal ve psikososyal etmenlerle şekillendiğini ortaya koymuştur. Bulgular, yalnızca gıda erişiminin değil, beslenme kalitesinin, ebeveyn tutumlarının ve afet sonrası destek sistemlerinin de malnütrisyonla mücadelede belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın yürütüldüğü Hatay ili Arsuz ilçesi, deprem sonrası dönemde yoğun göç ve kalabalık yaşam koşulları nedeniyle çocuk beslenmesi açısından riskli bir bölge haline gelmiştir. Barınma koşullarının bozulması ve gıda çeşitliliğinin azalması, özellikle düşük gelirli ailelerin çocuklarında mikrobesin eksiklikleri ve büyüme geriliği riskini artırmaktadır. Bu nedenle afet bölgelerinde zayıf ve bodur çocuklara yönelik aşamalı müdahaleler gereklidir. Kısa vadede, büyüme taramaları ve beslenme desteği sağlanmalı, orta vadede, okul ve topluluk temelli beslenme programları güçlendirilmeli, uzun vadede ise, afet sonrası yeniden yapılanma süreçlerine çocuk beslenmesi ve gıda güvenliği entegrasyonu sağlanmalıdır.

Deprem gibi travmatik olaylar yalnızca fiziksel yaşam koşullarını değil, beslenme davranışlarının psikolojik temellerini de değiştirmektedir. Özellikle afet bölgesinde yaşayan annelerin, travma sonrası dönemde hem kendileri hem çocukları için yeterli beslenme sağlama kapasitesi; ruhsal iyilik hali, sosyal destek düzeyi ve gıda güvenliğiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle afet sonrası beslenme programları yalnızca gıda teminine değil, anne ruh sağlığının korunmasına ve psikososyal destek hizmetlerinin güçlendirilmesine de odaklanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney L, et al. Defining pediatric malnutrition: A paradigm shift toward etiology-related definitions. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2013;37(4):460–81.

2. Becker P, Carney LN, Corkins MR, Monczka J, Smith E, Smith SE, et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). Nutrition in Clinical Practice. 2015;30(1):147–61.

3. World Health Organization (WHO). Levels and trends in child malnutrition. UNICEF/WHO/World Bank Gr – Jt Child Malnutrition Estim 2023 Ed. Published online 2023. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicef-who-wb (Erişim Tarihi 03.09.2025)

4. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü. 2018.

5. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under- 5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388:3027–35.

6. World Health Organization (WHO). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. 2018.

7. Nelson M. Childhood nutrition and poverty. Proc Nutr Soc. 2000;59(2):307-15.

8. Ergül Ş. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(2):223-30.

9. Tanumihardjo SA, Anderson C, Kaufer-Horwitz M, Bode L, Emenaker NJ, Haqq AM, et al. Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox. J Am Diet Assoc. 2007;107(11):1966-72.

10. World Health Organization (2010). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1: Definitions.

11. Adeoya AA, Sasaki H, Fuda M, Okamoto T, Egawa S. Child Nutrition in Disaster: A Scoping Review. Tohoku J Exp Med. 2022;256:103-18.

12. Guha-Sapir D, Van Panhuis WG. Health impact of the 2004 Andaman Nicobar earthquake and tsunami in Indonesia. Prehosp Disaster Med. 2009;24:493-9.

13. European Region WHO. Turkiye earthquake. Extern Situat Rep no 9 1 May–4 June 2023. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7145-46911-70035 (Erişim Tarihi 03.09.2025)

14. Özer M. Education Policy Actions by the Ministry of National Education after the Earthquake Disaster on February 6, 2023 in Türkiye. Bartin University Journal of Faculty of Education. 2023;12(2).

15. Deprem Bölgesindeki Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumları Adıyaman Örneği, Kasım 2024. https://www.academia.edu/126013791/Deprem_Bölgesindeki_Beş_Yaş_Altı_Çocukların_Beslenme_Durumları_Adıyaman_Örneği?auto=download (Erişim Tarihi 03.09.2025)

16. Baysal A. Beslenme. 21st ed. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık; 2022.

17. Schultz CM, Danford CM. Children's knowledge of eating: An integrative review of the literature. Vol. 107, Appetite. Academic Press; 2016;534–48.

18. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 20]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir

19. Garipağaoğlu M, Samur G, Bağcı Bosi T, Yılmaz M, Kelat Z. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER). T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:1031, Ankara. 2015, 127–131 p.

20. Yılmaz G.0-24 Aylık bebeklerin beslenme şekillerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2019; 8(4): 343-352.

21. Martorell R. Improved Nutrition in the First 1000 Days and Adult Human Capital and Health. Am J Hum Biol. 2017 Mar 1;29(2).

22. Pekcan AG. Tamamlayıcı beslenme: Avrupa pediatrik gastroenteroloji, hepatoloji ve beslenme (ESPHGAN) birliği komitesi görüş raporu. Beslenme ve Diyet Dergisi.2018; 46(1): 1-6.

23. WHO. Infant and young child feeding, 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding?utm_source=chatgpt.com

24. UNICEF. Infant and young child feeding, 2025. https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/?utm_source=chatgpt.com

25. Khelouf N, Haoud K, Meziani S, Fizir M, Ghomari FN, Boumediene KM, et al. Effect of infant's gender and lactation period on biochemical and energy breast milk composition of lactating mothers from Algeria. Journal of Food Composition and Analysis. 2023;115.

26. Cooke L, Mccrann U, Higgins C. Managing weaning problems and complementary feeding. Pediatrics and Child Health. 2013:23(8).

27. Mennella JA, Daniels LM, Reiter AR. Learning to like vegetables during breastfeeding: a randomized clinical trial of lactating mothers and infants. Am J Clin Nutr. 2017;106:67–76.

28. Hetherington MM, Cecil JE, Jackson DM, Schwartz C. Feeding infants and young children. From guidelines to practice. Appetite. 2011;57(3):791–5.

29. Rogers SL, Blissett J. Breastfeeding duration and its relation to weight gain, eating behaviours and positive maternal feeding practices in infancy. Appetite. 2017;108:399–406.

30. Pang WW, McCrickerd K, Quah PL, Fogel A, Aris IM, Yuan WL, et al. Is breastfeeding associated with later child eating behaviours? Appetite. 2020;150.

31. Kheir F, Feeley N, Maximova K, Drapeau V, Henderson M, Van Hulst A. Breastfeeding duration in infancy and dietary intake in childhood and adolescence. Appetite. 2021;158.

32. Ross ES. Eating development in young children: The complex interplay of developmental domains. In: Early Nutrition and Long-Term Health: Mechanisms, Consequences, and Opportunities, Second Edition. Elsevier. 2022:189–227.

33. Berti C, Agostoni C. Establishing healthy eating patterns in infancy. In: Early Nutrition and Long-Term Health: Mechanisms, Consequences, and Opportunities, Second Edition. Elsevier. 2022:493–535.

34. Nasreddine L, Zeidan MN, Naja F, Hwalla N. Complementary feeding in the MENA region: Practices and challenges. Vol. 22, Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2012:793–8.

35. Rodriguez-Oliveros MG, Bisogni CA, Frongillo EA. Knowledge about food classification systems and value attributes provides insight for understanding complementary food choices in Mexican working mothers. Appetite. 2014; 83:144–52.

36. T. C. Sağlık Bakanlığı. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-anasayfa.

37. Shivakumar N. Complementary feeding. In: Encyclopedia of Human Nutrition: Volume 1-4, Fourth Edition. Elsevier. 2023:43–9.

38. Sirkka O, Abrahamse-Berkeveld M, Van Der Beek EM. Complementary Feeding Practices among Young Children in China, India, and Indonesia: A Narrative Review. Vol. 6, Current Developments in Nutrition. Oxford University Press; 2022.

39. Abdurahman AA, Chaka EE, Bule MH, Niaz K. Magnitude and determinants of complementary feeding practices in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. Vol. 5, Heliyon. Elsevier Ltd; 2019.

40. Brown A, Lee M. Maternal child-feeding style during the weaning period: Association with infant weight and maternal eating style. Eat Behav. 2011;12(2):108–11.

41. Ventura A. Responsive Feeding During the Transition to Solid Foods. In: Promoting Responsive Feeding During Breastfeeding, Bottle-Feeding, and the Introduction to Solid Foods. Elsevier; 2022:85–98.

42. O'Neill LM, Dwyer JT, Bailey RL, Reidy KC, Saavedra JM. Harmonizing micronutrient intake reference ranges for dietary guidance and menu planning in complementary feeding. Vol. 4, Current Developments in Nutrition. Oxford University Press; 2020.

43. D'Auria E, Borsani B, Pendezza E, Bosetti A, Paradiso L, Zuccotti GV, et al. Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):7931.

44. UNICEF. He State Of Food Securıty And Nutrıtıon In The World, 2020. https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/9a0fca06-5c5b-4bd5-89eb-5dbec0f27274/content?utm_source=chatgpt.com

45. Kumar S, Olson DL, Schwenk WF. Part I. Malnutrition in the pediatric population. Dis Mon. 2002;48(11):703-712.

46. WHO. İssues new guideline to tackle acute malnutrition in children under five. 2023. https://www.who.int/news/item/20-11-2023-who-issues-new-guideline-to tackle-acute-malnutrition-in-children-under-five.

47. 2024 Global Report on Food Crises | UNICEF USA https://www.unicefusa.org/media-hub/reports/2024-Global-Report-Food-Crises

48. WHO. Joint child malnutrition estimates,2024. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicef-who-wb?utm_source=chatgpt.com

49. UNICEF. The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/

50. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 5. Darendeliler Feyza, Ertuğrul Türkan, editors. 2020.

51. Aryastami NK, Shankar A, Kusumawardani N, Besral B, Jahari AB, Achadi E. Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12-23 months in Indonesia. BMC Nutr. 2017;3(1):1–6.

52. Bithoney WG, Newberger EH. Child and family attributes of failure−to−thrive. J Dev Behav Pediatr. 1987;8(1):32−6.

53. Weston JA, Stage AF, Hathaway P, Andrews DL, Stonington JA, McCabe EB. Prolonged breast−feeding and nonorganic failure to thrive. Am J Dis Child. 1987;141(3):242−3.

54. Council on Community Pediatrics, Committee on Nutrition. Promoting Food Security for All Children. Pediatrics. 2015;136(5):e1431−8.

55. Beşer ÖF. Çocuklarda Malnütrisyon Tanı ve Tedavi Rehberi. 2020. https://pedgastro.org/doc/rehber/Cocuklarda_malnutrisyon_tani_ve_tedavi_rehbe ri.pdf. Erişim Tarihi: 05.10.2025

56. Rogers EJ, Gilbertson HR, Heine RG, Henning R. Barriers to adequate nutrition in critically ill children. Nutrition. 2003;19(10):865−8.

57. Mehta NM, McAleer D, Hamilton S, Naples E, Leavitt K, Mitchell P, et al. Challenges to optimal enteral nutrition in a multidisciplinary pediatric intensive care unit. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2010;34(1):38−45.

58. Rodríguez L, Cervantes E, Ortiz R. Malnutrition and gastrointestinal and respiratory infections in children: a public health problem. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(4):1174−205.

59. Jensen GL. Inflammation as the key interface of the medical and nutrition universes: a provocative examination of the future of clinical nutrition and medicine. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2006;30(5):453−63.

60. Li L, Somerset S. Digestive system dysfunction in cystic fibrosis: challenges for nutrition therapy. Dig Liver Dis. 2014;46(10):865−74.

61. Borowitz D, Durie PR, Clarke LL, Werlin SL, Taylor CJ, Semler J, et al. Gastrointestinal outcomes and confounders in cystic fibrosis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005;41(3):273−85.

62. Borowitz D, Baker RD, Stallings V. Consensus report on nutrition for pediatric patients with cystic fibrosis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2002;35(3):246−59.

63. Quitadamo P, Thapar N, Staiano A, Borrelli O. Gastrointestinal and nutritional problems in neurologically impaired children. Eur J Paediatr Neurol. 2016;20(6):810−815.

64. Healy LI, Forbes E, Rice J, Leonard JM, Crushell E. The risk of malnutrition in children with autism spectrum disorder. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2021;106(5):284−286.

65. Rashid R, Neill E, Smith W, King D, Beattie TJ, Murphy A, et al. Body composition and nutritional intake in children with chronic kidney disease. Pediatr Nephrol. 2006;21(11):1730−8.

66. Mastrangelo A, Paglialonga F, Edefonti A. Assessment of nutritional status in children with chronic kidney disease and on dialysis. Pediatr Nephrol. 2014;29(8):1349−58.

67. Barton JS, Hindmarsh PC, Scrimgeour CM, Rennie MJ, Preece MA. Energy expenditure in congenital heart disease. Arch Dis Child. 1994;70(1):5−9.

68. Forchielli ML, McColl R, Walker WA, Lo C. Children with congenital heart disease: a nutrition challenge. Nutr Rev. 1994;52(10):348−53.

69. Przkora R, Barrow RE, Jeschke MG, Suman OE, Celis M, Sanford AP, et al. Body composition changes with time in pediatric burn patients. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2006;60(5):968-971.

70. Grover Z, Ee LC. Protein Energy Malnutrition. Pediatr Clin North Am. 2009;56(5):1055–68.

71. Robert M. Kliegman, Joseph W. St. Geme III. Nelson Textbook of Pediatrics. 22. EDİTİON. Elsevier; 2024.

72. Batool R, Butt MS, Sultan MT, Saeed F, Naz R. Protein–Energy Malnutrition: A Risk Factor for Various Ailments. Crit Rev Food Sci Nutr. 2015;55(2):242–53.

73. Gómez F, Galvan RR, Frenk S, Munoz JC, Chávez R, Vázquez J. Mortality in second and third degree malnutrition. J Trop Pediatr (Lond). 1956 (2):77–83.

74. Cantürk NZ, Şimşek T. Nütrisyonda Temel Kavramlar: Malnütrisyonun Etkisi, Nütrisyon Durumunun Değerlendirilmesi, Makro-Mikro Besin Öğeleri, Nütrisyon Gereksinimlerinin Saptanması. Turkiye Klinikleri J Anest Reanima. 2010;3(2):1-17.

75. Trehan I, Manary MJ. Management of uncomplicated severe acute malnutrition in children in resource-limited settings, 2023. https://www.uptodate.com/contents/malnutrition-in-children-in-resource-limited-countries- clinical-assessment Erişim Tarihi: 07.10.2025

76. Gueri M, Gurney JM, Jutsum P. The Gomez classification. Time for a change?. Bull World Health Organ. 1980;58(5):773-777.

77. Waterlow JC. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. Br Med J. 1972;3:566-569.

78. Tunçbilek E. Çocuk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: SSYB Matbaası.;1998.

79. WHO child growth standards: methods and development. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva: World Health Organization; 2006 http://www .who.int/nutrition/publications/childgrowthstandards_technical_report_1/en/ Erişim Tarihi: 08.10.2025

80. https://www.upstate.edu/nutrition/pdf/Pediatric_Malnutrition_Classification.pdf Erişim Tarihi: 08.10.2025

81. Bouma S. Diagnosing Pediatric Malnutrition: Paradigm Shifts of Etiology-Related Definitions and Appraisal of the Indicators. Nutr Clin Pract. 2017;32(1):52-67.

82. Jensen GL, Cederholm T, Correia MIT, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2019;43(1):32-40.

83. Silverman JA, Chimalizeni Y, Hawes SE, Wolf ER, Batra M, Khofi H, et al. The effects of malnutrition on cardiac function in African children. Arch Dis Child. 2016;101(2):166−71.

84. Bartels RH, Bourdon C, Potani I, Mhango B, van den Brink DA, Mponda JS, et al. Pancreatic Enzyme Replacement Therapy in Children with Severe Acute Malnutrition: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr. 2017;190:85−92.e2.

85. Kvissberg MA, Dalvi PS, Kerac M, Voskuijl W, Berkley JA, Priebe MG, et al. Carbohydrate malabsorption in acutely malnourished children and infants: a systematic review. Nutr Rev. 2016;74(1):48−58.

86. Attia S, Feenstra M, Swain N, Cuesta M, Bandsma RHJ. Starved Guts: Morphologic and Functional Intestinal Changes in Malnutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;65(5):491−495.

87. Uwaezuoke SN, Ndu IK, Eze IC. The prevalence and risk of urinary tract infection in malnourished children: a systematic review and meta−analysis. BMC Pediatr. 2019;19(1):261.

88. Rytter MJH, Kolte L, Briend A, Friis H, Christensen VB. The immune system in children with malnutrition−−a systematic review. PLoS One. 2014;9(8):e105017.

89. Scrimshaw NS. Historical concepts of interactions, synergism and antagonism between nutrition and infection. The Journal of nutrition. 2003;133(1):316S-321S.

90. Bhargava H, Singh J. Structural changes in the brain on cranial magnetic resonance imaging in severely malnourished children before and after treatment. Nutrition. 2020;74:110753.

91. Roberts M, Tolar−Peterson T, Reynolds A, Wall C, Reeder N, Rico Mendez G. The Effects of Nutritional Interventions on the Cognitive Development of Preschool−Age Children: A Systematic Review. Nutrients. 2022;14(3).

92. Doherty JF, Adam EJ, Griffin GE, Golden MH. Ultrasonographic assessment of the extent of hepatic steatosis in severe malnutrition. Arch Dis Child. 1992;67(11):1348− 52.

93. Golden MH. Nutritional and other types of oedema, albumin, complex carbohydrates and the interstitium − a response to Malcolm Coulthard's hypothesis: Oedema in kwashiorkor is caused by hypo−albuminaemia. Paediatr Int Child Health. 2015;35(2):90−109.

94. Ashworth A, Chopra M, McCoy D, Sanders D, Jackson D, Karaolis N, et al. WHO guidelines for management of severe malnutrition in rural South African hospitals: effect on case fatality and the influence of operational factors. Lancet. 2004;363:1110-1115.

95. Falbo AR, Alves JG, Batista Filho M, de Fatima Costa Cominha M, CobralFilho JE. Dceline in hospital mortality rate after the use of the World Health Organization protocol for management of severe malnutrition. 2009;39:71-72.

96. Bachou H, Tumwine JK, Mwadime RK, Tylleskor T. Risk factors in hospital deaths in severely malnutrition children in Kampala, Uganda. BMC Pediatr. 2006;6:7.

97. Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F, et al. Reference Values for Weight, Height, Head Circumference, and Body Mass Index in Turkish Children. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2015;7(4):280-293.

98. Yurdakök M (ed). Yurdakök Pediatri, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 2017.

99. De Onis M, Monteiro C, Akré J, Glugston G. The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: An overview from the WHO global database on child growth, Bull. World Health Organ. 1993;71(6):703–712.

100. Prost MA. Postnatal origins of undernutrition, Nestle Nutr. Work. Ser. Pediatr. Progr. 2009;63:79–94.

101. Brewster DR. Critical appraisal of the management of severe malnutrition: 2. Dietary management. Journal of paediatrics and child health. 2006;42(10):575-582.

102. Prost MA. Postnatal origins of undernutrition. Nestle Nutr. Work. Ser. Pediatr. Progr. 2009;63:79–94.55

103. Mehanna H. M., Moledina, J., & Travis, J. (2008). Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. Bmj, 336(7659), 1495-1498.

104. Parakh A, Dubey AP, Gahlot N, Rajeshwari K. Efficacy of modified WHO feeding protocol for management of severe malnutrition in children: a pilot study from a teaching hospital in New Delhi, India. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2008;17(4).

105. Saner G. Protein-enerji malnütrisyonu. Neyzi O, Ertuğrul T, editors. 2010.

106. Sullivan LM. Essentials of Biostatistics in Public Health:. Jones & Bartlett Learning; 2023.

107. WHO Anthro Survey Analyser. Erişim adresi: https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software

108. Mora Adl, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity 1. Journal of Applied Social Psychology. 1999;29(11):2362-80.

109. Kızıltepe C. Yenidoğan ve süt çocuğu beslenmesinde IOWA skalasının geçerliliğinin değerlendirilmesi. 2011.

110. AlKusayer NM, Midodzi WK, Newhook LA, Gill N, Halfyard B, Twells LK. Determining Clinically Relevant Cutoff Scores for the Iowa Infant Feeding Attitude Scales Among Prenatal Women in Canada. J Hum Lact. 2018;34(4):691-698.

111. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. J Child Psychol Psychiat. 2001;42(7):963–70.

112. Yılmaz R. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. Anadolu Psikiyatr Derg. 2011;12:287–94.

113. Wardle J, Carnell S, Cooke L. Parental control over feeding and American, children's fruit and vegetable intake: how are they related?. Journal of the Dietetic Association. 2005;105(2):227-232.

114. Domoff SE, Miller AL, Kaciroti N, Lumeng JC. Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income preschool-aged sample in the United States. Appetite. 2015;95:415-420.

115. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight - factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8(134):1–11.

116. https://www.emro.who.int/nutrition/double-burden-of-nutrition/malnutrition-in-all-its-forms.html Erişim Tarihi: 08.11.2025

117. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/Malnutrisyon_Raporu_02022024.pdf Erişim Tarihi: 08.11.2025

118. Longwill O. Domestic Double Burden of Malnutrition in Manisa, Turkey: A Cross-Sectional Study in Two Primary Care Health Centers. Cureus. 2024;16(10).

119. Muhammet R. Rize İli 5 Yaş Altı Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı ve Malnütrisyon Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Rize; 2020.

120. Nurani N, Sitaresmi MN, Ismail D. Risk factors for malnutrition in under-five children: One year after the Yogyakarta earthquake. Paediatrica Indonesiana. 2011;51(6):327-31.

121. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition 2012–2025: extension. Erişim Adresi: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R24-en.pdf Erişim Tarihi: 09.11.2025

122. Islam MS, Biswas T. Prevalence and correlates of the composite index of anthropometric failure among children under 5 years old in Bangladesh. Maternal & child nutrition. 2020;16(2):e12930.

123. Kassie GW, Workie DL. Determinants of under-nutrition among children under five years of age in Ethiopia. BMC Public Health. 2020;20(1):399.

124. Bilgin GD, Cebioğlu İK, Kavsara HK, Sarioğlu A, Tan MK, Aydin S, et al. Deciphering the concurrent phenomenon of childhood malnutrition by using the extended composite index of anthropometric failure (ECIAF): facts from the BESLEN project. Public Health Nutrition. 2025;28(1):e9.

125. Çelik MMÖ, Karaketir EŞ. Infant and Child Health. https://iupress.istanbul.edu.tr/book/halk-sagligi-bugun-ve-her-zaman/chapter/bebek-ve-cocuk-sagligi Erişim Tarihi: 09.11.2025

126. Ijaiya MA, Anjorin S, Uthman OA. Income and education disparities in childhood malnutrition: a multi-country decomposition analysis. BMC Public Health. 2024;24(1):2882.

127. Katoch OR. Determinants of malnutrition among children: A systematic review. Nutrition. 2022;96:111565.

128. Albelbeisi A, Zinszer K, El Bilbeisi AH, Abuzerr S. The burden of acute malnutrition among children under five in conflict-afflicted Gaza strip: prevalence and associated factors. Frontiers in Nutrition. 2024;11:1478485.

129. Seidu AA, Hagan Jnr JE, Budu E, Aboagye RG, Okyere J, Sakyi B, et al High-risk fertility behaviour and undernutrition among children under-five in sub-Saharan Africa: a cross-sectional study. BMJ Open. 2023;13(6):e066543.

130. Seretew WS, Tesema GA, Yirsaw BG, Argaw GS. Prevalence of stunting and associated factors among under-five children in sub-Saharan Africa: Multilevel ordinal logistic regression analysis modeling. PLoS One. 2024;19(6):e0299310.

131. Islam M, Ali S, Majeed H, Ali R, Ahmed I, Soofi S, et al. Drivers of stunting and wasting across serial cross-sectional household surveys of children under 2 years of age in Pakistan: potential contribution of ecological factors. The American Journal of Clinical Nutrition. 2025;121(3):610-619.

132. Herrera-Fontana ME, Chisaguano AM, Villagomez V, Pozo L, Villar M, Castro N, et al. Food insecurity and malnutrition in vulnerable households with children under 5 years on the Ecuadorian coast: a post-earthquake analysis. Rural and Remote Health. 2020;20(1):97-105.

133. Basyigit B, Karimidastjerd A, Cetinkaya T, Bakkal LZ, Basdogan H, Elmas N, et al. Post-disaster impacts on food security and nutritional demands of vulnerable groups. Environmental Research Communications. 2025;7(9):092004.

134. Ekşioğlu A, Yeşil Y, Çeber Turfan E. The Translation And Validation Of The IOWA Infant Feeding Attitude Scale Into Turkish. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016;13(3):209-215.

135. Arslanbaş C. 0-2 Yaş Bebekleri Olan Annelerin Bebek Beslenmesi Tutum ve Davranışlarının Bebeklerin Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişki, Tez Doğu Akdeniz Üniversitesi, Eylül; 2022.

136. Kurtbeyoğlu E,Caferoğlu Z. Annelerin Bebek Beslenmesi Tutumları ve İlişkili Faktörler, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;8(3):925-932.

137. Doğan, G. Annelerin Bebek Beslenmesine Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Postpartum Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi" (Tez), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019.

138. Feitosa ALF, Torres KC. Breastfeeding in emergencies and natural disasters: what health professionals need to know. Revista CEFAC. 2023;25(6):e10023.

139. Uyar G. Emziren Annelerin E-Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Bebek Beslenmesi Tutumuna Etkisi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Tezi, İstanbul; 2020.

140. Yalçın SS. Erat Nergiz M, Yalçın S. Evaluation of breastfeeding and infant feeding attitudes among syrian refugees in Turkey: observations of Syrian healthcare workers. International breastfeeding journal. 2023;18(1):38.

141. Loutet MG. Individual-and system-level determinants of breastfeeding in a low-resource setting. Frontiers in Public Health. 2024;12:1471252.

142. Çuvadar A, Demir ZÇ, Akbaş E. Breastfeeding and Natural Disasters: Women's Attitudes Towards Breastfeeding and the Psychosocial Effects of the Kahramanmaraş Earthquake: A Qualitative Research/Emzirme ve Doğal Afetler: Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Kadınların Emzirmeye Yönelik Tutumları ve Depremin Psikososyal Etkileri: Nitel Bir Araştırma. Nitel Sosyal Bilimler. 2025;7(1):28-48.

143. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. Maternal & child nutrition. 2014;10(4):510-526.

144. Erat Nergiz M, Barutçu A, Güneş B, Almış H, Yılmaz Öztorun Z, Tezol Ö, et al. Breastfeeding problems and associated factors: a cross-sectional study after the 2023 Türkiye earthquake. International Breastfeeding Journal. 2025;20(1):32.

145. Erkorkmaz Ü, Yilmaz R, Demir O, Sanisoglu SY, Etikan I, Özçetin M. Analysis of the correlation between children's eating behavior and parent's feeding style using canonical correlation analysis. Turkiye Klin J Med Sci. 2013;33(1):138–48.

146. Özdoğan Y, Balaban S, Uçar A. Annelerin Çocuk Besleme Uygulamaları ve Çocukların Yemek Yeme Davranışları. Nevşehir Bilim ve Teknol Derg. 2018;7(1):1–13.

147. Ek A, Sorjonen K, Eli K, Lindberg L, Nyman J, Marcus C, et al. Associations between Parental Concerns about Preschoolers' Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. PLoS One. 2016;11(1).

148. Sönmez BS. Okul Öncesi Çocukların Yemek Yeme Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Ünivrsitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir. 2019.

149. Yavuz Karaosman H. Tamamlayıcı Beslenmeye Geçiş Sürecindeki Farklı Uygulamaların Çocuklardaki Yeme Davranışları ve İştah Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta;2024.

150. Özçiftçi E. 8-12 Yaş Çocukların Ailelerinde Çocuklardaki İştah Algısının Ölçümü ve İştah Durumlarının Değerlendirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep; 2020.

151. Rahill S, Kennedy A, Kearney J. A review of the influence of fathers on children's eating behaviours and dietary intake. Appetite. 2020;147:104540.

152. Moura AF, Philippe K. Where is the father? Challenges and solutions to the inclusion of fathers in child feeding and nutrition research. BMC Public Health. 2023;23(1):1183.

153. Bawa SG, Haldeman L. Fathers Nutrition Knowledge and Child Feeding Practices Associated with Childhood Overweight and Obesity: A Scoping Review of Literature From 2000 to 2023. Global pediatric health. 2024;11: 2333794X241263199.

154. Umoke M, Umoke PC, Onyeke NG, Victor-Aigbodion V, Eseadi C, Ebizie E, et al. Influence of parental education levels on eating habits of pupils in Nigerian primary schools. Medicine. 2020;99(43):e22953.

155. Balaban S, Özdoğan Y, Uçar A. Annelerin çocuk besleme uygulamaları ve çocukların yemek yeme davranışları. Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2018;7(1):1-13.

156. Afrin S. The effect of maternal employment on children's dietary habits, physical activity, and sedentary behaviour; 2023.

157. Koçak Z, Çağatay SE. Childhood traumas and emotional eating: The mediating role of self-esteem, and emotion dysregulation. Current Psychology. 2024;43(25):21783-21791.

158. Bennett C, Copello A, Jones C, Blissett J. Children overcoming picky eating (COPE) – A cluster randomised controlled trial. Appetite. 2020;154.

159. Boswell N, Byrne R, Davies PSW. Eating behavior traits associated with demographic variables and implications for obesity outcomes in early childhood. Appetite. 2018;120:482–90.

160. Brown A, Lee M. Breastfeeding during the first year promotes satiety responsiveness in children aged 18-24 months. Pediatr Obes. 2012;7(5):382–90.

161. Llewellyn C, Wardle J. Behavioral susceptibility to obesity: Gene–environment interplay in the development of weight. Physiology & behavior. 2015;152:494-501.

162. Syrad H, Johnson L, Wardle J, Llewellyn CH. Appetitive traits and food intake patterns in early life. The American journal of clinical nutrition. 2016;103(1):231-235.

163. Chawner LR, Filippetti ML.A developmental model of emotional eating. Developmental Review. 2024;72:101133.

164. Öz E, Küçükkelepçe O, Kurt O, Kapıcı Y. The relationship between earthquake-induced post-traumatic stress disorder and breastfeeding attitude and behavior. BMC Psychiatry. 2024;24(1):343.

165. Russell JH, Haushalter A, Rhoads SJ. Supporting Breastfeeding Women Amid Natural Disasters in the US: A Scoping Review. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2025;19:e24.

166. Özdemir EZB, Ünal E. The Importance of Breastfeeding and Barriers of Breastfeeding Practices in Disasters. https://www.researchgate.net/profile/Esra-Bicer-Oezdemir-2/publication/379353548_The_Importance_of_Breastfeeding_and_Barriers_of_Breastfeeding_Practices_in_Disasters/links/6605b3bab839e05a20a87a0c/The-Importance-of-Breastfeeding-and-Barriers-of-Breastfeeding-Practices-in-Disasters.pdf Erişim Tarihi: 11.11.2025

8. EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
18/06/2025	08	38

KARAR 17- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Vasfi ÖZTANIR'ın uzmanlık tezi) "5 yaş altı çocuklarda malnütrisyon prevelansı, anne sütü alımı ve tamamlayıcı beslenmeye geçiş durumunun incelenmesi: Hatay Arsuz örneği" **isimli çalışması**, gerekçesi, amacı, yaklaşımı ve yöntemi dikkate alınarak **incelenmiş** ve **etik kurallara uygun bulunmuştur**. Çalışmanın, başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde **gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan herhangi bir sakınca bulunmadığına**, toplantıya katılan **Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliğiyle karar verilmiştir**.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Başkan Yardımcısı)

(Katılmadı)
Doç.Dr. Emre DİRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Gezmiş KİMYON
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZOR
(Üye)

[redacted]

(Katılmadı)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(İmza)
Dr.öğr.Üyesi Ertan YILMAZ
(Üye)

(İmza)
Öğr.Üyesi Adem YAPICI
(Üye)

(İmza)
Enver Sedat BORAZAN
(Raportör)

Ek-2. Sosyodemografik Anket

1. Demografi ve Çocuk Bilgileri

1. Çocuğun Cinsiyeti: [ ] Kız [ ] Erkek

2. Çocuğun Doğum Tarihi: _____

3. Çocuğun Boyu (cm): _____

4. Çocuğun Kilosu (gram): _____

5. Doğum Şekli: [ ] Normal [ ] Sezaryen
6. Doğum Ağırlığı: [ ] <2500g [ ] 2500-4000g [ ] >4000g

7. Doğum Zamanı: [ ] Erken (<37. hafta) [ ] Zamanında [ ] Geç

8. Anne gebelikte gıda takviyesi aldı mı? [ ] Evet [ ] Hayır

9. Doğum sonrası ilk beslenme zamanı: [ ] Doğar doğmaz [ ] İlk 30 dk [ ] Sonra

10. İlk verilen besin: [ ] Anne sütü [ ] Şekerli su [ ] Mama [ ] İnek sütü [ ] Diğer: _____

11. Gebelikte/büyümede evde sigara içildi mi? [ ] Hiç [ ] Anne içti [ ] Evde içildi
12. Kalıcı/uzun süreli hastalık var mı? [ ] Evet [ ] Hayır

13. Son 2 haftada hastalık yaşandı mı? [ ] Evet [ ] Hayır Türü: _____

14. Günlük emzirme öğün sayısı: [ ] <5 [ ] 5-10 [ ] >10
15. Anne sütü alma süresi: [ ] Hiç [ ] <6 ay [ ] 6-12 ay [ ] 12-24 ay

16. Sağlık personelinden yardım/ eğitim aldınız mı? [ ] Evet [ ] Hayır

17. Son 1 yılda gıda takviyesi aldı mı? [ ] Evet [ ] Hayır Açıklama: _____

18. Ek gıdaya başlama besini: _____

19. Günlük öğün sayısı (anne sütü hariç): [ ] 2-4 [ ] 4-6 [ ] 7+ [ ] Almıyor

20. Kilosunu nasıl değerlendiriyorsunuz? [ ] Çok zayıf [ ] Zayıf [ ] Normal [ ] Kilolu [ ] Aşırı kilolu

2. Aile ve Hane Bilgileri

1. Aile Tipi: [ ] Çekirdek (1 çocuk) [ ] Çekirdek (>1 çocuk) [ ] Geniş [ ] Ayrılmış

2. Çocuk sayısı: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4+

3. Depremde eviniz zarar gördü mü? [ ] Hayır [ ] Az/Ağır Hasarlı [ ] Enkazda kaldık

4. Gıda yardımı aldınız mı? [ ] Evet [ ] Hayır Süre: _____ ay

5. Beslenme değişti mi? [ ] Hayır [ ] Daha çok [ ] Daha az

6. Aylık gelir: [ ] <22.131 TL [ ] 22.132-72.088 TL [ ] >72.088 TL

7. Annenin yaşı: _____ 8. Babanın yaşı: _____

9. Annenin eğitim durumu: [ ] Okur-yazar değil [ ] İlköğretim [ ] Lise [ ] Üniversite

10. Babanın eğitim durumu: [ ] Okur-yazar değil [ ] İlköğretim [ ] Lise [ ] Üniversite

11. Annenin mesleği: _____

12. Babanın mesleği: _____

Ek-3. Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ)

BEBEK BESLENMESİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden her biri için, sizin düşüncenize en yakın gelen ifadenin sayısını daire içine alarak katılıyorum ya da katılmıyorum şeklinde belirtiniz.

MADDELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Anne sütünün besleyici faydaları bebeği anne sütünden kesinceye kadar sürer.	1	2	3	4	5
2. Hazır mama ile beslenme emzirmekten daha pratiktir.	1	2	3	4	5
3. Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlanmayı arttırır.	1	2	3	4	5
4. Anne sütünde demir yetersizdir.	1	2	3	4	5
5. Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur.	1	2	3	4	5
6. Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir.	1	2	3	4	5
7. Bebeğini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevklerinden birini kaçırırlar.	1	2	3	4	5
8. Anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir.	1	2	3	4	5
9. Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.	1	2	3	4	5
10. Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur.	1	2	3	4	5
11. Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa/emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissederler.	1	2	3	4	5
12. Anne sütü bebekler için ideal bir besindir.	1	2	3	4	5
13. Anne sütü hazır mamadan daha kolay sindirilir.	1	2	3	4	5
14. Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır.	1	2	3	4	5
15. Emzirme ile besleme mama ile beslemeden daha rahattır.	1	2	3	4	5
16. Anne sütü mamadan daha ucuzdur.	1	2	3	4	5
17. Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir.	1	2	3	4	5

Ek-4. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi (ÇBDA)

Aşağıdaki ifadeleri lütfen okuyunuz ve sizin çocuğunuzun beslenme davranışına en uygun olan kutuları işaretleyiniz.

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever	□	□	□	□	□
Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer	□	□	□	□	□
Çocuğum çok iştahlıdır	□	□	□	□	□
Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.	□	□	□	□	□
Çocuğum yemeğe önem verir,yiyeceklerle ilgilidir.	□	□	□	□	□
Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.	□	□	□	□	□
Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	□	□	□	□	□
Çocuğum yavaş yer	□	□	□	□	□
Çocuğum kızgınken, sinirliyken daha az yer.	□	□	□	□	□
Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır	□	□	□	□	□
Çocuğum yorgunken daha az yer	□	□	□	□	□
Çocuğum sürekli yemek ister	□	□	□	□	□
Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer.	□	□	□	□	□
İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir.	□	□	□	□	□
Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer	□	□	□	□	□
Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.	□	□	□	□	□
Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır	□	□	□	□	□
Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor.	□	□	□	□	□

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Şans verilirse,çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir.	□	□	□	□	□
Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker.	□	□	□	□	□
Çocuğum yemeği bitmeden doyar	□	□	□	□	□
Çocuğum yemek yemekten hoşlanır	□	□	□	□	□
Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.	□	□	□	□	□
Çocuğumun yemekle mutlu etmek zordur.	□	□	□	□	□
Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.	□	□	□	□	□
Çocuğum çabuk doyar.	□	□	□	□	□
Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer.	□	□	□	□	□
Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur)	□	□	□	□	□
Çocuğum şans verilirse gün boyu içecek(meşrubat, su, meyve suyu.) içecektir	□	□	□	□	□
Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.	□	□	□	□	□
Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir.	□	□	□	□	□
Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir.	□	□	□	□	□
Çocuğum tadına bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir	□	□	□	□	□
Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar.	□	□	□	□	□
Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer.	□	□	□	□	□

9. ÖZGEÇMİŞ

[redacted] doğdum. İlköğretim, ortaöğretim ve lise eğitimimi Hatay'da tamamladım. Tıp fakültesi eğitimimi Gülhane Askerî Tıp Akademisi'nde tamamladıktan sonra mezuniyetim sonrası askerî tabip olarak Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde 2011 yılına kadar görev yaptım. 2012 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nda aile hekimi olarak görev yapmaktayım. 2019 yılından bu yana Sözleşmeli Aile Hekimliği Eğitimi kapsamında mesleki eğitimime devam etmekteyim.