



TC
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ERKEN ÇOCUKLUKTAKİ BESLENME SORUNLARI İLE
OKUL DÖNEMİ ÇOCUKLARIN DAVRANIŞSAL, DUYGUSAL
VE BESLENME SORUNLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Cansu ECE ÖMÜRBEK

UZMANLIK TEZİ

Ankara
2024



TC
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ERKEN ÇOCUKLUKTAKİ BESLENME SORUNLARI İLE
OKUL DÖNEMİ ÇOCUKLARIN DAVRANIŞSAL, DUYGUSAL
VE BESLENME SORUNLARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Cansu ECE ÖMÜRBEK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Elif Nursel ÖZMERT

Ankara
2024

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında, sonsuz emeği olan, desteğini her zaman hissettiren, insani değerleri ve hekimlik bilgisi ile örnek aldığım, beraber çalışmaktan çok büyük keyif aldığım ve onur duyduğum, gösterdiği sabır ve içtenlikten dolayı saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Elif Nursel Özmert'e, hayatımın her aşamasında bana destek olan, sevgilerinden hiç şüphe duymadığım sevgili geniş aileme, bu çalışmanın her aşamasında emeği olan sevgili eşime ve canım kızıma teşekkür ederim.

Dr. Cansu ECE ÖMÜRBEK

ÖZET

ECE ÖMÜRBEK, C. Erken Çocukluktaki Beslenme Sorunları ile Okul Dönemi Çocukların Davranışsal, Duygusal ve Beslenme Sorunları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Ankara, 2024. Çocuklarda beslenme sorunları oldukça yaygındır, aileler sıkça doktora çocuklarının yeme sorunu ile başvururlar. Çocuklarda erken dönemde yeme sorunlarının büyük kısmı davranış temelli nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Çocukların az bir kısmında ileri dönemde de yeme sorunu devam etmektedir. Bu çalışmada çocukların erken dönemde görülen beslenme sorunlarının ileride görülecek beslenme, duygusal ve davranışlar sorunları açısından risklerinin belirlenmesi ve birbirleri arasındaki ilişkinin aydınlatılması planlanmıştır. Çalışmaya 2014-2021 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniğine pediatri polikliniklerinden yönlendirilmiş 6 yaşından küçük, ebeveynleri tarafından beslenme sorunu olduğu belirtilen, en az bir kere Gelişimsel Pediatri bölümünde değerlendirilen ve beslenme önerilerinde bulunulan, 6-9 yaş arası 27 çocuk alındı. Çocuklarda beslenme sorunu, ebeveynlerin çocuktaki yeme sorunu algısı olarak tanımlandı. Anket aracılığıyla çocukların ilk başvuru ve çalışma sırasındaki beslenme alışkanlıkları ve duygusal ve davranışsal problemleri değerlendirildi. Çalışmanın bulgularında, çocukların ilk başvuru ile güncel başvuru arasında vücut ağırlığı, boy percentili ve vücut kitle indeksinde anlamlı fark saptanmamıştır ancak Çocuk Yeme Davranışı Anketi'nde çocukları gıdaya yaklaştıran alt ölçeklerde düşük puan, gıdadan uzaklaştıran alt ölçeklerde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Çocuklarda davranış problemlerinin değerlendirildiği Çocuk Davranış Değerlendirme (CBCL) ölçeğinde, dikkat eksikliği ve sosyal problemlerle duygusal az yeme ve tokluk heveslisi olma arasında, içselleştirme davranışları ile duygusal az yeme arasında ilişki bulunmuştur. Çalışmada, erken dönemde beslenme sorunu yaşayan çocukların okul döneminde de yeme sorunlarının devam ettiği ve beslenme sorununa eşlik eden davranışsal problemleri olduğu gösterilmiştir. Beslenme sorunu devam eden çocukların eşlik eden duygusal ve davranışsal problemler açısından takip edilmesi erken tanı ve tedavi imkânı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Erken çocukluk, beslenme problemleri, duygusal davranışsal problem

ABSTRACT

ECE ÖMÜRBEK, C. Evaluation of the Relationship Between Nutritional Problems in Early Childhood and the Behavioral, Emotional Problems of School-Age Children. Hacettepe University Faculty of Medicine, Residency Thesis in Pediatrics, Ankara, 2024. Nutrition problems are quite prevalent in children, and parents often consult doctors about their children's feeding problems. The majority of early feeding problems have behavioral causes. A small portion of children continue to experience feeding problems in older ages as well. This study aimed to determine the risks of future nutrition, emotional, and behavioral problems in children with early feeding problems and to elucidate the relationship between them. The study included 27 children aged 6-9 years who were referred to the Developmental Pediatrics Outpatient Clinic of Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital between 2014 and 2021, with feeding problems reported by their parents, evaluated at least once in the Developmental Pediatrics department, and provided with nutritional recommendations. Feeding problems in children were defined as parents' perception of the child's eating problem. Through a questionnaire, the children's eating habits, emotional, and behavioral problems at the time of initial referral and during the study were assessed. The findings of the study revealed no significant differences in weight, height percentile, and body mass index between the initial and current referrals. However, it was observed that children scored lower on subscales that attract them to food and higher on subscales that repel them from food in the Child Feeding Behavior Questionnaire. Relationships were found between attention deficit and social problems with emotional undereating and satiety responsiveness, as well as between internalizing behaviors and emotional undereating in the Child Behavior Checklist (CBCL) scale assessing behavioral problems in children. The study demonstrated that children who experience feeding problems in early childhood continue to have eating problems during the school years and often exhibit accompanying behavioral issues associated with feeding problems. Following the emotional and behavioral problems accompanying children with ongoing nutrition problems will provide early diagnosis and treatment opportunities.

Key Words: Early childhood, feeding problems, behavior and emotional problems

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar	vii
1. GİRİŞ.....	8
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Beslenmenin Tanımı.....	10
2.2. Çocuklarda Beslenme	10
2.3. Beslenmede Etkili Faktörler	13
2.4. Çocukluk Döneminde Beslenme Sorunları	13
2.5. Beslenme Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	15
2.5.1. Seçici Yeme.....	18
2.5.2. İştahsızlık.....	19
2.5.3. Beslenme Korkusu	20
2.6. Beslenme Sorunu Olan Küçük Çocukların İleri Dönemde Beslenme Sorunları	21
2.7. Beslenme Sorunu Olan Küçük Çocukların İleri Dönemde Davranış Sorunları	24
2.8. Beslenme Sorunu Olan Çocuklarda Prognoz	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
3.1. Çalışma Grubu.....	26
3.2. Veri Toplama Yöntemi	27
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.3.1. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Çocukların Tanımlayıcı Özellikleri	30
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53

7. KAYNAKLAR.....	55
8. EKLER	61
Ek-1: Veri Formu	61
EK-2: Çocuk Yeme Davranışı Anketi	63
Ek-3: Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	65

KISALTMALAR

- VKİ** : Vücut Kitle İndeksi
- OSB** : Otizm Spektrum Bozukluğu
- CEBQ** : Children's Eating Behaviour Questionnaire
- ÇYDA** : Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi
- CBCL** : Child Behavior Checklist-Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- ICF** : International Classification of Functioning, Disability and Health-
Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması
- ARFID** : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder - Kaçınan/Kısıtlı Gıda
Alım Bozukluğu
- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
Tablo 1.	Pediyatrik beslenme bozukluğu için önerilen tanı kriterleri	16
Tablo 2.	Araştırmaya katılma durumuna göre cinsiyet ve yaş dağılımı	31
Tablo 3.	Araştırma grubunun doğum özellikleri dağılımı	31
Tablo 4.	Araştırma grubunun ilk başvurudaki ve güncel antropometrik ölçümleri	32
Tablo 5.	Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri	33
Tablo 6.	Araştırma grubunun ilk başvurudaki beslenme durumu özellikleri.....	34
Tablo 7.	Araştırma grubunun ilk başvuru ve güncel beslenme durumu özelliklerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 9.	Çocuklarda Yeme Davranışı Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı (n=27).....	36
Tablo 10.	Araştırma grubunun ÇYDA ölçek alt grup puanların birbirleri arasındaki ilişkilerin dağılımı	37
Tablo 11.	Araştırma grubunun ÇYDA ve CBCL ölçek alt grup puanların birbirleri arasındaki ilişkilerin dağılımı	40
Tablo 12.	Araştırma grubunun ÇYDA alt grup puanları ve CBCL ölçeği içselleştirme, dışsallaştırma ve toplam problem puanlarının birbirleri arasındaki ilişkilerin dağılımı	42

1. GİRİŞ

Her canlının hayatını devam ettirebilmesi için beslenme zorunludur. Beslenme; fizyolojik bir olay gibi görünse de psikolojik, sosyolojik, ekonomik birçok yönü mevcuttur.

Sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarlarda tüketilmesidir. Özellikle yaşamın ilk beş yılı, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönem olması nedeni ile beslenme yaşamın ilk yıllarında daha önemlidir.

Çocuklarda beslenme sorunları oldukça yaygındır. Normal gelişim gösteren çocukların yaklaşık %25-50'ye, gelişimsel sorunu olan çocukların yaklaşık %80'e varan oranda beslenme sorunları yaşadıkları bildirilmektedir (1). Beslenme sorunu olan çocukların en fazla hekime başvurma nedeni seçici yeme ve az yeme şeklinde olmaktadır. Bu sorunlar genellikle geçicidir ve ciddi sonuçlara yol açmaz. Bununla birlikte erken çocukluk dönemindeki seçici yemenin, adolesan ve erken erişkinlikteki beslenme bozuklukları ve davranış problemleri ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (1).

Beslenme sorunu olan çocukların ebeveynlerinin stres ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir. Küçük çocukların gelişimi, ebeveynler ile günlük etkileşimlerinden etkilenir. Çocuk ile ebeveynler arasında ortaya çıkan çatışma, okul dönemi ve adolesan dönemde duygusal ve davranışsal problemlere neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, erken davranış sorunlarının erken çocukluktan ergenliğe kadar olan davranış problemleri ile yüksek derecede ilişkili olduğunu öne sürer. Erken çocukluk döneminde beslenme sorunu olan çocuklara ebeveynler tarafından duyarlı, davranışsal beslenme yaklaşımı uygulanmamasının, geç çocukluk ve erken ergenlik döneminde içselleştirme ve dışsallaştırma problemleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (2).

Erken çocukluk döneminde yeme sorunu olan çocukların uzun dönem izlemi ile ilgili çok az çalışma mevcuttur. Ancak yapılan çalışmalarda erken dönemde yeme

sorunu olan çocukların büyük kısmı davranış temelli nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu çocukların az bir kısmında ileri dönemde beslenme bozukluğu görülmektedir (3). Literatürde uzun dönem davranış problemleri ile ilgili de sınırlı sayıda çalışma vardır. Yapılan bir çalışmada; seçici yeme özelliği gösteren kişilerin ie kapanıklık, anksiyete, depresyon, somatik yakınma, saldırgan ve suça yönelik davranışlarının daha sık olduğu gösterilmiştir (4).

Bu alışma, erken çocuklukta beslenme sorunları olan çocukların okul döneminde olan davranışsal, duygusal ve beslenme sorunlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu amaçla, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gelişimsel Pediatri Polikliniği'nde 6 yaşından küçük, ebeveynleri tarafından beslenme sorunu olduğu belirtilen, en az bir kere Gelişimsel Pediatri bölümünde değerlendirilen ve beslenme önerilerinde bulunulan 6-9 yaş arası okul dönemi çocuklarının davranışsal, duygusal ve beslenme sorunlarının değerlendirilmesi planlandı.

Çalışmadan elde edilecek veriler ile erken yaşlarda beslenme sorunu yaşayan çocukların ileride beslenme sorunu, davranışsal ve duygusal problemler açısından riskinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Tanımı

Her canlının hayatını devam ettirebilmesi için beslenme zorunludur. Beslenme; fizyolojik bir olay gibi görünse de psikolojik, sosyolojik, ekonomik birçok yönü mevcuttur.

Sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarlarda tüketilmesidir. Besin öğelerinin herhangi birisi alınmadığında veya gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği, sağlığın bozulduğu bilinmektedir (5).

2.2. Çocuklarda Beslenme

Toplumların çağdaş uygarlık seviyesine yükselmesi için sağlıklı bireylere ihtiyaç vardır. Sağlıklı bireylerin yetiştirilmesindeki en önemli etkenlerden biri de doğumdan itibaren yaşına ve cinsiyetine uygun yeterli ve dengeli beslenmedir. Özellikle yaşamın ilk beş yılı büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönem olması nedeni ile beslenme yaşamın ilk yıllarında daha da önemlidir.

Bir çocuğun doğumunu izleyen ilk 1000 günde yetersiz beslenmesinin, o çocuğun daha sonraki yaşamında da beslenme ve aldığı besinlerden yararlanma kapasitesini düşürdüğü, bunun da bu çocukların daha sonraki yaşamlarındaki başarı ve sağlık kapasitelerini azalttığı bilimsel olarak saptanmıştır (6). Bu da toplumun gelişmesinin önünde önemli bir sorundur. Çocukların beslenme durumu toplumun gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkilidir.

Çocuklarda beslenmenin ilk basamağı anne sütüdür. Anne sütü yeni doğan bebeğin altı ay boyunca tüm ihtiyaçlarına tek başına cevap veren fizyolojik bir besindir ve her annenin sütü bebeğine özeldir ve bu yüzden benzersiz bir gıdadır. Anne sütünü bebeklere en sağlıklı şekilde ulaştırmak ise yalnızca emzirmekle mümkündür. Anne sütü ve bebek beslenmesi çocuk sağlığının yanında, anne ve toplum sağlığını da

etkilemektedir (7). Yaşamın ilk altı ayında sadece anne sütü ile beslenen çocukların gelişim basamaklarını daha hızlı kazandığı nöromotor gelişimlerinin daha iyi olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Anne sütü aynı zamanda birçok hastalığa karşı da koruyucudur (8).

Anne sütünün pnomoni, akut otitis media, gastroenterit, menenjit, kızamık gibi birçok enfeksiyöz hastalığa karşı koruyuculuğu bilinmektedir. Anne sütünün bağışıklık düzenleyici etkisi ile astım, egzema, diabetes mellitus, inflamatuvar barsak hastalıkları ve bazı çocukluk çağı kanserlerinin sıklığını azalttığı bildirilmiştir. Aynı zamanda bebek kontrollü beslenme olması nedeni ile ileri yaştaki obezite riskini de azalttığı bilinmektedir (8).

Emzirme, bebek beslenmesinde en sağlıklı ve doğal yöntem olmasının yanı sıra zahmetsiz ve ekonomik olması nedeniyle de tercih edilen ve doğum sonrasında kuvvetle önerilen ve desteklenen bir yöntemdir. Emzirme süresince anne ile bebeğin sürekli temas halinde olmasının bebeğin kendini güvende hissetmesini sağladığı, emzirilen bebeklerin nörolojik gelişimlerinin daha iyi olduğu, emzirmenin psikomotor ve zihinsel gelişimi hızlandırdığı, zekâ katsayısını yükselttiği, ileri dönemde okul başarısını arttırdığı ve daha mutlu çocuklar olmalarına katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (7).

Beslenme düzeninin oluşturulmasında ikinci önemli basamağı ek besinlerin verilmesi oluşturmaktadır. Ek besinler verilirken çocuğun biyolojik ihtiyaçları ve besinlerin hijyeni kadar bu sıradaki anne-bebek ilişkisi de bu dönemin ve çocuğun yaşamının ilerideki yıllarını etkileyecektir (9). Bebekler altıncı aylarından sonra (6-36 ay) ayrılma ve bireyselleşme dönemine girerler. Bu dönem aynı zamanda ek besinlerin başlandığı dönemdir. Ek besinlere altıncı ayda başlanması ve bunların yanında iki yaşına kadar emzirilmesi çocuğun hem fiziksel hem de gelişimsel sağlığı açısından olumlu katkı sağlamaktadır (10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü almasını ve 2 veya daha ileri yaşa kadar ek gıda tüketimi ile emzirmenin devam etmesini önermektedir (11).

Erken çocukluk döneminde de çocukların sağlıklı ve düzenli bir beslenmeye gereksinimleri vardır. Bu dönemde beslenmenin sosyal boyutu daha çok ön plana çıkar. Beslenme davranışlarının temeli atılır. Bu dönemde çocuğun her öğünde sofrada en az on dakika oturması özendirilmeli ve çocuğun kendi kendine yemesi beslenmesini kontrol etmesine izin verilmelidir. Çocuklar için ayrı beslenme saati ayrı yemek hazırlanmasından kaçınmak gerekir. Beraber yemek yemek çocuğu yemeğin hazırlanışına dahil etmek yeme davranışı üzerinde olumlu etkiye sebep olacaktır. Çocuğun tabağına yiyebileceği miktarda yemek konulmalı, ebeveynler yemek sırasında duygularını yoğun ifade etmemelidir (9).

Hem amniyotik sıvı hem de anne sütü annenin beslenmesinden elde edilen moleküller içerdiği için besinlerin tatlarını öğrenmek anne karnında başlar. Emzirme döneminde artarak devam eder. Bu erken dönemdeki deneyim yaşamın ileriki yıllarında gıda tercihlerinin temelini oluşturur. Biyolojik, çevresel ve sosyal faktörlerin etkileşimi ile şekillenir. Doğumdan sonra bebekler tatlı tatları tercih eder. İlk zamanlardaki bu tercih kalori ve protein açısından daha yoğun daha tatlı anne sütünü tercih etmede etkili bir kendini koruma dürtüsü olabilir. Ancak zamanla bu tercihler değişir. Hem tat reseptörlerindeki değişiklik hem gelişim basamaklarındaki ilerleme çevreye ilginin artması yeni tatların denenmesini artırır. Olumlu, destekleyici bir ortamda yeni veya sevilmeyen gıdalara tekrar tekrar maruz kalmak, bu gıdaların kabul edilmesini ve sonuçta tercih edilmesini teşvik edebilir. Ancak belirli yiyecekleri yemeleri konusunda baskı gören çocuklarda, daha sonra bu yiyeceklere olan tercihlerinde azalma görülebilir. İlerleyen yaşla birlikte akran ilişkisi, ev dışında gıdaya ulaşılabilirlikte artış, sosyal ve ekonomik çevre gıda tercihini ve yeme davranışını şekillendirir (12).

İlk 2 yaştan sonra gıda neofobisi daha belirgin olmaktadır. Gıda neofobisi yeni yiyeceği reddetmeyi tanımlar. Hem genetik hem çevresel faktörler etkilidir. Bebeklik döneminde katı gıdalara geçiş sırasında ortaya çıkan gıda neofobisi süttten kesme döneminde oldukça düşük seviyede iken erken çocukluk döneminde zirve yapmaktadır (12).

Bebekler, okul öncesi dönem ile karşılaştırıldıklarında görece olarak daha az neofobik eğilim göstermesi nedeni ile bu dönemde yeni besinlerin tattırılması

tekrarlayan besin karşılaşmalarında gıda tüketimini arttıracaktır. Çocukların gıdalara verdiği olumlu ve olumsuz tepkiler çocukların mizaç ve kişilik özellikleri ile ilişkili olabilir. Genel olarak yabancıya, yeni oyuncaklara, değişen ortama olumlu tepki veren çocuklar yeni gıdalara daha olumlu yanıt verir. Daha utangaç ve içine kapanık çocukların gıda neofobisi daha yüksek düzeyde olmaktadır (13).

2.3. Beslenmede Etkili Faktörler

Beslenmede biyolojik/organik faktörlerin yanı sıra birçok başka faktörler de rol oynamaktadır. Beslenme; genetik, cinsiyet, sosyal, kültürel, dinsel, etnik, ekonomik, duygusal ve psikolojik birçok faktörden etkilenmektedir.

Her toplumun kendine özgü beslenme davranışı olduğu gibi her ailenin de beslenme kültürü birbirinden farklıdır. Aile bireylerinin eğitimleri, sosyal statüleri, vücut kitle indeksleri, aile-çocuk ilişkisi etkili faktörlerdendir. Ebeveynlerin çocuklar üzerinde sergilemiş oldukları hal ve hareketler çocukların beslenme davranışında önemli rol oynamaktadır (14). Beslenmede etkili önemli faktörlerden biri ise beslenme eğitimidir. Beslenme eğitimi, insanların sağlıklı beslenme konusunda doğru tercihleri yapabilmeleri için farkındalık yaratmada önemlidir (15). Erken çocukluk döneminde, ailenin beslenme konusundaki eğitimi çocukların beslenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Ebeveynlerin yeme konusundaki tutumları çocukların beslenmesinde etkilidir. Ebeveynlerin yeme sırasında ısrarcı olması o öğün için beslenmeyi teşvik etmiş gibi görünse de ileride o besini tercih etmenin azalmasına sebep olabilmektedir (12).

2.4. Çocukluk Döneminde Beslenme Sorunları

Normal beslenme; çocuğun mizaç özellikleri, gelişim, genetik, deneyim ve çevresinin başarılı etkileşimine bağlıdır. Bu faktörlerden herhangi birindeki sıkıntı beslenme sorunlarına neden olabilmektedir.

Çocuklarda yaygın beslenme sorunları başlıca oral motor gecikme, duyuşal sorunlara bağlı yemeği reddetme, gıda seçiciliği, yiyeceklere karşı iştah ve ilginin

azalması, yavaş beslenme, ağızda yemek bekletme ve kendini sakinleştirmek veya uyarmak için beslenme davranışını kullanmak olarak tanımlanabilir (16).

Normal gelişim gösteren çocukların %25 ila %50'si ve gelişimsel geriliği olan çocukların %80'e varan oranı beslenme sorunları yaşamaktadır. Ancak bu sorunlar genellikle geçicidir ve ciddi sonuçlara yol açmaz. Çocuk yeterli büyümeyi yakalasa bile bu durum ebeveynler ve çocuk için sıkıntılı bir durum olabilmektedir (1).

Beslenme bozukluğu çocuğun ideal beslenme durumunu devam ettirmede yeme ve içmede yetersizlik veya zorluk yaşadığı durumdur. Her zaman büyüme etkilenmeyebilir. Ancak ne sebeple olursa olsun ebeveyn çocuk ilişkisini etkiler ve davranışsal bir soruna dönüşebilir. İlerleyen yaşlarda özgüven eksikliği ve sosyal izolasyona yol açabilir (16).

Beslenme sorunları ve bozuklukları ile ilişkili tıbbi nedenler prematür doğum, genetik veya kromozomal anormallikler, nöromuskuler hastalıklar, kraniofasiyal anomaliler, serebral palsi, travmatik beyin hasarı, reflü, kabızlık gibi gastrointestinal sistem hastalıkları, nörogelişimsel bozukluklar yer alır. Bunların bir kısmı kronik beslenme bozukluklarına yol açabilir. Ancak beslenme bozukluklarının büyük kısmı ebeveyn ve çevresel faktör kaynaklı görülmektedir. Bu faktörler; koşullu kaçınma, yaşanan olumsuz bir olayla yemeyi eşleştirme, katı gıdaların geç verilmeye başlanmış olması, zorla besleme, çok katı ebeveynlik ile gıda alımını düzenleme yeteneğinin zayıflaması, olumsuz pekiştirme, yemek ile ödüllendirme ceza verme davranışı olarak sayılabilir (16).

Çocukluk çağı beslenme bozukluklarını değerlendirirken organik/ fonksiyonel ve davranışsal sorunlara ve bunlar arasındaki etkileşime dikkat etmek gerekmektedir. Beslenme bozukluklarının tamamen yapısal veya psikolojik süreçlere dayandırılması, çoğu olguda davranışsal sorunların göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Tam tersi, tüm yeme problemlerinin davranışsal temelli olarak görülmesi, organik nedenlerin atlanmasına neden olabilmektedir. Başarılı sonuçların elde edilebilmesi için organik nedenlerin ve davranışsal sorunların birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (17).

Beslenme bozukluklarının çocuklarda büyüme geriliği ve malnütrisyonla sonuçlanması en istenmeyen durumdur. Beslenme sorunlarının belirtileri arasında yemeğin reddedilmesi kusma, öğürme veya yutma direnci yer alır (18).

Çocuklarda yaygın görülen beslenme sorunları; seçici yeme, iştahsızlık, yavaş yeme, duyuşal sorunlara bağlı besinleri reddetme, yiyecekleri ağızda bekletme, rahatlamak için beslenme davranışlarını kullanma, oral motor ve kendini besleme becerilerinin gecikmesidir (16).

Beslenme sorunu olan çocukların en fazla hekime başvurma nedeni seçici yeme ve az yeme şeklinde olmaktadır. Seçici yeme davranışı, belli besin gruplarını reddetmek ve yeni besinleri denemeye karşı isteksiz olmaktır (19). Tıbbi ve gelişimsel bozuklukları olan çocukların yanı sıra normal gelişim gösteren çocuklar da seçici yeme davranışı gösterebilmektedir.

2.5. Beslenme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Pediyatrik beslenme bozukluklarının evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Beslenme bozuklukları, birbiriyle yakından ilişkili, tamamlayıcı 4 alanın (tıbbi, psikososyal, beslenme becerisine dayalı sistemler ve ilişkili beslenme komplikasyonları) kapsamlı değerlendirmesini ve tedavisini gerektirir. Beslenme bozukluklarını tek bir disiplinin merceğini kullanarak tanımlamak, uygun müdahalelerin planlanması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için kritik olan ilgili fonksiyonel sınırlamaları karakterize etmekte başarısız olmuştur (20).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası İşleyiş, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) çerçevesini kullanarak, birleştirici bir tanı terimi önerilmektedir. Pediyatrik beslenme bozukluğu; tıbbi, beslenme, beslenme becerisi ve/veya psikososyal işlev bozukluğu ile ilişkili olan yaşa uygun olmayan oral alım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Oral alım için önerilen referans standart, yaşa uygun beslenmedir. Emzirme veya biberonla beslemeden yaşa uygun çeşitli sofrta gıdalarını kendi kendine beslemeye ilerlemeyi sağlayan beslenme becerilerinin aşamalı olarak kazanılmasıdır. Gelişimsel gecikmesi olan çocuklar, yaşlarına göre değil, gelişim düzeylerine uygun

beslenme becerilerine sahip olabilirler; dolayısıyla bu çocuklara pediatrik beslenme bozukluğu tanısı konulacaktır (20).

ICF'ye göre önerilen tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Pediatrik beslenme bozukluğu için önerilen tanı kriterleri

<p>A. En az 2 hafta süren, yaşa uygun olmayan ağızdan besin alımında bozukluk ve aşağıdakilerden 1 veya daha fazlasıyla ilişkili durum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kanıtlandığı üzere tıbbi işlev bozukluğu*: <ol style="list-style-type: none"> a. Beslenme sırasında kardiyorespiratuar tehlike b. Aspirasyon veya tekrarlayan aspirasyon pnömonisi 2. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kanıtlandığı gibi beslenme bozukluğu:** <ol style="list-style-type: none"> a. Malnutrisyon b. Spesifik besin eksikliği veya bir veya daha fazla besinin alımının önemli ölçüde kısıtlanması azalan diyet çeşitliliğinden kaynaklanan daha fazla besin maddesi c. Beslenme ve/veya hidrasyon için enteral besinlere veya oral takviyelere bağımlılık 3. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kanıtlandığı gibi beslenme becerisi işlev bozukluğu:*** <ol style="list-style-type: none"> a. Sıvı veya gıdada doku modifikasyonu ihtiyacı b. Değiştirilmiş besleme pozisyonu veya ekipmanı kullanımı c. Değiştirilmiş beslenme stratejilerinin kullanımı 4. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kanıtlandığı üzere psikososyal işlev bozukluğu****: <ol style="list-style-type: none"> a. Çocuğun beslenirken veya beslenirken aktif veya pasif kaçınma davranışları b. Çocuğun beslenme ve/veya beslenme ihtiyaçlarının bakıcı tarafından uygunsuz yönetimi c. Beslenme bağlamında sosyal işleyişin bozulması d. Beslenme ile ilişkili olarak bakıcı-çocuk ilişkisinin bozulması <p>B. Yeme bozuklukları ile uyumlu bilişsel süreçlerin ve oral alım örüntüsünün olmaması, yiyecek eksikliğinden veya kültürel normlara uygunluktan kaynaklanmamaktadır.</p>

Aşağıdaki Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması(ICF) kategoriler yukarıdaki kriterlerin her biri için geçerlidir ve etkilenen hastaların işlevsel profilini tanımlamak için kullanılabilir.

* Tıbbi işlev bozukluğu: kardiyovasküler ve respiratuar sistemlerin işlevlerinde bozulma.

** Beslenme bozukluğu: herhangi bir bozulmuş vücut fonksiyonu ve yapısı, çevresel faktörler (kişisel tüketime yönelik ürünler ve maddeler).

*** Beslenme becerisi disfonksiyonu: yemek yeme ile ilgili aktivitelerde/katılımda kısıtlılık

**** Psikososyal işlev bozukluğu: Etkinlik/katılımlarda kişiler arası iletişim ve etkileşimde kısıtlılık

Önerilen tanımda, bozulmuş oral alım; beslenme ve hidrasyon gereksinimlerini karşılamak için yeterli yiyecek ve sıvı tüketememe anlamına gelir. Tanım, ilaçları veya atipik, tatsız yiyecekleri alamamayı hariç tutar. Akut hastalıktan kaynaklanan geçici beslenme sorunlarını ortadan kaldırmak için, ağızdan alım bozukluğunun en az 2 hafta boyunca her gün mevcut olması gerekir (20).

Pediatric beslenme bozuklukları ile yeme bozukluklarını (örn. anoreksiya nervoza) birbirinden ayırmak için pediatric beslenme bozukluğuna yalnızca vücut imajında bozulma olmadığında teşhis konmalıdır. Pika ve ruminasyon beslenme bozukluğu ile ilişkilendirilebilse de bunların varlığı tek başına pediatric beslenme bozukluğu oluşturmaz (21). ICF'ye göre işlev bozukluğu olmadığında kültürel olarak spesifik beslenme davranışları pediatric beslenme bozukluğu olarak nitelendirilmez.

Pediatric beslenme bozukluğunun altında tıbbi, beslenme, beslenme becerileri ve psikososyal olarak dört önemli alan yer almaktadır. Bu alanlar arasındaki etkileşim nedeniyle, birindeki bozukluk diğerlerinin herhangi birinde işlev bozukluğuna yol açabilir.

DSM-IV sınıflamasına göre yapılan diğer bir sınıflamada ise Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu; bebek ya da küçük çocukların yeme sorunları, beden ağırlığında artış olmaması ya da en az 1 aylık bir sürede belirgin bir kilo kaybı ile giden, yeterince yemek yememe ile kendini gösteren beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamaya göre, yeme sorunu, eşlik eden bir gastrointestinal ya da özefageal reflü gibi bir hastalığa bağlı değildir. Başka bir ruhsal bozuklukla ya da yiyecek bulunmaması ile ilgisi yoktur. Semptomlar 6 yaşından önce başlamalıdır.

DSM -V sınıflamasına göre kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğu, bebeklik veya erken çocukluk döneminde önceki dönem beslenme bozukluğunun yerini alır. Bu tanı, beslenme komplikasyonlarını içerir ve beslenme bozukluklarının belirli tıbbi durumlarda yaygın olduğunu kabul eder, özellikle birincil sorunu beceri eksikliği olan çocukları hariç tutar.

Bu tanım ve sınıflamalara karşın bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının tanısı ve sınıflandırılmasında açıklar ve eksikler vardır.

Küçük çocuklarda beslenme sorunlarının çoğu, üç baskın yeme davranışıyla ilişkilidir; bunların en yaygın olanları seçici yeme, iştahsızlık ve beslenme korkusudur.

2.5.1. Seçici Yeme

Seçici yiyiciler, hem kendilerine tanıdık gelen hem de ilk kez karşılaştıkları yiyecek türlerini reddederler. Özellikle meyve, sebze ve eti reddetme eğilimi gösterirler bu da minimum lifli ve sınırlı çeşitlilikte diyet ile sonuçlanır (22).

Yiyeceğin tadı, dokusu veya kokusuyla ilgili artan duyuşal hassasiyetler, seçici yiyenlerde yaygındır. Özellikle hassasiyet ışığa, sese veya dokunmaya genellendiğinde duyuşal işleme sorunlarıyla ilgili daha ciddi seçiciliğe işaret edebilir (3, 23).

Seçicilik ve neofobi, yani yeni gıdaların reddedilmesi, ince ama önemli ayrımlarla zaman içinde gelişen birbiriyle ilişkili kavramlardır. Her iki davranış da genellikle geçici ve normal gelişimin bir parçası olsa da, seçici yeme muhtemelen, içsel mizaç özelliklerinden ziyade yeme ortamından daha fazla etkilenebilecek daha aşırı bir yiyecek kısıtlaması biçimini temsil etmektedir (22).

Gıda seçiciliği, ek gıdalara geçiş döneminden sonra yaklaşık 1- 2 yaşlarında başlar okul öncesi dönemde zirveye ulaşır. ABD’de yapılan bir çalışmada seçici yeme davranışı gösteren çocukların oranı, 19-24 ay arasında %50’den fazla bildirilmiştir (24). Çoğu çocuk için bu, okul çağına kadar düzelen geçici bir yeme davranışıdır, ancak vakaların %22’sinde devam edebilir. Seçicilik sıklığı ve şiddeti, otizm spektrum bozukluğu (OSB), frajil X sendromu veya duyuşal işleme işlev bozukluğuyla ilişkili diğer bozukluklar gibi nörogelişimsel bozuklukları olan çocuklarda daha yüksektir ve bu tür çocuklarda daha az geçicidir (25). Seçici çocukların çoğu normal büyüme gösterir ancak mikrobelerin takviyesi ihtiyacı duyabilirler. Volger ve ark. yaptığı bir çalışmada, seçici yemesi olan çocukların yaşa göre günlük kalori alımlarının yaklaşık %25 daha az olduğu gözlemlenmiştir (26).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada ortalama yaşı 30 aylık 455 çocuğun %20’sinde yeme problemi olduğu ve ailelerin bu çocukların %42’sini seçici, %39’unu ise az yiyen olarak tanımladıkları gösterilmiştir. Süt ve meyve suyu gibi sulu gıdaları aşırı tüketen çocukların iştahının azaldığı gösterilmiştir (27).

Yeme seçiciliğinde gıdaların alımını arttıran yöntemler arasında yeni gıdaya sık maruz kalma, ebeveyn cesaretlendirmesi ve çocuklara oynama ve dokunma yoluyla gıdalara alıştırma vardır. Gıda seçiciliği ciddi olduğunda, özellikle diğer duyuusal hassasiyetlerin eşlik ettiği durumlarda, duyu entegrasyonu ve/veya davranış terapisi sıklıkla gereklidir (28).

2.5.2. İştahsızlık

İştahsız çocuklar, yemek yeme istekleri az ve erken doyma heveslisi olurlar. Normal büyümeyi sağlamak için yetersiz miktarda besin tüketir. Seçiciliğe göre daha az yaygındır ve birinci basamak sağlık hizmeti ortamındaki beslenme sorunlarının yaklaşık %25'ini oluşturur (29).

Çocuklarda iştahsızlık farklı şekillerde gelişir. Birincisi, iştah kontrolünün fizyolojik karmaşıklıkları nedeniyle çok sayıda tıbbi durum, özellikle yoğun inflamasyon, hormonal düzensizlik ve metabolik bozukluk içerenler, iştahı olumsuz yönde etkileyebilir. İkincisi, iştahsızlık özellikle belirli popülasyonlarda veya coğrafi bölgelerde sıklıkla ihmal veya gıda yoksunluğuyla ilişkilidir. Kronik olarak yetersiz gıda alımı iştahı azaltır ve bu da çocuğun genellikle uyuşuk, hareketsiz ve enerjisiz olmasına neden olur (3). Bununla birlikte iştahsız çocukların çoğunda doğası gereği iştah düzenlemesi zayıftır. Chatoor ve ark., davranışı "infantil anoreksi" olarak etiketleyerek (her ne kadar daha büyük çocuklarda da görülse de), bu çocukları sosyal olarak aktif, yemek yemeye ilgisiz ve yemek konusunda ebeveynleriyle sürekli çatışan çocuklar olarak tanımlamıştır. İnfantil anoreksi, yaşamın ilk 3 yılında, çoğunlukla 9 ila 18 ay arasında, bebeklerin daha özerk hale gelmesi ve kaşıkla ve kendi kendine beslenmeye geçiş yapmasıyla ortaya çıkar. Bu çocuklar aktif, enerjik ve meraklıdır ve yemek yemekten çok oyun oynamaya ve konuşmaya daha fazla ilgi duyarlar. Yemek sırasında oturmayı reddederler, az miktarda yerler ve sıklıkla kilo alamazlar. Bu grup büyümede başarısızlık yaşarken bilişsel gerilik göstermez. Ancak ebeveyn ve çocuk arasındaki çatışma çözülmediği takdirde çocuğun optimal bilişsel potansiyeline ulaşma yeteneğini engelleyebilmektedir (30). Son olarak, bastırılmış iştah, tüple beslenen veya iştah bastırıcı ilaç alan çocuklarda iyatrojenik olabilir. İştah azalmasının altında yatan nedenler arasındaki ayrımlar, iştahı iyileştirmek için gerekli

müdahalelerde yol gösterici olacaktır. Temelde iştahsızlık için öneriler, büyüme için yeterli beslenmeyi sağlarken çocukta açlık tokluk döngülerini iyileştirmeye odaklanır. İştahsız çoğu çocuk için enerji alımının ve diğer besin maddelerinin artırılması gereklidir (3).

2.5.3. Beslenme Korkusu

Beslenme korkusu olan çocuklar iştahsızlıktan değil, rahatsızlık hissi ve korkudan dolayı yemek yemeyi reddederler. Bu davranış travmatik bir deneyim sonrası yemeyi reddeden daha büyük yaştaki çocuklarda gözlenmiş olup daha az sıklıkta görülmektedir. Bu travmatik durum kusma, boğulma, mide bulantısı, öğürme veya gastrointestinal rahatsızlık olabilir. Burada diğerlerinden farklı olarak yiyeceği reddiyle ilişkili ağlama krizleri, öfke patlamaları veya uzun süren sessizlik gibi aşırı duyuşsal tepkiler vardır. Uzun süreli çiğneme, ağızda yemek bekletme, tükürme gibi davranışları vardır. Küçük bebek ve çocuklarda çok ağlama, emzik ve biberondan kendini geri çekme davranışı görülür ve genellikle sıvıları reddetme eğiliminde olurlar (31). Bu çocuklarda kaygıyı azaltmak, yeme korkusunu yenmede en temel olaydır. Beslenme ortamını, beslenme ekipmanlarını değiştirmek ve anksiyolitik ilaç kullanmak temel yöntemlerdir (32). Küçük çocuklarda farklı yerde yemek, farklı tabak bardak kullanmak geçmişteki deneyimle olan olumsuz ilişkileri azaltmakta etkili olur (29). Gıdalarla oyun terapisi, gıdalarla teması artırma sonrası övgü ve ödüllerin olduğu davranışsal terapilerin yanında faydalıdır (32). Yaşı daha büyük olan çocuklar için danışmanlık gerekebilir. Beslenme korkusu yaşayan küçük bebekler daha zorlayıcıdır çünkü tek besin kaynağı olan memeyi veya biberonu almayı reddederler.

Chatoor, beslenme korkusu olan çocukların uykuya dalma aşamasında, henüz koruyucu reflekslerin kaybolmadığı, biberona direncin daha az olduğu zamanda beslenmesini öneriyor (23). Ancak bu yöntem etkili olsa da şikâyeti uzun süren veya gelişim basamaklarında gerilik olan çocukların oral motor becerilerinin uzmanlar tarafından değerlendirilmesi gerektiğinin farkında olunmalıdır. Beslenme korkusu olan bebeklerde bardaktan yudumlama yöntemi ve gelişimsel olarak hazır olduklarında katı gıdaların erken başlanması önerilir (33).

2.6. Beslenme Sorunu Olan Küçük Çocukların İleri Dönemde Beslenme Sorunları

Küçük çocuklarda beslenme, ebeveynler ve çocuklar arasında etkileşimli ve dinamik bir süreçtir. Çocukların mizacı, duygu durumları, ebeveynleri ile ilişkileri, ebeveynlerin beslenme davranışları çocuklarda sorunlu yeme davranışı ile ilişkili olabilir. Beslenme ve yeme davranışını anlamak oldukça önemlidir. Öncelikle erken çocukluk dönemindeki yeme davranışının çocukluk ve ergenlik döneminde model oluşturduğu gösterilmiştir. Üç ila beş yaşları arasında annelerin ödül olarak yiyecek kullandığı veya sağlık nedeni ile yiyecek kısıtladığı çocuklarda 5-7 yaşları arasında duygusal fazla yeme olduğu görülmüştür (34). Ebeveynleri tarafından yemek yemeleri için baskı yapılan beş yaşındaki çocukların izleminde, 7-12 yaş arası daha fazla duygusal yemenin olduğu gösterilmiştir (35, 36).

Geçmişteki çalışmalardan çocuğun mizacı ile ebeveyn beslenme davranışı arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Çocukların mizaçları ebeveynlerin farklı besleme uygulamalarına yönelmelerine sebep olabilir. Aynı zamanda ebeveynlerin besleme tutumları da çocukların mizacı üzerinde etkili olabilmektedir (37).

Özellikle olumsuz duygulanımı yoğun olan çocuklarda beslenme sorunu daha sık karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada yeme konusunda daha tepkili olan çocuklara ailenin baskı yapma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda bu ebeveynlerin çocukların yemeklerini kontrol etme veya kısıtlayıcı olma olasılıkları da daha yüksek saptanmıştır (37).

Vollrath ve ark., ebeveynlerin daha olumsuz duygulanımları olan küçük çocuklarına geceleri daha fazla tatlı yiyecek ve tatlı içecek verdiğini gözlemlemişlerdir (38).

Beslenme etkileşimli bir süreç olduğu için hem ebeveynlerin besleme tarzları hem de çocuğun yeme davranışları besin tüketiminde rol oynamaktadır. Ebeveyn besleme tarzlarına ek olarak, olumsuz duygulanım aynı zamanda seçici yeme gibi belirli çocuk yeme sorunlarına neden olabilir. Olumsuz duygulanımı olan çocuklar yeni yiyeceklere karşı daha önyargılıdır (13).

Jacobi ve ark.,olumsuz duygusallığı yüksek mizaçlara sahip çocukların, dışa dönük çocuklara göre yemek konusunda seçici olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yaptıkları başka bir çalışmada, daha içine kapanık bebeklerin, yeni yiyecekleri daha az kabul ettikleri, daha az miktarda yeni yiyecek tükettikleri ve dışa dönük, daha sosyal bebeklere göre daha olumsuz yüz ifadeleri kullandıkları gösterilmiştir (19).

Ebeveynlerin, olumsuz duygulanımları yüksek mizaca sahip çocuklarda ödüllendirme ve duygusal besleme uygulamalarını kullanma olasılıkları daha yüksek olabilir; çünkü yiyecek, çocukları sakinleştirmenin hızlı ve kolay bir yoludur (39).

Yiyecekle ödüllendirme (araçsal besleme) ve duygusal besleme çocukların ileride daha yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ve obeziteye yol açan yiyecek seçimleriyle ilişkilendirilmiştir (40).

Çocukları yiyecekle kısıtlayan ve ödüllendiren kontrollü besleme uygulamaları, çocuklara lezzetli yiyecekleri sıkıntıyı hafifletmek için kullanılabilecek bir araç olarak görmeyi öğretiyor olabilir (41). Bu aşırı kontrollü besleme çocuklardaki açlık ve tokluk sinyallerinin geçersiz kalmasına ve duygusal yemenin kalıcı olmasına neden olabilir. Yaşla birlikte gıdaya ulaşım daha kolaylaşıp çocuk bağımsızlaştıkça küçük yaşta az yemeye sebep olan duygusal beslenme artık daha çok yemeye sebep olur. Obezite riskini ve bununla ilişkili tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, metabolik sendrom, astım gibi tıbbi komorbiditeleri de beraberinde getirir (42).

Ciddi gelişimsel engeli olan çocuklarda, yetersiz kilo alımı veya büyümeyle sonuçlanan yüksek oranda beslenme bozuklukları vardır (43). Beslenme sorunlarının ciddiyeti, gelişimsel gecikmelerin erken bir göstergesi olabilir ve bir veya daha fazla entegre sistemin (örn. nörogelişim, davranış düzenlemesi, biliş) başarısızlığını gösterebilir. Yapılan nüfusa dayalı bir kohortta 18 aylık,24 aylık ve 30 aylıkken değerlendirilen çocuklarda tanımlanan beslenme sorunlarının, 18 ila 30 ay arasındaki gelişimsel gecikmelerle giderek daha fazla ilişkili olduğunu ve 30 aylıktaki beslenme sorunlarının daha düşük gelişimsel puanlarla ilişkili olduğunu bulunmuştur (44). Yapılan ileriye dönük bir başka çalışmada, 1.5, 3 ve 6 yaşlarındaki ısrarcı beslenme

sorunlarının 7 yaşındaki yaygın gelişimsel sorunların habercisi olduğu saptanmıştır (45).

Beslenme sorunu olan çocuklarda yetersiz kilo alımının bebeklerin ve küçük çocukların bilişsel gelişimi üzerindeki olumsuz etkisine ilişkin endişe, çoğu zaman beslenme sorununun daha da artmasına neden olmaktadır. Ebeveynler, bebeklerinin gelecekteki bilişsel gelişimi konusunda endişelendiklerinden, zorlayıcı beslenmeye başvurmaktadır ve bu da beslenme sırasında ebeveyn-çocuk çatışmasının artmasına sebep olmaktadır (2).

Çocukluk döneminde seçici yemenin bir kısmı çocukluktan yetişkinliğe kadar devam etse de bugüne kadar bebeklikten yetişkinliğe kadar ileriye dönük çalışmalardan elde edilen net bir sonuç mevcut değildir. Çocuklukta seçici yeme davranışlarının daha sonraki yaşamda yeme psikopatolojisinin gelişimi üzerindeki etkilerini araştıran az sayıda çalışma vardır. Yapılan 10 yıllık bir kohort çalışmasında erken çocuklukta seçici yemenin ergenlikte anoreksiya nervroza için risk faktörü olduğu saptanmış (46).

Bu sebeple seçici yemenin daha ileri yaşlardaki yaygınlığı ve seçici yemenin yemeye ilişkili davranışların çocukluk ve yetişkinlik arasında sabit kalıp kalmadığı hakkında çok az şey bilinmektedir.

Genç yetişkinlerde seçici yemeye ilişkili davranışlar, çocuklarda seçici yemeye ilişkili davranışlara benzerdir ancak ileri yaşlarda daha sık görülebilir. Çocukluk çağında yeme sorunu uzun süre devam etmiş bireyler, yaşamın ileri dönemlerindeki beslenme sorunlarında ısrarcı olabilmektedir (47).

Seçici yemek yeme çocukluk ve ergenlik dönemi ile sınırlı değildir. Yaşamın bazı dönemlerinde görülebilir ve kronik bir süreç olabilir. Yapılan bir çalışmada çocuklardaki güçlü beğenme, reddetme, sınırlı çeşit ile beslenme, yeni besinlere isteksizlik ve daha az miktarda beslenme davranışlarının ileri yaşlarda da benzer şekilde devam ettiği gözlenmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada, zaman içinde bu davranışları onaylayan seçici yiyicilerin oranındaki artış eğilimi, kısa süreli seçici yiyicilerle karşılaştırıldığında, uzun süreli seçici yiyicilerin yeni yiyecekleri kabul

etme olasılığının daha düşük olduğunu göstermiştir (48). Seçici yemenin sağlık üzerindeki uzun vadeli etkileri ile ilgili pek veri olmasa da seçici yiyicilerin daha az ağırlığa sahip olup daha az kalori tükettiklerini gösteren çalışmalar vardır (46).

Stanford Bebek Büyüme Çalışması 'nda 5 yaşındaki 135 çocukla yapılan bir araştırma, seçici yiyenlerin seçici olmayan çocuklara göre daha az kalori tükettiklerini ve bebekken daha az kuvvetli emme tarzı olduğunu ve karakteristik özellik gösterdiğini öne sürmektedir (19).

Marchi ve Cohen'in yaptığı, beslenme davranışının değerlendirildiği 800'den fazla çocuk ve ebeveyn ile yapılan 10 yıllık bir izlem çalışmasında, seçici yemenin anoreksiya nervoza semptomlarının gelişimi için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (46).

2.7. Beslenme Sorunu Olan Küçük Çocukların İleri Dönemde Davranış Sorunları

Beslenme bozukluğu olan küçük çocukların ebeveynlerinin stres ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir. Küçük çocukların gelişimi büyük ölçüde bakım verenler ile günlük etkileşimlerinden etkilenir.(Bronfenbrenner ve Morris, 2006) Çocuk ile ebeveynler arasında ortaya çıkan çatışma, okul dönemi ve adolesan dönemde duygusal ve davranışsal problemlere neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, erken davranış sorunlarının erken çocukluktan ergenliğe kadar olan davranış problemleri ile yüksek derecede ilişkili olduğunu öne sürer.

Yapılan bir çalışmada 3-12 aylıkken herhangi bir tıbbi neden olmadan en az dört hafta boyunca yemek yemeyi reddetmeleri nedeniyle araştırılan 24 çocuk, ileriye dönük olarak takip edilip 4 yaşında tekrar değerlendirildiğinde 24 çocuktan 17'sinin (%71) ebeveynleri tarafından hâlâ beslenme sorunu olduğu, 10'unun (%42) ise hiperaktif olduğu bildirilmiştir (49).

Yapılan başka bir çalışmada, 5-20 ay ve 4,5 yaş arasındaki beslenme problemlerinde istikrar olduğu, 4,5 yaşta devam eden beslenme sorununun uyumsal ve sosyal davranışlarda daha fazla sorunla ilişkili olduğu bulunmuştur (50).

Almanya’da 8-12 yaş arası 426 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada seçici yemesi olan ve olmayanlara Check Behaviour Check List (CBCL) davranış değerlendirme ölçeği uygulanmış, çalışma sonucunda seçici yemesi olan çocuklarda hem içselleştirme hem dışsallaştırma puanları daha yüksek bulunmuştur. Seçici yemesi olan çocuklarda daha fazla içe kapanıklık, somatik yakınmalar, anksiyete, depresyon, suça yönelik ve saldırgan davranış görüldüğü saptanmıştır (4).

2.8. Beslenme Sorunu Olan Çocuklarda Prognoz

Erken çocukluk döneminde yeme sorunu olan çocukların uzun dönem izlemi ile ilgili çok az çalışma mevcuttur. Ancak yapılan çalışmalarda erken dönemde yeme sorunu olan çocukların büyük kısmı davranış temelli nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu çocukların az bir kısmında ileri dönemde beslenme bozukluğu görülmektedir. Literatürde uzun dönem davranış problemleri ile ilgili bir çalışmaya rastlanmış olup seçici yeme özelliği gösteren kişilerin içe kapanıklık, anksiyete, depresyon, somatik yakınma, saldırgan ve suça yönelik davranışların daha sık olduğu gösterilmiş (4).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Grubu

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniğinde yapıldı. Çalışmaya 2014-2021 arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gelişimsel Pediatri Polikliniğine pediatri polikliniklerinden yönlendirilmiş 6 yaşından küçük, ebeveynleri tarafından beslenme sorunu olduğu belirtilen, en az bir kere Gelişimsel Pediatri bölümünde değerlendirilen ve beslenme önerilerinde bulunulan, 6-9 yaş arası olan hastalar dahil edildi. Çocuklarda beslenme sorunu, ebeveynlerin çocuktaki yeme sorunu algısı olarak tanımlandı.

Çalışma için GO 22/1098 kayıt numaralı, 21.02.2023 tarihli Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı.

Dahil edilme kriterleri

- 6-9 arası yaş
- Doğumdan itibaren 6 yaşa kadar ebeveynlerin ifadesi ile tanımlanan beslenme sorunu nedeniyle Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniğinde en az bir kez değerlendirilmiş ve beslenme önerileri verilmiş olan çocuklar

Dışlama kriterleri

- Tanılı bir nörolojik, metabolik, genetik ya da ciddi kronik hastalığının bulunması
- Onkolojik hastalık öyküsü olması
- Çoklu besin alerjisi olması
- Kraniyofasial anomalilerin bulunması (yarık damak, dudak, mikrognatı vs.)
- Nazogastrik/orogastrik tüp ya da gastrostomi ile besleniyor olması
- Yutma disfonksiyonu tanısı ile izlenmesi
- Solunum desteği ihtiyacı olması şeklinde belirlendi.

3.2. Veri Toplama Yöntemi

Bu kriterlere uyan tüm çocuklar retrospektif dosya taraması ile belirlendi ve telefon ile aranarak çalışmaya davet edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden çocukların ebeveynlerine, araştırmacı tarafından hazırlanan çocuğa ve ebeveynlere yönelik demografik verilerin ve çocukların okul öncesi dönemde ve şu anki beslenme alışkanlıklarının sorgulandığı anket, 35 sorudan oluşan Children's Eating Behaviour Questionnaire(CEBQ)/Çocuklarda Yeme Davranışı Ölçeği (Wardle 2001/Yılmaz 2011Türkçe Uyarlaması) ve 113 sorudan oluşan Child Behavior Checklist (CBCL)/Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (Achenbach, 1991a; Achenbach & Rescorla, 2001/ Erol and Şimşek, 2000; Dümenci, 2004 Türkçe Geçerlilik) verildi.(51) Ailelerin sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerini belirlemek için Hollingshead-Redlich Ölçeği kullanıldı. Ölçek, ebeveynlerin eğitim ve mesleki statülerini değerlendirmeye dayanmaktadır (52). Çalışmaya katılmayı kabul eden çocukların ebeveynlerine ölçekler, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından uygulandı.

Uygulanan anketlere EK 1-3 olarak çalışmanın sonunda yer verilmiştir.

Çalışmada uygulanan ankette çocuğa ait kişisel ve ailesel bilgiler, ailenin demografik özellikleri, geçmiş tıbbi öykü, çocuğun beslenme özellikleri, öğün özellikleri, öğün esnasındaki yeme davranışlarına ait bilgiler sorgulandı.

Tüm çocukların güncel boy(m) ve vücut ağırlığı(kg) ölçüldü. Ölçüm, ayakkabı çıkarılarak ince kıyafet ile yapıldı. Boy ölçümünü etkileyen saç tokası çıkarıldı. Beden kitle indeksleri (kg/m^2) hesaplandı.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden biri Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA), 'Children's Eating Behaviour Questionnaire'(CEBQ) Türkçe uyarlamasıdır. ÇYDA ölçeği Wardle ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan, 'hiçbir zaman'dan 'her zaman'a doğru giden beşli likert tipi 35 maddelik bir ölçektir. Ölçek genel anlamda çocukların yeme şekillerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. İçeriğin Türkçe

uyarlaması Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Yeme davranışı, sekiz grup olarak; ‘Gıda heveslisi’, ‘Duygusal Aşırı Yeme’, ‘Gıdadan keyif alma’, ‘İçme Tutkusu’, ‘Tokluk heveslisi’, ‘Yavaş yeme’, ‘Duygusal az yeme’, ‘Yemek seçiciliği’ olarak belirlenmiştir (53).

Gıda Heveslisi olan çocuklar öğün zamanını hevesle bekler, tok olsalar bile sevdikleri yiyecekleri yiyebilirler. Duygusal aşırı yeme davranışı olan çocuklar streste olduklarında, canları sıkıldığında daha fazla yemek yerler. Gıdadan keyif alan yeme davranışı olan çocuklar yemek yemeyi çok sever ve çok iştahlıdırlar. İçme tutkusu olan çocuklar sürekli bir şeyler içmek isterler. Ellerinden gelse tüm gün sıvı tüketebilirler. Tokluk heveslisi olan çocuklar çabucak doyar, tabaklarını bitirmez ve yemeğin tadına bakmadan sevmediklerine karar verip yemeyi reddederler. Yavaş yeme davranışı gösteren çocukların öğün süreleri 30 dakikadan uzun olup ağızda yemek bekletme davranışı gösterirler. Duygusal az yemesi olan çocuklar mutlu ve mutsuz olma durumlarına göre az veya fazla miktarda yemek yeme eğilimi gösterirler. Yemek seçiciliği olan çocukların daha önce hiç tatmadığı yiyecekleri yemekten hoşlanmadıkları görülmüştür.

Araştırmada kullanılan diğer ölçek CBCL/Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği 1991 yılında Achenbach tarafından geliştirilen ölçeğin 2001 yılındaki 6-18 yaş arası güncellenmiş versiyonudur (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001/Erol and Şimşek, 2000; Dümenci, 2004). Çocuk ve gençlerin yeterliliklerinin derecelendirilmesi ve davranışsal ve duygusal problemleri anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Çalışmamızda ölçeğin davranışsal ve duygusal sorunları içeren bölümü uygulanmıştır.

Ölçeğin bu bölümünde davranışsal ve duygusal sorunları içeren 113 madde yer almaktadır. Bu maddelerin büyük bir kısmı alt ölçekler içinde gruplandırılmıştır. Sorun davranışların son 6 ay içinde görülme sıklık derecelerine öre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilir. Ölçekten “İçselleştirme” ve “Dışsallaştırma” olarak iki ayrı davranış belirti puanı ve “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir. İçselleştirme Grubunu “Sosyal İçe Dönüklük, Somatik Sorunlar, Anksiyete/Depresyon”, Dışsallaştırma Grubunu “Suça Yönelik Davranışlar ve Saldırgan Davranışlar”, Toplam Problem Grubunu her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat

Sorunları” alt testlerinin toplamı ve diğer gruplandırılmayan problemler oluşturmaktadır (Erol and Şimşek, 2000; Dümenci, 2004).

3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

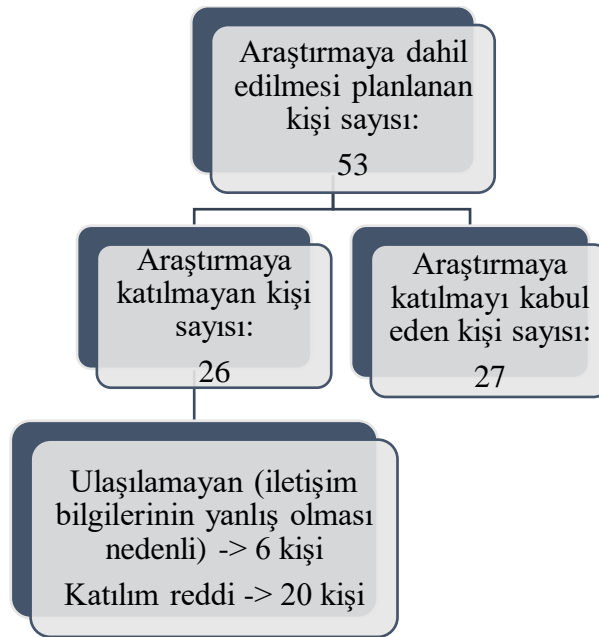
3.3.1. İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, 1. çeyrek, 3. çeyrek, en küçük ve en büyük değer olarak belirtilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile diğer normalite ölçütleri kullanılarak kontrol edilmiştir. Bağımsız kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Ki-Kare testi ile bağımlı kategorik değişkenler için gruplar arası farklılık McNemar testi ile, bağımlı gruplarda kategorik olmayan değişkenler için gruplar arası farklılık Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon testleri Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (*rho korelasyon katsayısı: 0,05-0,30 düşük veya önemsiz korelasyon, 0,30-0,40 düşük orta derecede korelasyon, 0,40-0,60 orta derecede korelasyon, 0,60-0,70 iyi derecede korelasyon, 0,70-0,75 çok iyi derecede korelasyon, 0,75-1,00 mükemmel korelasyon*). İstatistiksel anlamlılık için Tip 1 hata değeri (α) %5’in altında olan durumlar anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çocukların Tanımlayıcı Özellikleri

Dosya kayıtlarından 2014-2021 tarihleri arasında Gelişimsel Pediatri Bilim Dalına başvurmuş ve kriterleri karşılayan 53 hasta belirlenmiştir. Bu hastalardan 27 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Yirmi hasta çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Altı hastaya ulaşılamamıştır.



Tablo 2’de çalışmaya katılan ve katılmayı reddedenlerin cinsiyet ve yaş dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $95,15 \pm 8,632$ aydır. Araştırmaya katılmayanların yaş ortalaması $88,85 \pm 8,984$ aydır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerle reddedenler arasında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. İki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,017$).

Tablo 2. Araştırmaya katılma durumuna göre cinsiyet ve yaş dağılımı

Özellik	Araştırmaya Katılanlar (n=27)	Araştırmaya Katılmayanlar (n=26)
	sayı(%*)	sayı(%*)
Cinsiyet		
Kız	9 (33,3)	11 (42,3)
Erkek	18 (66,7)	15 (57,7)
Yaş Grubu (ay)		
73-84	4 (14,8)	11 (42,3)
85-96	9 (33,3)	9 (34,6)
97-108	14 (51,9)	6 (23,1)

*:Sütun yüzdesi

Tablo 3. Araştırma grubunun doğum özellikleri dağılımı

Özellik (n=27)	n(%*)	
Doğum Ağırlığı Persentil	<10	6 (22,2)
	10-89	20 (74,1)
	≥90	1 (3,7)
Doğum zamanı	Preterm	6 (22,2)
	Term	21 (77,8)

*:Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların doğum özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılanların doğum ağırlığı ortalaması $3018,51 \pm 644,292$ gramdır. Çocukların %77,8 'i normal zamanında doğmuş olup doğum haftası ortalaması ise $37,8 \pm 2,35$ haftadır.

Araştırma grubunun ilk başvuru anında kronik tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlığı yoktu. Ancak ilk başvurudan bu yana araştırma grubunun %18,5'i kronik hastalık, %11,1'i psikiyatrik hastalık tanısı almıştır. Katılımcıların %29,6'sının, kronik ve psikiyatrik tanı alanların tamamının sürekli kullandığı ilacı vardır.

Araştırma grubunun ilk başvuru dönemindeki yaş dağılımları şu şekildedir; 2 yaş ve altında başvuranlar %14,8 (4), 3-4 yaşlarında başvuranlar %55,6 (15), 5-6 yaşlarında başvuranlar %29,6 (8) dir. İlk başvuru yaş ortalamaları $40,37 \pm 14,993$ aydır.

Çalışmadaki hastaların beslenme ile ilgili şikayet süreleri ortalaması $4,75 \pm 2,495$ yıldır.

Tablo 4. Araştırma grubunun ilk başvurudaki ve güncel antropometrik ölçümleri

n:27		İlk başvuru n(%*)	Güncel n(%*)	P
Vücut Ağırlığı (percentil)	<3	5 (18,5)	6 (22,2)	0,144
	3-9	7 (25,9)	3 (11,1)	
	10-96	15 (55,6)	13 (48,1)	
	≥ 97	-	5 (18,5)	
Boy (percentil)	<3	8 (29,6)	8 (29,6)	0,164
	3-9	4 (14,8)	2 (7,4)	
	10-96	15 (55,6)	16 (59,3)	
	≥ 97	-	1 (3,7)	
Vücut Kitle İndeksi (percentil)	<5	5 (18,5)	3 (11,1)	0,360
	5-84	19 (70,4)	18 (66,7)	
	85-94	2 (7,4)	1 (3,7)	
	≥ 95	1 (3,7)	5 (18,5)	

*: Sütun yüzdesi *Wilcoxon İşaretili Sıralar testi* yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların ilk başvurudaki ve güncel antropometrik ölçümleri Tablo 4'te verilmiştir. Araştırma grubunun ilk başvurudaki vücut ağırlığı ortalaması $13,82 \pm 3,536$ kg, boy ortalaması $94,98 \pm 11,105$ cm, vücut kütle indeksi ortalaması $15,27 \pm 1,86$ kg/m² olarak saptanmıştır. Güncel vücut ağırlığı ortalaması $26,68 \pm 7,907$ kg, boy ortalaması $125,37 \pm 9,185$ cm, vücut kütle indeksi ortalaması $16,73 \pm 3,048$ kg/m² olarak saptanmıştır. İlk başvuru ve güncel başvuru persentilleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 5’te araştırma grubunun ebeveyn ve aile özellikleri verilmiştir.

Tablo 5. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Özellik (n=27)		n(%*)
Anne Öğrenim Düzeyi	İlkokul	5 (18,5)
	Ortaokul	2 (7,4)
	Lise	10 (37)
	Üniversite	10 (37)
Anne Çalışma Durumu	Çalışmıyor	17 (63)
	Çalışıyor	10 (37)
Annede Kronik Hastalık	Yok	19 (70,4)
	Var	8 (29,6)
Baba Öğrenim Düzeyi	Okuryazar	1 (3,7)
	İlkokul	6 (22,2)
	Ortaokul	4 (14,8)
	Lise	9 (33,3)
	Üniversite	7 (25,9)
Baba Çalışma Durumu	Çalışmıyor	1 (3,7)
	Çalışıyor	26 (96,3)
Babada Kronik Hastalık	Yok	15 (55,6)
	Var	12 (44,4)
Kardeş Sayısı	Yok	10 (37)
	1	11 (40,7)
	2	4 (14,8)
	3	2 (7,4)
	4	0 (0)
Ailenin Kaçınıcı Çocuğu	1.	16 (59,3)
	2.	7 (25,9)
	3.	4 (14,8)
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	3	9 (33,3)
	4	12 (44,4)
	5	6 (22,2)
Çekirdek/Geniş Aile	Çekirdek	25 (92,6)
	Geniş	2 (7,4)
Hanenin Aylık Gelir Düzeyi	<5500	2 (7,4)
	5500-12000	18 (66,7)
	>12000	7 (25,9)
Ailenin Sosyodemografik Yapısı ^Δ	Yarı Vasıflı İşçi Eğitimsiz	5 (18,5)
	Yarı Vasıflı İşçi Lise Düzey Altı	7 (25,9)
	Küçük İş Adamı\Beyaz Yaka\Vasıflı İşçi\Lise Mezunu	5 (18,5)
	Üniversite Eğitimli	10 (37)

*:Sütun yüzdesi

^ΔHollingshead-Redlich Ölçeği

Tablo 6. Araştırma grubunun ilk başvurudaki beslenme durumu özellikleri

Özellik (n=27)	Her zaman	Bazen	Hiçbir Zaman
	n (%*)	n(%*)	n(%*)
Öğünlerde ekran kullanımı	8 (29,6)	11 (40,8)	8 (29,6)
Öğünlerle sıvı tüketimi	7 (25,9)	15 (55,6)	5 (18,5)
Aileden ayrı zamanda yeme	6 (22,2)	16 (59,3)	5 (18,5)
Yemekleri tükürme	2 (7,4)	11 (40,7)	14 (51,9)
Kusma-öğürme	4 (14,8)	12 (44,4)	11 (40,7)
Katı gıdayı reddetme	5 (18,5)	5 (18,5)	17 (63,0)
Ağızda yemek bekletme	5 (18,5)	8 (29,6)	14 (51,9)
Sofraya gelmeye direnç	10 (37,0)	11 (40,7)	6 (22,2)
Seçici yeme	15 (55,6)	10 (37,0)	2 (7,4)
Aile sofrasında farklı yemek yeme	8 (29,6)	10 (37,0)	9 (33,3)

*:Sütun yüzdesi

Tablo 6’da araştırmaya katılanların ilk başvuru zamanındaki bazı beslenme özellikleri verilmiştir.

Araştırma grubunun anne sütü alma süresi ortancası medyan (min-maks) 15 (0-30) ay, katı gıdaya geçiş zamanı ortancası 6 (4-36) ay ve besinleri blenderize etme süre ortancası 4 (0-72) aydır.

Tablo 7’de araştırmaya katılanların ilk başvuru ve güncel bazı beslenme durumu özellikleri verilmiştir. Bu beslenme durumu özellikleri arasındaki istatistiksel fark McNemar testi ile gösterilmiştir. Katılımcıların ilk başvuru ve güncel başvuru arasında öğün süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,065). Hazır paketli gıda tüketimi sıklığı ilk başvuruya göre artmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,006). Enteral ürün, vitamin, iştah arttırıcı kullanım oranı ilk başvuruya göre azalmış olup istatistiksel açıdan anlamlıdır (p:0,007).

Tablo 7. Araştırma grubunun ilk başvuru ve güncel beslenme durumu özelliklerinin karşılaştırılması

Özellik (n=27)	İlk Başvuru		Güncel		p
	n (%*)		n (%*)		
Öğün süresi	<30dk	15 (55,6)	<30dk	22 (81,5)	0.065
	30-60dk	6 (22,2)	30-60dk	5 (18,5)	
	>60dk	6 (22,2)	>60dk	-	
Hazır paketli gıda tüketimi	Her gün	3 (11,1)	Her gün	7 (25,9)	0.006**
	Haftada 3 -4	8 (29,6)	Haftada 3-4	14 (51,9)	
	Haftada 2 veya daha az	16 (59,3)	Haftada 2 veya daha az	6 (22,2)	
Enteral ürün - vitamin-iştah arttırıcı kullanımı	Balık yağı	13 (48,3)	Balık yağı	2 (7,4)	
	Mama	2 (7,4)	Mama	1 (3,7)	
	Multivitamin	9 (33,3)	Multivitamin	3 (11,1)	
	Sipraktin	2 (7,4)	Sipraktin	2 (7,4)	
	Kullanmıyor	10 (37,0)	Enteral ürün	1 (3,7)	
			İştah macunu	1 (3,7)	
Kullanmıyor	21 (77,8)				
Enteral ürün- vitamin-iştah arttırıcı kullanımı	Var	17 (63,0)	Var	6 (22,2)	0.007**
	Yok	10 (37,0)	Yok	21 (77,8)	

*:Sütun yüzdesi, **: McNemar testi yapılmıştır.

İlk başvuru zamanı takviye gıda olarak büyük oranda balık yağı kullanılırken okul dönemi çocuklarda multivitamin kullanıldığı görülmüştür (tablo 7).

Tablo 8. Araştırma grubunun bazı beslenme özelliklerinin dağılımı

Özellik (n=27)	İlk başvuru				Güncel			p
	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman		Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman	
	n(%*)	n(%*)	n(%*)		n(%*)	n(%*)	n(%*)	
Öğünlerde ekran kullanımı	8 (29,6)	11 (40,8)	8 (29,6)	Öğünlerde ekran kullanımı	10 (37)	10 (37)	7 (25,9)	>0,05
Kusma-öğürme	4 (14,8)	12 (44,4)	11 (40,7)	Beslenme sonrası kusma	-	7 (25,9)	20 (74,1)	0,022 **
Katı gıdayı reddetme	5 (18,5)	5 (18,5)	17 (63)	Katı gıda tüketmede zorluk	2 (7,4)	1 (3,7)	24 (88,9)	0,039**

*:Sütun yüzdesi

Tablo 8’de araştırmaya katılanların ilk başvuru ve g¼ncel bazı beslenme davranışı ¼zellikleri karşılaştırılmıştır. Beslenme sorunları her zaman ve bazen ile hiç grupları arasında karşılaştırılmıştır. Bu beslenme davranışlarının arasındaki istatistiksel fark McNemar testi ile g¼sterilmiřtir. Buna g¼re ilk başvuru ile g¼ncel değerlendirmede ekran kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Beslenme sırasında ve sonrasında kusma veya ¼ę¼rme davranışı okul d¼neminde azalmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,022$). Katı gıdayı reddetme davranışı g¼ncel başvuruda azalmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p:0,039$).

Tablo 9’da ocuk Yeme Davranışı ¼leęi alt gruplarının ortalama puanları verilmiştir.

Tablo 9. Çocuklarda Yeme Davranışı ¼leęinin Puanlarının Dağılımı ($n=27$)

	Ortalama puan \pm SS
Gıda heveslisi	8,67 \pm 3,46
Duygusal aşırı yeme	6,15 \pm 2,17
Gıdadan keyif alma	12,85 \pm 4,06
İçme tutkusu	8,22 \pm 3,19
Tokluk heveslisi	22,15 \pm 5,79
Yavaş yeme	11,22 \pm 4,41
Duygusal az yeme	12,04 \pm 2,88
Yemek seçiciliği	6,63 \pm 2,73

SS: standart sapma

Tablo 10. Araştırma grubunun ÇYDA ölçek alt grup puanların birbirleri arasındaki ilişkilerin dağılımı

		Gıda heveslisi	Duygusal Aşırı Yeme	Gıdadan Keyif Alma	İçme Tutkusu	Tokluk Heveslisi	Yavaş Yeme	Yemek Seçiciliği	Duygusal Az Yeme
Gıda heveslisi	r		0,416*	0,541**	0,217	-0,358	-0,341	0,121	-0,245
	p		0,031	0,004	0,277	0,066	0,081	0,548	0,219
	n		27	27	27	27	27	27	27
Duygusal Aşırı Yeme	r	0,416*		0,291	0,382*	-0,212	-0,169	0,202	0,142
	p	0,031		0,141	0,049	0,288	0,399	0,312	0,481
	n	27		27	27	27	27	27	27
Gıdadan Keyif Alma	r	0,541**	0,291		0,261	-0,451*	-0,674**	0,368	-0,495**
	p	0,004	0,141		0,189	0,018	0,000	0,059	0,009
	n	27	27		27	27	27	27	27
İçme Tutkusu	r	0,217	0,382*	0,261		0,112	-0,060	0,286	0,025
	p	0,277	0,049	0,189		0,578	0,765	0,148	0,903
	n	27	27	27		27	27	27	27
Tokluk Heveslisi	r	-0,358	-0,212	-0,451*	0,112		0,635**	-0,616**	0,689**
	p	0,066	0,288	0,018	0,578		0,000	0,001	0,000
	n	27	27	27	27		27	27	27
Yavaş Yeme	r	-0,341	-0,169	-0,674**	-0,060	0,635**		-0,332	0,586**
	p	0,081	0,399	0,000	0,765	0,000		0,090	0,001
	n	27	27	27	27	27		27	27
Yemek Seçiciliği	r	0,121	0,202	0,368	0,286	-0,616**	-0,332		-0,437*
	p	0,548	0,312	0,059	0,148	0,001	0,090		0,023
	n	27	27	27	27	27	27		27
Duygusal Az Yeme	r	-0,245	0,142	-0,495**	0,025	0,689**	0,586**	-0,437*	
	p	0,219	0,481	0,009	0,903	0,000	0,001	0,023	
	n	27	27	27	27	27	27	27	

r: Sperman rho korelasyonu

Çocuk yeme davranışı alt gruplarının birbirleri ile olan ilişkileri tablo 10'da verilmiştir.

Gıda heveslisi olmak ile gıdadan keyif almak arasında orta derecede pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardır ($r:0,541$, $p:0,004$).

Gıda heveslisi olmak ile aşırı yeme arasında orta derecede pozitif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:0,416$, $p:0,031$).

Gıda heveslisi olmak ile tokluk heveslisi olmak arasında düşük orta derecede negatif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($r:-0,358$, $p:0,066$).

Gıda heveslisi olmak ile yavaş yeme arasında düşük orta derecede negatif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($r:-0,341$, $p:0,081$).

Duygusal aşırı yeme ile içme tutkulusu olmak arasında düşük orta derecede pozitif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:0,382$, $p:0,039$).

Gıdadan keyif alma ile tokluk heveslisi olmak arasında orta derecede negatif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:-0,451$, $p:0,018$).

Gıdadan keyif alma ile yavaş yeme arasında negatif yönde istatistiksel olarak çok anlamlı iyi derecede korelasyon vardır ($r:-0,674$, $p:0,00$).

Gıdadan keyif alma ile duygusal az yeme arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta derecede korelasyon vardır ($r:-0,495$, $p:0,009$).

İçme tutkulusu olmak ile duygusal aşırı yeme arasında düşük orta derecede pozitif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:0,382$, $p:0,049$).

Tokluk heveslisi olmakla yavaş yemek arasında iyi derecede pozitif korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan çok anlamlıdır ($r:0,635$, $p:0,00$).

Tokluk heveslisi olmakla yavaş yemek arasında iyi derecede negatif korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan çok anlamlıdır ($r:-0,616$, $p:0,001$).

Tokluk heveslisi olmakla duygusal az yeme arasında iyi derecede pozitif korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan çok anlamlıdır ($r:0,689$, $p:0,00$).

Yavaş yemek ile yemek seçiciliği arasında düşük orta derecede negatif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($r:-0,332$, $p:0,09$).

Yavaş yemek ile duygusal az yeme arasında orta derecede pozitif korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan çok anlamlıdır ($r:0,586$, $p:0,001$).

Yemek seçiciliği ile duygusal az yeme arasında orta derecede negatif korelasyon vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:-0,437$, $p:0,023$).

Tablo 11’de ÇYDA alt grupları ile CBCL alt grupları arasındaki korelasyon verilmiştir. Sosyal içe dönüklük ile duygusal aşırı yeme arasında düşük orta derecede pozitif ilişki mevcuttur ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($r:0,342$, $p:0,081$). Duygusal aşırı yeme dışında diğer yeme davranışı alt grupları ile anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

Somatik sorunlar ile yeme davranışı alt gruplarının hiçbirinde anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

Anksiyete /depresyon puanları ile duygusal az yeme arasında düşük orta derecede pozitif korelasyon mevcuttur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r:0,333$, $p:0,09$).

Sosyal problem puanı ile tokluk heveslisi olma ve duygusal az yeme arasında korelasyon bulunmadı.

Düşünce problemleri ile yeme davranışı alt grupları arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

Dikkat problemleri puanları ile tokluk heveslisi olma arasında orta derecede pozitif korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:0,417$, $p:0,031$).

Dikkat problemleri puanları ile duygusal az yeme arasında orta derecede pozitif korelasyon vardır ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($r:0,445$, $p:0,02$).

Suçta yönelik davranışlar ile duygusal az yeme arasında korelasyon bulunmadı.

Saldırgan davranış ile yeme davranışı alt grupları arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

Sonuç olarak çocuklarda davranış problemlerinden dikkat eksikliği ile duygusal az yeme ve tokluk heveslisi olma arasında ilişki bulunmuştur. İçine kapanık çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da aşırı yeme ile pozitif yönde ilişki vardır.

Tablo 12. Araştırma grubunun ÇYDA alt grup puanları ve CBCL ölçeği içselleştirme, dışsallaştırma ve toplam problem puanlarının birbirleri arasındaki ilişkilerin dağılımı

		Gıda heveslisi	Duygusal Aşırı Yeme	Gıdadan Keyif Alma	İçme Tutkusu	Tokluk Heveslisi	Yavaş Yeme	Yemek Seçiciliği	Duygusal Az Yeme
Dışsallaştırma	r	-0,090	0,220	0,105	0,066	0,229	0,061	-0,034	0,242
	p	0,655	0,270	0,602	0,744	0,250	0,764	0,866	0,224
	n	27	27	27	27	27	27	27	27
İçselleştirme	r	-0,320	0,271	-0,163	-0,050	0,319	0,236	-0,174	0,412*
	p	0,104	0,172	0,416	0,804	0,104	0,236	0,386	0,033
	n	27	27	27	27	27	27	27	27
CBCL toplam problem puan	r	-0,170	0,249	-0,053	-0,026	0,303	0,200	-0,111	0,355
	p	0,397	0,211	0,794	0,897	0,125	0,316	0,583	0,069
	n	27	27	27	27	27	27	27	27

Tablo 12’de Çocuk Yeme Davranış Ölçeği alt grupları ile CBCL’nin içselleştirme, dışsallaştırma ve toplam problem puanı arası korelasyon verilmiştir.

Dışsallaştırma puanları ile yeme davranışı alt grupları arasında anlamlı korelasyon yoktur.

İçselleştirme puanları ile gıda heveslisi olma arasında korelasyon bulunmadı.

İçselleştirme davranışları ile duygusal az yeme arasında pozitif yönde orta derecede ilişki vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (r:0,412, p:0,033).

CBCL ölçeği toplam puan ile tokluk heveslisi olma ve duygusal az yeme arasında düşük orta derecede pozitif yönde ilişki vardır ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

5. TARTIŞMA

Yaşamın her evresinde önemi olan sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması için besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarlarda tüketilmesidir. Özellikle erken çocukluk dönemi, çocukların büyüme ve gelişmesinin en hızlı olduğu dönem olması nedeni ile daha önemlidir.

Çocuklarda beslenme sorunları oldukça yaygındır. Normal gelişim gösteren çocukların yaklaşık %25-50'si, gelişimsel engelli çocukların yaklaşık %80'e varan oranda beslenme sorunları yaşadıkları bildirilmektedir (1). Erken dönemde yeme sorunu olan çocukların büyük kısmı davranış temelli nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar genellikle geçicidir ve ciddi sonuçlara yol açmaz. Ancak ailelerde yüksek düzeyde kaygıya yol açar. Küçük çocukların gelişimi, ebeveynler ile günlük etkileşimlerinden etkilenir. Çocuk ile ebeveynler arasında ortaya çıkan çatışma, okul dönemi ve adolesan dönemde duygusal ve davranışsal problemlere neden olmaktadır. Bu çocukların az bir kısmında ileri dönemde beslenme bozukluğu görülmektedir. Bu konuda literatürde yapılan çalışmaların az olması nedeniyle, bu konu üzerine yapılacak çalışmalarla, çocukların erken dönemde görülen beslenme sorunlarının ileride görülecek beslenme, duygusal ve davranışlar sorunları açısından risklerin belirlenmesi ve birbirleri arasındaki ilişkinin aydınlatılması planlanmıştır.

Bu çalışma, erken çocukluk dönemi 0-6 yaş arası beslenme sorunu yaşayan çocukların okul döneminde 6-9 yaş arası beslenme davranışlarını saptamak aynı zamanda beslenme tutumunun çocukların davranışsal ve duygusal sorunları arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan çocukların %66'sı erkek, %33,3'ü kız cinsiyette saptanmıştır. Yaşları 6-9 yaş arasıdır. Araştırmaya katılanların %74,1'i normal doğum ağırlığında doğmuştur. İlk başvuru anında kronik tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlığı olmayan katılımcıların ilk başvurudan bu yana %18,5'ine kronik hastalık, %11,1'ine psikiyatrik hastalık tanısı konulmuştur.

Çalışmada okul öncesi dönemde beslenme sorunu olan çocukların okul öncesi dönemde ve okul dönemi beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Yapılan topluma dayalı büyük bir kohort çalışmasında 4191 çocuğa 4 yaşında uygulanan Çocukların Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) ile yeme davranışı belirlenmiştir. Dört yaşında yemek seçen kişiler olarak tanımlanan katılımcıların, 6 yaşında vücut kitle indeksi, yağ kitle indeksi ve yağsız kitle indeksi için standart sapma puanları, yemek seçmeyenlere göre daha düşük ve zayıf olma riski daha yüksektir saptanmıştır (54). Çalışmamızda sadece seçici yeme davranışının olmaması ve örneklem sayısının az olmasının bu ilişkiyi göstermekte yetersiz olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada ilk başvuru ve güncel başvuru arasında öğün süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hazır paketli gıda tüketimi sıklığı ilk başvuruya göre artmış olup, enteral ürün, vitamin, iştah arttırıcı kullanım oranı ilk başvuruya göre azalmıştır. Yaş arttıkça özerkliğin artması nedeni ile sağlıklı beslenme davranışı artmış olup takviye gıdaların tercihinin azaldığı görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çocuklar ve ergenler arasında vitamin ve mineral takviyesi kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada 2-4 yaş arası takviye besin alan çocukların oranı %43,1 iken, 5-11 yaş arası %37,4, 12-17 arası %26,6 bulunmuştur (55). Çalışmamızla uyumlu olarak yaş ilerledikçe takviye gıda kullanım oranının azaldığı görülmektedir.

Çalışmada beslenme sırasında ve sonrasında kusma veya öğürme ve katı gıda reddetme davranışının güncel başvuruda azaldığı görülmüştür. Erken çocukluk döneminde beslenme davranış sorunlarının çok büyük bir kısmı, gelişimin bir parçası olarak değerlendirilmekte ve 6 yaş sonrası büyük oranda azaldığı bilinmektedir (48). Verilerimiz bunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda yeme davranışını değerlendirmek için Çocuk Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) kullanılmıştır. Sekiz alt ölçek puanlandırılmıştır. Türkiye'de yapılan okul döneminde 8-12 yaş arası çocuklarının yeme davranışının ÇYDA ile değerlendirildiği kesitsel bir çalışma (56) ile karşılaştırıldığında gıda heveslisi olma, duygusal aşırı yeme ve gıdadan keyif alma puanı daha düşük ancak içme tutkusu puanı daha yüksek saptanmıştır. Tokluk heveslisi olma, yavaş yeme ve duygusal az yeme

puanları daha yüksek saptanmış ancak yemek seçiciliği puanı daha düşük bulunmuştur. Karşılaştırılan çalışma 8-12 yaş arasındaki çocukları içeren okul bazlı bir çalışmadır. Sonuçlar arasındaki farklar, yaş grubunun farklı olması ve çalışmamızda yeme sorunu ile başvurmuş çocukların olması ile ilişkilendirilebilir. Okul çalışması ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda genel olarak gıdaya yaklaştıran alt ölçeklerde daha düşük puan, gıdadan uzaklaştıran alt ölçeklerde daha yüksek puan saptanmıştır. Bu da erken çocukluk döneminde yeme sorunu olan çocukların normal popülasyona göre gıdadan kaçınan tarzda beslenme davranışının daha çok olduğunu düşündürmektedir. İçme tutkusu gıdaya yaklaştıran alt ölçeklerden biri olsa da çocukların yemek yememek ve midelerini doldurmak amaçlı daha fazla içecek tükettikleri düşünülmektedir. Çalışmamızda da içme tutkusu puanının daha yüksek olması bunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda esas olarak beslenme davranışı ile duygusal davranışsal problemler arasında korelasyon incelenmiştir. Bu amaçla çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini değerlendirmek için Child Behavior Checklist (CBCL 6-18) kullanılmıştır.

Çalışmada duygusal az yeme ve tokluk heveslisi olma ile dikkat problemleri arasında, içselleştirme ile duygusal az yeme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Duygusal yeme, kaygı, depresyon ve yalnızlık gibi bir dizi olumsuz duyguya yanıt olarak yemek yeme olarak tanımlanmaktadır. Bazı insanlar güçlü duygular karşısında daha az yemek yerler, ancak bazıları duygusal sıkıntıyla mücadele etmek için dürtüsel veya aşırı yemeye yönelebilir. Duygusal yeme, düşük benlik saygısı, sosyal kaygı ve yetersizlik duyguları gibi bir dizi duygusal sorunla ilişkilidir (57). Duygusal yemenin ilişkili olduğu bu duygusal sorunlar davranışsal problemleri de beraberinde getirmektedir.

Çalışmamızda dikkat problemleri, tokluk heveslisi olma ve duygusal az yeme ile ilişkili bulunmuştur. Duygusal az yeme ve tokluk heveslisi olma birbiri ile yüksek derecede ilişkili yemekten kaçınan beslenme davranışıdır. Literatürde tokluk heveslisi olmadan ziyade duygusal yeme ile dikkat eksikliği arası ilişkiye yer verilmiştir.

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada 4 yaşında gıda duyarlılığı (yemeğin görüntü veya kokusu gibi dış etkenlere yanıt olarak yemek yeme dürtüsü) olan çocukların 6 yaşında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Dört yaşındaki gıda duyarlılığı, 6 yaşındaki hiperaktivite ile pozitif ilişkili iken duygusal aşırı yeme, DEHB ile negatif ilişkili bulunmuştur. Analizin gıda duyarlılığına göre ayarlanmış olmasının bu sonuca sebep olduğu düşünülmüştür. Gıda duyarlılığının, 6 yaşındaki DEHB semptomlarının erken bir belirteci olduğu düşünülmektedir. Gıda duyarlılığı şeklindeki aşırı yeme, dürtüsellığe yatkınlıktan kaynaklanabilir. Yeme davranışları ile daha sonraki dikkat sorunları arasında ise bir ilişki bulunmamıştır (58).

Yunanistan'da yapılan bir başka çalışmada ise toplum temelli bir okul öncesi çocuk örnekleminde, yeme davranışları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çocukların yemeğe tepki verme ve duygusal olarak aşırı yeme gibi yemeğe yaklaşma davranışlarının, 4 yaşında dürtüsellik, dikkatsizlik ve hiperaktivite dahil olmak üzere çocuklarda DEHB semptomlarıyla ilişkili bulunmuştur (59).

Mevcut literatür, DEHB'li bireylerde tıkanırcasına yeme gibi anormal yeme davranışlarının daha yaygın olduğunu desteklemektedir. Özellikle hiperaktivite ve dürtüsellik gibi DEHB semptomlarının bazı yeme problemleriyle pozitif ilişkisi bilinmektedir. Bulimia Nervosa gibi anormal beslenmenin ve özellikle dürtüsellüğün tetiklediği yemenin, DEHB ile obezite arasındaki ilişkide önemli bir aracı olduğu kabul edilmektedir (60). Birçok çalışma obezite ve DEHB arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için farklı hipotezler öne sürmüştür.

Barker ve arkadaşlarının yakın zamanda yaptığı bir çalışmada kilo, yeme bozuklukları ve DEHB belirtileri arasındaki ilişkinin ortak genetik yatkınlığa bağlı olabileceğini gözlemlenmiştir (61).

Choudhry ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yağ ve obezite ilişkisi transkript geni (FTO) minör aleli olan çocukların DEHB semptomları geliştirme olasılığı daha düşük bulunmuştur. FTO rs8050136 polimorfizminin A alelinin DEHB'li çocuklara ebeveynlerinden yetersiz aktarıldığı gösterilmiştir (62). Bu gen ile DEHB semptomlarından bağımsız olarak gıda duyarlılığı ile pozitif ilişkili

saptanmıştır. Fleming ve Levy tarafından önerilen bir diğer mekanizma ise DEHB'li bireylerin açlık ve tokluğun içsel sinyallerine yanıt veremeyebilecekleri ve bu nedenle gerektiğinde yemeyi unutabilecekleri ve daha sonra aşırı yemek yiyebilecekleridir (45).

Çin'de ilkokul çocuklarında yapılan bir çalışmada DEHB, anormal yeme ve obezite arasındaki ilişkiye bakılmış. DEHB ile hem duygusal aşırı yeme hem duygusal az yeme ilişkili bulunmuştur. DEHB ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki depresyon, dürtüsellik, genetik gibi birçok faktörün etkileşimi ile oluştuğu bu sebeple DEHB olan bireylerin birçok beslenme davranış paterni olabileceği düşünülmüştür. DEHB'nin depresyon üzerinden etkisi ile de duygusal az yeme ile ilişkisi olduğu düşünülmüştür (63). Yapılan bir başka çalışmada DEHB'li çocukların, özellikle kızlar için, yaşlarına göre önemli ölçüde daha yüksek kısıtlayıcı yeme davranışı sergiledikleri gösterilmiştir (64).

Bizim çalışmamızda dikkat problemleri, duygusal aşırı yeme ile ilişkili bulunmamıştır ancak duygusal az yeme ve tokluk heveslisi olma ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda dikkat eksikliği tek olarak değil, DEHB içinde değerlendirilmiştir. Sadece dikkat problemleri ile duygusal yeme arasında ilişki bakılmamıştır. DEHB'li bireylerin beslenme davranışında, dürtüsellik de etkili olması bunun da aşırı yeme ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Literatürde Türk çocukları üzerinde yapılan benzer çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca çalışma grubumuzun sayıca az olması ve duygusal aşırı yemenin erken yaşta daha az görülmesi nedeni ile bu ilişkiyi göstermede yetersiz olduğu düşünülmektedir.

DEHB'li çocuklar genellikle düşük sosyal tanınma, düşük okul başarısı ve duygudurum bozukluklarının yüksek oranda eşlik etmesinden muzdariptir ve bunlar duygusal yemeye katkıda bulunabilir (65). Çalışmamızda DEHB ile duygusal az yeme arasında ilişki bulunması bunu destekler niteliktedir.

DEHB'ye bağlı dürtüsellik sonucu bireylerde suça yönelik davranış riski olduğu bilinmektedir. Dürtüsellik, dışsallaştırma problemlerine neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada 6-12 yaş arası duygusal aşırı yemesi olan çocukların öz saygı eksikliği ve suça yönelik davranış ve agresif davranışın oluşturduğu dışsallaştırma

sorunları olduğu gözlenmiştir (66). Dürtüselliği olan bu çocuklarda dikkat eksikliği saptanmamıştır. Çalışmamızda hiçbir yeme davranışı dışsallaştırma problemleri ile ilişkili bulunmadı.

Çalışmamızda duygusal az yeme, somatik yakınma, sosyal içe dönüklük ve anksiyete/depresyon skorları ile ilişkili bulunmamıştır ancak bunların tümünü içeren içselleştirme puanı ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Gerilim, sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygulara tepki olarak yemek yeme anlamına gelen duygusal yemenin davranış sorunları ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Daha çok ergenlik döneminde duygusal yeme davranışı görülmesine rağmen erken ve geç çocukluk döneminde de duygusal yeme davranışı görülmektedir. Stresle birlikte vücutta biyolojik yanıt olarak iştah baskılanır. Duygusal problemlerle başa çıkmanın yolu olarak görülen duygusal yeme, öğrenilen anormal biyolojik yanıtıdır (67). Küçük çocuklar stresle karşılaştıklarında iştahları kapanır ancak daha büyük çocuklarda özellikle ergenlerde stresle başa çıkmak amacı ile daha fazla yeme davranışı görülür (68).

Van Strien ve ark. tarafından 3-5 yaş arası strese yanıt olarak aşırı yeme davranışının henüz oluşmadığı, erken çocukluk döneminde stresin doğal olarak yeme eğilimini engellediği, orta çocukluk döneminde öğrenilmiş anormal yeme davranışı olduğu öne sürülmüştür. (68) Çalışmamızda duygusal az yeme davranışı görülmüş olup yaş grubumuzun 6-9 yaş arası olması nedeni ile ileride duygusal aşırı yeme davranışlarının görülebileceğini düşündürmektedir.

Vannucci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 8-18 yaş arası çocuklarda duygusal yemesi olanların depresyon skorlarının ve alt grupları sosyal içe dönüklük, anksiyete/depresyon ve somatik yakınmalar olan içselleştirme semptomlarının olduğu görülmüştür (69). Çalışmada duygusal aşırı yeme davranışının görüldüğü gözlenmiş ancak bizim çalışmamızda duygusal az yeme içselleştirme problemleri ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın yaş grubunun adolesan dönemini de kapsıyor olması bu farkı açıklayabilir. Ayrıca çalışmada sosyal içe dönüklük ve somatik yakınma ile duygusal yeme arasında ilişki saptanmaması bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Rodgers ve arkadaşları tarafından 2 yaşında çocuğu olan anneler üzerinde yapılan bir çalışmada daha fazla depresyon, kaygı ve stres yaşayan annelerin duygusal yeme eğilimi gösterme, çocuklarında duygusal beslenme yöntemlerini kullanma ve duygusal yeme davranışı gösteren çocuklara sahip olma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (70). İçselleştirme sorunları fazla olan ebeveynler kendi duygularını düzenlemek için daha fazla yerler. Çocuklarını yemekle ödüllendirme ve cezalandırma davranışları daha sık görülür. Duygusal beslenen ebeveynlerin çocukları, fiziksel belirtilerden ziyade duygusal yanıt olarak yeme eğilimi gösterirler. Çocuklar da ileri yaşlarda duygularını düzenlemek için yemek yemeyi bir araç olarak görebilirler. Aynı zamanda ebeveyndeki kaygı, anksiyete, depresyon sorunları, erken çocukluk döneminde daha belirgin olmak üzere çocuklardaki duygusal problemler üzerinde oldukça etkilidir (70, 71). İçselleştirme sorunu olan ebeveynlerin çocuklarındaki duygusal yeme, çocuklarda da benzer içselleştirme problemlerinin olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan bir başka çalışmada 3 yaş altı beslenme sorunu olan çocukların 6 yıl sonraki değerlendirmelerinde kontrol grubuna göre daha fazla içselleştirme sorunu olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada sorunlu yeme davranışının en çok yemek seçiciliği ve yeme reddi olduğu gözlenmiştir (72).

Çocuklarda duygusal yemede etkili pek çok faktör olduğu düşünülmektedir. Farrow ve arkadaşlarının 5-7 yaş arası çocuklara yaptığı laboratuvar temelli bir çalışmada, 3-5 yaşlarında iken çocukları yiyeceklerle ödüllendiren annelerin çocuklarında strese tepki olarak aşırı yeme olasılıklarının daha yüksek olduğu ve stres karşısında daha üzgün oldukları gösterilmiştir (34). Duygu durumun etkilendiği bu durumda ileride ortaya çıkacak davranış problemleri kaçınılmaz görünmektedir.

Van Strien ve arkadaşları tarafından ergenlerde yapılan bir çalışmada depresyon belirtileri, düşük serotonin düzeylerine ilişkin genetik risk ve duygusal yeme arasındaki ilişkiler gözlenmiştir. Çalışma, ergen depresyon semptomlarının, özellikle de düşük serotonin düzeylerine genetik yatkınlığı olanlarda duygusal yeme ile ilişkili bulunmuştur (73). Çalışmamızda duygusal aşırı yeme depresyon ile ilişkili bulunmamıştır. Çalışmamızın ergenlik öncesi yapılan bir çalışma olması nedeni ile ilişki olmadığı düşünülmektedir.

Yapılan bir kesitsel çalışmada 1-3 yaş arası beslenme bozukluğu olan çocukların kontrol grubuna göre somatik yakınma, anksiyete/depresyon ve saldırgan davranış puanları daha yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada yeme sorununun sebebinin beslenme sırasındaki anne- çocuk etkileşiminin işlevsizliği ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (74). Çalışmamızda içselleştirme sorunlarından olan anksiyete/depresyon ve somatik yakınma ile dışsallaştırma sorunlarından olan saldırganlık ile hiçbir yeme davranışı arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda ebeveynlerin beslenme tutumu değerlendirilmemiştir, yaş grubu bahsedilen çalışmadaki yaş aralığı ile farklıdır.

Aşırı yeme, fazla kilolu olmak ve obezite açısından risk faktörüdür. Obezite ve fazla kilolu olmak ergenlik döneminde düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon ve depresyon ile ilişkilidir. Çalışmamızın yaş grubu, ergenlik öncesi dönem olması ve obez bireylerin az sayıda olması nedeni ile obezite ilişkili depresyon ve duygusal fazla yeme arasında anlamlı ilişki bulunmadığı düşünülmektedir. Ancak ileri yaşlarda duygusal problemler açısından riskli oldukları düşünülebilir.

Çalışmamızda duygusal aşırı yeme ile sosyal içe dönüklük arasında istatistiksel olarak tam anlamlı olmayan ama düşük orta derece bir korelasyon bulunmuştur. Duygusal problemlerin içselleştirme sorunları ile ilişkili olduğu aynı zamanda sosyal ilişkileri olumsuz etkilemesi nedeni ile çocuğun yalnız kalmasına sebep olduğu, yalnızlığın ise keyif verici bir aktivite olan yeme isteğini arttırdığı düşünülmektedir.

Micali ve arkadaşları tarafından 5-7 yaş arası çocukların yeme davranışları ile psikopatoloji arasındaki ilişki gösteren çalışmada duygusal fazla yeme, daha sık duygusal problemle ilişkili bulunmuştur. Duygusal yetersiz yeme, duygusal bozukluklar ve fonksiyonel somatik semptomlarla ilişkili bulunmuştur (75). Bu da duygusal az yemenin ileride duygusal bozukluk ve yeme bozukluğu açısından risk olduğunu düşündürmektedir. Yeme davranışı ile somatik yakınma arasında direk ilişki daha önceki çalışmalarda gösterilmemiştir. Çalışmamızda da duygusal az yeme ile somatik yakınma, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük arasında ilişkili saptanmamıştır.

Çalışmamızda seçici yeme, hiçbir davranış problemi ile ilişkili bulunmamıştır. Seçici yeme, okul öncesi dönemde oldukça yaygındır. On sekiz ay ve 4 yaş arası gıda neofobisinin olduğu dönemdir. Çocuklar bu dönemde alışık olmadıkları besinleri yemeyi tercih etmez, yeni gıdaların tadına bakmadan reddederler. Yüksek yaygınlık ve görülme sıklığı, okul öncesi çağda seçici yemenin genellikle normal gelişimin bir parçası olduğunun bir göstergesidir (48). Bununla birlikte, seçici yeme sorunlarının bir kısmının yaygın gelişimsel bozukluklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (76). Otizmlili çocuklarda seçici yemek yeme yaygınlığının %90 kadar yüksek olduğu ve sıklıkla erken yaşlardan itibaren ortaya çıktığı bulunmuştur (77).

Hollanda'da yapılan büyük bir kohort çalışmasında seçici yeme açısından çocuklar 1,5 yaş, 3 yaş ve 6 yaşlarında iken değerlendirilmiş, ısrarcı seçici yeme gelişimsel sorunlarla ilişkili bulunurken duygusal ve davranışsal sorunlarla arasında ilişki bulunmamıştır (45). İsrarcı seçici yemenin yaygın gelişimsel sorunların erken bir semptomu olabileceği düşünülmektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi 2014 verilerine göre otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanısının konulma ortalaması 4 yaş üzeri bulunmuştur. İsrarcı seçici yeme, değerlendirme öncesi otizm tanısı konulmuş olsa da semptomları çok belli olmayan hafif otizmleri tanımda yardımcı olabilir.

Seçici yeme, klinikte hafif semptomlara sebep olmakla birlikte Kaçınan/Kısıtlı Gıda Alım Bozukluğu (ARFID) gibi ciddi klinik bozukluklara yol açabilir. ARFID, seçici yemenin aşırı bir biçimi olarak kabul edilmektedir ve diğer yeme bozukluklarıyla karşılaştırıldığında daha yaygın gelişimsel bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (78). Bu nedenle ısrarcı seçici yiyicilerin ARFID gelişimi açısından daha yüksek risk altında olduğunu düşünebiliriz.

Jacobi ve arkadaşları tarafından 8-12 yaş çocuklar arasında yapılan bir çalışmada seçici yeme davranışı olan çocukların, seçici yemesi olmayan çocuklara göre daha yüksek içselleştirme ve dışsallaştırma sorunu olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki seçici yeme davranışı olan çocuklar hem daha fazla içe kapanıklık, somatik yakınma, kaygı ve depresyon belirtileri hem de daha yüksek düzeyde saldırgan veya suça yönelik davranışlar ile karakterize edilmiştir. Küçük çocuklarda seçici yemenin mizaçla birlikteliklerini incelediklerinde seçici çocukların ebeveynlerinden olumsuz etkilenmeye daha yatkın oldukları bildirilmiştir (4).

Jacobi'nin çalışmasına benzer şekilde, büyük bir kohortta okul öncesi dönemde seçici yeme davranışı olan çocukların CBCL ile değerlendirilen tüm duygusal ve davranışsal problemlerde, toplam problemlerde, içselleştirme ve dışsallaştırma ölçeklerinde ve diğer problemlerde seçici olmayan yiyicilere kıyasla daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. DSM-5'e yönelik alt ölçeklerde seçici yeme davranışı olan çocukların depresif sorunlar, kaygı sorunları, otizm spektrum bozukluğu, yıkıcı olma, karşı gelme konusunda da daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (79). Çalışmamızda seçici yeme ile duygusal davranışsal problemler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Örneklemimizin küçük olmasının ve toplumumuzda ekonomik nedenlerle çocuğa yeni ve farklı gıda sunmanın yetersiz olmasının buna sebep olabileceği düşünülmektedir.

Yeme bozukluğu erken yaşlarda normal gelişimin bir parçası olmakla birlikte bir kısmının ileride yeme bozukluğu ve duygusal davranışsal bozukluklara ilerlediği bilinmektedir. Psikopatolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte risk grubunun belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışma ile okul öncesi dönemde çocuklardaki yeme sorunlarının okul dönemi beslenme davranışları ve duygusal ve davranışsal sorunlar arasındaki ilişki araştırıldı. Beslenme sorunları ile dikkat problemleri ve içselleştirme sorunları arasında ilişki saptandı. Beslenme sorunu devam eden çocukların eşlik eden duygusal ve davranışsal problemler açısından takip edilmesi erken tanı ve tedavi imkânı sağlayacaktır.

Çalışmanın kısıtlılığı, ilk başvuru zamanında yeme davranışının değerlendirildiği bir ölçeğin olmaması ve o zamanki beslenme sorununun ailenin beyanına dayanmasıdır. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı, CBCL ve ÇYDA anketlerinin kesim değerinin olmaması nedeni ile çocukları yeme ve davranış sorunu bulunma durumunu tanılamada yetersiz kalınmış olmasıdır. Çocuklarda yeme problemi devami durumu güncel olarak da annenin ifadesine göre kabul edilmiştir. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise örneklem sayısının az olmasıdır. Örneklem sayısı artırılarak bu konuda daha anlamlı veriler elde edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya erken çocukluk döneminde, ebeveynler tarafından beslenme sorunu olduğu belirtilen, en az bir kere Gelişimsel Pediatri bölümünde değerlendirilen ve beslenme önerilerinde bulunulan, okul döneminde olan 6-9 yaş arası 27 çocuk alınmıştır.

Çocukların %66,7'si erkek, %33,3'ü kız cinsiyette saptanmıştır. Araştırma grubunun ilk başvuru dönemindeki yaş dağılımları 2 yaş ve altında başvuranlar %14,8 (4), 3-4 yaşlarında başvuranlar %55,6 (15), 5 -6 yaşlarında başvuranlar %29,6 (8) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda çocukların ilk başvuru ile güncel başvuru arasında vücut ağırlığı, boy ve vücut kitle indeksi persentillerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yeme sorunu olan çocuklarda geçen sürede büyüme parametreleri değişiklik göstermemiştir.

Araştırma grubunun anne sütü alma süresi ortancası medyan (min-maks) 15 (0-30) ay, katı gıdaya geçiş zamanı ortancası 6 (4-36) ay ve besinleri blenderize etme süre ortancası 4 (0-72) ay saptanmıştır.

Araştırma grubunun ilk başvuruda sürekli olan %55,6 oranda seçici yeme davranışı olduğu saptanmıştır. İlk başvuru döneminde çocukların %59,3'ünde bazen aileden ayrı zamanda yeme, %55,6'sında öğünlerle sıvı tüketimi davranışı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların ilk başvuru ve güncel başvuru arasında öğün süresi açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Hazır paketli gıda tüketimi sıklığının ilk başvuruya göre artmış olduğu saptanmıştır.

Enteral ürün, vitamin, iştah arttırıcı kullanım oranının ilk başvuruya göre azaldığı saptanmıştır. İlk başvuru zamanı takviye gıda olarak büyük oranda balık yağı kullanılırken okul dönemi çocuklarda multivitamin kullanıldığı saptanmıştır.

İlk başvuru ile güncel değerlendirmede öğün sırasında ekran kullanımı açısından fark saptanmamıştır. Bu durum ekran kullanımının yemek yeme-yedirme sürecinde önemli bir sorun olarak her zaman ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Beslenme sırasında ve sonrasında kusma veya öğürme davranışının okul döneminde azaldığı saptanmıştır. Katı gıdayı reddetme davranışının güncel başvuruda azaldığı saptanmıştır. Bu durumun çocukların yaşlarının büyümesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocuklardaki yeme davranışını değerlendirmek için Çocuk Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) kullanılmıştır. Çalışmamızda normal popülasyona göre gıda heveslisi olma, duygusal aşırı yeme ve gıdadan keyif alma puanı daha düşük saptanmış ancak içme tutkusu puanı daha yüksek saptanmıştır. Tokluk heveslisi olma, yavaş yeme ve duygusal az yeme puanları daha yüksek saptanmış ancak yemek seçiciliği puanı daha düşük bulunmuştur.

Çalışmadaki çocukların duygusal ve davranışsal problemleri değerlendirmek için Child Behavior Checklist (CBCL 6-18) kullanılmıştır. Çocuklarda davranış problemlerinden dikkat eksikliği ile duygusal az yeme ve tokluk heveslisi olma arasında ilişki bulunmuştur. İçselleştirme davranışları ile duygusal az yeme arasında ilişki bulunmuştur.

Erken dönemde yeme sorunu olan çocukların beslenme sorunlarının büyük kısmı davranış temelli nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ailelere yeme davranışı ve beslenme tutumu konusunda verilen eğitim beslenme sorununun devam etmesine engel olacaktır. Yeme bozukluğu erken yaşlarda normal gelişimin bir parçası olmakla birlikte bir kısmının ileride yeme bozukluğu ve duygusal davranışsal bozukluklara ilerlediği bilinmektedir. Beslenme sorunu devam eden çocukların eşlik eden duygusal ve davranışsal problemleri olmaktadır. Bu nedenle çocukların bu açıdan takip edilmesi ve değerlendirilmesi erken tanı ve tedavi imkânı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *International journal of eating disorders*. 2010;43(2):98-111.
2. Knight RM, Albright JJ, Huth-Bocks A, Morris NK, Mills L, Klok K, et al. Impact of behavioral feeding intervention on child emotional and behavioral functioning, parenting stress, and parent-child attachment. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2019;69(3):383-7.
3. Kerzner B, Milano K, MacLean Jr WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53.
4. Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(7):626-34.
5. Ünsal A. Beslenme önemi ve temel besin öğeleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;2(3):1-10.
6. Zembat R, KILIÇ Z, Ünlüer E, Çobanoğlu A, Usbaş H, Bardak M. Çocuğun beslenme alışkanlığını kazanmasında okul öncesi eğitim kurumlarının yeri. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015.
7. Coşkun T. Anne sütü ile beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2003;25(2 S 172):175.
8. Savino F, Lupica MM. Breast milk: biological constituents for health and well-being in infancy. *Recenti progressi in medicina*. 2006;97(10):519-27.
9. Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I: Beslenme. *Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi*. 2005;48(1):79-195.
10. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatric Clinics of North America*. 2001;48(1):159-71.
11. Organization WH, UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*: World Health Organization; 2003.
12. Addressi E, Galloway AT, Visalberghi E, Birch LL. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite*. 2005;45(3):264-71.
13. Pliner P, Loewen ER. Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite*. 1997;28(3):239-54.
14. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*. 2018;10(6):706.
15. Murimi MW, Moyeda-Carabaza AF, Nguyen B, Saha S, Amin R, Njike V. Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. *Nutrition reviews*. 2018;76(8):553-80.
16. Phalen JA. Managing feeding problems and feeding disorders. *Pediatrics in review*. 2013;34(12):549-57.
17. Shaw RJ, DeMaso DR. *Textbook of pediatric psychosomatic medicine*: American Psychiatric Pub; 2010.
18. Eicher PS, Batshaw M. *Feeding and its disorders*. *Children With Disabilities 7th ed* Baltimore, MD: Brookes Publishing. 2012.

19. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(1):76-84.
20. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2019;68(1):124-9.
21. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11(2):80-92.
22. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50(2-3):181-93.
23. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children: Zero to three; 2009.
24. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004;104:57-64.
25. Cardona Cano S, Tiemeier H, Van Hoeken D, Tharner A, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Trajectories of picky eating during childhood: a general population study. *International journal of eating disorders*. 2015;48(6):570-9.
26. Volger S, Sheng X, Tong LM, Zhao D, Fan T, Zhang F, et al. Nutrient intake and dietary patterns in children 2.5-5 years of age with picky eating behaviours and low weight-for-height. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2017;26(1):104-9.
27. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics*. 2007;120(4):e1069-e75.
28. Marshall J, Hill RJ, Ware RS, Ziviani J, Dodrill P. Multidisciplinary intervention for childhood feeding difficulties. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2015;60(5):680-7.
29. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatric reports*. 2013;5(2):e10.
30. Chatoor I, Surles J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics*. 2004;113(5):e440-e7.
31. Okada A, Tsukamoto C, Hosogi M, Yamanaka E, Watanabe K, Ootyou K, et al. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Medica Okayama*. 2007;61(5):261-9.
32. Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Annals of nutrition and metabolism*. 2015;66(Suppl. 5):33-42.
33. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Current gastroenterology reports*. 2019;21:1-8.
34. Farrow CV, Haycraft E, Blissett JM. Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating—a longitudinal experimental design. *The American journal of clinical nutrition*. 2015;101(5):908-13.

35. Carper J, Fisher JO, Birch LL. Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*. 2000;35(2):121-9.
36. van Strien T, Bazelier FG. Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7–12-year-old boys and girls. *Appetite*. 2007;49(3):618-25.
37. Horn MG, Galloway AT, Webb RM, Gagnon SG. The role of child temperament in parental child feeding practices and attitudes using a sibling design. *Appetite*. 2011;57(2):510-6.
38. Vollrath ME, Tonstad S, Rothbart MK, Hampson SE. Infant temperament is associated with potentially obesogenic diet at 18 months. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2011;6(sup3):e408-14.
39. Baker LN, Witherspoon DO, Nicholson JS, Fuglestad AJ. The roles of child temperament, parent stress, and parenting style in family mealtimes. *Appetite*. 2023;188:106758.
40. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of public health*. 2007;29(2):132-41.
41. Blissett J, Haycraft E, Farrow C. Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *The American journal of clinical nutrition*. 2010;92(2):359-65.
42. 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.
43. Kleinert JO, editor *Pediatric feeding disorders and severe developmental disabilities*. Seminars in speech and language; 2017: Thieme Medical Publishers.
44. Putnick DL, Bell EM, Ghassabian A, Robinson SL, Sundaram R, Yeung E. Feeding problems as an indicator of developmental delay in early childhood. *The Journal of pediatrics*. 2022;242:184-91. e5.
45. Cardona Cano S, Hoek HW, Van Hoeken D, de Barse LM, Jaddoe VW, Verhulst FC, et al. Behavioral outcomes of picky eating in childhood: a prospective study in the general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(11):1239-46.
46. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1990;29(1):112-7.
47. Kelder SH, Perry CL, Klepp K-I, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American journal of public health*. 1994;84(7):1121-6.
48. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eating behaviors*. 2010;11(4):253-7.
49. Dahl M, Sundelin C. Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatrica*. 1992;81(8):575-9.

50. Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*. 2010;99(2):286-90.
51. Dumenci L, Erol N, Achenbach TM, Simsek Z. Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. *Journal of abnormal child psychology*. 2004;32:335-40.
52. Hollingshead AB, Frederick C. Social class and mental illness: A community study. *American Behavioral Scientist*. 1964;8(3):30-.
53. Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(4).
54. de Barse LM, Tiemeier H, Leermakers ET, Voortman T, Jaddoe VW, Edelson LR, et al. Longitudinal association between preschool fussy eating and body composition at 6 years of age: The Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2015;12:1-8.
55. Shaikh U, Byrd RS, Auinger P. Vitamin and mineral supplement use by children and adolescents in the 1999-2004 National Health and Nutrition Examination Survey: relationship with nutrition, food security, physical activity, and health care access. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2009;163(2):150-7.
56. Hamurcu P. 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yeme Davranışı, Beslenme Özyeterliliği, Ebeveynlerin Çocukların Beslenme Tarzi Üzerine Etkisi ile Sağlık Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2023;24(4):443-51.
57. Goldschmidt AB, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Cao L, Peterson CB, et al. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(3):281-6.
58. Leventakou V, Herle M, Kampouri M, Margetaki K, Vafeiadi M, Kogevinas M, et al. The longitudinal association of eating behaviour and ADHD symptoms in school age children: a follow-up study in the RHEA cohort. *European child & adolescent psychiatry*. 2022:1-7.
59. Leventakou V, Micali N, Georgiou V, Sarri K, Koutra K, Koinaki S, et al. Is there an association between eating behaviour and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschool children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(6):676-84.
60. Cortese S, Angriman M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and obesity: moving to the next research generation. *Pediatrics*. 2008;122(5):1155-.
61. Barker ED, Ing A, Biondo F, Jia T, Pingault J-B, Du Rietz E, et al. Do ADHD-impulsivity and BMI have shared polygenic and neural correlates? *Molecular psychiatry*. 2021;26(3):1019-28.
62. Choudhry Z, Sengupta SM, Grizenko N, Thakur GA, Fortier ME, Schmitz N, et al. Association between obesity-related gene FTO and ADHD. *Obesity*. 2013;21(12):E738-E44.

63. Tong L, Shi H, Li X. Associations among ADHD, abnormal eating and overweight in a non-clinical sample of Asian children. *Scientific reports*. 2017;7(1):2844.
64. Råstam M, Täljemark J, Tajnia A, Lundström S, Gustafsson P, Lichtenstein P, et al. Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a nationwide twin study of 9-and 12-year-old children. *The Scientific World Journal*. 2013;2013.
65. Gau SS-F, Ni H-C, Shang C-Y, Soong W-T, Wu Y-Y, Lin L-Y, et al. Psychiatric comorbidity among children and adolescents with and without persistent attention-deficit hyperactivity disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(2):135-43.
66. Tanofsky-Kraff M, Faden D, Yanovski SZ, Wilfley DE, Yanovski JA. The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;38(2):112-22.
67. Bruch H. Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within 1974.
68. Van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating behaviors*. 2007;8(2):251-7.
69. Vannucci A, Tanofsky-Kraff M, Crosby RD, Ranzenhofer LM, Shomaker LB, Field SE, et al. Latent profile analysis to determine the typology of disinhibited eating behaviors in children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013;81(3):494.
70. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, et al. Maternal negative affect is associated with emotional feeding practices and emotional eating in young children. *Appetite*. 2014;80:242-7.
71. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of women's mental health*. 2006;9:273-8.
72. Östberg M, Hagelin E. Feeding and sleeping problems in infancy—a follow-up at early school age. *Child: Care, health and development*. 2011;37(1):11-25.
73. van Strien T, van der Zwaluw CS, Engels RC. Emotional eating in adolescents: A gene (SLC6A4/5-HTT)–Depressive feelings interaction analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2010;44(15):1035-42.
74. Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *Journal of the American college of Nutrition*. 2004;23(3):259-71.
75. Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2011;32(8):572-80.
76. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans EW, Scampini R, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of pediatrics*. 2010;157(2):259-64.

77. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013;43:2159-73.
78. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of eating disorders*. 2014;2:1-8.
79. Machado BC, Dias P, Lima VS, Campos J, Gonçalves S. Prevalence and correlates of picky eating in preschool-aged children: A population-based study. *Eating Behaviors*. 2016;22:16-21.

8. EKLER

Ek-1: Veri Formu

Hasta Kodu		Cinsiyet	Kız	Erkek		
Doğum tarihi / Yaş		Anket tarihi				
Doğum ağırlığı		Doğum Haftası				
Kronik hastalık	Hayır	Evet(.....)				
Psikiyatrik hastalık	Hayır	Evet(.....)				
İlaç kullanımı	Hayır	Evet(.....)				
İLK BAŞVURU BİLGİLERİ						
Başvuru tarihi:		Yaş:				
Vücut Ağırlığı		Persentil				
Boy		Persentil				
Vücut kitle indeksi (VKI)		Persentil				
İzlem süresi						
GÜNCEL BÜYÜME PARAMETRELERİ						
Vücut Ağırlığı		Persentil				
Boy		Persentil				
Vücut kitle indeksi (VKI)		Persentil				
Günlük kalori alımı:						
AİLE BİLGİLERİ						
Anne yaşı						
Anne Eğitim	Okur Yazar Değil	Okur Yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
Çalışma durumu	Çalışmıyor		Meslek (.....)			
Kronik hastalık	Hayır		Evet (.....)			
Baba yaşı						
Baba Eğitim	Okur Yazar Değil	Okur Yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
Çalışma durumu	Çalışmıyor		Meslek (.....)			
Kronik hastalık	Hayır		Evet (.....)			
Kardeş sayısı	Kaçınıcı çocuk:					
Evde kaç kişi yaşıyor?	Çekirdek aile/Geniş aile					
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretten az (5500 TL)	5500-12000 TL	12000 TL üzeri			
Ailenin sosyodemografik yapısı	<ul style="list-style-type: none"> ○ Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile ○ Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne baba ○ Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne baba ○ Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne baba ○ Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne baba ○ Bilinmeyen 					

Başvurudaki beslenme öyküsü			
Anne Sütü			
Ek gıdaya geçiş			
Katı/pütürlü gıdaya geçiş ayı-besinleri blenderize etme süresi			
Öğün süresi	<30 dk	30-60 dk	>60 dk
Öğünlerde ekran kullanımı	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Öğünlerle sıvı tüketimi	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Aileden ayrı zamanlarda yeme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Yemekleri tükürme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Kusma,öğürme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Katı gıdayı reddetme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Ağızda yemek bekletme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Sofraya gelmeye direnç	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Seçici yeme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Aile sofrasında farklı yemek yeme	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Hazır paketli gıda tüketimi	Her gün	Haftada 3-4	Haftada 2 veya daha az
Enteral ürün&vitamindesteği&iştah artırıcı kullanımı			
Güncel beslenme öyküsü			
Öğün süresi	<30 dk	30-60 dk	>60 dk
Öğünlerde ekran kullanımı	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Beslenme sonrası kusma	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Katı gıda tüketmede zorluk	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Hazır paketli gıda tüketimi	Her gün	Haftada 3-4	Haftada 2 veya daha az
Okulda beslenme şekli			
Enteral ürün&vitamindesteği&iştah artırıcı kullanımı			

EK-2: Çocuk Yeme Davranışı Anketi

Açıklama: Aşağıda çocuğunuzun yeme davranışını değerlendiren bir takım soru ve ifadeler yer almaktadır. Bu soru ve ifadelerin altında yer alan seçeneklerden sizin için en uygun olanı lütfen (X) şeklinde işaretleyiniz

	Asla	Ara sıra	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1-Çocuğum yiyecekleri,yemeği sever.					
2-Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer.					
3-Çocuğum çok iştahlıdır.					
4-Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.					
5-Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir.					
6-Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.					
7-Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.					
8-Çocuğum yavaş yer.					
9-Çocuğum kızgınken, sinirliyken daha az yer.					
10-Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır.					
11-Çocuğum yorgunken daha az yer.					
12-Çocuğum sürekli yemek ister.					
13-Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda yer.					
14-İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir.					
15-Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer.					
16-Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.					
17-Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır.					
18-Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor.					
19-Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir.					
20-Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker.					

21-Çocuğum yemeği bitmeden doyar.					
22-Çocuğum yemek yemekten hoşlanır.					
23-Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.					
24-Çocuğumu yemekle mutlu etmek zordur.					
25-Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.					
26-Çocuğum çabuk doyar.					
27-Çocuğum yapacak birşeyi olmadığında daha çok yer.					
28-Çocuğum doymuş(tok) bile olsa, sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur.					
29-Çocuğum şans verilirse gün boyu içecek(su, meşrubat...) içecektir.					
30-Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.					
31-Çocuğum şans verilirse, daima içecek birşey bulabilir.					
32-Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir.					
33-Çocuğum tadına bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.					
34-Çocuğum şans verilirse, ağzında yemek, lokma tutar.					
35 .Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer					

Ek-3: Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

Açıklama: Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir diz madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2 bazen yada biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla) 1: Bazen ya da Biraz Doğru 2: Çok yada sıklıkla doğru

0 1 2 1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.	0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0 1 2 2. Alerjisi vardır (yeme, koklama, tozlu bir yerde bulunmakla kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs. olması)	0 1 2 34. Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür
_____	0 1 2 35. Kendini değersiz hisseder.
–	0 1 2 36. Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurulmaz
0 1 2 3. Çok tartışır.	0 1 2 37. Çok kavga, dövüş eder.
0 1 2 4. Astımı (nefes darlığı) vardır	0 1 2 38. Onunla çok alay edilir. (Arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2 5. Karşı cinsten biri gibi davranır.	0 1 2 39. Başlı dertte olan kişilerle dolaşır.
0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka bir yere yapar.	0 1 2 40. Olmayan sesler işitir. (açıklayınız):
0 1 2 7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar.	_____
0 1 2 8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0 1 2 41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder. (aklına eseni eseni yapar)
0 1 2 9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız)	0 1 2 42. Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder
0 1 2 10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir	0 1 2 43. Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2 11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır	0 1 2 44. Tırnaklarını yer
0 1 2 12. Yalnızlıktan yakınır	0 1 2 45. Sinirli ve gergindir.
0 1 2 13. Kafası karışıktır, şaşkın görünür	0 1 2 46. Kas seğirmeleri, tikleri vardır:
0 1 2 14. Çok ağlar	_____
0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder.	0 1 2 47. Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır
0 1 2 16. Başkalarına eziyet etmekten hoşlanır, zalimce davranır	0 1 2 48. Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0 1 2 17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur	0 1 2 49. Kabızlık çeker
0 1 2 18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.	0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır
0 1 2 19. Hep dikkat çekmek ister	0 1 2 51. Baş dönmesi vardır
0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir	0 1 2 52. kendini çok suçlu hisseder.
0 1 2 21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	0 1 2 53. Aşırı yemek yer
0 1 2 22. Evde söz dinlemez	0 1 2 54. Aşırı yorgundur
	0 1 2 55. Çok kiloludur
	56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:
	0 1 2 a. Ağrılar, sızılar
	0 1 2 b. Baş ağrıları
	0 1 2 c. Bulantı, kusma hissi
	0 1 2 d. Gözle ilgili şikâyetler (açıklayınız):

- 0 1 2 23. Okulda söz dinlemez
 0 1 2 24. İştahsızdır, az yemek yer
 0 1 2 25. Diğer çocuklarla geçinemez
 0 1 2 26. Kötü davranışlarından dolayı utanmaz, suçluluk duymaz
 0 1 2 27. Genellikle kıskançtır
 0 1 2 28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum, kil kalem, silgi gibi) (açıklayınız): _____
 0 1 2 29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız): _____
 0 1 2 30. Okula gitmekten korkar
 0 1 2 31. Kötü bir şey düşünmekten ya da yapmaktan korkar
 0 1 2 32. Mükemmel olması gerektiğine inanır

0: Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla) doğru

- 0 1 2 e. Döküntüler ya da başka cilt sorunları
 0 1 2 f. Mide-karın ağrısı ve kramplar
 0 1 2 g. Kusma
 0 1 2 h. Diğer (açıklayınız): _____

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok yada sıklıkla doğru

- 0 1 2 57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur
 0 1 2 58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız): _____

- 0 1 2 59. Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar
 0 1 2 60. Cinsel organıyla çok fazla oynar
 0 1 2 61. Okul başarısı düşüktür
 0 1 2 62. Dengesiz ve sakardır.
 0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.
 0 1 2 64. Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.
 0 1 2 65. Konuşmayı reddeder.
 0 1 2 66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız): _____

- 0 1 2 67. Evden kaçır
 0 1 2 68. Çok bağırır, çağırır
 0 1 2 69. Sır küpüdür, iyi sır saklar
 0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız): _____

- 0 1 2 71. Sıkılgan ve utangaçtır
 0 1 2 72. Yangın çıkartır
 0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): _____

- 0 1 2 85. Alışılmadık, acayip düşünceleri vardır (açıklayın): _____

- 0 1 2 86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir
 0 1 2 87. Mizacı ya da duyguları çabuk değişir
 0 1 2 88. Çok sık küser
 0 1 2 89. Şüphelidir
 0 1 2 90. Küfürlü ve açık saçık konuşur
 0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder.
 0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız): _____

- 0 1 2 93. Çok fazla konuşur
 0 1 2 94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder
 0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir
 0 1 2 96. Cinsel konuları fazlaca düşünür
 0 1 2 97. İnsanları tehdit eder.
 0 1 2 98. Parmak emer
 0 1 2 99. Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür
 0 1 2 100. Uyku sorunu vardır: _____

- 0 1 2 101. Okuldan kaçır, dersini asar
 0 1 2 102. Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir
 0 1 2 103. Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir
 0 1 2 104. Çok yüksek sesle konuşur

	0 1 2 105. Tıbbi amaç dışında alkol yada ilaç kullanır
0 1 2 74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar	(açıklayınız): _____
0 1 2 75. Çekingen ve ürkektir	_____
0 1 2 76. Çocukların çoğundan daha az uyur	_____
0 1 2 77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız):	_____
0 1 2 78. Kakasıyla oynar yada etrafa bulaştırır	0 1 2 106. Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır
0 1 2 79. Konuşma güçlüğü vardır (açıklayınız): _____	0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır
_____	0 1 2 108. Yatağını ıslatır
0 1 2 80. Boş gözlerle uzun uzun bakar	0 1 2 109. Sızlanır, mızırdanır
0 1 2 81. Evden çalmaları vardır	0 1 2 110. Karşı cinsten olmayı ister
0 1 2 82. Evin dışında çalmaları vardır	0 1 2 111. İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez
0 1 2 83. İhtiyacı olmayan nesnelere toplar, biriktirir (tanımlayınız):	0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert edinir
_____	113. Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilemeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız:
_____	_____
0 1 2 84. Alışılmadık, acayip davranışları vardır (açıklayınız):	0 1 2
_____	_____
_____	_____
_____	_____