

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANNE OTONOM SEVİYESİNİN 0-5 YAŞ GRUBU BEBEK VE  
ÇOCUKLARDA BESLENME VE ANTROPOMETRİK  
ÖLÇÜMLERE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Dyt. Özlem ÖZLER**

**Diyetetik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2019**

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANNE OTONOM SEVİYESİNİN 0-5 YAŞ GRUBU BEBEK VE  
ÇOCUKLARDA BESLENME VE ANTROPOMETRİK  
ÖLÇÜMLERE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Dyt. Özlem ÖZLER**

**Diyetetik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet FİSUNOĞLU**

**ANKARA**

**2019**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ANNE OTONOM SEVİYESİNİN 0-5 YAŞ GRUBU BEBEK VE ÇOCUKLARDA BESLENME**  
**VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**  
**Öğrenci: Özlem Özler**  
**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Fisunoğlu**

Bu tez çalışması 02/09/2019 tarihinde jürimiz tarafından "Diyetetik Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| <b>Jüri Başkanı:</b>  | <i>Prof. Dr. Muhittin Tayfur</i><br><i>Başkent Üniversitesi</i>         | (imza)    |
| <b>Tez Danışmanı:</b> | <i>Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Fisunoğlu</i><br><i>Hacettepe Üniversitesi</i> | (imza)   |
| <b>Üye:</b>           | <i>Doç. Dr. Mevlüde Kızıl</i><br><i>Hacettepe Üniversitesi</i>          | (imza)  |

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

20 Eylül 2019

  
*Prof. Dr. Diclehan Orhan*  
**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

23 /09/2019

Özlem Özler



*“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”*

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet FİSUNOĞLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



(İmza)

Dyt. Özlem ÖZLER

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde tez danışmanlığımı üstlenerek kıymetli bilgilerini benimle paylaşan, tezimin her aşamasında bana yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Mehmet FİSUNOĞLU' na,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince maddi ve manevi desteğini yanımda hissettiğim, bilgi birikimini ve deneyimlerini paylaşmaktan çekinmeyen dostum Zeynep GÖKTAŞ' a,

Tez yazım aşamasında bana yol gösteren ve yardımını esirgemeyen Araş. Gör. Ferhan KESİK' e,

Hayatımın en zor dönemini benimle paylaşan, bu önemli süreçleri başarılı bir şekilde atlatmamda yardımcı olan ve tez çalışma dönemimde beni teşvik eden idarecilerim Nurgül ARGUNHAN, Şengül ÖZKAN KITLIK ve Selbihan EREN' e

Tez sürecimi sürekli sorgulayarak motivasyonumu artıran, manevi varlıklarını sıklıkla hissettiren ve akademik olarak destek olabilmek adına ellerinden geleni yapmaya çalışan arkadaşlarım Arş. Gör. Feride AYYILDIZ, Ayça GÖZÜM ve Haydar DALÇİÇEK' e,

Hayatımın her döneminde stresimi, heyecanımı ve sevincimi benimle paylaşan, kızları olmaktan gurur duyduğum babam Muzaffer DİNÇ ve annem Kezban DİNÇ' e,

Varlıkları ile hayatıma anlam katan ve bu süreçte de çalışmam için beni yüreklendiren kızım Neslihan ÖZLER ve oğlum M. Harun ÖZLER'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Özlem Ö., Anne Otonom Seviyesinin 0-5 Yaş Grubu Bebek ve Çocuklarda Beslenme ve Antropometrik Ölçümlere Etkisinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.** Bu araştırma, aile içi şiddete maruz kalmış annelerin otonom seviyelerini tespit etmek ve otonom seviyelerinin çocuklarını besleme durumlarına, çocuklarının ve kendilerinin antropometrik ölçümlerine etkisini değerlendirmek amacı ile planlanmıştır. Çalışma grubuna, Ankara ilinde kadın konukevlerinde kalan şiddet mağduru 108 kadın ve bu kadınların 0-5 yaş aralığındaki 157 çocuğu dahil edilmiştir. Kontrol grubuna ise fiziksel şiddet görmemiş 96 kadın ve 0-5 yaş arasındaki 125 çocuğu dahil edilmiştir. Araştırmada bireylerin demografik özellikleri, sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve çocuğun yeme davranışını saptama amacıyla anket formu uygulanmış, bireylerden antropometrik ölçümleri (doğum ağırlıkları, şu anki boy ve kiloları) alınmıştır. Katılımcıların sosyotropi-otonomi kişiliklerini saptama amacıyla "Sosyotropi-Otonomi Ölçeği" kullanılmıştır. Annelerin çocuklarına yönelik beslenme yaklaşımları "Çocuk Beslenme Anketi" kullanılarak saptanmıştır. Çalışma grubunda yer alan kadınların 69'u sosyotropik (ortalama yaş; 30,9±6,81 yıl), 39'u otonomik (ortalama yaş; 31,8±7,03 yıl); kontrol grubunda yer alan kadınların ise 20'si sosyotropik (ortalama yaş; 31,2±5,23 yıl), 76'sı otonomik (ortalama yaş; 33,2±6,11 yıl) kişilik özelliğine sahiptir. Sosyotrop kadınların çocuklarının doğum ağırlığı, şu anki boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları (2,8±0,31 kg, 92,0±12,09 cm ve 13,80±3,36 kg; sırasıyla) otonomik kadınların çocuklarına (3,07±0,58 kg, 93,9±13,08 cm ve 14,7±3,78 cm; sırasıyla) göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,05). Benzer şekilde şiddet mağduru kadınların çocuklarının antropometrik ölçümleri de şiddet mağduru olmayan kadınların çocuklarına göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,05). Şiddet mağduru annelerin bebeklerinin toplam anne sütü alma süresi (10,0± 8,12 ay) şiddet mağduru olmayan annelerin bebeklerine göre (16,6±7,03 ay) daha kısa bulunmuştur (p<0,001). Çocuk beslenme anketine göre şiddet mağduru annelerin beslenme bilgi düzeyi (13,5±3,99) şiddet mağduru olmayan annelere (15,9±2,42) göre düşük bulunmuştur (p<0,001). Sonuç olarak şiddet mağduru annelerin şiddet mağduru olmayan annelere göre daha sıklıkla sosyotropik kişilik özelliğinde oldukları, çocuklarının antropometrik ölçümlerinin (doğum ağırlıkları, şu anki boy ve kiloları) daha düşük olduğu ve çocuklarının beslenmesi konusunda karar alma yetilerinin ve beslenme bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Şiddet mağduru kadınların ve çocuklarının beslenme durumlarının iyileştirilmesi için beslenme eğitimi müdahalelerine gereksinim vardır.

**Anahtar kelimeler:** Aile içi şiddet, anne otonomu, çocuk beslenmesi, antropometri, kadın konukevi.

## ABSTRACT

**Özlem Ö., An Investigation of the Effect of Mother's Autonomy Level on Nutrition and Anthropometric Measurements of 0-5 Years Age Group Infants and Children, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Nutritional Sciences Programme, Master of Sciences Thesis, Ankara, 2019.** This study was designed to define the autonomy levels of mothers who were victims of domestic violence and to determine the effects of autonomy levels on nutritional status of their children and anthropometric measurements of themselves and their children. A total of 108 women who were victims of domestic violence and living in a woman shelter in Ankara and their 157 children (0-5 years old) were included into the study group. In control group, 96 women who were not victims of physical violence and their 125 children were included to the study. A questionnaire was administered to determine the demographic characteristics, sociotropic-autonomous personality traits, and nutritional habits of the children and anthropometric measurements (body weight at birth, current height and body weight) were collected. Sociotropy-Autonomy Scale was used to define the personality traits of women. Child Feeding Questionnaire was used to determine nutritional attitudes of mothers towards their children. In study group, 69 women were sociotropic (mean age;  $30.9 \pm 6.81$  yr) and 39 women were autonomous (mean age;  $31.8 \pm 7.03$  yr); in control group, 20 women were sociotropic (mean age;  $31.2 \pm 5.23$  yr) and 76 women were autonomous (mean age;  $33.2 \pm 6.11$  yr). Body weight at birth, current height and current body weight of children of sociotropic mothers ( $2.8 \pm 0.31$  kg,  $92.0 \pm 12.09$  cm, and  $13.80 \pm 3.36$  kg; respectively) were significantly lower than children of autonomous mothers ( $3.07 \pm 0.58$  kg,  $93.9 \pm 13.08$  cm, and  $14.7 \pm 3.78$  kg; respectively), ( $p < 0.05$ ). Similarly, anthropometric measurements of children of domestic violence victim mothers were found lower than children of mothers who weren't victim of domestic violence ( $p < 0.05$ ). Total duration of breastfeeding was shorter for children of domestic violence victims ( $10.0 \pm 8.12$  months) than children of women without domestic violence ( $16.6 \pm 7.03$  months), ( $p < 0.001$ ). According to child feeding questionnaire, nutrition knowledge level was lower in domestic violence victims ( $13.5 \pm 3.99$ ) than women without domestic violence ( $15.9 \pm 2.42$ ), ( $p < 0.001$ ). In conclusion, mothers who were victims of domestic violence seem to have more sociotropic personality traits, anthropometric measurements of their children were lower, and decision-making abilities for child feeding and nutrition knowledge levels were lower compared to the women without a history of domestic violence. To improve the nutritional status of domestic violence victims and their children, nutrition education interventions are necessary.

**Key words:** Domestic violence, mother autonomy, child nutrition, anthropometry, woman shelters.



## İÇİNDEKİLER

|   |      |
|---|------|
| ONAY SAYFASI  | iii  |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI                      | iv   |
| ETİK BEYAN  | v    |
| TEŞEKKÜR  | vi   |
| ÖZET  | vii  |
| ABSTRACT  | viii |
| İÇİNDEKİLER   | ix   |
| SİMGELER VE KISALTMALAR   | xii  |
| TABLolar  | xiii |
| <b>1.GİRİŞ</b>  | 1    |
| 1.1.Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam                              | 1    |
| 1.2.Amaç ve Varsayımlar   | 2    |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b>  | 3    |
| 2.1. Ailenin Tanımı ve Türleri                                  | 3    |
| 2.2. Türkiye’de Dünden Bugüne Kadın ve Aile Hayatı              | 3    |
| 2.3. Aile İçi Şiddet ve Kadına Yönelik Şiddet                   | 4    |
| 2.4. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Türleri                     | 5    |
| 2.5. Gebelik ve Aile İçi Şiddet                                 | 6    |
| 2.6. Aile İçi Şiddet ve Çocuklar                                | 6    |
| 2.7. Kadına Yönelik Aile Şiddetin Kadın Sağlığına Olan Etkileri | 7    |
| 2.8. Kadın Konukevleri  | 8    |
| 2.9. Sosyotropi ve Otonomi                                      | 9    |
| 2.9.1. Şiddet ve Sosyotropi-Otonomi                             | 10   |
| 2.9.2. Sosyotropi-Otonominin Beslenme Üzerine Etkisi            | 11   |
| 2.9.3. Anne Otonomunun Çocuk Antropometrisi Üzerine Etkisi      | 11   |
| 2.10. Bebek ve Çocuk Beslenmesi                                 | 12   |
| 2.10.1. Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi                           | 12   |
| 2.10.2. Tamamlayıcı Beslenme                                    | 14   |
| 2.10.3. Çocuk Beslenmesi  | 16   |
| <b>3. BİREYLER VE YÖNTEM</b>                                    | 18   |

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi  | 18 |
| 3.2. Araştırmanın Genel Planı  | 18 |
| 3.3. Verilerin Toplanması  | 19 |
| 3.3.1. Demografik Özellikler ve Çocukların Bakım ve Beslenme Süreçleri                               | 19 |
| 3.3.2. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği   | 19 |
| 3.3.3. Annelerin Evde Karar Alma Yetilerinin Saptanması  | 20 |
| 3.3.4. Çocuk Besleme Anketi (Child Feeding Questionnaire-CFQ)  | 20 |
| 3.3.5. Antropometrik Ölçümler  | 21 |
| 3.4. Verilerin Değerlendirilmesi   | 22 |
| <b>4.BULGULAR</b>  | 23 |
| 4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri   | 23 |
| 4.2. Bireylerin Gebe Kalma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi  | 25 |
| 4.3. Birey ve Çocuklarının Antropometrik Durumlarının Değerlendirilmesi                              | 25 |
| 4.4. Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Çocuk Beslenmesine Yaklaşımları | 28 |
| 4.5. Bireylerin Yaşadıkları Ev İçerisinde Karar Verebilme Durumlarının Değerlendirilmesi             | 33 |
| <b>5. TARTIŞMA</b>   | 41 |
| 5.1. Bireylerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi  | 41 |
| 5.2. Bireylerin Gebe Kalma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi  | 43 |
| 5.3. Birey ve Çocukların Antropometrik Durumlarının Değerlendirilmesi                                | 44 |
| 5.4. Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Çocuk Beslenmesine Yaklaşımları | 48 |
| 5.5. Bireylerin Yaşadıkları Ev İçerisinde Karar Verebilme Durumlarının Değerlendirilmesi             | 51 |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>  | 54 |
| 6.1. Sonuçlar  | 54 |
| 6.2. Öneriler  | 57 |
| <b>7. KAYNAKLAR</b>  | 58 |
| <b>8. EKLER</b>  | 74 |
| EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu   |    |
| EK 2: Etik Kurul Onayı   |    |

EK 3: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

EK 4: Turnitin Ekran Görüntüsü

EK 5: Turnitin Raporu

9. ÖZGEÇMİŞ

## SİMGELER VE KISALTMALAR

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>AİŞ</b>            | Aile İçi Şiddet  |
| <b>AIDS</b>           | Edinilmiş İmmun Yetmezlik Sendromu                         |
| <b>BKİ</b>            | Beden Kütle İndeksi  |
| <b>CFQ</b>            | Çocuk Besleme Anketi                                       |
| <b>CFQ-AÖ</b>         | Çocuk Besleme Anketi Alt Ölçeği                            |
| <b>CN (CFQ-AÖ 4)</b>  | Annenin Çocuklarının Vücut Ağırlığı Hakkındaki Kaygıları   |
| <b>DSÖ</b>            | Dünya Sağlık Örgütü  |
| <b>KYŞ</b>            | Kadına Yönelik Şiddet                                      |
| <b>MN (CFQ-AÖ 7)</b>  | Annenin Çocuklarının Yeme Davranışlarını Gözlemlemesi      |
| <b>PCW (CFQ-AÖ 3)</b> | Çocuğun Annesi Tarafından Algılanan Vücut Ağırlığı         |
| <b>PE (CFQ-AÖ 6)</b>  | Annenin Çocuklarına Uyguladığı Yeme Baskısı                |
| <b>PPW (CFQ-AÖ 2)</b> | Annenin Kendi Vücut Ağırlığı Algısı                        |
| <b>PR (CFQ-AÖ 1)</b>  | Çocuk Beslenmesi için Anne Tarafından Algılanan Sorumluluk |
| <b>RST (CFQ-AÖ 5)</b> | Annenin Çocuklarına Uyguladığı Besin Kısıtlaması           |
| <b>SD</b>             | Standart Sapma   |
| <b>ŞM</b>             | Şiddet Mağduru   |
| <b>ŞM-O</b>           | Şiddet Mağduru Otonomik                                    |
| <b>ŞM-S</b>           | Şiddet Mağduru Sosyotropik                                 |
| <b>ŞMO-O</b>          | Şiddet Mağduru Olmayan Otonomik                            |
| <b>ŞMO-S</b>          | Şiddet Mağduru Olmayan Sosyotropik                         |
| <b>TNSA</b>           | Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması                        |

## TABLOLAR

| <b>Tablo</b>   | <b>Sayfa</b> |
|--|--------------|
| 4.1. Bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları.   | 24           |
| 4.2. Bireylerin aile yapıları ve yerleşim yerlerine göre dağılımları.  | 24           |
| 4.3. Bireylerin gebe kalma durumlarına göre değerlendirilmesi .  | 25           |
| 4.4. Bireylerin antropometrik ölçümleri.   | 26           |
| 4.5. Bireylerin kişilik özelliklerine göre çocuklarının antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi.                                      | 26           |
| 4.6. Bireylerin şiddet görme durumları ile çocuklarının antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.                    | 27           |
| 4.7. Bireylerin şiddet görme durumları ve kişilik özelliklerinin çocuklarının antropometrik ölçümleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi. | 28           |
| 4.8. Bireylerin kişilik özelliklerinin çocuklarını anne sütü ile beslenme ve ek besine geçiş sürecine etkisi.                              | 29           |
| 4.9. Bireylerin şiddet görme durumlarının çocuklarını anne sütü ile besleme ve ek besine geçiş sürecine etkisi.                            | 29           |
| 4.10. Bireyin şiddet görme durumu ve kişilik özelliğinin çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş sürecine etkisi.                        | 29           |
| 4.11. Bireylerin şiddet görme durumlarına göre ek besin olarak tercih ettikleri besinlerin dağılımı.                                       | 30           |
| 4.12. Bireylerin kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ üzerine etkisi.   | 30           |
| 4.13. Bireylerin şiddet görme durumlarının CFQ-AÖ üzerine etkisi.  | 31           |
| 4.14. Bireylerin şiddet görme durumları ve kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ üzerine etkisi.   | 32           |
| 4.15. Şiddet görme süresi ile CFQ-AÖ arasındaki ilişki.  | 32           |
| 4.16. Bireylerin ev içerisinde karar verebilme durumlarının dağılımı.  | 34           |
| 4.17. Bireylerin çocuklarının bakımı ile ilgili karar verebilme durumlarının dağılımı.   | 36           |
| 4.18. Bireylerin finansal kaynaklar ile ilgili karar verebilme durumlarının dağılımı-1.  | 38           |
| 4.19. Bireylerin finansal kaynaklar ile ilgili karar verebilme durumlarının dağılımı-2.  | 38           |
| 4.20. Bireylerin otonom durumlarındaki değişkenliklerinin dağılımı.  | 40           |

## 1. GİRİŞ

### 1.1 Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Kadına Yönelik Şiddet (KYŞ) dünyada sıklığı her geçen gün artan bir sorundur (1). Temelinde cinsiyet ayrımcılığının olduğu ileri sürülen KYŞ'nin tarihsel açıdan nedenleri hala araştırılmaktadır. Arkeologların incelediği erkek mumyaların vücutlarında bulunan kemiklerde kırık görülme sıklığı %9-20 arasında değişir iken kadın mumyalarda bu sıklık %30-50 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç da; Aile İçi Şiddetin (AİŞ) varlığının arkeolojik zamanlardan beri süregeldiğini göstermektedir (1).

Resmi Gazete'de yayınlanan 12 Temmuz 1998 tarih ve 23400 sayılı yönetmeliğe göre her türlü şiddete maruz kalmış kadınlar için Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde Kadın Konukevleri oluşturulmaya başlanmıştır (2). Evli ve aile içi şiddete (AİŞ) maruz kalmış ve gidecek başka bir yeri olmayan pek çok kadın, konuk evlerini kendilerine ikinci bir şans tanıyan ve güçlenmelerini destekleyen yerler olarak görmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998 yılında başlattığı ve 2002 yılında sonuçlarını yayınladığı bir araştırmaya göre KYŞ'nin öncelikli bir sağlık sorunu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu araştırmaya göre dünya genelinde kadınların %20-67'sinin hayatlarında en az bir kez erkek şiddetine maruz kaldıkları görülmüştür (4). Şiddete maruz kalan kadınların sağlık merkezlerine şiddet öyküsü ile değil çeşitli sağlık sorunları (baş ağrısı, yaralar vb.) ile başvurdukları saptanmıştır (5). Çalışmalar şiddetin altta yatan nedenlerini içgüdüsel ya da toplumsal nedenler olarak belirtse de, benzer çalışmalar eğitim seviyesinin de şiddete maruz kalma açısından etkili olduğunu göstermiştir (5, 6). Türkiye genelinde 2008 yılında 51 ilde yapılan bir çalışma yetersiz eğitim seviyesine sahip kadınların şiddeti kabul edebilirliğinin daha kolay olduğunu göstermiştir (7). AİŞ'ten en fazla etkilenen kesim; bebek, çocuk ve gençlerdir (8).

Şiddete maruz kalan kadınlarda sosyal bağımlılık arttığı için sosyotropik kişilik özellikleri ağır basmaktadır. Çocuklarını besleyebilme gibi basit kararlarda bile yetersiz kalan kadınların çocuklarında yetersiz beslenme görülebilmekte ve sonuç olarak antropometrik ölçümlerde gerilikler ortaya çıkabilmektedir (9). Şiddet mağduru anne de mental gerilikte olabilmektedir. Mental gerilikle birlikte annenin emzirme isteği

azalmakta, çocuğunda boy ve ağırlık olarak gerilik gözlenmektedir (10). Mental yetersizlikle anne otonom seviyesinin düştüğü ve annenin emzirme gibi basit bir kararı bile tek başına alamadığı sonucuna varılmaktadır. Anne sütünü istenen düzeyde alamayan çocuklarda yetersiz beslenmeye bağlı sağlık sorunları görülebilmektedir (11). Hindistan’da anne otonomu ile çocuk bakımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada otonomu düşük annelerin çocuklarının sağlık hizmetlerinden istenen düzeyde faydalanamadığı tespit edilmiştir (12). Kentte yaşayan, eğitim düzeyi yüksek ve şiddete maruz kalmamış kadınların otonom seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu kadınlar, evdeki beslenme kaynaklarını çok daha iyi kullanabildikleri için çocuklarının malnütrisyonlu olma ihtimalinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (13). Kadın statüsünün düşük olduğu bölgelerde kadın otonomunun da düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum kronik yetersiz beslenmeye ve sonuç olarak morbidite ve mortalite sıklığının artmasına neden olmaktadır (14).

Küresel düzeyde bir sorun olan KYŞ’nin çocuk beslenmesi ve antropometrisi üzerine etkisini inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma şiddete maruz kalan kadınların, otonom seviyeleri ve çocuk beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla yürütülmüş ve sosyotropi-otonomi seviyeleri, kadın ve çocukların vücut kompozisyonları ve çocuk besleme seviyeleri kontrol grubu ile kıyaslanarak incelenmiştir.

## 1.2 Amaç ve Varsayımlar

Bu araştırma, AİŞ’e maruz kalmış kadınların genel profillerini belirlemek, kadınların ev içerisinde etkin olduğu alanları değerlendirmek, bebeklerin emzirilme ve ek besine geçiş sürelerini saptamak, annelerin otonom seviyelerini tespit etmek, otonom seviyelerinin çocuklarını besleme durumlarına, çocuklarının ve kendilerinin antropometrik ölçümlerine etkisini değerlendirerek öneriler geliştirmek amacı ile planlanmıştır. Çalışmanın köken aldığı varsayımlar şunlardır:

1. Şiddete maruz kalan kadının otonomu olumsuz yönde etkilenmektedir.
2. Otonom seviyesi düşük olan anneler çocuklarını beslemede yetersizdir.
3. Şiddete maruz kalmış otonom seviyesi düşük olan kadınların çocuklarının antropometrik ölçümleri yaşitlarına kıyasla geridedir

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ailenin Tanımı ve Türleri

Ailenin tanımı (Baran-Yurteri Tiryaki, 2016); “*Aile, evlilik bağıyla başlayan, kan veya evlat edinme bağları ile devam eden, hem bireyleri hem de toplumu etkileyen ve üzerinde çeşitli sosyal kurumların etkisini hisseden, toplumun temel yapısını oluşturan bir kurumdur*” olarak yapmıştır (15). Aile kurumu multi disiplinler bir yapı olduğu için bahsi geçen disiplin koluna göre aile için farklı tanımlar da yapılabilmektedir (16, 17). Toplumun en küçük birimi olan ailede kişiler cinsel, psikolojik, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını bu kurum içerisinde karşılamaktadır. Aile yapısının düzenli ve ilişkilerin sağlıklı olması, aile içerisinde yer alan bireylerin de sağlıklı bir yapıya sahip olmasını etkilemektedir (17).

Ülkemiz çeşitlilik gösteren coğrafi yapıya sahip olması ve farklı kültürleri barındırmasından dolayı aile türleri açısından da zengindir (18). Aile kurumu yerleşim yeri, sosyal yapı, kültür, dini inanışlar, çocuk sayısı, aile bireylerinin yaşı, yerleşik ya da göçebe hayata mensup olma gibi etkenlerden yola çıkılarak çeşitlilik göstermektedir (19). Bazı kaynaklar aileyi çekirdek aile, geniş aile, ataerkil aile, anaerkil aile olarak sınıflandırmaktadır (20).

Geniş aile, geleneksel bir aile tipidir. Akrabalık ilişkileri kuvvetli olan bu aile türünde ebeveynler, çocuklar, büyük anne, büyük baba, kardeşler, kuzenler vs. yer alabilmektedir. İş bölümü ve ekonomik kaynaklar açısından aile bireyleri birbirlerini denetler (20). Çekirdek ailede kişi sayısı geniş aileye nazaran daha azdır. Ebeveynler ve çocuklardan oluşan çekirdek ailede cinsiyet ayrımı daha az görülmektedir (21). Anaerkil ailede otorite annedir, anne kutsaldır (22).

### 2.2. Türkiye’ de Düünden Bugüne Kadın ve Aile Hayatı

Kadının varlığı, geçmişten günümüze kadar toplumların yapılarını değiştirmiştir. İlk çağlarda aile yapısı anaerkil bir yapıya sahipken, üretim sahasında erkeklerin daha fazla yer alması ile aile yapısı ataerkil olarak değişmiştir. Medeniyetlere göre kadına verilen değer tarih boyunca farklılık göstermiştir (23). Osmanlı döneminde Tazminat Fermanı ile kadın hakları oluşmaya başlamış ve kız çocuklarının eğitimleri konusunda iyileştirmeler yapılmıştır (23). Meşrutiyetle iş



hayatındaki aktif rolleri artmaya başlayan kadınlar ticarete de ilerlemişlerdir (24). Bu dönemde kadın meselesi ekonomik ve kültürel bir mesele olarak kabul edilmiş ve aydın kesim tarafından sorunlar gündeme getirilmiştir (25).

### 2.3. Aile İçi Şiddet ve Kadına Yönelik Şiddet

Şiddet; *“Hakaret etme, zarar verme, yok etme amacı ile yapılan, fiziksel güç veya psikolojik baskı uygulamak suretiyle, insanların fiziksel veya psikolojik zarar görmesine neden olan davranışların tümü”* olarak değerlendirilmektedir (26). Topluma ve bireye zarar verdiği için şiddet evrensel bir olgudur (27). Şiddet olgusu, yaşanan dönem ve toplumların değişen sosyal yapısına göre değişiklik gösterebilmektedir (28).

Aile içi şiddet; *“Eşlerin birine veya çocuklarına ya da aynı evde yaşayan akrabalarına yönelik; aynı evde yaşayan herhangi bir akrabanın, kadına ya da evdeki diğer kişilere yönelik; evli olmasına rağmen kendi isteğiyle veya mahkeme kararı ile ayrı evlerde yaşayan eşlerin, kadına yönelik; tehdit, baskı ve kontrol içeren, fiziksel, cinsel, ekonomik veya psikolojik zarar görmeye veya acı çekmeye sebep olan her türlü davranış”* olarak tanımlanmıştır (29). Aynı ev içerisinde yer alan eşler, çocuklar, kardeşler, yaşlılar ve bakıma gereksinimi olan engelliler AİŞ’e maruz kalabilir (30).

Toplumun şiddeti normal görmesi, şiddetin kuşaklar arası aktarımı, erkeğin kadından üstün görülmesi, kadınların sosyal ve ekonomik koşullarının yetersiz olması, eğitim seviyelerinin düşük olması, AİŞ öyküsünün olması, ruhsal yönden rahatsız olma, alkol ya da madde bağımlılığı AİŞ’in temel nedenlerindedir (31-34). Kadınların, erkeklerin tüm isteklerini yerine getirmek sureti ile yetiştirilmesi ve kadınların çok konuştuğunun düşünülmesi de nedenler arasında gösterilmiştir (35). Hiçbir neden olmaksızın sadece kadın olmakta, şiddete maruz kalmak için sebep olabilmektedir (36). Küçük yaşta kız çocuklarının evlendirilmesi şiddet olgusunun yaşanması için tetikleyici bir faktör olabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 25 yaşın altındaki kadınların %96,0’sının çoktan evlendiği sonucuna varılmıştır (37). Eğitim düzeyi düşük ailelerde şiddet görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmış olmakla birlikte eğitim düzeyi yüksek olan ailelerde de şiddetin gözlemlenebildiği belirtilmiştir (38).

Kadına yönelik şiddet (KYŞ), aile içerisinde yaşanan, cinsiyete dayalı bir şiddet olgusudur. Kadın; fiziksel, ruhsal, cinsel, duygusal ve ekonomik açıdan istismara maruz kalır (39). Tüm dünya da olduğu gibi Türkiye’de de KYŞ önde gelen sosyal bir sorundur. Dünya üzerindeki tüm kadınların ülke, etnik köken, sınıf, din, ekonomi ve sosyal statü ayrımı olmadan bu şiddete maruz kalma sıklığı yüksektir (40).

#### **2.4. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Türleri**

Çalışmaların büyük bir kısmı kadınların yaşamları boyunca bir veya daha fazla şiddet türüne maruz kaldıklarını göstermektedir (41). Sıklıkla maruz kaldıkları şiddet türleri; duygusal, fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır (42, 43).

Yapılan bir çalışmada kadınların yaşamları boyunca yakınları tarafından en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmıştır (41). Kadınların fiziksel şiddete maruz kalma sıklığının Türkiye’de %26-58 olduğu tespit edilmiştir (44). Fiziksel şiddette amaç kadını korkutma, susturma ve zorlamadır (5).

Ekonomik şiddette kadının kontrol edilmesi için para tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılmaktadır (5, 34). Kadın verimli kaynaklara ulaşamaz ya da ulaşımında güçlük çeker. Kaynak ya da zenginlik kadın ve erkek arasında dengesizce bölüşülür (45). Türkiye de çalışan kadınların %38,0’i kazançlarının tasarrufunda kendileri karar verirken %50,0’sinin kararını eşleri ya da ailedeki diğer bireyler yönlendirmekte %10,0’u da bu karar aşamasında yer almamaktadır (46).

Hakaret etme, aşağılama ve başka kadınlarla kıyaslama psikolojik şiddete örnek olarak verilebilir (47).

Cinsel şiddette cinsellik tehdit unsuru olarak kullanılmaktadır (5). Dünyada kadınların %20,0’sinin, erkeklerin ise %5-10’unun küçükken cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirilmektedir (48). Bu şiddet türünde karşı tarafın kullandığı söz ve hareketler kişiyi korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol aracı olarak kullanılmaktadır (49).

Şiddete maruz kalma sıklığı yaşanan bölgeye ve medeni duruma göre farklılık göstermektedir. Evlenmiş kadınların %15,0’i cinsel şiddetin herhangi bir

türüne maruz kalmakla birlikte cinsel ve fiziksel şiddeti birlikte yaşayanların sıklığı %42,0'dir (50).

## 2.5. Gebelik ve Aile İçi Şiddet

Gebelik kadının hayatı içerisinde deneyimlediği doğal bir süreçtir (51). Bu süreç kadının yaşamındaki riskleri de artırmaktadır. Eğer gebelik boyunca şiddet söz konusu ise riskin daha da artmaktadır (36, 52). Gebelik döneminde gözlemlenen şiddette anne ve fetüsün sağlığı tehlikeye girmektedir (53, 54). Bu kadınlarda doğum sonrası depresyon sıklıkla rastlanmakta, anne bebeği ile yeterince ilgilenememekte ve emzirme süreci de olumsuz etkilenmektedir (55).

Şiddete maruz kalan kadınların doğum öncesi kendi ağırlıklarının ve doğum sonrası bebeklerinin ağırlıklarının yetersiz olduğu görülmüştür (54, 56). Gebelikte şiddete maruz kalmış kadınların bebeklerinin doğum ağırlığının düşük olduğu saptanmıştır (56).

İzmir'in Ödemiş ilçesinde yapılan bir çalışmaya göre gebelerin eşlerinden sırasıyla duygusal, fiziksel, ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir (57). Türkiye'de sağlık çalışanlarının dahil edildiği farklı bir çalışmada ise katılımcıların %72,5'i gebeliğin kadını şiddetten koruduğunu savunmaktadır (59).

## 2.6. Aile İçi Şiddet ve Çocuklar

Dünyaya gelen bebek için karşılaştığı ilk sosyal ortam ailedir. Çocuk aile içi ortamda kişiliğini ve psikolojisini geliştirir. Bunun nedeni ise çocuk doğuştan saf ve masumdur. Çocuk her döneminde aileden gördüklerini yaşatmaya çalışır. Çocuğun gelişimi için aile ortamı ilk basamaktır (59).

Bebek anne karnında şiddetin etkisini görmeye birlikte doğumdan sonra da bu olumsuzluklar devam edebilmektedir. Gebelik dönemi ve sonrasında şiddetle karşı karşıya kalmış kadınlar ve çocukları ile yapılan çalışma, çocuklarda büyüme geriliğinin anlamlı olduğunu göstermiştir (60). Fiziksel şiddete maruz kalmış annelerin çocukları ile yapılan bir çalışmada, çocuklarda boy uzunluğu ve vücut ağırlığı açısından gerilik olduğu gözlemlenmiştir (61). Benzer bir çalışmada ise şiddet ve çocukların boyları arasındaki ilişkiye bakılmış ve ikisi arasında anlamlı bir

ilişki olduğu bulunmuştur (62). Okul öncesi çocukların dahil edildiği bir araştırmada annesi şiddet gören ve görmeyen çocukların vücut ağırlığı durumları değerlendirilmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların özellikle kız çocuklarının obezite riskinin, şiddete maruz kalmayan kadınların çocuklarına kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (63).

Nikaragua’da yapılan benzer bir çalışmada 5 yaş altında çocuğu olan ve şiddet mağduru olan kadınların çocuklarında ölüm oranının diğer çocuklara kıyasla 6 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (64).

Anne yaşı, eğitimi, yaşayan çocuk sayısı, aile yapısı, sosyo-ekonomik durum, çocuğun emzirilmesi, aşılması (sağlık imkanlarına erişebilme) ve en önemlisi annenin şiddete maruz kalma durumu çocuğun malnütrisyon riskine ya da ölümüne neden olabilmektedir (62).

Şiddetin yaşanmadığı bir ortamda yetişen çocukların kendine, topluma ve ailesine karşı güven duygusu gelişmiştir (65). Bunun tam tersi şiddet ortamında büyüyen bir çocuk ise negatif bir kimliğe sahip olabilmektedir. Ebeveynlerinin birbirlerine uyguladıkları şiddeti görerek büyüyen çocuk çevresindekilere de şiddet uygulamaya başlayabilmektedir (66). Şiddet mağduru kadınların %37,0’sinin kendi çocuklarına şiddet gösterdikleri ortaya çıkmıştır (65). Çocukluk döneminde AİŞ’e maruz kalanların, ilerleyen yıllarda kendilerinin şiddet gösteren taraf olarak ortaya çıktığı görülmektedir (67).

## **2.7. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadın Sağlığına Olan Etkileri**

Aile içi şiddet toplumları ve sosyoekonomik gruplardaki kadınları fiziksel ve psikolojik yönden etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (68). Şiddet mağduru kadınlar maruz kaldığı şiddet sonucu sağlıklarını kaybetmektedir (69). Maruz kaldıkları şiddet; fiziksel ve ruhsal travmalar, mental gerilik, yaralanmalar, alkol ve madde bağımlılıkları, ölümcül olmayan medikal rahatsızlıklar ve AIDS gibi sağlık problemlerine neden olabilmektedir (70). Sonuç olarak kadınlarda aile içi ya da dışında üretkenlik kaybı gözlenebilmektedir. Bu durum aile ve toplum sağlığının bozulmasını kolaylaştırmaktadır (71). Şiddet, DSÖ’ye göre kadın ve toplum sağlığı sorunları arasındadır (72). Şiddet sonucunda kadınların

yaşam kalitesi düşmekte, genel sağlık sorunları arttığı için sağlık hizmeti kullanan kadın sıklığı da artmaktadır (69).

Yapılan bir çalışmada; kırsal alanda yaşayan kadınların %32,0'sinin, kentsel alanda yaşayan kadınların %36,0'sının fiziksel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalan bu kadınların %47,0'si bedensel olarak zarar görmüştür (73). Şiddet mağduru kadının yetersiz beslendiği, bunun sonucunda da kronik hastalıkların görülme riskinin arttığı belirtilmiştir. Fiziksel etki kaynaklı beden travmaları, geçici ve kalıcı sakatlık ve hastalıklar gözlemlenmiştir. Anne hamile ise gebeliğin düşük ile sonuçlanabildiği ya da doğan bebeğin düşük doğum ağırlıklı olabileceği vurgulanmıştır (74).

Şiddetin gözlemlendiği evlerde beslenmede yapılan kısıtlamaların ve stresin yetersiz beslenme üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada, BKİ değerleri incelendiğinde, kadın ve çocukların şiddetin ilerleyen yıllarında zayıfladıkları gözlemlenmiştir (61).

Psikolojik bozuklukların gelişmesinde AİŞ'in rolü büyüktür (75). Şiddet mağduru kadın ilk etapta şok ve inkar durumlarını yaşayabilmektedir. İçinde bulunduğu duruma adapte olduktan sonra şiddete karşılık verebilmektedir. Sonrasında depresyonla karşı karşıya kalabilir (76). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde ya da topluluklarda AİŞ'nin daha yaygın olduğu görülmektedir (75). Psikiyatrik bozukluğa neden olan şiddet sonucunda kadının kendinin ve çocuğunun ihtiyaçlarını karşılayamadığı tespit edilmiştir (76).

Sivas ilinde psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada bu kadınların %57,0'sinin eşinden fiziksel şiddet gördüğü belirtilmiştir (77). Manisa'da yapılan benzer bir çalışmaya, sağlık merkezine tedavi amaçlı başvurmuş evli kadınlar dâhil edilmiştir. Bu kadınların %32,9'u AİŞ'e maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddet mağduru kadınların %32,4'ünde depresif belirtiler gözlemlenmiştir (78).

## 2.8. Kadın Konuakleri

Şiddete maruz kalan kadın bu durumu sonlandırmak istediği aşama da karakola başvurarak içinde bulunduğu durumdan uzaklaşma adına bir adım atmış

olur. Bu süreçten sonra güçlenme ve sosyalleşmeleri adına toplu bir yaşam alanı olan kadın konukevlerinde geçici ama yeni bir hayata başlarlar. Burada kadın artık yalnız olmadığını daha iyi anlamaktadır (79).

Kadınlar evden ayrıldıkların da uyku ve yeme bozuklukları, depresyon, kaygı ve anksiyete gibi belirtiler göstermektedir (70). Kadın konukevlerinde kadını rehabilite etme ve topluma kazandırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Otonomlarını güçlendirme bu çalışmalar arasında yer almaktadır. Bursa’da yapılan bir çalışma da kadın konukevinde kalan kadınların kalmayan kadınlara kıyasla benlik saygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (80).

## 2.9. Sosyotropi ve Otonomi

Beck’e göre sosyotopi (sosyal bağımlılık); *“Davranışsal eğilim ve tutumları içerir. Bu özelliğe sahip bireyler destek ve doyum almak için diğerlerinin geri bildirimine yoğun ihtiyaç duyarlar. Bu kişilerin benlik saygısı diğerlerinden aldıkları desteğe oldukça bağlıdır”* olarak açıklamıştır (81). Sosyotrop bireyler toplumdaki diğer bireyler tarafından eleştirilmekten çekinmektedir. Başkalarının kontrollerine ihtiyaç duymaktadırlar (82). Doğru adım attıklarından emin olabilmek için kontrol eden mekanizmanın onayına ihtiyaç duymaktadır (83).

Beck’e göre otonomi; *“Bağımsızlık ve kişisel hakları sürdürmek için yapılan bir yatırımdır”* (81). Otonomide kontrol mekanizması kişinin kendisidir (84). Otonomik özelliği yüksek bireylerin kendine güveni de yüksektir (85). Bu bireyler çevrenin baskısını kabul etmez çünkü özgürlüklerine düşkünlüdürler (86).

Sostotropi ve otonom özellikleri arasında ters bir denge vardır. Otonomiyi geliştirmek amacı ile yapılan uğraşlar, aslında kişinin sosyotrop özelliğini baskılamak için yapılan bir mücadeledir (87).

Geniş ailede kadının otonomunun düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu kadınları aile ekonomisinde söz hakları da sınırlı olmaktadır. Hindistan’da 109.041 aile ve 124.385 kadının dâhil edilerek yürütülmüş olan bir çalışmada kadının otonom seviyesini tespit edebilmek için bir anket uygulanmıştır. Küçük ev eşyası alımında söz sahibi olan kadınların %27,0 olarak tespit edilmiştir. Bu kadınların %24,3’ünün

kendi sağlık hizmetlerine karar vermede söz hakkına sahip oldukları, %22,1'inin de para harcamada fikrini açıklayabildiği bildirilmiştir (88).

Otonomu güçlü olan kadının bağımsız hareket edebilme özelliğinin yüksek olduğu bilinmektedir. Pakistan'da kent ve kırsalda yaşıyan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların hareket edebilme özelliklerine göre otonom seviyeleri kıyaslanmıştır. Kentte yaşıyan kadınların hareket edebilecekleri alanların fazla olmasından ötürü hareket özgürlüklerinin de daha fazla olacağı vurgulanmıştır (89).

Hemşirelik bölümünde okuyan üniversite öğrencileri ile yürütölen bir çalışmada öğrencilerin sosyotopik kişilik özelliklerinin 1. sınıftayken daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Bu durumun duygusallık ile yakından ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Duygusallık arttıkça sosyotopik kişilik özelliğinin de arttığı gözlenmiştir (90).

### **2.9.1. Şiddet ve Sosyotropi-Otonomi**

Anne otonomunu yönlendiren şiddet faktörü çocuk yetiştirmeyi de direk olarak etkilemektedir. Evde şiddet gören kadının sosyotropik özelliği güçlenmektedir. Şiddet mağduru kadın, kendi ve çocuğu ile ilgili alınan kararlarda fikrini beyan edemeyebilir. Bu durum çocuğun yetiştirilmesini olumsuz yönde etkilemektedir (91). Şiddet gören ve dolayısıyla otonom seviyesi düşük olan kadınların çocuk yetiştirilmesi için gerekli olan eldeki kaynakların kullanımında yetersiz olduğu tespit edilmiştir (92). Bu durumun çocukların büyüme ve gelişmesini olumsuz etkilediği ve bodurluğa neden olduğu belirtilmiştir. Kadına yönelik şiddet kadının otonomunu zayıflatabileceği gibi doğum öncesi ve yaşıamın ilk 36 ayı boyunca çocuğun büyümesini ve beslenmesini olumsuz yönde etkileyebileceği görölmüştür (93). Bunun tam tersi otonomu güçlü olan kadınların şiddeti oluşturabilecek durumlara karşı dirençleri de yüksektir (94). Şiddet döngüsü toplumsal alanda başlayıp aile içerisine kadar girmektedir. Şiddet için belirlenmiş olan risk faktörleri kişinin otonomunu etkilemektedir (95).

### **2.9.2. Sosyotropi-Otonominin Beslenme Üzerine Etkisi**

Çocukluk döneminde otonomu gelişmemiş bireyler başkalarının fikirlerine sürekli ihtiyaç duymaktadır. Fiziksel görüntüleri açısından diğer insanların olumsuz eleştirilerini almamak adına çocukluk çağından başlayarak düşük enerjili diyetler uygulayabilmektedirler. Buna bağlı olarak yapılan yanlış diyetler kişide yeme bozukluklarına yol açabilmektedir (96, 97). Sosyotrop kişiler bedenlerini beğenmeyerek yeme davranışlarını değiştirebilirler (98). Sosyotrop kişilerde sıklıkla yeme bozuklukları gözlemlenebilmektedir (87, 99). Bu bireyler duygu durumlarındaki değişikliklere bağlı olarak yeme ihtiyaçlarına artırabilmekte ya da fiziksel özelliklerini eleştirilerden uzak tutma adına kısıtlı beslenmeye de yönelebilmektedirler (100).

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin vücut ağırlığı konusunda aşırı hassas oldukları tespit edilmiştir. Bu hassasiyetin de yeme bozukluğunu artırdığı sonucuna varılmıştır (101). Bunun tam tersi yüksek otonoma sahip bireylerin yeme bozukluğu riskinin düşük olduğu belirtilmiştir (102).

Yapılan çalışmalar depresyon, sosyotropik özellik ve bulimiya arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yeme bozukluklarında kişinin bağımlılık deneyimlerinin ciddi manada etkili olduğu vurgulanmıştır (87). Sosyotropik kişilik özelliklerine sahip bireyler de depresif ruh halinin gözlemlendiği sonuç olarakta bulimik vakalar ortaya çıkmaktadır (99). Anoreksiya nevroza öyküsüne sahip bireylerin otonom kişilik özelliklerini geliştirmek için diğer kişilerle yakın ilişki kurmaktan çekindikleri yapılan araştırmalarla vurgulanmıştır (103).

### **2.9.3. Anne Otonomunun Çocuk Antropometrisi Üzerine Etkisi**

Anne otonomunun yetersizliği sadece anneyi etkilememekte, çocuk sağlığı ve beslenmesini de etkilemektedir (104). Otonom seviyesi yüksek kadınların çocuklarını daha sağlıklı besleyebildiklerini yapılan çalışmalar göstermektedir (104, 105).

Anne otonomu ve çocuğun antropometrisi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada sosyoekonomik faktörler ölçüt olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Anne otonomunun düşük olduğu evlerde çocuğun yaşa göre ağırlık değerlerinin anlamlı şekilde düşük olduğu gözlenmiştir (106). Zimbabwe’de 5 yaş altı çocuğu olan



kadınlar ile yapılan bir çalışmada, evde karar verme yetileri az olan annelerin çocuklarının yaşa göre ağırlık değerlerinin istenen skorların altında olduğu sonucuna varılmıştır (107). Düşük otonoma sahip annelerin çocuklarının hastalık dönemlerinde karar verme yetilerinin yetersiz olduğu ve çocuklarını yetiştirirken karar verme mekanizmasında yer alamadıkları sonucuna varılmıştır. Bu durumun çocukların gelişmelerini negatif yönde etkilediği bildirilmiştir (108). Otonomu yüksek olan annelerin çocuklarının sağlıkları ile ilgili kararları da rahatlıkla verebildikleri için bu durum çocukların yaşa göre boy skorunu olumlu yönde etkilemektedir (11).

Kenya'da yürütülmüş bir çalışmada anne otonomu; ekonomik kaynakların kullanımı, sağlık ve eğitim düzeylerine bakılarak belirlenmiştir. Anne otonomunun çocuk sağlığı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (109). Ekonomik özgürlüğü olan otonomu yüksek anneler bebeğin beslenme ve büyüme süreçleri ile sağlıklı bir şekilde ilgilenebilmektedir. Bu annelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarının da yüksek olduğu bildirilmiştir (13). Ekonomik özgürlüğü olan otonomu yüksek bu anneler bebeklerini de istedikleri ölçüde emzirebilmektedir (11). Hindistan'da yapılmış olan bir çalışmada düşük doğum ağırlığının önüne geçebilmek için anne otonomunun artırılması gerektiği sonucuna varılmıştır (110).

## **2.10. Bebek ve Çocuk Beslenmesi**

### **2.10.1. Anne Sütü ve Bebek Beslenmesi**

Doğumdan sonraki ilk iki yıl bebeğin büyüme ve gelişmesi için oldukça önemlidir (111). Büyüme ve gelişmenin desteklenmesi için DSÖ ve UNICEF ilk altı ay sadece anne sütü, altıncı aydan sonrada uygun olan ek besine geçilmesi gerektiğini bildirmiştir. İki yaşına kadar da anne sütü ile bebeğin emzirmeye devam edilmesi önerilmiştir (112). Beslenme ve Diyetetik Akademisi ise sadece anne sütü verilen ilk 6 aydan sonra 12. aya kadar anne sütü ve ek besin ile bebeğin beslenmesinin desteklenmesini önermiştir (113).

Anne sütü; yenidoğan ve bebeklik dönemindeki büyüme ve gelişme süreci için gerekli olan tüm sıvıyı, enerjiyi ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, doğal bir besindir (114). Sindirimi kolaydır ve yapısındaki immün faktörlerden dolayı bağışıklık sistemini desteklemektedir (115). Hazırlamaya gerek kalmaksızın bebeğe hijyenik şekilde verilebilmektedir (116). Bebeğin ruhsal ve mental gelişimini

desteklemektedir (117, 118). Sadece bebek ve çocukluk dönemi için değil, ilerleyen yaşlarda gözlemlenebilen diyabet, obezite gibi metabolik hastalıklara karşı vücudu korumaktadır (115, 117). Çene ve diş gelişimini destekleyen, allerjiye karşı koruyan ve bebeğin pişik olmasını önleyen etkilere sahiptir (111). İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde anemi görülme riskinin düşük olduğu vurgulanmıştır (119).

İlk anne sütü (kolostrum), bebeğin gelişimi için çok önemli olan doğal bir besindir. Annelerin beslenme bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada annelerin %83,6'sının kolostrumu bebeğine verdiği belirtilmiştir (120). Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde annelerin %83,0'ünün bebeklerine kolostrumu vermedikleri görülmüştür (121). İstanbul'da yapılan bir çalışmada annelerin %33,8'inin hastane ortamında bebeğine devam sütü verdiği bildirilmiştir (122). Anne sütü ve devam sütü alan bebeklerin tatları algılamalarını kıyaslamak adına yapılan bir çalışmada, anne sütü alan bebeklerin annenin beslenmesinde yer alan aromaları daha fazla algıladığı bildirilmiştir. Ek besine geçiş sürecinde de anne sütü alan bebeklerin yeni tatları kabul etmelerinin daha kolay olduğu bildirilmiştir (123).

Emzirme sırasında annenin bebeği ile göz teması kurması, bebeğin annenin kalp ritmi ve soluk alışverişini hissetmesi emzirme sürecini olumlu etkilemektedir. Emzirme anne ve bebek arasında duygusal bağı güçlendirmektedir (124).

Anne sütü ile beslemede annenin emzirmeye karşı bilgi ve tutumu oldukça önemlidir. İstanbul'da yürütülmüş bir çalışma da sağlık merkezine başvuran gebelere bir anket uygulanmıştır. Anket sonucunda gebelerin tamamı bebek için en doğru besinin anne sütü olduğu yanıtını vermişlerdir (116). Başka bir çalışmada ise anneler anne sütünün önemini bilmelerine rağmen bebeklerini emzirme noktasında sıkıntılarının olduğu gözlemlenmiştir (114).

Şiddet görme durumu annenin emzirme sürecini etkilemektedir. Çin'de 1200 anne ve çocuğunun dahil edildiği bir çalışma, hamilelik sürecinde eşinden şiddet görmemiş kadınların çocuklarını emzirme daha yüksek olduğunu, şiddete maruz kalmış kadınların şiddete bağlı depresyona girmelerinin bebeklerini emzirme süreçlerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (125).

Anne sütü ile beslemede annenin şiddete maruz kalma durumunun da etkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hindistan'da yürütülmüş 3552 anne ve yeni doğan ile yapılan çalışmada şiddete maruz kalmayan annelerin kalan annelerden

daha çabuk (ilk 24 saat içinde) bebeklerini emzirmeye başladıkları belirtilmiştir (126). Şiddet gören ve görmeyen annelerin emzirme sürelerinin kıyaslandığı başka bir çalışma da iki grup arasında emzirme süreleri açısından anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır (127).

Gebelik dönemi ve doğum sonrasındaki süreçte annede gözlemlenen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler annenin hayatını doğrudan etkilemektedir (128). Bir bebeğin dünyaya gelmesi olumlu bir durum olmasına rağmen, doğum sonrası annelerde hüçün ve kaygı gibi olumsuz ruh halleri gözlemlenebilmektedir (129). Yeni doğum yapan kadınların %10-15'inde doğum sonrası depresyon gözlemlenebilmektedir (130). Depresyon nedenleri arasında; geniş aile tipi, planlanmamış gebelik, son bebek ile bir önceki bebek arasında yaş farkının az olması, anne yaşının ileri olması, çalışmama, ölü ya da sezeryan doğum yapma, bebek bakımında güçlük yaşanması, eş ya da aile desteğinin yetersiz olması gibi nedenler sıralanabilmektedir (131, 132).

Annenin bebeğini sağlıklı bir şekilde emzirebilmesi için ruh ve beden sağlığının iyi olması gerekmektedir. Depresif anneler emzirme noktasında da kaygılı olabilmektedir. Yapılan bir çalışma, emzirme noktasında kaygıları olan annelerin doğumu takip eden ilk 4 hafta içerisinde emzirmeyi tamamen kesebildiklerini göstermiştir (133). Depresyonda olan annenin kendine güven duygusunda yetersizlik olduğu saptanmıştır (134). Yapılan benzer bir çalışmada doğum sonrası depresyonda olan annelerin sütlerinde yer alan prolaktin düzeyi, depresyonda olmayan annelere kıyasla daha az olarak bulunmuştur (135). Bunun yanı sıra emzirmenin postpartum depresyon tedavisinde önemli bir yerinin olduğunu yapılan çalışmalar göstermiştir (135, 136). Bebeğini ilk yarım saatte emziren annelerde, bebeğini sıklıkla emziren annelerde ve emzirme süreleri daha uzun olan annelerde doğum sonrası depresyonun daha az olduğu gözlemlenmiştir (137).

### **2.10.2. Tamamlayıcı Beslenme**

Doğumu takip eden ilk altı aydan sonra anne sütü tek başına bebeğın ihtiyacını karşılayamamakta ve ek besine günlük beslenme programında ihtiyaç duyulmaktadır (123). Tamamlayıcı besinler anne sütüne destek olarak verilen besinlerdir. Ek besine başlanması ile erişkin beslenmesine geçişte sağlanmaktadır. Bu besinler geçiş besinleri (süt çocuğı için hazırlanmış özel besinler) ve aile

yemekleri (evdeki diğer bireylerin sofrada tükettikleri besinler) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (111).

Tamamlayıcı beslenmeye geçerken bebeğin büyüme ve gelişme süreçleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Büyüme ve gelişmede herhangi bir problem yok ise 6. aydan önce ek besine başlanmamalıdır (119). Bu süreçte ailenin alerji öyküsü de dikkate alınmalıdır (138). Fewtrell ve ark. (139)'nın yapmış olduğu çalışmada ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmanın daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Besin alerjisi, çölyak ve anemiden korunmak için ise 4. ayda ek besine geçilmesi gerektiği bu çalışmada vurgulanmıştır (139). Altıncı aydan önce ek besine başlanması, anne sütünün sağladığı faydalardan bebeğin yeterince yararlanamamasına yol açmaktadır (123). Yapılan bir çalışmaya göre 15 haftadan önce tamamlayıcı beslenmeye geçen bebeklerle, 6. aydan sonra geçen bebeklerin sağlık durumları incelenmiştir. Bu bebekler 7 yaşlarına geldiklerinde erken dönem tamamlayıcı besine başlayanlarda solunum sistemi bozukluklarının daha fazla olduğu, vücut yağ miktarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir (123). Altıncı aydan daha geç tamamlayıcı beslenmeye geçmek de bebek için sakıncalıdır. Büyüme ve gelişme geriliği, malnutrisyon, protein ve mineral yetersizliği, demir ve çinko gibi mikro besin öğelerinin emilimleri zayıf olabilmektedir. Çiğneme refleksi istenen seviyede olmamakta ve bebek tatlara karşı aşırı duyarlı hale gelebilmektedirler (111).

Tamamlayıcı beslenmeye geçildiği dönemde bebeklerin ihtiyacı olan enerji ve besin öğeleri kilogram başına hesaplanarak, beslenme programları düzenlenir (140). Bebeklere yarı katı besinler 4. ve 5. aylarda tattırılabilir. Bebekler 5. ve 6. aylarda değişik lezzetlere ilgi gösterebilir. Tamamlayıcı beslenmeye başlanıldığı dönemlerde anne ve babalar doğru besini seçerken bilimsel anlamda önerilenin yanında bebeğin ilgisini çeken besinleri de deneme yolunu seçebilir (141).

Bebeklere tamamlayıcı besin seçerken çiğneme yetileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Altıncı ve yedinci aylarda besinler yumuşatılır ve ezilir, 7-8. aylarda püre ve az pütürlü hale getirilir, 8-12. aylar da ise az pütürlü devam edilir ve çiğneme kaslarının güçlendiği hissedildiğinde katı besine geçiş yapılır (111).

Tamamlayıcı besin tercihinde besinin tadı ve ölçüsü önemlidir. Besinin çok tuzlu, acı baharatlı ya da şeker miktarının yüksek olmasından kaçınılmalıdır (141).

Alerjik reaksiyona neden olabilecek ya da tetikleyebilecek bazı besinlerin (yumurta, balık, fındık, fıstık gibi) 1-3 yaşları arasında mümkün olduğunca ertelenerek verilmesi gerektiği bildirilmiştir (138). Bu saptamanın tam tersi olan çalışmalar da vardır (142-144). Bebeğin geç dönem alerjik besine başlamasının ilerleyen dönemlerde alerjik hassasiyeti artırdığı sonucuna varılmıştır (145). Yüksek alerji riski olan 4-11 ay arası bebekler seçilerek yapılan bir çalışmada, bu bebeklere ezilerek yer fıstığı verilmiş ve takip edilmiştir. Bu bebeklerin 5 yaşına kadar ki süreçlerine bakıldığında yer fıstığına karşı alerji nadiren oluşmuştur (146).

Tamamlayıcı besinler bebeğe verilirken bebeğin besini beğenmesi ve kabul etmesini sağlamak için sabırlı olunmalıdır (147). Besini tattırma aşamasında bebeğe baskı yapılmamalıdır (148). Yapılan çalışmalar bu durumun bebeğin ilerleyen yaşlarda otonomunu olumlu nokta da desteklediğini göstermiştir (148, 149).

Tamamlayıcı besinlerin enerji yoğunluğuna göre ve her öğünde tüketilen besin miktarına göre bebeğin öğün sayısı planlanmalıdır (111). İlk seçilen besinler sindirimi kolay olan, besleyici değeri bebeğin ayına göre uygun olan besinler olmalıdır. Sebze püre, meyve püre, yoğurt ve pirinç muhallebisi tercih edilebilir. Besinler porsiyon olarak az başlanılmalı ve bebeğin tolere etme durumuna göre miktar yavaş yavaş artırılmalıdır. Bir hafta aralıklar yeni besinler denenmelidir (150). Besin çeşitliliği bebeğin beslenme programında yavaş bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Beslenme programında sağlanan çeşitlilik, ilerleyen yaşlardaki beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. İngiltere’de yapılmış bir çalışmada, 6 aylık bebeklere evde yapılmış çok çeşitli sebze yemekleri tattırılarak, tüketimleri desteklenmiştir. Bu bebekler izlenmiş ve okul çağına geldiklerinde sebze yemeklerini yoğunlukla tükettikleri görülmüştür (151).

### **2.10.3. Çocuk Beslenmesi**

Bir-beş yaş grubunda beslenme; büyüme ve gelişme ile yakından ilgilidir. Beslenme noktasında yapılması muhtemel olan yanlışlar çocuğun ilerleyen yaşlarını olumsuz yönde etkilemektedir (152). ‘Oyun Çağı’ olarak bilinen bu dönemde çocuk beslenmeyi ikinci plana atmaktadır (153). Bir yaşından sonra bebekler normal aile yemekleri ile tanıştırılabilir, özel yemek hazırlamaya gerek kalmayabilir. Dengeli beslenmeyi sağlamak için günde 3 ana 2 ara öğünle beslenme programı yapılabilir (141). Bu dönemde çocukların motor gelişimi daha ön plandadır. Çocuk yeterli besin

çeşitliliğini görmeli, öğünleri yaş gruplarına göre düzenlenmeli ve yeme davranışları olumlu olarak desteklenmelidir (154). Besinlerin koku, tat ve görüntülerinden hoşlanmadıkları da görülmüştür (155).

Yapılan çalışmalar ortalama 18. aydan sonra çocukların çevresini taklit etmeyi sevdiği için sofrada gördüklerini de uygulamaya çalışacağını göstermiştir (152). Anne ve babayı taklit eden çocuk sağlıklı bir beslenme alışkanlığı kazanması için bilinçli ebeveynlere sahip olması gerekmektedir. Konya'da yürütülmüş bir çalışmada çocuğu anaokuluna giden 17 veliye 1 ay boyunca beslenme eğitimi verilmiştir. Eğitimlerin sonucunda beslenme tutumlarında olumlu gelişmeler gözlemlenmiştir. Annelerin 3-6 yaş arasındaki çocuklarına da bu gelişmelerin olumlu sonuçları yansımıştır (156).

Yetersiz beslenme çocuklarda morbidite ve mortalite açısından oldukça önemlidir. Büyüme ve gelişmeyi olumsuz olarak etkileyebilecek protein-enerji malnutrisyonu bu durumda önemli bir yer tutmaktadır (157). Hindistan'da yürütülen bir çalışmada 0-5 yaş grubu içerisindeki çocuklar ve aileleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda erkek çocukların %38,3'ü, kız çocuklarının %44,9'u, çekirdek ailede yer alan çocukların %61,9'u, geniş ailede yer alan çocukların %38,1'inde yetersiz beslenme gözlemlenmiştir. Yetersiz beslenmeyi etkileyen faktörlerin; sosyo-ekonomik durum, aile yapısı, annenin eğitim düzeyi, çocuğun aşılama durumu ve beslenme bilgi düzeyi olduğu sonucuna varılmıştır (158).

Hücre sel büyüme ve bölünme için uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerine ihtiyaç vardır (159). Mikro besin ögesi (çinko, demir, a vit., selenyum, iyot vb.) eksiklikleri beyin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sonuç olarak çocukta davranış değişiklikleri meydana gelebilmektedir (160). A vitamini eksikliği enfeksiyon sıklığını artırabilir. Bu durum çocuk beslenmesini ve gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir (161). Yetersiz beslenme sonucunda çocuğun antropometrik ölçüleri de olumsuz olarak etkilenmektedir (162).

### 3. BİREYLER VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın saha çalışması 1 Mart-31 Mayıs 2017 tarihleri arasında Ankara ilinde, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı kadın konukevlerinde kalan ve 0-5 yaş aralığında çocuğu bulunan 108 kadın ve bu kadınların 0-5 yaş arası 157 çocuğu ile bu kadınlara yaş ile eşleştirilmiş 96 kadın ve onların 0-5 yaş arası 125 çocuğu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Kadın konukevlerinde kalan kadınlar ve onların çocukları çalışma grubu olarak tanımlanırken, diğer kadınlar ve çocukları kontrol grubu olarak çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların çalışmaya dâhil edilmesinde; fiziksel şiddete maruz kalmaları, ilk kabul birimi ve kadın konukevinde kaldıkları toplam sürenin en fazla 3 hafta olması, 0-5 yaş aralığında çocuklarının olması ve çalışmaya dâhil olmak için gönüllü olmaları şartları aranırken, kontrol grubundaki kadınlar için fiziksel şiddete maruz kalmamış olmaları, 0-5 yaş aralığında çocuklarının olması ve çalışma dâhil olmak için gönüllü olmaları şartları aranmıştır. Bu şartları sağlamayan kadınlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma grubu için ölçümlerin alınması ve anketin uygulanması kaldıkları konukevinde yapılmıştır. Kontrol grubunda ise ölçüm ve anket uygulaması buldukları yerlerde yapılmıştır. Çalışma ve kontrol grubunda bulunan çocukların ve annelerinin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından diyetisyen gözlem odasında alınmıştır.

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli etik kurul izni Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan gerekli olurlar alındıktan sonra, 26.07.2017 tarihinde Hacettepe üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan GO 17/581 sayı ile alınmıştır (EK-1). Çalışmaya katılmak için gönüllü olan bireylere gizlilik kararları ile uyumlu aydınlatılmış onam formu onaylatılmıştır (EK-2).

#### 3.2. Araştırmanın Genel Planı

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı şekilde tasarlanmıştır. Araştırmada bireylerin demografik özellikleri, sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve çocuğun beslenme davranışını saptama amacıyla anket formu uygulanmış (EK-2), bireylerden antropometrik ölçümleri alınmıştır. Bireylere uygulanan anket 4 bölümden

oluşmuştur. Birinci bölümde bireylerin demografik özellikleri ve bebek bakım ve beslenme süreçleri sorgulanmıştır. İkinci bölümde katılımcıların sosyotropi-otonomi kişiliklerini saptama amacıyla "Sosyotropi-Otonomi Ölçeği" kullanılmıştır. Üçüncü bölümde annelerin evde karar alma yetileri sorgulanmıştır. Dördüncü bölümde ise çocuklarına yönelik beslenme yaklaşımları "Çocuk Beslenme Anketi" kullanılarak saptanmıştır.

### **3.3. Verilerin Toplanması**

#### **3.3.1. Demografik Özellikler ve Çocukların Bakım ve Beslenme Süreçleri**

Araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, evlilik süreleri ve medeni durumları hakkında bilgiler alınmıştır. Aile yapısı, yaşadıkları yerleşim yeri ve maddi gelirleri de bu bölümde sorgulanmıştır.

Bireylerin bebeklerini emzirme süreleri, ek besine geçişleri ve süreçlerle ilgili sorular annelere sözel olarak sorulmuş ve beyanları ay olarak kaydedilmiştir. Bunlara ek olarak anketin bu bölümünde ek besin olarak başlanan ilk besin sorgulanmıştır. Ayrıca annelerin çocuk bakımında ne tür destekler aldıkları yine bölümde belirtilmiştir.

#### **3.3.2. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği**

Araştırmada bireylerin bağımlı olma ve bireylerin özerk karakterlerinin tespiti amacıyla 60 sorudan oluşan 'Sosyotropi-Otonomi Ölçeği' uygulanmıştır. Ölçek 1983 yılında Beck ve ark. (85) tarafından geliştirilmiştir. Şahin ve ark. (163) ölçeği 1993 yılında Türkçeye uyarlayarak ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğini test etmiştir. Çalışmamızda Türkçeye uyarlanan bu versiyon kullanılmıştır. Bu ölçekte 30 madde sosyotropi alt ölçeğine ve 30 madde otonomi alt ölçeğine aittir. Kişiyi tanımlamayı amaçlayan soruların cevapları 5 aşamalı Likert tipi ölçekle değerlendirilmiştir. Yanıtlar 'hiç tanımlamıyor (0), biraz tanımlıyor (1), iyi tanımlıyor (2), oldukça iyi tanımlıyor (3) ve çok iyi tanımlıyor (4)' şeklinde verilmiştir. Ölçekte sorulan her sorunun cevabının ayrı bir puanı vardır. Toplam puan kişilerin sosyotropik ya da otonomik kişilik özelliklerine sahip olduklarını göstermektedir. Sosyotropi için



belirlenen sorulara verilen cevaplardan alınan toplam puan daha fazla ise kişi sosyotropik, otonomi için belirlenen sorulara verilen cevaplardan alınan toplam puan daha fazla ise kişi otonomik olarak yorumlanmıştır (164).

### 3.3.3. Annelerin Evde Karar Alma Yetilerinin Saptanması

Bireylerin otonom seviyesi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak için 47 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Bu anketteki soruların büyük çoğunluğu Smith ve ark. (165)'nin 2000 yılında yapmış olduğu çalışmadan ve 2000 yılında yapılan Hindistan Ulusal Aile Sağlığı Araştırması'nda kullanılan sorulardan alınmıştır (165). Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik araştırması olmadığı için anket rakamsal olarak değerlendirilmemiştir. Yedi kısımdan oluşan anket; evde alınan kararlar, çocuk bakımında alınan kararlar, finansal kararlar, otonomda değişkenlik, hareket özgürlüğü, aile içi şiddetin kabul edilebilirliği, aile içi şiddetin görülme durumu başlıkları ile incelenmiştir.

### 3.3.4. Çocuk Besleme Anketi (Child Feeding Questionnaire-CFQ)

Annelerin çocuklarını beslemesi ile ilgili algı ve kaygılarını ölçmek amacıyla 'Çocuk Besleme Anketi (CFQ)' uygulanmıştır. Anket ilk olarak 1994 yılında Johnson ve Birch (166)) tarafından 24 sorudan oluşan ilk versiyonu oluşturulmuştur. Bu anket 1985 yılında Costanso ve ark. (167) tarafından geliştirilmiş, 2010 yılında Camcı ve ark. (168) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ankette 27 sorudan oluşan 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Çalışmanın yapıldığı yaş grubu göz önünde bulundurularak ankette yer alan 'Çocuğunuzun okul öncesi dönemdeki ağırlığı' sorusu çalışma anketine dâhil edilmemiştir. Anket 7 alt ölçekten oluşmuştur. Bu ölçekler çocuk beslenmesi için anne tarafından algılanan sorumluluk PR (CFQ-AÖ 1), annenin kendi vücut ağırlığı algısı PPW (CFQ-AÖ 2), çocuğun annesi tarafından algılanan vücut ağırlığı PCW (CFQ-AÖ 3), annenin çocuklarının vücut ağırlığı hakkındaki kaygıları CN (CFQ-AÖ 4), annenin çocuklarına uyguladıkları besin kısıtlaması RST (CFQ-AÖ 5), annenin çocuklarına uyguladıkları yeme baskısı PE (CFQ-AÖ 6) ve annenin çocuklarının yeme davranışını gözlemlemesi MN (CFQ-AÖ 7) olarak değerlendirilmiştir (174). Çocuk beslenme kontrolü için; RST, MN ve PE,

çocuk beslenme tutum ve davranışını tespit için; PR, CN, PCW, Algılanan Ebeveyn Vücut Ağırlığı PPW alt ölçekleri değerlendirilmeye alınmıştır (168).

Alt ölçekler incelendiğinde; PCW; ebeveynin çocuğunu belli dönemlerde aşırı kilolu kabul etme, PR; ebeveynlerin çocuklarının beslenme programını düzenlerken seçtikleri besin ve porsiyon miktarlarındaki sorumluluklarını, CN; ebeveynin çocuğunun şu andaki ağırlığı ile ilgili düşünce ve kaygısı, RST; çocuğunun tükettiği aşırı kalorili yiyeceklere yönelik kısıtlama, PE; çocuğunu yemeye zorlama, MN; çocuğunun abur-cubur ve tatlı tüketimini gözlemleme durumlarını vurgulamaktadır (169). Katılımcılar anket sorularına katılmıyorum (1), biraz katılmıyorum (2), kararsızım (3), biraz katılıyorum (4) ve katılıyorum (5) olarak yanıt vermişlerdir.

### 3.3.5. Antropometrik Ölçümler

Araştırma dâhilinde bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ölçümleri alınarak beden kütle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Bebek ve çocukların vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ile 0-2 yaş aralığında olanların baş çevresi ölçümleri alınmıştır.

**Vücut Ağırlığı:** 0-2 yaşındaki bebeklerde 10 g hassasiyette bebek terazisinde tartım yapılmıştır. Bebek çıplak ve bezi çıkarılarak tartılmıştır. 2-5 yaş arası çocuklar ve annelerde aç karnına, 0,5 kg'a duyarlı elektronik tartı ile ölçüm yapılmıştır. Tartım sırasında bireylerin en ince kıyafetleri ile olması istenmiştir. Tartıya çıplak ayakla çıkılması sağlanmıştır (170).

**Boy Uzunluğu:** 0-2 yaş arasında yer alan çocuklar sırt üstü yatar pozisyonda düz bir zemine yatırılarak infantometre ile ölçüm yapılmıştır. Ölçüm esnasında başın tepe noktası (verteks) infantometrenin sabit kısmına yerleştirilip topuk kısmı da hareketli kısma getirilmiştir. 2-3 yaş arasındaki çocukların boy uzunluğu çocuğun durumuna göre yatarak ya da ayakta, 3 yaş ve üzeri çocukların boy uzunluğu ise ayakta ve duvara monte 1mm duyarlı boy ölçer ile alınmıştır. 3-5 yaş grubu çocuk ve yetişkinlerde boy ölçümü esnasında ayakların çıplak ve bitişik, kalça ve sırtın duvara değecek şekilde olmasına dikkat edilmiştir. Ölçüm esnasında kız çocukları ve annelerin tokasının çıkmış olması ve kafası kabarık bir şekilde olmamasına dikkat edilmiştir. Ölçüm derin bir nefes alıp tattuktan sonra gerçekleştirilmiştir (171, 172).

**Baş Çevresi:** Önde frontal kemiğin en çıkıntılı noktası ile arka kısımda bulunan protuberentia oksipitalisten geçen çap göz önünde bulundurularak, yanlarda kulakların üzerinden, önde kaşların üzerinden geçecek şekilde esnek olmayan bir mezura ile ölçüm alınmıştır (172).

**Beden Kütle İndeksi (BKİ):** Çocukların BKİ hesaplamalarında DSÖ'nün Anthro bilgisayar programından faydalanılmıştır. Program çocuğun doğum tarihi, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve 0-2 yaş grubu bebeklerin de baş çevresi verilerini kullanarak BKİ'yi otomatik olarak hesaplamaktadır. Yetişkinlerin BKİ'si; ağırlık (kg)/boy uzunluğu (m<sup>2</sup>) formülü ile hesaplanmıştır. BKİ değerleri 18,50 kg/m<sup>2</sup>'nin altında olanlar zayıf, 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> arasında olanlar normal,  $\geq$  25-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanlar fazla kilolu ve  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup> olanlar obez olarak değerlendirilmiştir (173, 174).

### 3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır (175). Katılımcıların anket formuna verecekleri cevaplardan sürekli olan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri ile verilmiştir. Kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde tabloları kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Gruplar arasında nitelik değişkenler açısından frekans farklılıkları saptandığında ki-kare testi kullanılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında p değeri 0,05 altında olduğunda anlamlı sayılmıştır (176).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri

Bu çalışmaya; kadın konukevlerinde kalan şiddet mağduru 108 kadın ve bu kadınların 0-5 yaş arasında bulunan 157 çocuğu ile şiddet mağduru olmayan 96 kadın ve bu kadınların 0-5 yaş arasındaki 125 çocuğu dâhil edilmiştir.

Tablo 4.1’de çalışmaya dâhil edilen bireylerin genel özellikleri verilmiştir. Çalışma grubunda yer alan bireylerin 69’u sosyotropik, 39’u otonomik; kontrol grubunda yer alan bireylerin ise 20’si sosyotropik, 76’sı otonomik kişilik özelliğine sahiptir. Şiddet mağduru sosyotrop (ŞM-S) bireylerin yaş ortalaması  $30,9\pm 6,81$  yaş, şiddet mağduru otonomik (ŞM-O) bireylerin yaş ortalaması  $31,8\pm 7,03$  yaştır. Şiddet mağduru olmayan sosyotrop (ŞMO-S) bireylerin yaş ortalaması  $31,2\pm 5,23$  yaş, şiddet mağduru olmayan otonomik (ŞMO-O) bireylerin yaş ortalaması ise  $33,2\pm 6,11$  yaştır. ŞM-S bireylerin %18,8’i bekâr, %68,1’i evli ve %13,1’i boşanmıştır. ŞMO-S bireylerin %10,0’u bekâr, %80,0’i evli ve %10,0’unun boşanmış olduğu görülmektedir. Şiddet mağduru bireylerin evlilik süreleri ve kişilik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Şiddet gören ve görmeyen bireylerin medeni durumlarının kişilik özelliklerini etkilemediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Çalışmaya dâhil edilen bireylerin eğitim durumları incelendiğinde ŞM bireyler içinde ŞM-O bireylerin eğitim seviyelerinin ŞM-S bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre ŞM-O bireylerin %23,1’i üniversite ve üzeri, %35,9’u lise mezunu iken, ŞM-S kadınlarda bu sıklık sırası ile %2,9 ve %23,2 olduğu belirlenmiştir. Şiddet mağduru olmayan bireylerin eğitim durumları ile kişilik özellikleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Şiddet mağduru olmayan sosyotrop ve otonomik bireylerin çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.1.** Bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları.

|                           | ŞM (n=108)       |      |                  |      |                             | ŞMO (n=96)       |      |                  |      |                            |
|---------------------------|------------------|------|------------------|------|-----------------------------|------------------|------|------------------|------|----------------------------|
|                           | ŞM-S (n=69)      |      | ŞM-O (n=39)      |      | p                           | ŞMO-S (n=20)     |      | ŞMO-O (n=76)     |      | p                          |
|                           | $\bar{X} \pm SD$ |      | $\bar{X} \pm SD$ |      |                             | $\bar{X} \pm SD$ |      | $\bar{X} \pm SD$ |      |                            |
| Yaş (yıl)                 | S                | %    | S                | %    |                             | S                | %    | S                | %    |                            |
| <b>Medeni durum</b>       |                  |      |                  |      |                             |                  |      |                  |      |                            |
| Evli olmayan <sup>a</sup> | 13               | 18,8 | 8                | 20,5 | $X^2=4,267^{**}$<br>p>0,05  | 2                | 10,0 | 5                | 6,6  | $X^2=0,279^{**}$<br>p>0,05 |
| Evli                      | 47               | 68,1 | 20               | 51,3 |                             | 16               | 80,0 | 64               | 84,2 |                            |
| Boşanmış                  | 9                | 13,1 | 11               | 28,2 |                             | 2                | 10,0 | 7                | 9,2  |                            |
| <b>Evlilik süresi</b>     |                  |      |                  |      |                             |                  |      |                  |      |                            |
| 10 yıl ve ↓               | 40               | 58,0 | 32               | 82,1 | $X^2=6,502^{**}$<br>p<0,05  | 14               | 70,0 | 53               | 69,7 | $X^2=0,001^{**}$<br>p>0,05 |
| 10 yıl↑                   | 29               | 42,0 | 7                | 17,9 |                             | 6                | 30,0 | 23               | 30,3 |                            |
| <b>Öğrenim Durumu</b>     |                  |      |                  |      |                             |                  |      |                  |      |                            |
| İlkokul ve ↓              | 27               | 39,1 | 6                | 15,4 | $X^2=16,669^{**}$<br>p<0,05 | 3                | 15,0 | 10               | 13,2 | $X^2=0,794^{**}$<br>p>0,05 |
| Ortaokul                  | 24               | 34,8 | 10               | 25,6 |                             | 3                | 15,0 | 9                | 11,8 |                            |
| Lise                      | 16               | 23,2 | 14               | 35,9 |                             | 8                | 40,0 | 26               | 34,2 |                            |
| Üniversite ve ↑           | 2                | 2,9  | 9                | 23,1 |                             | 6                | 30,0 | 31               | 40,8 |                            |
| <b>Çalışma Durumu</b>     |                  |      |                  |      |                             |                  |      |                  |      |                            |
| Çalışmıyor                | 53               | 76,8 | 26               | 66,7 | $X^2=1,306^{**}$<br>p>0,05  | 11               | 55,0 | 23               | 30,3 | $X^2=4,236^{**}$<br>p<0,05 |
| Çalışıyor                 | 16               | 23,2 | 13               | 33,3 |                             | 9                | 45,0 | 53               | 69,7 |                            |

<sup>a</sup> Bu gruba bekar, eşini kaybetmiş ve resmi nikahı olmayan bireyler dahil edilmiştir.

\* t test ile analiz edilmiştir.

\*\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.2’de bireylerin aile yapıları ve yerleşim yerleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sürekli çekirdek ailede yaşayanların yüzdesi toplam da şiddet mağdurlarında %66,7 iken, ŞMO bireylerde %79,2’dir. Değişken aile yapısı diğer aile yapılarına göre daha düşük orana sahiptir. Kentte yaşayan ŞM bireylerin sıklığı %80,6, ŞMO bireylerin sıklığı ise %93,7 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.2.** Kadınların aile yapıları ve yerleşim yerlerine göre dağılımları.

|                       | ŞM (n=108)  |      |             |      |                |      | ŞMO (n=96)   |      |              |      |               |      |
|-----------------------|-------------|------|-------------|------|----------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|------|
|                       | ŞM-S (n=69) |      | ŞM-O (n=39) |      | Toplam (n=108) |      | ŞMO-S (n=20) |      | ŞMO-O (n=76) |      | Toplam (n=96) |      |
|                       | S           | %    | S           | %    | S              | %    | S            | %    | S            | %    | S             | %    |
| <b>Aile Yapısı</b>    |             |      |             |      |                |      |              |      |              |      |               |      |
| Sürekli çekirdek aile | 43          | 62,3 | 29          | 74,4 | 72             | 66,7 | 14           | 70,0 | 62           | 81,6 | 76            | 79,2 |
| Sürekli geniş aile    | 23          | 33,3 | 8           | 20,5 | 31             | 28,7 | 4            | 20,0 | 12           | 15,8 | 16            | 16,7 |
| Değişken aile yapısı  | 3           | 4,3  | 2           | 5,1  | 5              | 2,8  | 2            | 10,0 | 2            | 2,6  | 4             | 4,2  |
| <b>Yerleşim Yeri</b>  |             |      |             |      |                |      |              |      |              |      |               |      |
| Kent                  | 50          | 72,5 | 37          | 94,9 | 87             | 80,6 | 19           | 95,0 | 71           | 93,4 | 90            | 93,7 |
| Kırsal                | 19          | 27,5 | 2           | 5,1  | 21             | 19,4 | 1            | 5,0  | 5            | 6,6  | 6             | 6,3  |

## 4.2. Bireylerin Gebe Kalma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Bireylerin gebe kalma durumlarının incelendiği Tablo 4.3'te gebe kalma sayısı, ilk gebe kalma yaşı ve yaşayan çocuk sayısı bilgilerine yer verilmiştir. Gebe kalma sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ŞM-S bireylerde, ŞMO-S bireylerden daha fazla olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). İlk gebe kalma yaşları ŞM-S ve ŞM-O bireylerde anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Gebe kalma sayısı, ilk gebe kalma yaşı ve yaşayan çocuk sayısı ŞMO bireylerin kişilik özelliklerine göre farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ( $p>0,05$ ). Bireylerin şiddet görme durumlarına göre gebe kalma sayısı, ilk gebe kalma yaşı ve yaşayan çocuk sayısına bakıldığında grupla arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.3.** Bireylerin gebe kalma durumlarına göre değerlendirilmesi

|                                   | ŞM (n=108)       |                  |                  | P <sub>1</sub>   | ŞMO (n=96)       |                  |           | P <sub>2</sub> | P <sub>3</sub>   |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|----------------|------------------|
|                                   | ŞM-S             | ŞM-O             | Toplam           |                  | ŞMO-S            | ŞMO-O            | Toplam    |                |                  |
|                                   | (n=69)           | (n=39)           | (n=108)          |                  | (n=20)           | (n=76)           | (n=96)    |                |                  |
|                                   | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |           |                |                  |
| <b>Gebe Kalma Sayısı*</b>         | 3,1±1,81         | 2,5±1,53         | 2,9±1,72         | 0,062            | 2,1±0,97         | 2,1±1,13         | 2,1±1,10  | 0,985          | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>İlk Gebe Kalma Yaşı (yıl)*</b> | 21,2±5,40        | 24,3±6,45        | 22,3±6,01        | <b>0,010</b>     | 23,9±4,31        | 25,0±5,72        | 24,7±5,44 | 0,415          | <b>&lt;0,05</b>  |
| <b>Yaşayan Çocuk Sayısı*</b>      | 2,2±1,32         | 1,8±0,81         | 2,1±1,21         | 0,128            | 1,70±0,84        | 1,76±0,84        | 1,7±0,88  | 0,768          | <b>&lt;0,05</b>  |

\*t test ile analiz edilmiştir. ŞM-O ve ŞM-S grupları arasındaki fark p<sub>1</sub> ile, ŞMO-S ve ŞMO-O arasındaki fark p<sub>2</sub> ile ve ŞM Toplam ve ŞMO Toplam arasındaki fark p<sub>3</sub> ile gösterilmiştir.

## 4.3. Birey ve Çocuklarının Antropometrik Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde birey ve çocukların antropometrik ölçümleri hakkında bilgi sahibi olmak için yapılan ölçüm sonuçları değerlendirilmiştir. Birey ve çocukların boy uzunluğu ölçümleri alınmış ve vücut ağırlıkları tartılmıştır. Bu ölçümlere ek olarak 2 yaş altındaki çocukların baş çevresi ölçümleri de değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4'te bireylerin antropometrik ölçüm sonuçları ve BKİ sınıflamaları verilmiştir. ŞM ve ŞMO bireylerin kişilik özellikleri ile gebelik süresince aldıkları

vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). İki grupta da normal vücut ağırlığında olanların yüzdesinin daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.4.** Bireylerin antropometrik ölçümleri.

|  | ŞM (n=108)      |                 |                |      | ŞMO (n=96)      |                 |                 |      |    |      |
|--|-----------------|-----------------|----------------|------|-----------------|-----------------|-----------------|------|----|------|
|  | ŞM-S<br>(n=69)  |                 | ŞM-O<br>(n=39) |      | ŞMO-S<br>(n=20) |                 | ŞMO-O<br>(n=76) |      |    |      |
|  | $\bar{X} \pm S$ | $\bar{X} \pm S$ | p              |      | $\bar{X} \pm S$ | $\bar{X} \pm S$ | p               |      |    |      |
| Gebelikte                              | 15,8±6,99       | 14,8±6,95       | 0,478          |      | 15,9±4,93       | 15,9±5,12       | 0,986           |      |    |      |
| Kazanılan<br>BKİ (kg/m <sup>2</sup> )* | 24,3±5,14       | 26,1±6,02       | 0,100          |      | 24,7±4,25       | 24,9±3,56       | 0,811           |      |    |      |
| BKİ<br>Sınıflaması**                   | S               | %               | S              | %    | p               |                 | S               | %    | S  | %    |
|  |                 |                 |                |      |                 |                 |                 |      |    |      |
| Zayıf                                  | 6               | 8,7             | 3              | 7,7  | $X^2=1,814$     |                 | -               | -    | 2  | 2,6  |
| Normal                                 | 35              | 50,7            | 15             | 38,5 | p>0,05          |                 | 12              | 60,0 | 39 | 51,3 |
| Fazla Kilolu                           | 19              | 27,5            | 14             | 35,9 |                 |                 | 5               | 25,0 | 26 | 34,2 |
| Obez                                   | 9               | 13,0            | 7              | 17,9 |                 |                 | 3               | 15,0 | 9  | 11,8 |

\* t test ile analiz edilmiştir.

\*\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Annelerin kişilik özelliklerine göre çocuklarının antropometrik ölçümleri Tablo 4.5’de değerlendirilmiştir. Sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireyler 124, otonomik kişilik özelliğine sahip bireyler 158 çocuğa sahiptir. Çocukların doğum ağırlıkları, şu anki boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları bakımından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.5.** Bireylerin kişilik özelliklerine göre çocuklarının antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi.

|                              | Sosyotropik      | Otonomik         | p                |
|------------------------------|------------------|------------------|------------------|
|                              | (n=124)          | (n=158)          |                  |
|                              | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |                  |
| Doğum Ağırlığı (kg)*         | 2,8±0,31         | 3,0±0,58         | <b>0,020</b>     |
| Şu anki Boy Uzunluğu (cm) *  | 92,0±12,09       | 93,9±13,08       | <b>0,001</b>     |
| Şu anki Vücut Ağırlığı (kg)* | 13,80±3,36       | 14,7±3,78        | <b>&lt;0,001</b> |

\* t testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.6’da bireylerin şiddet görme durumları ile çocuklarının antropometrik ölçümleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Şiddet mağduru bireylerin çocuklarının sayısı 157, ŞMO bireylerin çocuklarının sayısı 125 olarak bulunmuştur. Bireylerin şiddet görme durumlarının çocuklarının doğum ağırlıklarını ve şu anki boy uzunluğu ve vücut ağırlığı değerlerini etkilediği sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.6.** Bireylerin şiddet görme durumları ile çocuklarının antropometrik ölçümleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

|                              | ŞM (n=157)       | ŞMO (n=125)      |        |
|------------------------------|------------------|------------------|--------|
|                              | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | p      |
| Doğum Ağırlığı (kg)*         | 2,8±0,63         | 3,1±0,53         | <0,001 |
| Şu anki Boy Uzunluğu (cm)*   | 90,6±12,96       | 96,1±11,64       | 0,002  |
| Şu anki Vücut Ağırlığı (kg)* | 13,6±3,82        | 15,1±3,17        | 0,008  |

\* t testi ile analiz edilmiştir.

Bireylerin şiddet görme durumları ve kişilik özelliklerinin çocuklarının antropometrik ölçümleri üzerine etkisi Tablo 4.7’de değerlendirilmiştir. ŞM-S bireylerin çocuklarının doğum ağırlığı ortalama 2,7±0,63 kg, ŞMO-S bireylerin çocuklarının doğum ağırlığı ortalama 3,2±0,50 kg olarak bulunmuştur. Şiddet mağduru olan ve olmayan bireylerin kişilik özellikleri ile çocuklarının antropometrik ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Şiddet mağduru sosyotrop bireylerin çocuklarının %15,2’si zayıf ve daha düşük vücut ağırlığına sahiptir. Normal vücut ağırlığına sahip olan çocuk yüzdesi en fazla ŞMO-S grubundadır (%72,0). ŞM ve ŞMO bireylerin kişilik özellikleri ve çocuklarının baş çevresi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).



**Tablo 4.7.** Bireylerin şiddet görme durumları ve kişilik özelliklerinin çocuklarının antropometrik ölçümleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi.

|                            | ŞM (n=157)       |          |                  |          | ŞMO (n=125)           |                  | p        |                  |          |                       |
|----------------------------|------------------|----------|------------------|----------|-----------------------|------------------|----------|------------------|----------|-----------------------|
|                            | ŞM-S             |          | ŞM-O             |          | ŞMO-S                 |                  |          | ŞMO-O            |          |                       |
|                            | (n=99)           |          | (n=58)           |          | (n=25)                |                  |          | (n=100)          |          |                       |
|                            | $\bar{x} \pm SD$ |          | $\bar{x} \pm SD$ |          |                       | $\bar{x} \pm SD$ |          | $\bar{x} \pm SD$ |          |                       |
| Doğum Ağırlığı (kg)*       | 2,7±0,63         |          | 2,9± 0,63        |          | 0,229                 | 3,2±0,50         |          | 3,1±0,54         |          | 0,675                 |
| Şu an Boy Uzunluğu         | 91,0±11,93       |          | 89,9± 14,64      |          | 0,586                 | 95,6±12,29       |          | 96,2±11,53       |          | 0,809                 |
| Şu an Vücut Ağırlığı (kg)* | 13,4±3,50        |          | 13,9±4,33        |          | 0,493                 | 15,0±2,37        |          | 15,1±3,35        |          | 0,887                 |
| <b>BKI</b>                 |                  |          |                  |          |                       |                  |          |                  |          |                       |
| <b>Sınıflaması**</b>       | <b>S</b>         | <b>%</b> | <b>S</b>         | <b>%</b> |                       | <b>S</b>         | <b>%</b> | <b>S</b>         | <b>%</b> |                       |
| Zayıf ve ↓                 | 15               | 15,2     | 4                | 6,9      |                       | 2                | 8,0      | 9                | 9,0      |                       |
| Normal                     | 59               | 59,6     | 33               | 56,9     | $X^2=3,603$<br>p>0,05 | 18               | 72,0     | 64               | 64,0     | $X^2=0,601$<br>p>0,05 |
| Hafif şişman ve ↑          | 25               | 25,3     | 21               | 36,2     |                       | 5                | 20,0     | 27               | 27,0     |                       |
|                            | ŞM-S             |          | ŞM-O             |          |                       | ŞMO-S            |          | ŞMO-O            |          |                       |
|                            | (n=21)           |          | (n=20)           |          |                       | (n=2)            |          | (n=20)           |          |                       |
|                            | $\bar{x} \pm SD$ |          | $\bar{x} \pm SD$ |          |                       | $\bar{x} \pm SD$ |          | $\bar{x} \pm SD$ |          |                       |
| Baş çevresi (cm) *         | 46,0±3,56        |          | 45,9±3,38        |          | 0,821                 | 46,5±0,72        |          | 47,3±1,84        |          | 0,563                 |

\* t test ile analiz edilmiştir.

\*\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

#### 4.4. Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Çocuk Beslenmesine Yaklaşımları

Bireylerin kişilik özelliklerinin çocuklarını anne sütü ile besleme ve ek besine geçiş sürecine etkisi Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin çocuklarının ortalama 10,7±8,63 ay, otonomik kişilik özelliğine sahip olan bireylerin çocuklarının ortalama 14,7±7,54 ay anne sütü aldığı sonucuna varılmıştır. Çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş ayı bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p<0,05).

**Tablo 4.8.** Bireylerin kişilik özelliklerinin çocuklarını anne sütü ile beslenme ve ek besine geçiş sürecine etkisi.

|                                     | Sosyotropik      | Otonomik         | p      |
|-------------------------------------|------------------|------------------|--------|
|                                     | (n=124)          | (n=158)          |        |
|                                     | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |        |
| Çocuğun anne sütü alma süresi (ay)* | 10,7± 8,63       | 14,7±7,54        | <0,001 |
| Çocuğun ek besine geçiş ayı*        | 4,6±1,92         | 5,0±1,21         | 0,012  |

\* t testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.9’da bireylerin şiddet görme durumlarının çocuklarını anne sütü ile besleme ve ek besine geçiş sürecine etkisine bakılmıştır. Şiddet görme durumunun çocuğun anne sütü ile beslenmesi sürecini etkilediği görülmüştür ( $p<0,05$ ). Çocuğun ek besine geçiş ayı şiddet görme durumundan etkilenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.9.** Bireylerin şiddet görme durumlarının çocuklarını anne sütü ile besleme ve ek besine geçiş sürecine etkisi.

|                                     | ŞM               | ŞMO              | p      |
|-------------------------------------|------------------|------------------|--------|
|                                     | (n=157)          | (n=125)          |        |
|                                     | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |        |
| Çocuğun anne sütü alma süresi (ay)* | 10,0± 8,12       | 16,6±7,03        | <0,001 |
| Çocuğun ek besine geçiş ayı*        | 4,7±1,94         | 5,0±0,91         | <0,001 |

\* t testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.10’da bireyin şiddet görme durumu ve kişilik özelliklerinin çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş sürecine etkisi incelenmiştir. Çocuğunu en uzun anne sütü ile besleyen grup 16,9±0,71 ay ile ŞMO-O kadınlar iken, en az anne sütü ile besleyen grup 9,5±8,77 ay ile ŞMS-S kadınlardır. Bireyin şiddet görme durumu ve kişilik özelliği ile çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10.** Bireyin şiddet görme durumu ve kişilik özelliğinin çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş sürecine etkisi.

|                                     | ŞM Bireylerin Çocukları |                  |        | ŞMO Bireylerin Çocukları |                  |        |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------|--------|--------------------------|------------------|--------|
|                                     | ŞM-S                    | ŞM-O             | p      | ŞMO-S                    | ŞMO-O            | p      |
|                                     | (n=99)                  | (n=58)           |        | (n=25)                   | (n=100)          |        |
|                                     | $\bar{X} \pm SD$        | $\bar{X} \pm SD$ |        | $\bar{X} \pm SD$         | $\bar{X} \pm SD$ |        |
| Çocuğun anne sütü alma süresi (ay)* | 9,5±8,77                | 10,9±6,95        | 0,297* | 15,4±6,58                | 16,9±0,71        | 0,337* |
| Çocuğun ek besine geçiş ayı*        | 4,6±2,07                | 5,0±1,79         | 0,222* | 4,8±1,19                 | 5,1±0,83         | 0,235* |

\* t test ile analiz edilmiştir.

Bireylerin şiddet görme durumlarına göre ek besin olarak tercih ettikleri besinlerin dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Şiddet mağduru bireyler öncelikli olarak %21,0 sıklığında çorbayı tercih ederken, ŞMO bireylerin %29,6 sıklığında yoğurdu tercih ettikleri görülmüştür. Tercih edilen ek besine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.11.** Bireylerin şiddet görme durumlarına göre ek besin olarak tercih ettikleri besinlerin dağılımı.

| Ek besin olarak verilen ilk besin | ŞM Bireylerin Çocukları (n=157) |      | ŞMO Bireylerin Çocukları (n=125) |      |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|------|----------------------------------|------|---------------------------------|
|                                   | S                               | %    | S                                | %    |                                 |
| Çorba                             | 33                              | 21   | 12                               | 9,6  | $\chi^2=38,836,$<br>$p<0,001^*$ |
| Yoğurt                            | 29                              | 18,5 | 37                               | 29,6 |                                 |
| Meyve                             | 23                              | 14,6 | 32                               | 25,6 |                                 |
| Süt                               | 14                              | 8,9  | 2                                | 1,6  |                                 |
| Sebze                             | 13                              | 8,3  | 14                               | 11,2 |                                 |
| Tatlı                             | 13                              | 8,3  | 4                                | 3,2  |                                 |
| Taze meyve suyu                   | 9                               | 5,7  | 14                               | 11,2 |                                 |
| Kaşık mama                        | 8                               | 5,1  | 2                                | 1,6  |                                 |
| Yemek suyu                        | 7                               | 4,5  | 7                                | 5,6  |                                 |
| Hazır meyve suyu                  | 6                               | 3,8  | 0                                | 0    |                                 |
| Yumurta                           | 1                               | 0,6  | 1                                | 0,8  |                                 |
| Ekmek                             | 1                               | 0,6  | 0                                | 0    |                                 |

\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Bireylerin kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ üzerine etkisi Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Otonomik kişilik özelliğine sahip kadınların CFQ-AÖ’nden daha yüksek puan aldığı sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.12.** Bireylerin kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ üzerine etkisi.

|          | Sosyotropik (n=89) | Otonomik (n=115) | p*     |
|----------|--------------------|------------------|--------|
|          | $\bar{X} \pm SD$   | $\bar{X} \pm SD$ |        |
| CFQ-AÖ 1 | 11,1± 3,11         | 13,2± 1,90       | <0,001 |
| CFQ-AÖ 2 | 11,5± 3,04         | 12,4± 2,29       | 0,025  |
| CFQ-AÖ 3 | 10,0±3,52          | 12,6± 2,53       | <0,001 |
| CFQ-AÖ 4 | 10,0±3,52          | 12,6± 2,53       | <0,001 |
| CFQ-AÖ 5 | 2,2± 6,30          | 31,1± 4,24       | <0,001 |
| CFQ-AÖ 6 | 12,7± 4,73         | 14,9± 3,43       | <0,001 |
| CFQ-AÖ 7 | 10,4± 3,98         | 13,5± 2,12       | <0,001 |
| Toplam   | 9,7± 4,03          | 15,8± 2,71       | <0,001 |

\* t test ile analiz edilmiştir.

Bireylerin şiddet görme durumlarının CFQ-AÖ'leri üzerine etkisi Tablo 4.13'de incelenmiştir. Şiddet mağduru bireylerde CFQ-AÖ 2 için toplam puan  $11,7\pm 3,0$ , ŞMO bireylerde  $12,38\pm 2,0$  olarak bulunmuştur. Diğer ölçekler ile şiddet görme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.13.** Bireylerin şiddet görme durumlarının CFQ-AÖ üzerine etkisi.

|          | ŞM<br>(n=108)<br>$\bar{X} \pm SD$ | ŞMO<br>(n=96)<br>$\bar{X} \pm SD$ | p*     |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------|
| CFQ-AÖ 1 | 11,2±3,01                         | 13,5±1,80                         | <0,001 |
| CFQ-AÖ 2 | 11,7±3,01                         | 12,3±2,06                         | 0,080  |
| CFQ-AÖ 3 | 10,2±3,54                         | 12,8±2,22                         | <0,001 |
| CFQ-AÖ 4 | 10,2±3,53                         | 12,8±2,22                         | <0,001 |
| CFQ-AÖ 5 | 27,9±6,52                         | 31,0±3,74                         | <0,001 |
| CFQ-AÖ 6 | 12,7±4,51                         | 15,3± 3,18                        | <0,001 |
| CFQ-AÖ 7 | 10,7±3,84                         | 13,8±1,73                         | <0,001 |
| Toplam   | 13,5±3,99                         | 15,9±2,42                         | <0,001 |

\* t testi ile analiz edilmiştir.

Bireylerin şiddet görme durumları ve kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ üzerine etkisi Tablo 4.14'de gösterilmiştir. Gruplarda CFQ-AÖ içerisinde en fazla puan, CFQ-AÖ 5'ten alınmıştır. Şiddet mağduru bireylerin kişilik özelliklerinden etkilenen alt ölçekler CFQ 1,3,4,5,6 ve 7'dir ( $p<0,05$ ). Şiddet mağduru olmayan bireylerin kişilik özelliklerinden etkilenen alt ölçekler ise CFQ-AÖ 3 ve 4 olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.14.** Bireylerin şiddet görme durumları ve kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ üzerine etkisi.

|          | ŞM (n=108)       |                  |              | ŞMO (n=96)       |                  |              |
|----------|------------------|------------------|--------------|------------------|------------------|--------------|
|          | ŞM-S (n=69)      | ŞM-O (n=39)      | p*           | ŞMO-S (n=20)     | ŞMO-O (n=76)     | p*           |
|          | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |              | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |              |
| CFQ-AÖ 1 | 10,5±3,25        | 12,4±2,01        | <0,001       | 13,1±1,97        | 13,5±1,81        | 0,345        |
| CFQ-AÖ 2 | 11,5± 3,26       | 12,1±2,53        | 0,321        | 11,6±2,05        | 12,5±2,02        | 0,078        |
| CFQ-AÖ 3 | 9,4± 3,61        | 11,6±2,82        | <0,001       | 12,0±1,93        | 13,1±2,29        | <b>0,026</b> |
| CFQ-AÖ 4 | 9,4±3,61         | 11,6±2,82        | <0,001       | 12,0±1,93        | 13,1±2,29        | <b>0,018</b> |
| CFQ-AÖ 5 | 25,8±6,13        | 31,7±5,30        | <0,001       | 32,0±4,42        | 30,7±3,43        | 0,124        |
| CFQ-AÖ 6 | 11,8±4,69        | 14,2±4,05        | <b>0,035</b> | 15,8± 3,59       | 15,2±2,95        | 0,411        |
| CFQ-AÖ 7 | 9,6±3,92         | 12,6±2,71        | <0,001       | 13,5±2,26        | 13,9±1,52        | 0,267        |
| Toplam   | 12,6±4,07        | 15,2±3,18        | <0,001       | 15,7±2,58        | 16,0±2,33        | 0,274        |

\* t test ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.15’da şiddet görme süresi ve CFQ-AÖ arasında Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre şiddet görme süresi ile CFQ-AÖ 2 ve 5 arasında düşük düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Şiddet görme süresi ve CFQ-AÖ 1,3,4,6 ve 7 arasında da negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. En yüksek korelasyon CFQ-AÖ 7 ile şiddet görme süresi arasındadır ( $r=0,502$ ).

**Tablo 4.15.** Şiddet görme süresi ile CFQ-AÖ arasındaki ilişki.

|          | Şiddet Görme Süresi |              |
|----------|---------------------|--------------|
|          | r                   | p*           |
| CFQ-AÖ 1 | -0,409              | <0,001       |
| CFQ-AÖ 2 | -0,150              | <b>0,033</b> |
| CFQ-AÖ 3 | -0,401              | <0,001       |
| CFQ-AÖ 4 | -0,401              | <0,001       |
| CFQ-AÖ 5 | -0,293              | <0,001       |
| CFQ-AÖ 6 | -0,321              | <0,001       |
| CFQ-AÖ 7 | -0,502              | <0,001       |

\* Pearson Korelasyon Testi ile analiz edilmiştir.

#### **4.5. Bireylerin Yaşadıkları Ev İçerisinde Karar Verebilme Durumlarının Değerlendirilmesi**

Tablo 4.16'da bireylerin ev içerisinde karar verebilme durumları incelenmiştir. Ev içerisinde alınması gereken kararlarda ŞM bireylerin kararlara katılım sıklığı ŞMO bireylere kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma ve kontrol grubunun karar verme durumları arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlenmiştir ( $p < 0,001$ ).

**Tablo 4.16.** Bireylerin ev içerisinde karar verebilme durumlarının dağılımı.

| Aşağıdaki konularda kararları ev içerisinde kimler verir?    | Ev içerisindeki karar vericiler |      |               |      |        |                          |       |               |      |        |
|--|---------------------------------|------|---------------|------|--------|--------------------------|-------|---------------|------|--------|
|  | Birey dışındaki aile üyeleri    |      |               |      |        | Birey dâhil aile üyeleri |       |               |      |        |
|  | ŞM<br>(n=108)                   |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     | ŞM<br>(n=108)            |       | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     |
| S  | %                               | S    | %             | S    |        | %                        | S     | %             |      |        |
| 1.Öğünler için satın alınacak yiyeceklerin belirlenmesinde   | 40                              | 93,0 | 3             | 7,0  | <0,001 | 68                       | 42,2  | 93            | 57,8 | <0,001 |
| 2.Masa gibi küçük ev aletlerinin alınmasında                 | 61                              | 88,4 | 8             | 11,6 | <0,001 | 47                       | 34,8  | 88            | 65,2 | <0,001 |
| 3.Akraba düğünlerinde alınacak hediyelerde                   | 79                              | 79,0 | 21            | 21,0 | <0,001 | 29                       | 27,9  | 75            | 72,1 | <0,001 |
| 4.Ev dışında bir işte çalışma kararı alınacağında            | 74                              | 89,2 | 9             | 10,8 | <0,001 | 34                       | 28,1  | 87            | 71,9 | <0,001 |
| 5.Eve misafir çağırma  | 49                              | 89,1 | 6             | 10,9 | <0,001 | 59                       | 39,6  | 90            | 60,4 | <0,001 |
| 6.Kendi ailenin yanına gitme ya da kalma kararı alınacağında | 60                              | 90,9 | 6             | 9,1  | <0,001 | 48                       | 34,8  | 90            | 65,2 | <0,001 |
| 7.Kendin için sağlık bakımı sağlamada                        | 41                              | 95,3 | 2             | 4,7  | <0,001 | 67                       | 41,6  | 94            | 58,4 | <0,001 |
| 8.Televizyon gibi büyük ev aletlerinin alınmasında           | 84                              | 84,0 | 16            | 16   | <0,001 | 24                       | 23,1  | 80            | 76,9 | <0,001 |
| 9.Evcil hayvan alım ya da satılmasında                       | 72                              | 86,7 | 11            | 13,3 | <0,001 | 36                       | 29,8  | 85            | 70,2 | <0,001 |
| 10.Altın-gümüş gibi mücevherlerin alım-satımında             | 86                              | 83,5 | 17            | 16,5 | <0,001 | 22                       | 21,8  | 79            | 78,2 | <0,001 |
| 11.Kazancın nasıl harçayacağında                             | 88                              | 82,2 | 19            | 17,8 | <0,001 | 20                       | 20,6  | 77            | 79,4 | <0,001 |
| 12.Çocukların sağlık bakımında harcanacak parada             | 59                              | 83,1 | 12            | 16,9 | <0,001 | 49                       | 36,80 | 84            | 63,2 | <0,001 |

\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.17’de bireylerin çocuklarının bakımları ile ilgili karar verebilme durumlarına bakılmıştır. Yeni doğanı kolostrum ile besleme kararını vermede etkili olan bireylerin sıklığı ŞM’lerinde % 46 iken, ŞMO’larda bu sıklık %54’tür. Yeni doğanın 6 ay boyunca anne sütü ile beslenmesinde, yeni doğanın aşılmasında ve çocuk hastalandığında yapılacakların kararının verilmesinde ŞMO bireyler ile ŞM bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ).



**Tablo 4.17.** Bireylerin çocuklarının bakımı ile ilgili karar verebilme durumlarının dağılımı.

|  | Birey dışındaki aile üyeleri |      |               |     |        | Birey dahil aile üyeleri |      |               |      |        |
|--|------------------------------|------|---------------|-----|--------|--------------------------|------|---------------|------|--------|
|  | ŞM<br>(n=108)                |      | ŞMO<br>(n=96) |     | p*     | ŞM<br>(n=108)            |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     |
| Çocuk bakımı ile ilgili karar verebilme durumu   | S                            | %    | S             | %   |        | S                        | %    | S             | %    |        |
| 1.Yeni doğanı kolostrumla beslememe              | 28                           | 93,3 | 2             | 6,7 | <0,001 | 80                       | 46,0 | 94            | 54   | <0,001 |
| 2.Yeni doğanı 6 ay boyunca anne sütü ile besleme | 31                           | 91,2 | 3             | 8,8 | <0,001 | 77                       | 45,3 | 93            | 54,7 | <0,001 |
| 3.Yeni doğanın aşılınması                        | 20                           | 95,2 | 1             | 4,8 | <0,001 | 88                       | 48,1 | 95            | 51,9 | <0,001 |
| 4.Çocuk hastalandığında yapılacaklar             | 33                           | 91,7 | 3             | 8,3 | <0,001 | 75                       | 44,6 | 93            | 55,4 | <0,001 |

\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Bireylerin finansal kaynakların kullanımı ile ilgili karar verebilme durumları Tablo 4.18 ve 4.19'da verilmiştir. Kendilerine elbise almak istediklerinde özgürce karar verebiliyorum diyen bireylerin ŞMO dağılımı %64,5'tir. Bireyler kendilerine mücevher almak istediklerinde ya da ailesinden herhangi birine hediye almak istediklerinde ŞM kbireyler ve ŞMO bireyler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,001$ ). İstediklerini alması için bir miktar parayı biriktirmesine her zaman müsaade edilen bireylerin ŞMO'lardaki sıklığı %88,1'dir. Bireylere sorulan 'para kazandığında, sahip olduğun paranın hepsini eşine verir misin?' sorusuna 'her zaman' cevabını veren bireylerin sıklığı ŞM'lerinde %71,6'dır. Eşlerin parayı nerelerde harcayacakları ile ilgili konuşma yapabilme durumlarına bazen cevabını ŞM bireylerin %48'i, ŞMO bireylerin %52'si vermiştir. Hane halkının gelir harcamasında fikrini her zaman belirten bireylerin %12,9'u ŞM, %87,1' bireylerin yüzdesi iki grup arasında anlamlı derecede farklı çıkmıştır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.18.** Bireylerin finansal kaynaklar ile ilgili karar verebilme durumlarının dağılımı-1.

| Finansal kaynaklar ile ilgili karar verebilme durumu  | Hayır         |      |               |      |        | Evet          |      |               |      |        |
|---|---------------|------|---------------|------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|
|   | ŞM<br>(n=108) |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     | ŞM<br>(n=108) |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     |
|   | S             | %    | S             | %    |        | S             | %    | S             | %    |        |
| 1.Eğer kendine bir elbise almak istersen, eşinin baskısı olmadan özgürce alabilir misin?                | 63            | 81,8 | 14            | 18,2 | <0,001 | 45            | 35,4 | 82            | 64,5 | <0,001 |
| 2.Kendine bir çift küpe ya da halka gibi küçük bir mücevher almak istesen bunu özgürce yapabilir misin? | 91            | 71,1 | 37            | 28,7 | <0,001 | 17            | 22,4 | 59            | 77,6 | <0,001 |
| 3.Anne – baban ya da diğer aile üyelerine bir hediye almak istesen özgürce yapabilir misin?             | 79            | 84,9 | 14            | 15,1 | <0,001 | 29            | 26,1 | 82            | 73,9 | <0,001 |

\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

**Tablo 4.19.** Bireylerin finansal kaynaklar ile ilgili karar verebilme durumlarının dağılımı-2.

| Finansal kaynaklar ile ilgili karar verebilme durumu   | Hiçbir zaman  |      |               |      |        | Bazen         |      |               |      |        | Her zaman     |      |               |      |        |
|--|---------------|------|---------------|------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|
|  | ŞM<br>(n=108) |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     | ŞM<br>(n=108) |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p      | ŞM<br>(n=108) |      | ŞMO<br>(n=96) |      | p*     |
|  | S             | %    | S             | %    |        | S             | %    | S             | %    |        | S             | %    | S             | %    |        |
| 1.İstediklerini alman için bir miktar parayı biriktirmene müsaade edilir mi?                 | 38            | 97,4 | 1             | 2,6  | <0,001 | 62            | 63,3 | 36            | 36,7 | <0,001 | 8             | 11,9 | 59            | 88,1 | <0,001 |
| 2.Para kazandığında, sahip olduğun paranın hepsini eşine mi verirsin?                        | 27            | 65,9 | 14            | 34,1 | <0,001 | 28            | 31,5 | 61            | 68,5 | <0,001 | 53            | 71,6 | 21            | 28,4 | <0,001 |
| 3.Sen ve eşin parayı ne için harcayacağınıza karar vermek için yalnız kalıp konuşur musunuz? | 66            | 95,7 | 3             | 4,3  | <0,001 | 36            | 48,0 | 39            | 52   | <0,001 | 6             | 10,0 | 54            | 90,0 | <0,001 |
| 4.Hane halkı gelirinin nasıl harcanacağı konusunda fikrinizi söyleyebilir misin?             | 51            | 96,2 | 2             | 3,8  | <0,001 | 48            | 59,3 | 33            | 40,7 | <0,001 | 9             | 12,9 | 61            | 87,1 | <0,001 |
| 5.Ev için para harcanacağına sana para verilir mi?   | 36            | 92,3 | 3             | 7,7  | <0,001 | 59            | 61,5 | 37            | 38,5 | <0,001 | 13            | 18,8 | 56            | 81,2 | <0,001 |

\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Bireylerin otonom durumlarındaki değişkenliğin dağılımının incelendiği Tablo 4.20’de bireylerin evin dışına gittikleri yerlerle ilgili karar verebilme durumları incelenmiştir. Evin dışında herhangi bir yere giderken her zaman eşinden ya da aile büyüklerinden izin alması gereken şMO bireylerin yüzdesi %11,9 iken şM’larında bu sıklığın %88,1 olduğu saptanmıştır. Yaşadığı bölge de bulunan markete giderken izin almayanların şMO yüzdesi 65’tir. Yaşadığı bölge de bulunan sağlık merkezine giderken bazen izin alanlar şMO’larda %25,8, şM’larında %74,2’dir. ‘Yaşadığı bölge dışındaki alanlara, yaşadığı bölge de bulunan toplum merkezlerine, yaşadığı bölge de bulunan akraba ya da arkadaşlarına ya da yaşadığı bölge dışında yer alan belediyelere giderken’ her zaman eşinden ya da aile büyüklerinden izin alan bireylerin şM da daha fazladır. Her iki grupta yer alan bireylere ‘market, sağlık merkezi, piknik yeri, toplum merkezi, akraba ya da arkadaşların yanı, cami, başka bir belediye ya da fuara kendi başına gidip-gidemeyeceği’ sorulduğunda şM ve şMO arasında anlamlı bir farkın olduğu ve kontrol grubunda ‘her zaman’ gidebileceklerin yüzdesinin daha fazla olduğu görölmüştür ( $p<0,001$ ).

**Tablo 4.20.** Bireylerin otonom durumlarındaki değişkenliklerinin dağılımı.

| <b>Otonomda değişkenlik</b>             |                       |          |                       |          |           |                       |          |                       |          |           |                       |          |                       |          |           |
|---|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------|
| <b>Hangi durumlarda izin almalısın?</b> | <b>Hiçbir Zaman</b>   |          |                       |          |           | <b>Bazen</b>          |          |                       |          |           | <b>Her zaman</b>      |          |                       |          |           |
|   | <b>ŞM<br/>(n=108)</b> |          | <b>ŞMO<br/>(n=96)</b> |          | <b>p*</b> | <b>ŞM<br/>(n=108)</b> |          | <b>ŞMO<br/>(n=96)</b> |          | <b>p*</b> | <b>ŞM<br/>(n=108)</b> |          | <b>ŞMO<br/>(n=96)</b> |          | <b>p*</b> |
| <b>S</b>                                | <b>%</b>              | <b>S</b> | <b>%</b>              | <b>S</b> |           | <b>%</b>              | <b>S</b> | <b>%</b>              | <b>S</b> |           | <b>%</b>              | <b>S</b> | <b>%</b>              | <b>S</b> |           |
| 1.Evin dışında herhangi bir yer         | 17                    | 27,9     | 44                    | 72,1     | <0,001    | 32                    | 42,1     | 44                    | 57,9     | <0,001    | 59                    | 88,1     | 8                     | 11,9     | <0,001    |
| 2.Markete giderken                      | 48                    | 35,0     | 89                    | 65,0     | <0,001    | 23                    | 85,2     | 4                     | 14,8     | <0,001    | 37                    | 92,5     | 3                     | 7,5      | <0,001    |
| 3.Sağlık merkezin giderken              | 34                    | 28,6     | 85                    | 71,4     | <0,001    | 23                    | 74,2     | 8                     | 25,8     | <0,001    | 51                    | 94,4     | 3                     | 5,6      | <0,001    |
| 4.Arkadaşa                              | 13                    | 22,0     | 46                    | 78,0     | <0,001    | 21                    | 38,2     | 34                    | 61,8     | <0,001    | 74                    | 82,2     | 16                    | 17,8     | <0,001    |
| 5.Toplum merkezine                      | 16                    | 21,9     | 57                    | 78,1     | <0,001    | 23                    | 43,4     | 30                    | 56,6     | <0,001    | 69                    | 88,5     | 9                     | 11,5     | <0,001    |
| 6.Akrabaya                              | 16                    | 25,0     | 48                    | 75,0     | <0,001    | 18                    | 32,7     | 37                    | 67,3     | <0,001    | 74                    | 87,1     | 11                    | 12,9     | <0,001    |
| 7.Başka bir semte                       | 17                    | 26,6     | 47                    | 73,4     | <0,001    | 13                    | 27,1     | 35                    | 72,9     | <0,001    | 78                    | 84,8     | 14                    | 15,2     | <0,001    |
| <b>Kendin gidebileceğin yerler</b>      |                       |          |                       |          |           |                       |          |                       |          |           |                       |          |                       |          |           |
| 1.Market                                | 19                    | 86,4     | 3                     | 13,6     | <0,001    | 32                    | 91,4     | 3                     | 8,6      | <0,001    | 57                    | 38,8     | 90                    | 61,2     | <0,001    |
| 2.Sağlık merkezi                        | 44                    | 93,6     | 3                     | 6,4      | <0,001    | 26                    | 53,1     | 23                    | 46,9     | <0,001    | 38                    | 35,2     | 70                    | 64,8     | <0,001    |
| 3.Piknik yeri                           | 87                    | 82,9     | 18                    | 17,1     | <0,001    | 8                     | 22,2     | 28                    | 77,8     | <0,001    | 13                    | 20,6     | 50                    | 79,4     | <0,001    |
| 4.Toplum merkezi                        | 59                    | 89,4     | 7                     | 10,6     | <0,001    | 28                    | 51,9     | 26                    | 48,1     | <0,001    | 21                    | 25,0     | 63                    | 75,0     | <0,001    |
| 5.Akraba ya da arkadaşların             | 58                    | 96,7     | 2                     | 3,3      | <0,001    | 29                    | 45,3     | 35                    | 54,7     | <0,001    | 21                    | 26,3     | 59                    | 73,8     | <0,001    |
| 5.Cami                                  | 41                    | 95,3     | 2                     | 4,7      | <0,001    | 40                    | 71,4     | 16                    | 28,6     | <0,001    | 27                    | 25,7     | 78                    | 74,3     | <0,001    |
| 6.Başka bir belediye                    | 73                    | 92,4     | 6                     | 7,6      | <0,001    | 17                    | 32,1     | 36                    | 67,9     | <0,001    | 18                    | 25,0     | 54                    | 75,0     | <0,001    |
| 7.Fuar                                  | 77                    | 85,6     | 13                    | 14,4     | <0,001    | 15                    | 33,3     | 30                    | 66,7     | <0,001    | 16                    | 23,2     | 53                    | 76,8     | <0,001    |

\* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Şiddet olgusu genellikle aile içerisinde başlayan ve toplumun genelini etkisi altına alan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile içerisindeki şiddetten çoğunlukla etkilenen grubun kadınlar olduğu görülmektedir (177). Kaynağı cinsiyet ayrımcılığına dayanan kadına yönelik şiddetin toplumdaki yüzdesi her geçen gün artmakta ve sonuçlarına bağlı olarak şiddet evrensel bir sağlık sorunu halini almaktadır (178). Şiddete maruz kalan kadınların bir kısmı baba evine tekrar dönemedikleri için kadın konukevlerinde bir süre yaşamayı tercih etmektedirler. Kadınlar burada kaldıkları dönem içerisinde iyileştirilmeye çalışılmaktadır (3). Yapılan çalışmalar otonomu zayıflamış annelerin çocuklarının sağlık ve beslenme ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamadıklarını göstermektedir (11,12). Bu durumun bebek ve çocukların antropometrisini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (9, 10, 12). Bu nedenle, bu çalışma ailenin temelini oluşturan kadının şiddete maruz kalması ile otonomlarında oluşan etkinin belirlenmesi ve şiddete maruz kalmış annelerin çocuklarını besleme yaklaşımlarını ve vücut ağırlıklarını değerlendirmek amacı ile yürütülmüştür.

### 5.1. Bireylerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya, dâhil edilme kriterlerini sağlayan gönüllü 108 ŞM ve 96 ŞMO kadın katılmıştır. Bireylerin şiddet görme durumları ve sosyotropik ya da otonomik yapıda olma durumları kıyaslanarak çalışma yürütülmüştür. Sosyotropik kişilik, topluma bağımlıdır (82) ve toplum bu bireylerin kontrol mekanizmasıdır (83). Otonomik kişilik yapısı yüksek bireyler ise kontrol mekanizmasına ihtiyaç duymaksızın kendi işlerinin yöneticisidirler (84). Bu çalışmada, ŞM bireylerin %63,9'unun sosyotropik (n=69) ve %36,1'inin otonomik kişilik yapısına sahip olduğu ve ŞMO bireylerin %20,8'inin (n=20) sosyotropik ve %79,2'sinin otonomik kişilik yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuç çalışmanın “ŞM kadının otonomu olumsuz yönde etkilenmektedir” hipotezini desteklemektedir. Bağlamsal ve toplumsal faktörlerin yanında hane halkının etkisi ve bireysel düzeydeki faktörler kadının statüsünü etkiler ve olumsuz yönde gelişen bu sürece bağlı olarak AİŞ

görülme durumu kaçınılmazdır (95). Tamil Nadu'nun güneyinde yapılan bir çalışmada yüksek otonoma sahip kadınların AİŞ'e karşı kendilerini koruma adına daha güçlü oldukları tespit edilmiştir (94).

Bireylerin yaşları, medeni durumları, evlilik süreleri, eğitim ve çalışma durumları Tablo 4.1.'de verilmiştir. Şiddet mağduru sosyotrop bireylerin yaş ortalaması  $30,9\pm 6,81$  yıl, ŞMO-S bireylerin yaş ortalaması ise  $31,2\pm 5,23$  yıldır. Hindistan'da yürütülmüş benzer bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının  $22,14\pm 3,35$  yıl olduğu bildirilmiştir (11).

Bireylerin medeni durumları "evli olmayan, evli ve boşanmış" başlıkları ile sorgulanmıştır. Evlenmeden çocuk sahibi olmuş, eşini kaybetmiş ve resmi nikahı olmayan bireyler evli olmayan bireylerin yer aldığı gruba dahil edilmiştir. Şiddet mağduru otonomik bireylerin evli olmadan çocuk sahibi olma sıklıkları %20,5 olarak bulunmuştur. Gruplarda evli olanların yüzde dağılımlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin evlilik süreleri incelendiğinde ŞM-S bireylerin, ŞM-O bireylerden daha uzun süre evliliklerini devam ettirdikleri görülmektedir. Şiddet mağduru olmayan sosyotrop bireylerin %70'i, ŞMO-O bireylerin %69,7'si 10 yıl ve altında evliliklerini devam ettirmiş ya da hala devam ettirmektedirler. Yapılan benzer bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların evlilik sürelerinin 12-16 yıl arasında değiştiği bildirilmiştir (178).

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyelerinin de incelendiği Tablo 4.1.'de ŞM-S ve ŞM-O bireyler arasında farklılık olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Lise mezunu olan bireyler ŞM-S'lerin %23,2'sini oluştururken, ŞM-O bireylerin %35,9'u liseyi bitirmiştir. Lise ve üzeri eğitim almış her 10 kadından 3'ünün hayatının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldığı yapılan benzer bir çalışmada gösterilmiştir (44). Çalışmamızda ŞMO-S ve ŞMO-O bireylerin eğitim durumlarının benzer olduğu görülmektedir. Şiddet mağduru olmayan sosyotrop bireylerin %30'u, ŞMO-O bireylerin %40,8'inin üniversite mezunudur. Erkek, kendinden güçlü gördüğü kadını sözde güçsüzleştirmek için şiddete başvurabilmektedir. Kadının eğitim düzeyinin şiddetin görülme sıklığını etkilediğini gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (179, 180). Kadınların özerkliklerini güçlendirmenin yolunun eğitim olduğunu gösteren benzer bir çalışma mevcuttur (181).

Ekonomik durumlarının da sorgulandığı Tablo 4.1.'de ŞM-S bireylerin %76,8'inin, ŞM-O bireylerin ise %66,7'sinin çalışmadığı görülmektedir. Kadına yönelik ekonomik şiddette, erkek kadının ekonomik özgürlüğünü kısıtlamaktadır (8). ŞMO-S kadınların %45,0'i, ŞMO-O kadınların %69,7'si çalışmaktadır. Şiddet mağduru olmayan bireylerin yer aldığı grupta kadınların çalışma durumlarının kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır ( $p < 0,05$ ).

Grupların aile yapısı "sürekli çekirdek aile, sürekli geniş aile ve değişken aile" olarak sınıflandırılmıştır. Değişken aile yapısı "kışın geniş yazın çekirdek aile" ya da "yazın geniş, kışın çekirdek aile" olarak değerlendirilmiştir. Grupların aile yapısı değerlendirildiğinde iki grupta da çekirdek aile yüzdesi daha fazladır. Bunun nedeni giderek kentsel yaşamda yoğunlaşan ailelerin çekirdek aile yaşam tarzını tercih etmeleri olabilmektedir. Sürekli geniş ailede ŞM'larının toplamda %28,7'si, ŞMO'ların %16,7'si yaşamaktadır. Şiddet mağduru bireylerin ve her iki grupta yer alan sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin sürekli geniş aile de yaşama sıklıklarının yüksek olduğu Tablo 4.2.'de görülmektedir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan benzer bir çalışmada araştırmaya dahil edilen ŞM kadınların %27,0'sinin sürekli geniş aile olarak yaşadığı belirtilmiştir (75).

Yaşanılan bölgeye göre de bireylerin şiddete maruz kalma sıklıkları değişebilmektedir. Çalışmamıza dahil ettiğimiz ŞM kadınların %19,4'ü, ŞMO bireylerin %6,3'ü kırsal da yaşamaktadır (Bkz. Tablo 4.2.). Kırsalda yaşayanların sayısının ŞMO'larda düşük olma nedeni kentte ulaşılabilen alanlardaki bireylere anketin uygulanmasıdır. Şiddet mağduru gebeler ile yapılan bir çalışmada, kentte yaşayan kadınların %9,6'sının, kırsal kesimde yaşayan kadınların %9,8'inin gebelikleri döneminde fiziksel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (57).

## **5.2. Bireylerin Gebe Kalma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi**

Ülkemizde kız çocuklarının genç yaşta evlendirilmesi ciddi bir sorundur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına (2013) göre evlilik yaşı bölgelere göre farklılık göstermektedir (182). Özellikle gelişmemiş bölgelerde erken evlilik sonucu erken gebelikte gözlemlenen bir durumdur. Ülkemizde Orta ve Güney Anadolu Bölgeleri'nde adolesan gebelik sıklığının yaygın olduğu görülmektedir (37).



Bu çalışmada, kadınların ilk gebe kalma yaşları ŞM bireylerde  $22,3 \pm 6,01$  yaş, ŞMO bireylerde  $24,7 \pm 5,44$  yaştır (Bkz. Tablo 4.3.). Şiddet mağduru gebelerin dahil edildiği benzer bir çalışmada bireylerin %19,1'inin 15-21 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (58). Gebe kalma durumları ŞM ve ŞMO bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Benzer bir çalışmada ŞM kadınların %20'sinin 3'den daha fazla gebe kaldıkları sonucuna varılmıştır (57). Bunun yanı sıra ŞM kadınların dahil edildiği benzer çalışmalarda %11,9'unun, bir diğer çalışmada ise %46,0'sının isteği dışında gebe kaldığı bildirilmiştir (183, 184). Bireylerin kişilik özelliklerine göre gebe kalma durumlarına bakıldığında ŞM-S'ler ortalama  $3,1 \pm 1,81$  kez, ŞMO-O'ler  $2,1 \pm 1,13$  kez gebe kalmışlardır. Çocuk sahibi olma durumlarına özellikle sosyotrop kadınlarda aile büyüklerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Sağlık kaynaklarından yeterince faydalanamayan ŞM-S kadınların doğum kontrolü noktasında yeterince bilgi ve imkana sahip olmadıkları görülmüştür. İzmir'de yürütülen bir çalışmada ŞM kadınların %60'ının yaşayan çocuğa sahip olmadıkları görülmüştür (57). Bu çalışmaya yalnızca çocuklu anneler dahil edildiği için şiddete maruz kalıpta bebek sahibi olamayan annelerin sonuçlarına ulaşılammıştır. Şiddet mağduru kadınların yaşayan çocuk sayıları ortalama  $2,1 \pm 1,21$  iken, ŞMO'larda bu sayının  $1,7 \pm 0,88$  olduğu tespit edilmiş ve iki grup arasında anlamlı derecede farkın olduğu sonucuna varılmıştır ( $p < 0,05$ ) (Bkz. Tablo 4.3.).

### 5.3. Birey ve Çocukların Antropometrik Durumlarının Değerlendirilmesi

Kadının gebelik döneminde şiddete maruz kalması besine ulaşma durumunu ve yeme davranışını yakından etkilemektedir (185). Yeme davranışındaki uygunsuzluklar şiddete bağlı oluşan psikiyatrik bozukluklardan da kaynaklanabilmektedir (186). Yapılan çalışmalar şiddete bağlı ortaya çıkan psikiyatrik sorunların, hamilelik döneminde yetersiz ağırlık kazanımı ile sonuçlanabileceğini bildirmiştir (187). Bu çalışmada ŞM-S gebelerin gebelik süresince ortalama  $15,8 \pm 6,99$  kg aldığı, ŞMO-S gebelerin  $15,9 \pm 4,93$  kg aldığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.). Her iki grupta da bireylerin kişilik özelliklerinin gebelik sürecince kazandıkları ağırlık durumunu etkilemediği görülmüştür ( $p > 0,05$ ). Gebelikte sağlıklı ağırlık kazanımı belirlenirken kadının BKİ'si temel alınmaktadır.

Gebelikle eşlik edebilecek kronik hastalıklara (diyabet, hipertansiyon vb.) karşı önlem alınabilmesi adına kontrollü ağırlık kazanımı oldukça önemlidir (188).

Kadına yönelik şiddetin fiziksel ve psikolojik yönden incelendiği çok fazla sayıda çalışma olmasına rağmen, şiddetin kadının kişilik özelliği ile birlikte beslenmesine etkisinin de incelendiği çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Hindistan'da yapılan bir çalışmanın sonucuna göre genel popülasyona kıyasla (zayıflık %22,9 ve fazla kiloluluk %15,5) ŞM kadınların BKİ değerlendirildiğinde %31,8'inin zayıf, %5,6'sının fazla kilolu oldukları belirtilmiştir (61). Bu çalışmada ise BKİ zayıf sınıflamasında olanlar; ŞM-S %8,7, ŞM-O %7,7, ŞMO-O %2,6'dır ve ŞMO-S grubunda zayıf birey bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.4.). Çalışmamızda şiddet görme durumları ve kişilik özellikleri sınıflamalarına göre gruplara ayrılmış bireylerin BKİ değerleri kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>0,05$ ). Bireyler çoğunlukla normal sınıflamasının içerisinde yer almaktadır. BKİ ortalaması en fazla olan grup ŞM-O bireylerdir ( $26,1\pm 6,02$  kg/m<sup>2</sup>). Benzer bir çalışmada obezitenin kişilerin özerklik durumunu etkilemediği sonucuna varılmıştır (189).

Hamilelik sırasında ya da sonrasında kadının maruz kaldığı şiddet, kadın üzerinde travmaya yol açmaktadır. Yaşanılan bu süreç doğum sonrası komplikasyonlara da neden olabilir (55, 76). Ortaya çıkan bu komplikasyonlar hem anneyi hem de bebeği olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bebek prematüre olarak doğabilmekte ya da düşük doğum ağırlığına sahip olabilmektedir (38, 93). Bu çalışmaya dahil edilen bireylerin bebeklerinin ortalama ağırlıkları sosyotropiklerde  $2,80\pm 0,31$  kg, otonomiklerde  $3,07\pm 0,58$  kg'dır (Bkz. Tablo 4.5.). Yapılan benzer bir çalışmada annenin hamilelik sırasında maruz kaldığı şiddetin çocuğun doğum ağırlığını etkilediği sonucuna varılmıştır (56). Çalışma ve kontrol grubunda bebeklerin doğum ağırlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın gözlenmesi, şiddetin fetüsün gelişimindeki etkisini göstermektedir.

Antropometrik ölçümler büyüme ve gelişmenin tespit edilmesinde (190), çocukların genel sağlık durumu, diyet yeterliliklerinin gözlemlenmesinde bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (191). Altı ay ile beş yaş arasında olan çocukların dahil edildiği bir çalışmada, çocuklarını hastaneye götürmekte zorluk yaşayan annelerin

çocuklarının boy uzunluklarının daha düşük olduğu, bunun yanı sıra kendi sağlığı ile ilgili karar alma söz hakkına sahip annelerin çocuklarının ise boy uzunluklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (105). Tanzanya’da yapılan bir çalışmada ise anne otonomu ile boy uzunluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu, bununla birlikte diğer ölçümlerle otonom arasında belirgin bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (9). Şiddetin de otonom ölçütünü belirlemek amacıyla kullanıldığı bir çalışmada, şiddete maruz kalan annelerin kız çocuklarının yaşa göre boy uzunluklarının düşük olduğu sonucuna varılmıştır (92). Boya göre vücut ağırlığı değeri gelişmekte olan ülkelerde çocuğun beslenme durumunu saptamak için yardımcı bir ölçütken, yaşa göre boy uzunluğu değerinin de çocuğun doğumundan şu zamana kadar ki geçen süreçte beslenme durumunun saptanmasında bilgi verdiği vurgulanmıştır (190). Çalışmalar anne otonomunun boya göre vücut ağırlığı ve yaşa göre boy uzunluğu değerleri ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (11, 105, 106, 109). Mevcut çalışmada da literatürle uyumlu olarak bireylerin kişilik özellikleri ve şiddet görme durumlarının çocuklarının şu anki boy uzunluklarını etkilediği sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 4.5.-4.6.). Salazar ve ark.(60)’nın yürüttüğü bir çalışmada 40-46 ay arasındaki bebeklerin antropometrik ölçümlerinin şiddet ile ilişkisi incelenmiştir. Z skor ortalamaları düşük olan çocukların annelerinin ŞM olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada çocukların şu anki vücut ağırlıklarının annelerinin şiddet görme durumları ile ilişkili ve kişilik özelliklerinden etkilendiği sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan benzer bir çalışmada da annesi ŞM olan çocukların bodur olma ve aşırı kilolu olma durumlarının yaygın olduğu sonucuna varılmıştır (62). Bireylerin ŞM olma durumları ve kişilik özelliklerine göre doğum ağırlıkları, şu anki boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarının incelendiği Tablo 4.7.’de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Bunun nedeni ise birden fazla grubun oluşması sonucu gruplara düşen kişi sayısının az olması olarak yorumlanabilir.

Anne otonomunun çocuğunun ağırlığını etkilediğini ispatlayan çalışmalar literatürlerde mevcuttur (11, 14, 192, 193). Özellikle ekonomik özgürlüğü olan annelerin, çocuklarının sağlıkları ile daha fazla ilgilenebildiği ve bu durumun beslenmelerini dolayısıyla büyüme ve gelişmelerini olumlu yönde etkilediğini

göstermiştir (194). Ekonomik açıdan karar verme özerkliği güçlü olan annelerin çocuklarının vücut ağırlıklarının istenen aralıklarda olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (104, 109). Ekonomik özerkliğin anneye çocuğunun diyetinde çeşitlilik imkanı sağladığı ve bu durumun çocuğun istenen ağırlıkta olması durumunu etkilediği bildirilmiştir (195). Evde karar verme yetisi düşük olan annelerin çocuklarını istedikleri düzeyde besleyemedikleri ve bu durumunda vücut ağırlığının olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (106, 107). Düşük özerkliğe sahip annenin kendi sağlığının yanı sıra çocuğunun sağlığı da olumsuz olarak etkilenmektedir. Otonomu zayıf olan annenin çocuğunun sağlığı ve beslenmesini tam olarak kontrol altına alamadığı görülmüştür. Yeterli ve dengeli beslenmeyen çocuğun büyüme ve gelişmesinin de olumsuz etkilenebileceğini gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (14, 104). Hindistan'da 3-5 aylık bebekler ve anneleri ile yapılan çalışmanın sonucunda evde alınan kararlarda aktif olan kadınların bebeklerinin büyüme süreçlerinin daha sağlıklı olduğu sonucuna varılmıştır (11). Tablo 4.7.'de gruplara göre çocukların BKİ değerleri sınıflandırılmıştır. Tüm gruplarda normal BKİ'ye sahip çocukların sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Zayıf ve daha altında BKİ'ye sahip çocuklar ŞM-S'lerin %15,2'sini, ŞM-O'lerin %6,9'unu, ŞMO-S'lerin %8,0'ını, ŞMO-O'lerin %9,0'ını oluşturmaktadır. Benzer bir çalışmada çalışmaya dahil edilen kadınların %19,8'inin ŞM olduğu, bu kadınların çocuklarının %4,0'ünün de çok zayıf olduğu bildirilmiştir (62). Kadınların otonomunun arttıkça ev içerisindeki güç dengesinin bozulduğu ve bu durumun evde şiddetin görülme ihtimalini artırdığı, sonuç olarak da kadının çocuğunu istenen şekilde besleyemediği belirtilmiştir (95). Aile içi şiddetin yaşandığı evlerde kilo alımının olumsuz olarak etkilendiği yapılan benzer bir çalışma da görülmüştür (61). 5 yaş altı çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların %16,5'inin obez olduğu ve bu obez çocukların %49,4'ünün annelerinin ŞM oldukları bildirilmiştir. Aynı çalışma okul dönemi öncesi annesi ŞM çocukların obez olma ihtimalinin yüksek olduğunu vurgulamıştır (63). Tek başına sağlık birimine gitmek istemeyen ve kendi sağlıkları ile ilgili karar alamayan annelerin çocuklarının da vücut ağırlıkları düşük bulunmuştur. Bunun yanı sıra günlük ihtiyaçlarının alımında söz sahibi annelerin çocuklarının vücut ağırlıkları daha yüksek bulunmuştur (105).

Baş çevresi bebeğin gelişimi ile ilgili bilgi veren fiziksel bir bulgudur (196). Çalışmamızda yer alan iki yaşın altındaki çocukların baş çevresi ölçümleri değerlendirilmiştir. Toplamda 63 çocuğun baş çevresi ölçümü alınmıştır. Gruplar arasında baş çevresi açısından bir farklılık gözlemlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### **5.4. Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Çocuk Beslenmesine Yaklaşımları**

İlk 6 ay bebeğin anne sütü ile beslenmesi sağlıklı bir gelecek için oldukça önemlidir. TNSA 2003 verilerine göre ilk 6 ayda sadece anne sütü alan bebeklerin sıklığının yaklaşık %21,0 olduğu vurgulanmıştır (46). Tablo 4.8.'de çocukların anne sütü alma ve ek besine geçiş sürelerinin annelerin kişilik özelliklerinden etkilenme durumlarına bakılmıştır. Sosyotrop anneler ortalama  $10,7\pm 8,63$  ay, otonomik anneler  $14,7\pm 7,54$  ay bebeklerini emzirmiştir. Tablo 4.9.'da da annelerin şiddet görme durumlarının bebeklerini emzirme süreleri ile ilişkisi incelenmiştir. Şiddet mağduru olmayan annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri sonucuna varılmıştır ( $p<0,001$ ). Psikolojisi bozulan annenin sütünün kesilme ihtimalinin olduğu ya da çocuğunu emzirmek istemeyeceğini yapılan çalışmalar vurgulamıştır (55, 126, 197, 198). Çalışmamızda çocuğun anne sütü alma süresi ile annenin kişilik özelliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tamamlayıcı beslenmeye geçiş sürecinin amacı hızlı bir şekilde büyüyen bebeğin tek başına anne sütü ile sağlıklı gelişiminin sağlanamadığı süreçte uygun besinler ile beslenmeye başlanmasıdır (144). Bebeğin 6 aylık olduktan sonra sindirim işlevleri de gelişmeye başlayacağından bu süre zarfını takiben ek besine geçilmeye başlanması gerektiğini literatür vurgulamaktadır (111). Tamamlayıcı besinler emzirme sürecini destekleyen doğru besinler olmalıdır. Bu çalışmada, çalışma grubunda yer alan bireylerin tamamlayıcı besine geçme süresi ortalama ŞM-S'lerde  $4,6\pm 2,07$  ay, ŞM-O'lerde  $5,0\pm 1,79$  ay, ŞMO-S'lerde  $4,8\pm 1,19$  ay, ŞMO-O'lerde  $5,1\pm 0,83$  aydır. Ek besine geç başladığında büyüme ve gelişme duraksar ve çocuğun çiğneme yetisi yaşlarına göre gelişmemiş olur (111). Benzer bir çalışma da annenin hiç emzirmemesi ya da ek besine erken geçmesi nedenleri arasında; annenin yaşı, eğitim seviyesi, ırk, gelir düzeyi, doğum sayısı, sezeryanla doğum yapma (122),

bebeğin cinsiyeti (199), biberon ya da emzik kullanımı (200), doğum sonrası hastane de devam sütü verilmesi (201), çalışma durumu, eşi ve çevresi tarafından bebek beslenmesi ile ilgili desteklenmemesi, sigara kullanımı ve doğum sonrası depresyon olarak sıralanmaktadır (200, 202, 203). Şiddet görme durumları ve annelerin kişilik özelliklerinin ek besine etkisinin birlikte incelendiği Tablo 4.10'de gruplar arasında farkın olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>0,05$ ). Uyguladığımız ankette annelerin bebek doğar doğmaz ek besin verme nedenleri arasında ailede ki diğer bireylerin etkisinin olduğu vurgulanmıştır. Ek besine erken başlandığında anne sütü azalır ve anne sütünden istenen düzeyde verim elde edilemez.

Ek besine doğru zamanda geçmenin sağlanmasının yanı sıra doğru besinle de bu geçişi tamamlamak bebeğin gelişimi için oldukça önemlidir. Uygun tamamlayıcı besinler; süt, devam mamaları, kaşık mamalar, hazır ek besinler, yoğurt, peynir, et, karaciğer, balık ve deniz ürünleri, yumurta, tahıl, kuru baklagiller, sebze ve meyveler, patates, meyve suyu ve pekmez olarak, sakıncalı olan besinlerde; çay, bitki çayları, bal, şeker, bakla olarak belirtilmektedir (111). Tablo 4.11'de ek besin olarak tercih edilen ilk besinler yumurta, süt, yoğurt, meyve, taze meyve suyu, hazır meyve suyu, sebze, yemek suyu, çorba, kaşık mama, ekmek, tatlı olarak sınıflandırılmıştır. Tamamlayıcı besinler arasında ilk önce hangi besinin bebeğe verildiği önemlidir. Tamamlayıcı besin olarak ŞM kadınların en fazla seçtiği besinin çorba (%21,0) olduğu görülmektedir. Şiddet mağduru olmayan bireyler ise tamamlayıcı besin olarak en fazla yoğurdu (%29,6) tercih etmişlerdir. Şekerli besinlerin (%8,3) ilk besin olarak tercih yüzdesinin ŞM bireylerde daha fazla olduğu görülmüştür. Hazır meyve suyu ve kaşık mamanın tamamlayıcı besin olarak tercih edilme sıklığı ŞM bireylerde daha fazladır. Tamamlayıcı besin seçiminde ŞMO ve ŞM bireyler arasında anlamlı bir farkın olduğu, ŞMO kadınların daha bilinçli olduğu görülmektedir ( $p<0,001$ ).

Anne ve babaların beslenme inanç, tutum ve uygulamalarının değerlendirildiği anketlerden biri de CFQ'dur (169). Bu anket yedi ölçekten oluşmuştur. Bu çalışma da CFQ anketindeki sorular birden fazla çocuğu olan annelerin en büyük çocuklarını düşünerek soruları cevaplamaları istenmiştir. Bireylerin kişilik özelliklerinin CFQ-AÖ ile ilişkisi Tablo 4.12.'te gösterilmiştir.

Sosyotrop bireylerde CFQ-AÖ 1 ortalama puan  $11,1\pm 3,11$  ve otonomik bireylerde  $13,1\pm 1,90$  olarak bulunmuştur. Çocuk beslenmesi için anne tarafından algılanan sorumlulukta, çocuğun ne sıklıkla beslendiği ve annelerin bu beslenmeden kendilerini ne derece sorumlu hissettikleri sorgulanmaktadır (169, 204). Çocuğun annesi tarafından algılanan çocuk vücut ağırlığı annenin çocuğu farklı yaşlarda kabul ettiği ağırlık düzeyini sorgulamaktadır (168). Burada annenin çocuğunun vücut ağırlığı hakkında ilgisi ve aşırı ağırlık kazanımı ile ilgili kaygısı değerlendirilmektedir (168). Bu kaygının yüksek oluşu annenin çocuğunu sağlıklı besleyerek enerji alımlarını kontrol altına aldıklarını (205) ve düzgün ağırlık kazanımını desteklediğinin göstergesidir (167). Diğer alt ölçekler ile ilişkilendirildiğinde annenin kaygıları arttıkça RST ve MN alt ölçeklerinin değerlerinin de artması beklenmektedir (205). Bu çalışmada da kaygının yüksek olduğu ŞM bireylerde RST ve MN değerlerinin de yüksek olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.13). Annenin çocuklarına uyguladığı besin kısıtlaması da annenin çocuğunun tükettiği yüksek enerjili besinlerin çeşidini ve miktarını kontrol altına alma çabasının göstergesidir (168).

Şiddet mağduru annelerin otonomlarının düşük olduğunu yapılan çalışmalar göstermektedir (91, 95). Bu çalışmada otonomu düşük olan ŞM annelerin çocuklarına yönelik uyguladıkları besin kısıtlaması ortalama  $27,9\pm 6,57$  puan iken, ŞMO'larında bu değer  $31,0\pm 3,74$ 'tür. Annelerin çocuklarına uyguladıkları yeme baskısı, annelerin çocuk beslenmesi üzerindeki kontrolü ve çocuğunu yeme konusunda ne derece teşvik ettiğini değerlendiren üç ölçekten bir tanesidir (168). Bu çalışmada bu ölçekte alınan toplam puan ŞM bireylerde ŞMO bireylere kıyasla daha azdır ( $p<0,001$ ). Bu da şiddet mağduru bireylerin çocuklarını yeme konusundaki teşviklerinin ŞMO bireylere kıyasla yetersiz olduğu sonucunu göstermektedir. Son ölçek olan MN de annelerin çocuk beslenmesindeki kontrollerini belirlemede bir ölçüttür. Annelerin, çocuğunun yüksek enerjili yiyecekleri takip tutumunu belirler (168). İzlem açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ( $p<0,001$ ) (Bkz. Tablo 4.14). Şiddet mağduru olan ve olmayan gruplar arasında, "CFQ-AÖ 1, 3, 4, 5, 6 ve 7" arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Enerjisi yüksek yiyeceklerin kısıtlamasının ŞMO bireyler

içinde önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Şiddet mağduru olmayan annelerin daha az üzerinde durduğu CFQ-AÖ “Annenin kendi vücut ağırlığı algısı” olmuştur. Burada annelerin çocuklarının beslenme ve ağırlık kontrolünü daha ön planda tuttuğu görülmektedir. Otonomik özelliği güçlü olan kadınların çocukların uygun besini seçebilmeleri, enerji içeriği yüksek olan besinleri sınırlandırabilmeleri, sağlıklı besinleri tüketmeleri için farkındalık oluşturabilmeleri ve sonuç olarak çocuğunun uygun besinleri uygun zamanda tüketmelerinin takibini sosyotrop annelere göre daha iyi yapabildikleri sonucuna varılmıştır. dünya çapında çocuk beslenmesini daha ileri düzeye getirmek için öncelikli hedeflerden biri anne otonomunu artırmaktır (104).

Fransa’da yapılan bir çalışmada annelerin çocuklarının ağırlık kazanımını kontrol altına almak için çocuklarının beslenmelerini izleme ve kısıtlama yollarını tercih ettikleri görülmüştür (206). Eğitim durumunun yanı sıra CFQ anketinin aynı ev içerisinde yer alan iki kardeş için farklı olarak anneye uygulandığında, annenin zayıf olan çocuğu daha sağlıksız gördüğü için yeme baskısını zayıf olana yaptığı belirtilmiştir (207). Beslenmede kısıtlama, çocuğun yeme durumu (208) ve annenin çocuğun ağırlığından kaynaklı endişelenmesi sonucu ortaya çıkan bir davranıştır. İsveç’te 4 yaş altı çocuklar ile yapılan bir çalışmada çocuk BKİ değeri ile kısıtlama arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (209). Annenin beslenme bilgi düzeyi ölçülerek yürütülen bir çalışmada annelerin %63,4’ünün beslenme ile ilgili sorulara doğru cevap verdiği bildirilmiştir. Sorulara doğru yanıt veren annelerin emzirme ve ek besine geçiş süresi ile ilgili uygulamalarında yeterli oldukları sonucuna varılmıştır (210). Bunun nedeni otonomu yüksek olan kadınların aile içerisinde karar verme (besinin kullanımı gibi) mekanizmasına dahil olmalarından kaynaklanabilmektedir (13).

### **5.5. Bireylerin Yaşadıkları Ev İçerisinde Karar Verebilme Durumlarının Değerlendirilmesi**

Sosyotropi-otonomi ölçeğinin yanı sıra yurt dışında benzer bir çalışmada kullanılmış (211) ancak Türkiye için geçerlilik-güvenilirliğinin henüz yapılmadığı otonomun belirleyicisi olan bir anket bireylere yöneltilmiştir. Ev içerisinde karar verebilme durumunu gösteren Tablo 4.16.’da ŞM bireylerin ailedeki diğer bireylerle



birlikte en fazla karar mekanizmasına katıldığı konunun (%42,2) “öğünler için satın alınacak yiyeceklerin belirlenmesi” olduğu bulunmuştur. Ev içerisindeki karar vericilerin belirlendiği bu tabloda ŞM ile ŞMO bireyler arasında anlamlı derecede farkın olduğu görülmektedir ( $p<0,001$ ).

Bireylerin çocuklarının bakımı ile ilgili karar verebilme durumları Tablo 4.17.’de incelenmiştir. Yeni doğan bebeği kolostrum ile besleyip beslememe kararının birey dışındaki aile üyeleri tarafından verilme sıklığı ŞM’lerinde %93,3 iken, ŞMO’larda bu sıklık %6,7’dir. Burada ŞM bireylerin bebeklerini doğum sonrasındaki süreçte besleme noktasında karar verme yetisinin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Gruplar içerisinde kolostrum verilmesini anne ya da ev halkı tarafından istenmemesinin nedeni beslenme alanında yetersiz eğitim seviyesine sahip olmalarından kaynaklanabilmektedir. Bunun yanı sıra annelerin sağlık çalışanları tarafından yetersiz ya da yanlış yönlendirebilmeleri de annenin bebeğini kolostrum ile beslememesinin nedeni olarak gösterilebilmektedir (122). İstanbul’da bulunan bir tıp merkezine başvuran anne ve çocukları ile yapılan bir çalışmada annelerin %83,6’sının doğumdan sonra bebeklerine kolostrum verdikleri bildirilmiştir (120). Emzirememenin nedenleri arasında şiddete bağlı depresyon ve sütün kesilmesi ya da emzirme isteğinin ortadan kalkması olabilmektedir (125). Yeni doğanın aşılama ve çocuk hastalandığında yapılacaklar konusunda ŞMO kadınların karar verme mekanizmasının ŞM kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu istatistiksel analiz sonucunda görülmüştür ( $p<0,001$ ). Yapılan çalışmalar otonomu zayıf annelerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamakta olduğunu belirtmektedir (12, 212). Bu çalışmada da ŞM bireylerin düşük seviyedeki otonomlarına bağlı olarak çocuk beslenmesi ve sağlığı konularında karar verme mekanizmasının içine yeterince dahil olamadığı görülmektedir.

Yapılan araştırmalar özerkliğin (otonomunun yüksek olması) tanımını yaparken; kendi sağlığı ile ilgili karar verebilme, parayı nasıl harcayacağına kendi karar verebilme, aile içerisindeki karar verme mekanizmasına dahil olabilme, kendi ailesini ziyarete gitmek istediğinde başkalarının iznini almaya gerek duymama ve günlük harcamalarda söz sahibi olma gücünü bu tanıma dahil etmektedir (88). Tablo 4.18. ve 4.19.’da bireylerin şiddet görme durumlarına göre finansal kaynaklar ile

ilgili karar verebilme durumlarının dağılımları incelenmiştir. Bu çalışmada finansal kararların alınmasında ŞM ve ŞMO bireyler arasında anlamlı derecede farkın olduğu görülmektedir ( $p<0,001$ ). Kadının ekonomik açıdan karar mekanizmasına dahil olması kendi ve çocuğunun sağlık hizmetleri açısından da söz sahibi olabildiğini benzer bir çalışma göstermiştir (88). Kadının paranın kullanılması ya da harcanması durumu otonom derecesinin göstergesini belirler. Otonomu zayıf olan çoğunlukta ŞM bireylerin ekonomide geri plana bırakıldığı görülmektedir.

Kadının hareket özgürlüğü de otonomu için belirleyici bir faktördür. Hareket özgürlüğü olan kadınların otonomlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir (89). Güney Asya literatüründe kadının özerkliliği üç ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar; “bağımsız hareket edebilme, son kararı verebilme, aile ekonomisini kontrol edebilme” dir. Kentsel ve kırsal bölgede kadının yaşamasına bağlı olarak gidebilecekleri yer ve özgürlük farklılık gösterebilmektedir (213). Çalışmaya katılan bireylerin otonomda değişkenlerinin incelendiği Tablo 4.20.’de hareket özgürlükleri hakkında bilgi sahibi olunmaya çalışılmıştır. Evin dışında herhangi bir yere giderken her zaman izin alan şiddet mağduru bireylerin sıklığı %88,1’dir. Bu sonuç ŞM bireylerin evin dışına çıkma özgürlükleri olmadığı için yıllarca şiddet ortamından uzaklaşamadıklarını göstermektedir. Sağlık merkezine giderken her zaman izin alan bireylerin sıklığı da oldukça (%94,4) yüksektir. Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinden de kadının yeterince faydalanamadığı sonucunu göstermektedir. Şiddet mağduru bireylerde, ŞMO bireylere kıyasla sürekli olarak eş ya da aile içerisindeki bireylere bağımlı olarak yaşayanların sıklığı yüksektir ( $p<0,001$ ).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışma şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınların kişilik özellikleri, antropometrik ölçümleri ve çocuk beslenme bilgi düzeylerinin çocuk antropometrisi ve beslenmesi üzerindeki etkilerini inceleyerek iki grup arasındaki farkın tespit edilmesi amacıyla planlanmış olup aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya 108 şiddet mağduru (ŞM) birey ve 0-5 yaş arasındaki çocukları (n=157) ile 96 şiddet mağduru olmayan (ŞMO) birey ve 0-5 yaş arasındaki çocukları (n=125) katılmıştır.
2. ŞM bireylerin %63,9'unun sosyotropik (ŞM-S) ve %36,1'inin otonomik (ŞM-O) kişilik yapısına sahip olduğu ve ŞMO bireylerin %20,8'inin sosyotropik (ŞMO-S) ve %79,2'sinin otonomik (ŞMO-O) kişilik yapısına sahip olduğu gösterilmiştir.
3. ŞM ve ŞMO bireylerin kişilik özellikleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).
4. Evlilik süresi 10 yıldan daha az süren kadınların yüzdesi ŞM-S grubunda %58,0 iken, ŞM-O grubunda %82,1'dir ( $p<0,05$ ).
5. ŞM-O bireylerin eğitim seviyelerinin ŞM-S bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). ŞM-O bireylerin %23,1'i üniversite ve üzeri, %35,9'u lise mezunu iken, ŞM-S bireylerde bu sıklık sırası ile %2,9 ve %23,2 olduğu belirlenmiştir.
6. Şiddet mağduru olmayan sosyotrop ve otonomik bireylerin çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
7. Sürekli çekirdek ailede yaşayanların yüzdesi şiddet mağdurlarında %66,7 iken, ŞMO bireylerde %79,2'dir. Kentte yaşayan ŞM bireylerin sıklığı %80,6, ŞMO bireylerin sıklığı ise %93,7 olarak bulunmuştur.
8. Bireylerin şiddet görme durumlarının gebe kalma sayısı, ilk gebe kalma yaşı ve yaşayan çocuk sayısını etkilediği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

9. ŞM ve ŞMO bireylerin kişilik özellikleri ile gebelik süresince aldıkları vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
10. Çocukların doğum ağırlıkları, şu anki boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları bakımından sosyotropik ve otonomik grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).
11. ŞM-S bireylerin çocuklarının doğum ağırlığı ortalama  $2,7\pm 0,63$  kg, ŞMO-S bireylerin çocuklarının doğum ağırlığı ortalama  $3,2\pm 0,50$  kg olarak bulunmuştur. Bireylerin şiddet görme durumlarının çocuklarının doğum ağırlıklarını ve şu anki boy uzunluğu ve vücut ağırlığı değerlerini etkilediği sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).
12. ŞM-S bireylerin çocuklarının %15,2'si zayıf ve daha düşük vücut ağırlığına sahiptir. Normal vücut ağırlığına sahip olan çocuk yüzdesi en fazla ŞMO-S grubundadır (%72,0). ŞM ve ŞMO bireylerin kişilik özellikleri ve çocuklarının baş çevresi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).
13. Sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin çocuklarının ortalama  $10,7\pm 8,63$  ay, otonomik kişilik özelliğine sahip olan bireylerin çocuklarının ortalama  $14,7\pm 7,54$  ay anne sütü aldığı sonucuna varılmıştır. Çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş ayı bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).
14. Şiddet görme durumunun çocuğun anne sütü ile beslenmesi sürecini etkilediği görülmüştür ( $p<0,05$ ). Çocuğun ek besine geçiş ayı şiddet görme durumundan etkilenmemiştir ( $p>0,05$ ).
15. Bireyin şiddet görme durumu ve kişilik özelliği ile çocuğun anne sütü alma ve ek besine geçiş ayı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).
16. ŞM bireyler bebeklerine ilk ek besin olarak en fazla çorbayı (%21,0) tercih ederken, ŞMO bireylerin yoğurdu (%29,6) tercih ettikleri

görülmüştür. Tercih edilen ek besine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

17. Otonomik kişilik özelliğine sahip bireylerin CFQ-AÖ'nden daha yüksek puan aldığı sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).
18. ŞM bireylerde CFQ-AÖ 2 için toplam puan  $11,7\pm 3,01$ , ŞMO bireylerde  $12,3\pm 2,06$  olarak bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>0,05$ ). Hem ŞM hem de ŞMO gruplarında CFQ-AÖ içerisinde en fazla puan, CFQ-AÖ 5'ten alınmıştır. Şiddet mağduru bireylerin kişilik özelliklerinden etkilenen alt ölçekler CFQ 1, 3, 4, 5, 6 ve 7'dir ( $p<0,05$ ). ŞMO bireylerin kişilik özelliklerinden etkilenen alt ölçekler ise CFQ-AÖ 3 ve 4 olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
19. Şiddet görme süresi ve CFQ-AÖ 1, 3, 4, 6 ve 7 arasında da negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. En yüksek korelasyon CFQ-AÖ 7 ile şiddet görme süresi arasındadır ( $r=0,502$ ).
20. Ev içerisinde alınması gereken kararlarda ŞM bireylerin kararlara katılım sıklığı ŞMO bireylere kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma ve kontrol grubunun karar verme durumları arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlenmiştir ( $p<0,001$ ).
21. Yeni doğanı kolostrum ile besleme kararını vermede etkili olan bireylerin sıklığı ŞM'lerinde % 46 iken, ŞMO'larda bu sıklık %54'tür. Yeni doğanın 6 ay boyunca anne sütü ile beslenmesinde, aşılmasında ve çocuk hastalandığında yapılacakların kararının verilmesinde ŞMO bireyler ile ŞM bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ).
22. Ev için para harcamada kendisine para verilen bireylerin yüzdesi ŞM ve ŞMO grupları arasında anlamlı derecede farklı çıkmıştır ( $p<0,001$ ).

## 6.2. Öneriler

- Kadına yönelik AİŞ dünya genelinde gün geçtikçe görülme sıklığı artan bir sağlık sorunu olduğu unutulmamalıdır.
- Şiddete maruz kalan kadının otonomunun düşmektedir. Gerekli devlet kuruluşları ve medyanın şiddetin önlenmesi ve kadının otonomunun güçlenmesi adına çalışmalarını artırması gerekmektedir.
- Toplum ya da aile içerisinde mağdur olan kadına yönelik hizmet veren kadın konukevleri her geçen gün hizmet kalitesini artırmaktadır.
- Yapılacak benzer çalışmalarda kadın konukevlerinde bulunan kadınların otonom seviyeleri eğitimler ile artırılmalı ve bu eğitimlerin içerisine beslenme konuları da dahil edilmelidir.
- Verilen eğitimlerin çocuk beslenmesi ve antropometrisi üzerine etkisi uzun sürede incelenmelidir.
- Gebe annelerin kilo kontrolleri sağlanmalı, emziren annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve ek besine geçiş prosedürleri takip edilmelidir.
- Kadın konukevinde kalan kadın ve çocukların günlük menü planlarının yapılması ve takip edilmesi, çocukların büyüme ve gelişme takibinin yapılması, özel diyet ihtiyacı olan bireylere diyet programının hazırlanması, diyet alan kadın ve çocukların diyet programlarının takip edilmesi, güvenli besine erişimlerinin sağlanması adına önlemlerin alınması ve gerekli eğitimlerin verilmesi için kadın konukevi mevzuatında yer alan meslek elemanlarının arasına diyetisyenlerin de yer alması gerekli bakanlık tarafından sağlanmalıdır.
- Anne otonom seviyesinin çocuk beslenmesine etkisinin incelendiği çalışmaların sayısı artırılmalıdır. Bu çalışmalara daha fazla kadın ve çocuk farklı bölgelerden dahil edilmeli ve belli aralıklarda takipler gerçekleştirilerek bu çalışmalar yürütülmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Kristi L, David H, John N. Physical wife abuse in non-Western society: An integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*. 1994;56:131-46.
2. T.C. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. T.C. Resmi Gazete. 1998:8.
3. Öztürk E. Türkiye’de Aile, Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. 21 Yüzyılda Eğitim Ve Dergisi. 2014;3(7):39-55.
4. WHO. Life in the 21st century A vision for all 1998 [Internet]. Available from: [www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf).
5. Yetim D, Şahin M. Kadına yönelik şiddete yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, C. 2008;2(2):48-53.
6. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;11(1):1-17.
7. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık. 2009.
8. Akkaş İ, Uyanık Z. Kadına yönelik şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*. 2016;6(1):32-42.
9. Ross-Suits HM. Maternal autonomy as a protective factor in child nutritional outcome in Tanzania [PhD thesis]. Atlanta, Georgia: Georgia State University;2010.
10. Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005;59(12):1060-4.
11. Shroff MR, Griffiths PL, Suchindran C, Nagalla B, Vazir S, Bentley ME. Does maternal autonomy influence feeding practices and infant growth in rural India? *Social Science & Medicine*. 2011;73(3):447-55.
12. Malhotra C, Malhotra R, Østbye T, Subramanian S. Maternal autonomy and child health care utilization in India: results from the National Family Health Survey. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2014;26(4):401-13.
13. Maji S. Health consequences of witnessing domestic violence among children: A review. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2018;9(1):66-9.
14. Shroff M, Griffiths P, Adair L, Suchindran C, Bentley M. Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India. *Maternal & Child Nutrition*. 2009;5(1):64-74.

15. Baran G, Yurteri Tiryaki A. Aile yaşam döngüsü. Ankara.Pelikan Yayıncılık; 2016.
16. Crosbie-Burnett M, Klein DM. The fascinating story of family theories. Blackwell Publishing Ltd; 2009.
17. Akın M. Aile içi şiddet. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası. 2013;71(1):27-41.
18. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Aile Yapısı Araştırması 2006. Ankara;2010.
19. Cavkaytar A. Özel gereksinimli çocuğu olan aileler. Yıldız TG editör. Anne baba eğitimi. Ankara: Pegem Akademi; 2017.
20. Kuru AG. Türk ailesinde karakter ve otorite: Bir toplumsal tip olarak kaynana ve kaynanalık rolü üzerine bir araştırma [Yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi;2016.
21. Ünal V. Geleneksel Geniş Aileden Çekirdek Aileye Geçiş Sürecinde Boşanma Sorunu Ve Din. Journal of International Social Research. 2013;6(26):588-602.
22. Ağçoban S. Kadın Olgusunun Kültürel Gelişimi ve İslam'da Kadının Yeri Üzerine Tartışmalar. Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2016;2(1):14-24.
23. Aydın H. Mesrutiyetten Cumhuriyete Türkiye'de Kadın. Current Research in Social Sciences. 2015;1(3):84-96.
24. Kaya G. Kadın Derneklerinin Kadın Siyasal Yaşama Etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Kadir Has Üniversitesi;2010.
25. Özkiraz A, Arslanel MN. İkinci Meşrutiyet Döneminde Kadın Olmak. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2011;3(1):1-10.
26. Kalyoncu H. Aile içi şiddet ve şiddet ortamında çocuklar. İstanbul: Hayat Yayın Grubu;2009.
27. Ayan S. Aile ve şiddet: aile içinde çocuğa yönelik şiddet. Ankara: Ütopya Yayınevi; 2010.
28. Kocacık F, Çağlayandereli M. Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6(2):25-43.
29. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı;2008.
30. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(4):312-9.
31. Baydur E, Ertem B. Kadına Yönelik Evlilik İçi Şiddetin Hukuki Boyutları-Ceza Kanunu, Medeni Kanun ve Ailenin Korunmasına Dair Kanun Kaapsamında Bir İnceleme. TBB Dergisi. 2006;65:89-118.



32. Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2008;11(22):81-94.
33. Uthman OA, Moradi T, Lawoko S. The independent contribution of individual-, neighbourhood-, and country-level socioeconomic position on attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: a multilevel model of direct and moderating effects. *Social Science & Medicine*. 2009;68(10):1801-9.
34. Fawole OI. Economic violence to women and girls: is it receiving the necessary attention? *Trauma, Violence, & Abuse*. 2008;9(3):167-77.
35. Köşgeroğlu N, Ünsal A, Türe A, Çulha I, Öz Z. Eskisehir'de Yasayan Bir Grup Kadının Aile İçi Şiddete Maruziyet Durumları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki. *Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016;17(1):83.
36. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*. 2010;2:183-197.
37. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;4(1):50-4.
38. Ayrancı Ü, Günay Y. Ünlüoğlu, İ.(2002) Hamilelikte Aile İçi Şiddet: Birinci Basamak Sağlık Kurumuna Başvuran Kadınlar Arasında Bir Araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3:75-87.
39. Moroğlu N. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi 6284 Sayılı Yasa ve İstanbul Sözleşmesi. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2012;99:357-80.
40. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2009.
41. Gökçaya B. Türkiye'de şiddetin kadın sağlığına etkileri. *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2009;10(2):167-79.
42. Meit S, Fitzpatrick K, Selby J. *Textbook of family medicine*. 7th ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2007.
43. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Ulaşılabilirlik stratejisi ve ulusal eylem planı (2010-2011). TC. Resmi Gazete. No:27757. Tarih:12/11/2010.
44. Altınay GA, Arat Y. *Türkiye'de kadına yönelik şiddet*. İstanbul: Metis Yayınları;2008.
45. Memiş E. Ekonomik Şiddet Kapsamında Karsılıksız Emek. KAYA F, UYGUR G., editorler. *Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Hakları: Kadına Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddet*. Ankara: Savaş Yayınevi; 2014.
46. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği; 2004.

47. Suğur N. Sosyolojiye Giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları;2009.
48. Karal D, Aydemir E. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Uşak: Uşak Sosyal Araştırmalar Merkezi;2012.
49. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*. 2000;9(5):451-457.
50. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2009.
51. Çalik KY, Aktas S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):142-162.
52. Bohn DK, Tebben JG, Campbell JC. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2004;33(5):561-71.
53. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LÅ. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;100(4):700-5.
54. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. Şiddetin kadın sağlığına etkileri ve sağlık çalışanlarının rolü. *Kadın Çalışmaları Dergisi*. 2007;2(4):32-45.
55. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(3):344-53.
56. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;195(1):140-8.
57. Sağkal T, Kalkım A, Uğurlu E, Kırmızılar N. Gebelerin Eşi Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13(5):381-90.
58. Şen S, Egelioglu N, Kavlak O, Sevil Ü. Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2012;9(1):21-33.
59. İçli T. Çocuk, suç ve sokak. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayını; 2009.
60. Salazar M, Högberg U, Valladares E, Persson L-Å. Intimate partner violence and early child growth: a community-based cohort study in Nicaragua. *BMC Pediatrics*. 2012;12(1):82.
61. Ackerson LK, Subramanian S. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *American Journal of Epidemiology*. 2008;167(10):1188-96.

62. Rico E, Fenn B, Abramsky T, Watts C. Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2011;65(4):360-7.
63. Boynton-Jarrett R, Fagnoli J, Suglia SF, Zuckerman B, Wright RJ. Association between maternal intimate partner violence and incident obesity in preschool-aged children: results from the Fragile Families and Child Well-being Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164(6):540-6.
64. Åsling-Monemi K, Peña R, Ellsberg MC, Persson LÅ. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81:10-18.
65. Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM, Dönmez A. Sosyal psikoloji. İstanbul: İmge kitabevi; 1993.
66. Özpolat V, Solak A. Türkiye'nin Çocuk Mağduriyeti Haritası. Ankara: Hegem yayınları; 2011.
67. Neugebauer R. Research on intergenerational transmission of violence: the next generation. *The Lancet*. 2000;355(9210):1116-7.
68. Stinson CK, Robinson R. Intimate partner violence: continuing education for registered nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006;37(2):58-62.
69. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*. 2002;359(9314):1331-6.
70. Gezen M, Oral ET. Kadın Siginma Evinde Yasayan Kadınlar Ile Siddet Gördüğü Evde Yasamaya Devam Eden Kadınların Bağlanma Biçimlerinin Ve Ruhsal Belirti Düzeylerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(1):65-71.
71. Şahin N, Dişsiz M. Sağlık çalışanlarında aile içi şiddete yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(2):263-74.
72. WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization. Geneva; 2002.
73. Vatandaş C. Aile ve şiddet: Türkiye'de eşler arası şiddet. Ankara: Uyum Ajans; 2003.
74. WHO. Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Initial Reports on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses [Internet]. 2005 [cited 2007 Feb 28] Available from: <http://www.comminit.com/en/node/221950/38>.
75. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(2):107-14.

76. Stewart RC. Maternal depression and infant growth—a review of recent evidence. *Maternal & Child Nutrition*. 2007;3(2):94-107.
77. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O, Özdemir L. Bir psikiyatrik polikliniğe başvuran evli kadınlarda aile içi şiddet, evlilik sorunları, başvuru yakınması ve psikiyatrik tanı. *Yeni Symposium*; 2002.
78. Özyurt BC, Deveci A. Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010;21(1):1-7.
79. Tüzel GB, Gelegen DG. Evim, Güzel Evim: Bir Sığınmaevinde Feminist Yapı Çözümü. *Fe Dergisi*.2010;2(1):43-57.
80. Ermiş E. Kadın sığınma evlerinde kalan ve kalmayan kadınlarda benlik saygısı, depresyon düzeyi ve psikosomatik belirtiler: Bursa ili örneği [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
81. Beck AT. Cognitive therapy of depression: New perspectives. Clayton PJ, Barretts JE, editors. *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press;1983.
82. Bieling PJ, Beck AT, Brown GK. The sociotropy–autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*. 2000;24(6):763-80.
83. Rude SS, Burnham BL. Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*. 1995;19(3):323-40.
84. Deci EL, Ryan RM. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*. 1985;19(2):109-34.
85. Beck AT, Epstein N, Harrison R, Emery G. Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. University of Pennsylvania, Philadelphia;1983.
86. Allen NB, de L H, David J, Trinder J. Sociotropy, autonomy, and dysphoric emotional responses to specific classes of stress: a psychophysiological evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1996;105(1):25.
87. Narduzzi KJ, Jackson T. Sociotropy-dependency and autonomy as predictors of eating disturbance among Canadian female college students. *The Journal of Genetic Psychology*. 2002;163(4):389-401.
88. Mahapatro SR. Utilization of maternal and child health care services in India: Does women s autonomy matter?. *The Journal of Family Welfare*. 2012;58:22-33.
89. Sathar ZA, Kazi S. Women's autonomy in the context of rural Pakistan. *The Pakistan Development Review*. 2000;39(2):89-110.

90. Zencirci AD, Yalçın AS. Evaluation of temperament, character, and sociotropic and autonomic personality traits of nurse students. *European Journal of Research on Education*. 2013;1(2):46-56.
91. Durrant VL, Sathar ZA. *Greater Investments in Children through Women's Empowerment: A Key to Demographic Change in Pakistan?*. New York: Population Council; 2000.
92. Roushdy R. Intra-household Resource Allocation in Egypt: Does Women's Empowerment Lead to Greater Investments in Children?. Mahmoud M, editor. *Economic Research Forum*;2004; Cairo, Egypt. Egypt;2005.305-326.
93. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Social Science & Medicine*. 2011;72(9):1534-54.
94. Jejeebhoy SJ, Cook RJ. State accountability for wife-beating: the Indian challenge. *The Lancet*. 1997;349:10-S2.
95. Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB, Mozumder AKA. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual-and community-level effects. *Demography*. 2003;40(2):269-88.
96. Friedman MA, Whisman MA. Sociotropy, autonomy, and bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*. 1998;23(4):439-42.
97. Gilbert N, Meyer C. Fear of negative evaluation and eating attitudes: A replication and extension study. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37(4):360-3.
98. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(4):518-25.
99. Hayaki J, Friedman MA, Whisman MA, Delinsky SS, Brownell KD. Sociotropy and bulimic symptoms in clinical and nonclinical samples. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;34(1):172-6.
100. Pedlow CT, Niemeier HM. Sociotropic cognition and eating disordered attitudes and behavior in young adults. *Eating Behaviors*. 2013;14(2):95-101.
101. Çakır Z. Kadın Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Mükemmeliyetçilik, Sosyotropi-Otonomi, Üstbilişler, Duygulara İlişkin İnançlar, Duygusal Zorlanmaya Toleranssızlıkve Kaçınma İle İlişkisi: Yatkınlaştırıcı ve Sürdürücü Faktörlere Dayalı Bir Model Önerisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi;2013.
102. Narduzzi KJ, Jackson T. Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56(6):699-710.

103. Brockmeyer T, Holtforth MG, Bents H, Kämmerer A, Herzog W, Friederich HC. Interpersonal motives in anorexia nervosa: the fear of losing one's autonomy. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;69(3):278-89.
104. Carlson GJ, Kordas K, Murray-Kolb LE. Associations between women's autonomy and child nutritional status: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*. 2015;11(4):452-82.
105. Dancer D, Rammohan A. Maternal autonomy and child nutrition: evidence from rural Nepal. *Indian Growth and Development*. 2009;2(1):18-38.
106. Doan RM, Bisharat L. Female autonomy and child nutritional status: the extended-family residential unit in Amman, Jordan. *Social Science & Medicine*. 1990;31(7):783-9.
107. Radebe B, Brady P, Siziya S, Todd H. Maternal risk factors for childhood malnutrition in the Mazowe District of Zimbabwe. *The Central African Journal of Medicine*. 1996;42(8):240-4.
108. Merchant SS, Udipi SA. close sub-section: Positive and negative deviance in growth of urban slum children in Bombay. *Food and Nutrition Bulletin*. 1997;18(4).
109. Brunson EK, Shell-Duncan B, Steele M. Women's autonomy and its relationship to children's nutrition among the Rendille of northern Kenya. *American Journal of Human Biology*. 2009;21(1):55-64.
110. Chakraborty P, Anderson AK. Maternal autonomy and low birth weight in India. *Journal of Women's Health*. 2011;20(9):1373-82.
111. Köksal G, Özel H. *Bebek beslenmesi*. 2. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın; 2008.
112. WHO. 10 Facts on Breastfeeding [Internet ]. 2017. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en>.
113. Lessen R, Kavanagh K. Position of the academy of nutrition and dietetics: promoting and supporting breastfeeding. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2015;115(3):444-9.
114. Pektaş MK, Mutlu FM. Gebe Kadınların Emzirme ve Anne Sütü Konusundaki Bilgilerinin, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal*. 2016;27(3).
115. Walker WA. Initial intestinal colonization in the human infant and immune homeostasis. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2013;63(2):8-15.
116. Elkin N, Ören MM, Demirel A, Önal AE. Bir aile sağlığı merkezine başvuran gebelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2015;2(24):41-8.
117. Köksal G, Gökmen H. *Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2000.

118. Duyff RL. Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi. Yücecan S, Pekcan G, Besler T, Nursal B, editörler. İstanbul: Acar Matbaacılık; 2003.
119. Devecioğlu E, Gökçay G. Tamamlayıcı Beslenme. Çocuk Dergisi. 2012;12(4):159-63.
120. Tanrıkuşlu PÇ, Ersoy N, Ersoy G. 6-24 Ay arası bebeği olan annelerin emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin, emzirme sürelerinin ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi. Journal of Nutrition and Dietetics. 2012;40(2):120-7.
121. Yiğit E, Tezcan S, Tunçkanat H. Çocukların ve annelerin beslenme durumu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması; 2008.
122. Ünal PC, Akgün T, Çiftçili S, Boler İ, Akman M. Bebek dostu bir ana çocuk sağlığı merkezinden hizmet alan anneler neden bebeklerine erken ek gıda vermeye başlıyor? Türk Pediatri Arşivi. 2008;43(2):59-64.
123. Hausner H, Nicklaus S, Issanchou S, Mølgaard C, Møller P. Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. Clinical Nutrition. 2010;29(1):141-8.
124. WHO. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. World Health Organization. Geneva; 2003.
125. Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. Journal of Midwifery & Women's Health. 2007;52(2):15-20.
126. Zureick-Brown S, Lavilla K, Yount KM. Intimate partner violence and infant feeding practices in India: a cross-sectional study. Maternal & Child Nutrition. 2015;11(4):792-802.
127. Albokhary AA, James JP. Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? Saudi Medical Journal. 2014;35(11):1400.
128. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2009;29(1):206-14.
129. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology. 2013;9:379-407.
130. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. General Hospital Psychiatry. 2006;28(1):3-8.
131. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. Patient preference for counselling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women. Journal of Affective Disorders. 2004;83(1):43-8.

132. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009;79(3):194-8.
133. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. 2015;171:142-54.
134. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2013;4(1):9-15.
135. Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler. *New Symposium Journal*. 2012;50(3):145-156.
136. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*. 2000;2(2):64-71.
137. Başer DA. Postpartum Depresyon ile Emzirme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 18(3):276-85.
138. De Silva D, Geromi M, Halken S, Host A, Panesar S, Muraro A, et al. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy*. 2014;69(5):581-9.
139. Fewtrell M, Wilson DC, Booth I, Lucas A. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *British Medical Journal*. 2011;342.
140. Koletzko B, Demmelmair H, Grote V, Prell C, Weber M. High protein intake in young children and increased weight gain and obesity risk. *The American journal of Clinical Nutrition*. 2016;103:303-4.
141. Prell C, Koletzko B. Breastfeeding and complementary feeding: recommendations on infant nutrition. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2016;113(25):435.
142. Koletzko B, Boey CC, Campoy C, Carlson SE, Chang N, Guillermo-Tuazon MA, et al. Current information and Asian perspectives on long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation, and infancy: systematic review and practice recommendations from an early nutrition academy workshop. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2014;65(1):49-80.
143. Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, et al. Iron requirements of infants and toddlers. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2014;58(1):119-29.
144. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2008;46(1):99-110.



145. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, Kaila M, Haapala A-M, Kronberg-Kippilä C, et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics*. 2010;125(1):50-9.
146. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(9):803-13.
147. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clinical Nutrition*. 2008;27(6):849-57.
148. Gill Rapley MSc RM R. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practitioner*. 2011;84(6):20.
149. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *British Medical Journal*. 2012;2(1).
150. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *Biomedcentral Pediatrics*. 2009;9(1):60.
151. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal & Child Nutrition*. 2009;5(1):75-85.
152. Kobak C, Pek H. Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2015;30(2):42-55.
153. Küçükkömürler S. Okul Öncesi Döneminde Çocuğun Beslenmesi. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M, editörler. *Anne ve çocuk beslenmesi*. 8. Baskı. Ankara: Belgeç Yayınevi; 2017.
154. Kutluay-Merdol T. Beslenme Eğitimi Rehberi. Okul Öncesi Dönem Eğitimi Veren Kişi ve Kurumlar İçin. İstanbul: Özgür Yayınları; 1999.
155. Terzi A. Bir-üç yaş grubu sağlıklı çocuklarda beslenme alışkanlıkları ve günlük posa alım düzeyleri [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
156. Sümbül Eİ. 4-6 yaş arasındaki öğrencilerin okul dönemindeki yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlıklarının saptanması [Yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.
157. UNICEF. Malnutrition in south Asia: a regional profile. UNICEF Regional Office for South Asia; 1997.

158. Luthra M, Kishore S, Jain K. Epidemiology of under-nutrition in children between 0-5 years from rural areas of Dehradun. *Indian Journal of Community Health*. 2010;22(1):18-21.
159. Cockburn F. Role of infant dietary long-chain polyunsaturated fatty acids, liposoluble vitamins, cholesterol and lecithin on psychomotor development. *Acta Paediatrica*. 2003;92:19-33.
160. Black MM. Micronutrient deficiencies and cognitive functioning. *The Journal of Nutrition*. 2003;133(11):3927-31.
161. Singh M. Role of micronutrients for physical growth and mental development. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2004;71(1):59-62.
162. Phengxay M, Ali M, Yagyu F, Soulivanh P, Kuroiwa C, Ushijima H. Risk factors for protein-energy malnutrition in children under 5 years: study from Luangprabang province, Laos. *Pediatrics International*. 2007;49(2):260-5.
163. Şahin N, Ulusoy M, Şahin N. Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*. 1993;49(6):751-63.
164. Malak B, ÜSTÜN B. Hemşirelerin sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(2):1-16.
165. Smith HL, Ghuman SJ, Lee HJ, Mason KO. Status of Women and Fertility. Machine-readable data file;2000.
166. Johnson SL, Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*. 1994;94(5):653-61.
167. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1985;3(4):425-45.
168. Camcı N, Bas M, Buyukkaragoz AH. The psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Turkey. *Appetite*. 2014;78:49-54.
169. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36(3):201-10.
170. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*. 5. baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2008.
171. Gönç EN, Özön ZA, Alikışıfoğlu A, Kandemir N. Çocuklarda büyümenin değerlendirilmesi ve boy kısalığında tanısallık yaklaşım. *Cocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2015;58(2).
172. Baysal T. Denizli il merkezinde 6-36 aylık çocuk beslenme uygulamaları ve çocukların büyümesine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2015.

173. Özkaya İ, Bavunoglu I, Tunçkale A. Body mass index and waist circumference affect lipid parameters negatively in Turkish women. *American Journal of Public Health Research*. 2014;2(6):226-31.
174. Yılmaz MT, Akın D, Aydın AD, Büyükmumcu M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Antropometrik Olarak Vücut Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2013;29(1):1-4.
175. Nie NH, Bent DH, Hull CH. SPSS: Statistical package for the social sciences. New York: McGraw-Hill; 1970.
176. Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Baskı 2. Ankara: Omega araştırma; 2011.
177. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet;nedenleri ve sonuçları. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. 2003:231-49.
178. Erbek E, Eradamlar N, Beştepe E, Akar H, Alpkan L. Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*. 2004;17(4):196-204.
179. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de kadına yönelik şiddet. İstanbul; 2007.
180. Eisikovits Z, Winstok Z, Fishman G. The first Israeli national survey on domestic violence. *Violence Against Women*. 2004;10(7):729-48.
181. Mason KO. "How Family Position Influences Married Women's Autonomy and Power in Five Asian Countries." Honolulu, Hawaii: East-West Center; 1997.
182. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2014.
183. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 1999.
184. Valladares E, Peña R, Persson LÅ, Högberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2005;112(9):1243-8.
185. Nunes MA, Ferri CP, Manzolli P, Soares RM, Drehmer M, Buss C, et al. Nutrition, mental health and violence: from pregnancy to postpartum Cohort of women attending primary care units in Southern Brazil-ECCAGE study. *Biomedcentral Psychiatry*. 2010;10(1):66.
186. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*. 2004;80(1):65-73.
187. Moraes CL, Amorim A, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2006;95(3):254-60.

- 188.** Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30(2):639-49.
- 189.** Ulupınar Y. Obez Hastaların Bağımlı-Özerk Kişilik Özelliklerinin ve Problem Çözme Yeteneklerinin Değerlendirilmesi: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2004.
- 190.** Bechard L, Hendricks K. Nutritional assessment. *Anthropometrics and growth. Manual of Pediatric Nutrition 4th ed* Hamilton: BC Decker Inc. 2005:10-55.
- 191.** Fryar CD, Hirsch R, McDowell MA, Ogden CL. Anthropometric reference data for children and adults; US population, 1999-2002. *Advance Data*. 2005;361.
- 192.** Sethuraman K, Lansdown R, Sullivan K. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. *Food and Nutrition Bulletin*. 2006;27(2):128-143.
- 193.** Ziaei S, Naved RT, Ekström EC. Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Maternal & Child Nutrition*. 2014;10(3):347-59.
- 194.** Abate KH, Belachew T. Women's autonomy and men's involvement in child care and feeding as predictors of infant and young child anthropometric indices in coffee farming households of Jimma Zone, South West of Ethiopia. *PloS one*. 2017;12(3).
- 195.** Malapit HJL, Kadiyala S, Quisumbing AR, Cunningham K, Tyagi P. Women's empowerment mitigates the negative effects of low production diversity on maternal and child nutrition in Nepal. *The Journal of Development Studies*. 2015;51(8):1097-123.
- 196.** Miles JH, Hadden L, Takahashi T, Hillman R. Head circumference is an independent clinical finding associated with autism. *American Journal of Medical Genetics*. 2000;95(4):339-50.
- 197.** Demir S, Oskay ÜY. Aile İçi Şiddetin Üreme Sağlığına Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;5(1):35-8.
- 198.** Bozkurt ÖD, Daşkan Z. Gebelikte Eş Şiddeti: Risk Faktörleri, Sağlık Sonuçları ve Tarama Araçları. *Turkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*. 2016;2(2):15-22.
- 199.** Kulsoom U, Saeed A. Breast feeding practices and beliefs about weaning among mothers of infants aged 0-12 months. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 1997;47(2):54-60.
- 200.** Ghaed Mohamamdi Z, Zafarmand MH, Heydary G, Anaraki A, Dehghan A. Determination of effective factors in breast feeding continuity for infants less

than 1 year old in urban area of Bushehr Province. *Iran South Medical of Journal*. 2004;7(1):79-87.

201. Marandi A, Afzali H, Hossaini A. The reasons for early weaning among mothers in Teheran. *Bulletin of the World Health Organization*. 1993;71(5):561.
202. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding review: professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*. 1999;7(1):5-16.
203. Beroviç N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study. *Croatian Medical Journal*. 2003;44(5):596-600.
204. Erdem S, Özel HG, Çınar Z, Işıkhhan SY. Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip Çocuklarda Ailenin Beslenme Tutum ve Davranışlarının Çocuğun Beslenme Durumuna Etkisi. *Journal of Nutrition and Dietetics*. 2017;45(1):3-11.
205. Seburg EM, Kunin-Batson A, Senso MM, Crain AL, Langer SL, Sherwood NE. Concern about child weight among parents of children at-risk for obesity. *Health Behavior and Policy Review*. 2014;1(3):197-208.
206. Musher-Eizenman DR, de Lauzon-Guillain B, Holub SC, Leporc E, Charles MA. Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*. 2009;52(1):89-95.
207. Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. *The American journal of Clinical Nutrition*. 2002;75(3):581-6.
208. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*. 2004;12(11):1711-22.
209. Nowicka P, Sorjonen K, Pietrobelli A, Flodmark C-E, Faith MS. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. *Appetite*. 2014;81:232-41.
210. Yücecan S, Pekcan G, Akal E, Eroğlu G, Açık S, Rakıcıoğlu N, et al. Ankara, İstanbul, Muğla, Yozgat, Sivas ve Tokat İllerinde 0-2 Yaş Grubu Çocuk Sahibi Annelerin Beslenme Bilgi Düzeyi ve Uygulamalarının Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 1993;22(1):27-42.
211. Smith H, Ghuman S, Lee H, Mason K. Survey on the status of women and fertility: Questionnaires; 2000.
212. Nigatu D, Gebremariam A, Abera M, Setegn T, Deribe K. Factors associated with women's autonomy regarding maternal and child health care utilization

in Bale Zone: a community based cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2014;14(1):79.

- 213.** Mumtaz Z, Salway S. Understanding gendered influences on women's reproductive health in Pakistan: moving beyond the autonomy paradigm. *Social Science & Medicine*. 2009;68(7):1349-56.

## 8. EKLER

### EK 1: Aydınlatılmış Onam Formu

#### ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

##### **(Diyetisyenin Açıklaması)**

Anne otonom seviyesi ve çocuk beslenmesi ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “*Anne Otonom Seviyesinin 0-5 Yaş Grubu Bebek ve Çocuklarda Beslenme ve Antropometrik Ölçümlere Etkisinin İncelenmesi*”dir..

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararımızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, *anne otonom seviyesinin çocuk beslenmesi üzerindeki etkisini tespit etmek ve beslenme düzenine bağlı olarak çocuğun antropometrik ölçümlerini değerlendirmektir*. Burada size yabancı gelebilecek iki kelimeyi tam olarak açıklamak istiyoruz. Otonom: *Bir kişi ya da durumdan bağımsız karar verme, kendi kendini yönetebilme, tek başına karar alabilme durumudur*. Antropometri; *İnsan vücudunun boyutları ile ilgilenen özel bir bilim dalıdır*. Biz bu araştırmada antropometrik ölçüm olarak; boy, kilo ve baş çevresi değerlerini inceleyeceğiz. Sizin boy ve kilonuza bakarak beden kütle indeksinizi hesaplayacağız. Çocuğunuzun ise boy, kilo ve baş çevresini ölçerek yaşlılarına göre büyümesini değerlendireceğiz.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetisyen Özlem ÖZLER’in yüksek lisans tez çalışması olan bu çalışmaya katılımınız araştırmamızın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Diyetisyen Özlem ÖZLER tarafından anketiniz uygulanacak ve gerekli antropometrik ölçümler alınıp kaydedilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size yönelik herhangi bir sıkıntı olmayacaktır.

##### **(Katılımcının Beyanı)**

Sayın Dyt. Özlem ÖZLER tarafından Ankara da bulunan kadın konukevlerinde ankete dayalı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedecek durumun burda kalma durumuma ve diyetisyen ile olan ilişkime herhangi bir getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başım düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ‘‘katılımcı’’ olarak yeri ağılladık kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.



## EK 2: Etik Kurul Onayı



T.C.  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1120

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 26 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA  
**Toplantı No** : 2017/18  
**Proje No** : GO 17/581 (Değerlendirme Tarihi: 04.07.2017)  
**Karar No** : GO 17/581- 10

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Mehmet FİSUNOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu ve Özlem ÖZLER'in yüksek lisans tezi olan, GO 17/581 kayıt numaralı, "Anne Otonom Seviyesinin 0-5 Yaş Grubu Bebek ve Çocuklarda Beslenme ve Atropometrik Ölçümlere Etkisinin İncelenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan)     | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)      |
| İZİNLİ                                  |  |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye)   | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)          |
| İZİNLİ                                  | İZİNLİ                                     |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye)     | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)            |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye)        | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)        |
| İZİNLİ                                  |  |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)           |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)      | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)      | İZİNLİ                                     |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)    | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)         |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)  | İZİNLİ                                     |
|   | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye)    |
|   | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye)                |

**EK 3: Araştırmada Kullanılan Anket Formu**

**ŞİDDET MAĞDURU OLAN/OLMAYAN KADINLARIN OTONOMLARININ  
0-5 YAŞ ÇOCUKLARININ BESLENMESİ VE ANTROPOMETRİK  
ÖLÇÜMLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**ANKET NO:**

|                        |             |            |             |
|------------------------|-------------|------------|-------------|
| <b>Görüşme Tarihi:</b> | <b>Gün:</b> | <b>Ay:</b> | <b>Yıl:</b> |
|------------------------|-------------|------------|-------------|

**BÖLÜM 1: GÖRÜŐÜLEN KİŞİ İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BİLGİLER**

|                                |   |  |                                   |
|--------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| <b>DOĞUM TARİHİNİZ</b>         | <b>Gün:</b>                                 | <b>Ay:</b>   | <b>Yıl:</b>                       |
| <b>BİTİRİLMİŐ YAŞINIZ</b>      | <b>Yıl:</b>                                 |  |                                   |
| <b>MEDENİ DURUMUNUZ</b>        | <input type="checkbox"/> Bekâr              | <input type="checkbox"/> Evli                                  | <input type="checkbox"/> Boşanmış |
| <b>EVLİLİK SÜRESİNİZ (YIL)</b> | <input type="checkbox"/> 5↓                 | <input type="checkbox"/> 6-10                                  | <input type="checkbox"/> 11-15    |
|                                | <input type="checkbox"/> 16↑                |  |                                   |
| <b>EŐİNİZİN YAŞI</b>           | <input type="checkbox"/> 20↓                | <input type="checkbox"/> 20-29                                 | <input type="checkbox"/> 30-39    |
|                                | <input type="checkbox"/> 40-49              | <input type="checkbox"/> 50-59                                 | <input type="checkbox"/> 60↑      |
| <b>BOYUNUZ (cm)</b>            |   |  |                                   |
| <b>KİLONUZ (kg)</b>            |   |  |                                   |
| <b>ÖĞRENİM DURUMUNUZ</b>       | <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil   | <input type="checkbox"/> Okur-yazar                            |                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> İlkokul mezunu     | <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu                       |                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> Lise mezunu        | <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu                     |                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> Lisansüstü ve üstü |  |                                   |
| <b>ÇALIŞMA DURUMUNUZ</b>       | <input type="checkbox"/> Çalışmıyor         | <input type="checkbox"/> Çalışıyor<br>Lütfen belirtiniz: _____ |                                   |
| <b>EŐİNİZİN EĞTİM DURUMU</b>   | <input type="checkbox"/> Okur-yazar değil   | <input type="checkbox"/> Okur-yazar                            |                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> İlkokul mezunu     | <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu                       |                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> Lise mezunu        | <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu                     |                                   |
|                                | <input type="checkbox"/> Lisansüstü ve üstü |  |                                   |

|                                      |  |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| <b>GEBE KALMA SAYISINIZ</b>          | <i>Lütfen belirtiniz:</i>  |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>GEBE KALMA YAŞINIZ</b>            | <i>Lütfen belirtiniz:</i>  |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>YAŞAYAN ÇOCUK SAYISINIZ</b>       | <i>Lütfen belirtiniz:</i>  |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>ÇOCUKLARINIZIN ÖZELLİKLERİ</b>    |  | Anne gebelikt e toplam kaç kilo aldı | Çocuğun doğum ağırlığı (kg) | Şuan ki Baş Çevresi (cm)                             | Şuan ki yaşı (ay ya da yıl) | Şuan ki Boyu (cm) | Şuan ki Kilosu (kg) | Cinsiyeti |
|                                      | 1.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 2.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 3.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 4.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>ÇOCUKLARIN BESLENME SÜREÇLERİ</b> |  | Emzirilme süresi (ay)                | Ek besine geçiş ayı         | Ek besin olarak verilen ilk yiyecek                  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 1.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 2.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 3.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | 4.   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>ÇOCUK BAKIMI</b>                  |  |                                      | <b>0-6 AY</b>               | <b>6-12 AY</b>                                       |                             |                   |                     |           |
|                                      | KENDİM   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | EŞİM/BENİM AİLEMİN DESTEĞİYLE                                    |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | KREŞ   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
|                                      | BAKICI   |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>AİLE YAPISI</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>HER ZAMAN ÇEKİRDEK AİLE</b>          |                                      |                             | <input type="checkbox"/> <b>HER ZAMAN GENİŞ AİLE</b> |                             |                   |                     |           |
|                                      | <input type="checkbox"/> <b>KIŞIN ÇEKİRDEK, YAZIN GENİŞ AİLE</b> |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>YERLEŞİM YERİ</b>                 | <input type="checkbox"/> <b>KENT (İL/İLÇE MERKEZİ)</b>           |                                      |                             | <input type="checkbox"/> <b>KIRSAL (KÖY/KASABA)</b>  |                             |                   |                     |           |
|                                      |  |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |
| <b>AYLIK ORTALAMA GELİRİNİZ</b>      | Aylık ortalama _____ TL  |                                      |                             |  |                             |                   |                     |           |

## BÖLÜM 2 : SOSYOTROPİ-OTONOMİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, insanların insanlarla olan etkileşim biçimini/tarzını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yanındaki uygun yeri işaretleyin. Bu davranışların 'doğru' ya da 'yanlış' diye bir değerlendirilmesi yoktur. Sözü edilen davranışlar tipik insan davranışlarıdır. Size uygun olan seçeneklere (x) işareti koymanız yeterlidir.

|   | Hiç tanımlamıyor         | Biraz tanımlıyor         | İyi tanımlıyor           | Oldukça iyi tanımlıyor   | Çok iyi tanımlıyor       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissederim                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Özgür ve bağımsız olmak benim için önemlidir   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem, başkalarının bilesinden daha önemlidir.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Yaşadığım güzel olayları başka insanlarla paylaştığımda o olaylar bana daha güzel gelir.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Diğer insanların duygularını incitmekten korkarım.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yönetmeye kalkarsa rahatsız olurum.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. İnsanlara 'hayır' demek bana zor gelir.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissederim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü bir birey olmayı daha değerli görürüm.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse, beni sevmeyecekler diye endişelenirim.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | Hiç tanımlamıyor         | Biraz tanımlıyor         | İyi tanımlıyor           | Oldukça iyi tanımlıyor   | Çok iyi tanımlıyor       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Bir konu da kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoşuna gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemekten çekinmem.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız olurum. Bunun yerine, bir şeyler yapmayı isterim.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaşması, diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha önemlidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Diğer insanların beni sevmeleri, önemli başarılar elde etmemden daha önemlidir.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bir lokantada kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Hayatımdaki bir insanın bana gerçekten ilgi duyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bir şey yapmaya karar verirken başka kişilerin düşüncelerinden etkilenmem.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak benim için çok önemlidir.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. İşimde başarılı olmak, benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Diğer insanların yanındayken, benden ne beklediklerinden emin olmazsam rahatsız olurum.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | Hiç tanımlamıyor         | Biraz tanımlıyor         | İyi tanımlıyor           | Oldukça iyi tanımlıyor   | Çok iyi tanımlıyor       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Diğer insanlara yardım etmeyi, onların bana yardım etmelerinden daha rahat kabul ederim.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek , benim için eğlenceli olmaz.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Eğer bir arkadaşım beni uzun süre aramazsa, beni unuttuğunu düşünerek endişelenirim.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Diğer insanlarla yakın ilişkilerde olmaksızın, sürekli çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız olurum.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Bir amaç benim için önemliyse, diğer insanları rahatsız etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Sevdiğim insanlardan ayrı olmak benim için zordur.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Bir amaca ulaştığım zaman gelecek övgülerden çok, o amaca ulaşmaktan ötürü memnunluk duyarım.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Diğer insanların hoşlanmayacaklarını düşünerek söyleyeceğim şeyleri dikkatlice seçerim.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Geceleri evde tek başıma kaldığımda, kendimi yalnız hissederim.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü fark ederim.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim, böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Çevremde başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan, bütün bir gün rahatça tek başıma kalabilirim.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | Hiç tanımlamıyor         | Biraz tanımlıyor         | İyi tanımlıyor           | Oldukça iyi tanımlıyor   | Çok iyi tanımlıyor       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38. Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde, diğer insanların da beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Bir işi bitirmek, insanların o konu da nasıl tepki göstereceklerini düşünüp endişelenmekten daha önemlidir.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten hoşlanırım.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için, özel soruları yanıtlamayı sevmem.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Bir sorunum olduğunda, başkalarının beni etkilemelerine izin vermektense, sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. İnsanlar kişiler arası ilişkilerde genellikle, birbirlerinden çok şey beklemektedirler.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini yada sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi ve standartlarımı kendim belirlemeyi tercih ederim.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Diğerleri tarafından beğenilip/sevilmek ve onaylanmak benim için önemlidir   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Bir işi bitirmek, bana göre o iş için verilecek ödülünden daha zevklidir.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissederim.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | Hiç tanımlamıyor         | Biraz tanımlıyor         | İyi tanımlıyor           | Oldukça iyi tanımlıyor   | Çok iyi tanımlıyor       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50. Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Yalnız başıma uzaklara gidip, yeni yerler keşfetmeyi, araştırmayı severim.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsem de özür dilemek istemem.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Başıma tatsız bir olay gelirse, başvuracağım bir yakınım olduğundan emin olmak isterim.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Uzun bir toplantı da sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam, kendimi hapsedilmiş gibi hissedirim.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. İnsanların benim özel hayatımla ilgili soru sormalarından ya da fikir vermelerinden hoşlanmam.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Bence bir hapisane de bulunmanın en zor yanı, özgürce dolaşamamaktır.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek çok endişelenirim.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Diğer insanlar beni reddedecek olsa bile haklarımı savunmaya devam ederim.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### BÖLÜM 3: EVDE ALINAN KARARLAR

Aşağıda belirtilmiş olan konularda, sizin karar verme durumlarınız belirlenmeye çalışılmıştır. Her bir soru için karar vermeye katılım durumlarınızı işaretlemeniz istenmektedir. Alınan kararlarda sizin de etkiniz var ise *hep birlikte*, sizin etkiniz yok diğer bireyler karar verme de etkili ise *ailedeki diğer bireyler* seçeneğini işaretleyiniz.

| GENEL KARARLAR   |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Ailedeki diğer bireyler  | Hep birlikte             |
| 1. Öğünler için satın alınacak yiyeceklerin belirlenmesinde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.Masa gibi küçük ev aletlerinin alınmasında                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.Akraba düğünlerinde alınacak hediyelerde                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.Ev dışında bir işte çalışma kararı alınacağında            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.Eve misafir çağırma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.Kendi ailenin yanına gitme ya da kalma kararı alınacağında | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.Kendin için sağlık bakımı sağlamada                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.Televizyon gibi büyük ev aletlerinin alınmasında           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.Hayvan almada ya da satmada                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.Altın-gümüş gibi mücevherlerin alım-satımında             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.Kazancını nasıl harcayacağında                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12Çocukların sağlık bakımında harcanacak para                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ÇOCUK BAKIM KARARLARI  |                          |                          |
|  | Ailedeki diğer bireyler  | Hep birlikte             |
| 1. Yeni doğan bebeği kolostrumla (ilk anne sütü) beslememe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Yeni doğanın anne sütüyle 6 ay boyunca beslenmesi         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Yeni doğanın aşılması                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Çocuk hastalandığında yapılacaklar                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>FİNANSAL KARARLAR</b>  |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <b>HAYIR</b>             |                          | <b>EVET</b>              |
| 1.Eğer kendine bir elbise almak istersen, eşinin baskısı olmadan özgürce alabilir misin?                | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| 2.Kendine bir çift küpe ya da halka gibi küçük bir mücevher almak istesen bunu özgürce yapabilir misin? | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| 3.Anne – baban ya da diğer aile üyelerine bir hediye almak istesen özgürce yapabilir misin?             | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>HİÇ BİR ZAMAN</b>     | <b>BAZEN</b>             | <b>HER ZAMAN</b>         |
| 4.İstediklerini alman için bir miktar parayı biriktirmene müsaade edilir mi?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.Para kazandığında, sahip olduğun paranın hepsini eşine mi verirsin?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.Sen ve eşin parayı ne için harcayacağınıza karar vermek için yalnız kalıp konuşur musunuz?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.Hane halkı gelirinin nasıl harcanacağı konusunda fikrinizi söyleyebilir misin?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.Ev için para harcanacağında sana para verilir mi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OTONOMDA DEĞİŞKENLİK</b>   |                          |                          |                          |
| Aşağıdaki yerlere giderken eşinden ya da aile büyüklerinden birinden izin almalı                        | <b>HİÇ BİR ZAMAN</b>     | <b>BAZEN</b>             | <b>HER ZAMAN</b>         |
| 1. Evin dışında herhangi bir yere   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Yaşadığın bölge de bulunan markete   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Yaşadığın bölge de bulunan sağlık merkezine  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Yaşadığın bölge dışındaki alanlara   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Yaşadığın bölge de bulunan toplum merkezlerine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Yaşadığın bölge de bulunan akraba ya da arkadaşlarına  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Başka bir belediye   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>DEĞİŞKENLİK</b>  |                               |                                |                          |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <b>Aşağıdakilerden herhangi birine kendin gidebilir misin?</b>  | <b>HİÇ BİR ZAMAN</b>          | <b>BAZEN</b>                   | <b>HER ZAMAN</b>         |
| 1. Market   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sağlık merkezi   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 3. Piknik yeri  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Toplum merkezi   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 5. Akraba ya da arkadaşların  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cami   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 7. Başka bir belediye   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fuar   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| <b>AİLE İÇİ ŞİDDETİN KABUL EDİLEBİLİRLİĞİ</b>   |                               |                                |                          |
| <b>Bazen bir kadın kocasını rahatsız edecek şeyler yapabilir. Lütfen bana söyler misin aşağıdaki durumlardan hangisinde bir kocanın karısını dövmesi savunulabilir?</b> | <b>HİÇ BİR ZAMAN</b>          | <b>BAZEN</b>                   | <b>HER ZAMAN</b>         |
| 1. Eğer hareketlerini güvenilmez bulursa  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Eğer kadının annesi beklenen para, mücevher ya da başka bir şeyi vermezse  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 3. Eğer kurallara saygısızlık yaparsa   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Eğer ailesi ve çocuklarını ihmal ederse  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| 5. Eğer düzenli olarak yemek pişirmezse   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| <b>AİLE İÇİ ŞİDDET GÖRME DURUMU</b>   |                               |                                |                          |
| <b>Aile içi şiddete maruz kaldınız mı ?</b>   | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |                          |
| <b>Cevabınız evet ise bu durumun süresini lütfen belirtiniz</b>   | _____Yıl _____Ay              |                                |                          |

#### BÖLÜM 4: ÇOCUĞUN YEME DAVRANIŞINI BELİRLEME

Bu bölüm sizin çocuğunuzu beslemedeki Davranış ve tutumlarınızı test etmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu bir sınav değildir ve soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Lütfen her soruyu dikkatlice okuduktan sonra, sizin için uygun olan cevabı daire içine alınız. Örnek:

|    |  |   |
|----|--|---|
|    | Çocuğumun çok fazla şekerleme (şeker, dondurma vb.) yemediğinden emin olmak zorundayım.                      | 1= Katılmıyorum<br>2= Biraz katılmıyorum<br>3= Kararsızım<br>4= Biraz katılıyorum<br>5= Katılıyorum |
| 1. | Çocuğunuz evde olduğunda onu beslemek için ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?                      | 1=Hiç<br>2=Nadiren<br>3=Genellikle<br>4=Çoğunlukla<br>5=Her zaman                                   |
| 2. | Çocuğunuzun yediklerinin porsiyon büyüklüğüne karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz?    | 1=Hiç<br>2=Nadiren<br>3=Genellikle<br>4=Çoğunlukla<br>5=Her zaman                                   |
| 3. | Çocuğunuzun doğru besinler tüketip tüketmediğine karar verirken ne sıklıkla kendinizi sorumlu hissedersiniz? | 1=Hiç<br>2=Nadiren<br>3=Genellikle<br>4=Çoğunlukla<br>5=Her zaman                                   |
| 4. | Siz çocukluk çağınızda (5-10 Yaş)  | 1=Çok zayıftım<br>2=Zayıftım<br>3=Normaldim<br>4=Hafif şişmandım<br>5=Çok şişmandım                 |
| 5. | Siz ergenlik çağınızda   | 1=Çok zayıftım<br>2=Zayıftım<br>3=Normaldim<br>4=Hafif şişmandım<br>5=Çok şişmandım                 |
| 6. | Siz 20'li yaşlarınızda   | 1=Çok zayıftım<br>2=Zayıftım<br>3=Normaldim<br>4=Hafif şişmandım<br>5=Çok şişmandım                 |
| 7. | Siz şuan   | 1=Çok zayıftım<br>2=Zayıftım<br>3=Normaldim<br>4=Hafif şişmandım<br>5=Çok şişmandım                 |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 8.  | Çocuğunuzun 0-1 yaşındaki ağırlığı   | 1=Çok zayıftı<br>2=Zayıftı<br>3=Normaldi<br>4=Hafif şişmandı<br>5=Çok şişmandı                 |
| 9.  | Çocuğunuzun yürümeye başladığındaki ağırlığı   | 1=Çok zayıftı<br>2=Zayıftı<br>3=Normaldi<br>4=Hafif şişmandı<br>5=Çok şişmandı                 |
| 10. | Çocuğunuzun okul öncesi dönemdeki ağırlığı   | 1=Çok zayıftı<br>2=Zayıftı<br>3=Normaldi<br>4=Hafif şişmandı<br>5=Çok şişmandı                 |
| 11. | Çocuğunuz yanınızda olmadığında, onun çok fazla yemesi ile ne kadar ilgilisiniz?               | 1=İlgisizim<br>2=Biraz ilgisizim<br>3=İlgiliyim<br>4=Oldukça ilgiliiyim<br>5=Çok ilgiliiyim    |
| 12. | Çocuğunuzun ideal ağırlığını koruyabilmesi için, beslenme biçimiyle ne kadar ilgilisiniz?      | 1=İlgisizim<br>2=Biraz ilgisizim<br>3=İlgiliyim<br>4=Oldukça ilgiliiyim<br>5=Çok ilgiliiyim    |
| 13. | Çocuğunuzun şişmanlaması ile ne kadar ilgilisiniz?   | 1=İlgisizim<br>2=Biraz ilgisizim<br>3=İlgiliyim<br>4=Oldukça ilgiliiyim<br>5=Çok ilgiliiyim    |
| 14. | Çocuğumun çok fazla şekerleme (şeker, dondurma, pasta vb.) yemediğinden emin olmak zorundayım. | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 15. | Çocuğumun aşırı yağlı yiyecekler yemediğinden emin olmak zorundayım.                           | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 16. | Çocuğumun çok sevdiği yiyecekleri yemediğinden emin olmak zorundayım.                          | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 17. | Bazı yiyecekleri çocuğumun ulaşacağı yerlerden bilerek uzak tutarım.   | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 18. | İyi bir davranış karşılığında şekerlemeleri (şeker, dondurma, pasta vb.) çocuğuma ödül olarak sunarım.             | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 19. | İyi bir davranış karşılığında çocuğuma sevdiği yiyecekleri teklif ederim.  | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 20. | Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum çok fazla abur cubur yer.             | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 21. | Eğer çocuğumun beslenmesini düzenlemezsem veya ona yol göstermezsem, çocuğum en sevdiği yiyecekleri çok fazla yer. | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 22. | Çocuğum her zaman tabağındaki yiyeceklerin hepsini yemelidir.  | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 23. | Çocuğumun yeterince yediğinden emin olmak için özellikle dikkatli olmak zorundayım.                                | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 24. | Çocuğum aç olmadığını söylese de, yemek yemesi için ısrar ederim.  | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |
| 25. | Çocuğumun yiyeceklerini düzenlemezsem veya on ayol göstermezsem, çocuğum gerekenden daha az yer.                   | 1=Katılmıyorum<br>2=Biraz katılmıyorum<br>3=Kararsızım<br>4=Biraz katılıyorum<br>5=Katılıyorum |

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 26. | <b>Çocuğunuzun tükettiğı şekerli yiyecekleri (şeker, dondurma, pasta vb.) ne kadar takip edersiniz?</b> | <b>1=Hiç<br/>2=Nadiren<br/>3=Bazen<br/>4=Çoğunlukla<br/>5=Her zaman</b> |
| 27. | <b>Çocuğunuzun tükettiğı atıştırmaık yiyecekleri (cipsler, doritos vb.) ne kadar takip edersiniz?</b>   | <b>1=Hiç<br/>2=Nadiren<br/>3=Bazen<br/>4=Çoğunlukla<br/>5=Her zaman</b> |
| 28. | <b>Çocuğunuzun tükettiğı aşırı yağlı yiyecekleri ne kadar takip edersiniz?</b>                          | <b>1=Hiç<br/>2=Nadiren<br/>3=Bazen<br/>4=Çoğunlukla<br/>5=Her zaman</b> |

## EK 4: Turnitin Ekran Görüntüsü



### Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Ozlem Ozler  
Assignment title: OzlemOzler  
Submission title: OzlemOzlerYLTez\_Son  
File name: savunmasonutez (1).doc  
File size: 7.84M  
Page count: 76  
Word count: 20,146  
Character count: 132,244  
Submission date: 18-Sep-2019 01:09PM (UTC+0300)  
Submission ID: 1175035072

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANNE OTONOM SEVİYESİNİN 0-5 YAŞ GRUBU BEBEK VE  
ÇOCUKLARDA BESLENME VE ANTROPOMETRİK  
ÖLÇÜMLERE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Dst. Öden ÖZLER

Diyetistik Program  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA  
2019



## EK 5: Turnitin Raporu

OzlemOzlerYLTez\_Son

### ORIGINALITY REPORT

|                  |                  |              |                |
|------------------|------------------|--------------|----------------|
| <b>7</b> %       | <b>6</b> %       | <b>4</b> %   | <b>0</b> %     |
| SIMILARITY INDEX | INTERNET SOURCES | PUBLICATIONS | STUDENT PAPERS |

### PRIMARY SOURCES

|          |   |                |
|----------|---|----------------|
| <b>1</b> | <a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a><br>Internet Source | <b>1</b> %     |
| <b>2</b> | <a href="http://docs.neu.edu.tr">docs.neu.edu.tr</a><br>Internet Source   | <b>&lt;1</b> % |
| <b>3</b> | <a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a><br>Internet Source   | <b>&lt;1</b> % |
| <b>4</b> | <a href="http://www.phdernegi.org">www.phdernegi.org</a><br>Internet Source                                       | <b>&lt;1</b> % |
| <b>5</b> | <a href="http://www.dogumahazirlikegitimi2018.com">www.dogumahazirlikegitimi2018.com</a><br>Internet Source       | <b>&lt;1</b> % |
| <b>6</b> | <a href="http://katalog.hacettepe.edu.tr">katalog.hacettepe.edu.tr</a><br>Internet Source                         | <b>&lt;1</b> % |
| <b>7</b> | <a href="http://sbk2017.org">sbk2017.org</a><br>Internet Source   | <b>&lt;1</b> % |
| <b>8</b> | <a href="http://www.diamed98.com">www.diamed98.com</a><br>Internet Source   | <b>&lt;1</b> % |
| <b>9</b> | <a href="http://www.foodelphi.com">www.foodelphi.com</a><br>Internet Source                                       | <b>&lt;1</b> % |

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

- Ad-Soyad: Özlem ÖZLER
- Doğum Yeri ve Tarihi: ANKARA 07.10.1984
- Uyuşu: Türkiye Cumhuriyeti
- İletişim Adresi/Telefon: [dytozlemozler@hotmail.com](mailto:dytozlemozler@hotmail.com)  
+90 (541) 634 53 26

### II. Eğitim Bilgileri

- Yüksek Lisans (2010-halen): Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Diyetetik
- Ön lisans (2014-halen): Atatürk Üniversitesi/İş Sağlığı ve Güvenliği
- Lisans (2002-2007): Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Beslenme ve Diyetetik Bölümü
- Lise (1999-2002): Yeşilöz Süper Lisesi

### III. Mesleki Deneyimi

- Klinik/poliklinik diyetisyeni (Mart 2009- Ocak 2012): İbni Sina Hastanesi
  - Klinik/poliklinik/mutfak diyetisyeni (Ocak 2012-Mayıs 2013): Yozgat Alparslan Türkeş Huzurevi
  - Klinik/poliklinik/mutfak diyetisyeni (Mayıs 2013-Kasım 2014): Demetevler Fatma Üçer Huzurevi
  - Klinik/poliklinik/mutfak diyetisyeni (Kasım 2014-Haziran 2015): Kızılcahamam Huzurevi
  - Klinik/poliklinik/mutfak diyetisyeni (Haziran 2015-halen): Ankara Kadın Konukevleri
-