

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKIYATRİSİ
ANABİLİM DALI
Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Saliha BAYKAL

YEME REDDİ OLAN OKUL ÖNCESİ DÖNEM
ÇOCUKLARDA ANNE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
BAĞLANMA STİLLERİNİN İNCELENMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Tuğçe Yıldız

TEKİRDAĞ-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini aktaran, ilgi ve desteğini hiç esirgemeyen, en zor zamanlarımda motivasyonumu arttıran, öğrencisi olmaktan gurur ve keyif duyduğum kıymetli hocam Doç. Dr. Saliha Baykal'a,

Birlikte kısa bir süredir çalışmamıza rağmen kendisinden çok şey öğrendiğim ve uzmanlık sürecimde de birlikte güzel çalışmalar yapacağımıza inandığım hocam Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yazkan Akgül'e,

Asistanlık sürecinde birlikte çalıştığım, bilgilerimizi ve deneyimlerimizi paylaşarak birbirimize destek olduğumuz Dr. Meriç Meriçli'ye,

Sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen, bugüne gelmemde çok büyük emeği geçen sevgili annem, babam ve ablama,

Hayatıma renk getiren, neşe kaynağım yeğenim Miran'a,

Sevgisi ve desteğiyle her daim yanımda olan sevgili eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
BESLENME VE YEME DAVRANIŞLARI.....	3
BAĞLANMA	22
MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK.....	27
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	31
BULGULAR.....	36
TARTIŞMA.....	49
SONUÇLAR.....	57
ÖZETLER.....	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AN: Anoreksiya Nevroza

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BLW: Baby-Led Weaning

BN: Bulimiya Nervosa

CEBQ: Children's Eating Behaviour Questionnaire

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi

DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi

DC: 0-5: Bebeklik ve Erken Çocukluğun Akıl Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukları Tanı Sınıflaması

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV

DSM-IV-TR: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV-Yeniden Düzenlenmiş

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-V

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBÖ: Erişkin Bağlanma Ölçeği

ICD-11: Uluslararası Hastalık Sınıflaması-11

İY: İş Birliği Yapma

KA: Kendini Aşma

KKYAB: Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

KY: Kendini Yönetme

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

ÖB: Ödül Bağımlılığı

SE: Sebat Etme

YA: Yenilik Arayışı

YDT: Yabancı Durum Testi

ZK: Zarardan Kaçınma

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Çocuklarda yeme davranışları gelişim sırası

Tablo 2. Yeme bozukluğu düşündürebilecek belirtiler ve bulgular

Tablo 3. Beslenme bozukluklarında organik ve davranışsal kırmızı bayrak işaretleri

Tablo 4. Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri

Tablo 5. Yetersiz Yeme Bozukluğu DC: 0-5 tanı ölçütleri

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubuna göre sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun temel bakım veren kişiler açısından karşılaştırılması

Tablo 8. Hasta ve kontrol grubunun doğum ve doğum sonrası süreç ile ilişkili bazı özellikleri

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun emzirme ile ilişkili özellikleri

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunda bulunan çocukların antropometrik ölçümleri

Tablo 11. Hasta grubunun yeme problemleri ile ilişkili özellikleri

Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunun MKE puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunun EBÖ puanları ve bağlanma stilleri açısından karşılaştırılması

Tablo 14. Yeme reddi gruplarının MKE puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 15. Yeme reddi gruplarının EBÖ puanları ve bağlanma stilleri açısından karşılaştırılması

Tablo 16. İştahsızlık olan ve olmayan grubun MKE ve EBÖ puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 17. Seçici yeme olan ve olmayan grubun MKE ve EBÖ puanları açısından karşılaştırılması

Tablo18. Korkma ve kaçınma olan ve olmayan grubun MKE ve EBÖ puanları açısından karşılaştırılması



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Kerzner'in yeme bozuklukları yönetim ve sınıflamasına alternatif yaklaşımı



GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlarda beslenme ve yeme davranışı çocuğun motor, duyuşal ve emosyonel kapasitesi, ödül sistemi, sosyal çevre, kültürel özellikler, anne-babanın bakım verme becerileri gibi birçok parametrenin etkileşimi ile gelişir (1). Bebek ve küçük çocuklardaki yeme problemleri (yemek seçme, kısmi veya tam yeme reddi, yeme korkusu) çok sık görülmekle birlikte bunların bir kısmı sık kullanılan tanı sınıflama sistemlerindeki yeme bozuklukları tanılarına karşılık gelirken bir kısmı tanı değeri taşımaz. Çoğu çocukta beslenme problemleri hafif ve geçici olsa da bazı çocuklarda süreklilik gösterebilir. Hem oldukça sık görülmesi hem de fiziksel ve zihinsel gelişme geriliği ve çeşitli davranış sorunları ile bağlantısından dolayı erken çocukluk dönemindeki beslenme problemlerinin tanı ve tedavisi önem taşımaktadır (2).

Yeme bozukluklarının sebepleri geçmişte her ne kadar organik ve organik olmayan şeklinde ayrılssa da organik etiyojolojiye sahip olguların %80'den fazlasında davranışsal bileşenlerin soruna katkısı olduğu saptanmıştır. Uyarın azlığı, besleyen-beslenen etkileşiminde bozukluk, içsel veya dışsal pekiştireçlerle yerleşmiş olumsuz yeme davranışları, fobiler, koşullanmış emosyonel tepkiler bu davranışsal bileşenler arasında yer alır (3). Günümüzde beslenme problemlerinin etiyojisinde biyolojik ve psikososyal faktörlerin birbirleriyle etkileşiminin sorumlu olduğu düşünölmektedir.

Ebeveynler çocukların yeme problemlerinin gelişmesinde önemli role sahiptir. Literatürde ebeveynlerin besleme tutumlarının, kendi beslenme alışkanlıklarının, anne psikopatolojisinin, bağlanma biçimlerinin, ebeveynlik özelliklerinin çocukların beslenme

davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4–6). Annelerin kişilik özellikleri ve bağlanma stillerinin yeme problemleriyle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda; infantil anoreksiya tanılı çocukların annelerinin güvensiz bağlanma oranlarının daha yüksek olduğu, çocuklarda yeme davranışlarının gelişmesinde anne mizacının önemli bir yeri olduğu ve negatif anne mizaçlarının (anksiyöz, depresif gibi) çocuk beslenmesinde olumsuz etkilere neden olduğu gösterilmiştir (7–10). Bu zamana kadar yapılan çalışmalarda yeme problemleri ya da yeme reddi olarak ele alınan durumun etiyojisine ilişkin anne bağlama stili, karakter ve mizaç özellikleri incelenmiş olsa da güncel tanı sınıflama sistemlerinde yer aldığı ismiyle Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB)’nin etiyojisine yönelik bu parametrelerin araştırılmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada kullanılan yeme reddi kavramı, en az 1 aydır süren tüm besinleri veya bazı türdeki besinleri işlevsellik bozucu düzeyde reddetmeye karşılık gelmektedir. Bu şekliyle çalışmadaki hasta grubu Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-V (DSM-5) tanı sınıflamasında “Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu” ve Bebeklik ve Erken Çocukluğun Akıl Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukları Tanı Sınıflaması (DC:0-5)’te “Yetersiz Yeme Bozukluğu” tanısını karşılamaktadır.

Çocuklarda beslenme ve yeme reddine ilişkin; bakım verenin kişilik ve bağlanma özelliklerinin incelenmesinin doğru ve etkili tedavi yöntemlerinin uygulanmasına katkı sağlayacak önemli bulgular sunabileceği öngörülmektedir. Çalışmamızda, yeme reddi olan çocukların annelerinin kişilik özelliklerinin sağlıklı kontrol grubundaki annelerin kişilik özellikleriyle farklılık gösterdiği ve yeme reddi grubundaki annelerin daha fazla güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu hipotezinden yola çıkılarak yeme reddi olan okul öncesi dönem çocuklarda anne kişilik özellikleri ve bağlanma stillerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

BESLENME VE YEME DAVRANIŞLARI

Bebek ve Küçük Çocuklarda Beslenme

Beslenme; doğumla başlayan ve hayatın devamlılığı için gerekli olan, gelişimin ilk dönemlerinde bebek ve bakım veren arasındaki ilişkiyi başlatıp sürdürme, doyum sağlama, keyif alma ve hoşnutluğu gösterme olanaklarını sağlayan en önemli etkileşim aracıdır (11). Beslenme terimi yetişkinlerin süreçteki rolünü, yeme terimi bebeğin ve küçük çocuğun rolünü ifade ederek bu sürecin bakım veren ve çocuğun etkileşimi çevresinde gerçekleştiğini gösterir. Beslenme ve uyku alışkanlıklarının düzenlenmesi çocuğun gelişimi ve sosyal dünya ile etkileşimi için gerekli olan duyuşal düzenleme becerisinin temellerini oluşturur (12).

Bebek ve küçük çocuklarda uygun beslenme; büyüme-gelişme, vücut bileşenlerinin yenilenmesi ve fonksiyonlarının sağlıklı olarak devamı için gerekli besinlerin yeterince alınması ve kullanılması olarak tanımlanabilir (13). Beslenmede etkili olan faktörler en geniş kapsamıyla; biyolojik yatkınlık, aile dinamikleri, gelişimsel ve sosyokültürel etkenler gibi faktörlerdir. Çocuklarda yaşamın ilk iki yılında edinilmiş beslenme alışkanlıkları sonraki yaşlardaki beslenme alışkanlıklarının da temelini oluşturmaktadır. Bu dönemdeki büyüme, yaşamın diğer dönemlerine göre en hızlıdır ve büyümeyi etkileyen etmenlerin başında beslenme gelmektedir (14).

Bebekler yaşamın ilk iki yılında 3 ana beslenme aşamasından geçmektedir. Bu aşamalar; yalnızca anne sütü ile beslenme, ek gıdalara geçiş ve erişkin tarzında beslenmeye

geçişir (1). Anne sütü bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesi için gerekli olan tüm enerji ve besin öğelerini içermekte ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenmeyi, 6. aydan itibaren tamamlayıcı besinlere belli kurallar ile başlanılmasını ve anne sütünün 2 yaş ve sonrasına kadar devam ettirilmesini önermektedir (15). Anneleri tarafından emzirilen çocukların, mama ile beslenen çocuklara göre yeni yiyecekleri tatmakta daha fazla istekli oldukları gösterilmiştir (16). Aynı zamanda emziren annelerde postpartum depresyon gelişme riskinin emzirmeyen annelere göre daha düşük olduğu ve emzirmenin anneden kaynaklanan çocuk istismarı ve ihmeline karşı koruyucu olduğu tespit edilmiştir (17).

Tamamlayıcı beslenme 6. ayda başlayıp 24. aya kadar devam eden süreçteki beslenme olarak tanımlanır. Altıncı aydan sonra anne sütü, tek başına bebeğin özellikle demir, çinko, bazı yağda eriyen vitaminler, protein ve enerji gereksinimini karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle anne sütüne ek olarak bazı besinlerin verilmesi gerekmektedir (14). Tamamlayıcı beslenmede 6. aydan sonra püre kıvamında sebze, et ve meyvenin 2 ana öğün şeklinde verilmesi ve sık emzirme, 7-8 aylık bebeklerde besinlerin kıvamı pütürlü olup (çatalla ezilmiş), öğün sıklığı 3 ana öğün ve sık emzirme olarak önerilmektedir. 9-11 aylık bebeklere küçük parçalara kesilmiş ve bebeğin elle kolay yakalayacağı besinler sunulmalı, öğün sayısı 3 ana öğün, 1-2 ara öğün ve anne sütü şeklinde olmalıdır. 12-24 aylık bebeklere ise besinler, küçük parçalara bölünmüş ya da ezilmiş olarak verilmelidir. Öğün sıklığı 3 ana öğün, 2 ara öğün olmalı ve anne sütüne devam edilmelidir (18).

Okul öncesi dönemde büyümenin yavaşlamasıyla beraber iştah daha önceki dönemlere kıyasla azalmakta, besin alımı düzensizleşmekte ve çocuğun bir öğünde yiyebileceği miktarın kontrolü güçleşmektedir. Bu dönem çocuklarda, birkaç çeşit besin tercih etme, yemek yerine süt içmeyi tercih etme, sebze-meyveyi reddetme, şekerli besinleri daha çok tüketmek isteme ve bir gün istediğini sonraki gün reddetme şeklinde düzensiz beslenme alışkanlıkları gözlenebilir. Okul öncesi ve okul döneminde çocuğun beslenmesini etkileyen en önemli faktör ailedir. Bu dönemde aileler de çocuğun beslenmesi konusunda sıklıkla endişe duymaya başlamaktadırlar (19).

Bebek ve küçük çocuklarda yeme davranışları ve gelişimi

Yeme davranışlarının gelişimi bebeklikten okul çağına kadar olan dönemde hızla tamamlanmaktadır. Yaşamın ilk 6 yılını kapsayan bu dönem temel yaşam becerilerinin kazanıldığı, karakter gelişiminin temellerinin atıldığı ve kişinin erişkin yaşamında

sergileyeceği davranış kalıplarının oluştuğu bir dönemdir. Çocuklarda yeme davranışı çocuğun bilişsel, sosyal, motor ve duygusal gelişim basamakları, nöral ödül sistemleri, bakımveren-çocuk ilişkisi ve sosyokültürel değişkenlerin etkisiyle gelişmektedir (1).

Yeme davranışının fizyolojik yönü açlık ve tokluk hisleri ile yakından ilişkilidir. Açlık ve tokluk günlük yaşanan durumlardır ve vücudun enerji, su ve diğer besinsel elementlere duyduğu ihtiyaç ile ilgilidir. Açlık ve iştah farklı kavramlardır. Açlık fizyolojik bir olayken, iştah yiyeceğe karşı duyulan bilinçli istektir ve besin maddesinin görünümünden ve kişinin deneyimlerinden etkilenmektedir (20). Kan glukoz düzeyinin düşmesi ve serbest yağ asidi düzeyinin yükselmesi açlık hissini uyandırır. Açlık, besinlerin dışarıdan vücuda alınmadığı ve enerji ihtiyacının glukojen depolarının yıkılması, protein ve lipitlerden glukozun sentezlenmesi şeklinde iç depolardan sağlandığı durumdur (21).

Besin alımının fizyolojik kontrolü oldukça karmaşık nöroendokrin etkileşimleri gerektirir. Besin alımının kısa dönem kontrolü gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi, adrenal bezler ve pankreas tarafından sağlanmakta, uzun dönem kontrolde ise yağ dokusu rol almaktadır (22). Mideden salgılanan ghrelin hormonu öğün öncesi en yüksek plazma düzeylerine ulaşır ve bu özelliği ile öğün başlatıcı olarak nitelendirilir. Ghrelin uyarımı sonrası hipotalamustaki arkuat çekirdekten agouti-related peptid, nöropeptit Y ve oreksin salgınır ve iştah uyarılır. Öğün bitiminde insülin, intestinal peptit YY ve yağ dokudan salgılanan leptin hipotalamik arkuat nükleustan oreksinlerin salgınımını azaltarak iştah uyarımını durdurur. Yaşamın ilk günlerinden itibaren bebeklerin açlık-tokluk sinyallerine duyarlı oldukları söylenmektedir. Aynı zamanda lezzetli besinlerin ödül sistemleri yoluyla duygulanımı etkilediği bilinmektedir. Lezzetli besinlerin alımı sonrası ödül yanıtı dopamin aracılığı ile gerçekleşir ve striatum, insula, anterior singulat korteks, ventral tegmental alan ve substansiya nigra gibi beyin bölgeleri bu yanıtın oluşumunda görev almaktadır (1).

Bebeklerin yeme davranışları yaşamın ilk iki yılında kazanılan temel ince ve kaba motor becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Beslenme davranışlarının normal gelişim sürecini izlemesi sonucu çocukluk çağı boyunca yeterli kilo alımı gerçekleşmekte ve yaşam boyu sürecek sağlıklı yeme davranışları edinilmektedir (1). Çocuklarda yeme davranışlarının gelişim sırası ve yaşla birlikte kazanılan beceriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çocuklarda yeme davranışları gelişim sırası (23)

Yaş (ay)	Yeme Davranışı
0-4	Emme ve yutma refleksi doğumla başlar. Dördüncü ayda yiyecekleri görünce fark eder.
5-8	Elma, havuç gibi yiyecekleri elinde tutar. İki eliyle biberonu tutabilir.
9-11	Elindeki yiyecekleri ağızına götürerek emmeye, çiğnemeye başlar. Yardımla bardaktan su içebilir
12-18	Biberonu elinden bırakabilir. Boş tabağı uzatabilir. Dökerek de olsa kaşıkla yemeye başlar.
19-22	Yardımsız olarak bardaktan sıvı içebilir. Paketli yiyeceklerin paketini açar. Dökmeden kaşık kullanabilir.
23-24	Çatal kullanmaya başlar.
25-36	Şişedeki sıvıyı tek başına bardağa boşaltır. Pipetle su-süt gibi içecekler içer. Üç yaşında, tamamen yardımsız yemek yer.
48-72	Yemek için doğru araç gereci seçer ve uygun biçimde kullanır. Bıçakla yumuşak şeyleri kesebilir. Bardağa taşırmadan su doldurur ve dökmeden taşır. Serviste yiyecekleri tabağına alır. Yemeğini normal sürede bitirir.

Son yıllarda ek gıdalara geçiş sürecinde bebeği pasif konumdan aktif konuma getiren bir yaklaşım oldukça popüler olmuştur. Bebeklerin kendi kendilerini beslemeye teşvik edildiği bu yöntem “Baby-Led Weaning (BLW)” yaklaşımıdır. Ebeveynler bebeklerine önerecekleri besini belirlemekte, besini bebeğin kavrayabileceği, çiğneyebileceği kıvamda pişirmekte ve bebeğe sunmaktadır. Besinden ne kadar, nasıl yiyeceğine ve öğünün ne zaman sonlanacağına bebek karar vermektedir. BLW’nin uygulanabilmesi için bebekte desteksiz oturabilme, besinleri eliyle kavrayarak ağızına götürebilme, çiğneyip yutabilme becerileri kazanılmış olmalıdır (24).

İlgili literatür incelendiğinde yeme davranışlarına ilişkin net tanımlamalar bulunmamaktadır. Wardle ve arkadaşları 2001 yılında “Children’s Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)”ı geliştirmiştir (25). Yılmaz ve arkadaşları “Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)” adı altında bu ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasını yapmıştır (26). Bu ölçekte çocukların emosyonel ve impulsif yeme davranışlarını değerlendirmeye yönelik maddeler yer almaktadır. ÇYDA; gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği

olmak üzere sekiz alt boyutta yeme davranışlarını belirlemeyi amaçlamıştır. Xue ve arkadaşları, çocukların beslenme davranışlarının yemeğe yaklaşan ve yemekten kaçınan olmak üzere ikiye ayrıldığını bildirmiştir. Yemekten kaçınma davranışı gösteren çocukların obeziteye yakalanma risklerinin düşük olduğu, yavaş yemek yedikleri, yemeğe yaklaşma davranışı gösteren çocukların ise obeziteye yatkın oldukları saptanmıştır (27).

Bebek ve Küçük Çocuklarda Yeme Problemleri ve Güncel Yaklaşımlar

Bebek ve küçük çocuklardaki yeme problemlerine ilişkin sorunun heterojen doğasını yansıtan uzun bir belirti listesi bulunmaktadır. Bu belirtiler; uygunsuz yeme zamanı davranışları, kendi kendine beslenememe, yemek seçme, kısmi veya tam yeme reddi, ilginin çabuk dağılması, oral-motor, oral-duyusal ve orofarengal güçlükler, kusma, katı gıdalara geçişte güçlük, öğürme ve yeme korkusu şeklinde olabilir (2).

Çocukluk döneminde beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışlarında görülen sorunlar nadir değildir ve ebeveynleri tedavi aramaya yönlendiren yaygın davranış problemlerindedir. Pek çok ebeveyn çocuklarının az yeme, yemeyi reddetme, yavaş-mızımız yeme, yemek seçme, kusma, aşırı ve tıkınırcasına yeme şeklindeki yeme davranışlarından yakınır. Bu sorunların bir kısmı klinik öneme sahip değilken bir kısmı düşük kilo alımı, zayıf gıda çeşitliliği, uzun süreli yeme problemleri halini aldığında bilişsel ve gelişimsel geriliklerle sonuçlanabilir (11,28). Yeme problemleri, çocukta bilişsel ve gelişimsel sorunlara sebep olmanın yanında çocuk ebeveyn arasındaki ilişkinin bozulması ve stresli yemek zamanlarına da neden olabilmektedir.

Beslenme ve yeme problemleri gelişimsel yönden sağlıklı bebek ve çocukların %25-45'ini etkilerken, bu oran gelişim geriliği olanlarda %80'i bulmaktadır (29). Yaşamı tehdit eden tıbbi durumlar ve gelişimsel psikososyal sekillere sebep olacak ağırlıkta süregelen yeme / yedirme sorunları çocukların %3-10'unu etkilemektedir (30).

Çocukluk dönemi problemlili yeme davranışları ileri yaşlarda süreklilik gösterebilmektedir (11). Erken dönem yeme reddi görülen çocukların %70'inin okul çağında da bu sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (31).

Çocukluk çağında görülen beslenme ve yeme problemleri ve alt tiplerine yaklaşımda farklı terminolojiler kullanılmakta olup günümüzde en yaygın tercih edileni 2015 yılında Kerzner ve arkadaşları tarafından önerilen yaklaşımdır. Bu yaklaşım modelinde ailenin beslenme ile ilgili bir endişesinin olması bu durumun araştırılması için yeterlidir. Bu ailelerde beslenme ile ilgili sorun teşkil edebilecek göstergeler araştırılır. Bu göstergeler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Yeme bozukluğu düşündürebilecek belirtiler ve bulgular (32)

- Uzamış beslenme süresi
- Sürekli gıda reddi (1 aydan uzun süren)
- Öğün zamanlarının stresli ve yıkıcı olması
- Uygun beslenme basamaklarının gelişmemesi, gecikmesi
- Süt çocukluğu döneminden sonra gece beslenmesi
- Gıda alımını arttırmak için dikkat dağınık aktiviteler yapılması
- Uzun süreli emme/biberon ile beslenme
- Büyüme ve gelişme basamaklarında gerilik

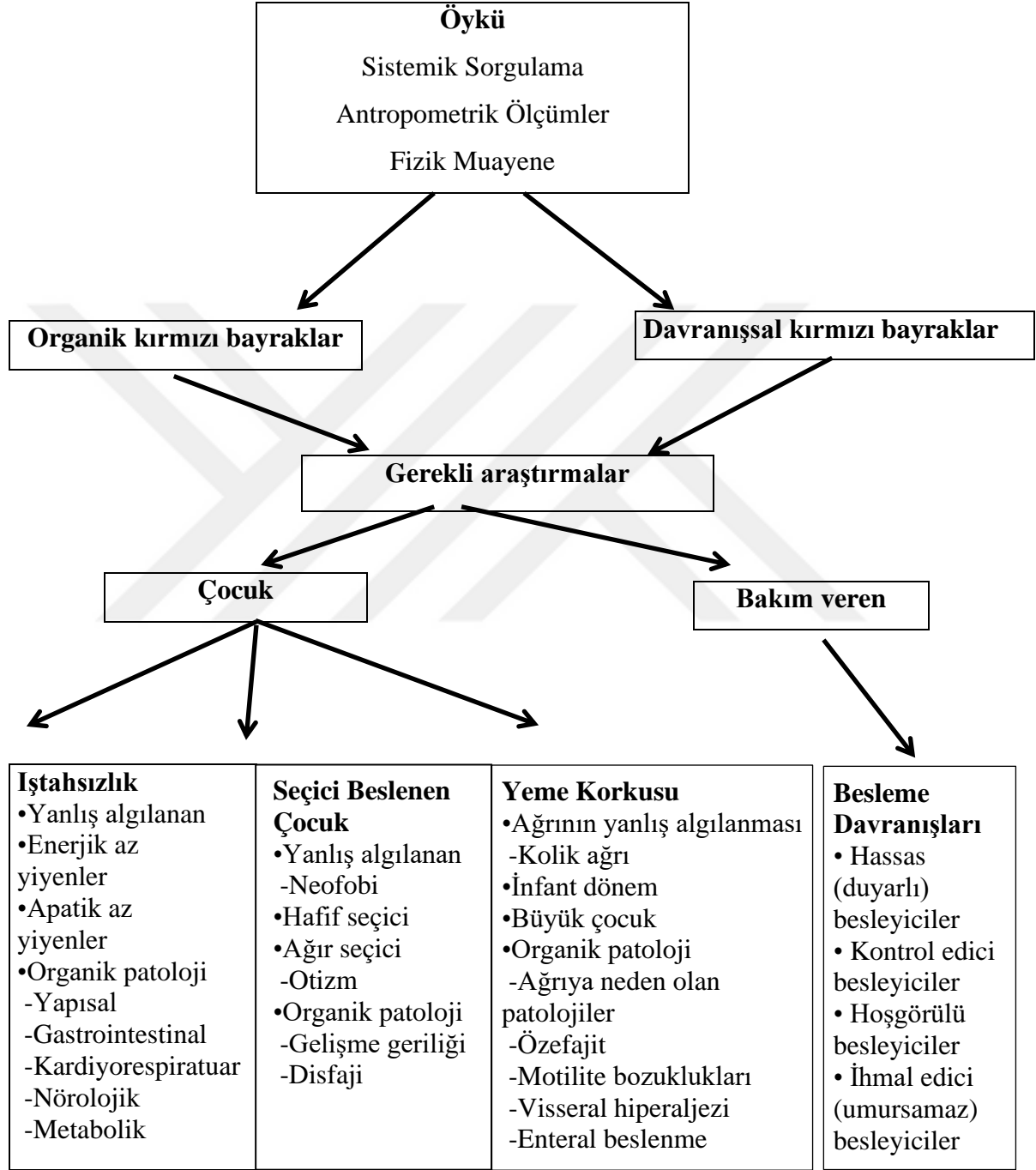
Tablo 2'deki göstergelerin bulunması halinde Kerzner ve arkadaşları tarafından geliştirilen algoritmada, ayrıntılı hikaye alındıktan ve detaylı fizik muayene yapıldıktan sonra, çocukta organik ve davranışsal kırmızı bayrak işaretlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Tablo 3'te beslenme bozukluklarında organik ve davranışsal kırmızı bayraklar işaretleri gösterilmektedir.

Tablo 3. Beslenme bozukluklarında organik ve davranışsal kırmızı bayrak işaretleri(32)

Organik Kırmızı Bayraklar	Davranışsal Kırmızı Bayraklar
<ul style="list-style-type: none">• Disfaji• Aspirasyon• Beslenme esnasında ağırlı görünüm• İshal ve kusma• Gelişme geriliği• Kronik kardiyopulmoner belirtiler• Büyüme geriliği ya da büyümenin durması	<ul style="list-style-type: none">• Besin fiksasyonu (selektif ya da çok kısıtlı diyet ile beslenme)• Zorla besleme• Travma sonrası beslenmenin ani durması• Beslenme öncesi öğürme• Gelişme geriliği

Kırmızı bayrak işaretlerine sahip çocuklar ileri incelemeye ihtiyaç duyarlar ve bu aşamada, beslenme güçlüğü olan çocuklar ve besleyicinin besleme tutumu ile ilgili sorunu olan çocuklar birbirlerinden ayrılmalıdır. Beslenme güçlüğü olan çocuklar zayıf beslenenler (iştahsızlık), selektif (seçici) beslenenler ve yeme korkusu olanlar olarak sınıflandırılmaktadır. Her bir grup kendi içinde besleyicinin yanlış algılaması, organik ve davranışsal patolojiler açısından hafif formdan ciddi forma doğru sınıflandırılmaktadır. Besleyicinin besleme tarzı ile ilgili sorunlar incelenirken besleyiciler; hassas (duyarlı), kontrol edici, hoşgörülü ve ihmal

edici (umursamaz) şeklinde sınıflandırılarak değerlendirilmektedir. Kerzner ve arkadaşlarının önerdiği yeme bozukluğu sınıflaması ve yeme bozukluğuna yaklaşım şeması Şekil 1’de gösterilmiştir (32).



Şekil 1. Kerzner’in yeme bozuklukları yönetim ve sınıflamasına alternatif yaklaşımı (32)

İştahsızlık; besinlere karşı duyulan isteğin az olması, tokluk hissine erken ulaşma ve normal büyüme için gerekli olan yiyecek tüketiminde yetersizlik durumlarını kapsamaktadır

(32–34). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına beslenme problemleri ile başvuran çocukların yaklaşık %25'inin iştahsızlık şikayeti bulunmaktadır (35). İştahsız çocukta değerlendirilmesi gereken önemli noktalar; altta yatan organik hastalık varlığı, ailenin bu konudaki algısının gerçeği yansıtıp yansıtmadığı, ailenin beslenme ile ilgili tutum ve davranışları ve bu durumdan çocuğun büyüme ve gelişmesinin ne kadar etkilendiğidir (32).

Seçici yeme; hem alışılmış, hem de yeni besinlerin reddedilmesi, güçlü besin tercihleri ile yetersiz miktarda veya çeşitlilikte besin tüketimi ile karakterizedir. Genellikle kabul edilenden daha fazla yiyecek türünün reddedilmesi şeklinde görülür (36). Belirtiler, sebze alımının kısıtlı olması, ailenin geri kalanından farklı bir yemek hazırlanmasına ihtiyaç duyulması, özel yiyecek hazırlama yöntemleri, yetersiz miktarda yiyecek tüketimi ve çocuk-ebeveyn ilişkisi için sorun teşkil edecek şekilde günlük rutinlerin bozulması şeklinde çok çeşitli olabilir (31,36,37). Seçici yiyen çocuklar özellikle meyveleri, sebzeleri ve eti reddetme eğilimindedirler, bu da minimum lif ve sınırlı çeşitlilik içeren diyetlerle sonuçlanır (36,38). Yiyeceklerin tadı, dokusu veya kokusuyla ilgili artan duyuşal hassasiyetler seçici yiyen çocuklarda yaygındır (39).

Neofobi kavramı ise yalnızca yeni besinleri tüketmeyi reddeden çocuklar için kullanılmaktadır. Yaşamın ilk yılının sonlarında başlayarak 18-24 ay arasında zirve yapmakta ve çoğu zaman çocuklara yeni besinlerin tekrar tekrar verilmesi ile ortadan kalkmaktadır (32,40).

Seçici yemenin nasıl tanımlandığına ve değerlendirildiğine bağlı olarak genel popülasyonda çocukların %5'i ile %59'unda seçici yeme görülür ve bu grup, beslenme problemleri olduğu belirtilen çocukların yaklaşık 2/3'ünü oluşturur (35,36,41). Yiyecek seçiciliği, katı yiyecekler diyete dahil edildiği döneme denk gelen 1-2 yaşlarında başlar ve yaklaşık 6 yaşında zirveye ulaşır.

Çoğu çocuk için seçici yeme, okul çağında düzelen geçici bir yeme davranışıdır ancak vakaların %22'si kadarında devam edebilir (28,42). Otizm spektrum bozukluğu, Fragil X sendromu veya duyuşal işleme disfonksiyonu ile ilişkili diğer bozukluklara sahip olan çocuklarda seçiciliğin sıklığı, şiddeti ve kalıcılığı daha yüksektir (10,43).

Beslenme korkusu olan çocuklar, iştahsızlık nedeniyle değil beslenme sırasında ya da sonrasında rahatsızlanacağı korkusuyla yemek yemeyi reddederler. Bu davranışın klasik görünümü, boğulma, kusma, mide bulantısı, öğürme veya gastrointestinal rahatsızlık gibi travmatik bir deneyimi takiben katı ve bazen sıvı gıdaları aniden reddeden daha büyük çocuklarda izlenmektedir (19,44). Beslenme korkusu yaşayan çocuklarda beslenme

saatlerinde ıglık atma, öfke patlamaları veya uzun süreli sessizlik gibi tepkiler yemeği uzun süre çiğneme, yanaklarda yiyecekleri tutma ve yiyecekleri yutmayıp saklama veya atma gibi davranışlar gözlenebilmektedir (45,46). Beslenmede ağrı veya rahatsızlığa neden olan klinik durumların yanı sıra nazogastrik tüp yerleştirme gibi rahatsız edici tıbbi prosedürler, cerrahi veya diğer orofasiyal maniplasyonlar her yaştan çocukta yeme korkusuna katkıda bulunabilmektedir (32). Beslenme korkusu yaygınlığı en az olan yeme problemidir (46).

2019 yılında Goday ve arkadaşları tarafından beslenme problemlerinin tek bir tanı altında toplanmasına yönelik “ocuklukta Beslenme Bozukluğu (Pediatric Feeding Disorder)” teriminin kullanılması önerilmiştir. Çocuklukta beslenme bozukluğu; i) tıbbi kaynaklı, ii) beslenme kaynaklı, iii) beslenme becerisi kaynaklı ve iv) psikososyal nedenlerle ilişkili olabilen, yaşa uygun olmayan şekilde azalmış besin alımını ifade etmektedir. Tıbbi durumlar; gastrointestinal, kardiyopulmoner, nörolojik sorunlar ve nörogelişimsel bozukluklar ile ilişkili durumları, beslenme kaynaklı durumlar; malnutrisyon, azalmış çeşitliliğe bağlı özellikli besin yetersizliği, enteral ürünlere ya da besin desteklerine ihtiyaç duyma gibi durumları, beslenme becerisinin yetersiz olmasına bağlı durumlar ise oral fiziksel travma, yapısal anomaliler, gelişimsel sorunlar, nörolojik ve sensorimotor fonksiyon bozuklukları ya da olumsuz beslenme deneyimlerinden kaynaklanan durumları, psikososyal nedenler, çocuğa, ebeveyne ya da çevresel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen durumları kapsamaktadır. Bu dört grup birbiriyle ilişki içindedir ve herhangi bir alanda sorun olması diğer alanları da etkileyebilmektedir. Bu tanısız yaklaşımda iki haftadan uzun ve 3 aydan kısa süren bozukluk akut, 3 aydan uzun süren bozukluk ise kronik beslenme bozukluğu olarak kabul edilmiştir (47).

Bebek ve Kk ocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Tanı sınıflandırma sistemlerinde meydana gelen güncel değişikliklerle beslenme ve yeme bozukluklarının sınıflandırılması ve tanımlanması genişletilmiştir. Bu güncellemeler öncesinde psikiyatrik tanısız sınıflandırma sistemlerinde çocukluk ağı beslenme bozuklukları ve daha sonrasında gelişen yeme bozuklukları tanısı keskin sınırlar ile ayrılmaktaydı. DSM-5'te ve ICD-11'de, DSM-IV'te bulunan “Bebek ve Kk ocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları” ve “Yeme Bozuklukları” tek bir başlık altında toplanarak “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” olarak isimlendirilmiştir. DSM-IV'te bulunan “Bebek ve Kk ocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları” tanı kategorisi DSM-5'te ve ICD-11'de yeniden

değerlendirilmiş ve bu tanı kategorisi genişletilerek “Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu” olarak değiştirilmiştir.

DSM-IV-TR'nin çeşitli beslenme bozukluklarını tanımlama ve ayırt etmede yetersiz kalması nedeniyle o dönemde Chatoor ve arkadaşları yeni bir sınıflama önermiş ve önerilen 6 tanı grubu (Duygudurum Düzenlemesine Bağlı Beslenme Bozukluğu, Bakımveren-Bebek Etkileşimindeki Karşılıklılık ile İlişkili Beslenme Bozukluğu, Bebeklik Anoreksisi, Duyusal Nedenlere Bağlı Besin Reddi, Eşlik Eden Tıbbi Durumla İlişkili Beslenme Bozukluğu, Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu) “The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC:0-3R” sisteminde yer almıştır (44).

2016 yılında yayınlanan ve günümüzde yaygın olarak kullanılan Bebeklik ve Erken Çocukluğun Akıl Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukları Tanı Sınıflaması (DC:0-5)'te ise bebek ve küçük çocuklarda görülen beslenme sorunları “Aşırı Yeme Bozukluğu”, “Yetersiz Yeme Bozukluğu” ve “Atipik Yeme Bozukluğu” olmak üzere 3 grupta incelenmektedir (48).

DSM-5'e göre beslenme ve yeme bozuklukları: DSM-5'in “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” tanı kategorisinde “Ruminasyon Bozukluğu”, “Pika”, “Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu”, “Anoreksiya Nervoza”, “Bulimiya Nervoza” ve “Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu” olmak üzere 6 bozukluk tanımlanmaktadır (49).

1-Ruminasyon bozukluğu: Herhangi bir tıbbi duruma bağlı olmaksızın, tekrarlayıcı ve istemli olarak yeni sindirilmiş olan besinin ağza getirilmesidir (5). Ruminasyonun olumsuz psikososyal çevre ve uyaran azlığından kaynaklanan bir çeşit kendini uyarma davranışı olduğu düşünülmektedir. Anne-çocuk ilişkisindeki yetersizlik, uyaran eksikliği ve ihmal çocuğun kendini rahatlatma davranışına yönelmesine neden olabilmektedir (50,51). Tedavide öncelikle psikososyal çevre, ebeveyn-çocuk ilişkisi değerlendirilmeli ve tedavi planı buna göre oluşturulmalıdır (52).

2-Pika: Besin özelliği taşımayan ve yenilebilir olmayan maddelerin en az bir ay boyunca devamlı olarak yenmesi ile karakterizedir. Pikası olan küçük çocuklar tarafından yenilen tipik maddeler; boya, sıva, saç, kumaş; daha büyük çocuklarda dışkı, kum, böcek, yaprak ya da taş; ergen ve erişkinler ise kil ya da toprak olarak bilinmektedir (51). Yeni bir meta-analiz çalışmasında anemi, mikrobeyn eksiklikleri ve pika arasında bir ilişki olduğu

gösterilmiş ve toprak ve buz açlığı, demir ve çinko eksikliği ile ilişkili bulunmuştur (53). Tedavide öncelikle aileye psikoeğitim verilmesi, demir ya da çinko eksikliği varsa giderilmesi, çocuğun yenebilir olmayan maddelere erişiminin engellenmesi, anne-çocuk etkileşiminin ve uyaranların artırılması önerilmektedir (50).

3-Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu: Süreğen iştahsızlık; boğulma ya da yutma korkusu; ağrı ya da mide bulantısından kaçınma; belli görünüm, tat, koku ya da dokuya sahip yiyecekleri yemeyi reddetme gibi yeme problemlerinin tek tek ya da birlikte bulunması ile karakterize bir tablodur (54).

Bu tanı DSM-5' te yeni bir tanı sınıfı olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM-IV 'te yer alan "Bebek ve Küçük Çocukların Beslenme Bozukluğu" tanı kategorisinin 6 yaş ile sınırlı olması, belirgin kilo kaybı ya da kilo alamama kriterinin olması yeme bozukluğu tanılarından birini alamayan fakat bu alanda belirtileri olan çok sayıda hastanın "Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu" tanısını almasına neden olmaktadır. DSM-5'te bu durum göz önünde bulundurmuş ve "Kaçıngan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu", DSM-IV 'teki "Bebek ve Küçük Çocukların Beslenme Bozukluğu" tanısının yerine geçmiştir (55).

Tablo 4. Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri (49)

-
- A. Aşağıdakilerden birinin ya da daha fazlasının eşlik ettiği, uygun beslenme ve/veya enerji gereksiniminin süreğen karşılanamaması ile kendini gösteren yeme ya da beslenme bozukluğu (yemek yeme ya da yiyeceğe karşı belirgin ilgisizlik; yiyeceğin duyuşal özelliklerinden dolayı kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçları ile ilgili endişe):
1. Belirgin tartı kaybı (ya da çocuklarda tartı alımının yavaşlaması ya da büyümenin duraksaması).
 2. Belirgin besin eksikliği.
 3. Enteral beslenme ya da ağızdan besin takviyelerine bağımlı olma.
 4. Psikososyal işlevselliğın belirgin olarak bozulması.
- B. Bu bozukluk ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.
- C. Bu bozukluk, özellikle anoreksiya nevroza ya da bulimiya nervozanın gidiş sırasında ortaya çıkmaz ve kişinin beden ağırlığını ya da biçimini algılamasında bir bozulma yoktur.
- D. Bu bozukluk eş zamanlı bir tıbbi duruma bağlanamaz ya da başka bir ruşsal hastalık ile daha iyi açıklanamaz.
-

Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu tanısının henüz yeni bir tanı olması nedeniyle toplum genelinde insidansı ve prevalansı bilinmemektedir. Üçüncü basamak tedavi merkezlerindeki çocuk ve ergen yeme bozukluğu programlarında prevalansın %5-14 olduğu, yeme bozukluğu olan çocukların takip edildiği bir gündüz hastanesine başvuran çocuklarda ise bu oranın %22,5 'e kadar yükselebildiği gösterilmiştir (55). Pediatrik gastroenteroloji klinik örnekleminde yapılan geriye dönük bir çalışmada ise KKYAB sıklığı %1,5 olarak bildirilmiştir (56).

Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun kliniği; kişinin ihtiyacı olan enerjinin veya farklı yemek gruplarından karşılanacak olan mikro besin çeşitlerinin yetersiz alımı şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Olgular düşük kiloda, normal kiloda veya yüksek kiloda olabilmekte, çoğu zaman büyüme hızı kötü yönde etkilenmektedir (57). KKYAB aynı zamanda kliniğin ağırlığına göre malnütrisyon, bradikardi, uzamış QT intervali, elektrolit bozuklukları gibi önemli medikal sorunlara sebep olabilmektedir (58).

Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olan olgularda anksiyete bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu birlikteliği sık görülmektedir. Yeme bozukluğu tanısı ile takip edilen çocuk ve ergenlerin değerlendirildiği bir çalışmada KKYAB tanılı hastalarda (%72) diğer yeme bozuklukları grubundan (%31), anlamlı derecede daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu komorbiditesi tespit edilmiştir. Çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeğinde KKYAB'li çocukların, anoreksiya nervoza (AN) tanılı çocuklardan önemli ölçüde daha fazla sosyal problemler ve dikkat problemleri gösterdiği ve KKYAB'li çocuklarda (%23), diğer yeme bozukluğu tanılarına sahip çocuklara (%57) göre daha düşük oranda depresif bozukluk eş tanısının bulunduğu bildirilmiştir (59). KKYAB olan 34 çocuğun katıldığı başka bir çalışmada ise çocukların yarısında yaygın anksiyete bozukluğu eş tanısı olduğu gösterilmiştir (60).

Kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun çocuklarda sıkça gözlenen işlevsellik bozmayacak düzeyde olan seçici yemeden ayırımının yapılması gerekmektedir. Çocukluk çağında sıkça görülen bu durum erişkinliğe doğru genellikle azalmaktadır (61).

4-Anoreksiya nervoza: Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, çarpıtılmış beden imajı algısı ve kilo alma korkusu sebebiyle kendini aç bırakma, kısıtlayıcı diyetler ve aşırı egzersiz yapma durumları ile karakterizedir. AN'nin kısıtlayıcı tip ve tıknırcasına yiyen/çıkarıcı tip olmak üzere iki alttürü bulunmaktadır (49).

5-Bulimiya nervoza (BN): Kişilerin kontrolü kaybetmiş bir biçimde geçirdikleri yeme atakları sonrasında aldıkları kalori miktarını azaltıcı, telafi edici davranışlarda buldukları bir yeme bozukluğu türüdür. BN hastaları, genellikle kilo ve beden imajına yönelik endişeler taşımaktadır. Kişilerin kendilerini kusturmaları, aşırı egzersiz yapmaları, laksatif ve diüretik kullanımı, söz konusu telafi edici davranışlar arasında yer almaktadır (62).

6-Tıkınırcasına yeme bozukluğu: Tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme atakları ve bu dönemlerle ilgili sıkıntı hissinin görüldüğü bir yeme bozukluğu türüdür. BN’de olduğu gibi yineleyen telafi edici davranışlar eşlik etmemektedir (49).

DC:0-5’e göre bebek ve küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları: DC:0-5’te küçük çocuklarda görülen beslenme sorunları “Aşırı Yeme Bozukluğu”, “Yetersiz Yeme Bozukluğu” ve “Atipik Yeme Bozukluğu” olmak üzere 3 alt grupta incelenmiştir.

1-Aşırı yeme bozukluğu: Küçük çocuğun gelişimsel olarak kendine uygun diğer aktiviteler yerine yiyeceklerle meşgul olması ve bu davranışlarının engellenmesi halinde spesifik olmayan kaygı veya öfke belirtileri göstermesi ile karakterizedir (6). Erken çocukluk döneminde aşırı yeme davranışının; obezite, yaşa uygun sosyal faaliyetlere katılamama ve nihayetinde akran reddi gibi önemli uzun vadeli sonuçları gösterilmiştir (63).

2-Yetersiz yeme bozukluğu: Küçük çocuklarda sürekli olarak yaşından beklenenden daha az yemek yeme ve uyumsuz yeme davranışları sergileme ile karakterizedir. Başlıca uyumsuz yeme davranışları; katı gıdaları reddetme, iştahsızlık, yemek seçme, boğulma korkusu, uzun süren ve stresli yemek zamanları, uygun özerk beslenmenin olmaması şeklindedir. Yetersiz yeme bozukluğunda kilo kaybı veya kilo alamama tanı için kriter değildir. Özellikle seçici yeme davranışı gösteren çocuklarda, kilo kaybı ya da kilo alamama görülmezken bu çocuklar ile ebeveynleri arasında gerginlik ve sıkıntının yol açtığı işlevsellikte bozulma çok yaygındır (63). Yetersiz yeme davranışı, yetersiz yeme bozukluğunun bir belirtisi olmakla birlikte; uyum reaksiyonu, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu veya reaktif bağlanma bozukluğunun da bir klinik yansıması olabilir. Bu nedenle yetersiz ve uyumsuz yeme davranışlarının ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır.

Tablo 5. DC 0-5'e göre Yetersiz Yeme Bozukluğu tanı ölçütleri (64)

Aşağıdaki kriterlerin tümü karşılanmalıdır:

A. Bebek / küçük çocuk yaşından beklenenden sürekli olarak daha az yer

B. Bebek / küçük çocuk aşağıdaki uyumsuz yeme davranışlarından birini veya daha fazlasını gösterir.

1-Yemek yeme konusunda süregelen ilgisizlik.

2-Yemek yemekten korkarak kaçınma.

3-Beslenme sırasında regülasyonda zorluk (tekrar tekrar uykuya dalma, huzursuzluk)

4-Sadece uyurken yemek yeme

5-Katı gıdalara geçilememe

6-Sadece kendisi tarafından konulan özel koşullar, bakım verenler tarafından yerine getirildiğinde yemek yeme

7-Son derece titiz ve seçici olma, belirli renk veya dokudaki yemekleri reddetme ya da alışılmadık derecede kısıtlı yemek yelpazesini reddetme

8-Yutmadan yemeği uzun süre ağızda tutma

C. Uyumsuz yeme davranışı bir tıbbi durum veya ilaç etkisi ile daha iyi açıklanamaz.

D. Bozukluğa bağlı belirtiler ve ailenin belirtiler karşısında geliştirdiği tutumlar küçük çocuğun ve ailenin işlevselliğini aşağıda sıralanan durumlardan bir veya daha fazlası yoluyla bozar;

1-Bebekte / küçük çocukta sıkıntıya yol açar.

2-Bebeğin / küçük çocuğun ilişkilerini engeller.

3-Bebeğin / küçük çocuğun yaşından beklenen aktivitelere veya rutinlere katılımını engeller.

4-Ailenin günlük aktivitelere veya rutinlere katılımını engeller.

5-Bebeğin / küçük çocuğun yeni beceriler öğrenmesini ve onları geliştirmesini kısıtlar ya da gelişimsel ilerlemeyi engeller.

*Herhangi bir yaş belirteci yoktur.

*Belirtiler bir aydan daha fazla sürmelidir.

3-Atipik yeme bozukluğu: Bebek ve küçük çocuklarda pika, ruminasyon ve istifleme davranışından oluşan üç atipik yeme belirtisinin biri veya bir kaçının yaygın ve işlevsellik bozucu düzeyde bulunması ile karakterizedir. İstifleme davranışı, yenmese bile yiyecekleri alışılmadık yerlerde (örneğin; yastık altında, dolapta) saklamak olarak tanımlanmaktadır. Gizlediği yiyeceklerle ne yaptığına bağlı olarak çocuk; fazla kilolu, normal kiloda veya zayıf olabilmektedir (63).

Bebek ve Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Etiyopatogenez

Bu bölümde araştırmamızın konusu olan bebek ve küçük çocuklardaki yeme reddi ve KKYAB etiyojisi üzerinde durulacaktır.

Yeme bozukluklarının etiopatogenezine ilişkin bilgilerin temelinde yeme davranışlarını etkileyen faktörler mevcuttur. Sağlıklı yeme davranışlarının kazanılmasında; mizaç özellikleri, kişisel deneyimler, gelişim basamaklarının tamamlanması, tıbbi bakıma ihtiyaç duyma gibi çocuğa özgü faktörler ile temel bakım verenin kişilik özellikleri, etnik diyet özellikleri, gıdaya erişilebilirlik gibi ebeveyn ve psikososyal çevre ile ilişkili faktörlerden söz edilmektedir (65).

Bebek ve küçük çocuk ile ilişkili faktörler: Çocuğun mizacı ebeveyn besleme davranışlarını etkileyerek ya da bağımsız bir faktör olarak yeme davranışlarını etkilemektedir (44). Zor mizaçlı bebekler yeme davranış sorunları geliştirmeye daha yatkındır. Çalışmalarda zor mizaç daha fazla karbonhidrat tüketimi ile ilişkilendirilmektedir (1). Pliner ve Loewen 1997’de, yeni yiyecekleri reddetme (neofobi) ile çocuklarda duygusallık ve utangaçlık boyutları arasında bir bağlantı gözlemlemiştir (66). Zor mizaç özelliklerine sahip çocukların sınırlı besin türünü kabul ettikleri ve yeni besinleri denemek konusundan oldukça isteksiz oldukları gösterilmiştir (67).

Çocuklarda iştah, beslenmeye etki eden çocukla ilişkili en önemli faktörlerden biridir (68). İştahın düzenlenmesi biyolojik ve psikososyal birçok faktörün etkisi altındadır ve iştahsızlığın etiolojisinde de bu faktörlerden söz edilmektedir. İştah kontrolünün fizyolojik karmaşıklığı nedeniyle çok sayıda tıbbi durum, özellikle yoğun enflamasyon, hormonal düzensizlik ve metabolik rahatsızlıklar çocuklarda iştahsızlığa neden olabilmektedir. Belirli popülasyonlarda veya coğrafi bölgelerdeki çocuklarda görülen iştahsızlığın nedeni ise ihmal veya gıda yoksunluğu ile ilişkili olabilir. Kronik olarak yetersiz gıda alımı iştahı azaltır ve genellikle uyuşuk, hareketsiz ve ilgisiz bir çocukla sonuçlanır (32). İştahsızlık, tüple beslenen veya iştah baskılayan ilaç kullanan çocuklarda olduğu gibi iyatrojenik olarak ortaya çıkabilmektedir. (69) İştahsız çocukların önemli bir kısmı ise intrinsek olarak kötü iştah düzenlemesine sahiptir. Chatoor ve arkadaşlarının “Bebeklik anoreksisi” olarak tanımladığı bu grup; yiyeceklere karşı ilgisiz ancak çevreye ve / veya bakım verene yoğun ilgili, ebeveynleriyle beslenme konusunda sürekli çatışma içerisinde olan, açlık belirtileri hakkında konuşmayan, belirgin büyüme geriliği olup, bilişsel geriliği olmayan çocukları kapsamaktadır (32,70). Bebeklik anoreksisi olan bebeklerin sağlıklı beslenenlere göre daha fazla güvensiz bağlanma sergiledikleri, ebeveynleri tarafından daha zor, daha fazla ilgi isteyen ve daha inatçı bebekler olarak tanımlandıkları ve ebeveynlerinde; işlevsel olmayan yeme tutumlarının sağlıklı beslenen bebek ebeveynlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (71).

2018 yılında KKYAB'nın nörobiyolojik etiyojisi ve tedavisine yönelik yapılan bir çalışmada duyuşal algı, iştah düzenleme ve korku tepkisindeki biyolojik anormalliklerin KKYAB'nin 3 temel görünümü olan; duyuşal hassasiyet, yemeye ilgisizlik-iştahsızlık ve olası olumsuz sonuçlardan korkma ile sonuçlandığını öne süren üç boyutlu bir model sunulmuştur. Bu çalışmada KKYAB'nin iştahsızlık ile giden klinik görünümünün; hipotalamus ve anterior insula gibi beynin iştah düzenleme merkezlerinin aktivasyonundaki farklılıklar ile ilişkili olabileceğinden söz edilmiştir. Duyusal hassasiyet ile giden klinik görünümde ise besine karşı yalnızca aşırı bilişsel veya duyuşal tepkilerden ziyade tat algısının kendisindeki aşırı duyarlılığın da duyuşal hassasiyete katkıda bulunduğuna belirtilmiştir (72). Kendilerini seçici yiyeçiler olarak tanımlayan yetişkinlerin, kontrol grubuna göre hem acı hem de tatlı solüsyonların tatlarını önemli ölçüde daha yoğun olarak değerlendirdiklerine dair çalışmalar da mevcuttur (73). Yiyeceklerle travmatik bir deneyimden sonra ortaya çıkan korku ve kaçınmanın ise diğer fobik tip kaygı bozukluklarına benzer şekilde amigdala, anterior singulat ve ventral prefrontal kortekste hiperaktivasyondan kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür (72).

Ebeveyn ve psikososyal çevre ile ilişkili faktörler: Okul öncesi çocukların yeme davranışlarını etkileyen faktörler arasında aileye ilişkin faktörler oldukça önemli bir yere sahiptir.

Yazında ailenin çocuğın beslenme davranışlarını etkileyen ilk müdahalesinin anne sütü ya da formül mama ile besleme kararı olduğu bilgisi verilmektedir. Sonrasında ise besleme esnasında kurdukları iletişim ve besleme tarzları, ebeveynlik tarzları, örnek olma, çocuklarına önerdikleri ve ulaşılabilir kıldıkları besin çeşitliliği, medya maruziyeti, besinleri yatıştırıcı olarak kullanma, ödülleri, yasaklar gibi pek çok aracı ile çocukların beslenme davranışlarını etkilediği bildirilmektedir (74,75).

3-6 yaş arasındaki 104 çocuk ve annesinin katıldığı bir çalışmada, anne besleme alışkanlıkları ve tutumları ve çocuk mizaç özelliklerinin çocuklardaki kaçınan / kısıtlı yiyecek alımı ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada; çocuklardaki kaçınan beslenme davranışının; çocukta duyuşal mizaç bulunmasıyla, dengeli ve çeşitli beslenmeye yönelik teşviğın az olmasıyla, anne kontrol edici besleme tutumu ve davranış düzenlemesinde besin kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda çocuk mizaç özellikleri ve anne kontrol edici besleme tutumu kontrol altına alındığında dahi çocuklardaki kaçınan yeme davranışının anne besleme davranışları ve tutumlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4).

2015 yılında yapılan bir derlemede ebeveynlerin yedirme tarzlarının ebeveynlik tarzlarının alt grupları gibi düşünülebileceğinden söz edilmektedir. Bu bağlamda demokratik ebeveynlerin çocuğun tercihleri ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak yemeyi teşvik ettiği, otoriter ebeveynlerin ise yemeyi anne baba merkezli, çocuğun tercihlerini görmezden gelen kurallarla teşvik ettiği, izin verici ebeveynlerin yönlendirici olmadan, birkaç cümle ile teşvik ederek besin tercihlerini çocuklarına bıraktıkları, ihmalkar ebeveynlerin ise çocuklarının besin alımına ilişkin destekleyici olmayan yorumlar yaptıkları ve uygun olmayan yeme davranışlarına müdahale etmedikleri, düzenli yemek saatleri gibi rutinleri oluşturmadıkları bilgisi verilmiştir (76). Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda demokratik ebeveyn tutumunun daha olumlu yeme davranışları ile izin verici ebeveyn tutumunun ise daha yüksek beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkili olduğu bildirilmekle birlikte bazı çalışmalarda ebeveynlik tarzlarının ebeveyn besleme tarzları ve çocukların yeme davranışlarına etkisinin net olmadığı bildirilmektedir (75,77). Besinlerin ödül olarak kullanılması besinin duygusal değerini artırarak daha çok arzulanması ve ulaşılabilir olduğunda daha fazla tüketilmesine neden olmakta, ileriye dönük iştah kontrolü ve BKİ'yi olumsuz etkilemektedir (75).

Portekiz'de 51 KKYAB tanımlı çocuk ve ailesi ile yapılan bir çalışmada aile değişkenleri ile ilgili olarak, ebeveynin uygunsuz yeme alışkanlıkları (aile ile birlikte yememek, öğün atlamak, yemek sırasında televizyon izlemek) ve daha yüksek ebeveyn baskısı KKYAB ile ilişkili bulunmuştur (78). Başka bir çalışmada çocukların yeme davranışlarının ebeveyn modellemesi yoluyla ebeveynlerin özelliklerinden etkilenebileceği gösterilmiştir (79).

Çocuklar sofrada diğerlerini gözlemleyerek kendi besin tercihleri ve yeme davranışlarını şekillendirirler. 1998 yılında yapılan bir çalışmada yemek yerken diğer çocukları gözlemleyen okul öncesi çocukların yemeyi reddettikleri besin türlerini tüketme oranlarının arttığı bildirilmiştir (74).

Çocuklarda yeme davranışlarının gelişmesinde anne mizacının önemli bir yeri olduğu ve negatif anne mizaçlarının (anksiyete, depresyon gibi) çocuk beslenmesinde olumsuz etkilere neden olduğu gösterilmiştir (8,10). Genellikle anne depresyonu, depresif mizaç özellikleri ve postpartum depresyon ile çocukların ilk bir yaş beslenme karakterleri üzerine önemli çalışmalar mevcuttur. Literatür çalışmaları özellikle doğum sonrası anksiyöz ve depresif mizaç özellikleri gösteren annelerin bebeklerinin, anne sütünden erken kesilme, emzirilme sürelerinin kısa olması, formüle mamalara geçiş ve kalitesiz nutrisyonel beslenme açısından önemli riskler altında olduklarını göstermektedir (80).

Yeme bozuklukları ile bağlanma arasındaki ilişki erişkin yeme bozukluğu hastalarını kapsayan birçok araştırmada incelenmiştir. Erişkin dönem yeme bozukluğu tanılı hastalarda güvensiz bağlanmanın sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (81–83) Güvensiz bağlanma puanları daha yüksek olan hastaların yeme bozukluğu kliniğinin daha ağır olduğu ve bu ilişkinin medyatörlerinin mükemmeliyetçilik ve duygu düzenleme güçlükleri olduğu gösterilmiştir (82). Başka bir çalışmada ise narsistik kırgınlık ve grandiyözitenin güvensiz bağlanma ve bozulmuş yeme davranışları ilişkisinde medyatör olarak rol aldığı bildirilmiştir (84). Milan ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmanın sonuçlarında güvensiz bağlanan bebeklerin ergenlikte bozulmuş yeme davranışları geliştirmeye daha yatkın oldukları bildirilmiştir (85).

İnfantil anoreksiya tanılı çocukların mizaçları ve anne özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada sağlıklı beslenenlerin annelerine kıyasla infantil anoreksiklerin annelerinde güvensiz bağlanmanın daha yaygın olduğu saptanmış ve annenin güvenli bağlanmasının tutarsız beslenme etkileşimleriyle olumsuz, annenin kayıtsız bağlanmasının ise çatışmalı beslenme etkileşimleriyle olumlu korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada seçici yiyecekler ve anoreksik çocuklar benzer mizaçlara sahip olarak algılansa da, seçici yiyeceklerin anoreksik çocuklara göre inatçılık ve olumsuz davranışlara yatkınlıklarının daha düşük olduğu, önemli ölçüde daha az beslenme çatışması gösterdikleri ve akut veya kronik yetersiz beslenme sergilemedikleri gösterilmiştir (9). Güvenli bağlanan annelerin güvensiz bağlanan annelere göre bebeklerinden gelen ipuçlarına karşı daha duyarlı olduğu farklı araştırmalarda da rapor edilmiştir (7).

Stein ve arkadaşları (1995) beslenme bozukluğu tanısı olan 30 çocuğun annesini, davranış bozukluğu olan çocukların anneleriyle ve toplumdaki anne örneklemeyle karşılaştırmıştır. Beslenme bozukluğu olan çocukların annelerinde rahatsız edici yeme alışkanlık ve tutum oranlarının önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermişlerdir (86). Seçici yeme problemi ile başvuran çocukların incelendiği bir çalışmada ebeveynler arasındaki yüksek depresyon oranı önemli bir etiyolojik faktör olarak bildirilmiştir (87). Ayrıca yapılan birçok çalışmada annede yeme bozukluğu tanısı olması çocukta yeme bozukluğu için risk faktörü oluşturduğu gösterilmiştir (88,89).

Yapılan çalışmalarda anne-baba eğitim düzeylerinin artmasının okul öncesi çocuklarda ki yeme davranışlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Ailelerin beslenme konusuyla ilgili bilgi düzeyi arttıkça çocuklarının sağlıklı beslenmesi üzerindeki olumlu etkilerinin arttığı belirtilmektedir (90).

Günlük yaşantımızda televizyonun yanı sıra bilgisayar, tablet ve akıllı telefonlar vasıtası ile reklamlara maruz kalmaktayız. Maruz kaldığımız yiyecek-içecek reklamlarının %80'inin besin değeri düşük, şeker, tuz ve yağ oranları yüksek hazır gıdalarla ilişkili olduğu, çocukların bu gıdaları talep etme sıklığının reklama maruz kalma şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (74). Bazı aileler yemek yemeyi reddeden çocuklarının besin alımını arttırabilmek için medyayı kullanmaktadır. Özellikle seçici yeme davranışı gösteren çocukların ebeveynlerinin bu tarz dikkat dağıtıcıları daha sık kullandıkları bildirilmektedir (91).

Bebek ve Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Tedavi

Yaklaşımları

Bu bölümde araştırmamızın konusu olan bebek ve küçük çocuklarda yeme reddi ve KKYAB tedavisine yönelik müdahalelerin üzerinde durulacaktır.

İştahsız fakat güçlü ve sağlıklı çocuklar için tedavide açlık / tokluk döngüleri üzerinde yoğunlaşan davranışçı yaklaşımlar önerilmektedir. Açlığı en üst düzeye çıkarmak için ana öğünler dışında sudan başka bir şey olmayacak ve beslemeler arasında minimum 3 saat olacak şekilde beslenme zamanlarının programlanması, açlık ve tokluk hissini kavramsallaştırmak ve sözlü olarak ifade etmek çocukların enerji alımını düzenleme becerilerini geliştirebilir. Temel ilke, çocuğun “neyi, ne zaman ve nerede” yediğini anne-babanın belirlemesi ve “ne kadar” yiyeceğine çocuğun karar vermesidir (32,44,92).

Seçici yeme davranışı olan çocukların çoğu normal olarak büyümektedir (93,94). Ancak mikro besin desteğine, özellikle D vitamini, E vitamini, kalsiyum, demir ve çinkoya ihtiyaç duyabilirler (94–96). Hafif ile orta dereceli seçici yeme davranışında yiyeceklerin kabulünü artıran stratejiler arasında; yeni yiyeceklere sık sık maruz bırakma, ebeveyn modellemesi ile teşvik ve dokunma veya oyun yoluyla çocukları yiyeceklere alıştırmaya yer almaktadır (97,98). Öğün aralarında atıştırmalara ve su dışında içecek tüketmesine izin vermemek, daha az miktarda ve sık öğünler düzenlemek, uyumlu beklenti ve hedefler belirlemek ve reddedilen besinleri en az on kez tattırmak seçici yeme davranışını değiştirmek için kullanılabilir yöntemlerdendir (36).

Beslenme korkusu yaşayan çocukların tedavisinde korku ve kaygıyı kontrol altına almak amaçlanmaktadır. Beslenme ortamını değiştirmek, alternatif beslenme donanımı kullanmak ve anksiyolitik ilaçlar bu amaca ulaşmak için anahtar stratejilerdir (34,45).

Küçük çocuklarda yeme bozukluklarının tedavisinde, özellikle diyet hacmini ve çeşitliliğini artırmak için tasarlanmış davranışsal müdahaleler üzerine geniş bir literatür bulunmaktadır. Bireysel vaka raporları KKYAB’li ergenler için bilişsel-davranışçı terapi ve aile temelli terapinin potansiyel etkinliğini vurgulamış olsa da, daha büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır (99,100). Bununla birlikte, hiçbir randomize kontrollü çalışma çocuklarda veya yetişkinlerde herhangi bir ilaç tedavisinin KKYAB’de etkinliğini değerlendirmemiştir. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yetersiz yeme bozukluğuna yönelik ilaçlar; orofarenks veya yemek borusu travmaları, bebeğin her öğünden önce beklenti anksiyetesi sebebiyle tam gıda reddi yaşaması ve duyarsızlaştırma teknikleriyle düzelmeyen durumlar dışında nadiren uygulanmaktadır. 2007 yılında ülkemizden yayınlanan bir olguda birkaç invaziv gastrointestinal prosedürden sonra yeme reddi gelişen 2 yaşındaki ikizlere fluoksetin (günde 0,3 mg / kg) tedavisi uygulandığı ve ikizlerin korku ve kaygılarında önemli derecede azalma ve yeme davranışlarında iyileşme olduğu bildirilmiştir (101).

BAĞLANMA

Tanım ve Tarihçe

Bağlanma, çocuk ile temel bakım veren arasında oluşan, ilişkide yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stresli durumlarda belirginleşen, sürekliliği ve tutarlılığı olan duygusal bir bağı ifade etmektedir (102).

Bowlby bağlanma kuramını oluştururken Lorenz ve Harlow’un deneylerinden etkilenmiştir (103,104).

John Bowlby, bağlanma teorisi ile ilişkili ilk çalışması olan “Kırk Dört Genç Hırsız: Karakterleri ve Ev Hayatı” adlı makalesinde çalma davranışı gösteren 44 çocuğun ortak özellik olarak geçmişlerinde anne yokluğu veya ayrılığı yaşadıklarını ve bu çocuklar ile çalma davranışı göstermeyen çocuklar arasındaki ayırt edici özelliklerden birinin erken dönem bağlanma problemleri olduğunu belirtmiştir (105).

Bowlby, “Bağlanma Teorisi” ifadesini ilk kez İngiliz psikanaliz birliğine sunduğunda bağlanmanın gelişimi için sarılma ve takip etmenin, emme ve ağlamaktan daha önemli tutumlar olduğunu belirtmiş, yine bakım verenin sık değişmesinin, daha sonra derin ilişki kurma konusunda zorlanmalara yol açacağına dikkat çekmiştir (106).

Mary D. Salter Ainsworth, “Yabancı Durum Testi (YDT)” ile kuramın deneysel olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır (107). “Güvenlik Kavramı Temelli Adaptasyonun

Değerlendirilmesi” başlıklı yazısında olumsuz bir faktör olarak güvenli üssün eksikliğinden söz ederek ilk kez “güvenli üs” kavramını psikanalitik literatüre kazandırmıştır (108).

Sonraki yıllarda bağlanma kuramına olan ilgi artmış ve birçok çalışma yapılmıştır. Main ve Soloman tarafından Ainsworth’un “ güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan” olarak tanımladığı 3 bağlanma örüntüsüne ek olarak “dağınık (dezorganize) bağlanma” kavramı tanımlanmıştır (109).

Bağlanma Kuramı

Bowlby kuramın temel ilkelerini formüle ederken Mary D. Salter Ainsworth ise Bowlby’nin kuramına davranışsal boyut kazandırmış ve kuramın istatistiksel olarak ölçülebilir hale gelmesini sağlayarak hem metodolojisini oluşturmuş hem de kurama büyük yenilikler getirmiştir (110).

Bowlby’e göre anne ile bebek arasındaki bu ilişki doğumu takip eden ilk saatlerde kurulmaya başlayıp yaklaşık 2 ile 3 yıl boyunca bebeğin zihinsel şemalarını şekillendirmeye devam etmektedir. Bebeğin gelişimiyle ortaya çıkan fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının anne cephesinde bulunduğu yanıtlar bebeğin dış dünyaya dair oluşturduğu zihinsel şemaların biçimlenmesinde en önemli faktörler olarak düşünülmektedir (111).

Bağlanma kuramına göre ebeveyn davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda bireyin kuracağı yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren içsel çalışan modelleri oluşturur. İçsel çalışan modeller; bağlanma figürü ve benliğe ilişkin beklentileri kapsamaktadır. Buna göre güvenli bir bağlanma oluşturan anne bebek etkileşimi sayesinde zihin modelinin iki temel şeması gelişir: “değerli ben” ve “güvenilir o”. Kendilik hakkındaki içselleştirilmiş temsiller, süreğen, gerçekçi ve olumlu bir kimlik duygusunun edinilmesinde önemliyken, diğerleri hakkındaki temsiller ise süreğen ve haz verici kişiler arası ilişkilerin kurulabilmesinde kritik bir öneme sahiptir (112). Başlangıçta daha esnek olan bu şemalar çocuk büyüdükçe kararlı hale gelir ve diğer kişilerle kurulan ilişkilerdeki beklentilerin temelini oluşturur.

Bağlanmanın Gelişimi ve Sınıflandırılması

Literatürde “Bağlanma” sözcüğüne ilişkin iki kavram karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki “bebeğin anneye bağlanması (attachment), ikincisi ise annenin bebeğe bağlanması (bonding, maternal bonding; maternal attachment)” şeklindedir. Bununla birlikte

literatürde “attachment” her iki tarafın birbirine karşı bağı tanımlamak için ortak olarak da kullanılmaktadır.

Bebeklerde bağlanma, doğum öncesi dönemde başlayıp doğum sonrası 6 ile 24. aylar arasında şekillenmektedir (113). Bağlanmanın gelişim sürecinde ilk aşama 0-2 ay dönemidir. Bebeğin meme arama, baş çevirme, emme-yutma, parmak yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma davranışları bebek için bağlanma öncüllerini oluştururken, bebeğin fiziksel ve duygusal yakınlık kurma girişimleri annenin de bebeğe bağlanmasını sağlayan içgüdüsel tepkilerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (114). İkinci aşama 2 ile 6. aylara denk gelir. Bebek 2. ayla birlikte bakım verenine gülümser, uzun süreli göz teması kurar ve diğer insanlara kıyasla ona daha fazla ses çıkarır. Bu dönemde bebek bağlanma figürünü seçmemiştir ancak ebeveynlerine daha fazla tepki verir. Bağlanma, üçüncü dönem olan 7-24. aylar arasında belirginleşir. Bebek ilgisini birincil bağlanma nesnesi olarak adlandırılan tüm ihtiyaçlarını karşılayan kişiye yöneltir (115). Anne bir bakım veren olduğu kadar çocuğa duygusal karşılıklılığı sağlayan çocuğun duygularını düzenleyen bir işlev görür. Böylelikle ihtiyaçlarına tutarlı bir şekilde karşılık verilip korunan bebek, kendisini değerli olarak algılar ve bebekte temel güven duygusu gelişir (114). 18. aydan itibaren ayrılık kaygısı gelişir. Bebek annesinin bulunmadığı ortamda sıkıntı duyar, ağlar. Anneden ayrılmak istemez. Birincil bağlanma nesnesi yanında ise kendisini güvenli bir ortamda algılayan bebek araştırmacı davranışlarda bulunabilir ve bakım verenini bir güvenli üs gibi kullanabilir (103). Çocuklar 2 yaşından itibaren nesne sürekliliğinin kazanılması ile birincil bakım veren veya diğer kişilerle karmaşık yapıda ilişkiler kurmaya başlar (115).

Annenin bebeğe bağlanması; anne bebek ilişkisinin kurulmasıyla yakından ilişkili olan, bebeğe güvenlik ve bakım sağlamayı içeren, olumlu duygular, duygusal sıcaklık gibi bilişsel-emosyonel değişkenlerle iç içe bir bağ olarak tanımlanmaktadır (116). Annenin kendi ebeveyni ile olan bağlanma biçiminin ebeveynlik davranışıyla ve maternal ruh sağlığıyla güçlü bir ilişki içinde olduğu bilinmektedir (117). Hamileliğin ve bir bebeğe sahip olmanın annenin bağlanma sistemini harekete geçirdiği ve annenin bebeği ile olan etkileşimlerinin annenin içsel çalışan modellerini yansıttığı dile getirilmektedir (118,119). Doğum sonrası dönemde annenin bebeğine bağlanmasını gösteren davranışsal repertuar yakınlık arayışını, şefkatle dokunmayı, temas etmeyi, bebeğin yüzüne bakmayı, göz teması kurmayı, bebekle bebek diliyle konuşmayı, olumlu yüz ifadesi göstermeyi, sarılmayı, gülümsemeyi, bu davranışların bebekle uyumlu olmasını ve bebekten gelen ipuçlarına uyum sağlamayı içerir (120). Maternal bağlanma sorunları, ebeveynin zamanın büyük çoğunluğunda bebeğe karşı

rahatsız, kayıtsız, hatta düşmanca hisler beslediği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı bir maternal bağlanma ile ilişkili olan en önemli kavram annenin kendi bağlanma biçimidir (121).

Ainsworth'un geliştirdiği yapılandırılmış bir dizi etkileşimle çocuklardaki bağlanmanın değerlendirildiği gereç YDT'dir. YDT ile anneden ayrılma anı, bebeğin ayrılığı deneyimleme biçimi, ayrılık sırasındaki davranışı ve anne ile tekrar bir araya geldiğindeki tepkisi değerlendirilmektedir (122). YDT uygulamaları sonucu Ainsworth ve arkadaşları güvenli, kaygılı-dirençli ve kaçınan olmak üzere 3 temel bağlanma paterni tanımlamışlardır. Güvenli bağlanan çocuklar stresi doğrudan belli ederler, rahatlık arayışında bulunurlar ve rahatlatılmaya kolaylıkla yanıt verirler. Ayrılığa kısıtlı stres yanıtı gösteren, tekrar birleşme esnasında yakınlığa ve rahatlığa pek ihtiyaç duymayan çocuklardaki bağlanma kaçınan olarak nitelendirilir. Ayrılık karşısında şiddetli stres yaşayan ancak yeniden birleşmede rahatlatılmayan çocuklardaki bağlanma ise dirençli (kararsız) olarak adlandırılmaktadır. Daha sonraki dönemde Main ve arkadaşları tarafından çeşitli atipik davranışlar ve / veya güvenli, kaçınan ve dirençli bağlanma davranışlarının tutarsız bir kombinasyonundan oluşan heterojen bir patern yani dezorganize bağlanma tanımlanmıştır (107,123,124).

Bağlanmanın Nörobiyolojisi

Allan Schore bağlanmanın nörobiyolojik zemini üzerine yaptığı çalışmalarda bağlanma tarafları olan anne ve bebeğin sağ beyinlerinin; özellikle orbitofrontal korteks ve onun kortikal ve subkortikal bağlantılarının bağlanma gelişimi sırasında yoğun etkileşim içinde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu etkileşimin niteliğinin yaşamın ileriki yıllarındaki stresle baş edebilme kapasitesinin gelişiminde önemli işlevi bulunduğu dikkat çekmiştir (103).

Çocuklardaki bağlanma davranışı üzerine yapılan bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmasından güvenli bağlanma geliştirmiş çocuklarda, bağlanma kalitesinin düşük olduğu diğer çocuklara göre sosyal ve genel bilgi işlemede önemli olan dorsolateral prefrontal korteks, amigdala, singulat korteks ve sitriatumu içeren limbik ve bazal ganglion alanlarında daha fazla aktivasyon olduğu gösterilmiştir (125).

Canlılarda bakım verme davranışı bazı nörokimyasal maddelerin de etkisi altındadır. Oksitosin uterin kontraksiyonların ve süt sağımı ile ilişkili olarak salınmakta ve annelik davranışını başlatmakta sorumlu tutulmaktadır (126). Oksitosinin annelik davranışını başlatırken, prolaktin ve endojen opioidlerin bu davranışın sürekliliğini sağladığına ilişkin bilgiler vardır (127).

Erişkinde Bağlanma

Erişkin hayattaki bağlanma davranışı, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünülmektedir. Çocukluk döneminde ebeveyne karşı geliştirilen bağlanma ilişkisi, erişkinlik döneminde romantik ilişkiye dönüşmektedir (112). Erişkin dönemdeki bağlanma ile ilgili ilk çalışmalar Main ve arkadaşları tarafından yapılmış ve özerk, kayıtsız, saplantılı ve kararsız olmak üzere dört farklı erişkin bağlanma stili tanımlanmıştır (128). Bunun dışında erişkinlerde bağlanma biçimlerini tanımlayan iki önemli model daha kullanılmaktadır. Bunlar Hazan ve Shaver'in Modeli ve Bartholomew'ın Dörtlü Bağlanma Modeli'dir.

Hazan ve arkadaşları, Ainsworth'un ortaya koymuş olduğu üçlü bağlanma biçiminin erişkinlikteki romantik ilişkilerde de farklılaşarak devam ettiğini öne sürmüştü ve erişkin romantik ilişkilerindeki bağlanmanın güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaygılı-kaçınan bağlanma olarak sınıflandırılabilceğini belirtmişlerdir. Buna göre, güvenli bağlanma biçimine sahip yetişkinler kendine güvenen, sosyal açıdan girişken, yakın ilişkiler kurmaktan rahatsızlık duymayan bireylerdir. Kaygılı-kararsız bağlanan yetişkinler kendilerine güvenmeyen, reddedilmek ve terk edilmekten korkan kişilerdir. Kaygılı-kaçınan bağlanan yetişkinlerin ise yakın ilişkilerden kaçındıkları, kendilerini açmaktan rahatsız oldukları ve sosyal bakımdan baskılanmış oldukları görülmektedir (129).

Erişkin bağlanma stillerindeki dağılım (%55 güvenli, %25 kaygılı-kaçınan, % 20 kaygılı-kararsız) farklı bir çok ülkede bir çok araştırmacı tarafından araştırılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (129-131). Oranlar çocuklara uygulanan Ainsworth'un YDT'sindeki sonuçlara benzerdir (132). Çocukluk döneminde YDT uygulanan çocukların yirmi yıl sonra erişkin bağlanma görüşmesi ile değerlendirildiği bir çalışmada çocuklukta bağlanma stili ve yetişkinlikteki bağlanma stillerinin benzer olduğu tespit edilmiştir (133).

Bartholomew ve arkadaşları, Bowlby'nin öne sürdüğü benlik ve başkaları imajlarının olumlu ya da olumsuz olmasına göre dört temel bağlanma biçimi tanımlamıştır. Olumlu benlik ve olumlu başkaları imajlarının kombinasyonu güvenli bağlanma biçimi şeklinde isimlendirilmiştir. Saplantılı bağlanma biçimi; olumsuz benlik ve olumlu başkaları imajlarının birleşimi olarak tanımlanır. Korkulu bağlanma biçimi; olumsuz benlik ile olumsuz başkaları imajlarının birleşimi olarak tanımlanır. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler başkalarıyla yakın bağlar kurmaktan kaçınarak, başkalarından beklenen reddedilmeye karşı kendilerini korurlar. Kayıtsız bağlanma biçimi ise olumlu benlik ve olumsuz başkaları imajlarının birleşiminden

oluşmaktadır. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler yakınlığa karşı kayıtsızdırlar ve yakın ilişkilerin çok fazla gerekli olmadığına inanırlar (134).

MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK

Tanım

Mizaç; doğuştan gelen, erken yaşamda dahi gözlemlenebilen ve nispeten tüm hayat boyunca devam eden, biyolojik temelli davranış eğilimleridir (135).

Karakter; yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren, çevrenin ve eğitimin etkisi altında gelişmiş ve öğrenilmiş tutumlardır. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde büyük önemi vardır (136).

Mizaç, korku ve kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken; karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır, ümit ve inanç gibi işlevleri içermektedir (137).

Kişilik ise, kalıtımla geçen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin birleşmesinden oluşmakta ve bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içermektedir (136).

Kişilik Boyutları

Eski çağlardan beri insanlar kişiliği tanımlamaya ve sınıflandırmaya çalışmışlardır. Hipokrat ve Galenos kanlı, sarı safralı, kara safralı ve balgamlı kişilikler tanımlamışlardır. 19.yüzyılda beden yapıları ve kişilik türleri üzerinden birçok kuram ortaya atılmıştır. Kişiliği psikolojik açıdan ele alan kuramlar ise 20. yüzyıldan itibaren geliştirilmeye başlanmıştır. Günümüzde kişilik türlerini sistematik şekilde var ya da yok olarak kategorize etmek yerine kişilik kavramına uzunlamasına yani boyutsal yaklaşımın önemli olduğu kanısı yaygındır. Boyutsal yaklaşım için Eysenck'in üç boyutlu ve Cloninger'in yedi faktör modelleri örnek verilebilir (136). Eysenck'in üç boyutlu kişilik kuramı; nörotiklik-dengelilik, dışa dönüklük-içe dönüklük ve psikotiklik boyutlarını içermektedir (138).

Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramı

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiş ve bu kuramda hem normal kişilik hem de patolojik durumları açıklayabilmiştir (139).

Cloninger'in yedi faktör modeli; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme olmak üzere dört mizaç boyutu ve kendini yönetme, kendini aşma ve iş birliği yapma olmak üzere üç karakter boyutunu içermektedir (139).

Cloninger'e göre mizaç ve karakter, önermesel (propositional) ve işlemsel (procedural) olmak üzere iki tip bellek ve öğrenmeye dayalı olarak kavramsallaştırılabilmektedir. Mizaç kişiliğin duygusal özüdür ve kortikositriatolimbik sistem tarafından düzenlenen işlemsel bellek ile ilişkilidir. Karakter ise kişiliğin kavramsal özüdür ve sembolizasyon ve soyutlama gibi yüksek bilişsel işlevleri içeren önermesel bellek ile ilişkilidir (140). Bu kurama göre dört mizaç boyutunun her biri kendine özgü birer merkezi monoaminerjik sistem aktivitesi ile korelasyon göstermektedir (141).

Mizaç alt boyutları:

1-Yenilik arayışı (YA): Sıradanlıktan ve cezadan kaçınmaya yönelik sürekli yeni arayış içinde olma hali ve yeni uyaranlara karşı yoğun neşeye veya heyecana kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. YA özellikle mezolimbik dopaminerjik yollarda merkezi bir role sahip olan davranışsal aktivasyon sistemi (DAS) ile bağlantılıdır. Ödül sinyallerine duyarlı olan DAS, daha çok bir ödül elde edilme olasılığında yaklaşma davranışının oluşmasında rol aldığından ödül sistemi olarak da tanımlanmaktadır. Yüksek DAS etkinliğinin, dürtüsel davranışlara sebep olabileceği ileri sürülmüştür (142). YA yüksek olan kişiler kolay öfkelenen, telaşlı, yeniliklere açık, meraklı, ilgili, coşkulu, çabuk sıkılan, dürtüsel ve genellikle düzensizlerdir (141,143). Düşük YA'ya sahip olan insanlar yavaş mizaçlı, ilgisiz, durağan, tutumlu, çekingen, sıradanlığa karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir (140). Yenilik arayışı mizaç boyutunun alt birimleri; keşfetmekten heyecan duyma / kayıtsız bir katılık, dürtüsellik / iyice düşünme, savurganlık / tutumluluk ve düzensizlik / düzenlilik (141,143).

2-Zarardan kaçınma (ZK): Davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir (136). ZK puanı düşük kişiler, normalde çoğu insanda endişe uyandıran durumlarda dahi kaygısız olup, cesaretli ve iyimser olma eğilimindedirler. ZK puanı yüksek olan kişiler, başkalarını normalde endişelendirmeyen durumlarda dahi dikkatli, gergin, kuşkucu, sinirli, çekingen, cesaretsiz, pasif, kötümser olma eğilimindedirler. Bu kişiler çoğu zaman kendilerini engellenmiş hissederek ve sosyal ortamlarda utangaçtırlar. Daha fazla yardıma ve desteğe ihtiyaç duyarlar, eleştiriye ve cezaya karşı hassastırlar (144). ZK boyutundaki bireysel farklılıkların dorsal rafeden çıkan gama-

aminobütrik asit ve serotonerjik yolaklarla ilgili olduğu varsayılmaktadır. ZK mizaç boyutunun alt birimleri ise; beklenti endişesi – karamsarlık / sınırsız iyimserlik, belirsizlik korkusu / güven, yabancılardan çekinme / topluluğu sevme ve çabuk yorulma-dermansızlık / zindeliktir (141).

3-Ödül bağımlılığı (ÖB): Ödül alma durumunda aşırı duygusallık, sosyal bağıllık, başkalarının onayına bağımlılık ile kendini gösteren kalıtsal bir eğilimdir (136). ÖB mizaç boyutu yüksek olan kişiler, sevecen, sıcakkanlı, hassas, bağımlı ve girişken olma eğilimindedirler. ÖB mizaç boyutu düşük olan kişiler genellikle soğuk, katı, sert görünümlüdür ve sosyal olaylara lakayt ve soysal ödüllere (tebrik vb.) duyarsız davranırlar (144,145). Lokus sereleustan çıkan noradrenerjik yolaklar ve median rafeden çıkan serotonerjik yolaklar bu mizaç boyutunu etkilemektedir. ÖB'nin alt birimleri; duygusallık / duyarsızlık, bağlanma / uzak olma ve bağımlılık /bağımsızlıktır (143).

4-Sebat etme (SE): Çalışkanlık, kararlılık, süreğenlik, mükemmeliyetçilik gibi özelliklerle birlikte engellenmeye karşı sebat etmeye kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. SE mizaç boyutu yüksek olan kişiler, yaşadıkları hayal kırıklığına rağmen gayretli, çalışkan ve istikrarlıdırlar. Genellikle, beklenen ödül yanıtlarına aşırı çaba ve gayret gösterme eğilimindedirler. SE mizaç boyutu düşük olan kişiler ise pasif özelliklere sahip, üşengeç, güvenilir olmayan, düzensiz bir yapıya sahiptirler. Sonuç, beklenen ödül olduğunda bile nadiren çabalarını arttırlar, hatta hiç artırmayabilirler (136,141,144,146).

Karakter alt boyutları:

1- Kendini yönetme (KY): Kişinin kendi seçimleri konusunda sorumluluğu kabul etmesi, ne istediğini bilmesi, sorunları çözmeye beceri ve güvenin gelişmesi ve kendini kabullenme gibi özelliklerden oluşur (136) KY puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, sorumsuz, güvensiz ve tepkiseldir (143). Kişilik bozukluğunun varlığının ya da yokluğunun temel belirleyicisidir (145). KY'nin alt birimleri; sorumluluk alma / kınama, amaçlılık / amaçsızlık, beceriklilik / eylemsizlik, kendini kabullenme / kendisiyle çekişme ve uyumlu ikincil huylar / uygunsuz alışkanlıklardır (146).

2-İşbirliği yapma (İY): Kişinin empati yapabilmesi, şefkatli olabilmesi, yardımseverlik ve erdem gibi özelliklerden oluşur. İY puanı yüksek olan kişiler sosyal kabulü yüksek, empati

yapabilen, hoş görülü, merhametli ve başkalarının ihtiyaçlarını önemserler. İY özelliği düşük olan bireyler ise sosyal hoşgörüden yoksundur, ilgisiz ve intikamcı olarak tanımlanırlar. Diğer insanları kendilerine düşman ve yabancı görürler (136,141,144,146). İY'nin alt birimleri; sosyal onaylama / sosyal hoşgörüsüzlük, empati duyma / sosyal ilgisizlik, yardımseverlik / yardım sevmeme, acıma / intikamcılık, ve erdemlilik-vicdanlılık / kendine yarar sağlamadır (146).

3-Kendini aşma (KA): Kişinin kendisini evrenin bir parçası olarak algılaması, inançlara, ülkülere, aydınlanmaya yatkınlık gibi özelliklerini içerir. Yüksek KA puanlarına sahip kişiler, tatminkar, alçak gönüllü, sabırlı, anlayış sahibi, fedakarlığa önem veren ve maneviyatı kuvvetli kişilerdir. Düşük KA puanına sahip kişiler sanata karşı duyarsız davranırlar, daha çok materyalisttirler ve bir durum karşısında kolay tatmin olmazlar (136,141,143,146). KA'nın alt birimleri; kendilik kaybı / kendilik bilincinde yaşantı, kişiler arası özdeşim / kendine ayırışma ve manevi kabullenme / rasyonel materyalizmdir (141).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda hasta grubuna yeme reddi şikayeti ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ya da Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvuran, 2-6 yaş arası 60 hasta ve annesi, kontrol grubuna ise yeme reddi şikayeti olmayan, sağlıklı 34 gönüllü katılımcı ve annesi alındı. Her hasta ile iki, her kontrol vakası ile bir görüşme gerçekleştirildi ve tüm görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yürütüldü. Çalışma verileri Ağustos 2020 ve Eylül 2021 tarihleri arasında toplandı.

Sosyodemografik bilgiler, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik veri formu kullanılarak elde edildi. Katılımcıların annelerinin mizaç ve karakter özellikleri Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), bağlanma stilleri Erişkin Bağlanma Ölçeği (EBÖ) ile incelendi. Ölçeklerin kullanımına ilişkin izinler ölçeklerin geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olan akademisyenlere elektronik posta yoluyla ulaşılarak alındı. Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerine bilgilendirilmiş onam sunuldu ve gerektiğinde kendilerine okunarak çalışmaya katılmak istediklerine dair onam alındı.

Çalışmamız 28.07.2020 tarihli, 2020.182.07.15 protokol numarasıyla Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. Araştırma protokolünü onaylayan etik kurul yazısı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve diğer kullanılan ölçek ve anketler ekler kısmında paylaşıldı.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Hastalar için dahil edilme kriterleri;

1. Başka bir sağlık sorunu ile daha iyi açıklanamayan en az 1 aydır süren tüm besinleri veya bazı türdeki besinleri reddetme şikayeti ile pediatri ve çocuk psikiyatrisi bölümleri tarafından tetkik ve takip edilmek
2. 24-72 aylar arasında olmak
3. Annelerin asgari olarak ilköğretim mezunu ve okuma-yazma biliyor olması.
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Sağlıklı kontrol grubu için dahil edilme kriterleri;

- 1.Çocukta veya annede herhangi bir psikiyatrik bozukluğun olmaması
2. Yeme reddinin olmaması
3. 24-72 aylar arasında olmak
4. Annelerin asgari olarak ilköğretim mezunu ve okuma-yazma biliyor olması.
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Hastalar için dahil edilmeme kriterleri;

1. Annede halihazırda psikiyatrik bir hastalık varlığı
- 2.Çocukta KKYAB dışında psikiyatrik hastalık olması
3. Takvim yaşı 24 ay altında veya 72 ay üstünde olmak
- 4.Çalışmaya katılmak istememek

Sağlıklı kontrol grubu için dahil edilmeme kriterleri;

1. Çocukta ve annede halihazırda psikiyatrik bir hastalık varlığı
2. Çocukta yeme reddi olması
3. Takvim yaşının 24 ay altında veya 72 ay üstünde olması
4. Çalışmaya katılmak istememek

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanarak oluşturulan sosyodemografik veri formu, EBÖ ve MKE kullanılarak toplanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form 66 sorudan oluşmaktadır. Yaş, aile yapısı, kardeş sayısı, ebeveynlerin eğitim, iş ve sağlık durumları, gebelik ve doğum öyküsü, gelişim basamakları, fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı, 0-3 yaş arası bakımın kimler tarafından

verildiği ve 3 yaşına kadar bakım verenden ayrı kalma öyküsü gibi bilgiler bu form yoluyla elde edilmiştir.

Erişkin Bağlanma Ölçeği

Erişkin Bağlanma Ölçeği, Collins ve Read tarafından Hazan ve Shaver'ın Bağlanma Modeli baz alınarak geliştirilmiş Likert tipli bir ölçektir (147). Türkçe'ye çevirimi ve geçerliliği Alp (basılmamış veri) tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonu Türkiye'de birkaç çalışmada kullanılmıştır (148–150).

Orijinali 18 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe versiyonu 17 maddeden oluşmaktadır. Yine orijinalinde 5'li likert tipiyken Türkçe'sinde 4'lü likert kullanılmıştır. “Hiç doğru değil” 1 puan, “biraz doğru”, 2 puan, “oldukça doğru” 3 puan ve “çok doğru” 4 puan olarak hesaplanmıştır. Güvenli, kaçınan ve kararsız (ikircikli/ambivalan) olmak üç bağlanma biçimini ölçer. Güvenli bağlanma için 3,4,7,12,13 ve 16. maddeler, kaçınan bağlanma için 1,2,5,14,15 ve 17. maddeler ve kararsız/ikircikli bağlanma için de 6,8 9,10 ve 11. maddelerin puanı toplanır. Yalnız kararsız bağlanmanın puanı 1 madde eksik olduğu için 1,2 ile çarpılır. Hangi bağlanma biçiminin puanı yüksekse kişinin bağlanması o şekildedir. Güvenli bağlanma puanı yüksekse o kişinin bağlanması güvenli, kaçınan ya da kararsız bağlanmanın puanı yüksekse bağlanması güvensiz olarak nitelendirilir.

Mizaç ve Karakter Envanteri

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği 240 sorudan oluşan Mizaç ve Karakter Envanteri; kişiliğin dört mizaç ve üç karakter bileşenini değerlendiren “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Zaman sınırlandırması yoktur, 30 ile 60 dakikalık bir zamanda yapılabilmektedir. Ülkemizde bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlilik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve tekrar edilmiştir. MKE, içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (151).

Mizaç ve Karakter Envanteri 7 üst-sıra ölçekten oluşmaktadır. SE dışında tüm boyutlar üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda YA 4 alt ölçeğe, ZK 4 alt ölçeğe, ÖB 4 alt ölçeğe, karakter boyutunda KY 5 alt ölçeğe, İY 5 alt ölçeğe, KA 3 alt ölçeğe ayrılmıştır. Ölçekler alt ölçek toplamından oluşmaktadır. Örneğin, Toplam YA puanı = YA1 + YA2 + YA3 + YA4 şeklinde hesaplanır. Mizaç boyutu 12 alt – sıra ölçekten oluşmaktadır.

YA toplamda 40 madde şeklinde YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma, 11 madde), YA2 (Dürtüsellik, 10 madde), YA3 (Savurganlık, 9 madde) ve YA4 (Düzensizlik, 10 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. ZK toplamda 35 madde şeklinde, ZK1 (Beklenti endişesi, 11 madde), ZK2 (Belirsizlik korkusu, 7 madde), ZK3 (Yabancılardan çekinme, 8 madde) ve ZK4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. ÖB toplamda 24 madde şeklinde, ÖB1 (Duygusallık, 10 madde), ÖB2 (Bağlanma, 8 madde), ÖB3 (Bağımlılık, 6 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. SE, 8 maddeden oluşup alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir.

Karakter boyutu 13 alt – sıra alt ölçekten oluşmaktadır. KY toplamda 44 madde şeklinde, KY1 (Sorumluluk alma, 8 madde), KY2 (Amaçlılık, 8 madde), KY3 (Beceriklilik, 5 madde), KY4 (Kendini kabullenme, 11 madde) ve KY5 (Uyumlu ikincil huylar, 12 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. İY toplamda 42 madde şeklinde, İY1 (Sosyal onaylama, 8 madde), İY2 (Empati duyma, 7 madde), İY3 (Yardımseverlik, 8 madde), İY4 (Acıma, 10 madde) ve İY5 (Erdemlilik - vicdanlılık, 9 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. KA toplamda 33 madde şeklinde, KA1 (Kendilik kaybı, 11 madde), KA2 (Kişilerarası özdeşim, 9 madde), KA3 (Manevi kabullenme, 13 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. MKE değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında “yanlış” seçeneği işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca MKE içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler de mevcuttur (Madde 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240) (141,151).

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış, ebeveynve çocuğun, çalışma hakkında detaylı bilgilendirilmesini amaçlayan ve yazılı onay vermeyi gerektiren bilgilendirme formudur.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerde student t-testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U-testi kullanılmıştır. İki'den fazla grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerde One Way ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde 60 hasta ve 34 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 94 katılımcı ile yürütülmüştür. Çalışmaya alınan hasta grubunun 23'ü (%41,7) kız, 35'i (%58,3) erkek olup yaş ortalaması $45,7 \pm 13,0$ ay olarak bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunun ise 18'i (%52,9) kız, 16'sı (%47,1) erkek olup yaş ortalaması $44,8 \pm 16,9$ ay olarak bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet ($p=0,292$) ve yaş ($p=0,771$) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 6).

Hasta grubunun %50'si tek çocuklu, %45'i iki çocuklu, %3,3'ü 3 çocuklu ve %1,7'si 4 çocuklu ailelerdir. Kontrol grubunun %47,1'i tek çocuklu, %50'si iki çocuklu ve %2,9'u 3 çocuklu ailelerdir. Gruplar arasında ailedeki çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,951$) (Tablo 6). Hasta grubunda bulunanların %71,7'si ailenin ilk çocuğu, %23,3'ü ikinci çocuğu ve %5'i ise üçüncü çocuğudur. Kontrol grubunda bulunanların %55,9'u ailenin ilk çocuğu, %41,2'si ikinci çocuğu ve %2,9'u ise üçüncü çocuğudur. Gruplar arasında ailenin kaçınıcı çocuğu olma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,164$).

Hasta grubunun anne yaşı $32,8 \pm 4,6$ yıl olarak, baba yaşı $35,7 \pm 5,2$ yıl olarak bulunmuş iken kontrol grubunun anne yaşı $32,6 \pm 4,2$ yıl olarak ve baba yaşı ise $34,7 \pm 5,5$ yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anne yaşı ($p=0,583$) ve baba yaşı ($p=0,212$) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 6).

Hasta grubunun anne toplam eğitim süresi $14,2 \pm 2,8$ yıl olarak, baba toplam eğitim süresi $13,9 \pm 3,2$ yıl olarak bulunmuş iken kontrol grubunun anne toplam eğitim süresi

14,9±2,7 yıl olarak ve baba toplam eğitim süresi ise 14,9±2,4 yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anne toplam eğitim süresi (p=0,215) ve baba toplam eğitim süresi (p=0,215) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 6).

Çalışmaya katılan hasta grubundakilerden %56,7'sinin annesi çalışıyor iken kontrol grubundakilerin %73,5'inin annesi çalışıyor olup gruplar arasında annenin çalışma durumu açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,104). Hasta grubunda bulunan annelerin %62,9'u memur iken kontrol grubundaki annelerin %52'si memurdur (p=0,729). Hasta grubundaki annelerin %79,4'ü 4-8 saat arasında çalışırken kontrol grubundaki annelerin %84'ü 4-8 arasında çalışmaktadır (p=0,745). Hasta grubunda bulunan annelerin doğumdan sonra çalışmaya başlama süresi ortalaması 11,7±10 ay, kontrol grubundakilerin 10,1±11,7 ay olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,105) (Tablo 6).

Hasta grubunda bulunan babaların %98,3'ü kontrol grubunda bulunan babaların ise %91,2'si çalışmaktadır (p=0,133). Gruplar arasında babaların meslekleri açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,447) (Tablo 6).

Hasta grubunun %88,3'ü kontrol grubunun ise %97,1'i çekirdek aile yapısında olup gruplar arasında aile yapısı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,517). Hasta grubunun %58,3'ü kontrol grubunun ise %82,4'ü şehir merkezinde yaşamakta olup iki grup arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,054). Hasta grubunda bulunanların %66,7'sinin aylık geliri 5000 TL üzeri iken kontrol grubunda bulunanların %76,5'inin aylık geliri 5000 TL üzeridir ve gruplar arasında aylık gelir açısından anlamlı farklılık yoktur (p=0,667) (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubuna göre sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

	Hasta		Kontrol		p	
Yaş (ay)	45,7±13,0		44,8±16,9		0,771**	
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Kız	25	41,7	18	52,9	0,292*
	Erkek	35	58,3	16	47,1	
Anne yaşı	32,8±4,6		32,6±4,2		0,583***	
Baba yaşı	35,7±5,2		34,7±5,5		0,212***	
Anne toplam eğitim süresi	14,2±2,8		14,9±2,7		0,215***	
Baba toplam eğitim süresi	13,9±3,2		14,9±2,4		0,215***	
Anne çalışma durumu	Evet	34	56,7	25	73,5	0,104*
	Hayır	26	43,3	9	26,5	

Anne mesleği	Memur	22	62,9	13	52,0	0,729*
	İşçi	10	28,6	10	40,0	
	Serbest	3	8,6	2	8,0	
Anne günlük çalışma saati	4-8 saat	27	79,4	21	84,0	0,745*
	9-12 saat	7	20,6	4	16,0	
Annenin doğum sonrası çalışmaya başlama zamanı		11,7±10		10,1±11,7		0,105***
Baba çalışma durumu	Evet	59	98,3	31	91,2	0,133*
	Hayır	1	1,7	3	8,8	
Baba mesleği	Memur	20	33,9	15	45,5	0,447*
	İşçi	21	35,6	8	24,2	
	Serbest	18	30,5	10	30,3	
Aile yapısı	Çekirdek	53	88,3	33	97,1	0,517*
	Geniş	6	10,0	1	2,9	
	Parçalanmış	1	1,7	0	,0	
Ailenin yaşadığı yer	Köy	1	1,7	0	,0	0,054*
	İlçe	24	40,0	6	17,6	
	Şehir merkezi	35	58,3	28	82,4	
Ailenin gelir düzeyi	800-2500	1	1,7	0	,0	0,667*
	2500-5000	19	31,7	8	23,5	
	5000 üzeri	40	66,7	26	76,5	

*Kikare analizi, **Student t testi ***Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hasta grubunda bulunanların %55'inde temel bakım veren anne iken kontrol grubunun %52,9'unda temel bakımı anne vermiştir. Gruplar arasında temel bakım veren açısından anlamlı farklılık yoktur ($p=0,969$). Hasta grubunda bulunanların %28,3'ü kontrol grubunda bulunanların ise %35,3'ü kreşe gitmektedir. Gruplar arasında kreşe gitme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,483$). Gruplar arasında 1 yaşa kadar ($p=0,765$), 3 yaşa kadar ($p=0,778$) ve 6 yaşa kadar ($p=0,269$) temel bakım veren kişi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Hasta grubunda bulunan çocukların %25'i kontrol grubunda bulunan çocukların ise %11,8'i 3 yaşına kadar anneden ayrı kalmak zorunda kalmış ve gruplar arasında bu oranlar açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,125$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun temel bakım veren kişiler açısından karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Temel bakım veren	Anne	33	55,0	18	52,9	0,969
	Anne+büyükbeveyn	20	33,3	11	32,4	
	Anne+bakıcı	6	10,0	4	11,8	
	Anne+baba	1	1,7	1	2,9	
Kreşe gitme durumu	Evet	17	28,3	12	35,3	0,483
	Hayır	43	71,7	22	64,7	
1 yaşa kadar temel bakım veren	Anne	36	60,0	17	50,0	0,765
	Anne+büyükbeveyn	17	28,3	12	35,3	
	Anne+bakıcı	6	10,0	4	11,8	
	Anne+baba	1	1,7	1	2,9	
3 yaşa kadar temel bakım veren	Anne	27	45,0	11	32,4	0,778
	Anne+büyükbeveyn	22	36,7	15	44,1	
	Anne+bakıcı	8	13,3	6	17,6	
	Anne+baba	1	1,7	1	2,9	
	Anne+ kreş	2	3,3	1	2,9	
6 yaşa kadar temel bakım veren	Anne	15	35,7	2	11,8	0,269
	Anne+büyükbeveyn	12	28,6	5	29,4	
	Anne+bakıcı	2	4,8	2	11,8	
	Anne+baba	1	2,4	1	5,9	
	Anne+kreş	12	28,6	7	41,2	
3 yaşa kadar anneden ayrı kalma durumu	Hayır	45	75,0	30	88,2	0,125
	Evet	15	25,0	4	11,8	

*Kikare analizi yapılmıştır.

Hasta grubundaki annelerin gebelikteki yaşı $28,8\pm 4,2$ yıl olarak kontrol grubundakilerin ise $28,7\pm 4,0$ yıl olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,761$). Hasta grubunda bulunan annelerin %71,7'sinin ilk doğumu iken kontrol grubundaki annelerin %61,8'inin ilk doğumu olup gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,438$). Hasta grubunda bulunan annelerin %21,7'sinde kontrol grubunda bulunan annelerin ise %26,5'inde düşük ya da ölü doğum gerçekleşmiş olup gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0,597$) (Tablo 8).

Hasta grubunda bulunanların %76,7'sinde gebelik planlı iken kontrol grubunda bulunanların %76,5'inde gebelik planlı idi (p=0,983). Hasta grubunda bulunanların %3,3'ünde kontrol grubunda bulunanların ise %5,9'unda yardımcı üreme teknikleri kullanılmıştır (p=0,618). Hasta grubunda bulunanların %10'unun gebeliğinde bebekle ilişkili tıbbi sorun olmuş iken kontrol grubunda bulunanların %5,9'unda olmuştur (p=0,706) (Tablo 8).

Hasta grubunda bulunanların doğum boyu 49,2±2,9 cm, doğum kilosu 3178,8±395,4 gr olarak, kontrol grubunda bulunanların ise doğum boyu 49,5±3,8 cm ve doğum kilosu 3217,1±483,3 gr olarak bulunmuştur. Gruplar arasında doğum boyu (p=0,505) ve doğum kilosu (p=0,304) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Hasta grubunda bulunanların %91,7'si kontrol grubunda bulunanların ise %88,2'si matür doğmuştur (p=0,341). Hasta grubunda bulunanların %10'unda kontrol grubunda bulunanların ise %23,5'inde doğum sonrası yoğun bakım ünitesi yatışı gerekmiştir (p=0,077). Hasta grubunda bulunanların %16,7'si kontrol grubunda bulunanların ise %17,6'sı operasyon geçirmiştir (p=0,903). Hasta grubunda bulunan annelerin %10'unda postpartum psikiyatrik hastalık öyküsü var iken kontrol grubunda bulunanların ise %11,8'inde vardı (p=0,790) (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta ve kontrol grubunun doğum ve doğum sonrası süreç ile ilişkili bazı özellikleri

	Hasta		Kontrol		p	
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelikte anne yaşı		28,8±4,2		28,7±4,0	0,761*	
Kaçıncı doğum	1	43	71,7	21	61,8	0,438**
	2	14	23,3	12	35,3	
	3	3	5,0	1	2,9	
Düşük ya da ölü doğum öyküsü	Evet	13	21,7	9	26,5	0,597**
	Hayır	47	78,3	25	73,5	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	46	76,7	26	76,5	0,983**
	Hayır	14	23,3	8	23,5	
Yardımcı üreme teknikleri kullanımı	Evet	2	3,3	2	5,9	0,618**
	Hayır	58	96,7	32	94,1	
Gebelikte bebekle ilişkili tıbbi öyküsü	Evet	6	10,0	2	5,9	0,706**
	Hayır	54	90,0	32	94,1	
Annede postpartum psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	6	10,0	4	11,8	0,790**
	Yok	54	90,0	30	88,2	
Doğum boyu (cm)		49,2±2,9		49,5±3,8	0,505*	
Doğum kilosu (gr)		3178,8±395,4		3217,1±483,3	0,304*	

Doğum haftası	Prematür	3	5,0	4	11,8	0,341**
	Matür	55	91,7	30	88,2	
	Postmatür	2	3,3	0	,0	
Doğum sonrası YBÜ¹ yatış öyküsü	Evet	6	10,0	8	23,5	0,077**
	Hayır	54	90,0	26	76,5	
Cerrahi operasyon öyküsü	Evet	10	16,7	6	17,6	0,903**
	Hayır	50	83,3	28	82,4	

¹Yoğun bakım ünitesi. *Mann Whitney U testi, **Kikare analizi yapılmıştır.

Hasta grubu ile kontrol grubu arasında anne sütü alma süresi (p=0,699), emzirmeyi sonlandırmada sorun yaşama durumu (p=0,293), ek gıdaya geçme süresi (p=0,815) ve ek gıdaya geçmede herhangi bir sorun yaşama durumu (p=0,155) açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 9).

Hasta grubunda bulunanların %29'unun kardeşinde yeme reddi var iken kontrol grubunun %10,5'inin kardeşinde yeme reddi vardır. Gruplar arasında kardeşinde yeme reddi olma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,170).

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun emzirme ile ilişkili özellikleri

	Hasta		Kontrol		p	
	Sayı	%	Sayı	%		
Anne sütü alma süresi	15,0±8,8		16,5±9,5		0,699*	
Emzirme sonlandırılırken sorun yaşanma durumu	Evet	3	5,2	0	,0	0,293**
	Hayır	55	94,8	34	100,0	
Ek gıdaya geçme zamanı	5,9±0,8		6,2±2,6		0,815*	
Ek gıdaya geçerken sorun yaşanma durumu	Evet	12	20,0	3	8,8	0,155**
	Hayır	48	80,0	31	91,2	

*Mann Whitney U testi, **Kikare analizi yapılmıştır.

Hasta grubunda bulunan çocukların şu andaki kilosu (p=0,016) ile şu andaki BKİ (p<0,001) değeri kontrol grubunda bulunanların değerlerinden anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Gruplar arasında şu andaki boy ölçüsü açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,352) (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta ve kontrol grubunda bulunan çocukların antropometrik ölçümleri

	Hasta	Kontrol	P
	Ort±SS	Ort±SS	
Şu andaki boyu (cm)	102,3±8,5	100,5±10,2	0,352*
Şu andaki kilosu (kg)	15,7±3,0	17,5±3,9	0,016*
Beden kitle indeksi	14,9±1,6	16,9±1,1	<0,001**

*Student t testi ** Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların annelerinin %23,3'ü çocukları beslenirken öğürme ya da kusma olduğunu, %65'i çocuğunun iştahsız olduğunu, %13,3'ü çocuğunun beslenirken boğulma ya da yutma korkusunun olduğunu, %18,3'ü beslenme sırasında ağrı ya da bulantıdan yakındığını, %86,7'si belli görünüm, tat ya da kokuya sahip yiyecekleri reddettiğini, %6,7'si yeme reddinin travma sonrası geliştiğini ifade etmiştir. Hasta grubundaki çocukların %43,3'ünün iştahsızlık, %51,7'sinin seçici yeme ve %5'inin korkma-kaçınma yeme reddi grubuna girdiği belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Hasta grubunun yeme problemleri ile ilişkili özellikleri

		Sayı	%
Beslenme sırasında öğürme ya da kusma	Evet	14	23,3
	Hayır	46	76,7
İştahsızlık	Evet	39	65,0
	Hayır	21	35,0
Beslenme sırasında boğulma ya da yutma korkusu	Evet	8	13,3
	Hayır	52	86,7
Beslenme sırasında ağrı ya da bulantıdan yakınma	Evet	11	18,3
	Hayır	49	81,7
Belli görünüm, tat ya da kokuya sahip yiyecekleri reddetme	Evet	52	86,7
	Hayır	8	13,3
Yeme reddinin travma sonrası gelişmesi	Evet	4	6,7
	Hayır	56	93,3
Yeme reddi grubu	İştahsızlık	26	43,3
	Seçici yeme	31	51,7
	Korkma ve kaçınma	3	5,0

Hasta grubunun ZK mizaç boyutunun çabuk yorulma alt ölçek puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p=0,019). Buna karşın hasta grubunun KY

karakter boyutunun sorumluluk alma alt ölçek puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,017$). Diğer alt boyutlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunun MKE puanlarının karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	p*
	Ort±SS	Ort±SS	
Kendini kaptırma	5,3±2,1	5,6±2,3	0,527
Kişilerarası özdeşim	4,2±2,1	4,4±2,0	0,622
Manevi kabul	5,3±2,4	5,0±2,8	0,478
Kendini aşma toplam puan	14,7±5,5	14,9±5,6	0,881**
Sosyal onaylama	1,7±1,7	1,4±1,5	0,565
Empati	2,0±1,2	1,9±1,4	0,769
Yardımseverlik	2,9±1,3	2,6±1,2	0,170
Merhametlilik	1,9±1,9	2,1±2,2	0,667
Erdemlilik	2,3±1,1	2,1±1,0	0,398
İş birliği yapma toplam puan	10,8±4,4	10,2±4,6	0,297
Keşfetmekten heyecan duyma	4,5±1,4	4,6±1,8	0,800
Dürtüsellik	6,1±2,2	6,3±1,9	0,968
Savurganlık	3,5±1,7	4,0±1,8	0,148
Düzensizlik	6,7±1,7	7,3±1,5	0,118
Yenilik arayışı toplam puan	20,9±4,2	22,2±4,3	0,316
Beklenti endişesi	4,0±1,9	4,5±1,9	0,245
Belirsizlik korkusu	2,2±1,7	2,7±1,7	0,191
Yabancılardan çekinme	3,8±1,5	3,6±1,5	0,650
Çabuk yorulma	4,3±2,2	5,4±2,3	0,019
Zarardan kaçınma toplam puan	14,3±5,8	16,2±5,4	0,056
Sebat etme toplam puan	2,5±1,8	2,0±1,8	0,166
Duygusallık	2,5±1,8	2,9±1,6	0,151
Sosyal bağlanma	3,2±1,9	2,6±1,5	0,107
Bağımlılık	3,3±1,4	3,6±1,2	0,441
Ödül bağımlılığı toplam puan	9,0±3,0	9,1±2,6	0,834
Sorumluluk alma	3,3±1,8	2,4±1,4	0,017
Amaçlılık	2,4±1,5	2,4±1,5	0,977
Beceriklilik	1,1±1,1	,8±1,0	0,136
Kendini kabul	4,9±2,9	4,3±2,0	0,189**
Uyumlu ikincil huylar	2,7±1,6	2,4±1,6	0,207
Kendini yönetme toplam puan	14,4±5,9	12,2±4,6	0,126

*Mann Whitney U testi, **Student t testi yapılmıştır.

Hasta grubunun kararsız bağlanma puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,014). Gruplar arasında diğer puanlar açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05). Hasta grubunun güvenli bağlanma oranı %60 olarak, kontrol grubunun ise %79,4 olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,097)(Tablo 13).

Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunun EBÖ puanları ve bağlanma stillerinin karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		p	
	Sayı	%	Sayı	%		
Güvenli bağlanma puanı	14,7±3,3		14,8±2,3		0,868*	
Kaçıngan bağlanma puanı	12,9±3,5		12,0±2,8		0,278*	
Kararsız bağlanma puanı	8,8±3,2		7,4±2,1		0,014*	
Bağlanma stili	Güvenli	36	60,0	27	79,4	0,097**
	Kaçıngan	20	33,3	7	20,6	
	Kararsız	4	6,7	0	,0	

*Mann Whitney U testi, **Kikare analizi yapılmıştır.

Yeme reddi grupları arasında MKE puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. Yeme reddi gruplarının MKE puanlarının karşılaştırılması

	İştahsızlık	Seçici yeme	Korkma ve kaçınma	p*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Kendini kaptırma	4,9±2,3	5,6±1,8	4,3±3,5	0,442
Kişilerarası özdeşim	4,6±2,0	3,9±2,0	4,3±3,8	0,451
Manevi kabul	5,9±2,4	4,7±2,0	5,3±4,5	0,162
Kendini aşma toplam puan	15,4±5,7	14,3±4,8	14,0±11,5	0,730**
Sosyal onaylama	2,1±1,8	1,5±1,6	0,7±1,2	0,204
Empati	2,2±,9	1,9±1,3	1,3±,6	0,214
Yardımsızlık	2,7±1,2	3,3±1,3	2,0±1,0	0,067
Merhametlilik	1,9±2,3	1,9±1,7	1,7±,6	0,873
Erdemlilik	2,2±1,0	2,3±1,1	2,3±1,5	0,984
İş birliği yapma toplam puan	11,1±4,0	10,8±4,8	8,0±3,6	0,429

Keşfetmekten heyecan duyma	4,8±1,2	4,3±1,5	4,7±1,2	0,244
Dürtüsellik	5,9±2,3	6,2±2,1	7,7±1,2	0,379
Savurganlık	3,7±1,7	3,3±1,7	4,0±1,0	0,436
Düzensizlik	7,0±1,7	6,5±1,8	6,7±1,2	0,632
Yenilik arayışı toplam puan	21,4±4,0	20,2±4,5	23,0±1,7	0,405
Beklenti endişesi	3,6±1,3	4,3±2,3	5,0±1,0	0,192
Belirsizlik korkusu	2,0±1,5	2,4±1,9	2,3±,6	0,734
Yabancılardan çekinme	3,5±1,6	3,9±1,6	4,3±1,2	0,409
Çabuk yorulma	4,3±2,0	4,4±2,3	3,3±2,5	0,761
Zarardan kaçınma toplam puan	13,4±4,4	14,9±6,9	15,0±4,6	0,474
Sebat etme toplam puan	3,0±2,0	2,3±1,6	0,7±,6	0,065
Duygusallık	2,4±1,6	2,6±1,8	2,7±2,9	0,894
Sosyal bağlanma	3,3±1,7	3,1±2,1	2,3±,6	0,565
Bağımlılık	3,4±1,4	3,3±1,4	3,0±1,0	0,813
Ödül bağımlılığı toplam puan	9,2±2,9	9,0±3,1	8,0±3,6	0,818
Sorumluluk alma	3,3±1,7	3,2±1,6	3,3±4,0	0,811
Amaçlılık	2,0±1,1	2,7±1,7	2,3±1,5	0,330
Beceriklilik	1,3±1,0	1,0±1,3	0,3±,6	0,166
Kendini kabul	4,4±2,7	5,5±2,9	4,3±4,0	0,365**
Uyumlu ikincil huylar	2,8±1,8	2,7±1,5	2,3±,6	0,943
Kendini yönetme toplam puan	13,7±4,9	15,1±6,6	12,7±7,0	0,717

*Kruskal Wallis testi, **One Way ANOVA testi yapılmıştır.

Yeme reddi grupları arasında EBÖ puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. Yeme reddi gruplarının EBÖ puanları ve bağlanma stilleri açısından karşılaştırılması

	İştahsızlık		Seçici yeme		Korkma ve kaçınma		p	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Güvenli bağlanma puanı	14,9±3,4		14,3±3,2		17,0±3,6		0,428*	
Kaçıngan bağlanma puanı	13,1±3,1		12,8±3,7		11,7±6,4		0,633*	
Kararsız bağlanma puanı	8,7±3,9		9,0±2,5		8,4±4,2		0,179*	
Bağlanma stili	Güvenli	15	57,7	18	58,1	3	100,0	0,660**
	Kaçıngan	10	38,5	10	32,3	0	,0	
	Kararsız	1	3,8	3	9,7	0	,0	

*Kruskal Wallis testi, **Kikare analizi yapılmıştır.

İştahsızlık olanlar ile olmayanlar arasında mizaç ve karakter ve erişkin bağlanma ölçeği puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 16).

Tablo 16. İştahsızlık olan ve olmayan grubun MKE ve EBÖ puanları açısından karşılaştırılması

	Var	Yok	p*
	Ort±SS	Ort±SS	
Kendini kaptırma	4,9±2,3	5,5±2,0	0,319
Kişilerarası özdeşim	4,6±2,0	3,9±2,1	0,277
Manevi kabul	5,9±2,4	4,8±2,2	0,062
Kendini aşma toplam puan	15,4±5,7	14,2±5,4	0,427**
Sosyal onaylama	2,1±1,8	1,4±1,5	0,120
Empati	2,2±,9	1,8±1,3	0,118
Yardımsverlik	2,7±1,2	3,1±1,3	0,137
Merhametlilik	1,9±2,3	1,9±1,6	0,603
Erdemlilik	2,2±1,0	2,3±1,1	0,858
İş birliği yapma toplam puan	11,1±4,0	10,6±4,8	0,415
Keşfetmekten heyecan duyma	4,8±1,2	4,3±1,5	0,110
Dürtüsellik	5,9±2,3	6,3±2,1	0,525
Savurganlık	3,7±1,7	3,3±1,6	0,378
Düzensizlik	7,0±1,7	6,5±1,7	0,340
Yenilik arayışı toplam puan	21,4±4,0	20,5±4,4	0,361
Beklenti endişesi	3,6±1,3	4,3±2,2	0,106
Belirsizlik korkusu	2,0±1,5	2,4±1,8	0,470
Yabancılardan çekinme	3,5±1,6	3,9±1,5	0,210
Çabuk yorulma	4,3±2,0	4,3±2,3	0,910
Zarardan kaçınma toplam puan	13,4±4,4	14,9±6,7	0,225
Sebat etme toplam puan	3,0±2,0	2,1±1,6	0,108
Duygusalılık	2,4±1,6	2,6±1,9	0,790
Sosyal bağlanma	3,3±1,7	3,1±2,0	0,380
Bağımlılık	3,4±1,4	3,2±1,3	0,599
Ödül bağımlılığı toplam puan	9,2±2,9	8,9±3,1	0,741
Sorumluluk alma	3,3±1,7	3,2±1,8	0,814
Amaçlılık	2,0±1,1	2,6±1,7	0,143
Beceriklilik	1,3±1,0	1,0±1,2	0,115
Kendini kabul	4,4±2,7	5,4±3,0	0,202**
Uyumlu ikincil huylar	2,8±1,8	2,7±1,5	0,872
Kendini yönetme toplam puan	13,7±4,9	14,9±6,6	0,590
Güvenli bağlanma puanı	14,9±3,4	14,5±3,3	0,675
Kaçıngan bağlanma puanı	13,1±3,1	12,7±3,8	0,553
Kararsız bağlanma puanı	8,7±3,9	8,9±2,6	0,130

*Mann Whitney U testi, **Student t testi yapılmıştır.

Seçici yeme bozukluğu olanların İY karakter boyutunun yardımseverlik alt ölçeğinin puanı olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,035) (Tablo 17).

Tablo 17. Seçici yeme olan ve olmayan grubun MKE ve EBÖ puanları açısından karşılaştırılması

	Var	Yok	p*
	Ort±SS	Ort±SS	
Kendini kaptırma	5,6±1,8	4,8±2,4	0,214
Kişilerarası özdeşim	3,9±2,0	4,6±2,2	0,209
Manevi kabul	4,7±2,0	5,8±2,6	0,063
Kendini aşma toplam puan	14,3±4,8	15,2±6,2	0,494**
Sosyal onaylama	1,5±1,6	1,9±1,8	0,302
Empati	1,9±1,3	2,1±,9	0,284
Yardımseverlik	3,3±1,3	2,6±1,1	0,035
Merhametlilik	1,9±1,7	1,9±2,1	0,633
Erdemlilik	2,3±1,1	2,2±1,1	0,859
İş birliği yapma toplam puan	10,8±4,8	10,8±4,0	0,761
Keşfetmekten heyecan duyma	4,3±1,5	4,8±1,2	0,096
Dürtüsellik	6,2±2,1	6,1±2,3	0,964
Savurganlık	3,3±1,7	3,8±1,6	0,231
Düzensizlik	6,5±1,8	7,0±1,6	0,368
Yenilik arayışı toplam puan	20,2±4,5	21,6±3,9	0,212
Beklenti endişesi	4,3±2,3	3,7±1,3	0,268
Belirsizlik korkusu	2,4±1,9	2,0±1,5	0,603
Yabancılardan çekinme	3,9±1,6	3,6±1,5	0,351
Çabuk yorulma	4,4±2,3	4,2±2,1	0,834
Zarardan kaçınma toplam puan	14,9±6,9	13,6±4,3	0,302
Sebat etme toplam puan	2,3±1,6	2,8±2,1	0,466
Duygusallık	2,6±1,8	2,4±1,7	0,683
Sosyal bağlanma	3,1±2,1	3,2±1,7	0,594
Bağımlılık	3,3±1,4	3,4±1,4	0,751
Ödül bağımlılığı toplam puan	9,0±3,1	9,1±2,9	0,947
Sorumluluk alma	3,2±1,6	3,3±1,9	0,964
Amaçlılık	2,7±1,7	2,0±1,1	0,150
Beceriklilik	1,0±1,3	1,2±1,0	0,330
Kendini kabul	5,5±2,9	4,4±2,8	0,154**
Uyumlu ikincil huylar	2,7±1,5	2,8±1,7	0,988
Kendini yönetme toplam puan	15,1±6,6	13,6±5,0	0,454
Güvenli bağlanma puanı	14,3±3,2	15,1±3,4	0,365
Kaçınan bağlanma puanı	12,8±3,7	13,0±3,4	0,829
Kararsız bağlanma puanı	9,0±2,5	8,6±3,9	0,068

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

Korkma ve kaçınma olanlar ile olmayanlar arasında MKE ve EBÖ puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo18. Korkma ve kaçınma olan ve olmayan grubun MKE ve EBÖ puanları açısından karşılaştırılması

	Var	Yok	p*
	Ort±SS	Ort±SS	
Kendini kaptırma	4,3±3,5	5,3±2,1	0,584
Kişilerarası özdeşim	4,3±3,8	4,2±2,0	0,700
Manevi kabul	5,3±4,5	5,2±2,3	0,999
Kendini aşma toplam puan	14,0±11,5	14,8±5,2	0,815**
Sosyal onaylama	0,7±1,2	1,8±1,7	0,277
Empati	1,3±,6	2,0±1,2	0,308
Yardımsverlik	2,0±1,0	3,0±1,3	0,174
Merhametlilik	1,7±,6	1,9±2,0	0,949
Erdemlilik	2,3±1,5	2,3±1,1	0,999
İş birliği yapma toplam puan	8,0±3,6	11,0±4,4	0,262
Keşfetmekten heyecan duyma	4,7±1,2	4,5±1,4	0,873
Dürtüsellik	7,7±1,2	6,1±2,2	0,197
Savurganlık	4,0±1,0	3,5±1,7	0,496
Düzensizlik	6,7±1,2	6,7±1,7	0,924
Yenilik arayışı toplam puan	23,0±1,7	20,8±4,3	0,455
Beklenti endişesi	5,0±1,0	3,9±1,9	0,277
Belirsizlik korkusu	2,3±,6	2,2±1,7	0,677
Yabancılardan çekinme	4,3±1,2	3,7±1,6	0,517
Çabuk yorulma	3,3±2,5	4,3±2,2	0,496
Zarardan kaçınma toplam puan	15,0±4,6	14,2±5,9	0,725
Sebat etme toplam puan	0,7±,6	2,6±1,8	0,051
Duygusalılık	2,7±2,9	2,5±1,7	0,773
Sosyal bağlanma	2,3±,6	3,2±1,9	0,475
Bağımlılık	3,0±1,0	3,3±1,4	0,677
Ödül bağımlılığı toplam puan	8,0±3,6	9,1±3,0	0,584
Sorumluluk alma	3,3±4,0	3,2±1,6	0,561
Amaçlılık	2,3±1,5	2,4±1,5	0,975
Beceriklilik	0,3±,6	1,1±1,2	0,221
Kendini kabul	4,3±4,0	5,0±2,9	0,716**
Uyumlu ikincil huylar	2,3±,6	2,8±1,6	0,773
Kendini yönetme toplam puan	12,7±7,0	14,5±5,9	0,653
Güvenli bağlanma puanı	17,0±3,6	14,6±3,3	0,277
Kaçıngan bağlanma puanı	11,7±6,4	13,0±3,4	0,415
Kararsız bağlanma puanı	8,4±4,2	8,8±3,2	0,496

*Mann Whitney U testi, ** Student t testi yapılmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda 2-6 yaş arası yeme reddi olan çocukların anneleri ile sağlıklı kontrol grubundaki çocukların anneleri; mizaç-karakter özellikleri ve bağlanma stilleri açısından karşılaştırılmıştır. MKE sonuçlarına göre hasta grubundaki annelerin ZK mizaç boyutunun çabuk yorulma alt ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük, KY karakter boyutunun sorumluluk alma alt ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında anne bağlanma stilleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular sırasıyla sosyodemografik veriler, gruplar arası ölçek toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması ve hasta grubunun klinik özelliklerine göre oluşturulmuş alt grupları arasında ölçek puan karşılaştırmaları literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Sosyodemografik veriler açısından; çalışmamızda yer alan gruplar yaş ve cinsiyet bakımından benzer dağılım göstermiştir. KKYAB'nin görece yeni bir tanı olması sebebiyle çocuklardaki insidans, prevalans ve cinsiyet dağılım oranları henüz belirlenememiştir. Okul öncesi dönem, çocukların yeme alışkanlıkları kazandıkları ve beraberinde yeme problemlerinin çok sık görüldüğü bir dönemdir. Bu zamana kadar yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde yeme problemlerinin cinsiyet dağılımı konusunda farklı sonuçlara rastlanmıştır. Yeme problemlerinin kız çocuklarda daha yoğun olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi erkeklerde daha yoğun olduğunu ve hatta cinsiyet farklılığının olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (87,152,153). KKYAB grubu ile yapılan çeşitli çalışmalarda ise KKYAB'nin küçük yaş grubunda ortaya çıktığı, erkeklerde daha fazla görüldüğü ve ruhsal / fiziksel eşhastalanım oranının yüksek olduğu gösterilmiştir (55,58-60). Bu bilgi gözetilerek örneklemimiz 2-6 yaş

arası KKYAB tanılı çocuklar olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda hasta grubundaki erkek sayısı kızlara göre fazla bulunmuştur. Bu veri KKYAB grubu ile yapılmış sınırlı sayıdaki çalışma verisi ile uyumludur. Yeme problemlerinin kız cinsiyette daha yoğun olduğunu belirten çalışmalarda herhangi bir psikiyatrik tanılama yapılmadığından verileri karşılaştırmak güçtür.

Yapılan çalışmalarda ailenin sosyoekonomik düzeyinin çocukların beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu, ebeveynlerin eğitim düzeyi azaldıkça, çocuklara daha az sağlıklı ve daha çok basit şekerden zengin yiyecekler verdikleri gösterilmiştir (154,155). Bu bilgiler dikkate alındığında ailedeki çocuk sayısı, kaçınıcı çocuk olarak dünyaya geldikleri, aile yapıları, yaşadıkları yer, anne-baba eğitim düzeyleri ve ortalama aylık gelirleri bakımından çalışmamızdaki gruplar arasında fark olmaması önemlidir. Ayrıca her iki gruptaki çocukların büyük oranda ailelerinin ilk çocuğu olarak dünyaya geldikleri saptanmıştır. Hem ailedeki toplam çocuk sayısı hem de olguların kaçınıcı çocuk oldukları durumlarının gruplar arasında benzer olması, iki gruptaki ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusunda bilgi ve tecrübe açısından da benzer olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında anne çalışma durumu, anne günlük çalışma süreleri ve çocuklara temel bakım veren kişi bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum beslenme davranışlarının gelişiminde etkili olan temel bakım verenin anne dışındaki kişilerden oluşması bakımından grupların benzer ve karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir.

Bazı çalışmalarda annelerin gebeliği isteme veya planlama durumu ile annenin bağlanması arasında ilişki bulunamamışken, başka çalışmalarda olumlu ilişki saptanmıştır (156,157). Bir metanaliz çalışmasında, planlı gebeliğin anne-bebek bağlanması üzerinde önemsiz bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (158). 2014 yılında yapılan diğer bir çalışmada ise perinatal kayıp sonrası doğan çocukların ebeveynleriyle ilişkisinde dolaylı bir bozulma olduğu bildirilmiştir (159). Perinatal kayıp öyküsü yaşayan anneler erken bebeklik döneminde bebeklerinin sağlığı ile ilgili daha kaygılı olup daha fazla sorun bildirmektedir (160,161). Çalışmamızda gruplar arasında gebeliğin planlı olması, gebelik öncesinde düşük ya da ölü doğum gerçekleşmiş olması, yardımcı üreme tekniği kullanımı, gebelikte bebekle alakalı tıbbi sorun yaşanmış olması durumları açısından anlamlı farklılık bulunmamış olup bu değişkenlerin anne çocuk arasında yeme-yedirme ilişkisine olası etkileri bakımından karıştırıcı faktör olmaktan çıkmıştır.

Düşük doğum ağırlığının oluşturduğu risklerin araştırıldığı bir çalışmada düşük doğum ağırlığının beslenme sürecinde zorlanmalarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (162).

Prematür doğan ve/veya doğum ağırlığı gestasyonel yaşa göre onuncu persentilin altında olan bebeklerde beslenme bozukluğu gelişme riskinin daha yüksek olduğunu ve bu oranın %40'a ulaşabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (163,164). Erken doğan bebeklerin ailelerinde doğum sonrasında yaşanan stres ve çocuğun kırılğan olarak algılanması, anne-baba bebek etkileşimi ile ilgili sorunları beraberinde getirmektedir (165,166). Yenidoğan döneminde hastane yatışı gerekmiş olan bebeklerin ailelerinin bebeği kırılğan olarak aldıkları ve aşırı koruyuculuk gösterdikleri, bu tutumların da çocuğun davranış gelişimini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (167). Zor edinilmiş, sorunlu bir yenidoğan dönemi geçirmiş ve yaşamda kalmasının beslenmesi ile bağlantılı olduğu düşünülen erken doğan bebeklerde anne-bebek ilişkisi yalnız yeme-yedirme ilişkisi üzerine odaklanabilmektedir. Bu durum çocuğun duygusal gelişimi için çok değerli olan karşılıklı oyun-etkileşim sürecini olumsuz etkileyerek çocukta yeme ve davranış sorunlarının çıkması için ortam hazırlayabilmektedir (70,168). Çalışmamızda gruplar arasında doğum boyu, doğum kilosu, doğum zamanı, doğum sonrası yoğun bakım ünitesi yatışı gerekliliği açısından anlamlı farklılık yoktur.

Özellikle ilk üç yaş içerisinde, annenin depresif bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkları, çocuğa karşı sert ve düşmanca olabilen tutum ve davranışlarına, bu davranışlar da yeme-yedirme ilişkisi sırasında olması gereken olumlu etkileşimin bozulmasına neden olmaktadır (169). Çalışmamızda gruplar arasında annede postpartum psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık yoktu.

Anne sütü ile beslenme sırasında annenin diyetindeki çeşitli tat ve kokular süt yoluyla bebeğe geçer ve bu durum bebeğin katı gıdaya geçiş döneminde yeni gıdalara adaptasyonunu hızlandırır (170). Emzirme süresi ve yoğunluğunun özellikle anne dengeli beslendiğinde seçici ve az yemek yeme davranışına karşı koruyucu olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (171). En az 6 ay anne sütü alan çocukların açlık tokluk kontrollerinin daha iyi olduğu anlaşılmıştır. Anne sütünü az alan çocukların ebeveynlerinin ek gıdaya daha erken başladığını ve çocuğun sevdiği besinleri ödül olarak kullandığını gösteren araştırmalar mevcuttur (172,173). Emzirme ve memeden kesme ile ilgili problemlerin daha sonra yeme problemlerine zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir (174). Çalışmamızda gruplar arasında anne sütü alma süresi, emzirmeyi sonlandırmada sorun yaşama durumu, ek gıdaya geçme zamanı ve ek gıdaya geçmede herhangi bir sorun yaşama durumu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiş olup bu faktörler açısından gruplar arasında farklılık olmaması karıştırıcı faktörlerin azaltılması açısından istenilen bir durumdur. Ancak örneklem sayımızın az olması nedeniyle olası bir farklılığı tespit edememiş olabiliriz.

Hasta grubunda bulunan çocukların kilosu ile BKİ'nin yaşa göre persantil değerleri beklediğimiz gibi kontrol grubunda bulunanların değerlerine göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Gruplar arasında boy ölçüsü açısından ise anlamlı farklılık görülmemiştir. BKİ değerleri yüzdelerine göre; 5. persantil eğrisinin altındakiler zayıf; 5 - 85. persantil eğrisi arasındakiler normal; 85-95. persantil eğrisi arasındakiler fazla ağırlıklı ve 95. persantil eğrisinin üzerindeki şişman (obez) olarak değerlendirilmektedir (13). Bizim çalışmamızda KKYAB DSM-5 A grubu tanı kriterlerinden belirgin tartı kaybı kriterini karşılayan hastaların tamamı iştahsızlık grubunda idi. Bu hastaların yaşa göre BKİ persantilleri; 5'i 1. persantil altı, 1'i 1. persantil, 2'si 1-3 persantil aralığı, 1'i 5. persantil olarak hesaplanmıştır. Seçici yeme ve yemekle ilişkili korku ve kaygı semptomu yaşayan gruplarda ise yaşa göre BKİ persantil değerleri 5-95 persantil aralığında idi. KKYAB'nin DSM-5 tanı kriterlerinden A kriterinin belirgin tartı kaybı alt maddesini hastaların ne kadarının karşıladığına ilişkin literatürde bilgi bulunmamıştır. KKYAB hastalarının klinik özellikleri araştırıldığında seçici yeme görünümüne sahip, ayaktan takip edilen hastaların değerlendirildiği bir çalışmada örneklemin ağırlıklı olarak erkeklerden oluştuğu, semptomların beş yaşından önce başladığı ve normal-fazla kilo aralığında kiloya sahip oldukları gösterilmiştir (175). Araştırdığımız kadarıyla diğer KKYAB görünümlerinin klinik özelliklerin incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda seçici yeme grubundaki hastaların normal-fazla ağırlıklı aralığında persantillere sahip olması literatürle uyumludur.

Kaçınan / kısıtlı yiyecek alım bozukluğunun okul öncesi dönem çocuklardaki semptom dağılımı ve klinik görünümlere göre karakteristik özelliklerine ilişkin bilgilere literatürde rastlanmamıştır. 2019 yılında 8-17 yaş aralığında 83 hastadan oluşan, üçüncü basamak bir yeme bozukluğu kliniğinin ayaktan ve yatan hastalarında yapılan bir çalışmada KKYAB görünümlerinden yeme ile ilişkili korkma ve kaçınma görünümünün en yaygın olduğu, bunu iştahsızlık görünümünün izlediği, seçici yeme görünümünün ise en az görüldüğü belirtilmiştir. 2018 yılında yapılan bir diğer çalışmada çoğunluğu kadın, yaş ortalaması 13.7 yıl ve toplam 77 hastadan oluşan örnekleme KKYAB klinik görünüm dağılımının; yemekten kaçınma ve/veya yemenin olumsuz sonuçlarından korkmaya dayalı yeme reddi %43, yemeye karşı belirgin ilgi eksikliğinin bir sonucu olarak kilo kaybı ve/veya tıbbi sorunları olanlar %39, duyu hassasiyetinin bir sonucu olarak ortaya çıkan yeme reddi %18 olduğu bildirilmiştir (176,177). Bununla birlikte, İsviçre'de 8-13 yaşındaki toplam 1.444 çocuğun öz bildirim yoluyla tarandığı, toplum temelli örnekleme subklinik KKYAB semptomları üzerine yapılan araştırmalar seçici yeme görünümünün diğer KKYAB

görünümlelerinden daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmaya katılan çocukların %19,3'ü iştahsızlık, %26,1'i seçici yeme ve %5'inden daha küçük bir kısmı altta yatan belirli bir korku sebebiyle gıdadan kaçındıklarını bildirmiştir (178,179). Literatürde, yeme bozukluğu tanısı belirtilmeden, yeme problemleri tablosu ile ele alınan hastaların yaklaşık %25'inin iştahsızlık, %65'inin yemek seçme, kalan ve en az sıklıkta olan grubun ise yemek sırasında korkma, kaçınma şikayetleri ile başvurduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (35,46). Çalışmamızda hasta grubundaki annelerin %86,7'si çocuğunun belli görünüm, tat ya da kokuya sahip yiyecekleri reddettiğini, %65'i çocuğunun iştahsız olduğunu, %23,3'ü çocukları beslenirken öğürme ya da kusma olduğunu, %18,3'ü beslenme sırasında çocuklarının ağrı ya da bulantıdan yakındığını, %13,3'ü çocuğunun beslenirken boğulma ya da yutma korkusunun olduğunu, %6,7'si yeme reddinin travma sonrası geliştiğini ifade etmiştir. Hasta grubundaki çocukların %43,3'ünün iştahsızlık, %51,7'sinin seçici yeme ve %5'inin yemekten korkma-kaçınma yeme reddi grubuna girdiği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda KKYAB görünüm dağılımı, seçici yeme, iştahsızlık ve yemekten korkma-kaçınma şeklinde sıralanmıştır.

Literatür araştırıldığında, beslenme ve yeme ile ilişkili çalışmaların yeme bozuklukları ve yeme problemleri olarak 2 ana başlık altında toplandığı görülmüştür. Günümüzde KKYAB tanı kriterlerini oluşturan semptom gruplarının, geçmişte yeme problemleri başlığı altında değerlendirilmiş ve incelenmiş olduğu düşünülmüştür. Bu sebeple çalışmamızın bulguları, literatürdeki yeme bozukluğu ve yeme problemlerine yönelik çalışmaların her ikisinin ışığında tartışılacaktır. Ebeveynlerin kişilik özellikleri ile ergen kızlarının yeme bozukluğu klinikleri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalar, ebeveyn kişilik özellikleri ve aile dinamiklerinin çocuklarındaki yeme bozukluğu klinikleri ile doğrusal bir korelasyona ve homojen bir dağılıma sahip olmadıklarını desteklemektedir (180). Yapılan araştırmalarda ebeveynlerden birinde veya her ikisinde mükemmeliyetçilik ve obsesif kişilik özelliklerinin bulunması, çocuklarında yeme bozuklukları gelişimi için risk faktörü olarak bildirilmiştir (181,182). Fassino ve arkadaşlarının, anorektik ve bulimik genç yetişkinlerde ebeveynlerin boyutsal kişilik özelliklerini araştırdığı çalışmada, anorektik kız hastaların babalarının zayıf SE, zayıf KY, yüksek ZK ve yüksek ÖB özelliklerine sahipken, annelerinin zayıf KY özelliğine sahip olduğu belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada ise bulimik kız hastaların babalarının zayıf SE, annelerinin zayıf KY özelliğine sahip olduğu gösterilmiştir (183,184). Düşük SE özelliği gösteren babalar, tüm yeme bozuklukları için ortak bir risk faktörü olarak yorumlanmıştır (185–187). Cloninger'in tanımladığı SE mizaç boyutunda zayıf olan kişilerin

pasif özelliklere sahip, üşengeç, güvenilir olmayan bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir (139).

Ülkemizde 2006 yılında yapılan bir çalışmada erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının annelerdeki psikiyatrik bozukluklarla ilişkisine bakılmış ve yeme reddi grubunda yalnızca bir annede bağımlı kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında, annelerin anksiyete ve depresif belirtileri açısından anlamlı farklılık varken kişilik bozuklukları açısından farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür (188).

Fries ve arkadaşlarının 2017 yılında, yeme konusunda seçici olan ve olmayan çocukların ailelerini karşılaştırdığı bir çalışmada, çocukların yeme problemlerinin ailelerinin kontrolcü-otoriter tutumuyla ilişkisi olduğu saptanmıştır. Kontrolcü olan ebeveynlerin çocuklarının yeni yiyeceklere karşı reddedici tutumları olduğu saptanmıştır (189). Yeme problemi yaşayan çocukların annelerinin, kontrol grubundaki annelere göre çocuklarıyla etkileşimlerinde daha öngörülemeyen, zorlayıcı, kontrolcü, duyarsız, müdahaleci, aşırı uyarıcı, öfkeli ve düşmanca, daha az esnek, daha az kabullenici ve daha az sevecen oldukları, daha fazla fiziksel ceza veya güç kullandıkları saptanmıştır (190–193).

Bizim araştırmamızda hasta grubunun ZK mizaç boyutunun çabuk yorulma alt ölçek puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde düşük ($p=0,019$), KY karakter boyutunun sorumluluk alma alt ölçek puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,017$). Cloninger'in tanımladığı mizaç karakter boyutlarına göre, çabuk yorulma alt ölçeğinde düşük puan alan kişiler, oldukça enerjik ve dinamik olma eğilimindedir. Genellikle uzun süre hareket halinde kalabilirler ve küçük hastalıklardan veya stresten çoğu insandan daha hızlı kurtulurlar. Sorumluluk alma alt ölçekte yüksek olan bireyler ise genellikle ne yapacaklarını seçmekte özgürdürler. Tutumlarının, davranışlarının ve sorunlarının genellikle kendi seçimlerini yansıttığını kabul ederler. Bu kişiler güvenilir kişiler olarak başkalarını etkilerler (143). Elde ettiğimiz bu sonuç literatür ile uyumsuzdur. Çalışmamızda herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan anneleri dışlamamız gruplar arasındaki MKE puanları açısından anlamlı farkın az olmasına sebep olmuş olabilir. Aynı zamanda örneklem sayımızın kısıtlı olması nedeniyle olası küçük farklar ortaya konulamamış olabilir.

Gruplar tek tek diğer gruplar ile karşılaştırıldığında seçici yeme grubunun İY karakter boyutunun yardımseverlik alt ölçeğinin puanı, seçici olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu alt ölçekte yüksek puan alanlar, yardımcı, destekleyici, cesaret ve güven verici olarak tanımlanır. Bu bireyler başkalarına hizmet etmekten zevk alırlar. Herkesin

öne çıkması için genellikle becerilerini ve bilgilerini paylaşırlar. Bir ekibin parçası olarak çalışmayı severler, genellikle bunu yalnız çalışmaya tercih ederler (143). Araştırmamızda seçici yeme grubundaki çocukların yaşlarına göre BKİ persantilleri 25. persantil ve üstüydü ve hepsi normal kilo veya kilolu grubundaydı. Çalışmamızda bu çocukların besin tercihleriyle ilişkili bilgi toplanmamış olsa da ebeveynlerin çocuklarının kalori ihtiyaçlarını karşılayacak bir düzenek kurabildikleri anlaşılmaktadır. Chatoor ve arkadaşlarının infantil anoreksiya hastalarını seçici yiyen ve sağlıklı kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırdıkları çalışmada, seçici yiyen çocukların güvenli bağlanma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun ailenin telafi edici mekanizmaları aktif kullanmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Bu çocukların annelerinin beslenme güçlüklerini farkedip olumlu oyun ortamları ile çatışmanın azalmasını sağlıyor olabileceklerini öne sürmüşlerdir. Çalışmamızda seçici yiyen çocukların annelerinin yardımseverlik alt boyut puanının yüksekliğinin de benzer şekilde yorumlanabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte literatürdeki çalışmalarda seçici yiyen çocuk ailelerinin öne çıkan özellikleri çoğu zaman baskıcı olmalarıdır. Seçici yiyen ve düşük BKİ'ye sahip çocukların annelerinde, çocuklarının yeterince besin tüketmemesinden endişe etme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Annenin yetersiz beslenme karşısındaki endişesinin, yemek konusunda baskı uygulama ve rüşvet verme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (194). Şiddetli ve uzun süreli yemek seçiciliği, aileler üzerinde stres yaratmaktadır. Bu nedenle, aileler enstrümental beslenmeye (çocuğun iyi davranışlarına karşı besinle ödüllendirilmesi, yanlış davranışlar için ise besinden mahrum bırakılarak cezalandırılması) yönelmektedir (195). Bu durum, çocuk üzerindeki stresi ve seçiciliği arttırarak bir döngünün içine girilmesine neden olmaktadır (196). Yapılan 2 çalışmada ise annenin yemek yeme baskısı ile çocuk seçiciliği arasında bir ilişki bulunmadığı ve ebeveyn besleme uygulamalarının, seçici yeme ile çocuğun kilo durumu arasındaki ilişki üzerinde zaman içinde hiçbir etkisi olmadığı gösterilmiştir (197,198).

Literatürde, infantil anoreksiya, AN ve BN hastaları ve anneleriyle yapılmış çalışmalar olmakla birlikte doğrudan KKYAB tanılı hastaların annelerinin bağlanma stillerinin incelendiği bir çalışma mevcut değildir. AN, BN tanılı ve sağlıklı kontrol grubundaki kızlar ve annelerinin bağlanmalarının karşılaştırıldığı, Portekiz'de yapılan bir çalışmada her iki klinik grubun annelerinde de sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek güvensiz bağlanma tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki annelerin anorektik hastaların annelerinden daha yüksek güvenli bağlanma ve bulimik hastaların annelerinden daha düşük kaçınan bağlanma puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir (199). 2007 yılında 123 üniversite öğrencisi kadın ile

yapılan çalışmada ise öğrencilerin bulimik semptomlarının annelerinin güvensiz bağlanması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (200). Okul öncesi ve okul çocuklarındaki beslenme sorunlarının anne bağlanma stilleriyle ilişkisine bakılan çalışmalarda beslenme problemi olan çocukların annelerinde güvensiz bağlanmanın daha sık görüldüğü ve güvenli bağlanmanın çatışmalı beslenme etkileşimleri ile negatif korelasyon gösterdiği ortaya konulmuştur (9,201). Annenin güvensiz bağlanma stiline sahip olması yalnızca beslenme sırasında bebeğini algılama, yorumlama ve ona tepki verme şeklini etkilemekle kalmayıp, bebeğin güvensiz bağlanmasının gelişimini de etkileyebileceğini belirten çalışmalar mevcuttur (7,202). Aynı zamanda anne ve çocuk arasındaki güvensiz bağlanma ilişkilerinin beslenme sorunlarını yoğunlaştırdığı öne sürülmüştür. (9,202). Bizim araştırmamızda hasta grubunda güvenli bağlanma oranı %60 olarak, kontrol grubunun ise %79,4 olarak bulunmuş ve gruplar arasında anne bağlanma stilleri açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Ancak hasta grubunun kararsız bağlanma puanı kontrol grubunun puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,014$). Bu sonuçlar örneklem sayısının artması halinde gruplar arasında bağlanma stilleri bakımından olası bir farkın ortaya konulabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle örneklem sayımızın düşük olması, gruplar arasında sayısal olarak bire bir eşleştirme yapılamamış olması bulguları yorumlarken kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta grubundaki yeme problemlerini belirlemede ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme yapılmış olmakla birlikte herhangi bir ölçme aracının kullanılmamış olması istatistiksel analizlerimizde kısıtlama oluşturmuştur. Tek bir şehir özelinde çalışmanın yürütülmüş olması, spesifiteyi artırırken sonuçların topluma genellenmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca son olarak hasta toplama periyodunun büyük çoğunluğu Coronavirüs salgınına denk gelmiştir. Bu durumun toplum genelinde olduğu gibi bizim örneklemimizde de sosyal izolasyon, kaygı düzeyinde artış, beslenme ve uyku alışkanlıklarında değişiklikler gibi durumlara sebep olduğu ve çalışmamızın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmüştür.

SONUÇLAR

Çalışmamızda yeme reddi olan okul öncesi dönem çocukların anne kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

1. Çalışmamızda yeme reddi grubundaki çocukların yaşa göre BKİ persantilleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük saptanmıştır.
2. Grupların mizaç ve karakter özellikleri karşılaştırıldığında yeme reddi olan çocukların annelerinde ZK mizaç boyutunun çabuk yorulma alt ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.
3. Grupların mizaç ve karakter özellikleri karşılaştırıldığında yeme reddi olan çocukların annelerinde KY karakter boyutunun sorumluluk alma alt ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
4. Hasta grubunun alt grupları kendi içerisinde karşılaştırıldığında seçici yeme grubundaki annelerin İY karakter boyutunun yardımseverlik alt ölçek puanları diğer alt gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
5. Gruplar arasında anne bağlanma stilleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.
6. Hasta grubunda KKYAB görünümünün sayısal dağılımı; seçici yeme, iştahsızlık, yemekten korkma-kaçınma şeklinde olmuştur.
7. Gruplar arasında sosyodemografik özellikler, doğum ve doğum sonrası beslenme sürecine ilişkin özellikler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

ÖZET

Yeme reddi bebek ve küçük çocuklarda oldukça sık görülmekte olup fiziksel ve zihinsel gelişme geriliği, çeşitli davranış sorunları ve ebeveyn çocuk ilişkisinde oluşturduğu problemler açısından önem taşımaktadır. Yeme reddi etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal faktörlerin birbirleriyle etkileşiminin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda, yeme reddi olan okul öncesi dönem çocuklarda anne kişilik özellikleri ve bağlanma stillerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması ve elde ettiğimiz sonuçların ileride tedavi planlamasına yol gösterebilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız hasta grubunda yeme reddi şikayeti ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ya da Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvuran, 2-6 yaş arası 60 hasta ve annesi, kontrol grubunda ise yeme reddi şikayeti olmayan, sağlıklı 34 gönüllü katılımcı ve annesi olmak üzere iki grup şeklinde dizayn edilmiştir. Kullanılan ölçüm araçları; Mizaç Karakter Envanteri, Erişkin Bağlanma Ölçeği, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ve Sosyodemografik Veri Formu'ndan oluşmaktadır.

Grupların mizaç ve karakter özellikleri karşılaştırıldığında yeme reddi olan çocukların annelerinde zarardan kaçınma mizaç boyutunun çabuk yorulma alt ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük, yeme reddi olan çocukların annelerinde kendini yönetme karakter boyutunun sorumluluk alma alt ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunun alt grupları kendi içerisinde karşılaştırıldığında seçici yeme grubundaki çocukların annelerinin işbirliği yapma karakter boyutunun yardımseverlik alt ölçek puanları diğer hasta alt gruplarındaki annelere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Grupların anne bağlanma stilleri açısından benzer olduğu görülmüştür. Hasta grubunda Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu görünümleri dağılımı; seçici yeme, iştahsızlık, yemekten korkma-kaçınma şeklinde sıralanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yeme Reddi, Kaçınan Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Bağlanma, Karakter-Mizaç

INVESTIGATION OF THE PERSONALITY TRAITS AND ATTACHMENT STYLES OF THE MOTHERS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH FOOD REFUSAL

SUMMARY

Food refusal is prevalent in infants and early children, and it has consequences in terms of physical and mental developmental delay, behavioural and parent-child relationships problems. The etiology of food refusal is assumed to be the result of biological and psychosocial factors' interactions. The aim of our study was to compare the maternal personality traits and attachment styles of preschool children with food refusals and healthy control group, and to guide treatment planning in the future.

Our study included 60 patients aged 2 to 6 years old and their mothers who applied to the Child Health and Diseases or Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic with a complaint of food refusal, and also 34 healthy volunteers and their mothers. Forms and scales used in this study consisted of Temperament Character Inventory, Adult Attachment Scale, Informed Consent Form and Sociodemographic Form.

When the temperament and character traits of the groups were compared, the fatigability subscale score of the harm avoidance temperament dimension in mothers of children with food refusal was significantly lower than the control group, while the taking responsibility subscale score of the self-directed character dimension in mothers of children with food refusal was significantly higher than the control group. The helpfulness subscale scores of the cooperativeness character component of the mothers of children in the selective eating group were substantially higher than the mothers of children in the other patient categories when the patient subgroups were compared within themselves. In terms of maternal attachment styles, both groups were found to be similar. Distribution of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder appearances in the patient group were; selective eating, poor appetite, fear-avoidance of food.

Key words: Food Refusal, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, Attachment, Character- Temperament

KAYNAKLAR

1. Gahagan S. Development of eating behavior: biology and context. *J Dev Behav Pediatr* 2012;33(3):261.
2. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 1991;10(4):395-405.
3. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27(2):143-7.
4. Powell FC, Farrow CV, Meyer C. Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite* 2011;57(3):683-92.
5. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):17-30.
6. Zero to three. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeme bozuklukları. (çeviri: G. Gürbüz). Seçinti D (Editör). DC:0-5 Erken Çocukluk Ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel Ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırılması. Ankara: Nobet Akademik Yayıncılık;2020: p.99-109.
7. Van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull* 1995;117(3):387.
8. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, Epstein M, Hightower AD, Weitzman M. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambul Pediatr* 2006;6(1):32-7.
9. Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrazek DA. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(6):743-51.
10. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev* 2018;51:24-32.

11. McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatr* 2010;99(1):68-71.
12. Stein A, Barnes J. Feeding and sleep disorders. In: Rutter M, Taylor E (Eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th Edition. Oxford: Blackwell Publishing; 2002.p.754-775.
13. Saner G. Beslenme ve Beslenme Bozuklukları. In: Neyzi O., Ertuğrul T (Editörler). *Pediyatri*. İstanbul: Nobel matbaacılık; 2010.p.193-214.
14. Çamurdan AD. Tamamlayıcı Beslenme. In: Yurdakök M (Editörler). *Yurdakök Pediyatri*. ilk baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2015.p.135-48.
15. World Health Organization (WHO). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. 2018;
16. Yılmazbaş P, Gökçay G. İlk iki yaşta sağlıklı beslenme ve sağlıklı beslenme alışkanlığının geliştirilmesi. *Çocuk Derg* 2015;13(4):147-53.
17. Topçu S., Başkan S. Anne Sütü İle Beslenmenin Önemi. In: Gökçay G, Beyazova U (Editörler). *İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi*. İlk baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.p.295 - 304.
18. Selimoğlu MA. Tamamlayıcı Beslenme. In: Selimoğlu MA Editör) *Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi*. ilk baskı. İstanbul: Akademi Uluslararası Yayıncılık; 2014.p.55 - 86.
19. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43(2):98-111.
20. Carola R, Harley J.P, Noback C.R. Metabolism nutrition and the regulation of body heat In: *Human Anatomy and Physiology*. USA: McGraw Hill; 1990.p.740.
21. Kojima M, Hosoda H, Matsuo H, Kangawa K. Ghrelin: discovery of the natural endogenous ligand for the growth hormone secretagogue receptor. *Trends Endocrinol Metab* 2001;12(3):118-22.
22. Näslund E, Hellström PM. Appetite signaling: from gut peptides and enteric nerves to brain. *Physiol Behav* 2007;92(1-2):256-62.
23. Yabancı N, Bulduk S. *Özel Durumlarda Beslenme*. İstanbul: Ya-Pa Yayınları; 2012.
24. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: the evidence to date. *Curr Nutr Rep* 2017;6(2):148-56.
25. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42(7):963-70.
26. Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. *Anatol J Psychiatry Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12(4).

27. Xue Y, Lee E, Ning K, Zheng Y, Ma D, Gao H, et al. Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite* 2015;91:248-55.
28. 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. *Int J Eat Disord* 2015;48(6):570-9.
29. Ramsay M, Gisel EG, McCusker J, Bellavance F, Platt R. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics, and feeding practices: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol* 2002;44(6):405-14.
30. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *J Pediatr Psychol* 1999;24(3):193-214.
31. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 2004;130(1):19.
32. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015;135(2):344-53.
33. Van Jaarsveld CH, Boniface D, Llewellyn CH, Wardle J. Appetite and growth: a longitudinal sibling analysis. *JAMA Pediatr* 2014;168(4):345-50.
34. Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Ann Nutr Metab* 2015;66(Suppl. 5):33-42.
35. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatr Rep* 2013;5(2):38-42.
36. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite* 2015;95:349-59.
37. Van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite* 2012;58(2):567-74.
38. Gibson EL, Cooke L. Understanding food fussiness and its implications for food choice, health, weight and interventions in young children: the impact of professor Jane Wardle. *Curr Obes Rep* 2017;6(1):46-56.
39. Farrow CV, Coulthard H. Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite* 2012;58(3):842-6.
40. 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.
41. Williams KE, Riegel K, Kerwin ML. Feeding disorder of infancy or early childhood: How often is it seen in feeding programs? *Child Health Care* 2009;38(2):123-36.

42. Van Tine ML, McNicholas F, Safer DL, Agras WS. Follow-up of selective eaters from childhood to adulthood. *Eat Behav* 2017;26:61-5.
43. Marí-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-González A, Morales-Suárez-Varela M. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *J Child Neurol* 2014;29(11):1554-61.
44. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. Washington: DC: Zero to Three; 2009.
45. 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 Med Okayama* 2007;61(5):261-9.
46. De Roos C, de Jongh A. EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia. *J EMDR Pract Res* 2008;2(3):201-11.
47. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019;68(1):124-9.
48. Keren M. Eating and feeding disorders in the first five years of life: Revising the DC: 0–3R diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood and rationale for the new DC: 0–5 proposed criteria. *Infant Ment Health J* 2016;37(5):498-508.
49. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th. Washington, DC; 2013.
50. Hergüner S. Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları. In: Ç Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, eds. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği; 2008:394-405. İçinde.
51. Hergüner S. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. In: Pekcanlar Akay A, Ercan ES (editörler). *Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği*; 2016.
52. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52(4):414-8.
53. Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol* 2015;27(1):84-93.
54. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant-Waugh R, Hilbert A, vd. Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *Int J Eat Disord* 2019;52(4):361-6.
55. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2014;55(1):49-52.

56. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord* 2015;48(5):464-70.
57. Kavurma C. Bebek ve küçük çocuklarda beslenme ve yeme bozuklukları. In: Ercan ES, Bilaç Ö(Editörler). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar* 1.cilt. Ankara: Akademisyen Yayınevi; p.583-596.
58. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, Rome ES. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Illness and Hospital Course in Patients Hospitalized for Nutritional Insufficiency. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2015;57(6):673-8.
59. 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. *J Eat Disord* 2014;2(1):21.
60. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2014;47(5):495-9.
61. Zickgraf HF, Franklin ME, Rozin P. Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *J Eat Disord* 2016;4:26.
62. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157(6):886-95.
63. Keren M. Eating and Feeding Disorders in Early Childhood. In: Charles H. Zeanah Jr. (eds.). *Handbook of Infant Mental Health, Fourth Edition*. New York: Guilford; 2019.p.391-406.
64. Zero to Three.DC: 0-5, Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington: DC: Author.2016.
65. Phalen JA. Managing feeding problems and feeding disorders. *Pediatr Rev* 2013;34(12):549-57.
66. Pliner P, Loewen ER. Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite* 1997;28(3):239-54.
67. Harris G, Blissett J, Johnson R. Food Refusal Associated With Illness. *Child Psychol Psychiatry Rev* 2000;5(4):148-56.
68. Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr* 2011;94(6 Suppl):2006S-2011S.
69. Wright CM, Smith KH, Morrison J. Withdrawing feeds from children on long term enteral feeding: factors associated with success and failure. *Arch Dis Child* 2011;96(5):433-9.
70. Chatoor I, Surlles J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics* 2004;113(5):e440-447.

71. Hergüner S. Bebeklik Anoreksisi: Tanidan Tedaviye. *Cocuk Sagligi Ve Hast Derg* 2007;14:38-47.
72. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(8):54.
73. Kauer J, Pelchat ML, Rozin P, Zickgraf HF. Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite* 2015;90:219-28.
74. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 2):539-49.
75. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* 2013;60(1):85-94.
76. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychol* 2015;6:1849.
77. Blissett J, Haycraft E. Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite* 2008;50(2-3):477-85.
78. Gonçalves S, Vieira AI, Machado BC, Costa R, Pinheiro J, Conceição E. Avoidant/restrictive food intake disorder symptoms in children: Associations with child and family variables. *Child Health Care* 2019;48(3):301-13.
79. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics J Am Soc Law Med Ethics* 2007;35(1):22-34.
80. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, vd. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006;9(3):121-30.
81. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord* 2000;28(4):370-6.
82. Tasca GA. Attachment and eating disorders: a research update. *Curr Opin Psychol* 2019;25:59-64.
83. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int J Eat Disord* 2014;47(7):710-7.
84. Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Narcissistic Vulnerability and Grandiosity as Mediators Between Insecure Attachment and Future Eating Disordered Behaviors: A Prospective Analysis of Over 2,000 Freshmen. *J Clin Psychol* 2016;72(3):279-92.
85. Milan S, Acker JC. Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls. *Psychol Health* 2014;29(8):896-914.

86. Stein A, Stein J, Walters EA, Fairburn CG. Eating habits and attitudes among mothers of children with feeding disorders. *BMJ* 1995;310(6974):228.
87. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child Care Health Dev* 1997;23(3):265-78.
88. Steinhausen H-C, Jakobsen H, Helenius D, Munk-Jørgensen P, Strober M. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord* 2015;48(1):1-8.
89. Bould H, Sovio U, Koupil I, Dalman C, Micali N, Lewis G, vd. Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132(1):51-9.
90. DiSantis KI, Hodges EA, Fisher JO. The association of breastfeeding duration with later maternal feeding styles in infancy and toddlerhood: a cross-sectional analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:53.
91. Orün E, Erdil Z, Cetinkaya S, Tufan N, Yalçın SS. Problematic eating behaviour in Turkish children aged 12-72 months: characteristics of mothers and children. *Cent Eur J Public Health* 2012;20(4):257-61.
92. Johnson SL. Improving Preschoolers' self-regulation of energy intake. *Pediatrics* 2000;106(6):1429-35.
93. Brown CL, Vander Schaaf EB, Cohen GM, Irby MB, Skelton JA. Association of Picky Eating and Food Neophobia with Weight: A Systematic Review. *Child Obes Print* 2016;12(4):247-62.
94. Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, Berry RC, Criado KK, Burrell TL, et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet* 2018;118(10):1943-50.
95. Taylor CM, Northstone K, Wernimont SM, Emmett PM. Macro and micronutrient intakes in picky eaters: a cause for concern? *Am J Clin Nutr* 2016;104(6):1647-56.
96. Xue Y, Zhao A, Cai L, Yang B, Szeto IMY, Ma D, et al. Growth and development in Chinese pre-schoolers with picky eating behaviour: a cross-sectional study. *PloS One* 2015;10(4):e0123664.
97. Fildes A, van Jaarsveld CHM, Wardle J, Cooke L. Parent-administered exposure to increase children's vegetable acceptance: a randomized controlled trial. *J Acad Nutr Diet* 2014;114(6):881-8.
98. Edelson LR, Mokdad C, Martin N. Prompts to eat novel and familiar fruits and vegetables in families with 1-3 year-old children: Relationships with food acceptance and intake. *Appetite* 2016;99:138-48.
99. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eat Behav* 2015;19:106-9.

100. Fitzpatrick KK, Forsberg SE, Colborn D. Family-based therapy for avoidant restrictive food intake disorder: Families facing food neophobias. In: *Family Therapy for Adolescent Eating and Weight Disorders*; 2015.p.256–276.
101. Celik G, Diler RS, Tahiroglu AY, Avci A. Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in two-year-old twins. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(2):233-6.
102. Thompson RA. Attachment theory and research. In Lewis M (eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2002p.164-172.
103. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klin Psikiyatri Derg* 2005;8(2):88-99.
104. Schrier AM, Harlow HF. Effect of reserpine on avoidance of humans by Rhesus monkeys. *J Gen Psychol* 1958;59(2):149-55.
105. Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. *Int J Psychoanal* 1944;25:19-53.
106. Gullestad SE. Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scand Psychoanal Rev* 2001;24(1):3-16.
107. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of Attachment*. Erlbaum: Hillsdale; 1978.
108. Flaherty SC, Sadler LS. A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract* 2011;25(2):114-21.
109. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: *Affective development in infancy*. Westport: Ablex Publishing; 1986.p.95-124.
110. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol* 1992;28(5):759-75.
111. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958;39(5):350-73.
112. Kesebir S, Kavzoglu S, Üstündağ M. Attachment and Psychopathology. *Psikiyatr Guncel Yaklasimler* 2011;3.
113. Yilmaz Dereli S. Prenatal Anne - Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma* 2013;10(3):28-33.
114. Ünal D, Esen TÇ. Anne Bebek İlişkisi ve Sağlıklı Bağlanma. *Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr - Özel Konular* 2018;4(1):1-4.
115. İşeri E, Bodur Ş. Bağlanma Bozuklukları. In: Pekcanlar Akay A, Sabri Ercan E, Perçinel İ(editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1st ed. Ankara; 2016.p.441-448.
116. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet Lond Engl* 2004;363(9405):303-10.

117. Jones JD, Cassidy J, Shaver PR. Parents' self-reported attachment styles: a review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. *Personal Soc Psychol Rev Off J Soc Personal Soc Psychol Inc* 2015;19(1):44-76.
118. Chrzan-Dętkoś M, Łockiewicz M. Maternal romantic attachment, and antenatal and postnatal mother–infant attachment in a sample of polish women. *Eur J Dev Psychol* 2015;12(4):429-42.
119. Wilkinson RB, Mulcahy R. Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *J Reprod Infant Psychol* 2010;28(3):252-65.
120. Barrett J, Fleming AS. Annual Research Review: All mothers are not created equal: neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52(4):368-97.
121. S Hairston I, E Handelzalts J, Assis C, Kovo M. Postpartum Bonding Difficulties And Adult Attachment Styles: The Mediating Role Of Postpartum Depression And Childbirth-Related PTSD. *Infant Ment Health J* 2018;39(2):198-208.
122. Fonagy P. Attachment Theory and Psychoanalysis. 1st ed. Routledge: 2001
123. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev* 1970;41(1):49-67.
124. Bowlby, J., Frey, M. and Ainsworth. *Child Care and the Growth of Love*. London: Penguin Books; 1953.
125. Choi EJ, Taylor MJ, Hong S-B, Kim C, Yi S-H. The neural correlates of attachment security in typically developing children. *Brain Cogn* 2018;124:47-56.
126. Winslow JT, Insel TR. The social deficits of the oxytocin knockout mouse. *Neuropeptides* 2002;36(2-3):221-9.
127. Insel TR. Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav* 2003;79(3):351-7.
128. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monogr Soc Res Child Dev* 1985;50(1/2):66-104.
129. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987;52(3):511-24.
130. Feeney J, Noller P. Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. 1990;
131. Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *J Pers Soc Psychol* 1990;58(2):273-80.
132. Campos, J. J., Barrett, K., Lamb, M. E., Goldsmith, H. H., & Stenberg, C. Socioemotional development. In P. H. Mussen (Eds.). *Handbook of child psychology: Vol. 2. Infancy and developmental psychobiology*. New York: Wiley;1983.p.783-915).

133. Klaus G, Karin G, Everett W. Attachment from Infancy to Adulthood The Major Longitudinal Studies. In: Grossmann KE, Karin G, Waters E. (eds.) New York: The Guilford Press; 2005.
134. Simpson JA, Rholes WS. Attachment theory and close relationships. New York: The Guilford Press; 1998.p.438.
135. Porcelli S, Marsano A, Caletti E, Sala M, Abbiati V, Bellani M, vd. Temperament and Character Inventory in Bipolar Disorder versus Healthy Controls and Modulatory Effects of 3 Key Functional Gene Variants. *Neuropsychobiology* 2017;76(4):209-21.
136. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2018.
137. Van Heeringen C, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J, vd. Prefrontal 5-HT_{2a} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *J Affect Disord* 2003;74(2):149-58.
138. Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Personal Individ Differ* 1985;6(1):21-9.
139. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatr* 1993;50(12):975-90.
140. Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz, *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 1. Philadelphia. Lippincott Williams & wilkins; 2000.
141. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(6):573-88.
142. McNaughton N, Gray JA. Anxiolytic action on the behavioural inhibition system implies multiple types of arousal contribute to anxiety. *J Affect Disord* 2000;61(3):161-76.
143. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994;4(2):266-73.
144. Cloninger CR. The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. In: *Biology of personality disorders*. Arlington: American Psychiatric Association; 1998.p.63-92.
145. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(12):991-9.
146. Köse S. A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI'. *Yeni Symp* 2003;41:86-97.
147. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 1990;58(4):644-63.
148. Akman I, Kuscu MK, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoğlu M, Orhon L, et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health* 2008;44(6):369-73.

149. Yurdakul Z, Akman I, Kuşçu MK, Karabekiroğlu A, Yaylalı G, Demir F, et al. Maternal psychological problems associated with neonatal intensive care admission. *Int J Pediatr* 2009;2009:591359.
150. Karabekiroğlu K, Arman A. Parental attachment style and severity of emotional/behavioral problems in toddlerhood. *Nöropsikiyatri Arş* 2011;48(2):147-54.
151. Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kirpınar I, vd. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı: Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Klin Psikofarmakol Bul* 2004;14(3):107-31.
152. Rydell AM, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *J Genet Psychol* 1995;156(2):217-29.
153. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(1):112-7.
154. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res* 2004;12(11):1711-22.
155. Ebenegger V, Marques-Vidal P-M, Nydegger A, Laimbacher J, Niederer I, Bürgi F, et al. Independent contribution of parental migrant status and educational level to adiposity and eating habits in preschool children. *Eur J Clin Nutr* 2011;65(2):210-8.
156. Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le H-N. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behav Dev* 2011;34(2):339-50.
157. Öztürk R. Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. 2010;
158. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud* 2009;46(5):708-15.
159. Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Effect of miscarriage history on maternal-infant bonding during the first year postpartum in the First Baby Study: a longitudinal cohort study. *BMC Womens Health* 2014;14(1):83.
160. Hutti MH, Armstrong DS, Myers J. Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;36(2):104-11.
161. Hunfeld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Trait anxiety, negative emotions, and the mothers' adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diagn* 1997;17(9):843-51.
162. Oliveira A, Lauzon-Guillain B, Jones L, Emmett P, Moreira P, Ramos E, et al. Birth Weight and Eating Behaviors of Young Children. *J Pediatr* 2014;166.
163. Rommel N, Meyer A-M, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The Complexity of Feeding Problems in 700 Infants and Young Children Presenting to a Tertiary Care Institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:75-84.

164. Hawdon JM, Beauregard N, Slattery J, Kennedy G. Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Dev Med Child Neurol* 2000;42(4):235-9.
165. Robson AL. Low birth weight and parenting stress during early childhood. *J Pediatr Psychol* 1997;22(3):297-311.
166. Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA* 1999;281(9):799-805.
167. De Ocampo AC, Macias MM, Saylor CF, Katikaneni LD. Caretaker perception of child vulnerability predicts behavior problems in NICU graduates. *Child Psychiatry Hum Dev* 2003;34(2):83-96.
168. Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children? *Clin Pediatr (Phila)* 2010;49(3):217-20.
169. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):233-40.
170. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clin Nutr Edinb Scotl* 2008;27(6):849-57.
171. Beauchamp GK, Mennella JA. Early Flavor Learning and Its Impact on Later Feeding Behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:S25.
172. Nicklaus S. The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite* 2016;104:3-9.
173. Duncanson K, Burrows TL, Collins CE. Child Feeding and Parenting Style Outcomes and Composite Score Measurement in the "Feeding Healthy Food to Kids Randomised Controlled Trial". *Child Basel Switz* 2016;3(4):E28.
174. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(1):76-84.
175. Zickgraf HF, Murray HB, Kratz HE, Franklin ME. Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2019;52(4):367-77.
176. Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2018;51(2):170-3.
177. Zickgraf HF, Lane-Loney S, Essayli JH, Ornstein RM. Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescent medicine partial hospitalization program. *Int J Eat Disord* 2019;52(4):402-9.
178. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Variants of early-onset restrictive eating disturbances in middle childhood. *Int J Eat Disord* 2016;49(1):102-6.

179. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(7):779-85.
180. Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Compr Psychiatry* 2009;50(3):232-9.
181. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(5):468-76.
182. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002;31(3):290-9.
183. Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Stanic S, vd. Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Compr Psychiatry* 2002;43(2):114-20.
184. Fassino S, Amianto F, Daga GA, Leombruni P, Garzaro L, Levi M, et al. Bulimic family dynamics: role of parents' personality--a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry* 2003;44(1):70-7.
185. Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR. Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999;26(2):137-44.
186. Heru AM. Family Psychiatry: From Research to Practice. *Am J Psychiatry* 2006;163(6):962-8.
187. Berg ML, Crosby RD, Wonderlich SA, Hawley D. Relationship of temperament and perceptions of nonshared environment in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28(2):148-54.
188. Ünlü G, Aras Ş, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem Ö. Yeme reddi olan çocukların annelerinde kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtileri ve aile işlevleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17(1):12-21.
189. Fries LR, Martin N, van der Horst K. Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiol Behav* 2017;176:93-100.
190. Hutcheson JJ, Black MM, Starr RH Jr. Developmental Differences in Interactional Characteristics of Mothers and Their Children with Failure to Thrive¹. *J Pediatr Psychol* 1993;18(4):453-66.
191. Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing Infantile Anorexia: The Observation of Mother-Infant Interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(9):959-67.
192. Wolke D, Skuse D, Mathisen B. Behavioral Style in Failure-To-Thrive Infants: A Preliminary Communication¹. *J Pediatr Psychol* 1990;15(2):237-54.

193. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmérus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J* 1996;17(4):334-47.
194. Brown CL, Pesch MH, Perrin EM, Appugliese DP, Miller AL, Rosenblum K, et al. Maternal Concern for Child Undereating. *Acad Pediatr* 2016;16(8):777-82.
195. Harris HA, Fildes A, Mallan KM, Llewellyn CH. Maternal feeding practices and fussy eating in toddlerhood: a discordant twin analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2016;13:81.
196. Jansen PW, de Barse LM, Jaddoe VWV, Verhulst FC, Franco OH, Tiemeier H. Bi-directional associations between child fussy eating and parents' pressure to eat: Who influences whom? *Physiol Behav* 2017;176:101-6.
197. Lumeng JC, Miller AL, Appugliese D, Rosenblum K, Kaciroti N. Picky Eating, Pressuring Feeding, and Growth in Toddlers. *Appetite* 2018;123:299-305.
198. Antoniou EE, Roefs A, Kremers SPJ, Jansen A, Gubbels JS, Sleddens EFC, vd. Picky eating and child weight status development: a longitudinal study. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc* 2016;29(3):298-307.
199. Tereno S, Soares I, Martins C, Celani M, Sampaio D. Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *Eur Eat Disord Rev* 16(1):49-58.
200. Tucker TW, McNamara K. Assessing the relationship between parents' object relations and their daughters' eating disturbances. *Eat Disord* 1995;3(4):311-23.
201. Benoit D, Zeanah CH, Barton ML. Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Ment Health J* 1989;10(3):185-202.
202. Jones CJ, Bryant-Waugh R. The relationship between child-feeding problems and maternal mental health: a selective review. *Adv Eat Disord* 2013;1(2):119-33.

EKLER

EK.1 Sosyodemografik Veri Formu

Dosya No: Formun doldurulduğu tarih:/...../.....(gün/ay/yıl)

1. Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek
2. Takvim yaşı (ay olarak):
3. Ailenin kaç çocuğu var:
4. Ailenin kaçınıcı çocuğu:
5. Bakım veren: 1-Anne 2-Baba 3-Büyük Ebeveyn 4-Bakıcı 5- Kurum
6. Kreşe gidiyor mu? 1- Evet 2- Hayır
7. 0-1 yaş arası kim büyüttü: 1.Anne 2.Anne+bakıcı 3.AA veya BA 4.Anne+kreş
8. 1-3 yaş arası kim büyüttü: 1.Anne 2.Anne+bakıcı 3.AA veya BA 4.Anne+kreş
9. 3-6 yaş arası kim büyüttü: 1.Anne 2.Anne+bakıcı 3.AA veya BA 4.Anne+kreş
10. 3 yaşına kadar anneden ayrı kaldığı bir dönem oldu mu? 1.Hayır 2.Evet
11. Evet ise nedeni ve süresi?
12. Anne yaşı:
13. Baba yaşı:
14. Annenin eğitim süresi (yıl olarak):
15. Babanın eğitim süresi(yıl olarak):
16. Anne çalışıyor mu? 1. Evet 2. Hayır
17. Anne mesleği: 1. Memur 2. İşçi 3. Serbest 4. Diğer
18. Anne doğum sonrasında ne zaman çalışmaya başladı?
19. Annenin günlük çalışma saatleri nasıl?...
20. Baba çalışıyor mu? 1. Evet 2. Hayır
21. Babanın mesleği: 1. Memur 2. İşçi 3.Serbest 4.Diğer

22. Aile Yapısı: 1-Çekirdek aile 2-Geniş aile 3- parçalanmış aile
23. Anne baba ayrıldıysa çocuk kaç aylıkken ayrıldı?
24. Ailenin son 1 yıldır yaşadığı yer: 1.Köy 2.İlçe 3.Şehir merkezi 4.Yurt dışı
25. Ailenin gelir düzeyi: 1-800TL'den az 2-800TL-2500TL 3-2500TL-5000TL
4-5000TL üzeri

Prenatal ve postnatal dönem;

26. Gebelikte anne yaşı:
27. Kaçınıcı doğum:
28. Düşük/ölü doğum var mı? 1)-Evet 2)-Hayır
29. Varsa nedeni:
30. Gebelik planlı mı? 1)-Evet 2)-Hayır
31. Yardımcı üreme teknikleri kullanıldı mı? 1)-Evet 2)-Hayır
32. Gebelik döneminde düşük tehdidi oldu mu? 1)-Evet 2)-Hayır
33. Gebelik döneminde annede tıbbi hastalık oldu mu? 1)-Evet 2)-Hayır
34. Tıbbi hastalık oldu ise nedir?
35. Gebelik döneminde fetusa ilişkin tıbbi sorun yaşandı mı? 1)-Evet 2)- Hayır
36. Yaşandı ise nedir?
37. Kaç haftalık doğdu? Prematür doğum (< 37 GH) Matür doğum (37-42 GH)
Postmatür doğum (>42 GH)
38. Yoğun bakım yatışı var mı? 1)var 2)yok
39. Yoğun bakım yatışı var ise sebebi ne?
40. Doğum boyu (cm):
41. Doğum ağırlığı (gram):
42. Operasyon öyküsü var mı?: 1. Var 2. Yok
43. Varsa nedeni? :

44. travma var mı? : 1. Var 2. Yok
45. Varsa nedeni?
46. Annede doğum sonrası depresyon? 1 .Hayır. 2.Evet
47. Annede doğum sonrası psikoz? 1 .Hayır. 2.Evet

Klinik bilgi formu;

48. Çocukta bilinen fiziksel hastalık: 1 .Hayır. 2.Evet
49. Şuandaki boy:
50. Şuandaki kilo:
51. Vücut kitle indeksi:
52. Anne sütü alma süresi(ay olarak):
53. Emzirmeyi sonlandırmada herhangi bir sorun yaşandı mı? : 1.Evet 2:Hayır
54. Sorunu tanımlayınız:
55. Biberon ve emzik kullandımı, kullandıysa sırası ile kaç yaşına kadar kullandı?
Biberon: Emzik:
56. Ek gıdalara geçme süresi(ay olarak):
57. Ek gıdalara geçmede herhangi bir sorun yaşandı mı? 1.Evet 2.Hayır
58. Sorunu tanımlayınız:
59. Beslenme esnasında öğürme/kusma var mı? : 1. Evet 2. Hayır
60. Çocuğum iştahsızdır? 1.evet 2. Hayır
61. Boğulma veya yutma korkusu vardır? 1-emet 2-hayır
62. Mide ağrısı ya da mide bulantısından kaçınır? 1-emet 2-hayır
63. Belli görünüm, tat ya da dokuya sahip yiyecekleri yemeyi reddeden? 1-emet 2-hayır
64. Travma sonrası yeme reddi gelişti? 1-emet 2-hayır
65. Kardeşte de yeme reddi var?(kardeş varsa) 1-emet. 2-hayır

EK.2 Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR:

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y (Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız. Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız. Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

DOĞRU YANLIŞ

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim. | D | Y |
| 2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. | D | Y |
| 3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim. | D | Y |
| 4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. | D | Y |
| 5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle bafllkalarını olduğu gibi kabul ederim. | D | Y |
| 6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. | D | Y |
| 7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. | D | Y |
| 8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam. | D | Y |
| 9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. | D | Y |
| 10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim. | D | Y |

11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım. D Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum ifle kendimi fazla kaptırıp bafkka her fleyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir bafkkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y

26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımin acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı. D Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim. D Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y

45. Geşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içęörü ya da anlayış parıltıları yaşarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırman. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılғанımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y

65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y

81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoflanırım. D Y

99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım. D Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarım uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eski yapıfl tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim. D Y

115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü flarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endifleli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım D Y

olduğunu hissederim.

133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettüğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımanın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y

148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraflütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir. D Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımların arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümünden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım. D Y

167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y

187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. İçinde, ansızın var olan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür. D Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim. D Y

203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y

219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünürlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığımızda sorun yaratır. D Y

236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim. D Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y



EK.3 Erişkin Bağlanma Ölçeği

ERİŞKİN BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerin herbirini dikkatlice okuduktan sonra herbirinin kendinizi ne kadar iyi tanıttığınızı dört seçenektan birini işaretleyerek belirtiniz: eğer sizi çok iyi tanıttığınızı düşünüyorsanız “Çok doğru (4)” seçeneğini işaretleyiniz. Diyelim ki şu ifadeyi okudunuz: “İnsan ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.” Eğer ihtiyacınız olduğunda kimseyi bulamayacağınızı düşünüyorsanız o zaman “Çok doğru (4)” seçeneğini işaretlemeniz gerekir. Tam tersi, bu ifadenin size hiç tanıtmadığını düşünüyorsanız o zaman “Hiç doğru değil (1)” seçeneğini işaretlemelisiniz.

1- İnsan, ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

2- Başkalarına bağımlı olmayı kabullenmek benim için zordur.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

3- Başkalarına bağımlı olmak beni rahatsız etmez.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

4- İnsanlara ihtiyacım olduğunda onları bulabileceğimi biliyorum.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

5- İnsanlara tamamen güvenmek bana zor geliyor.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

6- İhtiyacım olduğu anda birini bulabileceğimden emin değilim.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

7- Terkedileceğim diye pek endişelenmem.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

8- Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) beni gerçekten sevmiyor diye çoğu zaman kaygılanırım.

1.Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

9- İnsanlar bana, benim onların bana yakınlaşmalarını istediğim kadar yakınlaşmaktan çekiniyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

10- Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) benimle kalmak istemeyecek diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

11- Bazen benim onlarla kaynaşma arzumu insanlar ürkütüp kaçırıyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

12- İnsanlarla yakınlaşmak benim için oldukça kolaydır.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

13- Birisi bana gereğinden fazla yaklaşacak diye pek kaygılanmam.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

14- İnsanlara yakın olmaktan biraz huzursuzluk duyarım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

15- Birisi bana aşırı derecede yaklaştığında tedirgin olurum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

16- Başkalarının bana bağımlı olması beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

17- İlişkiye girdiğim (veya kendimi çok yakın hissettiğim) kişiler çoğu zaman beni rahatsız edecek kadar samimi olmak istiyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

EK. 4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI

Yeme Reddi Olan Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Anne Kişilik Özellikleri ve Bağlanma Stillерinin İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Saliha BAYKAL

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Amacı:

Literatürde ebeveyn mizaç/karakter özellikleri, ebeveynlik tarzı ve aile dinamiklerinin yeme reddi ve yeme bozukluklarının ortaya çıkması, devam etmesi ve tedavi süreci üzerinde etkili olduğuna ilişkin yayınlar vardır. Ancak bu araştırmalar genellikle adolesan ve erişkinlerle yapılmış olup okul öncesi dönem çocuklarda görülen yeme reddi ve yeme bozukluklarına ilişkin bilgiler sınırlıdır. Araştırmamızda okul öncesi dönemdeki yeme reddi ile ebeveyn mizaç/karakter özellikleri ve bağlanma stili ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan, Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından gerekli tetkikleri yapılan ve yeme reddi olan hastalara, çocuk psikiyatri konsültasyonu istenilecek. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin "Bilgilendirilmiş onamı" alınacak. Psikiyatrik görüşmeleri yapılan hastalara; Mizaç ve Karakter envanteri (TCI), Erişkin bağlanma biçimi ölçeklerini doldurmaları istenecektir. Çalışmaya Namık Kemal Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurmuş ve yeme reddi olan 24-72 ay arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden ve "Bilgilendirilmiş Onamı" imzalayan 40 çocuk ve annesi ile 40 sağlıklı kontrol ve annesi alınacaktır. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olan anneler çalışmaya alınmayacaktır. Çalışmanın 6 ay sürmesi planlanmaktadır. Yeterli hasta sayısına ulaşıldığında çalışma sonlandırılacaktır.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Yoktur.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Yoktur.

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Yoktur.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Doç. Dr. Saliha BAYKAL
Tel: 05054844386

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların mufettişleri araştırmanın geğerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yurütulmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara ağıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm ağıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü ağıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm ağıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geğerilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yurütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ağıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek.5 Etik Kurul Onay Formu

Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının
Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER
İmza: