

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI



**İLKÖĞRETİM ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARIN SAĞLIKLI YEME
ÖZ-YETERLİLİKLERİNİN, AKDENİZ DİYETİNE
UYUMLARININ VE BESLENME DURUMLARININ
ARAŞTIRILMASI**

Ayşe SEVİNÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP - 2025



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe SEVİNÇ tarafından hazırlanan “İlköğretim Çağındaki Çocukların Sağlıklı Yeme Öz-Yeterliliklerinin, Akdeniz Diyetine Uyumlarının Ve Beslenme Durumlarının Araştırılması” başlıklı tez, **10/01/2025** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Yasemin BEYHAN	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Nezihe OTAY LÜLE	Gaziantep Üniversitesi	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Ufuk AKBAŞ

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

İmza:

Ayşe SEVİNÇ

Tarih:.../02/2025

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitim sürem boyunca tezimin her aşamasında yanımda bulunan ve çalışmamın titizlikle yürütülmesinde sabırla yol gösteren Sayın Hocam Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÖL'e,

Başta Sayın Cemal KALAY ve ilkokul öğretmenim Ömer KAYALAR olmak üzere verilerin toplanması sürecinde okullarda yardımcı olan tüm öğretmenlerime,

Araştırma verilerimin toplanması sürecinde yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma,

Beni yetiştirip bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve yüksek lisans yapmamda beni cesaretlendiren canım ailem; babam Mehmet SEVİNÇ, annem Meryem SEVİNÇ ve biricik kardeşlerime,

Anket çalışmasını sabırla ve titizlikle yapan tüm öğrencilere,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe SEVİNÇ

GAZİANTEP / 2025

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

İLKÖĞRETİM ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARIN SAĞLIKLI YEME ÖZ-
YETERLİLİKLERİNİN, AKDENİZ DİYETİNE UYUMLARININ VE
BESLENME DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Ayşe SEVİNÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Suphiye Mine YURTTAGÜL

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, ilköğretim çağı çocuklarının sağlıklı yeme öz yeterliliklerini, Akdeniz diyetine uyumlarını ve beslenme durumlarını inceleyerek sağlıklı beslenmeye yönelik farkındalık oluşturmaktır. Çalışma, Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 3 ortaokul ve 3 ilkokulda, yaş ortalaması 10,5±0,63 olan 300 (%55,0 kız, %45,0 erkek) öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerden genel bilgiler, 24 saatlik besin tüketim kaydı ve antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, boyun çevresi, üst orta kol çevresi) toplanmıştır. Ayrıca Akdeniz Diyeti Uyum İndeksi (KIDMED), Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği (SYÖYÖ), Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği (ADÖ) ve Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (PAQ-C) uygulanmıştır. Çocukların günlük enerji tüketimi önerilenin %68,1'ini karşılamaktadır. Protein, E vitamini, riboflavin, B6 vitamini, folat, kalsiyum, magnezyum, demir ve çinko gereksinimleri karşılanmamıştır. BKİ'si normal olan kız ve erkek çocuk oranı sırasıyla %48,5 ve %54,8'dir. Akdeniz diyetine uyumu geliştirilmesi gerekenlerin oranı %56,4, uyumu iyi olanların oranı %21,5'tir. KIDMED puanı, SYÖYÖ ve ADÖ ile pozitif ilişkilidir (p<0,05). SYÖYÖ puanı kızlarda 13,7±3,43, erkeklerde 13,8±3,56'dır. Babası işçi olan çocukların SYÖYÖ puanı, babası memur olanlara göre daha yüksektir (p<0,05). Babasının lisansüstü eğitimi olan çocuklarda SYÖYÖ puanı daha düşüktür (p<0,05). ADÖ puanı ortalaması kızlarda 11,4±2,25, erkeklerde 11,3±2,23 olup fark anlamsızdır (p>0,05). Erkeklerin fiziksel aktivite düzeyi kızlardan daha yüksektir (p<0,05). Annesi memur olan çocukların fiziksel aktivite düzeyleri, annesi ev hanımı olanlara göre daha yüksektir (p<0,05). ADÖ puanı arttıkça fiziksel aktivite düzeyi de artmaktadır (p<0,05). Sonuç olarak, çocukların beslenme ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının iyileştirilmesi bireysel, ailesel ve toplumsal boyutları ile incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: İlköğretim çağı çocuklarının beslenmesi, KIDMED, Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik.

HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT of NUTRITION AND DIETETICS

**INVESTIGATION OF HEALTHY EATING SELF-EFFICACY,
COMPLIANCE WITH THE MEDITERRANEAN DIET AND
NUTRITIONAL STATUS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN**

Ayşe SEVİNÇ

MASTER THESIS

Advisor

Prof. Dr. Suphiye Mine YURTTAGÜL

ABSTRACT

The aim of this study was to raise awareness about healthy eating by examining the healthy eating self-efficacy, compliance with the Mediterranean diet and nutritional status of primary school children. The study was carried out with 300 students (55.0% female, 45.0% male) with an average age of 10.5 ± 0.63 years in 3 secondary schools and 3 primary schools affiliated to Malatya Provincial Directorate of National Education. General information, 24-hour food consumption record and anthropometric measurements (body weight, height, neck circumference, upper middle arm circumference) were collected from the students. In addition, the Mediterranean Dietary Adaptation Index (KIDMED), the Healthy Eating Self-Efficacy Scale (HSEQ), the Family Support for Healthy Eating Scale (FSS) and the Physical Activity Questionnaire for Children (PAQ-C) were administered. Daily energy consumption of the children met 68.1% of the recommended daily intake. Protein, vitamin E, riboflavin, vitamin B6, folate, calcium, magnesium, iron and zinc requirements were not met. The proportion of girls and boys with normal BMI was 48.5% and 54.8%, respectively. The proportion of those whose adherence to the Mediterranean diet needed to be improved was 56.4% and the proportion of those with good adherence was 21.5%. The KIDMED score was positively correlated with the HSEQ and FSS ($p < 0.05$). The HSEQ score was 13.7 ± 3.43 in girls and 13.8 ± 3.56 in boys. The HSEQ score of children whose fathers were labourers was higher than those whose fathers were civil servants ($p < 0.05$). Children whose fathers had postgraduate education had a lower HSEQ score ($p < 0.05$). The mean FSS score was 11.4 ± 2.25 in girls and 11.3 ± 2.23 in boys and the difference was not significant ($p > 0.05$). The physical activity level of boys was higher than that of girls ($p < 0.05$). Physical activity levels of children whose mothers were civil servants were higher than those whose mothers were housewives ($p < 0.05$). The physical activity level increased with the increase in the FSS score ($p < 0.05$). In conclusion, improvement of nutrition and healthy living habits of children should be analysed with individual, familial and social dimensions.

Keywords: Nutrition of primary education aged children, KIDMED, Healthy Eating Self-Efficacy.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi.....	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	2
1.3 Çalışmanın Hipotezleri.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İlkokul Çağı Çocuklarında Beslenme ve Fiziksel Aktivite.....	4
2.2. İlkokul Çağı Çocuklarının Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimleri.....	5
2.2.1.Enerji	6
2.2.2.Protein.....	6
2.2.3.Karbonhidrat.....	7
2.2.4.Yağ.....	8
2.2.5.Mikro Besin Öğeleri.....	9
2.3.İlkokul Çağı Çocuklarında Beslenmeyi Etkileyen Faktörler.....	11
2.4.İlkokul Çağı Çocuklarında Sık Görülen Beslenme Problemleri.....	12
2.4.1.Malnütrisyon.....	12
2.4.2.Obezite(Şişmanlık).....	13
2.4.3.Besin Alerjileri.....	14
2.4.4.Demir eksikliği Anemisi.....	15
2.4.5.İyot Yetersizliği	16
2.4.6.Ağız ve Diş Sağlığı Problemleri.....	17
2.5.Öz-Yeterlilik	18
2.6.Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KİDMED İndeksi).....	18
2.7Aile Desteği.....	20
3. YÖNTEM	21

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklemi	21
3.2. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Gereçleri	21
3.4.1. Antropometrik Ölçümler.....	22
3.4.2. Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED).....	23
3.4.3. Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik Ölçeği.....	24
3.4.4. Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteği Ölçeği.....	24
3.4.5. Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (PAQ-C).....	24
3.4.6. 24 Saat Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı.....	25
3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	25
4. BULGULAR.....	27
4.1. Bireylerin ve Ebeveynlerinin Genel Bilgileri	27
4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketimleri.....	29
4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	34
4.4. Bireylerin Akdeniz Diyetine Uyumluluğu	36
4.5. Bireylerin Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Bulguları	42
4.6. Bireylerin Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Bulguları	46
4.7. Bireylerin Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (PAQ-C) Bulguları	50
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Genel Özellikler.....	56
5.2. Bireylerin Öğün Alışkanlıkları, Enerji ve Besin Ögesi Tüketimi	57
5.3. Çocukların Antropometrik Ölçümleri	58
5.4. Akdeniz Diyetine Uyum.....	60
5.5. Çocukların SYÖY'leri.....	63
5.6. Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteği Ölçeği (ADÖ).....	64
5.7. Fiziksel Aktivite Düzeyi.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Öneriler.....	74
6.2. Çalışmanın Sınırlılıkları	75
KAYNAKÇA	76
EKLER	86
Ek-1. Kurum İzni	86
Ek-2. Veri Toplama Formları	87
Ek-3. Veli Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu.....	96
Ek-4. Gönüllü Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu.....	97

ÖZGEÇMİŞ.....98



TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1. Mineraller için önerilen günlük yeterli alım miktarları (AI, PRI).....	10
Tablo 2.2. Vitaminler için önerilen günlük yeterli alım miktarları (AI, PRI).....	11
Tablo 3.1. Erkek Çocukların Yaşa Göre BKİ Persentil Değerleri (kg/m ²).....	23
Tablo 3.2. Kız Çocukların Yaşa Göre BKİ Persentil Değerleri (kg/m ²).....	23
Tablo 4.1. Bireylerin demografik özellikleri.....	27
Tablo 4.2. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özellikleri.....	28
Tablo 4.3. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumları.....	29
Tablo 4.4. Bireylerin öğün alışkanlıkları.....	30
Tablo 4.5. Bireylerin cinsiyete göre diyetle günlük tükettikleri enerji ve besin öğeleri alım miktarları ortalaması.....	31
Tablo 4.6. Ultra işlenmiş besin tüketim sıklığı.....	32
Tablo 4.7. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalaması.....	35
Tablo 4.8. Bireylerin antropometrik ölçüm değerlerinin z skor aralığına göre dağılımı....	36
Tablo 4.9. Bireylerin Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği toplam puanı ve puan sınıflaması....	37
Tablo 4.10. Bireylerin demografik özelliklerine göre KIDMED toplam puan ortalaması...38	
Tablo 4.11. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre KIDMED toplam puan ortalaması.....	39
Tablo 4.12. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre KIDMED toplam puan ortalaması.....	40
Tablo 4.13. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre KIDMED toplam puan ortalaması.....	40
Tablo 4.14. Bireylerin z skor değerlerine göre KIDMED toplam puan ortalaması.....	41
Tablo 4.15. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre diyetle günlük aldıkları enerji ve besin öğeleri miktarları.....	42
Tablo 4.16. Bireylerin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması.....	43
Tablo 4.17. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması.....	44

Tablo 4.18. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması.....	45
Tablo 4.19. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması.....	45
Tablo 4.20. Bireylerin z skor değerlerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması.....	46
Tablo 4.21. Bireylerin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması.....	47
Tablo 4.22. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması.....	48
Tablo 4.23. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması.....	49
Tablo 4.24. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması.....	49
Tablo 4.25. Bireylerin z skor değerlerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması.....	50
Tablo 4.26. Bireylerin demografik özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması.....	51
Tablo 4.27. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması.....	52
Tablo 4.28. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması.....	53
Tablo 4.29. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması.....	53
Tablo 4.30. Bireylerin z skor değerlerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması.....	54
Tablo 4.31. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre farklı ölçek puanlarının ortalaması..	54
Tablo 4.32. Bireylerin ölçek puanlarının farklı parametrelerle korelasyonu.....	55

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 4.1. Bireylerin günlük enerji tüketimlerinin makro besin öğelerinden gelen oranları.....	33
Şekil 4.2. Bireylerin enerji, protein ve posa tüketiminin TÜBER 2022'ye göre karşılanma oranları.....	33
Şekil 4.3. Bireylerin vitamin tüketiminin TÜBER 2022'ye göre karşılanma oranları.....	34
Şekil 4.4. Bireylerin mineral tüketiminin TÜBER 2022'ye göre karşılanma oranları.....	34



SİMGELER VE KISALTMALAR

% : Yüzde

AD: Akdeniz Diyeti

ADÖ: Sağlıklı Yeme Aile Desteği Ölçeği

AI: Yeterli Alım Miktarı (Adequate Intake-AI)

BEBİS: Beslenme Bilgi Sistemi

BKİ: Beden kütle indeksi

cm: Santimetre

DRI: Diyetle İlgili Referans Alım

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFSA: Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi

ESPGHAN: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği

g: Gram

ICCIDD: İyot Eksikliği Hastalıklarının Kontrolü Uluslararası Konseyi

kg/m²: Kilogram/ metre kare

kg: kilogram

KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi

kcal: Kilokalori

m: Metre

mcg: Mikrogram

mg: Miligram

n: Kiii sayısı

PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi

PEM: Protein-enerji malnütrisyonu

PRI: Önerilen Günlük Alım Miktarı (Population Reference Intakes-PRI)

SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

ss: Standart sapma

SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TOÇBİ: Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi

TÜBER: Türkiye Beslenme Rehberi

ÜOKÇ: Üst orta kol çevresi

X (Ort.): Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Beslenme, insanın yaşam süresi boyunca sağlığın korunması ve sürdürülebilir bir yaşam kalitesinin sağlanması açısından temel bir gerekliliktir. Ancak bu ihtiyaç, özellikle büyüme ve gelişmenin hızlandığı, zihinsel yetilerin geliştiği çocukluk ve adölesan dönemlerinde daha kritik hale gelmektedir. Bu yaş grubundaki çocuklarda enerji ve besin öğelerinin yeteri kadar alınmaması, büyüme ve gelişme üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Aynı zamanda, dengesiz beslenme ve hareketsiz yaşam tarzı, obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörüdür. (1). Çocukların yeme alışkanlıkları; yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, iştah, fiziksel aktivite seviyesi, ailenin beslenme bilgisi, ekonomik durum, sosyal medya etkileri ve okul çevresi gibi pek çok faktörün etkileşimiyle şekillenmektedir (2, 3). Özellikle ebeveynlerin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışlarının, çocukların yeme davranışları üzerinde belirleyici bir rol oynadığı bilinmektedir. Çocukların, ebeveynlerini rol model olarak birçok davranışı kazandıkları göz önüne alındığında, sağlıklı yeme alışkanlıklarının desteklenmesi için ailelerin de bu sürece dahil edilmesi önemlidir. Bu doğrultuda, çocukların çevresinde sağlıklı bir beslenme ortamı yaratılması gerekmektedir (4). Sağlıklı beslenmenin bir modeli olan Akdeniz Diyeti; baklagiller, tam tahıllar, yağlı tohumlar, taze meyve ve sebzeler gibi besinler açısından zengin bir içeriğe sahiptir. Bu diyet modeli, kırmızı et, işlenmiş gıdalar ve rafine şekerler gibi besinlerin tüketimini sınırlandırırken; zeytinyağı gibi sağlıklı yağları temel alır ve balık, beyaz et, yumurta ile süt ürünlerini ılımlı miktarlarda içermektedir (1). Yapılan bilimsel çalışmalar, Akdeniz diyetinin bulaşıcı olmayan hastalıklar ve mortalite ile ters bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koymuştur (5, 6). Ancak günümüzde çocuklar ve ergenler arasında yapılan araştırmalar, bu yaş grubunda Akdeniz diyetinden farklı olarak daha fazla et, şeker ve doymuş yağ içeren beslenme alışkanlıklarının yaygın olduğunu göstermektedir (7). Çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimsemelerinde öz yeterlilik düzeylerinin belirleyici bir faktör olduğu görülmektedir. Öz yeterlilik, bireyin bir davranışı gerçekleştirebilme konusunda kendine olan güvenini ifade ederken; sağlıklı yeme öz yeterliliği, bireyin sağlıklı besinleri seçme ve tercih etme becerisini açıklamaktadır (8, 9). Okul çağı, çocukların aile kontrolünden daha bağımsız hale geldiği,

besin tercihlerinde bireysel kararlar almayı öğrendiği ve dolayısıyla yeni beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı bir dönem olarak öne çıkmaktadır (10-12).

Bu bağlamda, çocukların sağlıklı beslenme davranışlarının desteklenmesi, yalnızca bireysel sağlık açısından değil, aynı zamanda sağlıklı toplumların inşası için de önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamız, çocuklarda sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesine ışık tutmayı ve gelecekte daha sağlıklı nesillerin yetişmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Çocukluk çağında yeme alışkanlıkları yaş, cinsiyet, iştah, çocuğun fiziksel etkinliği, ailenin beslenme konusundaki bilgisi ve tutumları gibi birçok etkenden etkilenmektedir. Çocukluktaki yeterli ve dengeli beslenme, çocuğun büyümesini, gelişmesini ve akademik başarısını olumlu yönde etkilerken aynı zamanda ileride oluşabilecek kronik hastalıkların önlenmesini de sağlayabilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı olan Sümer Ortaokulu, Biruni Ortaokulu, Vali Galip Demirel Ortaokulu, Topsöğüt Akpınar İlkokulu, Diniye Çalık İlkokulu ve Bostanbaşı İlkokulu'nda bulunan 4. ve 5. Sınıfa giden çocukların sağlıklı yeme öz yeterliliklerini, beslenme şekillerinin Akdeniz diyeti ile uyumunu ve beslenme durumlarını ve bu parametrelerin birbirleri ile olan ilişkilerini araştırmak ve sağlıklı beslenmeye teşvik edilmeleri için bir farkındalık yaratmak amaçlanmaktadır.

1.3 Çalışmanın Hipotezleri

- İlköğretim çağı çocuklarının ortalama Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik puanları düşüktür.
- İlköğretim çağı çocuklarının ortalama KIDMED puanları düşüktür.
- İlköğretim çağı çocuklarının ortalama fiziksel aktivite puanları düşüktür.
- İlköğretim çağı çocukları günlük enerji ve besin ögesi gereksinmelerini karşılayamamaktadır.
- İlköğretim çağı çocuklarının ortalama Sağlıklı Yeme Aile Desteği Ölçeği puanları düşüktür.
- Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik Ölçeği, KIDMED puanları arasında pozitif korelasyon vardır.

- Sağlıklı Yeme Aile Desteği leği ve KIDMED puanları arasında pozitif korelasyon vardır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.İlkokul Çağı Çocuklarında Beslenme ve Fiziksel Aktivite

Beslenme, bireyin yaşına ve cinsiyetine uygun olarak enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli şekilde alınmasını amaçlar. Çocukluk dönemi ise büyüme ve gelişmenin hızlandığı, motor ve bilişsel becerilerin şekillendiği önemli bir süreçtir (13). Okul çağı çocukları, 6-12 yaş arasını kapsayan ve çocukların toplum yaşamına bilinçli olarak katıldıkları dönem olarak tanımlanabilmektedir. Yaşamın her döneminde önemli olan beslenme, ilkokul çocuklarında daha da önem kazanmaktadır. Bu dönemdeki çocukların yeterli ve dengeli beslenmesi yaşam boyu devam edecek olan fizyolojik ve psikolojik davranışlarını etkilemekte ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek hastalıkların gelişimini önleme açısından önem teşkil etmektedir. Okul çocuklarının yeterli beslenmemesi büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilemesinin yanında aynı zamanda çocukların akademik olarak başarısız olmasına da neden olabilmektedir(1). Çocukların beslenmeleri düzenlenirken cinsiyeti, yaşı, vücut ağırlıkları ve fiziksel aktiviteleri gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Okulda geçirilen vaktin artması, çevresinde bulunan arkadaşlarından etkilenmesi ve kantinde satışı yapılan besin ve içecekler okul çağı çocuklarının besin tercihlerini etkileyebilmektedir (14). Okul çocuklarının besin alımında bazı güçlükler ortaya çıkabilir ve çocuğun beslenmesi planlanırken bunlarda dikkat edilmesi gerekir. Çocukların okula gidiş ve geliş saatlerinin iyi ayarlanması gerekir. Aksi halde özellikler sabah kahvaltısı düzenli yapılmayabilir. Öğle yemeklerinde eve gelememe durumu olan çocukların olması durumunda çocuğun okulda yeterli miktarda yemek yemesinde dikkat edilmelidir. Çocukların beslenme olanakların onların beslenmeleri kadar yeterli olmayabilir veya çocukların düzenli beslenme alışkanlıkları olmayabilir. Fiziksel olarak çok aktif veya aktif olmayan çocuklar olabilir. Tüm bu etmenler dikkate alınarak planlama yapılmalı ve çocuklara ihtiyacı olacak besinler sağlanmalıdır (15). Bu dönemde, enerji ve besin ögesi ihtiyaçlarının karşılanması, hem büyüme ve gelişme hem de bağışıklık sisteminin güçlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Sağlıklı bir beslenme düzeni ileriki yaşamda karşılaşılabilecek kronik hastalıkların riskini de azaltabilmektedir (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 5 yaş altı çocukların önemli bir kısmının yetersiz beslenme nedeniyle yaşamını yitirdiğini belirtmektedir (17). Okul, çocukların yeterli miktarda besin ve besin ögesi alımlarının sağlanmasına önemli katkıda bulunabilir. Obezojenik çevrenin azaltılmasında okullar oldukça önem kazanmaktadır. Bu yaştaki çocuklar en az 1 öğünlerini okulda

tüketmektedir. Kantinlerde satışı yapılan ürünlerin sağlıklı besinlerden oluşmasına dikkat edilmesi ya da sınıflarda sağlıklı beslenmeye yönelik eğitimlerin verilmesi çocukları sağlıklı beslenmeye teşvik edebilir (18). Okuldaki çocukların yemek seçimlerinde daha özgür olduğu ve günün önemli bir kısmını okulda geçirdikleri göz önünde bulundurulduğunda, okul yemekleri ve kantinlerden yapılan tercihler beslenme alışkanlıklarını önemli ölçüde etkiler. Bu süreçte, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanması için eğitimciler ve okul personelinin de bilinçlendirilmesi gereklidir (19). Sonuç olarak, okul çağındaki çocukların yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması, onların fiziksel ve zihinsel gelişimlerini desteklemenin yanı sıra sağlıklı bir toplumun oluşabilmesi için büyük önem taşır. Bu bağlamda, çocuklara doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve bu süreçte aile, okul ve toplumsal iş birliğinin sağlanması gereklidir.

Fiziksel aktivite, vücuttaki iskelet kaslarının kasılması ile ortaya çıkan hareketlerdir. Teknolojik gelişmelerin yaşanması ve toplumun modernleşmesi ile fiziksel aktivitelerde azalmalar yaşanmaya başlanmış ve bireyler sedanter olmaya yönelmiştir (20). Ancak, vücudun sağlıklı, zinde kalması ve büyüme-gelişme süreçlerinin desteklenmesi için fiziksel aktiviteler büyük bir öneme sahiptir. Fiziksel aktiviteler, çocukların sağlıklı bir gelişim süreci geçirmelerine katkıda bulunurken, ileriki yaşlarda sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri açısından da önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Düzenli ve planlı şekilde gerçekleştirilen fiziksel aktivitelerin, zararlı alışkanlıkları azaltabileceği, sosyalleşmeyi destekleyebileceği, kronik hastalık risklerini düşürebileceği ve yaşam kalitesini artırabileceği bilinmektedir (21). Enerji alımı ve kullanılmasındaki dengesizliklerin uzun sürmesi başta obezite olmak üzere birçok hastalığa neden olabilmektedir. Çocukların okul çağı dönemlerinde edinecekleri fiziksel aktivite alışkanlıkları yetişkinlik döneminde oluşabilecek sağlık problemleri için önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (22).

2.2.İlkokul Çağı Çocuklarının Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimleri

Çocuklardaki enerji ve besin ögesi ihtiyaçları çocukların yaşına, cinsiyetine, vücut ağırlığına ve fiziksel aktivite düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösterir. (23). Büyüyen ve gelişen çocukların sağlıklı bir şekilde gelişimlerini sürdürebilmeleri için, yeterli ve dengeli bir beslenme planı şarttır. Bu plan, temel enerji ve besin öğelerinin doğru

oranlarda alınmasını sağlamalıdır (24). Zihinsel gelişimlerinin de tam sağlanabilmesi için çocukların beslenmesine dikkat edilmeli ve yeterli enerji alımı sağlanmalıdır (25). Bu durumu desteklemek amacıyla, bireylerin bebeklikten itibaren yeterli miktarda enerji, protein, karbonhidrat, yağ ve mikro besin öğelerini alması sağlanmalıdır. (26). Öte yandan enerji alımındaki yüksek artış ve sağlıklı besinlerin tercih edilmesi, aşırı kilo, obezite, diyabet ve yüksek tansiyon gibi hastalıkların oluşmasını tetikleyebilmektedir (27). Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine), çocukluk dönemindeki enerji ve besin gereksinimlerinin iyi seviyede karşılanmasının sağlık açısından olumlu sonuçlarından dolayı “Diyetle İlgili Referans Alım” (Dietary Reference Intake; DRI) değerleri geliştirmiştir. Bu değerler çocuklardaki beslenme bozukluklarını önleyerek ve kronik hastalık riskini azaltarak iyi sağlık halinin sürdürülmesi için kullanılmaktadır (28).

2.2.1.Enerji

Enerji gereksinimi, çocukların hastalık durumlarına bakılmaksızın tüm çocukların besin ögesi ihtiyaçlarını karşılayacak ve anabolik süreçlerini destekleyecek seviyede olmalıdır. Alınan enerjinin, harcanan ve depolanan enerjiyle dengede olması, enerji dengesinin sağlandığını gösterir. Fazla enerji alımı, hiperglisemi, yağ dokusunun artışı ve yağlı karaciğer gibi sorunlara yol açabilirken; yetersiz enerji alımı malnütrisyon, bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve büyümenin yavaşlamasına neden olabilir (29). Çocukların enerji ihtiyacının hesaplanması; büyüme faktörü, bazal metabolizma hızı ve fiziksel aktiviteler için harcanan enerjinin toplanması şeklindedir (15). Türkiye’de 50.persenteldeki önerilen alımlara bakıldığında; 9-12 yaş aralığındaki orta hafif enerji harcamasına sahip erkek çocuklarının 1844-2092 kkal/gün ve 9-12 yaş aralığındaki orta hafif enerji harcamasına sahip kız çocuklarının ise 1732-1970 kkal/gün enerji gereksinimi bulunmaktadır (1).

2.2.2.Protein

Proteinler, vücuttaki tüm hücrelerin yapısında ve işlevlerinde önem teşkil etmektedir. Proteinler, enzimlerin, taşıyıcı moleküllerin ve hormonların yapısında yer alır ve aynı zamanda nükleik asitlerin, vitaminlerin, hormonların ve diğer hayati moleküllerin üretimi için gereklidir. Diyetle alınan protein miktarı, vücutta protein dengesinin korunmasını sağlamalıdır. Çocuklarda büyüme sürecini desteklemek için, yeni doku

oluşumuna imkân tanıyacak şekilde artan protein ihtiyacının karşılanması gereklidir. Protein gereksinimi yalnızca miktar açısından değil, aynı zamanda protein kalitesine göre de değerlendirilmelidir. Protein kaynaklarının (hayvansal ve bitkisel) elzem aminoasit içerikleri farklılık gösterir. Hayvansal proteinler, elzem amino asit bileşimleri bakımından vücut ihtiyaçlarını daha iyi karşılarken, bitkisel proteinler genellikle bu asitlerden bir ya da birkaçını sınırlı miktarda içerir. Sindirim sisteminde kayıplar açısından bakıldığında, elzem amino asit oranı yüksek proteinler daha verimli sindirilirken, oranı düşük proteinlerde daha fazla kayıp gözlemlenir. Yumurta proteini %97 oranında sindirilebilirlik gösterirken, bu oran inek sütünde %95, pişmiş dana etinde %94, tahıllarda %79-90 arasında değişmektedir. Örneğin, mısır proteini %85, pirinç %88, buğday unu ise %86 oranında sindirilebilir. Kurubaklagillerde bu oran %69-90 arasında olup, barbunya için %78 olarak rapor edilmiştir. Proteinler vücutta kullanım durumlarına göre üç gruba ayrılmaktadır: örnek proteinler (anne sütü ve yumurta), iyi kalite proteinler (et, süt gibi hayvansal ürünler) ve düşük kalite proteinler (tahıllar, sebzeler, meyveler ve kurubaklagiller). DSÖ'nün 2007'de yayınlanan raporuna göre, büyümeyi yakalayan çocuklarda protein enerji oranı %4.6 ile %11.5 arasındadır. Ancak, beslenme desteği alan çocuklarda bu oranın en az %12 olması gerektiği belirtilmektedir (29).

2.2.3.Karbonhidrat

Karbonhidratlar, toplam enerji alımına en büyük katkıyı sağlayan makro besin ögesi olup, vücudun temel enerji kaynağıdır. Özellikle büyüme ve gelişme döneminde olan çocukların ihtiyaç duydukları enerjinin büyük bir kısmını karşılayarak hücreler ve beyin için glikoz sağlar (30). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)'inde karbonhidratlar için önerilen değer; günlük enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan gelmesini şeklindedir (1). Benzer şekilde, ABD Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından belirlenen makro besin ögesi dağılım aralığına göre, karbonhidratların diyetle %45-65 oranında bulunması önerilir (31). Karbonhidratlar, basit ve kompleks olmak üzere iki gruba ayrılır. Nişasta ve diyet posası, kompleks karbonhidratlar arasında yer alır. Diyetdeki karbonhidratların büyük kısmının kompleks karbonhidratlardan sağlanması önerilmektedir. DSÖ, günlük enerji alımında basit şekerlerden gelen miktarın %10'u aşmaması gerektiğini ve bu oranın %5'in altına indirilmesinin sağlık için daha yararlı olacağını belirtmektedir. (32). Diyet posası, bitkisel besinlerde bulunan ve sindirilemeyen karbonhidratlar ile ligninden oluşan,

kalın bağırsağa ulaşabilen bileşiklerdir (30). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA), Avrupa'da çocukların günlük lif alımı 10-20 g arasında olduğunu belirtmektedir. EFSA, 1-3 yaşındaki çocuklar için günlük 10 g, 4-6 yaşındaki çocuklar için 14 g ve 7-10 yaşındaki çocuklar için 16 g diyet lifi alımını önermektedir (33). Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN), okul çağındaki çocukların dengeli bir beslenme programıyla diyet lifinin günde en az 10 g olacak şekilde alınmasını ve bu miktarın ergenlik döneminde yetişkin düzeyine ulaşacak şekilde artırılmasını tavsiye etmektedir (34). TÜBER'de ise 7-10 yaş arası çocuklar için günlük 16 g, 11-14 yaş arasındaki çocuklar için 19 g ve 15-17 yaş arasındaki çocuklar için ise 21 g posa alımı önerilmektedir (1).

Okul çağındaki çocukların beslenmesinde tam buğday ekmeği, tam tahıllar, sebze, meyve ve kurubaklagiller gibi sağlıklı karbonhidrat kaynaklarının yer alması oldukça önemlidir. Bu besinler, çocukların büyüme ve gelişimlerinde gerek duyulan vitaminler, mineraller ve posa gibi faydalı bileşenleri de içerir. Rafine karbonhidratlar ise tahılların dış kabuklarının uzaklaştırılmasıyla üretildiğinden, posa, vitamin ve mineral açısından daha fakirdir (35). Serbest şeker tüketiminin (şeker eklenmiş tüm yiyecek ve içecekler) günlük enerji alımının %25'ini aşmaması gerektiği önerilmektedir (29).

2.2.4.Yağ

Yağlar, vücuda en fazla enerji sağlayan besin öğeleridir. Aynı miktardaki karbonhidrat ve proteine göre yaklaşık olarak iki kat daha fazla enerji sağlarlar. Hayati öneme sahip linolenik asit, alfa-linolenik asit ve araşidonik asit gibi yağ asitleri ile D, A, K ve E vitaminleri, vücuda yağlar aracılığıyla alınır. Ayrıca, antioksidan özellik gösteren karotenoidler, tokoferoller ve tokotrienoller gibi bileşenlerin emilimi için de yağ gereklidir. Çocukların diyetinde belirli bir miktarda yağ bulunması, enerji sağlamanın yanı sıra bazı temel vücut fonksiyonlarının yerine getirilmesi için önemlidir. Ancak, tüketilen yağın miktarı ve türü dikkatle kontrol edilmelidir. Çocukluk döneminde aşırı doymuş yağ tüketiminin ilerleyen yaşlarda kardiyovasküler hastalık riskini artırabileceği bilinmektedir. Bu nedenle, doymuş yağ tüketimi minimum seviyede tutulmalı, kalp ve damar sağlığı üzerinde olumlu etkileri olan doymamış yağların tüketimi artırılmalıdır (36) Çocuklarda günlük enerji ihtiyacının %20-35'inin yağlardan karşılanması önerilmektedir. Doymuş yağlardan gelen enerji toplam enerjinin %7-8'i, tekli doymamış

yağlardan gelen enerji toplam enerjinin %12-15'i ve çocuklu doymamış yağlardan gelen enerji ise toplam enerjinin %7-10'u olmalıdır (37).

2.2.5.Mikro Besin Ögeleri

Yetişkinlerde olduğu gibi tüm yaş guruplarındaki çocuklarda mikro besin ögeleri elzemdir. Mikro besin ögeleri yani vitamin ve mineraller vücut işlevlerinin normal olarak sürdürülmesinde, protein, karbonhidrat ve yağlardan enerji sağlanmasından rol almaktadırlar (29).

Tablo 2.1 ve Tablo 2.2'de 5-18 yaş aralığındaki çocuklar için vitamin ve minerallerin önerilen günlük alım miktarları gösterilmektedir (1).

Tablo 2.1. Mineraller için önerilen günlük yeterli alım miktarları (AI, PRI)

Yaş (Yıl)	Kalsiyum (mg)	Fosfor (mg)	Magnezyum (mg)	Demir (mg)	Çinko (mg)	Bakır (mg)	Manganez (mg)	Flor (mg)	Selenyum (µg)	İyot (mcg)	Potasyum (mg)	Sodyum (g)	Molibden (mcg)
5-6	800	440	230	7	5.5	1	1	1(E) 0.9(K)	20	90	1100	1.3	20
7-9	800	440	230	11	7.4	1	1.5	1.5(E) 1.4(K)	35	90	1800	1.7	30
10	800	440	300(E) 250(K)	11	7.4	1.3(E) 1.1(K)	1.5	1.5(E) 1.4(K)	35	90	1800	1.7	30
11	1150	640	300(E) 250(K)	11	10.7	1.3(E) 1.1(K)	2	2.2(E) 2.3(K)	55	120	2700	2	45
12-14	1150	640	300(E) 250(K)	11(E) 13(K)	10.7	1.3(E) 1.1(K)	2	2.2(E) 2.3(K)	55	120	2700	2	45
15-17	1150	640	300(E) 250(K)	11(E) 13(K)	14.2(E) 11.9(K)	1.3(E) 1.1(K)	3	3.2(E) 2.8(K)	70	130	3500	2	65
18	1000	550	350(E) 300(K)	11(E) 11-16 ² (K)	9.4-16.3 ⁵ (E) 7.5-12.7 ⁵ (K)	1.6(E) 1.3(K)	3	3.2(E) 2.9(K)	70	150	3500	2	65

(E:Erkek, K:Kız)

Tablo 2.2. Vitaminler için önerilen günlük yeterli alım miktarları (AI, PRI)

Yaş (Yıl)	A Vitamini (mcg)	D Vitamini (mcg)	E Vitamini (mg)	K Vitamini (mcg)	C Vitamini (mg)	Tiamin (mg/1000 kkal)	Riboflavin (mg)	Niasin (mg/1000 kkal)	B6 Vitamini (mg)	Folat (µg)	B12 Vitamini (µg)	Biotin (mc)	Pantotenik asit (mg)
5-6	300	15	9	20	30	0.4	0.7	6.6	0.7	140	1.5	25	4
7-9	400	15	9	30	45	0.4	1	6.6	1	200	2.5	25	4
10	400	15	13(E) 11(K)	30	45	0.4	1	6.6	1	200	2.5	25	4
11-14	600	15	13(E) 11(K)	45	70	0.4	1.4	6.6	1.4	270	3.5	35	5
15-17	750(E) 650(K)	15	13(E) 11(K)	65	100(E) 90(K)	0.4	1.6	6.6	1.7(E) 1.6(K)	330	4	35	5
18	750(E) 650(K)	15	13(E) 11(K)	70	110(E) 95(K)	0.4	1.6	6.6	1.7(E) 1.6(K)	330	4	40	5

(E:Erkek, K:Kız)

2.3.İlkokul Çağı Çocuklarında Beslenmeyi Etkileyen Faktörler

Besin tercihleri bireylerin yaşamları boyunca biyolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisi ile değişmektedir. Bu besin tercihleri, yiyecek seçimlerini ve dolaylı olarak bireylerin diyet kalitelerinin belirlenmesinde etkilidir (18). Çocuklarımızın buldukları bölgedeki olanakların yetersiz olması veya bu bölgelerde sağlıklı seçeneklerin bulunmaması, çocuğun çevresindeki atıştırmalık besinlerin artması, ailenin gelir düzeyinin çocuğun

beslenmesi için yeterli olmaması, sağlıklı besinlerin sağlıklı besinlere nazaran daha pahalı olması, süt yerine gazlı içeceklerin tüketilmesi, ebeveynlerin sağlıklı olan besinleri ödül olarak kullanması, medyadaki reklamların çocukları sağlıklı besinlere yönlendirmesi, televizyondaki çocukları hedef alan reklamların sebze-meyve tüketimine yönlendirmemesi, ailelerdeki sağlıklı- sağlıklı besinlere karşı bilgi eksiklikleri ve okullarda öğle yemeği seçeneklerinin yeterli miktarda olmaması gibi birçok etken çocukların beslenmesini etkilemektedir (38).

Ebeveynlerin çocukların beslenme davranışlarında doğrudan veya dolaylı olarak etkileri vardır. Özellikle, ebeveynlerin sağlıklı yiyecekleri tercih etmesi, bunları teşvik etmesi ve çocuklara olumlu bir rol model olmaları çocukların beslenme durumlarını olumlu yönde etkilemektedir. Aynı zamanda aile yemeklerinin, çocukların beslenme kalitesini artırdığı da belirtilmiştir (18).

2.4.İlkokul Çağı Çocuklarında Sık Görülen Beslenme Problemleri

2.4.1.Malnütrisyon

Malnütrisyon, genel olarak protein, enerji ve diğer besin öğelerinin eksikliği veya fazlalığı durumunu ifade etse de klinik uygulamalarda genellikle yetersiz beslenme ve protein-enerji malnütrisyonu (PEM) terimleri kullanılmaktadır (39). DSÖ malnütrisyonu, enerji ve/veya besinlerin alımındaki dengesizlikler sonucunda ortaya çıkan yetersiz beslenme (zayıflık, bodurluk, düşük kilo), vitamin/mineral eksiklikleri, aşırı kilo, obezite ve bunlara bağlı beslenme kaynaklı hastalıkları kapsamaktadır (17). Malnütrisyon özellikle büyüme ve gelişme çağındaki çocuklar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Malnütrisyonun tespiti için büyüme ve gelişme ölçümleri, fiziksel muayene, biyokimyasal analizler, beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve sosyoekonomik koşulların incelenmesi gibi kriterler kullanılmaktadır. Özellikle çocuğun yaşına göre boy uzunluğunun izlenmesi, kronik malnütrisyonu belirlemede etkili bir yöntemdir. Malnütrisyonun ciddi protein-enerji eksikliğiyle ortaya çıkan iki temel türü bulunmaktadır: marasmus ve kuşaşiorakor. Bu durum, uzun süre protein içermeyen, sadece karbonhidrat ağırlıklı besinlerle tek yönlü bir beslenmenin sonucunda ortaya çıkan bir sağlık sorunudur. Bu tür malnütrisyon vakalarında, çocuklara özel beslenme tedavileri gereklidir. Ayrıca, PEM ile birlikte vitamin ve mineral eksiklikleri de sıklıkla

görülmektedir. Bu nedenle, malnütrisyon riski taşıyan ya da bu durumu geliştiren çocuklarda eksik olan besin öğelerinin belirlenmesi kritik öneme sahiptir (40).

Malnütrisyonun yaygınlığını azaltmak ve önlemek için toplumsal düzeyde çeşitli çalışmaların yapılması gereklidir. Bu bağlamda, doğumdan itibaren büyüme ve gelişmenin düzenli takibi ve desteklenmesi, annelere yönelik bilinçlendirme eğitimlerinin sağlanması, anne sütü kullanımının teşvik edilmesi, tamamlayıcı besinlere geçişin doğru bir şekilde öğretilmesi ve hijyen kurallarının aktarılması önem taşımaktadır. Ayrıca, bireylere sağlıklı ve güvenilir gıdaların sunulması, devlet tarafından geliştirilecek politikalarla toplumun ihtiyaçlarına uygun olarak besinlerin zenginleştirilmesi ve gerekli durumlarda uzmanlar tarafından uygulanacak vitamin ve mineral desteklerinin sağlanması gerekmektedir (40).

2022 yılında dünyada 2.5 milyar yetişkin fazla kilolu, 890 milyon obez ve 390 milyon kişinin ise düşük kilolu olduğu saptanmıştır. 2022 yılında 5 yaş altı 149 milyon çocuğun bodur, 45 milyonu zayıf, 37 milyonu ise fazla kiloya sahip olduğu veya obez olduğu saptanmıştır. Düşük ve orta gelirli ülkeler başta olmak üzere 5 yaş altındaki çocuk ölümlerinin yarısından fazlası yetersiz beslenme ile ilişkilendirilmiştir (17).

2.4.2.Obezite(Şişmanlık)

DSÖ obeziteyi, fazla kiloluluk ve aşırı yağ birikimi ile karakterize ve sağlığı olumsuz etkileyebilecek kronik ve karmaşık bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Tanısı beden kütle indeksi hesaplaması ile yapılır. Çocuklarda ve ergenlerdeki obezite tanımları, yaşa ve cinsiyete göre değişiklik gösterir. Çocukluk çağındaki oluşan fazla kiloluluk ve obezite, hem fiziksel sağlığın hem de psikososyal sağlığın olumsuz etkilenmesine yol açar. Ayrıca obezite ülkelere ekonomik açıdan da yük oluşturmaktadır. 2030 yılına kadar fazla kiloluluk ve obezite ile ilgili küresel maliyetlerin yılda 3 trilyon ABD dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir (41). Obezitenin genel nüfus içinde giderek artan prevalansı, insan sağlığı üzerinde önemli bir yük haline gelmiştir (42). Küresel tahminler, 1975 yılında %1'in altında olan çocuk ve ergenlerdeki obezite oranının, 2016 yılında %7'nin üzerine çıktığını göstermektedir (43). Obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarına solunum, metabolik-endokrin, kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi, gastrointestinal, deri genito-üriner, kanser, nörolojik ve psiko-sosyal sorunlar örnek gösterilebilir (1).

DSÖ'ye göre, 2022 yılında 5 yaş altındaki çocukların 37 milyonunun fazla kilolu veya obez olduğu bildirilmiştir. 2022'de 5-19 yaş arası 390 milyon çocuk ve ergen fazla kiloluydu. Bu yaş grubundaki çocuklarda fazla kilolu olma durumu 1990'da %8 oranında iken, 2022'de bu oran %20'ye yükselmiştir (kızlarda %19, erkeklerde %21). Obezite oranı ise 1990'da %2 iken (31 milyon), 2022'de %8'e (160 milyon) ulaşmıştır (41). Çocuklarda obezitenin salgın boyutlarına ulaşması, büyük ölçüde hareketsiz yaşam tarzı ve yüksek kalorili fast food tüketiminin bir sonucu olarak görülmektedir. Bu durum, mevcut obesojenik çevrenin, obezite ve beraberindeki hastalıkların yayılmasındaki kritik rolünü açıkça göstermektedir (44).

Okul çağındaki çocuklarda obezite gelişimini önlemek için enerji yoğunluğuna odaklanmaktan ziyade, besin tüketimi ve porsiyon miktarlarının kontrol altına alınması önemlidir. Her gün sebze, meyve ve lifli gıdaların tüketimini teşvik etmek, şeker ve yağ oranı yüksek yiyecekler ile gazlı içeceklerin yanı sıra kraker, bisküvi, cips gibi atıştırmalıkların tüketimini sınırlamak gereklidir. Ayrıca, enerji harcamasını artırmak amacıyla fiziksel aktivite odaklı etkinlikler düzenlenmeli ve çocukların bu etkinliklere aktif olarak katılımı sağlanmalıdır. Televizyon ve bilgisayar başında geçirilen sürelerin azaltılması da bu süreçte etkili bir diğer önlem olarak öne çıkar (36).

2.4.3.Besin Alerjileri

Besin alerjisi, belirli bir gıdaya karşı tekrarlayan bağışıklık tepkisi olarak tanımlanır (45). Besin alerjilerinin sıklığı, beslenme alışkanlıkları, yaş ve coğrafi farklılıklara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (46). Sanayileşmiş ülkelerde bu durum her geçen gün artmakta olan bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir ve nüfusun %2 ile %10'unu etkilerken, çocuklarda daha yaygın görülmektedir (47, 48) Erkek çocuklar, besin alerjisi açısından daha yüksek risk altındadır ve çocukların %30'unda birden fazla gıdaya karşı alerji bulunabilir (49). D vitamini eksikliği, obezite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler besin alerjisi riskini artırabilir. Omega-3 yağ asitlerinin ve antioksidanların düşük seviyede alınması da risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ayrıca hijyen, atopik hastalıklar ve cilt bariyerinde meydana gelen bozulmalar besin alerjisi gelişiminde etkili olabilir (50).

Besin alerjileri genellikle yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkar; bir yaşında en yüksek prevalansa ulaşır ve çocuk büyüdükçe azalma eğilimi gösterir. Çocuklarda yaygın

olarak görülen besin alerjileri arasında inek sütü, yumurta ve yer fıstığı alerjisi bulunmaktadır (51). Besin alerjilerinin önlenmesine yönelik çeşitli stratejiler arasında gebelik ve emzirme döneminde anne diyetinin önemi, anne sütü alımı, hidrolize mama kullanımı, tamamlayıcı besinlere erken başlama ve mikrobiyota bileşiminin desteklenmesi yer almaktadır (52). Bebeklerin ilk altı ayında altın standart olarak kabul edilmekte olan anne sütü, besin alerjisi önlenmesinde kesin bir kanıt olmasa da birçok faydası nedeniyle desteklenmektedir. Anne sütüyle beslenemeyen bebekler için hidrolize mamalar önerilebilirken, soya bazlı mamalar içeriğindeki alüminyum, fitoöstrojen ve fitat düzeylerinin yüksekliği nedeniyle ilk altı ay tavsiye edilmemektedir (53). Alerjik gıdalara erken başlamanın alerji riskini azaltabileceği belirtilmiş olup, Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği rehberine göre alerjik besinlerin 4. aydan itibaren tamamlayıcı gıdalara eklenebileceği ifade edilmektedir (54). Ayrıca, mikrobiyota bileşimi de besin alerjileri üzerinde önemli bir rol oynamakta olup, doğum şekli, anne sütüyle beslenme ve antibiyotiklerin kullanımı gibi faktörlerin mikrobiyotanın gelişimini etkilediği bilinmektedir. Özellikle bütirat ve propiyanat gibi kısa zincirli yağ asitlerinin besin alerjisi riskini azalttığı ve çocuklarda alerjik duyarlılığı düşürdüğü yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (55).

2.4.4. Demir Eksikliği Anemisi

Demir eksikliği, insan vücudundaki tüm hücreleri etkileyen üç aşamalı bir süreçtir. İlk aşama, demir depolarının tükenmesiyle başlar; ardından demir eksikliğine bağlı eritropoez (kırmızı kan hücrelerinin yetersiz üretimi) gerçekleşir ve nihayetinde, düşük hemoglobin seviyeleriyle karakterize edilen demir eksikliği anemisi ortaya çıkar. Bu durum, diyetle alınan biyo-yararlanabilir demir miktarının, vücudun bu minerale olan ihtiyacını karşılamada yetersiz kalması sonucu meydana gelir. Demir eksikliği anemisi, bağışıklık sistemini zayıflatan ve çocukların büyüme ve gelişimlerini olumsuz etkileyen bir beslenme bozukluğudur. Çocuklar, hızlı büyüme nedeniyle artan demir ihtiyacı nedeniyle demir eksikliğine karşı özellikle savunmasızdır. Ayrıca, çocukluk dönemindeki bazı olumsuz beslenme alışkanlıkları bu savunmasızlığı artırabilir. Örneğin, yeterli miktarda demir kaynağı içeren besinlerin (et, karaciğer, tavuk, balık, koyu yeşil yapraklı sebzeler) tüketilmemesi ve ilk altı ayda inek veya keçi sütü kullanımı, düşük demir içeriği nedeniyle bağırsak kanamalarına yol açabilir ve dışkıda kan kaybına neden olabilir.

Dünya genelinde yaklaşık 1,62 milyar insan anemiden etkilenmektedir ve bu vakaların %2,5 katı oranında demir eksikliğine bağlı olduğu belirtilmektedir. Gıda ve beslenme güvenliği, yeterli ve sağlıklı gıdaya erişimi sağlamayı ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Düşük kişi başına hane geliri, annenin düşük eğitim düzeyi, daha fazla çocuk sayısı, bir odada yaşayan yüksek insan yoğunluğu ve temel kamu hizmetlerine sınırlı erişim (örneğin, hijyen ve elektrik), gıda tüketiminin niceliksel ve niteliksel olarak yetersiz olması gibi faktörler, gıda ve beslenme güvensizliği durumlarını işaret etmektedir. Bu tür durumlar, demir eksikliği anemisi gibi eksiklik hastalıklarının gelişme riskini artırmaktadır (56).

Demir içeriği bakımından zengin olan besinler arasında kırmızı et, balık, tavuk, yumurta sarısı, baklagiller, tahıllı ekmekler ve kuru meyveler yer alır. Dengeli ve yeterli bir beslenme düzenini yaşam tarzı haline getiren ailelerde ve çocuklarda bu tür hastalıkların görülme olasılığının azalması mümkündür (57).

2.4.5. İyot Yetersizliği

DSÖ göre, dünya nüfusunun yaklaşık 1.88 milyarının iyot eksikliği riski altında olduğunu bildirmiştir. Bu durum, entelektüel yetersizliğin en yaygın ve önlenebilir nedeni olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, dünya genelinde yaklaşık 50 milyon kişi düşük iyot seviyesine bağlı klinik sorunlar yaşamaktadır. Şiddetli iyot eksikliği olan annelerden doğan çocukların ciddi nörolojik bozukluklar, örneğin zihinsel gerilik, yaşadığı iyi bilinmektedir. Vücutta iyot eksikliği guatr gelişimine yol açar. Endemik guatr, tiroid bezinin giderek büyümesi ve farklı işlevsel aktiviteler göstermesiyle karakterize bir hastalıktır. Bu hastalık, toprağın, suyun ve gıdaların yeterince iyot içermediği bölgelerde görülmektedir. Deniz suyundaki iyot miktarı yaklaşık 50 mcg/L'dir ve bu iyot buharlaşarak atmosfere karışır. Ancak yağmur yoluyla toprağa geri dönüşü yavaş ve genellikle eksiktir. 20.yüzyılın sonunda, Dünya Sağlık Örgütü ve İyot Eksikliği Hastalıklarının Kontrolü Uluslararası Konseyi (ICCIDD) gibi kuruluşların çabalarıyla, iyot eksikliği sorunu küresel bir sağlık sorunu olarak tanınmıştır. 1994 yılında, ICCIDD tarafından iyot eksikliğini önlemeye yönelik göstergeler ve bu eksikliğin şiddetini belirlemeye yönelik kriterler geliştirilmiştir. İyot eksikliğini topluca önlemenin en etkili yöntemi, iyotlu sofraya tuzunun kullanımınıdır. Bu yöntem, iyot eksikliği bulunan bölgelerdeki tüm nüfusa ulaşabilmektedir (58).

Türkiye'de iyot eksikliği, tüm bölgelerde endemik bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum genellikle diyetle yetersiz iyot alımından kaynaklanır. İyot eksikliği, çocuklarda guatr, genç yaşlarda hipotiroit ve fiziksel gelişimde yavaşlama gibi sağlık sorunlarına yol açabilir. Ayrıca, kretinizm gibi ciddi durumlar da görülebilir. Araştırmalar, iyot eksikliğinin düşük IQ seviyeleriyle bağlantılı olduğunu ve bireylerin IQ puanlarında ortalama 13.5 puanlık bir düşüşe neden olabileceğini göstermektedir. Bu sorunun önlenmesi için, ailelerin tuz tüketimini azaltmaları önerilmekle birlikte, tükettikleri tuzun mutlaka iyotlu olması konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Bunun yanı sıra, iyotun kolayca kayba uğraması nedeniyle, iyotlu tuzun güneş ışığına maruz kalmayan, hava almayan kapalı kaplarda muhafaza edilmesi ve tuzun yemek pişerken değil de yemek piştikten sonra yemeğe eklenmesi gerektiği konusunda bilgilendirme yapılması önemlidir (1).

2.4.6. Ağız ve Diş Sağlığı Problemleri

Diş çürükleri, çocuklar arasında en çok görülen ağız ve diş sağlığı sorunlarından biridir. Ağız enfeksiyonu hastalıkları kapsamında değerlendirilen diş çürükleri, bahar nezlesine göre 7 kat, astıma göre ise 5 kat daha yaygın görülmektedir. Diş çürüğü oluşumunda Streptococcus mutans bakterisi, diyetle alınan şekerler ve diş yüzeyinin hassasiyeti gibi faktörler önemli rol oynar. Diş çürüğü oluşumu, özellikle şeker içeriği yüksek gıdaların tüketim miktarı ve sıklığı ile yeterli ağız bakımı alışkanlıklarına bağlıdır. Sofra şekeri, tatlılar, bal, kek, çikolata, bisküvi, gofret, meyveli ve şeker içeren içeceklerin tüketimi olabildiğince azaltılmalıdır. Bu tür besinler, ara öğünlerde değil, ana öğünlerle birlikte tüketilmelidir. Şekerli yiyecekler, ağızda asit üreten bakterilerin çoğalma potansiyelini artırarak diş çürüğüne yol açabilir. Ayrıca, bu tür gıdaların sık tüketimi, dişlerin remineralizasyon sürecine izin vermediği için çürük riskini yükseltir. Çocukların elma, havuç gibi sert ve doğal gıdaları ısırarak tüketmeleri teşvik edilmelidir. Bunun yanında, diş çürüğünü önlemek amacıyla, çocuklara dişlerini düzenli olarak fırçalama alışkanlığı kazandırılmalıdır. Bu basit ama etkili önlemler, diş çürüğü riskini büyük ölçüde azaltmaya yardımcı olacaktır (1).

2.5.Öz-Yeterlilik

Bireyin belirli bir ortamda bir davranışı gerçekleştirebilme konusundaki kendine olan güvenini ifade eder. Öz-yeterlik, bireylerin duygularını, seçimlerini ve davranışlarını anlamada önemli bir sağlık göstergesidir. Bu kavram, dört temel etkilene kaynağına dayanır: (1) başarı deneyimleri (bir davranışın başarıyla gerçekleştirilmesi), (2) davranış modelleme (başkalarının deneyimlerinden öğrenme), (3) sözel ve sosyal teşvik (başkalarının doğrudan cesaretlendirmesi) ve (4) duygusal ve fizyolojik durumlar (davranışı etkileyen duygusal ve bedensel durumlar). Bu etkiler aracılığıyla bireyler, sağlıklı ve sağlıksız beslenme davranışlarını gerçekleştirme konusundaki kapasitelerini değerlendirebilir. Sağlıklı beslenme davranışları, düzenli olarak meyve, sebze ve su tüketimini içerirken, sağlıksız beslenme davranışları enerji yoğun ancak besin değeri düşük yiyecekler ve şekerli içeceklerin tüketimi ile tanımlanır. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, çocukluk çağı obezitesi ve diğer kronik hastalıklarla ilişkilidir. Orta ve yüksek gelirli ülkelerde, çocuklar evde ve okulda düşük besin değerine sahip enerji yoğun gıdalara maruz kalmakta, bu da sağlıklı beslenme öz-yeterliliklerini olumsuz etkileyerek kilo problemlerine yol açmaktadır (59).

Çocukluk döneminde sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, yaşam boyu iyi bir sağlık düzeyinin korunmasında önemlidir. Bu yüzden, çocuklarda sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek ve iyileştirmek, gelecekteki nesillerde kronik hastalıkların azaltılmasında etkili bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Son dönemde yapılan çalışmalar, çocukların sağlıklı beslenme davranışlarını benimsemesi ve sürdürmesi üzerinde motivasyonel faktörlerin, özellikle öz-yeterliliğin, önemli bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Öz-yeterlilik, bireylerinin belirli bir davranışları başarıyla gerçekleştirebileceklerine olan inancını ifade ederken, sağlıklı beslenme gibi hedeflere ulaşmada da kritik bir bileşendir. Yüksek öz-yeterlilik inancına sahip çocukların, cazip yiyeceklerle karşılaştıklarında veya olumsuz duygular yaşadıklarında sağlıklı beslenme davranışlarını düzenleme ve bu davranışları sürdürmede daha başarılı oldukları gösterilmiştir (60).

2.6.Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyeti, sebze, meyve, tam tahıllar, baklagiller ve kuruyemişlerin ağırlıklı olarak tüketilmesini; balık ve süt ürünlerinin (özellikle yoğurt ve peynir) dengeli

miktarlarda tüketilmesini; kırmızı etin sınırlı tutulmasını ve yağ kaynağı olarak sızma zeytinyağının tercih edilmesini içeren bir beslenme yaklaşımıdır. Bunun yanı sıra, işlenmiş gıdalar, şekerli içecekler, tatlılar, alkol ve tütün kullanımının minimum düzeyde tutulması önerilmektedir. Akdeniz diyetinin temel özellikleri arasında taze ve yerel gıdaların tüketimi, yemek pişirme aktiviteleri ve gıda çeşitliliği bulunmaktadır (61). Ayrıca Akdeniz diyeti, antiinflamatuvar ve antioksidan gıdaların tüketilmesi konusunda da önemlidir (62). Çocukların genel sağlığının korunması ve refahının sağlanmasında beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları kritik bir rol oynamaktadır. Düşük beslenme kalitesinin, obezite ve kardiyovasküler risk faktörleriyle yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir. Akdeniz Diyeti (AD), bu kapsamda, Akdeniz bölgesindeki ülkelerde yüksek kaliteli bir beslenme modelini temsil ederek yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkilendirilen kısmı üzerinde olumlu etkiye sahiptir (63). Akdeniz Diyeti Piramidi, bu diyeti bir kültürel miras olarak korurken, sağlık ve çevresel sürdürülebilirlik gibi unsurları da göz önünde bulundurularak güncellenmiştir. Piramit, tahıllar, sebzeler, meyveler ve az miktarda baklagillerin bir kombinasyonu olarak günlük ana öğünleri tanımlamaktadır. Tüketimi sınırlı tutulması gereken gıdalar ise piramidin tepesinde yer almakta ve şeker, işlenmiş et ile hamur işlerini kapsamaktadır. Sebzeler, özellikle çiğ olarak tüketilmesi önerilen önemli bir gıda grubudur. Günlük meyve tüketiminin ise yemek başına bir ila iki porsiyon olması tavsiye edilmektedir. Süt ve süt ürünleri, makul miktarlarda (günlük iki porsiyona kadar) tüketilmelidir. Kırmızı et ve işlenmiş et tüketimi sırasıyla haftada iki ve bir porsiyonla sınırlı tutulmalıdır. Genel olarak, taze, mevsimsel ve en düşük düzeyde işlenmiş besinlerin tüketimi desteklenmeli; bu tercihlerin biyoçeşitlilik ve çevre dostu yaklaşımlarla uyumlu olması sağlanmalıdır (64).

Kentleşme, kadınların iş gücüne katılımı ve ekonomik küreseleşme gibi etkenler, özellikle çocuk ve ergenler arasında bu beslenme alışkanlıklarında önemli değişimlere yol açmıştır. Şeker ve işlenmiş gıda tüketimindeki artış, geleneksel Akdeniz gıdalarının yerini almış ve gençlerin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmıştır. Çocukluk çağındaki obezite oranlarının artışı, bu alışkanlıkların düzeltilmesine yönelik çalışmalarını öncelikli hale getirmiştir (61). KIDMED testi, çocuklar ve gençlerde yeme alışkanlıklarının kalitesini değerlendirmede etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır ve Akdeniz diyetine uyumun yaşam tarzı üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir (65).

2.7.Aile Desteği

Beslenme, bireyin sağlığını koruyan temel bir unsur olup, çocukluk döneminde kazanılan alışkanlıklar yaşam boyu sürebilmektedir. Çocukların büyüme ve gelişme süreçlerinde yeterli ve dengeli beslenmeleri, fiziksel ve zihinsel sağlıklarının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Ancak, çocukların beslenme davranışları yalnızca bireysel tercihlerine bağlı olmayıp, ailelerinin tutumları, ekonomik durumları, eğitim seviyeleri ve sosyal çevreleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (66).

Ebeveynler, çocuklarının beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Albert Bandura'nın sosyal öğrenme kuramına göre, çocuklar ebeveynlerini gözlemleyerek ve taklit ederek birçok davranışı öğrenirler. Bu bağlamda, ebeveynlerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimsemesi, çocukların da aynı davranışı kazanmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle aile yemekleri, çocukların beslenme farkındalığını artırmak ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını desteklemek için kritik bir rol oynamaktadır (67).Ailelerin yemek pişirme ve besin seçme yöntemleri de çocukların beslenme davranışlarında etkili olmaktadır. Sağlıklı pişirme yöntemleri kullanmak, besin çeşitliliğini artırmak ve yemek hazırlama sürecine çocukları dahil etmek, sağlıklı beslenmeye olan ilgiyi yüksek tutabilir. Ailelerin çocuklarına besin konusunda baskı kurmadan rehberlik etmesi, dengeli tüketimi özendirilmesi ve yasaklar yerine bilinçli tercihler yapmalarını sağlaması, çocukların beslenme bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmaktadır (67). Sonuç olarak, ebeveynlerin beslenme konusunda sergilediği tutum ve davranışlar, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmasında belirleyici bir faktördür.

3.YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklemi

Araştırma Mart 2024 ve Haziran 2024 tarihleri arasında Malatya'nın Yeşilyurt ilçesine bağlı olan Sümer Ortaokulu, Biruni Ortaokulu, Vali Galip Demirel Ortaokulu, Topsöğüt Akpınar İlkokulu, Diniye Çalık İlkokulu ve Bostanbaşı İlkokulu'nda bulunan 4. ve 5. Sınıf öğrencileri ile yürütülmüş tanımlayıcı bir araştırmadır. Seçilen okullarda sabahçı/öğlenci ayrımı yapılmamıştır. Çalışmaya, ebeveynlerinin de izinleri alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden 9-12 yaş aralığındaki 164 kız ve 136 erkek öğrenci dahil edilmiştir.

3.2.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için 14.04.2024 tarih ve 2024/63 sayı ile Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek-1) ve çalışmanın yürütüldüğü kurumlar/okullar için 20.05.2024 tarihinde E-34259660-306.01-102676728 sayısı ile Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli olan çalışma izni alınmıştır (Ek-2).

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya'nın Yeşilyurt ilçesine bağlı olan Sümer Ortaokulu, Biruni Ortaokulu, Vali Galip Demirel Ortaokulu, Topsöğüt Akpınar İlkokulu, Diniye Çalık İlkokulu ve Bostanbaşı İlkokulu'nda bulunan 4. ve 5. sınıf öğrencileri oluştururken, "Kırsal ve Kentsel Bölgedeki İlkokul Öğrencilerinde Annenin Beslenme Bilgi Düzeyi ile Çocukların Beslenme Durumu ve Diyet Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tezinde (68) kent merkezindeki çocukların KIDMED İndeksi Puan ortalaması dikkate alınarak çalışmanın minimum örneklem büyüklüğü ise power(güç) 0.80 ve yanılğı düzeyi $p<0.05$ alındığında $n=285$ bulunmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4.Veri Toplama Gereçleri

Çalışma, öğrenci ve ebeveyn bilgi formu (yaş, cinsiyet, sınıf, eğitim-öğretim gördüğü okul, ailede yaşayan kişi sayısı, anne ve babanın öğrenim durumu, anne ve baba çalışma durumu, anne ve babanın yaşı), öğrencinin sağlık bilgileri (besin alerjisi durumu ve hastalık durumu), öğrencilerin beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, öğün

atlama durumu, öğün atlama sebebi), antropometrik ölçümler (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, boyun çevresi, üst orta kol çevresi), KİDMED ölçeği, Çocuklar İçin Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik Ölçeği, Sağlıklı Yeme Aile Desteği Ölçeği, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (PAQ-C), 24 saatlik besin tüketim kaydı ve ultra işlenmiş gıda sıklığı anketinin yer aldığı bir anket formu ile yüz yüze görüşülerek bilgiler alınmıştır (Ek-3).

Çalışma öncesinde katılımcılar ve veliler “Veli Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu ve Gönüllü Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu” ile bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır (Ek-4, Ek-5).

3.4.1. Antropometrik Ölçümler

Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, boyun çevresi ve üst orta kol çevresi ölçümleri alınmıştır. Vücut ağırlığı, düz bir zemin üzerinde kalibrasyonu sağlanmış, 0,1 kg duyarlı ve taşınabilen Sinbo marka dijital yer baskülü ile ölçülmüştür. Ölçüm hafif kıyafetler ve ayakkabı ile yapılmış olup ölçülen değerden 0,5 kg çıkarılmıştır. Boy uzunluğu, boyun çevresi ve üst orta kol çevresi esnemeyen mezura yardımıyla ölçülmüştür (69). Boy ölçümü, bireyin ayaklarını yan yana getirmesi ve başını Frankfurt düzlemine (gözler ve kulak kepçesinin aynı hizada olduğu, yere paralel bir pozisyon) uygun şekilde konumlandırması sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Ayakkabıların topuk yüksekliği ortalama 2 cm olarak düşünülüp ölçülen sonuçtan çıkarılmıştır(69). Boyun çevresi ölçümü, bireyin başı Frankfurt düzleminde, kolları her iki yanda serbest halde ve nefes tutulmadan (soluk verme tamamlandıktan sonra) gerçekleştirilmiştir. Mezür, krikotiroid kıkırdağın hemen altına (tiroid kıkırdağı veya adem elmasının alt kısmı) yerleştirilerek boyun tabanından ölçüm alınmıştır (69). Üst orta kol çevresi ölçümünde ise kol dirsekten 90° bükülmüş, omuzdaki akromion ile dirsekteki olekranon noktası arasında esnemeyen bir mezür yardımıyla orta nokta belirlenmiş, ardından kol serbest bırakılarak bu orta noktadan ölçüm yapılmıştır (69). “Vücut ağırlığı (kg)/ boy uzunluğu (m²)” formülü ile BKİ hesaplanmıştır. DSÖ Çocuk Büyüme Referans Değerleri (2007) referans alınarak yaşa göre BKİ'nin ve yaşa göre boyun z-skor değerleri hesaplanmıştır. Tablo 3.1. ve Tablo 3.2'de kız ve erkek çocuklarının WHO Çocuk Büyüme Referans Değerleri (2007) verilmiştir.

Tablo 3.1. Erkek Çocukların Yaşa Göre BKİ Persentil Değerleri (kg/m²)

Yaş (yıl)	Zayıf (<-2SD)	Zayıflık Riski (-2SD ve -1SD)	Normal (-1SD ve 1SD)	Hafif Şişman (1SD ve 2SD)	Şişman (>2)
7	<13.3	13.3-14.1	14.2-17.0	17.1-18.8	>18.8
8	<13.4	13.4-14.3	14.4-17.4	17.5-19.4	>19.4
9	<13.6	13.6-14.5	14.6-17.9	18.0-20.1	>20.1
10	<13.9	13.9-14.8	14.9-18.5	18.6-21.0	>21.0
11	<14.2	14.2-15.2	15.3-19.2	19.3-22.0	>22.0
12	<14.6	14.6-15.6	15.7-20.0	20.1-23.1	>23.1
13	<15.1	15.1-16.2	16.3-20.8	20.9-24.2	>24.2
14	<15.6	15.6-16.8	16.9-21.8	21.9-25.3	>25.3
15	<16.2	16.2-17.5	17.6-22.7	22.8-26.4	>26.4
16	<16.7	16.7-18.1	18.2-23.6	23.7-27.3	>27.3
17	<17.1	17.1-18.6	18.7-24.3	24.4-28.0	>28.0
18	<17.5	17.5-19.1	19.2-21.6	24.7-28.6	>28.6

Tablo 3.2. Kız Çocukların Yaşa Göre BKİ Persentil Değerleri (kg/m²)

Yaş (yıl)	Zayıf (<-2SD)	Zayıflık Riski (-2SD ve -1SD)	Normal (-1SD ve 1SD)	Hafif Şişman (1SD ve 2SD)	Şişman (>2)
7	<12.9	12.9-13.8	13.9-17.3	17.4-19.4	>19.4
8	<13.0	13.0-14.0	14.1-17.7	17.8-20.2	>20.2
9	<13.3	13.3-14.3	14.4-18.3	18.4-21.1	>21.1
10	<13.6	13.6-14.7	14.8-19.0	19.1-22.1	>22.1
11	<14.0	14.0-15.2	15.3-19.9	20.2-23.2	>23.2
12	<14.6	14.6-15.8	15.9-20.8	20.9-24.4	>24.4
13	<15.1	15.1-16.4	16.5-21.8	21.9-25.6	>25.6
14	<15.6	15.6-17.1	17.2-22.8	22.9-26.7	>26.7
15	<16.1	16.1-17.6	17.7-23.6	23.7-27.6	>27.6
16	<16.4	16.4-18.0	18.1-24.1	24.2-28.2	>28.2
17	<16.6	16.6-18.2	18.3-24.6	24.7-28.6	>28.6
18	<16.7	16.7-18.4	18.5-24.8	24.9-28.9	>28.9

3.4.2. Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED)

Serra-Majem ve ekibi tarafından geliştirilen Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED), 2-24 yaş arası bireylerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek ve hastalık risklerine yatkınlıklarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (70). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahingöz ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir. KIDMED, Akdeniz diyetiyle ilgili toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Soruların 12'si olumlu, 4'ü ise olumsuz içeriklidir. Olumlu sorulara “evet” yanıtı verenler “+1” puan alırken, olumsuz sorulara “evet” yanıtı verilmesi durumunda “-1” puan alınmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanlar 1 ila 12 arasında değişmekte olup, 8 ve üzeri puan Akdeniz diyetine iyi uyumu, 4-7 puan orta düzeyde uyumu, 3 ve altı ise düşük uyumu ifade etmektedir. (71).

3.4.3. Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği

Çalışmada katılımcıların sağlıklı besinlerin tüketimlerini arttırmak için öz yeterlilik düzeylerini belirlemek adına “Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği” uygulanmıştır. Bu ölçek 2003 yılında Story ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (72). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2020 yılında Kabasakal ve arkadaşları tarafından belirlenmiştir. 3’lü likert ölçeği kullanılmaktadır (Hiç zor değil=0, Biraz zor=1, Çok zor=2). Ölçek tek boyut 9 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar 0 ile 18 arasında puan alabilmektedirler. Ölçek puanının artması, sağlıklı yeme için öz yeterliliğin arttığını göstermektedir (3).

3.4.4. Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteği Ölçeği

Bu çalışmada kullanılan bir diğer ölçek olan “Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği”, 2003 yılında Story ve ekibi tarafından 8-10 yaş arası çocukların sağlıklı beslenme konusundaki aile desteğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (72). Ölçek, tek boyutlu bir yapıya sahip olup 5 maddeden oluşan üçlü likert tipi bir ölçektir. Türkçe’ye uyarlanması ise 2020 yılında Kabasakal ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek, ailelerin çocuklarının meyve ve sebze tüketimini teşvik etme düzeyini, gazlı içecek tüketimini azaltma ve su içme alışkanlığını destekleme düzeyini, ayrıca yağsız süt tüketimine yönelik önerilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yanıtlar; “neredeyse hiç” için 1 puan, “bazen” için 2 puan ve “hemen her zaman” için 3 puan olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 15’tir ve ters kodlanmış bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, sağlıklı beslenme konusunda olumlu aile desteğinin varlığını ifade etmektedir. (73).

3.4.5. Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (PAQ-C)

Çalışmada “Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi” kullanılmıştır. Bu anket, 2004 yılında Kowalski ve ekibi tarafından geliştirilmiş olup (74), Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması 2019 yılında Erdim ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (75). Toplam 10 maddeden oluşan anketin ilk 9 maddesi, etkinlik puanlarının hesaplanmasında kullanılmıştır. 10. madde ise çocuğun hasta olması ya da başka bir sebepten dolayı normal aktivitelerini yapıp yapmadığını değerlendirmekte ancak puanlama sistemine dahil edilmemektedir. Anketin ilk sorusunda yer alan fiziksel aktivitelerden, Türkiye’de yaygın olmayanlar (örneğin beyzbol, Amerikan futbolu, sokak

hokeyi gibi) çıkarılmış ve 15 aktivite bırakılmıştır. İlk soruda, son yedi gün içinde yapılan aktiviteler; “hiç” için bir puan, “1-2 kez” için iki puan, “3-4 kez” için üç puan, “5-6 kez” için dört puan ve “7 veya daha fazla” için beş puan olacak şekilde puanlanmış ve bu aktivitelerin ortalaması alınmıştır. Geriye kalan 8 madde, gün içinde veya hafta boyunca belirli zamanlarda yapılan etkinlikleri değerlendirmektedir. Bu maddeler, 5 puanlık bir ölçekte puanlanmış olup daha yüksek puanlar daha yüksek bir fiziksel aktivite düzeyini ifade etmektedir. Genel PAQ-C puanı, 1 ile 9. maddelerin puanlarının ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Anketin son maddesi, olağandışı bir aktivite durumunu değerlendirmek için kullanılmış ancak toplam puana dahil edilmemiştir. Ortalama puanın 1 olması düşük fiziksel aktivite düzeyini, 5 olması ise yüksek fiziksel aktivite düzeyini göstermektedir (75).

3.4.6. 24 Saat Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı

Çocukların beslenme durumunun saptanmasında 24 saat geriye dönük besin tüketim kaydı alınmıştır. Besin tüketim kaydı alınırken ‘Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktar (Rakıcıoğlu. 2009) adlı kitaptan ve Standart Yemek Tarifeleri’nden (Merdol Kutluay. 2019) yararlanılmıştır (76, 77). BeBis Programı ile enerji ve besin öğeleri tüketim miktarları hesaplanmıştır. Günlük gereksinmeyi karşılama durumu Türkiye Beslenme Rehberi 2022’ye göre saptanmıştır (1).

Ultra işlenmiş besin grubuna uygun birkaç besin belirlenmiştir. Elde edilen verilerle, öğrencilerin ultra işlenmiş besinleri ne sıklıkla tükettikleri hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada, katılımcılardan alınan anket ve ölçek yanıtları analiz için Statistical Package for the Social Sciences 23 (IBM SPSS Statistics) programına kaydedilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda parametrik testler, normal dağılım göstermediği durumlarda ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Nicel verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler arasında standart sapma (ss), ortalama (\bar{x}), ortanca, minimum ve maksimum değerler yer almıştır. Nitel veriler için frekans, yüzdelik ve tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında, normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney U testi; normal dağılım göstermeyen en az üç grup için ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Ayrıca, iki bağımsız kategorik değişken arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Ki Kare analizi ile

yapılmıştır. İki sayısal parametre arasındaki ilişki, iki değişkenli korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir (78).



4. BULGULAR

Bu çalışma, çocukların sağlıklı yeme öz yeterliliklerini, beslenme şekillerinin Akdeniz diyeti ile uyumunu, beslenme durumlarını, aile desteğinin ve fiziksel aktivitelerinin araştırılması üzere planlanmış ve yaşları 9-12 arasında olan 300 çocuğun katılımıyla yürütülmüştür.

4.1. Bireylerin ve Ebeveynlerinin Genel Bilgileri

Tablo 4.1’de bireylerin demografik özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının oranları sırasıyla %55,0 ve %45,0 olarak belirlenmiştir. Çocukların yaş ortalaması $10,5 \pm 0,63$ yıl olup, %50,7 oranında katılımcının 10, %42,0 oranında katılımcının 11 yaşında olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %53,3’ü 4. sınıf, %46,7’si 5. sınıf öğrencisidir. Bireylerin %35,7’sinin ailesindeki kişi sayısının dört, %33,3 oranında bireyin ailesinde kişi sayısının beş olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin demografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	165	55,0
Erkek	135	45,0
Yaş (yıl)		
9	9	3,0
10	152	50,7
11	126	42,0
12	13	4,3
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)		$10,5 \pm 0,63$
Devam edilen okul		
4.Sınıf	160	53,3
5.Sınıf	140	46,7
Ailedeki kişi sayısı		
2	3	1,0
3	20	6,7
4	107	35,7
5	100	33,3
6 ve üzeri	70	23,3

Bireylerin ebeveynlerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Bu tabloya göre anne ve babaların yaş ortalaması sırasıyla $38,4 \pm 5,32$ yıl ve $42,4 \pm 5,58$ yıl olarak belirlenmiştir.

Annelerin %73,0’ı ev hanımı olduğu belirtmiştir. Üniversite ve üzeri düzeyde eğitimi olan annelerin oranının %29,0 olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayan annelerin oranı %2,3 iken ilkökul ve ortaokul eğitimi olan annelerin oranları sırasıyla %17,3 ve %19,3 olarak belirlenmiştir.

Üniversite ve üzeri düzeyde eğitimi olan babaların oranlarının %37,0 olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayan babaların oranı %0,3 iken ortaokul ve lise düzeyinde eğitim alan babaların oranı sırasıyla %17,7 ve %34,7 olarak saptanmıştır. Memur olan babaların oranı %33,0, işçi ve serbest meslek sahibi olan babaların oranı %21,7 ve %20,0 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özellikleri

	Sayı	%
Anne yaş (yıl)		
19-29	12	4,0
30-39	163	54,3
40 ve üzeri	125	41,7
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)	38,4 \pm 5,32	
Anne eğitim durumu		
Okuryazar değil	7	2,3
Okuryazar	6	2,0
İlkokul	52	17,3
Ortaokul	58	19,3
Lise	90	30,0
Üniversite	73	24,3
Lisansüstü	14	4,7
Anne meslek		
Ev hanımı	219	73,0
Memur	49	16,3
İşçi	12	4,0
Serbest meslek	9	3,0
Emekli	1	,3
Diğer	10	3,3
Baba yaş (yıl)		
30-39	92	30,7
40-49	172	57,3
50 ve üzeri	36	12,0
$\bar{x} \pm SS$ (yıl)	42,4 \pm 5,58	
Baba eğitim durumu		
Okuryazar değil	1	0,3
Okuryazar	7	2,3
İlkokul	24	8,0
Ortaokul	53	17,7
Lise	104	34,7
Üniversite	91	30,3
Lisansüstü	20	6,7
Baba meslek		
Çalışmıyor	7	2,3
Memur	99	33,0
İşçi	65	21,7
Serbest meslek	60	20,0
Emekli	22	7,3
Diğer	47	15,7

Tablo 4.3'te bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumları verilmiştir. Hastalığı olan bireylerin oranının %3,7 olduğu saptanmıştır. Hastalığı olan bireylerin %36,4'ünün astım, %18,2'sinin tiroit hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Besin alerjisi olan bireylerin oranı %6,3 olarak belirlenmiştir. Bu bireylerin %36,8'inin zeytin, susam, fıstık ve fındık gibi yağlı tohumlulara; %31,6'sının çilek, domates, kivi, şeftali ve kavun gibi meyve ürünlerine alerjisi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumları

	Sayı	%
Hastalık durumu		
Hastalığı var	10	3,3
Hastalığı yok	290	96,7
Hastalık		
Astım	4	36,4
Böbrek büyümesi	1	9,1
Egzama	1	9,1
Anemi	1	9,1
Diyabet	1	9,1
Tiroit	2	18,2
Besin alerjisi durumu		
Var	19	6,3
Yok	281	93,7
Besin		
Meyve (çilek, domates, kivi, şeftali, kavun)	6	31,6
Yağlı tohumlular (zeytin, susam, fındık, fıstık)	7	36,8
Et grubu (yumurta, ciğer)	2	10,5
Diğer (inek sütü, bal, tarçın)	4	21,1

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketimleri

Bireylerin öğün alışkanlıkları Tablo 4.4'te verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %63,7'sinin günlük öğün sayısının üçten az olduğu belirlenmiştir. Ara öğün yapmayan bireylerin oranı %13,3 iken %12,0 oranında bireyin ara öğünlerini atlamadığı belirlenmiştir.

Ana öğün atlayan bireylerin %63,9'unun öğle, %27,7'sinin sabah ve %8,4'ünün akşam öğününü atladığı belirlenmiştir. Öğün atlayan bireylerin %46,6'sı iştahsızlık, %35,0'ı alışkanlık olmaması nedeniyle öğün atladıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin öğün alışkanlıkları

	Sayı	%
Ana öğün sayısı		
1	1	0,3
2	190	63,4
3	109	36,3
Ara öğün sayısı		
0	40	13,3
1	132	44,0
2	92	30,7
3	36	12,0
Ana öğün atlama durumu		
Evet	191	63,7
Hayır	109	36,3
Atlama öğün		
Sabah	53	27,7
Öğle	122	63,9
Akşam	16	8,4
Öğün atlama nedeni		
Zaman yetersizliği	41	21,5
İştahsızlık	89	46,6
Alışkanlık yok	48	25,0
Hazırlanmıyor	2	1,1
Diğer	11	5,8

Tablo 4.5'te bireylerin cinsiyete göre diyetle günlük tükettikleri enerji ve besin öğeleri alım miktarları ortalaması verilmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylerin günlük enerji tüketimi ortalaması 1317,9±412,33 kkal (K: 1314,6±423,54 E: 1321,9±399,74) olarak belirlenmiştir. Bireylerin ortalama enerji tüketimi TÜBER 2022'ye göre önerilen enerji tüketim değerinin %68,1'ini karşılamaktadır. Enerji tüketim değerinin cinsiyetler arasında anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Günlük ortalama D vitamini tüketimi 4,9±7,26 mcg olup bu tüketimin önerilen miktarın %33,6'sını karşıladığı belirlenmiştir.

Günlük ortalama enerji ve besin öğelerinin tüketiminin cinsiyetler arasında anlamlı bir farkı olmadığı belirtmiştir (p>0,05).

Tablo 4.5. Bireylerin cinsiyete göre diyetle günlük tükettikleri enerji ve besin öğeleri alım miktarları ortalaması

	Kız (n:165)		Erkek (n:135)		Toplam (n:300)		P
	$\bar{x} \pm SS$	TÜBER %	$\bar{x} \pm SS$	TÜBER %	$\bar{x} \pm SS$	TÜBER %	
Enerji (kkal)	1314,6±423,54	68,2	1321,9±399,74	68,1	1317,9±412,33	68,1	0,844
Karbonhidrat (g)	146,6±60,01	52,8	144,5±55,94	52,7	145,6±58,13	52,8	0,819
Karbonhidrat (%)	45,3±10,66	-	44,7±11,41	-	45,0±10,99	-	0,424
Protein (g)	46,4±16,03	84,0	48,3±18,60	81,3	47,3±17,33	82,8	0,610
Protein (%)	14,8±4,05	-	15,2±4,35	-	15,0±4,18	-	0,573
Bitkisel protein (g)	20,8±10,32	-	20,1±10,15	-	20,5±10,23	-	0,661
Yağ (g)	59,0±23,90	89,9	59,7±25,22	91,1	59,3±24,47	90,4	0,907
Yağ (%)	39,9±9,25	-	40,1±10,46	-	40,0±9,80	-	0,627
DYA (g)	24,3±11,78	-	24,9±13,36	-	24,6±12,49	-	0,983
TDYA (g)	19,8±8,53	-	19,4±8,36	-	19,6±8,44	-	0,645
ÇDYA (g)	9,8±6,08	-	10,0±6,06	-	9,9±6,06	-	0,819
Omega-3 (mg)	1,2±1,03	-	1,3±1,07	-	1,3±1,04	-	0,683
Omega-6 (mg)	8,1±5,31	-	8,1±5,36	-	8,1±5,32	-	0,961
Kolesterol (mg)	252,4±173,04	-	286,1±175,93	-	267,6±174,86	-	0,103
Posa (g)	10,9±4,79	61,4	10,2±4,93	62,1	10,6±4,86	61,7	0,192
A vitamini (mcg)	631,8±454,96	121,1	581,0±319,26	137,0	608,9±399,82	128,3	0,942
D vitamini (mg)	4,5±5,07	33,9	5,3±9,25	31,1	4,9±7,26	32,6	0,617
E vitamini (mg)	7,5±4,46	-	7,8±5,01	-	7,6±4,71	-	0,880
Tiamin (mg)	0,6±0,21	-	0,6±0,21	-	0,6±0,21	-	0,788
Riboflavin (mg)	1,0±0,43	88,0	1,0±0,41	88,5	1,0±0,42	88,2	0,523
Niasin (mg)	15,8±7,20	-	16,7±10,13	-	16,2±8,64	-	0,776
Piridoksin (mg)	0,8±0,34	69,8	0,8±0,35	71,5	0,8±0,34	70,5	0,891
Folat(mcg)	169,9±66,87	77,3	176,8±73,61	75,7	173,0±69,95	76,6	0,388
B ₁₂ vitamini (mcg)	2,8±1,66	-	3,2±2,02	-	3,0±1,84	-	0,121
C vitamini (mg)	53,4±37,17	106,6	48,5±33,12	98,6	51,2±35,43	103,0	0,383
Potasyum (mg)	1568,2±598,49	90,5	1551,8±585,36	102,3	1560,8±591,68	95,8	0,662
Kalsiyum (mg)	547,7±284,65	72,5	538,6±268,23	75,6	543,6±276,96	73,9	0,891
Magnezyum (mg)	174,0±71,33	56,7	167,8±58,35	59,9	171,2±65,78	58,2	0,542
Demir (mg)	6,3±2,40	57,2	6,4±2,72	58,1	6,3±2,54	57,6	0,948
Çinko (mg)	6,3±2,48	76,9	6,7±2,73	57,5	6,4±2,50	68,1	0,261

M: Mann Whitney U testi, DYA: Doymuş yağ asiti, TDYA: Tekli doymamış yağ asiti, ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asiti

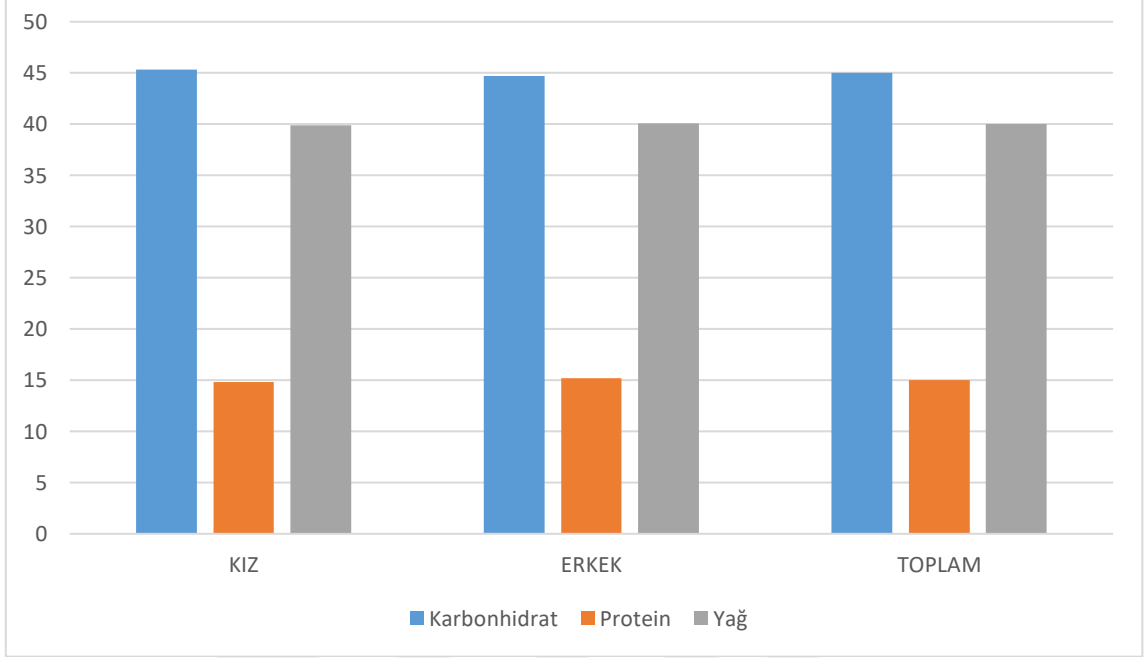
Tablo 4.6. Ultra işlenmiş besin tüketim sıklığı

	Kız														Erkek													
	Her gün		Haftada 2-3 kez		Haftada 1 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		Nadiren		Hiç		Her gün		Haftada 2-3 kez		Haftada 1 kez		15 günde 1		Ayda 1 kez		Nadiren		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çikolata	31	18,8	77	46,7	33	20,0	5	3,0	2	1,2	13	7,9	4	2,4	19	14,1	74	54,8	19	14,1	7	5,2	3	2,2	8	5,9	5	3,7
Bisküvi	17	10,3	56	33,9	46	27,9	10	6,1	7	4,2	20	12,1	9	5,5	12	8,9	54	40,0	31	23,0	10	7,4	6	4,4	9	6,7	13	9,6
Şekerleme	15	9,1	34	20,6	45	27,3	21	12,7	11	6,7	19	11,5	20	12,1	9	6,7	32	23,7	35	25,9	17	12,6	9	6,7	14	10,4	19	14,1
Cips	12	7,3	42	25,5	39	23,6	23	13,9	11	6,7	23	13,9	15	9,1	8	5,9	42	31,1	39	28,9	15	11,1	9	6,7	14	10,4	8	5,9
Dondurma	41	24,8	72	43,6	18	10,9	11	6,7	6	3,6	14	8,5	3	1,8	27	20,0	63	46,7	17	12,6	8	5,9	3	2,2	11	8,1	6	4,4
Gazlı içecek	12	7,3	30	18,2	31	18,8	21	12,7	19	11,5	25	15,2	27	16,4	17	12,6	40	29,6	24	17,8	16	11,9	10	7,4	10	7,4	18	13,3
Meyveli süt	37	22,4	44	26,7	16	9,7	23	13,9	11	6,7	16	9,7	18	10,9	20	14,8	40	29,6	24	17,8	16	11,9	5	3,7	12	8,9	18	13,3
Hazır meyve suyu	26	15,8	56	33,9	19	11,5	13	7,9	7	4,2	22	13,3	22	13,3	21	15,6	43	31,9	21	15,6	12	9,6	7	5,2	12	8,9	18	13,3

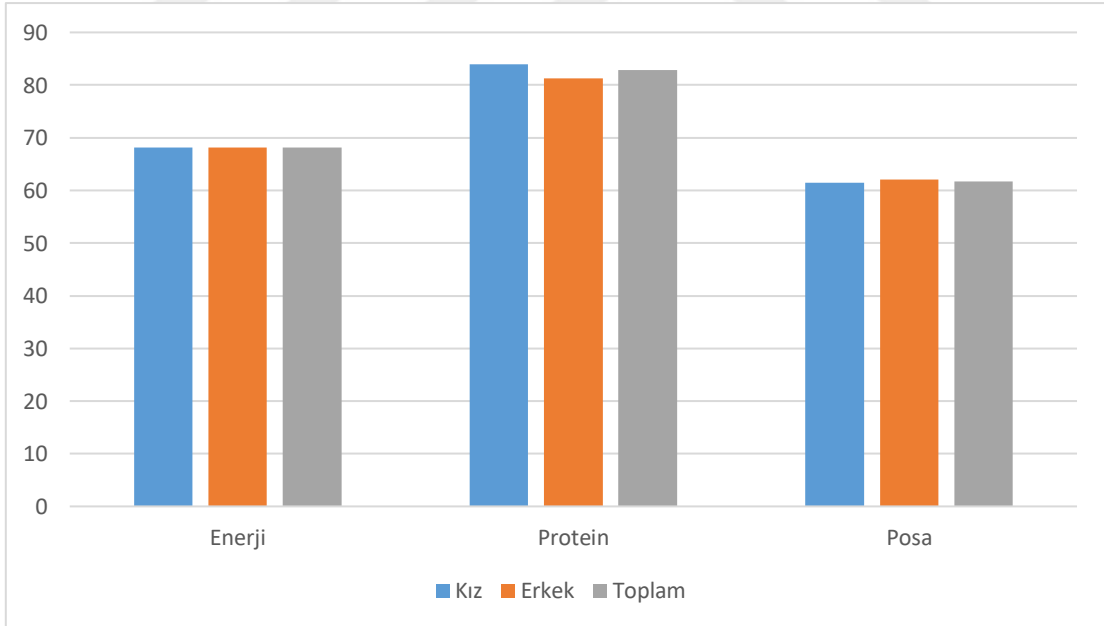
Bireylerin ultra işlenmiş besin tüketim sıklıkları Tablo 4.6’da verilmiştir. Bu tabloya göre her gün çikolata tüketen kız ve erkek katılımcıların oranları sırasıyla %18,8 ve %14,1 olarak belirlenmiştir. Kızların %46,7’si, erkeklerin %54,8’i haftada 2-3 kez çikolata tükettiğini belirtmiştir. Kız öğrencilerin %33,9’u, erkek öğrencilerin %40,0’i haftada 2-3 kez bisküvi tüketmektedir. Her gün gazlı içecek tüketen kızların oranı %7,3, erkeklerin oranı %12,6 olarak belirlenmiştir.

Bireylerin günlük enerji tüketimlerinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen oranları sırasıyla; %45, %15 ve %40 olarak belirlenmiştir. Kız ve erkek çocuklarının günlük protein tüketimi sırasıyla 46,4±16,03 g ve 48,3±18,60 g olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

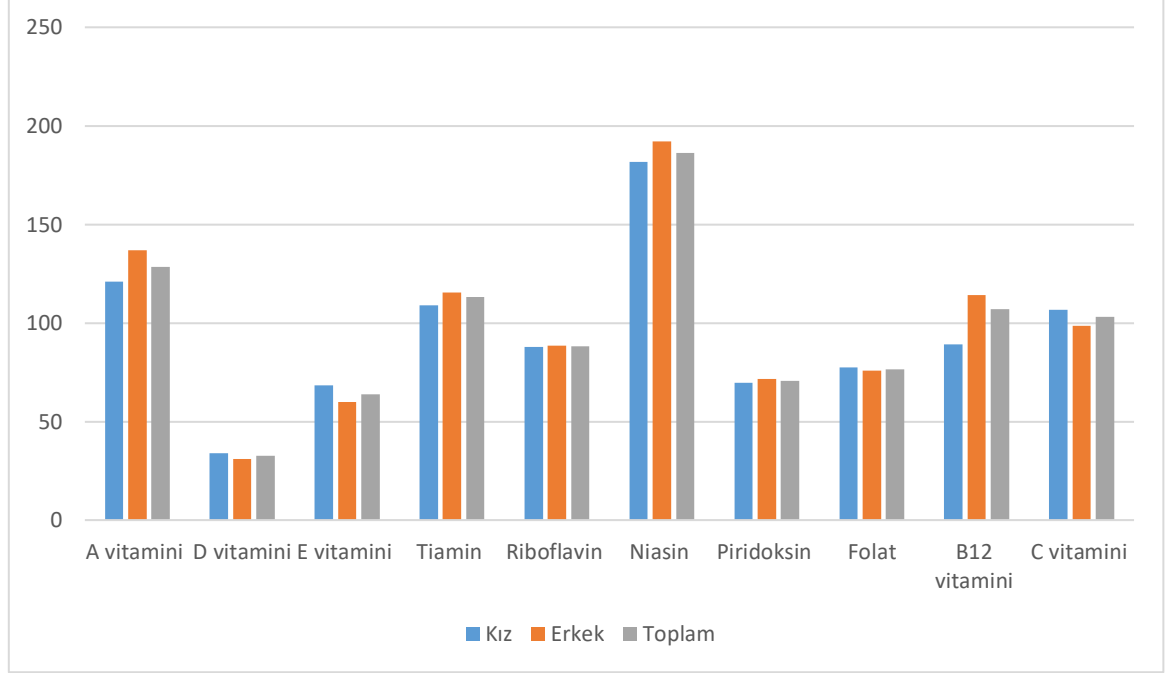
Şekil 4.1. Bireylerin günlük enerji tüketimlerinin makro besin öğelerinden gelen oranları



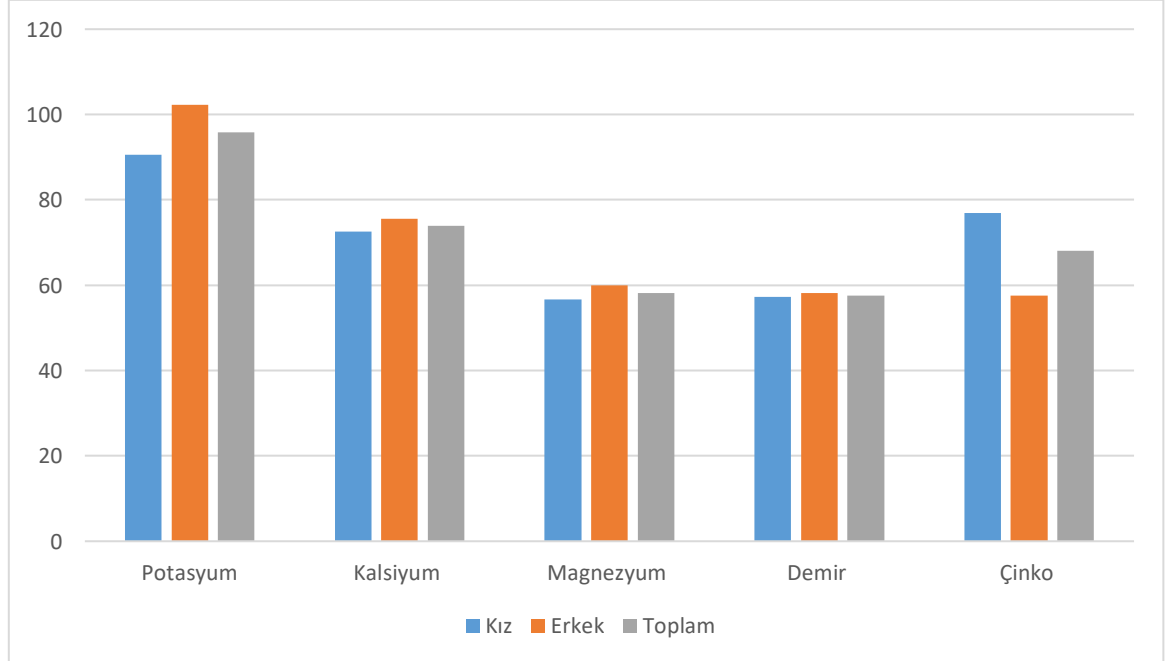
Şekil 4.2. Bireylerin enerji, protein ve posa tüketiminin TÜBER 2022'ye göre karşılanma oranları



Şekil 4.3. Bireylerin vitamin tüketiminin TÜBER 2022'ye göre karşılanma oranları



Şekil 4.4. Bireylerin mineral tüketiminin TÜBER 2022'ye göre karşılanma oranları



4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalaması Tablo 4.7'de verilmiştir. Bu tabloya göre çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının ortalama boy uzunluğu değeri sırasıyla; $145,3 \pm 7,78$ cm ve $144,0 \pm 7,25$ cm olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kız çocuklarının ortalama vücut ağırlığı 39,4±9,79 kg iken erkek çocuklarında bu ortalama 37,5±9,53 kg olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının BKİ değerlerinin ortalamasının sırasıyla; 18,5±3,37 kg/m² ve 17,9±3,36 kg/m² olduğu belirlenmiştir. Erkek ve kız çocuklarının BKİ değerleri istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır (p>0,05)

Kız ve erkek çocuklarının üst orta kol çevresi ortalaması sırasıyla 21,9±3,22 cm ve 22,5±15,92 cm olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş olup bu sonuca göre erkeklerin üst orta kol çevresi değerinin kızlardan fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Kız ve erkek çocuklarının boyun çevresi ortalaması sırasıyla 28,6±2,15 cm ve 28,7±1,99 cm olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.7. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalaması

Antropometrik değerler	Kız	Erkek	p ^M
	(n:165)	(n:145)	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Boy uzunluğu (cm)			
9 yaş	151,0±3,00	138,7±6,89	
10 yaş	143,6±7,28	243,4±6,55	
11 yaş	146,8±8,07	145,3±7,60	
12 yaş	138,7±6,89	146,7±10,46	
Ortalama ($\bar{x} \pm SS$)	145,3±7,78	144,0±7,25	
Vücut ağırlığı (kg)			
9 yaş	44,6±2,92	37,1±7,96	
10 yaş	38,9±10,15	36,8±9,43	
11 yaş	39,3±9,16	38,7±9,91	
12 yaş	42,8±14,08	35,9±10,10	
Ortalama ($\bar{x} \pm SS$)	39,4±9,79	37,5±9,53	
BKİ (kg/m²)			
9 yaş	19,6±2,01	19,1±2,89	0,597
10 yaş	18,7±3,71	17,7±3,40	0,897
11 yaş	18,1±2,88	18,1±3,45	0,690
12 yaş	19,9±4,50	16,4±2,46	0,440
Ortalama ($\bar{x} \pm SS$)	18,5±3,37	17,9±3,36	0,069
Boyun çevresi (cm)			
9 yaş	29,8±1,05	28,9±2,15	
10 yaş	28,6±2,38	28,8±2,06	
11 yaş	28,5±1,76	28,6±1,95	
12 yaş	30,3±3,15	28,4±1,69	
Ortalama ($\bar{x} \pm SS$)	28,6±2,15	28,7±1,99	
Üst orta kol çevresi (m)			
9 yaş	25,8±4,65	21,9±2,76	
10 yaş	21,9±3,08	21,0±3,27	
11 yaş	21,6±3,08	25,1±25,76	
12 yaş	23,1±4,88	20,0±2,53	
Ortalama ($\bar{x} \pm SS$)	21,9±3,22	22,5±15,92	

M: Mann Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 4.8’de çocukların antropometrik ölçüm değerlerinin z skor aralığına göre dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre yaşa göre boy uzunluğu normal aralıkta olan bireylerin oranı %59,7 (K: %61,8, E: %57,0) olarak belirlenmiştir. Boy uzunluğu normalin üzerinde olan kız ve erkek çocuklarının oranı sırasıyla %30,3 ve %38,5 olarak saptanmıştır. Kısa ve çok kısa boylu bireylerin oranı sırasıyla %47, ve %1,7 olarak belirlenmiştir. Yaşa göre boy uzunluğu sınıflamasının cinsiyete göre anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BKİ değeri ideal aralıkta olan kız ve erkek çocuklarının oranı sırasıyla %48,5 ve %54,8 olarak belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez kız çocuklarının oranı sırasıyla %23,6 ve %10,9 iken bu oranlar erkek çocuklarında sırasıyla %17,8 ve %13,3 olarak saptanmıştır. Yaşa göre BKİ sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel anlam içeren bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Bireylerin antropometrik ölçüm değerlerinin z skor aralığına göre dağılımı

	Kız (n:165)		Erkek (n:135)		Toplam (n:300)		p ^K
	n	%	n	%	n	%	
Yaşa göre boy uzunluğu (cm)							
Çok kısa (<-2SD)	3	1,8	2	1,5	5	1,7	0,078
Kısa ($\geq-2SD$ - <-1SD)	10	6,1	4	3,0	14	4,7	
Normal ($\geq-1SD$ - <+1SD)	102	61,8	77	57,0	179	59,7	
Uzun ($\geq+1SD$ - <+2SD)	34	20,6	45	33,3	79	26,3	
Çok uzun ($\geq+2SD$)	16	9,7	7	5,2	23	7,7	
Yaşa göre BKİ (kg/m²)							
Çok zayıf (<-2SD)	6	3,6	3	2,2	9	3,0	0,695
Zayıf ($\geq-2SD$ - <-1SD)	22	13,3	16	11,9	38	12,7	
Normal ($\geq-1SD$ - <+1SD)	80	48,5	74	54,8	154	51,3	
Fazla kilolu ($\geq+1SD$ - <+2SD)	39	23,6	24	17,8	63	21,0	
Obez ($\geq+2SD$)	18	10,9	18	13,3	36	12,0	
Toplam	165	100,0	145	100,0	300	100,0	

K: Ki Kare testi, BKİ: Beden Kütle İndeksi

4.4. Bireylerin Akdeniz Diyetine Uyumluları

Bireylerin Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği toplam puanı ve puan sınıflaması Tablo 4.9’da verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %56,4’ünün (K: %57,0, E: %55,6) Akdeniz diyetine uyumu geliştirilmesi gereken aralıkta yer almaktadır. Akdeniz diyetine uyumu iyi olan kız ve erkeklerin oranı %19,4 ve %23,7 olarak belirlenmiştir. Akdeniz diyetine uyum puanı sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kız ve erkek katılımcıların KIDMED toplam puan ortalaması sırasıyla $5,3\pm 2,46$ ve $5,7\pm 2,50$ olarak belirlenmiş ve bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Bireylerin Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği toplam puanı ve puan sınıflaması

KIDMED	Kız (n:165)		Erkek (n:135)		Toplam (n:300)		p
	n	%	n	%	n	%	
Kötü (0-3 puan)	39	23,6	28	20,7	67	22,3	0,621 ^K
Geliştirilmeli (4-7 puan)	94	57,0	75	55,6	169	56,4	
İyi (8-12 puan)	32	19,4	32	23,7	64	21,3	
Toplam puan ($\bar{x} \pm SS$) (min.-max)	5,3±2,46 (1,0-11,0)		5,7±2,50 (1,0-12,0)		5,5±2,48 (1,0-11,0)		0,267 ^M

K: Ki-kare testi, M: Mann-Whitney U testi, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Tablo 4.10’da bireylerin demografik özelliklerine göre KIDMED toplam puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre 9, 10, 11 ve 12 yaşındaki bireylerin KIDMED toplam puan ortalaması sırasıyla; $6,1\pm 1,76$, $5,5\pm 2,47$, $5,5\pm 2,46$ ve $4,7\pm 3,20$ olarak belirlenmiştir. Bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4. sınıftaki bireylerin KIDMED puan ortalaması $5,8\pm 2,49$ iken 5. Sınıftaki bireylerde bu ortalama $5,1\pm 2,44$ olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

KIDMED toplam puan ortalamasının ailedeki kişi sayısına göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Bireylerin demografik özelliklerine göre KIDMED toplam puan ortalaması

	Sayı	KIDMED	P
		$\bar{x} \pm SS$	
Yaş (yıl)			
9	9	6,1±1,76	0,634 ^K
10	152	5,5±2,47	
11	126	5,5±2,46	
12	13	4,7±3,20	
Devam edilen okul			
4.Sınıf	160	5,8±2,49	0,080 ^M
5.Sınıf	140	5,1±2,44	
Ailedeki kişi sayısı			
2	3	3,7±2,08	0,146 ^K
3	20	4,4±2,78	
4	107	5,7±2,47	
5	100	5,5±2,69	
6 ve üzeri	70	5,4±2,00	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Tablo 4.11’de bireylerin anne ve babalarının demografik özelliklerine göre KIDMED toplam puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre anne ve babanın yaş grubuna göre çocuğun KIDMED puanının istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Anne eğitim durumu ortaokul olan bireylerin KIDMED puan ortalaması $5,0\pm 2,51$ iken annesi lisansüstü düzeyde eğitim alan çocukların KIDMED puan ortalaması $7,2\pm 2,46$ olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre anne eğitim düzeyi yüksek olan çocukların Akdeniz diyetine uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Babası üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip çocukların KIDMED puan ortalaması sırasıyla $5,8\pm 2,38$ ve $7,0\pm 2,34$ olarak belirlenmiştir. Bu ortalamalar babası diğer eğitim düzeylerinde olan çocukların KIDMED puan ortalamalarından daha yüksek olup sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Annesi memur olan çocukların KIDMED toplam puan ortalaması $6,3\pm 2,36$, serbest meslek sahibi annesi olan bireylerin KIDMED puanı ortalaması $3,8\pm 2,44$ olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre annesi memur olan bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarının, annesi serbest meslek sahibi olan bireylere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırma kapsamına alınan 300 çocuktan sadece 1 tanesinin annesi emekli olup bu çocuğun KIDMED puanı en yüksektir ($9,0\pm 0,00$).

Baba meslek durumuna göre bireylerin Akdeniz diyetine uyum puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre KIDMED toplam puan ortalaması

	Sayı	KIDMED		p
		$\bar{x} \pm SS$		
Anne yaş (yıl)				
19-29	12	4,1±2,39		
30-39	163	5,7±2,51		0,126 ^K
40 ve üzeri	125	5,4±2,42		
Anne eğitim durumu				
Okuryazar değil	7	4,9±1,57		
Okuryazar	6	4,0±1,55		
İlkokul	52	5,62±,53		
Ortaokul	58	5,0±2,51 ^A		0,029^{K*}
Lise	90	5,3±2,61		
Üniversite	73	5,8±2,22		
Lisansüstü	14	7,2±2,46 ^B		
Anne meslek				
Ev hanımı	219	5,4±2,48		
Memur	49	6,3±2,36		
İşçi	12	5,3±2,56		0,018^{K*}
Serbest meslek	9	3,8±2,44		
Emekli	1	9,0±0,00		
Diğer	10	5,0±1,76		
Baba yaş (yıl)				
30-39	92	5,4±2,53		
40-49	172	5,6±2,47		0,624 ^K
50 ve üzeri	36	5,2±2,44		
Baba eğitim durumu				
Okuryazar değil	1	2,0±0,00		
Okuryazar	7	5,6±1,90		
İlkokul	24	4,9±2,95		
Ortaokul	53	4,7±2,21		0,005^{K*}
Lise	104	5,5±2,49		
Üniversite	91	5,8±2,38		
Lisansüstü	20	7,0±2,34		
Baba meslek				
Çalışmıyor	7	4,3±2,45		
Memur	99	6,0±1,64		
İşçi	65	5,4±2,14		
Serbest meslek	60	4,9±2,30		0,072 ^K
Emekli	22	5,8±2,58		
Diğer	47	5,2±2,43		

K: Kruskal Wallis testi, *p<0,05, A<B, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Bireylerin besin alerjisi ve hastalık durumuna göre KIDMED toplam puan ortalaması Tablo 4.12’de verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre hastalığı olan ve olmayan bireylerin KIDMED toplam puan ortalaması sırasıyla 5,4±2,46 ve 6,4±2,99 olarak belirlenmiştir. Hastalığı olan bireylerin Akdeniz diyetine uyumları, hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur (p>0,05).

Besin alerjisi olan bireylerin Akdeniz diyetine uyumları (4,4±2,75), besin alerjisi olmayan bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarına (5,5±2,45) göre daha düşük bulunmuştur fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 4.12. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre KIDMED toplam puan ortalaması

	Sayı	KIDMED	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Hastalık durumu			
Hastalığı var	11	5,4±2,46	0,237 ^M
Hastalığı yok	289	6,4±2,99	
Besin alerjisi durumu			
Var	19	4,4±2,75	0,057 ^M
Yok	281	5,5±2,45	

M: Man Whitney U testi, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre KIDMED toplam puan ortalaması Tablo 4.13'te verilmiştir. Tabloya göre öğün sayıları ve ana öğünün atlanmasının KIDMED toplam puanları farklı değildir (p>0,05).

Sabah öğününü atladığını belirten bireylerin KIDMED toplam puanları sırasıyla 4,5±2,13 olarak belirlenmiştir. Sabah öğününü atlayan çocukların Akdeniz diyetine uyumlarının, diğer ana öğünleri atlayan çocuklara göre daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.13. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre KIDMED toplam puan ortalaması

	Sayı	KIDMED	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Ana öğün sayısı			
1	1	4,0±0,00	0,131 ^K
2	190	5,3±2,56	
3	109	5,8±2,30	
Ara öğün sayısı			
0	40	5,7±2,96	0,557 ^K
1	132	5,4±2,39	
2	92	5,3±2,45	
3	36	6,0±2,32	
Ana öğün atlama durumu			
Evet	191	5,3±2,56	0,057 ^M
Hayır	109	5,8±2,30	
Atlanan öğün			
Sabah	53	4,5±2,13 ^A	0,024^{K*}
Öğle	122	5,6±2,71 ^B	
Akşam	16	5,8±2,17	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, *p<0,05, A<B, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Bireylerin z skor değerlerine göre KIDMED toplam puan ortalaması Tablo 4.14'te verilmiştir. Çocukların yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ z skor değerine göre KIDMED toplam puanı farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Bireylerin z skor değerlerine göre KIDMED toplam puan ortalaması

	Sayı	KIDMED		p
		$\bar{x} \pm SS$		
Yaşa göre boy uzunluğu (cm)				
Çok kısa (<-2SD)	5	5,2±1,64		0,928 ^K
Kısa ($\geq-2SD$ - <-1SD)	14	5,6±2,76		
Normal ($\geq-1SD$ - <+1SD)	179	5,4±2,60		
Uzun ($\geq+1SD$ - <+2SD)	79	5,6±2,23		
Çok uzun ($\geq+2SD$)	23	5,2±2,42		
Yaşa göre BKİ (kg/m²)				
Çok zayıf (<-2SD)	9	4,3±3,00		0,697 ^M
Zayıf ($\geq-2SD$ - <-1SD)	38	5,4±2,57		
Normal ($\geq-1SD$ - <+1SD)	154	5,5±2,47		
Fazla kilolu ($\geq+1SD$ - <+2SD)	63	5,3±2,26		
Obez ($\geq+2SD$)	36	6,0±2,62		

K: Kruskal Wallis testi, BKİ: Beden Kütle İndeksi, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Tablo 4.15'te bireylerin KIDMED sınıflamasına göre çocukların diyetle günlük aldıkları enerji ve besin öğelerinin alım miktarları verilmiştir. Bu tabloya göre KIDMED puanı kötü, geliştirilmeli ve iyi olan bireylerin günlük tüketmiş olduğu enerji değeri sırasıyla; 1335,7±409,16 kkal, 1322,0±417,78 kkal ve 1288,4±405,98 kkal olarak belirlenmiştir. Bireylerin KIDMED puanı yükseldikçe aldıkları enerji miktarının düştüğü belirlenmiş ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kötü KIDMED puanına sahip olan çocukların günlük doymuş yağ asidi tüketimi 25,1±12,07 g iken iyi KIDMED puanına sahip çocuklarda bu değer 23,5±12,09 g olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre Akdeniz diyetine uyumun iyi olduğu bireylerin doymuş yağ tüketimlerinin, diyete kötü uyum gösteren bireylerin tüketimlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Akdeniz diyetine uyumu iyi, orta ve kötü olan çocukların günlük enerji ve besin öğeleri alımları ortalamaları farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre diyetle günlük aldıkları enerji ve besin öğeleri miktarları

	KIDMED Sınıflama			p ^k
	Kötü	Geliştirilmeli	İyi	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Enerji (kkal)	1335,7±409,16	1322,0±417,78	1288,4±405,98	0,818
Karbonhidrat (g)	147,4±49,58	145,9±59,71	143,1±62,81	0,731
Karbonhidrat (%)	45,7±9,90	44,6±10,74	45,5±12,71	0,666
Protein (g)	48,1±17,35	46,7±15,58	47,9±21,07	0,854
Protein (%)	15,0±3,70	14,8±3,89	15,3±5,32	0,891
Bitkisel protein (g)	21,3±9,74	20,3±10,22	20,4±10,88	0,609
Yağ (g)	60,0±26,17	60,0±23,73	56,9±24,78	0,574
Yağ (%)	39,3±9,37	40,6±9,64	39,2±10,66	0,392
DYA (g)	25,1±12,07	24,8±12,48	23,5±12,09	0,672
TDYA (g)	18,9±7,97	20,1±8,22	19,1±9,49	0,337
ÇDYA (g)	10,4±7,24	10,1±5,97	8,9±4,79	0,561
Omega-3 (mg)	1,4±1,25	1,3±1,07	1,1±0,66	0,410
Omega-6 (mg)	8,5±6,24	8,3±5,23	7,3±4,46	0,573
Kolesterol (mg)	302,8±191,43	249,7±170,77	277,8±163,32	0,147
Posa (g)	10,5±4,91	10,6±4,44	10,6±5,84	0,883
A vitamini (mcg)	592,5±433,01	618,2±402,99	601,8±258,61	0,533
D vitamini (mg)	4,5±4,97	4,6±4,43	6,1±13,03	0,581
E vitamini (mg)	7,3±4,85	7,9±4,76	7,1±4,41	0,413
Tiamin (mg)	0,6±0,22	0,6±0,20	0,6±0,21	0,976
Riboflavin (mg)	1,0±0,35	1,0±0,43	1,0±0,47	0,652
Niasin (mg)	16,4±7,85	15,8±6,73	17,2±12,94	0,869
Piridoksin (mg)	0,8±0,37	0,8±0,32	0,8±0,37	0,628
Folik asit (mcg)	167,9±57,59	171,3±63,55	182,7±86,80	0,687
B ₁₂ vitamini (mcg)	2,8±1,50	3,0±1,85	3,0±2,12	0,697
C vitamini (mg)	59,2±38,71	49,8±34,17	46,4±34,32	0,088
Potasyum (mg)	1595,1±630,64	1571,8±572,04	1495,9±605,32	0,500
Kalsiyum (mg)	525,0±200,44	550,5±283,95	545,0±326,27	0,842
Magnezyum (mg)	169,9±64,53	171,2±59,89	172,4±81,27	0,840
Demir (mg)	6,1±2,46	6,4±2,33	6,3±3,13	0,361
Çinko (mg)	6,4±2,36	6,5±2,52	6,5±3,05	0,880

K: Kruskal Wallis testi, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi, DY: Doymuş yağ asiti, TDYA: Tekli doymamış yağ asiti, ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asiti

4.5. Bireylerin Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Bulguları

Bireylerin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.16'da verilmiştir. Kız ve erkek katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması sırasıyla 13,7±3,43 ve 13,8±3,56 olarak belirlenmiştir. Ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Çalışmaya katılan en küçük yaş grubu olan 9 yaşındaki bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması 13,4±2,40 iken en büyük yaş grubu olan 12 yaşındaki bireylerin ölçek puanı ortalaması 15,0±3,67 olarak belirlenmiştir. Büyük yaş grubundaki bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması küçük yaştakilere göre daha yüksek bulunmuş ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

4. sınıf öğrencilerinin SYÖYÖ toplam puanının (13,5±3,36), 5. sınıf (14,0±3,33) öğrencilerine göre daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Ailedeki kişi sayısına göre SYÖYÖ toplam puanının anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.16. Bireylerin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	SYÖYÖ $\bar{x} \pm SS$	p
Cinsiyet			
Kız	165	13,7±3,43	0,744 ^M
Erkek	135	13,8±3,56	
Toplam	300	13,8±3,35	
Yaş (yıl)			
9	9	13,4±2,40	0,638 ^K
10	152	13,8±3,43	
11	126	13,6±3,28	
12	13	15,0±3,67	
Devam edilen okul			
4.Sınıf	160	13,5±3,36	0,193 ^M
5.Sınıf	140	14,0±3,33	
Ailedeki kişi sayısı			
2	3	13,3±5,86	0,829 ^K
3	20	14,1±4,15	
4	107	13,8±3,24	
5	100	13,5±3,29	
6 ve üzeri	70	14,0±3,31	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği

Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.17’de verilmiştir. Bu tabloya göre anne ve babanın yaşına, annenin eğitim ve mesleğine göre bireylerin SYÖYÖ toplam puanının anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Babasının eğitimi lisansüstü olan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması (11,8±2,76), babasının eğitimi okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite düzeyinde olan bireylerin puanına göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Babası memur olan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması 12,9±3,07 iken aynı değer babası işçi olan bireylerde 14,6±3,41 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre

babası memur olan bireylerin öz yeterliliklerinin, babası işçi olanlara göre daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.17. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	SYÖYÖ		p
		$\bar{x} \pm SS$		
Anne yaş (yıl)				
19-29	12	14,3±3,79		
30-39	163	13,6±3,31		0,686 ^K
40 ve üzeri	125	13,9±3,36		
Anne eğitim durumu				
Okuryazar değil	7	14,4±3,87		
Okuryazar	6	13,2±4,07		
İlkokul	52	14,3±3,11		
Ortaokul	58	14,1±3,08		0,071 ^K
Lise	90	13,9±3,39		
Üniversite	73	13,3±3,39		
Lisansüstü	14	11,7±2,55		
Anne meslek				
Ev hanımı	219	13,9±3,37		
Memur	49	12,6±2,68		
İşçi	12	14,3±3,77		0,156 ^K
Serbest meslek	9	13,8±3,11		
Emekli	1	13,0±0,00		
Diğer	10	15,3±4,62		
Baba yaş (yıl)				
30-39	92	13,6±3,55		
40-49	172	13,8±3,37		0,750 ^K
50 ve üzeri	36	13,6±2,68		
Baba eğitim durumu				
Okuryazar değil	1	22,0±0,00		
Okuryazar	7	14,1±4,18 ^B		
İlkokul	24	14,5±3,09 ^B		
Ortaokul	53	14,4±2,94 ^B		0,013 ^{K*}
Lise	104	13,7±3,45 ^B		
Üniversite	91	13,5±1,36 ^B		
Lisansüstü	20	11,8±2,76 ^A		
Baba meslek				
Çalışmıyor	7	14,3±4,07		
Memur	99	12,9±3,07 ^A		
İşçi	65	14,6±3,41 ^B		0,035 ^{K*}
Serbest meslek	60	14,0±3,24		
Emekli	22	13,4±2,56		
Diğer	47	14,2±3,90		

K: Kruskal Wallis testi, * $p<0,05$, A<B, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği

Tablo 4.18’de bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre hastalığı olan ve olmayan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması sırayla 13,6±2,37 ve 13,8±3,38

olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlenmiştir ($p>0,05$).

Besin alerjisi olmayan bireylerin SYÖYÖ toplam puanının ($13,8\pm3,40$), besin alerjisi olan bireylere ($13,3\pm2,49$) göre daha yüksek olduğu ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	SYÖYÖ $\bar{x} \pm SS$	p
Hastalık durumu			
Hastalığı var	11	13,6 \pm 2,37	0,838 ^M
Hastalığı yok	289	13,8 \pm 3,38	
Besin alerjisi durumu			
Var	19	13,3 \pm 2,49	0,717 ^M
Yok	281	13,8 \pm 3,40	

M: Man Whitney U testi, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği

Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.19’da verilmiştir. Bu tabloya göre ara öğün yapmayan bireylerin SYÖYÖ toplam puanı ($12,8\pm3,62$) diğer bireylere göre daha düşük bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Ana öğün atlama durumuna göre SYÖYÖ toplam puanının anlamlı bir farkı olmadığını belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	SYÖYÖ $\bar{x} \pm SS$	p
Ana öğün sayısı			
1	1	18,0 \pm 0,00	0,404 ^K
2	190	13,8 \pm 3,44	
3	109	13,7 \pm 3,18	
Ara öğün sayısı			
0	40	12,8 \pm 3,62	0,158 ^K
1	132	13,9 \pm 3,51	
2	92	13,9 \pm 3,07	
3	36	13,9 \pm 3,04	
Ana öğün atlama durumu			
Evet	191	13,8 \pm 3,44	0,937 ^M
Hayır	109	13,7 \pm 3,18	
Atlama öğün			
Sabah	53	13,7 \pm 3,26	0,829 ^K
Öğle	122	13,9 \pm 3,61	
Akşam	16	13,1 \pm 2,83	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği

Bireylerin z skor değerlerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.20’de verilmiştir. Bu tabloya göre boy uzunluğu z skor değerine göre SYÖYÖ toplam puanının anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BKİ değeri normal aralıkta olan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması $14,1\pm 3,46$ olarak belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez bireylerde ölçek toplam puan ortalaması sırasıyla $13,0\pm 3,14$ ve $13,4\pm 3,29$ olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre normal BKİ değerine sahip bireylerin öz yeterliliğinin fazla kilolu ve obez bireylere göre daha yüksek olduğu ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Bireylerin z skor değerlerine göre Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	SYÖYÖ $\bar{x} \pm SS$	p
Yaşa göre boy uzunluğu (cm)			
Çok kısa (<-2SD)	5	13,0±2,00	
Kısa ($\geq -2SD - < -1SD$)	14	14,3±3,33	
Normal ($\geq -1SD - < +1SD$)	179	14,1±3,36	0,091 ^K
Uzun ($\geq +1SD - < +2SD$)	79	12,8±2,70	
Çok uzun ($\geq +2SD$)	23	14,0±4,84	
Yaşa göre BKİ (kg/m²)			
Çok zayıf (< -2SD)	9	15,4±3,43	
Zayıf ($\geq -2SD - < -1SD$)	38	13,6±3,12	0,120 ^M
Normal ($\geq -1SD - < +1SD$)	154	14,1±3,46	
Fazla kilolu ($\geq 1SD - < +2SD$)	63	13,0±3,14	
Obez ($\geq +2SD$)	36	13,4±3,29	

K: Kruskal Wallis testi, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği, BKİ: Beden Kütle İndeksi

4.6. Bireylerin Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Bulguları

Bireylerin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.21’de verilmiştir. Tabloya göre kız ve erkek çocuklarının ölçek toplam puanı ortalaması $11,4\pm 2,25$ ve $11,3\pm 2,23$ olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasında istatistiksel fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4. sınıftaki bireylerin ADÖ puanı ($11,6\pm 2,19$), 5. sınıftaki ($11,1\pm 2,27$) bireylerin puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$).

Yaş ve ailede yaşayan kişi sayısına göre ADÖ toplam puanının istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Bireylerin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	ADÖ $\bar{x} \pm SS$	p
Cinsiyet			
Kız	165	11,4±2,25	0,524 ^M
Erkek	135	11,3±2,23	
Toplam	300	11,4±2,24	
Yaş (yıl)			
9	9	11,2±2,64	0,105 ^K
10	152	11,7±2,09	
11	126	11,0±2,40	
12	13	11,6±1,61	
Devam edilen okul			
4.Sınıf	160	11,6±2,19	0,084 ^M
5.Sınıf	140	11,1±2,27	
Ailedeki kişi sayısı			
2	3	11,0±1,73	0,727 ^K
3	20	11,0±2,13	
4	107	11,3±2,27	
5	100	11,3±2,40	
6 ve üzeri	70	11,6±2,04	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği

Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.22’de verilmiştir. Bu tabloya göre anne ve babanın; yaşı, mesleği, eğitim durumuna göre ADÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Serbest meslek sahibi annelerin çocuklarının ADÖ toplam puanı $10,9\pm 1,54$ olup diğer meslek grubunda yer alan annelerin çocuklarına göre daha düşüktür ($p>0,05$).

Babası 50 yaş ve üzerinde olan çocukların ADÖ toplam puanı $10,6\pm 1,29$ diğer yaş gruplarındakilere göre daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.22. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	ADÖ	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Anne yaş (yıl)			
19-29	12	11,3±2,01	0,876 ^K
30-39	163	11,5±2,11	
40 ve üzeri	125	11,3±2,43	
Anne eğitim durumu			
Okuryazar değil	7	12,0±1,83	0,880 ^K
Okuryazar	6	11,2±2,64	
İlkokul	52	11,1±2,46	
Ortaokul	58	11,3±1,98	
Lise	90	11,4±2,05	
Üniversite	73	11,5±2,39	
Lisansüstü	14	11,3±3,02	
Anne meslek			
Ev hanımı	219	11,3±2,17	0,634 ^K
Memur	49	11,6±2,71	
İşçi	12	11,3±2,19	
Serbest meslek	9	10,9±1,54	
Emekli	1	11,0±0,00	
Diğer	10	11,2±2,20	
Baba yaş (yıl)			
30-39	92	11,4±2,17	0,069 ^K
40-49	172	11,5±2,25	
50 ve üzeri	36	10,6±1,29	
Baba eğitim durumu			
Okuryazar değil	1	13,0±0,00	0,966 ^K
Okuryazar	7	11,1±1,46	
İlkokul	24	11,3±2,15	
Ortaokul	53	11,5±2,12	
Lise	104	11,5±2,15	
Üniversite	91	11,3±2,41	
Lisansüstü	20	11,3±2,72	
Baba meslek			
Çalışmıyor	7	10,4±2,76	0,452 ^K
Memur	99	11,4±2,50	
İşçi	65	11,5±2,09	
Serbest meslek	60	11,5±1,93	
Emekli	22	10,5±2,20	
Diğer	47	11,5±2,15	

K: Kruskal Wallis testi, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği

Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.23'te verilmiştir. Bu tabloya göre hastalığı olan ve olmayan bireylerin ADÖ toplam puan ortalaması sırasıyla 9,8±3,29 ve 11,4±2,18 olarak belirlenmiştir (p>0,05).

Besin alerjisi olan bireylerin ADÖ toplam puan ortalaması (11,8±2,23) ile besin alerjisi olmayanların puan ortalaması (11,4±2,24) istatistiksel olarak farklı değildir (p>0,05).

Tablo 4.23. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	ADÖ	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Hastalık durumu			
Hastalığı var	11	9,8±3,29	0,102 ^M
Hastalığı yok	289	11,4±2,18	
Besin alerjisi durumu			
Var	19	11,8±2,23	0,438 ^M
Yok	281	11,4±2,24	

M: Man Whitney U testi, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği

Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması Tablo 4.24'te verilmiştir. Ara öğün yapmayan bireylerin ADÖ toplam puan ortalaması 10,7±2,37 olarak belirlenmiştir. Bu ortalama ara öğün seçeneklerine göre daha düşük olup sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sabah, öğle ve akşam öğünlerini atlayan bireylerin ADÖ toplam puan ortalaması sırasıyla; 11,4±2,18, 11,2±2,39 ve 10,6±1,71 olarak belirlenmiştir. Bu ortalamalara göre akşam öğününü atlayan çocukların aile desteği puanı daha düşük bulunmuştur ancak sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.24. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	ADÖ	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Ana öğün sayısı			
1	1	13,0±0,00	0,124 ^K
2	190	11,2±2,28	
3	109	11,7±2,14	
Ara öğün sayısı			
0	40	10,7±2,37	0,107 ^K
1	132	11,3±2,32	
2	92	11,7±2,03	
3	36	11,6±2,19	
Ana öğün atlama durumu			
Evet	191	11,2±2,82	0,067 ^M
Hayır	109	11,7±2,14	
Atlanan öğün			
Sabah	53	11,4±2,18	0,386 ^K
Öğle	122	11,2±2,39	
Akşam	16	10,6±1,71	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği

Tablo 4.25'te bireylerin z skor değerlerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre yaşa göre boy uzunluğu z skor değerine göre öğrencilerin ADÖ toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak farklı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

BKİ değeri normal aralıkta olan bireylerin ADÖ toplam puan ortalaması $11,3\pm 2,39$ iken obez bireylerin ölçek toplam puanı $11,8\pm 1,57$ olarak belirlenmiştir. Yaşa göre BKİ z skor değeri ve ADÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.25. Bireylerin z skor değerlerine göre Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği toplam puan ortalaması

	Sayı	ADÖ	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Yaşa göre boy uzunluğu (cm)			
Çok kısa ($<-2SD$)	5	$11,8\pm 2,17$	0,451 ^K
Kısa ($\geq-2SD - <-1SD$)	14	$10,9\pm 2,50$	
Normal ($\geq-1SD - <+1SD$)	179	$11,6\pm 2,10$	
Uzun ($\geq+1SD - <+2SD$)	79	$11,2\pm 2,42$	
Çok uzun ($\geq+2SD$)	23	$10,7\pm 2,47$	
Yaşa göre BKİ (kg/m^2)			
Çok zayıf ($<-2SD$)	9	$11,2\pm 1,79$	0,876 ^M
Zayıf ($\geq-2SD - <-1SD$)	38	$11,7\pm 1,81$	
Normal ($\geq-1SD - <+1SD$)	154	$11,3\pm 2,39$	
Fazla kilolu ($\geq+1SD - <+2SD$)	63	$11,3\pm 2,47$	
Obez ($\geq+2SD$)	36	$11,8\pm 1,57$	

K: Kruskal Wallis testi, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği, BKİ: Beden Kütle İndeksi

4.7. Bireylerin Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (PAQ-C) Bulguları

Bireylerin demografik özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması Tablo 4.26'da verilmiştir. Tabloya göre kızların ve erkeklerin fiziksel aktivite skoru sırasıyla $3,2\pm 0,70$ ve $3,5\pm 0,68$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre erkek katılımcıların kızlara göre fiziksel olarak daha aktif oldukları ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

4. sınıftaki bireylerin fiziksel aktivite skoru ortalaması $3,4\pm 0,71$ iken 5. sınıftaki bireylerde bu skor $3,3\pm 0,71$ olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ailedeki kişi sayısı ve bireyin yaşına göre fiziksel aktivite skorunun istatistiksel açıdan farklı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Bireylerin demografik özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması

	Sayı	PAQ-C	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Cinsiyet			
Kız	165	3,2±0,70	0,000^{M*}
Erkek	135	3,5±0,68	
Toplam	300	3,4±0,71	
Yaş (yıl)			
9	9	3,6±0,53	0,467 ^K
10	152	3,4±0,71	
11	126	3,3±0,74	
12	13	3,5±0,47	
Eğitim düzeyi			
4.Sınıf	160	3,4±0,71	0,781 ^M
5.Sınıf	140	3,3±0,71	
Ailedeki kişi sayısı			
2	3	3,3±0,73	0,618 ^K
3	20	3,3±0,66	
4	107	3,4±0,74	
5	100	3,4±0,73	
6 ve üzeri	70	3,3±0,66	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, *p<0,05, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi

Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması Tablo 4.27’de verilmiştir. Anne ve babanın yaşının bireyin fiziksel aktivite skoru üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Annesi lisansüstü eğitim alan bireylerin fiziksel aktivite skoru ortalaması 4,0±0,72 olarak belirlenmiştir. Bu ortalama annesi diğer eğitim düzeyinde olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Annesi lisansüstü düzeyde eğitim alan bireylerin diğer bireylere göre fiziksel olarak daha aktif olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Annesi ev hanımı ve memur olan bireylerin fiziksel aktivite skorları sırasıyla 3,3±0,69 ve 3,6±0,78 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre annesi memur olan bireylerin, annesi ev hanımı olan bireylere göre fiziksel olarak daha aktif olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Babanın yaşı, eğitim durumu ve meslek durumunun bireyin fiziksel aktivite skoru üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.27. Bireylerin ebeveynlerinin demografik özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması

	Sayı	PAQ-C	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Anne yaş (yıl)			
19-29	12	3,3±0,68	0,679 ^K
30-39	163	3,4±0,69	
40 ve üzeri	125	3,3±0,74	
Anne eğitim durumu			
Okuryazar değil	7	3,0±0,40 ^A	0,002 ^{K*}
Okuryazar	6	3,4±0,86 ^A	
İlkokul	52	3,3±0,67 ^A	
Ortaokul	58	3,2±0,65 ^A	
Lise	90	3,4±0,66 ^A	
Üniversite	73	3,5±0,77 ^A	
Lisansüstü	14	4,0±0,72 ^B	
Anne meslek			
Ev hanımı	219	3,3±0,69 ^A	0,032 ^{K*}
Memur	49	3,6±0,78 ^B	
İşçi	12	3,1±0,53	
Serbest meslek	9	3,4±0,68	
Emekli	1	4,3±0,00	
Diğer	10	3,4±0,70	
Baba yaş (yıl)			
30-39	92	3,4±0,70	0,914 ^K
40-49	172	3,4±0,72	
50 ve üzeri	36	3,3±0,74	
Baba eğitim durumu			
Okuryazar değil	1	2,8±0,00	0,075 ^K
Okuryazar	7	3,3±0,52	
İlkokul	24	3,3±0,71	
Ortaokul	53	3,2±0,62	
Lise	104	3,3±0,68	
Üniversite	91	3,5±0,77	
Lisansüstü	20	3,8±0,75	
Baba meslek			
Çalışmıyor	7	2,8±0,91	0,197 ^K
Memur	99	3,5±0,75	
İşçi	65	3,3±0,60	
Serbest meslek	60	3,3±0,70	
Emekli	22	3,5±0,74	
Diğer	47	3,3±0,70	

K: Kruskal Wallis testi, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi, *p<0,05, A<B

Tablo 4.28’de bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre hastalık ve besin alerjisi durumuna göre fiziksel aktivite skorunun farklı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.28. Bireylerin hastalık ve besin alerjisi durumlarına göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması

	Sayı	PAQ-C $\bar{x} \pm SS$	p
Hastalık durumu			
Hastalığı var	11	3,6±0,62	0,157 ^M
Hastalığı yok	289	3,4±0,71	
Besin alerjisi durumu			
Var	19	3,3±0,78	0,745 ^M
Yok	281	3,4±0,71	

M: Man Whitney U testi, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi

Tablo 4.29’de bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre ana öğün sayısı ve ana öğün atlama durumu ve ara öğün-sayısına göre bireylerin fiziksel aktivite skorları istatistiksel olarak farklı değildir. ($p>0,05$). Ancak, ana öğünü atlayan bireyler arasında akşam öğününü atladığı belirtenlerin fiziksel aktivite skorlarının ($3,1\pm0,9$) diğer öğünleri atlayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.29. Bireylerin öğün alışkanlıklarına göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması

	Sayı	PAQ-C $\bar{x} \pm SS$	p
Ana öğün sayısı			
1	1	2,6±0,00	0,440 ^K
2	190	3,4±0,68	
3	109	3,4±0,77	
Ara öğün sayısı			
0	40	3,4±0,74	0,127 ^K
1	132	3,3±0,71	
2	92	3,3±0,71	
3	36	3,6±0,66	
Ana öğün atlama durumu			
Evet	191	3,4±0,68	0,856 ^M
Hayır	109	3,4±0,76	
Atlanan öğün			
Sabah	53	3,2±0,64 ^B	0,032 ^{K*}
Öğle	122	3,5±0,64 ^B	
Akşam	16	3,1±0,94 ^A	

M: Man Whitney U testi, K: Kruskal Wallis testi, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi, * $p<0,05$, A<B

Tablo 4.30’da bireylerin z skor değerlerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre çok kısa ve kısa bireylerin fiziksel aktivite skoru sırasıyla $3,0\pm0,69$ ve $3,2\pm0,76$ iken boy uzunluğu normal, uzun ve çok uzun olan bireylerin fiziksel aktivite skoru sırasıyla; $3,4\pm0,72$, $3,4\pm0,72$ ve $3,3\pm0,55$ olarak

belirlenmiştir. Çok kısa ve kısa bireylerin fiziksel aktivite skorları diğer bireylere göre daha düşük bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Obez bireylerin fiziksel aktivite skoru ($3,2\pm0,61$) diğer bireylerin fiziksel aktivite skoruna göre daha düşük bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.30. Bireylerin z skor değerlerine göre Fiziksel Aktivite Anketi skoru ortalaması

	Sayı	PAQ-C	p
		$\bar{x} \pm SS$	
Yaşa göre boy uzunluğu (cm)			
Çok kısa (<-2SD)	5	3,0±0,69	0,387 ^K
Kısa ($\geq-2SD$ - <-1SD)	14	3,2±0,76	
Normal ($\geq-1SD$ - <+1SD)	179	3,4±0,72	
Uzun ($\geq+1SD$ - <+2SD)	79	3,4±0,72	
Çok uzun ($\geq+2SD$)	23	3,3±0,55	
Yaşa göre BKİ (kg/m²)			
Çok zayıf (<-2SD)	9	3,4±0,82	0,876 ^M
Zayıf ($\geq-2SD$ - <-1SD)	38	3,6±0,65	
Normal ($\geq-1SD$ - <+1SD)	154	3,3±0,75	
Fazla kilolu ($\geq+1SD$ - <+2SD)	63	3,4±0,67	
Obez ($\geq+2SD$)	36	3,2±0,61	

K: Kruskal Wallis testi, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi, BKİ: Beden Kütle İndeksi

Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre farklı ölçek puanlarının ortalaması Tablo 4.31'de verilmiştir. Bu tabloya göre KIDMED puanı kötü, geliştirilmeli ve iyi olan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması sırasıyla; $14,9\pm3,74$, $13,7\pm3,23$ ve $12,5\pm2,80$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre bireylerin KIDMED puan düzeyi arttıkça öz yeterlilik puanının arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeyi arttıkça aile destek puanı ve fiziksel aktivite skorunun da arttığı saptanmıştır. ($p<0,05$).

Tablo 4.31. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre farklı ölçek puanlarının ortalaması

	KIDMED Sınıflama			p ^K
	Kötü	Geliştirilmeli	İyi	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
SYÖYÖ	12,5±2,80 ^A	13,7±3,23 ^B	14,9±3,74 ^C	0,000*
ADÖ	10,6±2,19 ^A	11,5±2,17 ^B	11,9±2,29 ^C	0,001*
PAQ-C	3,1±0,74 ^A	3,4±0,70 ^B	3,7±0,61 ^C	0,000*

K: Kruskal Wallis testi, * $p<0,05$, A<B<C, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi

Tablo 4.32’de bireylerin ölçek puanlarının farklı parametrelerle korelasyonu verilmiştir. Bu tabloya göre Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği puanının; Aile Desteği Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Ölçeği skoruyla arasında pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bireylerin ailelerinden sağlıklı yeme ile ilgili gördükleri destek ve fiziksel aktivite düzeyi arttıkça Akdeniz diyetine uyumunun arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sağlıklı yeme ile ilgili aile desteği arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu iki parametre arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Ölçek puanları ile (KIDMED, SYÖYÖ, ADÖ, PAQ-C) demografik özellikler ve antropometrik ölçüm değeri arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.32. Bireylerin ölçek puanlarının farklı parametrelerle korelasyonu

	KIDMED		SYÖYÖ		ADÖ		PAQ-C	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Ölçekler								
KIDMED	1	-	0,304	0,000*	0,215	0,000*	0,282	0,000*
SYÖYÖ	0,304	0,000*	1	-	-0,065	0,259	-0,072	0,216
ADÖ	0,215	0,000*	-0,065	0,259	1	-	0,121	0,036*
PAQ-C	0,282	0,000*	-0,072	0,216	0,121	0,036*	1	-
Demografik özellikler								
Çocuk yaş (yıl)	-0,045	0,433	0,018	0,759	-0,098	0,090	-0,007	0,900
Anne yaş (yıl)	0,006	0,912	0,019	0,746	-0,049	0,395	0,049	0,395
Baba yaş (yıl)	-0,007	0,900	0,024	0,675	-0,063	0,274	-0,025	0,662
Antropometrik ölçümler								
Boy uzunluğu (cm)	0,023	0,692	-0,087	0,131	-0,059	0,309	0,057	0,327
Vücut ağırlığı (kg)	0,075	0,193	-0,106	0,067	-0,021	0,719	-0,037	0,521
BKİ (kg/m ²)	0,087	0,131	-0,095	0,102	0,015	0,791	-0,082	0,157
Boyun çevresi (cm)	0,081	0,160	-0,081	0,163	0,041	0,480	0,061	0,292
ÜOKÇ (cm)	0,007	0,910	-0,028	0,630	-0,011	0,848	-0,028	0,627

Spearman korelasyon testi, * $p<0,05$, KIDMED: Akdeniz Diyet Kalite İndeksi, SYÖYÖ: Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği, ADÖ: Aile Desteği Ölçeği, PAQ-C: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi, BKİ: Beden Kütle İndeksi, ÜOKÇ: Üst Orta Kol Çevresi

5.TARTIŞMA

5.1.Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Genel Özellikler

Araştırmamıza katılan bireylerin %55,0'inin kız, %45,0'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Bu oranlar, genellikle eşit bir cinsiyet dağılımına yakın olması nedeniyle literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Dal'ın (2021) yaptığı bir araştırmada, benzer şekilde %55.0'inin kız, %45.0'inin erkek cinsiyette olduğu rapor edilmiştir (68)

Bireylerin yaş ortalamasının 10,5±0,63 yıl olduğu ve %92,7 oranında bireylerin 10-11 yaş grubunda yoğunlaştığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.1). Bu bulgu, bu yaş grubunun beslenme alışkanlıklarının şekillendiği kritik bir dönem olması nedeniyle önem arz etmektedir.

Annelerin yaş ortalaması 38,4±5,32 yıl, babaların yaş ortalaması ise 42,4±5,58 yıl olarak bulunmuştur. Annelerin %73,0'ü ev hanımı, babaların %33,0'ü memur olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA-2018)'na göre, Türkiye'nin orta bölgesinde yaşayan kadınların %21,6'sı ilkokul mezunu değildir. İlkokul mezunu kadınların oranı %35,3, ortaokul mezunu oranı %15,1, lise ve üzeri eğitim alan kadınların oranı ise %27,9 olarak tespit edilmiştir. Aynı bölgedeki erkeklerde ilkokul mezunu oranı %31,3, ortaokul mezunu oranı %18,8, lise ve üzeri mezuniyet oranı ise %38,3 olarak belirlenmiştir (79). Çalışmamızda okuryazar olmayan anneler %2,3, ilkokul mezunu anneler %17,3, ortaokul mezunu anneler %19,3, lise ve üzeri mezuniyette olan annelerin oranı ise %59 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki veriler, TNSA-2018 verilerine göre daha yüksek bulunmuş ve lise ve üzeri eğitim alan annelerin oranı %59.1 iken lise ve üzeri eğitim alan babaların oranı %71.7 olduğu saptanmıştır.

Bireylerin %3,7'sinde herhangi bir hastalık bulunurken, en yaygın hastalıkların astım (%36,4) ve tiroit hastalıkları (%18,2) olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.3). Bu bulgu, çocukluk döneminde solunum yolu ve endokrin hastalıklarının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir. Besin alerjisi prevalansı %6,3 olarak bulunmuş ve en sık alerji oluşturan gıdaların yağlı tohumlular (%36,8) ve meyve grubu (%31,6) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Türkiye'de 10-11 yaş 6963 çocuğun katılımıyla

yapılan bir çalışmada ebeveyn tarafından bildirilen besin alerjisi prevalansı %20,2, deri testiyle saptanan duyarlılık oranı %5,9 olarak bulunmuştur. Kanıtlanmış besin alerjisi prevalansı ise %0,16'dır. En sık alerjik reaksiyon gösteren besinlerin ise ceviz, kırmızı et, yumurta, fıstık, fındık, şeftali, ıspanak, peynir ve kivi olduğu saptanmıştır (80).

5.2. Bireylerin Öğün Alışkanlıkları, Enerji ve Besin Ögesi Tüketimi

Bireylerin %63,7'sinin günlük öğün sayısının üçten az olduğu ve %63,9'unun öğle öğününü atladığı tespit edilmiştir. Hiç ara öğün yapmayanların oranı %13,3 iken günde 3 ara öğün yapanların oranı ise %12,0 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bu bulgu, bireylerin düzenli bir beslenme alışkanlığına sahip olmadığını göstermekte ve beslenme davranışlarını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin varlığına işaret etmektedir. Öğün atlama nedenleri arasında en sık belirtilen faktörün iştahsızlık (%46,6) olduğu belirtilmiştir. Demirkıran'ın yaptığı çalışmada çocukların %25,7'sinin ana öğünü atladığı ve en sık atlanan öğünün ise %69,0 ile öğle öğünü olduğu saptanmış ve ara öğün sayısı 3 olan çocukların oranının ise %7,1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada öğün atlamanın temel sebebi %39,3 oranı ile canının istememesi olarak bulunmuştur. (81). Çalışmamız, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bireylerin günlük enerji tüketimi ortalaması $1317,9 \pm 412,33$ kkal olup, bu değer in TÜBER tarafından önerilen enerji ihtiyacının %68,1'ini karşıladığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.5). Bununla birlikte, çocukların enerji tüketimlerinin önemli bir kısmının ultra işlenmiş gıdalardan sağlandığı belirlenmiştir. Örneğin, her gün çikolata tüketen kız ve erkek çocukların oranları sırasıyla %18,8 ve %14,1 olarak belirlenmiştir. Haftada 2-3 kez çikolata tükettiğini ifade edenlerin oranı ise kızlarda %46,7, erkeklerde %54,8'dir. Bisküvi tüketimi açısından, haftada 2-3 kez tüketimin en sık tercih edilen sıklık olduğu ve bu oranların kızlarda %33,9, erkeklerde %40,0 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, her gün gazlı içecek tüketenlerin oranı kızlarda %7,3, erkeklerde ise %12,6 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocukların enerji alımlarının önemli bir kısmının ultra işlenmiş gıdalardan sağlandığını göstermektedir. Bu durum, hem günlük enerji ihtiyacının tam olarak karşılanamamasına hem de sağlıksız beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşmasına yol açabilir. Ultra işlenmiş gıdaların aşırı tüketimi, enerji dengesizliği ve obezite, diyabet gibi sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, çocukların beslenme

alışkanlıklarının düzenlenmesi ve ultra işlenmiş gıda tüketiminin sınırlandırılması adına ebeveynlerin, eğitimcilerin ve sağlık uzmanlarının bilinçlendirilmesi önem arz etmektedir. Enerji tüketiminin yetersizliği, bireylerin büyümeleri ve gelişmeleri üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Karbonhidrat, protein ve yağdan gelen enerji yüzdelerinin sırasıyla %45, %15 ve %40 olduğu saptanmıştır. Önerilen karbonhidrat yüzdesinin %45-60 arasında ve yağ yüzdesinin %20-35 arasında olduğu düşünüldüğünde karbonhidrat tüketiminin alt sınırdaki olduğu, yağ tüketiminin ise üst sınırı aştığı görülmektedir. Bu durum bireylerin enerji kaynakları arasında dengeli bir dağılım olmadığını göstermektedir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 9-11 yaş arasındaki 200 öğrenciyle yürütülen çalışmada günlük ortalama 1286 kkal enerji alındığı saptanmıştır. Bu çalışmada günlük tüketilen makro besin öğelerine bakıldığında karbonhidrat %45.4, protein %16.7 ve yağ %37.7 oranı tespit edilmiştir. (57).

Günlük D vitamini tüketimi ortalamasının $4,9 \pm 7,26$ mcg olarak bulunması ve bu değer önerilen miktarın %33,6'sını karşılaması, bireylerde D vitamini eksikliği riskinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.5). Bu durum, bireylerin güneş görme süreleri ve diyetle D vitamini alımlarının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Karagöl'ün 0-18 yaş aralığında olan çocuklarda D vitamini düzeylerini ve tedavisini değerlendirmek için yaptığı çalışmaya katılan 3368 sağlıklı çocuğun %24,9'unda D vitamini yetersizliği ve %18,1'inde D vitamini eksikliği bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarına göre obezitesi olan her 10 çocuktan 9'unda D vitamini eksikliği saptanmıştır (82).

2008-2011 yılları arasında İngiltere'de 902 çocuk üzerinde yapılan bir toplum taramasında, D vitamini eksikliğinin 1,5-3 yaş grubunda %7,5, 4-10 yaş grubunda %16 ve 11-18 yaş grubunda %24,4 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, 65 yaş üzeri yetişkinlerde bu oran erkeklerde %16,9, kadınlarda ise %24,1 olarak rapor edilmiştir (83).

Çalışmada elde ettiğimiz bu sonuçlar "İlköğretim çağı çocukları enerji ve besin ögesi gereksinmelerini karşılayamamaktadır." hipotezimizi destekler niteliktedir.

5.3.Çocukların Antropometrik Ölçümleri

Araştırmaya katılan bireylerin boy uzunlukları incelendiğinde, kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Ancak vücut ağırlığının kız çocuklarda erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir. BKİ değerleri incelendiğinde, kız ($18,5 \pm 3,37$ kg/m²) ve erkek ($17,9 \pm 3,36$ kg/m²) çocuklar

arasında anlamlı bir fark bulunmamış olmasına rağmen, kız çocukların fazla kilolu olma oranının (%23,6) erkek çocuklardan (%17,8) daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.6). Bu bulgu, kız çocukların beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin özellikle dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir. Yaşa göre boy uzunluğu ve BKİ z skor dağılımları incelendiğinde, bireylerin çoğunluğunun (%59.7) normal aralıkta olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, fazla kilolu (%21) ve obez (%12) bireylerin oranları dikkat çekici seviyelerdedir. Bu durum, bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinin iyileştirilmesine yönelik müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi sonuçlarına göre, yaşa göre çok uzun boylu çocuk sayısının oldukça düşük olduğu, buna karşın kısa boyluluk oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özellikle 8-10 yaş grubunda kısa boylu çocukların oranı sırasıyla %21,7, %22,2 ve %21,5 olarak belirlenmiştir. Boy uzunluğu z-skoru dağılımına göre ise aynı yaş grubundaki çocukların çoğunluğunun boy uzunluğu normal sınırlar içinde yer almakta olup, bu oranlar sırasıyla %64,3, %63,8 ve %64,8 olarak rapor edilmiştir. Bu veriler, çocukların büyüme durumlarının yaş gruplarına göre değişiklik gösterdiğini göstermektedir. Bu projenin verilerine göre, 5-19 yaş arası çocuk ve adölesanların BKİ z-skoru dağılımında %70,0'ının normal, %14,3'ünün hafif şişman ve %6,5'inin obez olduğu tespit edilmiştir. Yaşa göre detaylı bir inceleme yapıldığında, 8-10 yaş grubunda BKİ z-skoru normal olanların oranı sırasıyla %70,3, %67,4 ve %68,5 olarak saptanmıştır. Aynı yaş grubunda hafif şişman olanların oranı sırasıyla %14,4, %14,1 ve %14,5, obez olanların oranı ise %6,1, %7,7 ve %6,9'dur. Çok zayıf veya zayıf olma oranlarının ise oldukça düşük düzeylerde olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, 8-10 yaş grubundaki çocukların büyük bir kısmının normal BKİ z-skoru aralığında olduğunu, ancak hafif şişmanlık ve obezitenin önemli bir sağlık sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir (84). Çalışmamızdaki bulgular TOÇBİ çalışması ile karşılaştırıldığında normal z-skora sahip çocukların oranlarında azalma olduğu ve fazla kilolu ve obez oranında ise oldukça dikkat çekici bir artış olduğu görülmektedir.

Boyun çevresi değerleri kız ($28,6 \pm 2,15$) ve erkek ($28,7 \pm 1,99$) çocuklar arasında anlamlı bir fark göstermemiştir (Tablo 4.6). Hatipoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, prepubertal ve pubertal dönemlerde obeziteyi belirlemek için boyun çevresi kesim noktaları cinsiyete göre farklılık göstermiştir. Prepubertal dönemde boyun çevresi

erkekler için 29,0 cm, kızlar için 28,0 cm; pubertal dönemde ise erkekler için 32,5 cm, kızlar için 31,0 cm olarak belirlenmiştir (85).

Yaptığımız çalışmanın bulguları ile bu bulguları birlikte değerlendirildiğimizde, bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında boyun çevresi açısından belirgin bir farklılık saptanmazken, Hatipoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında boyun çevresi cinsiyete özgü farklılıklar ile ilişkilendirilmiş ve obezite için kesim noktaları belirlenmiştir. Bu durum, farklı yaş grupları ve popülasyon özelliklerinin değişkenliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Üst orta kol çevresi değerleri erkek çocuklarda ($22,5 \pm 15,92$) kızlara ($21,9 \pm 3,22$) göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu fark, erkek çocukların daha yüksek kas kütlesine sahip olmasıyla ilişkili olabilir. Çok uluslu kesitsel bir çalışmaya 9-11 yaş aralığındaki 7337 çocuk dahil edilmiş ve üst orta kol çevresinin obeziteyi belirlemede yüksek doğruluk seviyelerine sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaya göre genel olarak, 25 cm'lik ÜOKÇ kesim değeri hem erkeklerde hem de kızlarda obeziteyi tanımlamada etkili bulunmuştur. Ükelere göre analizde, bu değer 23.2 cm ile 26.2 cm arasında değişmiştir (86).

5.4.Akdeniz Diyetine Uyum

Akdeniz Diyeti, sağlıklı yaşam tarzını destekleyen bir beslenme modelidir ve bireylerin bu diyetle uyumu, çeşitli demografik faktörlere bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Çalışmamızdaki bulgular, yaş, cinsiyet ve ailedeki kişi sayısı gibi demografik özelliklerin diyet uyumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermiştir (Tablo 4.9). Çalışmamıza katılan kız öğrencilerin %57'sinin, erkek öğrencilerin ise %55'inin Akdeniz diyeti uyum düzeyi orta; kız öğrencilerin %23.6'sının, erkek öğrencilerin ise %22,3'ünün kötü; kız öğrencilerin %19,4'ünün, erkek öğrencilerin %23.7'sinin ise iyi olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre KİDMED açısından farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmamıza katılan öğrencilerin KİDMED puanı ortalama $5,5 \pm 2,48$ olarak hesaplanmış ve bu puanın yaştaki artışa bağlı olarak azalma gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Çalışmamızın bulguları çocukların orta düzeyde bir KİDMED puana sahip olduklarını göstermiş olup "İlköğretim çağı çocuklarının KİDMED puanları düşüktür." hipotezini destekler nitelikte olduğu söylenebilmektedir. Katılımcıların KİDMED puanının düşmesinde ultra işlenmiş gıdaların sık tüketiliyor olması etkili olabilmektedir. Çalışmamızda her gün çikolata

tüketen kız katılımcıların oranının (%18,8), erkek katılımcılara (%14,1) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, kız çocuklarının tatlı yiyeceklere olan eğiliminin daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, haftada 2-3 kez çikolata tüketen katılımcılar incelendiğinde, erkeklerde (%54,8) bu oranın kızlara (%46,7) kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, bisküvi tüketiminde de erkeklerin (%40,0), kızlara (%33,9) göre daha sık tüketim eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, erkeklerin paketli atıştırmalıklara daha yatkın olabileceğini ortaya koymaktadır. Gazlı içecek tüketimi açısından değerlendirildiğinde ise, her gün gazlı içecek tüketen erkeklerin oranı (%12,6), kızların oranından (%7,3) belirgin şekilde daha yüksektir. Ultra işlenmiş gıdaların sık tüketimi uzun vadede sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Kabaran ve Gezer'in çalışmasında KİDMED puanı ortalama $5,72 \pm 2,33$ olarak saptanmış ve sınıfın yükselmesi ile ters orantı göstermektedir (87).

Kalaycık'ın yaptığı çalışmada 11-15 yaş aralığında çocukların KİDMED puanı ortalaması $5,03 \pm 2,56$ olarak bulunmuş ve çalışmaya katılan öğrenciler arasında, kızların %52,8'inin ve erkeklerin %58,3'ünün Akdeniz diyetine uyum düzeyinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, kızların %27,2'sinin ve erkeklerin %21,2'sinin uyum düzeyinin kötü olduğu, kızların %20'sinin ve erkeklerin %20,5'inin ise uyum düzeyinin iyi olduğu tespit edilmiştir (36). Yapılan bu çalışmalar bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

Anne ve babanın eğitim seviyesi ve mesleği gibi ebeveyn faktörlerinin çocukların Akdeniz diyetine uyumunda belirgin etkiler taşıdığı saptanmıştır. Anneleri ($7,2 \pm 2,46$), ve babaları ($7,0 \pm 2,34$) lisansüstü düzeyde eğitim almış bireylerin daha yüksek KIDMED puanlarına sahip olması ebeveynlerin eğitim seviyesinin beslenme bilinci üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (Tablo 4.10). Babası üniversite veya lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan çocukların daha yüksek KIDMED puanlarına sahip olmaları, aile içi beslenme tercihlerini etkileyen faktörlerin baba eğitimiyle de ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak baba meslek durumu ile KIDMED puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaması, ekonomik güvenliğin tek başına sağlıklı beslenme alışkanlıklarını belirlemediğini gösterebilir. Annenin meslek durumunun da Akdeniz diyetine uyumu etkilediği görülmektedir. Annesi memur olan çocukların daha yüksek KIDMED puanlarına sahip olmaları, çalışan annelerin beslenme konusunda daha planlı ve bilinçli yaklaşımlar sergileyebileceklerini düşünmeyi mümkün kılmaktadır. Dal'ın yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre; annesi okuryazar olmayan çocukların Akdeniz

diyetine uyum düzeyinin, annesi ön lisans, lisans veya lisansüstü eğitim almış çocuklara kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir (68). İspanya’da 8-16 yaş aralığındaki 3333 çocuk ve ergen üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, ebeveynleri üniversite mezunu olan bireylerin KIDMED indeksi puanlarının, ebeveynleri ortaöğretim veya ilköğretim mezunu ya da örgün eğitim almamış olanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, meyve, sebze ve süt ürünlerini günlük; balık, bakliyat ve kuruyemişleri ise haftalık olarak tüketme oranlarının, ebeveynleri üniversite mezunu olan çocuklar arasında daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Buna karşın, ebeveynleri orta veya ilköğretim mezunu ya da örgün eğitim görmemiş olan çocukların önemli bir bölümünün fast food, tatlı ve şeker tüketiminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (88). Yapılan bu çalışmalar bizim çalışmamız ile benzerlik göstermekte ve ebeveynlerin eğitim ve farkındalık seviyelerinin, çocukların beslenme alışkanlıklarını şekillendirmede önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

KIDMED skorlarına göre bireylerin enerji ve makro besin alımlarında önemli farklılıklar bulunmamıştır (Tablo 4.14). Ancak, KIDMED puanı daha yüksek olan bireylerin diyetlerindeki doymuş yağ asidi miktarının daha düşük ($23,5 \pm 12,09$ g) olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, diyet kalitesinin enerji alımından ziyade besin öğelerinin dengesiyle ölçülmesi gerektiğini işaret etmektedir. Çalışmamızda, sabah ve öğle öğünlerini atlayan bireylerin KIDMED toplam puanlarının sırasıyla $4,5 \pm 2,13$ ve $5,6 \pm 2,71$ olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, sabah öğününü atlayan bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeylerinin, öğle öğününü atlayan bireylerden anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermektedir. Sabah öğününü atlamanın, bireylerin genel beslenme kalitesini ve Akdeniz diyetine uyumlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, bireylerin yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ z skor değerlerine göre KIDMED toplam puan ortalamaları incelenmiş ve bu parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Dal’ın kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayan öğrenciler ve annelerinin beslenme durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında kentsel ve kırsal bölgelerde yaşayan çocukların yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ z skor aralıklarına göre KIDMED testi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.13). Ancak, yaşa göre boy uzunluğu z skor aralıklarının tümünde, kentsel bölgede yaşayan çocukların KIDMED puan ortalamalarının kırsal bölgede yaşayan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (68).

5.5.Çocukların SYÖY'leri

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kız ve erkek bireylerin SYÖY puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.15). Bireylerin toplam SYÖY puan ortalamaları $13,8\pm 3,35$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç “İlköğretim çağı çocuklarının sağlıklı yeme öz-yeterlilik puanları düşüktür.” hipotezini desteklememektedir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, 9 yaş grubundaki bireylerin SYÖY puanları daha düşük bulunurken, 12 yaş grubundaki bireylerde puanların daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yunanistan’da 10-15 yaş aralığındaki 205 çocuk ile gerçekleştirilen çalışmada kız çocuklarının sağlıklı beslenme tutumlarının erkek çocuklarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada yaşça daha büyük çocuklarda (14-15 yaş) öz-yeterlilik artışı daha belirgin olabilirken, daha küçük yaş gruplarında (10-11 yaş) artış oranı daha az olabileceği belirlenmiştir (2). Bu durum, yaş ile birlikte bireylerin sağlıklı yeme davranışlarına dair farkındalıklarının ve kontrol becerilerinin artabileceğini düşündürmektedir. Ancak yaşın etkisinin sınırlı olması, bireylerin çevresel faktörlere olan duyarlılığını ve aile etkisini işaret edebilir.

Anne ve babanın eğitim durumunun SYÖY üzerine etkileri incelendiğinde, özellikle babanın eğitim durumu ile SYÖY puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.16). Babası lisansüstü eğitim almış bireylerin SYÖY puanlarının daha düşük olması dikkat çekicidir. Bu durum, yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarına yönelik farklı beklentiler geliştirebileceği ya da bireylerin öz yeterliliklerini olumsuz etkileyebilecek yüksek standartlar koyabileceği şeklinde yorumlanabilir. Baba mesleği açısından değerlendirildiğinde, babası işçi olan bireylerin SYÖY puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, işçi ailelerde bireylerin daha fazla sorumluluk üstlenmek zorunda kalması ve dolayısıyla öz yeterlilik algılarının güçlenmesi ile açıklanabilir.

Hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında SYÖY puanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.17). Besin alerjisi olan bireylerde ise puanların daha düşük olduğu gözlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgu, sağlık durumunun bireylerin öz yeterlilik algısını doğrudan etkilemediğini, ancak bireysel farklılıkların rol oynayabileceğini göstermektedir.

Ara öğün yapmayan bireylerin SYÖY puanlarının diğer bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir, ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.18). Okula başlayan çocukların sosyal çevreleri genişledikçe, beslenme alışkanlıklarında da değişiklikler meydana gelmektedir. Bu süreçte, çocuklar günün en az bir öğününü ev yerine okulda tüketmeye başlamaktadır. Okula gidip gelme süreleri, okulda geçirilen zaman ve öğle tatillerinde okulda yemek yeme durumları gibi faktörler, çocukların beslenme alışkanlıkları ve yemek tercihleri üzerinde etkili olmaktadır (89).

Rongen ve arkadaşlarının ilkokula devam eden 363 çocuk üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, çocukların evde ve okulda tükettikleri öğle yemeklerinin içerik ve kalitesi karşılaştırılmıştır. Çalışmada, öğle yemeğini okulda tüketen çocukların en sık ekmek, süt ürünleri ve şekerle tatlandırılmış içecekler tükettikleri, buna karşın meyve ve sebze tüketimlerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Öğle yemeğini evde tüketen çocukların ise süt ve süt ürünleri tüketim oranlarının, öğle yemeğini okulda yiyen çocuklara göre daha yüksek olduğu; buna karşılık, okulda yemek yiyen çocukların şekerle tatlandırılmış içecek tüketimlerinin evde yemek yiyenlere kıyasla daha fazla olduğu belirlenmiştir (90).

5.6.Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği (ADÖ)

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kız ve erkek bireylerin ADÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.20). Bu durum, sağlıklı yeme konusundaki aile desteğinin cinsiyet farkı gözetmeden benzer düzeyde sağlandığını göstermektedir.

Eğitim düzeyine göre incelendiğinde, 4. sınıftaki öğrencilerin ADÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel anlam taşımadığı görülmüştür. Eğitim düzeyinin bireylerin algıladığı aile desteği üzerindeki etkisinin sınırlı olması, destek algısının eğitime bağlı kalmadığını işaret etmektedir.

Anne ve babanın yaş, eğitim ve meslek durumlarına göre ADÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.21). Ancak, serbest meslek sahibi annelerin çocuklarının ADÖ puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu durum, serbest meslek sahibi ebeveynlerin iş yoğunluğu nedeniyle çocuklarına sağlıklı yeme konusunda yeterli desteği verememesi ile açıklanabilir. Kasımoğlu ve Gürarlan Baş'ın yapmış

olduğu çalışmaya göre anne ve baba yaşının öğrencilerin sağlıklı yeme öz-yeterlilik düzeyleri üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Anne ve baba yaşı 40 ve altında olan öğrencilerin, sağlıklı yeme öz-yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, ebeveyn yaşı ile çocukların sağlıklı beslenme becerileri arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarından yola çıkararak genç anne ve babaların beslenme konusunda daha dikkatli ve bilinçli davrandıklarını söyleyebiliriz. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre annesi çalışan öğrencilerde daha yüksek bir sağlıklı yeme öz yeterliliği görüldüğü belirtilmiştir (91).

2020 yılında 4. sınıf öğrencileriyle gerçekleştirilen bir araştırmada, annesi çalışan öğrencilerin beslenme öz yeterlik algılarının, annesi çalışmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (92).

Hastalığı olan bireylerin AD puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.22). Bu durum, sağlık sorunlarının aile desteği algısını etkileyebileceğini ancak bu etkinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Ara ğn yapmayan bireylerin AD puanlarının daha düşük olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.23). ğn alışkanlıkları, aile desteği algısını etkileyen bir faktör olsa da bu etkinin doğrudan olmadığı söylenebilir.

BKİ değerine göre incelendiğinde, obez bireylerin AD puanlarının diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak fark anlamlı değildir (Tablo 4.24). Bu durum, obez bireylerde ailelerin daha fazla destek sağlamaya çalışabileceğini düşündürmektedir. Martin-Biggers ve arkadaşlarının 384 ebeveynle gerçekleştirdiği çalışmada, obezite riski taşıyan annelerin sağlıklı kilodaki annelere göre daha az meyve ve sebze tükettikleri tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, ocukların BKİ değerleri ile annelerin obezite riski arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı kilodaki çocukların bulunduğu evlerde ise daha sağlıklı yiyecek seçeneklerinin olduğu ve sağlıksız gıdalara erişimin kısıtlandığı görülmüştür (93).

Yapılan araştırmalar, bir ocuğun BKİ'si ile öz yeterlilik düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğunu ve öz yeterlilik düzeyi yüksek olan çocukların daha sağlıklı besinler tercih ettiğini ortaya koymaktadır (94, 95).

5.7.Fiziksel Aktivite Düzeyi

Cinsiyet, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini etkileyen önemli bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Erkek bireylerin PAQ-C skorlarının kız bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunması, erkeklerin daha aktif bir yaşam tarzına sahip olduğunu göstermektedir. Çocukların toplam fiziksel aktivite puanlarının ortalaması $3,4\pm 0,71$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.26). Bu sonuç, çalışmanın “İlköğretim çağı çocuklarının fiziksel aktivite puanları düşüktür” hipotezini destekler nitelikte değildir. Wan ve arkadaşlarının Malezya’da 5.sınıfa giden çocuklarla gerçekleştirdiği bir çalışmada, 139 öğrenci arasında erkek öğrencilerin PAQ-C puanlarının ($2,68\pm 0,60$), kız öğrencilerin PAQ-C puanlarından ($2,38\pm 0,51$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada erkeklerin, teneffüslerde, beden eğitimi derslerinde ve okul çıkışlarında kızlardan daha aktif olduğu vurgulanmıştır (96). Fan ve Cao’nun ilkokul, ortaokul ve lise düzeyinde eğitim gören 90.712 Çinli öğrenci üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, okul çağındaki erkek çocukların orta ve şiddetli fiziksel aktivite seviyelerinin kız çocuklarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (97).

Yaşa göre fiziksel aktivite skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, 9 yaş grubundaki bireylerin skorlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum, küçük yaş gruplarının daha oyun temelli aktivitelerde yer alması ve fiziksel aktivitelerden daha fazla keyif alması ile açıklanabilir. Ancak yaş ilerledikçe artan akademik yük ve diğer sorumluluklar, fiziksel aktivite düzeylerini sınırlayabilir. Kara ve Şahin’in yaptığı çalışmada 6, 7 ve 8. Sınıf çocukların fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmış ve 6. sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite puanlarının diğer sınıflara kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir (98). Bu çalışmanın sonuçları çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Bu bulguların aksini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Hoos ve Westertep’in çalışmasında, erkek ve kız çocuklarının fiziksel aktivite düzeylerinin benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (99). Bu çalışmanın bulgularıyla Hoos ve Westertep’in araştırma sonuçları arasındaki farklılık, kullanılan örneklem gruplarının ve ölçme araçlarının farklı olmasından ya da söz konusu araştırmanın 2000’li yılların başında gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanabilir.

Eğitim düzeyine göre, 4. ve 5. sınıf öğrencileri arasında fiziksel aktivite skorları açısından anlamlı bir fark olmaması (Tablo 4.26), okul düzeyinin fiziksel aktivite üzerinde doğrudan etkili olmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, ilkokul düzeyindeki bireylerin skorlarının ortaokul düzeyindekilere göre daha yüksek olması, erken yaşlarda fiziksel aktivitenin daha yaygın olduğunu ve akademik taleplerin bu dönemde nispeten daha düşük olduğunu yansıtabilir. Yapılan alışmalar öğrencilerdeki fiziksel aktivite yapmaya yönelik olan motivasyonlarının zamanla düşüş gösterdiğini de göstermektedir (100).

Aile, ocukların fiziksel aktivite alışkanlıklarının gelişiminde kritik bir role sahiptir. Anne eğitim düzeyinin fiziksel aktivite skorları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Özellikle, annesi lisansüstü eğitim almış bireylerin skorlarının daha yüksek olması, eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarının fiziksel aktivitelerine daha fazla önem verdiğini ve bu konuda rehberlik sağladığını göstermektedir. Anne mesleği de bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki yaratmıştır (Tablo 4.27). Annesi memur olan bireylerin fiziksel aktivite skorlarının, annesi ev hanımı olan bireylere göre daha yüksek olması, çalışan annelerin çocuklarına daha planlı aktiviteler sağlama eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, alışan ebeveynlerin çocukları için sağlıklı yaşam tarzını destekleyecek organizasyonlara daha fazla erişim sağlama olasılığı bulunmaktadır. Babanın meslek, yaş ve eğitim durumu gibi faktörlerin fiziksel aktivite skorları üzerinde anlamlı bir fark yaratmaması (Tablo 4.27), aile içindeki fiziksel aktiviteye yönelik desteğin daha çok anne kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu durum, annenin ocuk bakımı ve günlük rutinlerdeki daha aktif rolüyle ilişkili olabilir.

Hastalık ve besin alerjisi gibi durumların fiziksel aktivite skorları üzerinde anlamlı bir fark yaratmaması (Tablo 4.28), bu tür sağlık durumlarının çocukların fiziksel aktiviteye katılımını sınırlamadığını göstermektedir. Bununla birlikte, sağlık durumu ile fiziksel aktivite arasında gözlemlenen etkilerin bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebileceği unutulmamalıdır.

ğn alışkanlıkları açısından değerlendirildiğinde, ara öğün sayısının fiziksel aktivite skorları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmaması (Tablo 4.29), beslenme düzeninin fiziksel aktiviteyle doğrudan ilişkilendirilmesinin zor olduğunu göstermektedir. Ancak akşam öğününü atlayan bireylerin fiziksel aktivite skorlarının

diğer öğünleri atlayanlara göre daha düşük olması, düzensiz beslenmenin enerji seviyelerini ve dolayısıyla fiziksel aktiviteye katılımı olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın bulgularına göre, KIDMED puanı ile diğer ölçekler arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Özellikle, KIDMED puanının ADÖ ve PAQ-C skorları ile pozitif korelasyon göstermesi, bireylerin aile desteği arttıkça Akdeniz diyetine uyumunun da arttığını göstermektedir. Bu bulgu, beslenme alışkanlıklarının sadece bireysel değil, aynı zamanda aile ve sosyal çevre tarafından da şekillendirildiği görüşünü desteklemektedir. Ayrıca, sağlıklı yeme ile ilgili aile desteğinin artmasının fiziksel aktivite düzeyini de olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu durum sağlıklı yaşam tarzının sadece beslenme değil, aynı zamanda hareketli bir yaşam biçimi ile desteklenmesi gerektiği görüşünü vurgulamaktadır.

SYÖYÖ ile KIDMED puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Öğrencilerin sağlıklı yeme öz yeterlilik algısı arttıkça Akdeniz diyetine uyumları da artmaktadır. Ancak SYÖYÖ'nün ADÖ ve PAQ-C ile anlamlı bir ilişkisi tespit edilmemiştir.

Ölçek puanları demografik özellikler ve antropometrik ölçüm değerleriyle anlamlı bir korelasyon göstermemiştir. Özellikle, yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ ve boyun çevresi gibi değişkenlerin, sağlıklı beslenme öz yeterliliği, aile desteği ve fiziksel aktivite düzeyi ile anlamlı bir ilişkisinin olmaması, bu faktörlerin bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarındaki etkisinin sınırlı olabileceğini göstermektedir.

Bu bulgular, Akdeniz diyetine uyumun bireylerin sosyal çevresi ve fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olduğunu, ancak bireysel antropometrik ve demografik faktörlerle doğrudan ilişkili olmadığını ortaya koymaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, 9-12 yaş arası 300 çocuğun sağlıklı yeme öz yeterliliklerini, beslenme alışkanlıklarını, Akdeniz diyetine uyumlarını, ebeveyn desteğinin bu faktörlerle olan ilişkisini ve fiziksel aktivite düzeylerini incelemeyi amaçlamıştır. Bulgular, çocukların beslenme ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının iyileştirilmesine yönelik önemli ipuçları sunmaktadır. Çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının oranları sırasıyla %55,0 ve %45,0 olup yaş ortalamaları $10,5 \pm 0,63$ 'dür. Yüzde 53,3'ü ilkokul, %46,7'si ortaokul öğrencisidir.
2. Çocukların anne ve babalarının yaş ortalaması sırasıyla $38,4 \pm 5,32$ yıl ve $42,4 \pm 5,58$ yıldır.
3. Annelerin %73,0'ı ev hanımı, babaların %33,0'ı memur, %21,7'si işçi ve %20,0'ı serbest meslek sahibidir. Üniversite ve üzeri düzeyde eğitimi olan annelerin oranı %29,0', babaların oranı ise %37,0'dır.
4. Hastalığı olan çocukların oranı %3,7, besin alerjisi olan çocukların oranı %6,3'tür.
5. Çocukların % 36,3'ü 3 ana öğün tüketmekte, %13,3'ü ara öğün tüketmemektedir. Öğün atlayan bireylerin %46,6'sı iştahsızlık, %35,0'ı ise alışkanlıkları olmadığı için öğün atlamaktadır.
6. Çocukların günlük enerji tüketimi ortalaması $1317,9 \pm 412,33$ kkal'dir. Bu tüketim TÜBER'e göre önerilen enerji tüketim değerinin %68,1'ini karşılamaktadır. Enerji tüketim değerinin cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).
7. Çocukların günlük enerji tüketimlerinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen oranları sırasıyla; %45, %15 ve %40'tır ($p > 0,05$). Kız ve erkek çocuklarının günlük protein tüketimi sırasıyla $46,4 \pm 16,03$ g ve $48,3 \pm 18,60$ g olarak bulunmuştur. ($p > 0,05$).
8. Günlük diyetle alınan posa miktarı önerilenin %61,7'sini karşılamaktadır.
9. Günlük diyetle D vitamini tüketimi $4,9 \pm 7,26$ mcg'dir ve önerilen miktarın %32,6'sını karşılamaktadır.
10. Günlük diyetle alınan A vitamini, tiamin, niasin, B12 ve C vitamini ihtiyacı önerilem miktarı karşılamaktadır.

11. Günlük diyetle alınan E vitamininin karşılanma oranı %32.6, riboflavinin karşılanma oranı %88.2, piridoksinin karşılanma oranı %70.5, folatın karşılanma oranı 76.6, potasyumun karşılanma oranı %95.8, kalsiyumun karşılanma oranı %73.9, magnezyumun karşılanma oranı %58.2, demirin karşılanma oranı %57.6 ve çinkonun karşılanma oranı ise %68.1'dir.
12. Her gün çikolata tüketen kız ve erkek katılımcıların oranları sırasıyla %18,8 ve %14,1 olarak belirlenmiştir. Kızların %46,7'si, erkeklerin %54,8'i haftada 2-3 kez çikolata tükettiğini belirtmiştir. Bisküvi tüketiminde en sık tercih edilen aralığın kızlarda %33,9, erkeklerde %40,0 oranla haftada 2-3 kez olduğu belirlenmiştir. Her gün gazlı içecek tüketen kızların oranı %7,3, erkeklerin oranı %12,6 olarak belirlenmiştir.
13. Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının boy uzunluğu değeri sırasıyla; 145,3±7,78 cm ve 144,0±7,25 cm; vücut ağırlığı ise 39,4±9,79 kg ve 37,5±9,53 kg'dir.
14. Çalışmaya katılan kız ve erkek çocuklarının BKİ değerlerinin ortalamasının sırasıyla; 18,5±3,37 kg/m² ve 17,9±3,36 kg/m² olduğu belirlenmiştir. BKİ değeri ideal aralıkta olan erkek ve kız çocuklarının oranı sırasıyla %48,5 ve %54,8 olarak belirlenmiştir. Fazla kilolu ve obez kız çocuklarının oranı sırasıyla %23,6 ve %10,9 iken bu oranlar erkek çocuklarında sırasıyla %17,8 ve %13,3 olarak saptanmıştır. Yaşa göre BKİ sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).
15. Kız ve erkek çocuklarının üst orta kol çevresi ortalaması sırasıyla 21,9±3,22 cm ve 22,5±15,92 cm, boyun çevresi ortalaması ise 28,6±2,15 cm ve 28,7±1,99 cm olarak belirlenmiştir
16. Çocukların yaşa göre boy uzunluğu normal aralıkta olan bireylerin oranı %59,7 (K: %61,8, E: %57,0) olarak belirlenmiştir. Boy uzunluğu normalin üzerinde olan kız ve erkek çocuklarının oranı sırasıyla %30,3 ve %38,5 olarak saptanmıştır. Kısa ve çok kısa boylu bireylerin oranı sırasıyla %47, ve %1,7 olarak belirlenmiştir. Yaşa göre boy uzunluğu sınıflamasının cinsiyete göre anlamlı bir farkı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).
17. Kız ve erkek katılımcıların KIDMED toplam puan ortalaması sırasıyla 5,3±2,46 ve 5,7±2,50'dir (p>0,05). Çocukların %56,4'ünün (K: %57,0, E: %55,6) Akdeniz

diyetine uyumu geliştirilmesi gereken aralıkta yer almaktadır. Akdeniz diyetine uyumu iyi olan kız ve erkeklerin oranı %19,4 ve %23,7'dir. Akdeniz diyetine uyum puanı sınıflaması ve cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

18. KIDMED puanları ile ailedeki kişi sayısı, ebeveyn yaşı, çocukların ana öğün sayısı, ara öğün sayısı ve ana öğün atlama durumları, çocukların yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ z skor değeri ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
19. Annesi ve babasının eğitim düzeyi yüksek olan çocukların Akdeniz diyetine uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
20. Hastalığı ve besin alerjisi olan ve olmayan çocukların KIDMED toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
21. Sabah ve öğle öğününü atlayan çocukların KIDMED toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve puanlar sırasıyla $4,5\pm 2,13$ ve $5,6\pm 2,71$ 'dir ($p<0,05$).
22. Çocukların KIDMED puanı yükseldikçe aldıkları enerji miktarının düştüğü belirlenmiş ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
23. Akdeniz diyetine uyumu iyi olan çocukların doymuş yağ tüketimlerinin, diyetle kötü uyum gösteren çocukların tüketimine göre daha düşük olduğu belirlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).
24. Kız ve erkek çocuklarının SYÖYÖ toplam puan ortalaması sırasıyla $13,7\pm 3,43$ ve $13,8\pm 3,56$ 'dır. Bu iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
25. 9 yaşındaki çocukların SYÖYÖ toplam puan ortalaması $13,4\pm 2,40$ iken en büyük yaş grubu olan 12 yaşındaki çocukların ölçek puanı ortalaması $15,0\pm 3,67$ 'dir. Büyük yaş grubundaki bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması küçük yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek bulunmuş ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
26. 4. sınıf öğrencilerinin SYÖYÖ toplam puanı ($13,5\pm 3,36$), 5. sınıf ($14,0\pm 3,33$) öğrencilerine göre daha düşüktür ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
27. SYÖYÖ toplam puanı ile ailedeki kişi sayısı, ebeveyn yaşına, annenin eğitim durumuna ve annenin mesleğine, çocukların öğün sayısı ve ana öğünü atlama

- durumları, çocukların yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ z skor değeri arasında göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
28. BKİ değeri normal aralıkta olan çocukların SYÖYÖ toplam puan ortalaması $14,1\pm 3,46$ 'dır. Fazla kilolu ve obez bireylerde ölçek toplam puan ortalaması sırasıyla $13,0\pm 3,14$ ve $13,4\pm 3,29$ 'dur. BKİ değerine sahip bireylerin öz yeterliliğinin fazla kilolu ve obez bireylere göre daha yüksek olduğu ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
29. Babasının eğitimi lisansüstü olan çocukların SYÖYÖ toplam puan ortalaması ($11,8\pm 2,76$), babasının eğitimi okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite düzeyinde olan çocukların puanına göre daha düşüktür. Bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
30. Babası memur olan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması $12,9\pm 3,07$ iken aynı değer babası işçi olan bireylerde $14,6\pm 3,41$ olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre babası memur olan bireylerin öz yeterliliklerinin, babası işçi olanlara göre daha düşük olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
31. Hastalığı ve besin alerjisi olan ve olmayan çocukların SYÖYÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).
32. Kız ve erkek çocuklarının ADÖ ölçek toplam puanı ortalaması $11,4\pm 2,25$ ve $11,3\pm 2,23$ 'tür ($p>0,05$).
33. 4. sınıftaki çocukların ADÖ puanı ($11,6\pm 2,19$), 5. sınıftaki ($11,1\pm 2,27$) bireylerin puanlarına göre daha yüksektir ($p>0,05$).
34. Yaş ve ailede yaşayan kişi sayısı, ebeveyn yaşı, ebeveyn mesleği, ebeveyn eğitim durumu ile ADÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
35. Hastalığı ve besin alerjisi olan ve olmayan çocukların ADÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).
36. Ara öğün yapmayan çocukların ADÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).
37. Sabah, öğle ve akşam öğünlerini atlayan çocukların ADÖ toplam puan ortalaması sırasıyla; $11,4\pm 2,18$, $11,2\pm 2,39$ ve $10,6\pm 1,71$ olarak belirlenmiştir. Akşam

- öğününü atlayan çocukların aile desteği puanı daha düşük bulunmuştur ancak sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).
38. BKİ'si normal aralıkta olan öğrencilerin ADÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).
 39. Yaşa göre boy uzunluğu ve yaşa göre BKİ z skor değerine göre öğrencilerin ADÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).
 40. Kız ve erkeklerin fiziksel aktivite skoru sırasıyla $3,2\pm 0,70$ ve $3,5\pm 0,68$ olarak belirlenmiş ve erkeklerin kızlara göre fiziksel olarak daha aktif oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$).
 41. 4. sınıftaki bireylerin fiziksel aktivite skoru ortalaması $3,4\pm 0,71$ 5. sınıftakış bireylerde bu skor $3,3\pm 0,71$ olarak belirlenmiştir ($p>0,05$).
 42. Anne ve babanın yaşının çocuğun fiziksel aktivite skoru üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
 43. Annesi lisansüstü eğitim düzeyinde olan çocukların fiziksel aktivite skorunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
 44. Annesi memur olan çocukların, annesi ev hanımı olan çocuklara göre fiziksel olarak daha aktif olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
 45. Babanın yaşı, eğitim durumu ve meslek durumunun bireyin fiziksel aktivite skoru üzerinde anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
 46. Yapılan ara öğün sayısı ile fiziksel aktivite skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
 47. Akşam öğününü atladığı belirten bireylerin fiziksel aktivite skorlarının ($3,1\pm 0,9$) diğer öğünleri atlayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
 48. Çocukların boyları ve obez olup olamama durumları ile fiziksel aktivite skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
 49. KIDMED puanı kötü, geliştirilmeli ve iyi olan bireylerin SYÖYÖ toplam puan ortalaması sırasıyla; $14,9\pm 3,74$, $13,7\pm 3,23$ ve $12,5\pm 2,80$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre bireylerin KIDMED puan düzeyi arttıkça öz yeterlilik puanının arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$).
 50. Bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeyi arttıkça aile destek puanı ve fiziksel aktivite skorunun arttığı saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
 51. Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği puanının; Aile Desteği Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Ölçeği skoruyla arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin

ailelerinden sağlıklı yeme ile ilgili gördükleri destek ve fiziksel aktivite düzeyi arttıkça Akdeniz diyetine uyumunun arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

52. Sağlıklı yeme ile ilgili aile desteği arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu iki parametre arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

6.1.Öneriler

1. **Eğitim Programlarının Geliştirilmesi:** Çocuklara ve ebeveynlere yönelik beslenme eğitimi programları düzenlenmelidir. Bu programlar, özellikle çocukların enerji ve besin ögesi ihtiyaçlarını karşılamalarına ve öğün atlama alışkanlığının azaltılmasına yönelik bilgiler sunmalıdır.
2. **Akdeniz Diyetine Uyumun Artırılması:** Ebeveynlere, Akdeniz diyetinin faydaları ve bu diyeti uygulama yolları hakkında eğitimler verilmelidir. Okullarda, Akdeniz diyetine uygun menüler sunularak örnek olunmalıdır.
3. **Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Bilinçlendirme Kampanyaları:** Toplum genelinde beslenme alışkanlıklarını iyileştirici kampanyalar düzenlenmelidir. Bu kampanyalar, hem çocuklara hem de ebeveynlere hitap edecek şekilde tasarlanmalıdır.
4. **Aile Desteğinin Güçlendirilmesi:** Ebeveynlerin, çocukların beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının iyileştirilmesindeki rolü vurgulanarak, ailelerin daha aktif bir şekilde sürece dahil olmaları sağlanmalıdır.
5. **Fiziksel Aktiviteyi Teşvik Eden Politikalar:** Okullarda fiziksel aktivite düzeyini artırmak amacıyla spor etkinlikleri ve egzersiz programları yaygınlaştırılmalıdır. Ailelerin, çocukların fiziksel aktiviteye katılımını desteklemesi için farkındalık oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak, çocukların beslenme ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını iyileştirmek bireysel, ailesel ve toplumsal boyutları olan bir konudur. Bu çalışmanın bulguları, gelecekte bu alandaki politika ve programların şekillendirilmesine rehberlik edebilir.

6.2.Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmada 24 saatlik geriye dönük hatırlatma yöntemiyle besin tüketim kaydı alınmıştır. Besin tüketim kayıtlarının, çocukların tükettikleri gıdaların anneleri tarafından kaydedilmesi ve bu yöntemin iki gün veya üç gün boyunca uygulanması, çalışmanın güvenilirliğini artırabilecek bir yöntem olarak değerlendirilebilirdi. Ayrıca çalışma 6 okul üzerinde yürütülmüştür. Okul sayısının dolaylı olarak öğrenci sayısının arttırılması da çalışmanın sonuçlarını daha belirgin bir şekilde ortaya koyabilirdi.



KAYNAKÇA

1. “TÜRKİYE BESLENME REHBERİ (TÜBER) 2022” Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022.
2. Bebetos, E., Zorzou, A., Bebetos, G., Kosta, G., & Karamousalidis, G. (2015). Children’s self-efficacy and attitudes towards healthy eating. An application of the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Sports and Physical Education*, 1, 1-8.
3. Kabasakal, E., Arslan, U. E., Üner, S., Konşuk, H. Ü., Bilir, N., Yardim, M. S., ... & Özcebe, H. (2020). Çocukların Sağlıklı Beslenmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması: Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteği Ölçeği. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 0-3.
4. WHO (2020). Healthy Diet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> [07.01.2024]
5. Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I., Amo-Saus, E., & Escribano-Sotos, F. (2018). Mediterranean diet and health outcomes: A systematic meta-review. *European journal of public health*, 28(5), 955-961.
6. Eleftheriou, D., Benetou, V., Trichopoulou, A., La Vecchia, C., & Bamia, C. (2018). Mediterranean diet and its components in relation to all-cause mortality: Meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, 120(10), 1081-1097.
7. Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Daskalou, E., Apostolidou, E., Theodoridis, X., Stylianou, C., ... & Chourdakis, M. (2018). Growth, the Mediterranean diet and the buying power of adolescents in Greece. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 31(7), 773-780.
8. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
9. Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating behaviors*, 7(1), 79-90.
10. Akder, R. N., Meseri, R., & Çakıroğlu, F. P. (2018). Okul Çağı Çocukluk Döneminde Beslenme Eğitimi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-10.
11. Arslan N. (2018). Oyun Çocuğu ve Okul Çağı Beslenmesi. Selimoğlu A, editör. *Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 71-80.

12. Gangloff, B., & Mazilescu, C. A. (2017). Normative characteristics of perceived self-efficacy. *Social Sciences*, 6(4), 139.
13. Metbulut P. (2016). *Sağlıklı 2-5 Yaş Arasındaki Çocuklarda Anne Ve Büyükanne Besleme Tutumları ve Çocuklarda Beslenme Sorunlarının Değerlendirilmesi*. [Tıpta Uzmanlık, Hacettepe Üniversitesi.] Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 447433).
14. TOÇBİ (2011). Türkiye’de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 1- 83.
15. Baysal, A.(2018). Özel Durumlarda Beslenme. *Beslenme* (18.baskı) (s. 485, 497-498). Hatipoğlu Yayınları
16. Küzdere Y. (2008).*Çubuk ilçesi'nde iki ilköğretim okulunda okuyan üçüncü sınıf arasında yeterli ve dengeli beslenme konusunda bir müdahale araştırması*. [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.] Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 204178).
17. World Health Organization. (2024). Malnutrition. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim tarihi:18 Aralık, 2024).
18. Köksal, G. &Gökmen Özel, H. (2019). Okul Öncesi ve Okul Döneminde Beslenme. *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi* (Güncellenmiş 2.yayım). (s. 135). Hatipoğlu Yayınları
19. Zhou, W. J., Xu, X. L., Li, G., Sharma, M., Qie, Y. L., & Zhao, Y. (2016). Effectiveness of a school-based nutrition and food safety education program among primary and junior high school students in Chongqing, China. *Global health promotion*, 23(1), 37–49. <https://doi.org/10.1177/1757975914552914>
20. Keskin, K., Çubuk, A., Öztürk, Y., & Alpkaya, U. (2017). 12–14 Yaş Çocukların Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Beslenme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 7(3), 34-43.
21. Yıldırım, Ç.B.(2024). *İlkokula Devam Eden Öğrencilerin Ve Annelerinin Beslenme Alışkanlıkları İle Diyet Kalitesi Ve Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 861973)
22. Yetgin, M. K. (2020). *Büyük Ve Küçük Şehirlerde Yaşayan İlkokul Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Davranışlarının Karşılaştırılması*. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 18(2), 114-125.

23. Hanks, A. S., Just, D. R., Wansink, B., & Smith, L. E. (2014). Healthy convenience: Nudging students toward healthier choices in the lunchroom. *Journal of Public Health, 36*(2), 222-227.
24. Chen, J. L., & Kennedy, E. (2016). Evaluation of the national school lunch program provision on vegetables consumed during lunch from 2006-2007 to 2013-2014. *JAMA Pediatrics, 170*(4), 313-318.
25. Angeles-Agdeppa I., Dinney L., Capanzana MV. (2019). Usual energy and nutrient intakes and food sources of Filipino children aged 6–12 years from the 2013 National Nutrition Survey. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser, 91*:111–122
26. Hollis, J. L., Collins, C. E., DeClerck, F., Chai, L. K., McColl, K., & Demaio, A. R. (2020). Defining healthy and sustainable diets for infants, children and adolescents. *Global Food Security, 27*, 100401. <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2020.100401>
27. Zhang, J., Wang, D., Eldridge, A. L., Huang, F., Ouyang, Y., Wang, H., & Zhang, B. (2017). Urban-Rural Disparities in Energy Intake and Contribution of Fat and Animal Source Foods in Chinese Children Aged 4-17 Years. *Nutrients, 9*(5), 526. <https://doi.org/10.3390/nu9050526>
28. Lucas BL, Feucht SA. (2008). Chapter 7- Nutrition in Childhood. In: Krause's Food & Nutrition Therapy, International Edition, Mahan LK, Escott-Stump S (eds), Elsevier Inc., Canada
29. Köksal, G. & Gökmen Özel, H. (2019). Çocuklarda Enerji ve Besin Ögeleri Gereksinimleri. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi (Güncellenmiş 2.yayım). (s.27, 30-32, 35). Hatipoğlu Yayınları
30. Samaniego-Vaesken ML., Partearroyo T., Valero T., Rodriguez P., Soto-Méndez MJ., Hernández-Ruiz Á., Villoslada FL., Leis R., Martínez de Victoria E., Moreno JM., Ortega RM., Ruiz-López MD., Gil Á., Varela-Moreiras G. (2020). Carbohydrates, starch, total sugar, fiber intakes and food sources in Spanish children aged one to <10 years-results from the EsNuPI Study. *Nutrients, 12*(10):3171.
31. Trumbo P., Schlicker S., Yates AA., Poos M. (2002). Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *J Am Diet Assoc, 102*(11):1621–1630.

32. World Health Organization. (2015). Information note about intake of sugars recommended in the WHO guideline for adults and children. *Department of Nutrition for Health and Development*.
33. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). (2010). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA J.* 8: 1462.
34. Aggett PJ., Agostoni C., Axelsson I., Edwards CA., Goulet O., Hernell O., Koletzko B., Lafeber HN., Micheli JL., Michaelsen KF., Rigo J., Szajewska H., Weaver LT. (2003). ESPGHAN Committee on Nutrition. Nondigestible carbohydrates in the diets of infants and young children: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 36(3):329-37.
35. İpek KD ve Yılmaz HÖ. (2018). *Diyetin ve karbonhidrat içeriğinin mikrobiyotaya etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(2), 29-39
36. Kalaycık, E. C. (2020). *11-15 yaş grubu çocukların antropometrik ölçümleri ile besin tüketim sıklığı ilişkisinin kidmed skoru kullanılarak saptanması* (Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi). Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 645567).
37. TÜBER (Türkiye Beslenme Rehberi) (2015). T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara
38. Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.
39. Kaya, S.(2011). *Çocukluk Çağı Malnütrisyonu ve Malignitelerinde Demodex folliculorum ve Demodex brevis Görülme Sıklığı*, [Tıpta Uzmanlık, İnönü Üniversitesi.] Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 281875).
40. Özcan Ateş, B.(2019). *Doğrudan veya dolaylı verilen beslenme eğitiminin çocukların beslenme durumlarına etkisi*. [Doktora tezi. Başkent Üniversitesi.] Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 540014).
41. World Health Organization. (2024). Obesity and overweight. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim tarihi:18 Aralık, 2024).
42. Gregory J. W. (2019). Prevention of Obesity and Metabolic Syndrome in Children. *Frontiers in endocrinology*, 10, 669. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00669>

43. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet (London, England)*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
44. Weihrauch-Blüher, S., & Wiegand, S. (2018). Risk Factors and Implications of Childhood Obesity. *Current obesity reports*, 7(4), 254–259. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0320-0>
45. Sicherer, S. H., & Sampson, H. A. (2014). Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(2), 291-307.
46. Loh W, Tang M. (2018). The epidemiology of food allergy in the global context. *Int J Environ Res Public Health*, 15(9): 2043.
47. Costa, C., Coimbra, A., Vitor, A., Aguiar, R., Ferreira, A. L., & Todo-Bom, A. (2020). Food allergy—From food avoidance to active treatment. *Scandinavian journal of immunology*, 91(1), e12824.
48. Hossny, E., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Arasi, S., Dahdah, L., El-Owaidy, R., ... & Fiocchi, A. (2019). Challenges of managing food allergy in the developing world. *World Allergy Organization Journal*, 12(11), 100089.
49. Sindher, S., Long, A. J., Purington, N., Chollet, M., Slatkin, S., Andorf, S., ... & Chinthrajah, R. S. (2018). Analysis of a large standardized food challenge data set to determine predictors of positive outcome across multiple allergens. *Frontiers in immunology*, 9, 2689.
50. Devdas JM, Mckie C, Fox AT, Ratageri VH. (2018). Food allergy in children: an overview. *Indian J Pediat*, 85(5): 369-374.
51. Matangkasombut, P., Padungpak, S., Thaloengsok, S., Kamchaisatian, W., Sasisakulporn, C., Jotikasthira, W., ... & Manuyakorn, W. (2017). Detection of β -lactoglobulin in human breast-milk 7 days after cow milk ingestion. *Paediatrics and International Child Health*, 37(3), 199-203.
52. Jeurink PV, Knipping K, Wiens F, Barańska K, Stahl B, Garssen J, Krolak-Olejniak B. 2019. Importance of maternal diet in the training of the infant's immune system during gestation and lactation. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 59(8): 1311-1319.
53. Halken, S., Muraro, A., de Silva, D., Khaleva, E., Angier, E., Arasi, S., ... & European Academy of Allergy and Clinical Immunology Food Allergy and

- Anaphylaxis Guidelines Group. (2021). EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatric Allergy and Immunology*, 32(5), 843-858.
54. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Emblemton N, Fidler Mis N, Molgaard C. (2017). Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 64(1): 119-132.
55. Shu SA, Yuen AWT, Woo E, Chu KH, Kwan HS, Yang GX, Leung PSC. (2019). Microbiota and food allergy. *Clin Rev Allergy Immunol*, 57(1): 83-97.
56. André, H. P., Sperandio, N., Siqueira, R. L., Franceschini, S. D. C. C., & Priore, S. E. (2018). Food and nutrition insecurity indicators associated with iron deficiency anemia in Brazilian children: a systematic review. Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. *Ciencia & saude coletiva*, 23(4), 1159–1167. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16012016>
57. Kara, H.(2020). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin Gazimağusa Bölgesi'ndeki İlkokul Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Bazı Antropometrik Ölçümler Üzerine Etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi, Lefke Avrupa Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 715046)
58. Urmatova, B., Shin, H., Shon, S., Abdyldayeva, Z., Ishaeva, E., & Knyazeva, V. (2021). Prevalence of Iodine Deficiency among School Children from New Settlement in Kyrgyzstan. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(9), 817. <https://doi.org/10.3390/children8090817>
59. Rodríguez-Oliveros, G., Ortega Altamirano, D. V., Rivera Pasquel, M., & Frongillo, E. A. (2022). Self-efficacy and Social Settings Matter for Fostering Healthy Eating in Mexican Schoolchildren. *Journal of nutrition education and behavior*, 54(12), 1066–1075. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.07.008>
60. Silva, C., Pereira, B., Figueiredo, G., Rosário, P., Núñez, J. C., & Magalhães, P. (2023). Self-Efficacy to Regulate Eating Behaviors Scale for Children: A Validation Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2807. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042807>
61. López-Gajardo, M. A., Leo, F. M., Sánchez-Miguel, P. A., López-Gajardo, D., Soulas, C., & Tapia-Serrano, M. A. (2022). KIDMED 2.0, An update of the

- KIDMED questionnaire: Evaluation of the psychometric properties in youth. *Frontiers in nutrition*, 9, 945721. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.945721>
62. Simon, M. I. S. D. S., Forte, G. C., & Marostica, P. J. C. (2020). Translation And Cultural Adaptation Of The Mediterranean Diet Quality Index In Children And Adolescents. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 38, e2018242. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018242>
63. Bawaked RA., Gomez SF., Homs C., Esteve RC., Cardenas G., Fíto M., Schröder H. (2018). Association of eating behaviors, lifestyle, and maternal education with adherence to the Mediterranean diet in Spanish children, *Appetite*, 1(130):279-285.
64. Serra-Majem L, Tomaino L, Dernini S, Berry EM, Lairon D. ve ark. (2020). Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *Int J Environ Res Public Health*. 17(23):8758.
65. Cabrera SC., Fernández NH., Hernández CR., Nissensohn M., Román-Viñas B., Serra-Majem L. (2015). KIDMED test; prevalence of low adherence to the Mediterranean Diet in children and young; a systematic review. *Nutr Hosp*, 32(6):2390-2399.
66. Kasımoğlu, N., & Baş, N. G. (2023). Aile Desteği Çocukların Sağlıklı Yeme Öz Yeterliliğini Etkiler mi?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(3), 299-304.
67. Akçay, E.(2023). *Çocuklarda Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteğinin Sağlıklı Yemeöz Yeterliği Üzerine Etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Yüksek Öğrenim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 785931)
68. Dal, E.S.(2021). *Kırsal Ve Kentsel Bölgedeki İlkokul Öğrencilerinde Annenin Beslenme Bilgi Düzeyi İle Çocukların Beslenme Durumu Ve Diyet Kalitesi Arasındaki İlişki*. [Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 688274)
69. Pekcan, G. (2016). Beslenme Durumunun Saptanması, *Diyet El Kitabı*, (Baysal, A. ve ark.) 67-142, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, (9. Baskı).
70. Serra-Majem L., Ribas L., Ngo J et al. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Heal Nutr*. 7(7):931–5.

71. Şahingöz Akar S., Özgen L. Yalçın E. (2019). Proceedings Book of 5th International Eurasian Congress on Natural Nutrition, Healthy Life & Sport, Ankara-Turkey.
72. Story, M., Sherwood, N. E., Himes, J. H., Davis, M., Jacobs, D. R., Cartwright, Y., ... & Rochon, J. (2003). An after-school obesity prevention program for African-American girls. *Ethnicity & disease*, 13, 54-64.
73. Kabasakal, E., Arslan, U. E., Üner, S., Konşuk, H. Ü., Bilir, N., Yardim, M. S., ... & Özcebe, H. (2020). Çocukların Sağlıklı Beslenmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması: Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteği Ölçeği. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 0-3.
74. Kowalski, K. C., Crocker, P. R., & Donen, R. M. (2004). The physical activity questionnaire for older children (PAQ-C) and adolescents (PAQ-A) manual. *College of kinesiology, university of saskatchewan*, 87(1), 1-38.
75. Erdim, L., Ergün, A., & Kuşuoğlu, S. (2019). Reliability and validity of the Turkish version of the Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C). *Turkish journal of medical sciences*, 49(1), 162-169.
76. Rakıcıoğlu N. Yemek ve besin fotoğraf kataloğu. Ankara: Ata Ofset; 2009.
77. Merdol Kutluay T. Standart Yemek Tarifeleri.2019 Hatipoğlu yayinevi.8. Baskı ISBN 978-975-7527-57-2
78. Sümbüloğlu, K., & Biyoistatistik, S. V. (2016). 17. baskı. *Ankara: Hatiboğlu Yayınevi*.
79. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK.
80. Mustafayev, R. 10-11 Yaş Türk Çocuklarında Besin Alerjisi, [Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 282160)
81. Demirkıran, T (2023). *İlköğretim Çağı Çocuklarda Boyun Çevresi ve Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 816776).
82. Karagöl, C. (2022). *0-18 Yaş Çocuklarda D Vitamini Düzeyleri ve D Vitamini Tedavisinin Değerlendirilmesi*. [Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 743340)

83. Bates, B., Lennox, A., Prentice, A., Bates, C., Page, P., Nicholson, S., & Swan, G. (2014). National Diet and Nutrition Survey: results from years 1, 2, 3 and 4 (combined) of the Rolling Programme (2008/2009-2011/2012): a survey carried out on behalf of Public Health England and the Food Standards Agency.
84. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu, Ankara: Yayın No: 834.
85. Hatipoglu, N., Mazicioglu, M. M., Kurtoglu, S., & Kendirci, M. (2010). Neck circumference: an additional tool of screening overweight and obesity in childhood. *European journal of pediatrics*, 169, 733-739.
86. Chaput, J. P., Katzmarzyk, P. T., Barnes, J. D., Fogelholm, M., Hu, G., Kuriyan, R., ... & ISCOLE Research Group. (2017). Mid-upper arm circumference as a screening tool for identifying children with obesity: a 12-country study. *Pediatric obesity*, 12(6), 439-445.
87. Kabaran, S., & Gezer, C. (2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki Çocuk ve Adolesanlarda Akdeniz Diyetine Uyum ile Obezitenin Belirlenmesi. *Journal of Pediatric Disease/Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(1).
88. Wärnberg, J., Pérez-Farinós, N., Benavente-Marín, J. C., Gómez, S. F., Labayen, I., G. Zapico, A., ... & Barón-López, F. J. (2021). Screen time and parents' education level are associated with poor adherence to the Mediterranean diet in Spanish children and adolescents: The PASOS study. *Journal of clinical medicine*, 10(4), 795.
89. Yılmaz, A., & Kocataş, S. (2019). Ortaokul öğrencilerinin obezite sıklığının, beslenme davranışlarının ve fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 66-83.
90. Rongen, F. C., Van Kleef, E., Sanjaya, S., Vingerhoeds, M. H., Buurma-Rethans, E. J., Van Den Bogaard, C., ... & Dijkstra, S. C. (2019). What's for lunch? The content and quality of lunches consumed by Dutch primary schoolchildren and the differences between lunches consumed at home and at school. *BMC Public Health*, 19, 1-10.
91. Kasımoğlu, N., & Baş, N. G. (2023). Aile Desteği Çocukların Sağlıklı Yeme Öz Yeterliliğini Etkiler mi?. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(3), 299-304.

92. Karakuş, E. (202) *İlkokul 4. sınıf öğrencilerinin beslenme özellikleri ile okuduğunu anlama başarısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 653612)
93. Martin-Biggers, J., Quick, V., Spaccarotella, K., & Byrd-Bredbenner, C. (2018). An exploratory study examining obesity risk in non-obese mothers of young children using a socioecological approach. *Nutrients*, 10(6), 781.
94. Steele, M. M., Daratha, K. B., Bindler, R. C., & Power, T. G. (2011). The relationship between self-efficacy for behaviors that promote healthy weight and clinical indicators of adiposity in a sample of early adolescents. *Health education & behavior*, 38(6), 596-602.
95. Altan, S. S., & Bektas, M. (2017). The effects of parental feeding styles, children's self-efficacy and social anxiety on adolescent obesity. *Revista de Nutrição*, 30, 759-769.
96. Wan Dali, W. P. E., Jan Mohamed, H. J., & Yusoff, H. (2018). Nutrient Intakes Status and Physical Inactivity among Overweight and Obese School Children in Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. *Iranian journal of public health*, 47(8), 1098–1107.
97. Fan, X., & Cao, Z. B. (2017). Physical activity among Chinese school-aged children: national prevalence estimates from the 2016 Physical Activity and Fitness in China—The Youth Study. *Journal of sport and health science*, 6(4), 388-394.
98. Kara, A., & Şahin, M. (2021). Ortaokul Öğrencilerinin Sosyal Beceri, Fiziksel Aktivite ve Akademik Başarı Özelliklerinin İncelenmesi. *Sağlık ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2), 30-41.
99. Hoos, M. B., Gerver, W. J. M., Kester, A. D., & Westerterp, K. R. (2003). Physical activity levels in children and adolescents. *International journal of obesity*, 27(5), 605-609.
100. Çifçi, F., & Ballıkaya, E. (2023). Ortaokul Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Fiziksel Aktiviteye Yönelik Motivasyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 6(1), 186-200.

EKLER

Ek-1. Kurum İzni



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü



Sayı : E-34259660-605.01-102676728
Konu : Uygulama İzin Onayı (Ayşe SEVİNÇ)

20.05.2024

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Hasan Kalyoncu Üniversitesi Rektörlüğü'nün 05/05/2024 tarih ve E-39289916-302.14.03-56420 sayılı yazısı.

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Ayşe SEVİNÇ'in yürütmekte olduğu "İlköğretim Çağındaki Çocukların Sağlıklı Yeme Öz- Yeterliliklerinin Akdeniz Diyetine Uyumlarının ve Beslenme Durumlarının Araştırılması" konulu tez çalışmasının, ilimiz Yeşilyurt ilçesinde bulunan Ek'te belirtilen okullarda öğrenim gören öğrencilere uygulanması talebine ilişkin, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Rektörlüğü'nün ilgi yazısı ilişikte sunulmuştur.

Anket-Tez Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuz, 20/05/2024 tarihinde yapılan toplantıda; İlgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek şekilde, denetimleri ilgili kurum müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmek üzere, derslerin aksatılmaması, kişisel verilerin gizliliğine dikkat edilmesi kaydıyla, gönüllülük esasına göre ve araştırmacının araştırmasının bitimi tarihinden itibaren 30 gün içerisinde araştırma sonuçlarını Müdürlüğümüze bildirmesi şartı ile anket uygulaması yapmasını uygun görmüş olup, Müdürlüğümüzde de uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Mehmet AKGÜN
Müdür a.
İl Millî Eğitim Şube Müdürü

OLUR
Behçet BAKIR
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek: Yazı ve ekleri (35 sayfa)

Adres : Şehit Hamit Fendoğlu Caddesi.

Telefon No : 0 (422) 324 64 22
E-Posta : earge44@meb.gov.tr
Kep Adresi : meb@hs01.kep.tr

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>

Bilgi için : Serbanu DURAN

Unvan : Memur

İnternet Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys> Faks : 4222804549

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden ff46-30c8-3efe-a21c-f604 kodu ile teyit edilebilir.



Ek-2. Veri Toplama Formları

ARAŞTIRMANIN ADI:

İlköğretim Çağındaki Çocukların Sağlıklı Yeme Öz-Yeterliliklerinin, Akdeniz Diyetine Uyumlarının ve Beslenme Durumlarının Araştırılması

Sevgili öğrenciler, bu çalışma ile çocukların sağlıklı yeme öz yeterliliklerini, beslenme şekillerinin Akdeniz diyeti ile uyumunu ve beslenme durumlarını araştırmak ve sağlıklı beslenmeye teşvik edilmeleri için bir farkındalık yaratmak amaçlanmaktadır. Çalışma verileri sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. İlginiz ve sabrınız için teşekkür ederim. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Ayşe SEVİNÇ'e uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla sorabilirsiniz.

EK-1 ÖĞRENCİ ve EBEVEYN BİLGİ FORMU

I.ÖĞRENCİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1.Adı Soyadı:

2.Eğitim-öğretim gördüğü okul:.....

3.Sınıfı:.....

4.Yaş:.....(sayı ile)

5.Cinsiyet:

1. Kız
2. Erkek

6.Ailenizde yaşayan kişi sayısı (kendiniz dahil):

1. 2 kişi
2. 3 kişi
3. 4 kişi
4. 5 kişi
5. 6 ve daha fazla

7.Annenizin öğrenim durumu:

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Üniversite mezunu
7. Lisansüstü

8.Babanızın öğrenim durumu:

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Üniversite mezunu
7. Lisansüstü

9. Anneniz çalışıyor mu? Çalışıyorsa ne iş yapıyor?

1. Çalışmıyor (ev hanımı)
2. Memur
3. Sigortalı işçi
4. Serbest meslek
5. Emekli
6. Diğer

10. Babanız çalışıyor mu? Çalışıyorsa ne iş yapıyor?

1. Çalışmıyor
2. Memur
3. Sigortalı işçi
4. Serbest meslek
5. Emekli
6. Diğer

11. Annenizin yaşı.....

12. Babanızın yaşı.....

II. ÖĞRENCİNİN SAĞLIK BİLGİLERİ

13. Besin alerjiniz var mı? Cevabınız 'Evet' ise hangi besine alerjiniz var?

1. Evet (.....)
2. Hayır

14. Hekim tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı? Cevabınız 'Evet' ise hastalığın adını yazınız?

1. Evet (.....)
2. Hayır

III. ÖĞRENCİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI

15. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz?

..... Ana öğün (kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği). Ara öğün)

16. Genellikle öğün atlar mısınız?

1. Evet
2. Hayır.

17. Cevabınız 'Evet' ise, genelde hangi öğünü atlarsınız?

1. Sabah
2. Öğle
3. Akşam

18. Öğün atlama sebebiniz nedir?

1. Zaman yetersizliği
2. Canı istemiyor, iştahsız
3. Alışkanlığı yok
4. Hazırlanmadığı için
5. Diğer

IV. SAĞLIKLI YEME İLE İLGİLİ AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatlice okuduktan sonra, her bir maddenin sizin için ne sıklıkla doğru olduğunu işaretleyiniz.			
	Neredeyse hiç	Bazen	Hemen hemen her zaman
1. Ailem veya diğer büyüklerim ara öğün olarak meyve yememi sağlamaya çalışır			
2. Ailem veya diğer büyüklerim ara öğün olarak sebze yememi sağlamaya çalışır			
3. Ailem ve diğer aile büyüklerim gazlı içeceklerden daha az içmemi sağlamaya çalışırlar			
4. Susadığımda, ailem veya diğer büyüklerim gazlı içecek veya meyveli gazsız içecek yerine su içmemi sağlamaya çalışır			
5. Ailem veya diğer büyüklerim tam yağlı süt yerine az yağlı veya yağsız süt içmemi sağlamaya çalışır			

V. ÇOCUKLAR İÇİN SAĞLIKLI YEME ÖZ-YETERİLİK ÖLÇEĞİ

Çocuklar İçin Sağlıklı Yeme Öz-Yeterlilik Ölçeği			
Yönerge: Aşağıda sorular senin yeme alışkanlıkların ile ilgilidir. Bazı yiyeceklerden daha az, bazı yiyeceklerden daha fazla tüketmenin senin için ne kadar zor olduğunu düşünüyorsun?			
	Hiç zor değil	Biraz zor	Çok zor
1)Okul sonrası ara öğünde meyve yemek			
2)Ara öğünde sebze yemek			
3)Susayınca gazlı yiyecekler ya da meyveli gazsız içecekler yerine su içmeyi tercih etmek			
4)Tam ya da yarım yağlı süt yerine az yağlı ya da yağsız süt içmek			
5)Büyük boy yerine küçük boy patates kızartması seçmek			
6)Patates kızartması, cips, kek, kurabiye ya da dondurma gibi fazla miktarda yağ içeren yiyeceklerden daha az miktarda yemek			
7)Cips yerine daha az yağlı kraker yemek			
8)Gazlı içecekleri daha az içmek			
9)Meyveli gazsız içecekleri (oralet, lezzo vb.) daha az içmek			

VI. AKDENİZ DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED İNDEKSİ)

		EVET	HAYIR
1	Her gün meyve veya taze sıkılmış meyve suyu tüketirim.		
2	Her gün ikinci bir meyve daha tüketirim.		
3	Düzenli olarak günde bir kez taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
4	Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
5	Düzenli olarak balık tüketirim (haftada en az 2-3 kez).		
6	Fast-food tarzı restoranlara (hamburger) haftada bir kereden fazla giderim.		
7	Baklagilleri severim ve haftada bir kereden fazla tüketirim.		
8	Makarna ve pilavı hemen hemen her gün tüketirim (haftada 5 veya daha fazla).		
9	Kahvaltıda tahıl (ekmek) veya tahıl ürünleri (tahıl gevreği) tüketirim.		
10	Düzenli olarak kuruyemiş tüketirim (haftada en az 2-3 kez).		
11	Evde zeytinyağı kullanırım.		
12	Kahvaltı yapmam.		
13	Kahvaltıda süt ve süt ürünleri tüketirim. (süt, yoğurt.)		
14	Kahvaltıda hazır fırın ürünleri veya hamur işleri tüketirim.		
15	Günlük olarak 2 bardak süt/yoğurt ve/veya 1 büyük dilim (40g) peynir tüketirim.		
16	Tatlı, şeker ve şekerlemeleri günde birkaç kez tüketirim.		

VII. Fiziksel Aktivite Anketi

Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA)

1-Boş vakitlerinizdeki fiziksel aktivite: Geçtiğimiz/ gün içinde (son haftada) aşağıdaki aktivitelerden herhangi birini yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez? (Her soru için tek bir seçeneği işaretleyiniz).

	Hiç yapmadım	1-2 kez	3-4 kez	5-6 kez	7 kez veya daha fazla
1-Egzersiz amaçlı yürüyüş	0	0	0	0	0
2-Kovalamaca	0	0	0	0	0
3-Bisiklete binme	0	0	0	0	0
4-Koşma	0	0	0	0	0
5-Futbol	0	0	0	0	0
6-Voleybol	0	0	0	0	0
7-Basketbol	0	0	0	0	0
8-Yüzme	0	0	0	0	0
9-Dans	0	0	0	0	0
10-Buz pateni	0	0	0	0	0
11-Kay kay	0	0	0	0	0
12-Zıplama	0	0	0	0	0
13-Kürek çekme	0	0	0	0	0
14-Paten kaymak	0	0	0	0	0

2-Son 7 günde beden eğitimi (BE) derslerinde ne sıklıkla hareketliydimiz (çok oynamak, koşmak, zıplamak, atlamak gibi.)? (Sadece birini işaretleyin).

- 1.Hiç hareketli değildim. Beden eğitimi derslerine katılmıyorum.
- 2.Hemen hemen hiç hareketli değildim.
- 3.Bazen hareketliydim.
- 4.Oldukça sık hareketliydim.
- 5.Her zaman hareketliydim.

3-Son 7 günde, *teneffüslerde* en çok ne yaptınız? (Sadece birini işaretleyin).

- 1.Oturdum (konuştum, okudum, ödev yaptım).
- 2.Etrafta gezindim veya dolaştım.
- 3.Çok az koştum veya oynadım.
- 4.Biraz koştum veya oynadım.
- 5.Zamanın çoğunu koşarak, oynayarak geçirdim.

4-Son 7 günde, öğlen arasında ne yaptınız? (Öğle yemeği yemek dışında)?(Sadece birini işaretleyin).

- 1.Oturdum (konuştum, okudum, ödev yaptım).
- 2.Etrafta gezindim veya dolaştım.
- 3.Çok az koştum veya oynadım.
- 4.Biraz koştum veya oynadım.
- 5.Zamanın çoğunu koşarak oynayarak geçirdim.

5-Son 7 gün içinde, *okuldan hemen sonra*, kaç gün çok aktif olarak sporyaptınız, dans ettiniz ya da oyun oynadınız?(Sadece birini işaretleyin).

- 1.Hiç
- 2.Geçen hafta 1 kez
- 3.Geçen hafta 2 ya da 3 kez
- 4.Geçen hafta 4 kez
- 5.Geçen hafta 5 kez

6-Son 7 günde, kaç *akşam* çok aktif olarak spor yaptınız, dans ettiniz yada oyun oynadınız? (Sadece birini işaretleyin).

- 1.Hiç
- 2.Geçen hafta 1 kez
- 3.Geçen hafta 2 ya da 3 kez
- 4.Geçen hafta 4 ya da 5 kez
- 5.Geçen hafta 6 ya da 7 kez

7-*Geçtiğimiz hafta sonu*, kaç kez çok aktif olarak spor yaptınız, dans ettiniz ya da oyun oynadınız? (Sadece birini işaretleyin).

1. Hiç
2. 2 kez
3. 2-3 kez
4. 4 -5 kez
5. 6 ya da daha fazla kez

8-Aşağıdakilerden *hangisi* son 7 gün içinde boş zamanlarda yaptığımız fiziksel aktivite sıklığını en iyi şekilde tanımlamaktadır? Sizi tanımlayan cevaba karar vermeden önce lütfen beş (5) durumu da okuyunuz.

1. Boş zamanımın hepsini ya da çoğunu **çok az** fiziksel güç isteyenaktiviteler yaparak geçirdim.
2. Boş zamanlarımda **bazen** (geçen hafta **1–2 kez**) fiziksel aktiviteler (örneğin; koşu, yüzme, bisiklete binme, top oynama gibi) yaptım.
3. Boş zamanlarımda **sıklıkla** (geçen hafta **3–4 kez**) fiziksel aktiviteler yaptım.
4. Boş zamanlarımda **sık sık** (geçen hafta **5–6 kez**) fiziksel aktiviteler yaptım.
5. Boş zamanlarımda **çok sık** olarak (geçen hafta **7 ya da daha fazla kez**) fiziksel aktiviteler yaptım.

9- Geçen haftanın her günü için ne sıklıkla fiziksel aktivitede (spor yapmak, dans etmek ya da diğer fiziksel aktiviteler) bulunduğunuzu işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Orta	Sık	Çok sık
1. Pazartesi	0	0	0	0	0
2. Salı	0	0	0	0	0
3. Çarşamba	0	0	0	0	0
4. Perşembe	0	0	0	0	0
5. Cuma	0	0	0	0	0
6. Cumartesi	0	0	0	0	0
7. Pazar	0	0	0	0	0

10- Geçtiğimiz hafta hasta oldunuz mu veya normal fiziksel aktivitenize engel olacak herhangi bir şey oldu mu? (Birini işaretleyiniz.)

1. Evet
2. Hayır

Cevabınız evet ise, engel neydi?.....

VIII. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Boy uzunluğu..... cm

Vücut ağırlığı.....kg

BKİ.....kg/m²

IX. 24 SAAT GERİYE DÖNÜK BESİN TÜKETİM KAYDI FORMU

ÖĞÜN	Besin Adı – İçeriği	Miktar (Porsiyon)	Artık (%)	Net Miktar (g)
SABAHA (Saat)				
KUŞLUK (Saat)				
ÖĞLE (Saat)				
İKİNDİ (Saat)				
AKŞAM (Saat)				
GECE (Saat)				

X.ULTRA İŞLENMİŞ GIDA SIKLIĞI

Besinler	Her gün	Haftada 2-3	Haftada 1	15 günde 1	Ayda 1	Nadir	Hiç	Miktar
Çikolata								
Bisküvi								
Şekerleme/lokum/jelibon								
Cips								
Dondurma								
Gazlı İçecekler								
Meyveli-Çikolatalı Sütler								
Hazır Meyve Suyu								



Ek-3. Veli Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu

EBEVEYİNİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı;

Sizi diyetisyen Ayşe SEVİNÇ tarafından yürütülen çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışma, ilköğretim çağındaki çocukların Sağlıklı Yeme Öz-Yeterliliklerinin, Akdeniz Diyetine uyumlarının ve beslenme durumlarının araştırılması amacıyla yürütülmektedir.

Çalışma kapsamında; çocuğunuzun ağırlığı, boy uzunluğu, boyun çevresi ve üst orta kol çevresi diyetisyen tarafından ölçülecektir. Vücut ağırlığı tartı aleti ile, boy uzunluğu, boyun çevresi ve üst orta kol çevresi ise esnemeyen mezura yardımı ile ölçülecektir. Çocukların dolduracağı formlar arasında tanıtıcı bilgi formu, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi, Sağlıklı Yeme-Öz Yeterlilik ölçeği, Akdeniz Diyeti Uyum İndeksi (KIDMED), Sağlıklı Yeme İle İlgili Aile Desteği Ölçeği ve 24 saatlik besin tüketim kaydı bulunmaktadır. Bu formlar ve ölçümler ile çocukların beslenme durumları ve Sağlıklı Yeme-Öz Yeterlilikleri ve Akdeniz Diyetine uyumları saptanacaktır.

Çalışma ve yapılacak ölçümlerle ilgili olarak diyetisyen tarafından çocuklarınız bilgilendirilecek ve onlardan da yazılı onam (izin) alınacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tümüyle size ve çocuğunuza aittir. Çalışmanın hiçbir mali boyutu bulunmamaktadır, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır. Çalışmaya katılmanızı talep ediyoruz fakat katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir olumsuz sonuçla karşılaşmayacaksınız. Bu araştırmaya çocuğunuzun katılmasını kabul ediyorsanız aşağıdaki araştırmaya katılım izin formunu lütfen imzalayınız. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Ek-4. Gönüllü Bilgilendirme ve Olur(Rıza) Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü tarafından “İlköğretim Çağındaki Çocukların Sağlıklı Yeme Öz-Yeterliliklerinin, Akdeniz Diyetine Uyumlarının ve Beslenme Durumlarının Araştırılması” amacıyla yürütülmektedir. Bu araştırmanın amacı çocukların sağlıklı yeme öz yeterliliklerini, beslenme şekillerinin Akdeniz diyeti ile uyumunu ve beslenme durumlarını araştırmak ve sağlıklı beslenmeye teşvik edilmeleri için bir farkındalık yaratmaktır.

Bu çalışmada Tanıtıcı Bilgi Formu, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi, Sağlıklı Yeme Öz Yeterlilik Ölçeği puanları, Akdeniz Diyeti Uyum İndeksi (KIDMED) puanları, Sağlıklı Yeme ile İlgili Aile Desteği Ölçeği puanları, 24 saatlik besin tüketim kaydı ve antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, boyun çevresi ve üst orta kol çevresi) belirlenecektir. Vücut ağırlığı tartı aleti ile, boy uzunluğu, boyun çevresi ve üst orta kol çevresi ise esnemeyen mezura yardımı ile ölçülecektir.

Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 300 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Çalışmanın hiçbir mali boyutu bulunmamaktadır, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli kalacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ayşe SEVİNÇ
Uyruğu : T.C.

EĞİTİM

Derece	Adı	Bitirme Yılı
Üniversite	: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi/ Beslenme ve Diyetetik	2022

YAYINLAR

- 4. Uluslararası Ege Sağlık Alanları Sempozyumu 2024 /Çocuklarda Besin Alerjileri
- III. Bilsel Uluslararası Efes Bilimsel Araştırmalar ve İnovasyon Kongresi / Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İndikatörler
- V. Bilsel Uluslararası Gordion Bilimsel Araştırmalar Kongresi/ Çocuklarda Boyun Çevresinin Metabolik Sendrom Üzerine Etkisi