


T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

# KÜÇÜK ÇOCUKLARDA ANNE-ÇOCUK BESLENME ETKİLEŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. KEVSER NUR YALÇINER

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

# KÜÇÜK ÇOCUKLARDA ANNE-ÇOCUK BESLENME ETKİLEŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. KEVSER NUR YALÇINER

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. PERRAN BORAN

İSTANBUL 2024

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar hiçbir safhada etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Kevser Nur YALÇINER

# ÖNSÖZ

Tıp Fakültesi stajyerliğinden uzmanlığa uzanan yolda bana Sosyal Pediatri nosyonunu öğreten ve sevdiren, her daim örnek aldığım, kıymetli hocam, tez danışmanım *Prof. Dr. Perran BORAN'a,*

Bir hoca bilgeliği ve bir baba hoşgörüsüyle, kapısını çaldığım her zaman beni destekleyen eğitim danışmanım *Dr. Öğr. Üyesi Ömer DOĞRU'ya,*

Tez yazım sürecindeki en önemli yol göstericim, üstün gayretiyle zaman ve mekân fark etmeden yardımlarını esirgemeyen *Dr. Öğr. Üyesi Hatice Ezgi BARIŞ'a* ve değerli katkılarıyla tezimi şekillendiren *Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Caner US'a,*

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini eksik etmeyen Marmara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın saygıdeğer öğretim üyelerine, yuvamın ustalarına, üzerimde emeği olan tüm uzman abi ve ablalarıma,

Aynı çatı altında çalışmaktan büyük keyif aldığım, ortak çabamızın şahidi, zorlu nöbetlerin yoldaşı Marmara Pediatri asistan hekimlerine ve ekip ruhunu her zaman hissettiren, fedakâr hemşire arkadaşlarıma,

"Bir çocuğun üzerine eğilmiş yorgun, kederli ama sıcacık bir çift göz" olmak gayesini taşıyan, dört seneyi birlikte yürünür kılan, onlarsız bir ihtisas hayatını hayal edemediğim eş kıdemlerim *Nazlı, Merve, Selin, Oğuzhan, Gözde Nur, Merve Nur ve Ayşen'e,*

Fakülte yıllarımızı kız kardeşlik ile taçlandıran, sevgileriyle yeşerten, can dostlarım *İrem ve Kübra'ya,*

Kalbimin en küçük misafirleri, hayat şenliklerim, yeğenlerim *Selim ile Asım'a* ve onların kıymetli annesi *Seher ablama,*

Her daim ilgisiyle kollayan, muzipliğiyle güldüren, ilk arkadaşım, abim *Furkan'a;* pabucumu dama atan, diğer yarımı tamamlayan, bana ablalığı tattıran *Sümeyye'ye,*

Doyamadan kaybettiğim büyükbabam ve babaanneme, uzaklardan dualarıyla beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan dedem ve anneanneme,

Aynı mesleği icra etmekten ve kızı olmaktan onur duyduğum babam Uzm. Dr. *Mehmet YALÇINER'e,* yolumu ve ömrümü aydınlatan annem *Ümran YALÇINER'e,* her başarımın gerçek mimarlarına, iki yanım ve iki canıma,

Küçük bir çocukken doktorum, pediatrist olma hayalimin başrolü, akademik rehberim *Prof. Dr. Osman Bülent ZÜLFİKAR'a,*

Sonsuz minnet, hürmet ve teşekkürlerimle…

Şairin dizeleri ödevimi ve vazifemi hatırlatırken,

"Ben öyle bilirim ki yaşamak, berrak bir gökte çocuklar aşkına savaşmaktır."

Dr. Kevser Nur YALÇINER

Ocak 2024

İstanbul

# ÖZET

**Amaç:** Beslenme sorunları, erken çocukluk döneminde sık karşılaşılan davranışsal problemlerden biridir ve yeme problemlerinin temelinde bakım verenle ilişki dinamikleri belirleyici olabilir. Bu çalışmanın birincil amacı, tamamlayıcı beslenmeye geçen çocuklarda, anne-çocuk arasındaki beslenme etkileşimini Chatoor Beslenme Ölçeği kullanarak değerlendirmek ve beslenme zorluğu olan ve olmayan çocuklar arasındaki farklılıkları tespit etmektir. İkincil amaç, beslenme esnasındaki anne-bebek etkileşimini etkileyebilecek faktörleri değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Nisan 2022- Eylül 2023 tarihleri arasında, sosyal medya duyurusu ile davet edilen, 6-36 ay arası, kriterlerimizi karşılayan 77 çocuk çalışmaya dahil edildi. Çocukların beslenme zorluğu olup olmamaları anne beyanına göre belirlendi ve sosyodemografik verileri yapılandırılmış anket aracılı görüşmeyle elde edildi. Anne-bebek arasında öğün esnasındaki etkileşim Chatoor ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beslenme Ölçeği ile değerlendirildi. Annede depresyon semptomlarını sorgulamada Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS), kaygı düzeylerini değerlendirmede Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7), anne ve bebek arasındaki ilişkiyi ve bağlanmayı incelemede Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) kullanıldı. Bebeklerin uykusu genişletilmiş 'Kısa Bebek Uyku Anketi' (KBUA) ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Beslenme sorunu tarif edilen grupta, anne eğitim süresi (p= 0.012) ve baba eğitim süresi (p=0.036) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha kısadır. Çalışma grubunda, öğün süresi anlamlı olarak daha uzun bulundu (p=0.027). Ebeveynlerin uyku sorununa ilişkin algıları açısından iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi. Beslenme sorunu tarif edilen çocukların annelerinde EPDS puanı ortalaması anlamlı yüksek bulundu (p=0.034). Videoların iki değerlendirici tarafından Chatoor Beslenme Ölçeği'ne göre analizinde tüm alt ölçeklerde güven aralığı çok iyi (SKK: 0,81–1,0) olarak bulundu ve 46 ölçek maddesinin 4'ünde değerlendiriciler arası %100 uyum sağlandı. İki değerlendirici arasında varılan uzlaşıya göre yapılan video analizlerinde, "Anne-bebek çifti karşılıklığı" puanı beslenme sorunu olmayanlarda daha yüksek (p=0.004) bulundu. Beslenme sorunu olanlarda ise "Anne-bebek çifti çatışması"

(p=0.028), “Konuşma ve dikkat dağıtma” (p=0.044), “Kontrol etmek için mücadele” (p=0.039) puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Temel bileşen analizine göre, ölçeğin 43 maddeli ve dört faktörlü yeni bir versiyonu elde edildi. Buna göre, “Anne-bebek çatışması” (p=0.013) ve “Duyarlı olmayan beslenme” (p=0.035) alanlarındaki puanlar, beslenme sorunu olanlarda; “Anne-bebek çifti karşılıklığı” (p=0.005) puanı ise beslenme sorunu olmayanlarda daha yüksek bulundu. “Kontrol etmek için mücadele” (p=0.326) alt ölçeğinde ise iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

**Sonuç:** Çalışmamız, değerlendirici iki çocuk hekimi arasındaki yüksek uyum göz önünde bulundurulduğunda, Türk çocuklarında beslenme sorunlarına objektif yaklaşımda gözlemsel bir yöntem içeren Chatoor Beslenme Ölçeği’nin kullanılabileceğine işaret etmektedir. Beslenme sorunu olanlarda annenin depresif semptomlarının sık olduğunun belirlenmesi, ikili etkileşimde annenin ruh sağlığının önemli bir etken olduğu desteklemektedir. Beslenme sorunu olan küçük çocuklara yapılacak müdahaleler çocuğun ağırlığına odaklanmak yerine, anne-çocuk karşılıklığının artırılmasına ve anne-çocuk arasındaki çatışmanın azaltılmasına yönelik olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Beslenme zorluğu; küçük çocuklar; anne-çocuk karşılıklığı; Chatoor Beslenme Ölçeği; duyarlı beslenme

# ABSTRACT

**Aim:** Feeding problems are one of the most common behavioral problems in early childhood, and relationship dynamics with the caregiver may be the underlying cause of feeding problems. The primary purpose of this study is to objectively evaluate the feeding interactions between mother and child during transition to complementary feeding and to identify differences between children with and without feeding difficulties. The secondary aim is to evaluate factors that may affect mother-infant interaction during feeding.

**Material and Methods:** Between April 2022 and September 2023, 77 children aged from 6 to 36 months who were invited via social media announcement and met our eligibility criteria were included in the study based on mother's report on feeding difficulties. Sociodemographic data were obtained by during clinical interview using a structured questionnaire. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was used to assess about maternal depression symptoms, the Generalized Anxiety Disorder Test-7 (GAD-7) was used to evaluate anxiety levels, and the Postnatal Attachment Scale (PPBQ) was used to examine the relationship and attachment between mother and child.

**Results:** Mother's and father's educational years (p = 0.012), (p = 0.036) were significantly shorter in children with feeding difficulties compared to the control group. Meal duration was found to be significantly longer in the study group (p=0.027). There was no significant difference between the two groups in terms of parents' perceptions of sleep problems. The mean EPDS score was found to be statistically significantly higher in mothers of children with feeding difficulties (p=0.034). In the analysis of the videos according to the Chatoor Feeding Scale by two evaluators, the confidence interval in all subscales was found to be very good (ICC: 0.81–1.0) and 100% agreement between evaluators was achieved in 4 of the 46 scale items. According to the consensus reached between the two evaluators in the video analysis, the "Dyadic reciprocity" score was found to be higher (p = 0.004) in those without feeding problems. "Dyadic conflict" (p=0.028), "Talking and distraction" (p=0.044), and "Struggle to control" (p=0.039) scores were significantly higher in those with feeding problems. Principal

component analysis revealed a 43 item scale with four factor solution. Scores in sub-dimensions of "Dyadic conflict" (p=0.013) and "Non-responsive feeding" (p=0.035) were lower in those with feeding problems; the "Dyadic reciprocity" score (p=0.005) was found to be higher in those without feeding problems. There was no significant difference between the two groups in the "struggle to control" (p=0.326) subscale.

**Conclusion:** Our study indicates that Chatoor Feeding Scale including an observational method can be used to objectively approach feeding problems in Turkish children, considering the high agreement between the two assessors. The finding that mothers' depressive symptoms are common in those with feeding problems supports that the mother's mental health is an important factor in bi-directional interaction. Interventions for young children with feeding problems should focus on increasing mother-child reciprocity and reducing the conflict between mother and child, rather than focusing on the weight of the child.

**Key words:** Feeding difficulty; young children; dyadic reciprocity; Chatoor Feeding Scale; responsive feeeding

# İÇİNDEKİLER

**BEYAN** ..... **i**
**ÖNSÖZ** ..... **ii**
**ÖZET** ..... **iv**
**ABSTRACT** ..... **vi**
**İÇİNDEKİLER** ..... **viii**
**KISALTMALAR** ..... **x**
**ŞEKİLLER LİSTESİ** ..... **xi**
**TABLOLAR LİSTESİ** ..... **xii**
**1. GİRİŞ VE AMAÇ** ..... **1**
**2. GENEL BİLGİLER** ..... **3**
2.1. Beslenmenin Tanımı ve Sağlıklı Beslenme İlkeleri ..... 3
2.2. Anne Sütü ile Beslenmenin Önemi ..... 4
2.3. Tamamlayıcı Beslenme ..... 5
2.3.1. Tamamlayıcı beslenmenin tanımı ve önemi ..... 5
2.3.2. Tamamlayıcı beslenmenin zamanlaması ve gelişimsel hazırlık ..... 6
2.3.3. Tamamlayıcı beslenmenin içeriği ve hazırlanışı ..... 8
2.3.4. Yeme davranışının gelişimi ve duyarlı beslenme ..... 12
2.3.5. Tamamlayıcı beslenmede anne-çocuk etkileşimleri ..... 14
2.4. Çocukluk Çağında Beslenme Sorunları ..... 16
2.4.1. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ..... 17
2.4.2. Çocuklarda Malnütrisyon ..... 19
2.4.3. Beslenme Sorunlarının Yönetimi ..... 19
2.5. Çocukluk Çağı Beslenme Bozukluklarının Sınıflandırılması ..... 20
2.5.1. Pediatrik beslenme bozukluğu ..... 20
2.5.2. (DC:0-5R) sınıflandırmasına göre yeme bozuklukları ..... 21
2.5.3. DSM-V'de yer alan Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu ..... 22
2.5.4. Chatoor tarafından geliştirilen sınıflandırma sistemi ..... 23
**3. GEREÇ VE YÖNTEM** ..... **27**
3.1. Katılımcıların Seçimi ..... 27
3.2. Veri Toplama Araçları ..... 28
3.2.1. Sosyodemografik veri anketi: ..... 28
3.2.2. Antropometrik ölçümler: ..... 28
3.2.3. Chatoor beslenme ölçeği (Chatoor feeding scale): ..... 29

3.2.4. Annede depresyon ve kaygının değerlendirilmesi: ..... 32
3.2.5. Anne bebek doğum sonrası bağlanma ölçeği: ..... 33
3.2.6. Babanın bebek bakımına katılımı: ..... 33
3.2.7. Bebeğin uykusunun değerlendirilmesi: ..... 34
3.3. Veri Analizi: ..... 34
**4. BULGULAR ..... 36**
4.1. Sosyodemografik Özellikler ..... 36
4.2. Beslenme Öyküsü ve Verileri ..... 39
4.3. Uyku Verileri ..... 42
4.4. Annelerin Depresyon, Kaygı ve Bağlanma Durumlarının Değerlendirilmesi 46
4.5. Babanın Bebek Bakımına Katılımı Verileri ..... 47
4.6. Öğün Videolarının Chatoor Beslenme Ölçeği ile Değerlendirilmesi ..... 49
**5. TARTIŞMA ..... 60**
**6. SONUÇLAR ..... 69**
**7. KAYNAKÇA ..... 71**
**8. EKLER ..... 84**

# KISALTMALAR

**AAP:** Amerikan Pediatri Akademisi

**BGA:** Boya Göre Ağırlık

(**DC:0-3), (DC:0-5):** Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (Erken Çocukluk ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırması)

**DHA:** Dokosaheksaenoik asit

**DSBÖ:** Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği

**DSM-V:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EPDS:** Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

**ESPGHAN:** The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği)

**GA:** Güven Aralığı (**CI:** Confidence Interval)

**ICF:** International Classification of Functioning, Disability and Health (Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması)

**IGF-1:** İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü - 1 (Insulin Like Growth Factor-1)

**KBUA:** Kısa Bebek Uyku Anketi (**BISQ:** Brief Infant Sleep Questionnaire)

**KKYAB:** Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

**LCPUFA:** Long Chain Poly Unsaturated Fatty Acids (Uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri)

**LEAP:** Learning Early About Peanut allergy

**PBB:** Pediatrik Beslenme Bozuklukları

**SKK:** Sınıf İçi Korelasyon (**ICC:** Intra Class Correlation)

**SS:** Standart Sapma

**TND:** Türk Neonatoloji Derneği

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

**VKİ:** Vücut kitle indeksi

**YAB-7:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7

**YGB:** Yaşa Göre Boy

# ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1.** Akış şeması ..... 35
**Şekil 2:** Güncel kilo Z skoru (p<0.01) ..... 38
**Şekil 3:** Güncel boy Z skoru (p=0.029) ..... 38

# TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo. 1** Demografik ve Klinik Özellikler ..... 37
**Tablo 2.** Annelerin Demografik ve Klinik Özellikleri ..... 39
**Tablo 3.** Babaların Demografik ve Klinik Özellikleri ..... 39
**Tablo 4.** Anne Sütü Alım Durumları ..... 40
**Tablo 5.** Tamamlayıcı Beslenme ve Öğün Durumları ..... 40
**Tablo 6.** Beslenme Alışkanlıkları ..... 41
**Tablo 7.** Uyku Alışkanlıklarının Karşılaştırılması ..... 43
**Tablo 8.** Uyku-Uyanıklık Verileri ..... 45
**Tablo 9.** Uyku Parametrelerinin Karşılaştırılması ..... 46
**Tablo 10.** Annelerin EPDS, YAB-7 ve DSBÖ Puanlarının Karşılaştırılması ..... 47
**Tablo 11.** Babanın Bebek Bakımına Katılımının Değerlendirilmesi ..... 48
**Tablo 12.** Alt Ölçeklerin Değerlendirici Puanlarına Göre Karşılaştırılması ..... 49
**Tablo 13.** Chatoor Beslenme Ölçeği Maddelerinin Gözlemciler Arası Sınıf İçi Korelasyon Analizi ..... 50
**Tablo 14.** Alt Ölçeklerin Beslenme Sorunu ve Ortanca Puanlara Göre Karşılaştırılması ..... 51
**Tablo 15:** Alt Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ..... 52
**Tablo 16:** Beslenme Sorunu Olmayanların Yaş Gruplarına Göre Alt Ölçek Ortalama Puanları ile Literatürdeki Sonuçların Karşılaştırılması ..... 53
**Tablo 17.** Yeni Faktör Analizi ..... 55
**Tablo 18.** Yeni Faktör Analizi Alt Ölçeklerinin Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması ..... 56
**Tablo 19:** Alt Ölçekler ile EPDS ve YAB-7 puanlarının Korelasyon Analizi (n=57) ..... 57
**Tablo 20:** Beslenme Sorunu Olan Grupta, Alt Ölçekler ile EPDS ve YAB-7 Puanlarının Korelasyon Analizi (n=29) ..... 58
**Tablo 21.** Beslenme Sorunu Olmayan Grupta, Alt Ölçekler ile EPDS ve YAB-7 Puanlarının Korelasyon Analizi (n=28) ..... 59

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Erken çocukluk döneminde beslenme çocuk ile ebeveynin aktif katılımı ile gerçekleşmekte, karşılıklı bir ilişkiye ve etkileşime dayanmaktadır. Beslenme süreci, çocuk ile ebeveynleri arasında sözel ve sözel olmayan iletişim alışverişi için bir fırsat oluşturmakta, bu deneyimle ebeveynle kurulan bağın kuvvetini artırmaktadır (1). Günlük aktiviteler sırasında, annenin, çocuğun ipuçlarını ve biyolojik ritimlerini algılaması, aralarında uyumlu bir etkileşimin gerçekleşmesini sağlar. Tekrarlayan deneyimlerle, beslenme veya oyun süresi boyunca, bebek duygularını düzenlemeyi öğrenir.

Duyarlı beslenme kavramı, çocuğun kendi kendini beslemeye geçiş sürecinde gelişimsel basamaklarına paralel, otonomi kazanma, bağlanma ve ayrılma evrelerini gözeten bir yaklaşımdır. Çocuğa sağlıklı içerikte, yeterli miktarda, uygun hazırlanmış, çocuğun seçimlerini dikkate alan, açlık-tokluk ipuçlarını algılayan, beslenmeyle ilgili sınırların ve rutinlerin belirlendiği, alternatifler sunabilen, paylaşımcı bir beslenmedir.

Beslenme sorunları, erken çocukluk döneminde sık karşılaşılan davranışsal problemlerden biri olduğundan, yeme problemlerinin temelinde bakım verenle ilişki dinamikleri belirleyici olabilir. Annelerin %50'si, çocuklarından en az birinin az yediğinden şikayetçidir (2). Özellikle, tamamlayıcı beslenmeye geçiş süresinde anne-bebek arasında uygun bir beslenme etkileşimi, bebeğin beslenme davranışını etkileyebilir. Ancak bu sorunların ortaya çıkışında bebeğin mizacı dışında, annenin de besleme esnasındaki tutumları önemli olabilir. Annenin ruhsal iyilik hali de anne-bebek etkileşimini etkilediğinden beslenme davranışı üzerinde belirleyici rol oynayabilir. Maternal depresyon, annenin duyarlı ebeveynlik becerilerinde çeşitli zorluklar doğurabilir. Beslenmede kontrolcü, sert, eleştirel ve çatışmacı bir anne-çocuk ilişkisi oluşabilir (3).

Sağlıklı bebeklerin %25-40'ı ile, bir sağlık problemi olan bebeklerin %80'inin beslenme sorunları bulunmaktadır. Uygunsuz beslenme alışkanlıkları, erken çocukluk döneminden başlayarak büyüme gelişme geriliğine, sağlıksız içerikli besin tercihlerine ve obeziteye sebep olabilmektedir (4). Aileler sıklıkla çocuk sağlığı izlemlerinde çocuklarının beslenmeleriyle alakalı kaygılarını dile getirmektedir. İştahsızlık, besin reddi, seçicilik bu dönemde bebeklerde annelerin sıklıkla yakındığı davranışlardandır.

Beslenme sorunlarının ayrıntılı değerlendirilmesi, ailelere uygun müdahale yöntemlerinin sunulabilmesi açısından önemlidir. Değerlendirme çocuğun antropometrik ölçümlerini içeren ayrıntılı fizik muayene, tıbbi özgeçmiş, beslenme günlüğüyle birlikte ailenin ve bakım verenin yaklaşımının da değerlendirilmesini içermelidir. Bakım verenin yaklaşımının objektif olarak değerlendirildiği çalışmalar sınırlıdır (1, 5, 6).

Bu çalışmanın birincil amacı, tamamlayıcı beslenmeye geçen çocuklarda, anne-bebek arasındaki beslenme etkileşimini Chatoor Beslenme Ölçeği kullanarak değerlendirmek ve beslenme sorunu olan ve olmayan çocuklar arasında anne-çocuk etkileşim farklılıklarını tespit etmektir. İkincil amaçlar, beslenme esnasındaki anne-bebek etkileşimini etkileyebilecek sosyodemografik özellikler, annenin kaygı ve depresyon durumu, bebeğin uyku bozukluğu, babanın bebek bakımına katılımı, anne-bebek bağlanması gibi faktörlerin araştırılmasıdır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Beslenmenin Tanımı ve Sağlıklı Beslenme İlkeleri

Beslenme; orofarengeal mekanizmalar, gastrointestinal yol, kraniofasiyal yapılar, merkezi ve periferik sinir ağı ile kas-iskelet sistemlerinin etkileşimini gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bu fizyolojik faktörlere ek olarak, kültürel altyapı, aile öyküsündeki yemeğe ilişkin aktivite ve deneyimler ile bireysel tat tercihleri de beslenme davranışının gelişiminde yer almaktadır (7). Beslenme, sağlığın temel unsurlarından biri olması ve büyüme gelişme üzerindeki etkileri nedeniyle, insanlık ve tıp tarihi boyunca önem arz etmiştir.

Modern tıbbın gelişmeleri doğrultusunda, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) güncel sağlıklı beslenme ilkelerine bakıldığında; sağlıklı beslenme alışkanlarının yaşamın ilk dönemlerinde başladığı görülmektedir. Bu ilkelere göre, yaşamın ilk altı ayında çocuklar sadece anne sütü ile beslenmeli, anne sütü ile emzirme altıncı aydan sonra da uygun besinlerle tamamlayıcı beslenmeye geçilerek sürdürülmelidir. Yeterli miktarda, güvenli içerikte, çeşitlendirilmiş, besin değeri yüksek tamamlayıcı beslenme sürecinde; her öğünde renkli meyve ve sebzelerin yer alması, ürünlerin mevsiminde tüketilmesi, işlenmiş gıdalardan uzak durulması, tuzun kısıtlanması gerekmektedir. Besleyici kişinin el hijyeni sağlanmalı, yemek hazırlanan araç-gereç ve ortamın temizliğine dikkat edilmeli, besinlerin saklanma koşullarına uyulmalı, pişirme yöntemleri doğru uygulanmalı, taze ürünler tercih edilmeli, süt ürünleri pastörize formda seçilmeli, çiğ gıdalar temiz suyla yıkanmalı, son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir (8).

Bebek ve çocukların yeme davranışı; hormonal, biyokimyasal ve nöral mekanizmaların da rol aldığı; ailesel, toplumsal ve kültürel faktörlerin etkilediği bir süreç olarak gelişmektedir. Bu noktada devreye giren "duyarlı beslenme" kavramı, bebeğin gelişimsel basamakları ile zamansal ilişki içinde, sağlıklı içerikte, yeterli miktarda, uygun kıvamda hazırlanmış, tat seçimlerini önemseyen, açlık-tokluk sinyallerini algılayabilen, ipuçlarına duyarlı, sınır koyan ve alternatif sunan, paylaşımcı, destekleyici ve örnek bir beslenme olarak tanımlanmaktadır. Medya, okul, pazarlama sektörü, sosyoekonomik göstergeler ve gıdanın ulaşılabilirliği gibi etmenler toplumlara göre farklılık göstermektedir. Geçmiş yıllarda savaş, kıtlık ve açlık dönemleri nedeniyle kültürel

olarak da beslenme ile ilgili sık yedirmek, kilolu çocuğun sağlıklı olduğu gibi bazı temel yanlışlar da toplumlarda yer edinmiştir (8).

## 2.2. Anne Sütü ile Beslenmenin Önemi

Anne sütü bebeğin yaşına, gün içindeki ve emzirme periyodundaki zaman dilimine ve anne-bebek ikilisine göre değişken yapısıyla mucizevi ve içeriğiyle eşsiz bir besin kaynağıdır (9).

Anne sütü ile beslenmenin hem bebek hem de anne için çok sayıda faydaları bulunmaktadır. Lancet'te yayınlanan "21. yüzyılda emzirme: epidemiyoloji, mekanizmalar ve ömür boyu etki" raporunda; anne sütünün çocuk gastrointestinal sistem ve solunum yolu enfeksiyonlarına karşı koruma sağladığı, zeka puanlarında artış, aşırı kilo ve diyabette olası azalma, diş sağlığı açısından maloklüzyonlarda azalma gibi olumlu etkiler gösterdiği yer almaktadır. Anne sütünün alerjik hastalıklara karşı koruma sağladığını bildiren yayınlar bulunsa da bu meta analizde astım gibi alerjik hastalıklar, hipertansiyon ve dislipidemiler ile bir ilişki bulunamamıştır. Emzirmenin kadınlar için meme kanseri, over kanseri ve tip 2 diyabete karşı koruma sağladığı görülmüştür (10).

Anne sütü bebeğin büyüme ve gelişmesi için önemli bir makro ve mikro besin kaynağıdır, aynı zamanda büyüme faktörleri, immunoglobulinler ve çeşitli biyoaktif bileşikleri içermektedir (11). Anne-bebek arasındaki temas ile psikolojik ve fiziksel etkileşimi artırarak bağlanmayı güçlendirmekte ve anne kaynaklı ihmal riskini azaltmaktadır. Emzirmeye verilen endokrin tepki, hipofiz aksı üzerinden süt üretimini desteklemektedir. Oksitosin aracılı mekanizmaların anne bağını artıracağına dair kanıtlar bulunmaktadır (12). Bununla birlikte, duyusal geri bildirim gibi emzirmenin besleyici olmayan diğer yönleri de bebek bağlanmasını ve ikili arasındaki güvenli etkileşimi teşvik etmektedir (13). Anne sütü, immünolojik toleransı artırmakta ve bütüncül sağlık parametrelerinden bilişsel gelişim için önemli bir rol oynamaktadır (9).

DSÖ tarafından önerilen şekliyle "uygun beslenme", bebeğin doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emmiş olması, ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi, 2 yaş ve ötesine kadar anne sütüne devam edilmesi ve 6. aydan itibaren güvenli ve uygun bir tamamlayıcı beslenme ile desteklenmesidir (14).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre, Türkiye'de emzirme oldukça yaygındır. Araştırmadan önceki son 2 yılda doğan çocukların %98'inin emzirildiği, %71'inin doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde ve %86'sının doğumdan sonraki ilk 1 gün içinde emzirildiği görülmektedir. Emzirmenin erken başlatılması kentsel alanlarda kırsala göre daha yaygındır ve annenin eğitim düzeyi ile artmaktadır. Bebeklerin %41'i ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmiştir. Bu oran; 0-1 aylık bebeklerde %59 oranında iken 4-5 aylık bebeklerde %14'e gerilemektedir. Emzirmenin 1 yaşa kadar devam etmesi (%66) yaygındır ancak bu oran 2 yaşa kadar emzirmede %34'e düşmektedir. Ortanca emzirme süresi 16,7 aydır. Bu süre 1998 TNSA verisine göre yaklaşık 5 ay daha uzundur (15).

Anne, Bebek, Küçük Çocuk Beslenmesi Kapsamlı Uygulama Planı'na göre, 2025 yılında ilk altı ayda sadece anne sütü alım oranının %50'nin üzerine çıkması ana hedeflerden biridir. Ayrıca Birleşmiş Milletler Daimi Komitesi Emzirme ve Tamamlayıcı Beslenme konulu Beslenme Çalışma Grubu'nun bildirdiğine göre; binyıl gelişme hedeflerinin tamamı emzirmenin desteklenmesi ile hızlanabilecektir. Anne sütü ile beslenme hem doğum öncesi gebe bakımının hem postnatal dönemde çocuk sağlığı izlemlerinin önemli bir parçasıdır. Emzirmeyi kolaylaştıran doğum ortamı, sağlık profesyonelleri tarafından verilen danışmanlık ve destek; annenin emzirme başarısını artıracaktır (16).

## 2.3. Tamamlayıcı Beslenme

### 2.3.1. Tamamlayıcı beslenmenin tanımı ve önemi

Tamamlayıcı beslenme, emzirilmekte olan bebeğin yaşı ve gelişimsel basamaklarına uygun yeni gıdaları alması ile çeşitli, yeterli, dengeli beslenmenin başlaması ve nihayetinde kendi kendini besleyebilmesidir. Tamamlayıcı beslenme; anne sütü veya formül süt dışındaki tüm katı ve sıvı gıdaları içermektedir. Süt çocuğuna yönelik özel hazırlanmış "geçiş besinleri" ile sofrada tüketilen "aile yemekleri" olarak iki grupta incelenebilir.

Doğum öncesinden başlayan, annenin beslenmesini de içeren ve bebeğin doğum sonrası ilk 2 yılını kapsayan yaşamın ilk 1000 günü; çocuğun nörolojik gelişimi

ve yaşam boyu sağlık açısından kritik bir dönemdir. Gebelik dönemi, emzirme desteği ve tamamlayıcı beslenmeye geçişin iyileştirilmesi optimal büyüme ve gelişmeye katkıda bulunur (17). Alışkanlıkların da kazanıldığı bu evrede yapılan yanlışlar, erken çocukluk döneminde büyüme geriliği veya obezite, sık enfeksiyon geçirme, okul başarısında düşüklük, erişkin dönem sorunları olarak ileri yaşamı da etkiler düzeye ulaşabilir (18). Bu nedenle, ailelere bu dönemde sunulan danışmanlık hizmetleri, tamamlayıcı beslenmenin içeriği yanında davranışsal önerileri de kapsamalıdır.

### 2.3.2. Tamamlayıcı beslenmenin zamanlaması ve gelişimsel hazırlık

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), DSÖ ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), tamamlayıcı besinlere başlama zamanı olarak 6. ayın bitimini (180 gün) önermektedir. Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) de ek besinlere geçişin; 17. haftadan erken, 26. haftadan geç olmamasını desteklemektedir. Tamamlayıcı beslenmenin ideal zamanlamasına yönelik araştırmalar devam etmekle birlikte, son Cochrane veri tabanı analizine göre şu an için, sağlıklı bebeklerin ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslenmesi yönündeki mevcut uluslararası tavsiyeyi değiştirecek herhangi bir kanıt bulunamamıştır (19). Kritik pencere döneminde tamamlayıcı beslenmeye geçiş konusundaki güncel araştırmalar takip edilmelidir.

Yaş, mevcut gelişim durumu ve besin gereksinimleri göze alınarak "bebek merkezli" bir başlangıç, tamamlayıcı beslenmeye geçiş aşamasında çok önemlidir. Motor, oromotor ve duygusal gelişim basamakları ve önerilen besin kıvamı aylara göre değişkenlik göstermektedir. Fizyolojik ve motor olgunlaşmanın ilerlemesi, tipik olarak yaşamın ilk yılının ortasına denk gelmektedir. Altı-sekiz aylık dönemde kazanılan desteksiz oturma gibi önemli gelişim süreçleri tamamlayıcı beslenmeyi başlatmak için kritik bir penceredir. Ağızda yiyeceklerin daha fazla manipüle edilmesi ve daha katı püreler gibi gıdaların işlenmesi için gerekli olan oral motor beceriler, yaklaşık 6 aylıkken ortaya çıkar ve yukarı-aşağı çene hareketlerini, dil lateralizasyonu ve çenelerin dönme hareketini içerir. Nesneleri orta hatta aktarma, yiyecekleri ağza götürerek keşfetme ve kıskaç kavramanın iyileştirilmesi de 6 aydan sonra aşamalı olarak gelişir. Yarı katı gıdaları veya kendi kendine beslenmeyi kontrol edebilmek için gerekli motor

beceriler, 8-9. ay itibariyle gerçekleşir ve "parmak gıda" sunulabilir (20). Bardak tutma yine bu aylarda yardımla ve kademeli olarak başlar ve 12 aylıkken, çoğu bebek 2 eliyle açık bir bardağı tutabilir ve birkaç kez yutabilir (21). On iki-on beş aylık bebekler kaşık kullanmaya teşvik edilmelidir. Aspirasyon riski yüksek küçük parçalı, çiğ gıdalara karşı dikkatli olunmalıdır. Yaşa uygun gıdaların doğru kıvamda ve bebeğin yaşı ve gelişimine uygun bir yöntemle verilmesi önem arz etmektedir (22, 23).

Yaşamın ilk yılının ikinci yarısında bebeklerin beslenme ihtiyaçlarındaki dinamik değişiklikler nedeniyle, gıdaların kademeli olarak tanıtılması iyi bir yöntemdir. İdeal gün aralığı konusunda kanıtlar net olmamakla birlikte, olumsuz reaksiyonları belirlemek için yeni gıdalar birkaç gün içinde tek tek tanıtılması önerilmektedir (24).

Tamamlayıcı besinlerin çocuk aç iken, emzirme öncesi, günde 1-2 defa teklif edilmesi ve öğünlerin yavaş yavaş doldurulması önemlidir. Bu geçiş döneminde bebeğe özel besin hazırlanmalıdır. İlk seçenek olarak, mevsimlik yoğun kıvamlı meyve-sebze püreleri, et veya tahıl eklenmesiyle demirden zenginleştirilerek başlanabilir. Bir öğün için hazırlanan besin arttıysa saklanmamalı, tekrar bebeğe verilmemelidir. Kalori içeriklerine yaşa göre bakıldığında, tamamlayıcı beslenmeden gelecek kalori miktarı 6-8 ayda 200 kcal/gün, 9-11 ayda 300 kcal/gün, 1-2 yaşta yaklaşık 500-600 kcal/gün arasında olmalıdır (18). Altı-dokuz ay arasında anne sütünü tamamlayacak şekilde 1-2 öğün önerilmekle birlikte, bu dönemin geçiş aşaması olduğu ve bebeğin besinlerle tanışmasının yeterli olduğu unutulmamalıdır. Öğün sayısı ve sıklığı, çocuğun yaşına, alınan enerji yoğunluğuna göre belirlenmeli; 9-23 ay arası bebeklerde öğünlerde enerji yoğunluğu 0.8-1 kcal/gram ise günde 3-4 öğün, aralarda talebe göre 1-2 atıştırmalık olacak şekilde düzenlenmelidir (25).

Learning Early About Peanut Allergy (LEAP) çalışmasında yer fıstığının diyete eklenmesi ile alerjinin azaldığı gösterilmiş olup, alerjen yiyeceklerin 4 aydan sonraya ertelenmesinin ne genel popülasyondaki bebeklerde ne de ailede atopi öyküsü olanlarda alerji riskini azalttığına dair kanıt yoktur (26). Ancak aynı çalışmada yer fıstığı ürünlerinin erişkinler tarafından yaygın olarak tüketilmediği ülkelerde yer fıstığının tamamlayıcı beslenmeye erken eklenmesinin duyarlanmaya yol açabileceği belirtilmiş olup, bu konuda dikkatli olunmalıdır. Farklı dernekler tarafından ideal tamamlayıcı beslenmeye geçiş zamanı tartışılmakla birlikte, alerjen besinlerin 4-6 ay sonrasına ötelenmesinin koruyucu olmadığı bildirilmektedir. Dolayısıyla şu an için kanıtlar,

alerjen gıdaların geciktirilmemesini, sadece anne sütü ile beslenen bebeklerde 6. ay itibariyle başlanmasını desteklemektedir (19). Kendi klinik çalışmamızda da yumurta beyazının 6. ayda tamamlayıcı beslenmeye eklendiği grup ve 1 yaş ötesinde başlandığı grup arasında besin alerjisinin sonlanması veya anafilaksi açısından fark bulunmamıştır (27).

ESPGHAN, hem erken (<4 aylık) hem de geç (>7 aylık) glüten alımından kaçınılmasını önermektedir. Glüten miktarı ile hastalık riski arasındaki ilişkiye işaret eden gözlemsel verilere dayanarak, başlandıktan sonraki haftalarda küçük miktarlarda glüten tüketilmelidir (28).

### 2.3.3. Tamamlayıcı beslenmenin içeriği ve hazırlanışı

İyi bir tamamlayıcı besin; enerji, makro (protein, yağ, karbonhidrat) ve mikro besin ögeleri (demir, çinko, kalsiyum, folat vb.) açısından zengin, baharatsız ve tuzsuz, yemesi kolay, çocuğun sevdiği, uygun fiyatlı, evde hazırlanabilen ve yerel olarak kolay ulaşılabilen özelliklerde olmalıdır (18).

Beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı 6-23 aylık döneme ait DSÖ önerileri doğrultusunda bazı beslenme göstergeleri belirlenmiştir. Bunlardan birincisi, "Minimum diyet çeşitliliği"dir ve sekiz besin grubundan her gün en az beşinin alınması önerilmiştir. Bunlar; 1) Anne sütü; 2) Taneler, kökler ve yumrular; 3) Baklagiller ve kuru yemişler; 4) Süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir); 5) Etli gıdalar (et, balık, kümes hayvanları, karaciğer veya diğer); 6) Yumurtalar; 7) A vitamini açısından zengin meyve ve sebzeler ve 8) Diğer meyve ve sebzelerdir. İkinci gösterge, "Minimum öğün sıklığı"dır. Anne sütü ile beslenen bebekler için; 6-8 aylıkken günde iki kez, 9-23 aylıkken günde üç kez ve anne sütü almayan çocuklar için 6-23 ay arasında günde dört kez beslenilmesi olarak tanımlanır. Minimum kabul edilebilir diyet ise, anne sütü ile beslenen çocuklarda bir önceki gün minimum diyet çeşitliliği ve öğün sıklığına uyulmuş olmasını, anne sütü almayanların da buna ek olarak en az iki süt ürünü almasını ifade etmektedir (29).

Boran ve Aktaç'ın emzirilen bebeklerde besinsel çeşitlilik ve besin içeriğini incelediği çalışmasında 9-12 ay arası çocuklarda ortalama enerji alımı 810 kcal/gün olarak bulunmuş olup, makro besin içeriklerine göre toplam günlük enerjinin dağılımı

karbonhidrat, lipid ve protein için sırasıyla yaklaşık %45, %43 ve %12 şeklindedir (30). Ortalama protein alımı 25,3 ± 9,2 g/gün iken, çoklu doymamış yağ ve kolesterol alımları sırasıyla 2,8±1,6 mg/gün ve 164 ± 91 mg/gündür. Kahvaltının enerji, protein, yağ ve mikro besin (C vitamini hariç) alımına en büyük katkıyı sağladığı bulunmuştur. Tahıllar, süt ürünleri ve meyve sebzeler en sık tüketilen tamamlayıcı gıdalar iken, et ve yumurta tüketimi orta düzeyde saptanmıştır. Demir içeriği zengin yumurta ve kırmızı et tüketimi sırasıyla yaklaşık 18 g/gün (22 ± 17 g/gün) ve 5 g/gün (10 ± 14 g/gün) olarak belirlenmiştir. Çalışmada protein ve enerji açısından yetersizlik saptanmazken, erken çocukluk dönemi beslenmesinde önem arz eden farklılık mikrobesinler açısından görülmüştür. Buna göre, tamamlayıcı gıdaların A, B1, B2, B6 ve B12 vitaminlerini sağladığı gösterilmiş ancak demir, D, E ve C vitamini alımı yetersiz bulunmuştur. Beslenmede demir içeriği, çocukların %98'inde günlük önerilen miktarın altında bulunmuştur. Demir ve çinko gereksinimlerini karşılamak için et, kümes hayvanları, balık veya yumurtanın her gün veya mümkün olduğunca sık tüketilmesi, anemiyi önleme amaçlı ev yapımı sebze yemeklerine et eklenmesi tavsiye edilmiştir (31, 32). Doğumdan sonraki ilk birkaç ay boyunca, maternal çinko durumundan bağımsız olarak, anne sütünün çinko içeriğinde keskin bir fizyolojik düşüş meydana gelir. Kırmızı et grubu ve karaciğer diyetteki en iyi doğal çinko kaynaklarıdır (33). Yukarıdaki çalışmada da çocukların %31'inde beslenmeyle çinko alımı günlük alımın altında bulunmuştur (30).

Tamamlayıcı gıdalar diyette artan miktarda kalori ve besin sağladığından, karbonhidratlar toplam kalori alımının %45 ila %65'ini sağlayarak ana enerji kaynağı haline gelmektedir. Karbonhidrat grubu için, basit ilave şekerler yerine karmaşık, rafine edilmemiş kaynaklar önerilmektedir (34).

AAP'nin küçük çocuklar için yağ alımı önerileri, günlük enerjinin yaklaşık %30 ila %40'ı kadarı olması yönündedir (35). Diyetteki yağ içeriğinin enerji alımının %25'inin altına düşmemesi önemlidir ve yağı azaltılmış inek sütü 2-3 yaşından önce tercih edilmemelidir (31). Tamamlayıcı gıdalar, ideal olarak, uzun zincirliler de dahil olmak üzere, tekli ve çoklu doymamış yağ asidi kaynaklarını içermelidir (36). Uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri (LCPUFA) ve özellikle dokosaheksaenoik asit (DHA), beyin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır.

AAP'nin Pediatrik Nütrisyon rehberinin makro besin önerilerine göre; 0 ila 6 aylık bebekler için yeterli protein alım miktarı 1,52 g/kg/gün'dür. Bebeklik ve erken

çocukluk döneminde yüksek protein alımının büyüme ve daha yüksek VKİ (vücut kitle indeksi) ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (37). Çalışmalar, 8 ila 24 ay arasında yüksek protein alımının (>4 gr/kg/gün) IGF-1 (insülin benzeri büyüme faktörü) aracılı mekanizma ile yaşamın ilerleyen dönemlerinde obezite gelişimi açısından ilişki olduğunu göstermiştir. Toplam protein alımını, günlük enerjinin maksimum %15'i ile sınırlamak yönünde öneriler mevcuttur (38).

Bebek Besleme Uygulamaları Çalışması II'den (Infant Feeding Practices Study II) elde edilen veriler, 6 aylık emzirilen veya karma beslenen (anne sütü ve formül süt ile) bebeklerin yaklaşık %20'sinin son bir hafta içinde demirle zenginleştirilmiş tahıl veya et almadığını göstermektedir. AAP, demir eksikliği anemi prevelansı yüksek ülkelerde, sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin 4 aylıktan itibaren demirden zengin besinler tüketilene kadar 1 mg/kg/gün demir almasını önermektedir. Tamamlayıcı gıdalardan karşılanacak demir ihtiyacı; gebelik haftası, maternal diyabet, yenidoğanın yaşa göre ağırlık durumu, umbilikal kordun klemplenme zamanı, postnatal büyüme hızı gibi faktörlerden etkilenir (39). AAP tarafından, 6-24 ay arası bebekler için et, daha yüksek demir içeriğine sahip sebzeler ve demirle zenginleştirilmiş tahılların tüketimi teşvik edilmektedir. ABD'deki tahıl ürünleri demirle zenginleştirildiği için bu öneri yapılmakla birlikte, ülkemizde ailelerin erişebildiği tahıl kaynakları demir desteği açısından kontrol edilmelidir. "Demir Gibi Türkiye" projesi kapsamında 4. Aydan itibaren bebeklere profilaksi amaçlı demir desteği başlanmış ve yürütülen çalışmalarla anemi görülme sıklığı bu yaş grubunda %7'nin altına düşmüştür (40).

Anne sütündeki D vitamini içeriği tipik olarak oldukça düşüktür (22 IU/litre). Ayrıca günlük D vitamini ihtiyacının besinler yoluyla karşılanamayacağı da bilinmektedir. Yaşam boyu günlük D vitamini gereksinimleri açısından 2011 yılında ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) önerilen D vitamini alımını artırmış ve 1 yaşına kadar olan bebekler için 400 IU/gün, 1 ila 71 yaş arası bireylerde 600 IU/gün, 71 yaş üstü için 800 IU/gün alım tavsiye edilmiştir (41, 42). Yenidoğan döneminde geç hipokalseminin önlenmesi için gebelikte D vitamini takviyesi öncelikle gereklidir ve önerilen dozu 600 IU/gündür. Türkiye gibi annede D vitamini eksikliğinin sık olduğu ülkelerde ise gebelikte 2. trimester itibariyle 1200 IU/gün başlanması ve doğum sonrası ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmenin sürdürüldüğü dönemde devamı önerilmektedir (43).

D vitamini profilaksisinin bebeklerde ve çocuklarda besinsel raşitizmi önleyebileceği konusunda fikir birliği vardır (44).

Anne, gebelik ve emzirme döneminde hayvansal gıdaları tüketmediyse veya takviye almadıysa, anne sütündeki B12 vitamini düşük olabilir ve bebekte eksiklik riski vardır. Türkiye'deki hamile kadınların %47 ila 72'sinde B12 vitamini eksikliği olduğu ve bebeklerin %41'inin halihazırda B12 vitamini deposu eksik olarak doğduğu gösterilmiştir (45, 46). Yapılan bir araştırma, Türk bebeklerin %36,3'ünde B12 vitamini eksikliği bulunduğunu, en yüksek prevalansın ise 6 ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslenenlerde (%43) görüldüğünü ortaya koymuştur (47). Ayrıca, Boran ve arkadaşlarının çalışmasında B12 vitamini eksikliği olan bebeklerin bağırsak mikrobiyota bileşimi, B12 vitamini yeterli olan bebeklerle benzer bulunmuştur (48).

İsveç'te yapılan bir prospektif kohort çalışmasında, yaşamın ilk yılında ayda en az iki kez düzenli balık tüketen çocuklarda 4 yaşında astım, egzama, alerjik rinit ve duyarlılık riskinde azalma gözlemlenmiştir (49). Balık içeriğindeki omega 3 yağ asitlerinin yanı sıra intestinal mikrobiyota ve immün sistem üzerine olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir (50). Dolayısıyla balık tüketimine sadece omega 3 desteği olarak bakılmamalı, bağırsak mikrobiyatası üzerine olumlu etkisi unutulmamalıdır.

Çay, kahve gibi besin değeri düşük içeceklerden ve soda gibi şekerli içeceklerden kaçınılması; taze bile olsa meyve suyunun ilk 1 yaşta verilmemesi, meyve olarak tüketilmesi, meyve suyu verilecekse 1-3 yaş arasında günde en fazla 120 cc, 4-6 yaş arasında 120-180 cc, 7-18 yaş arasında ise 240 cc'yi geçmeyecek şekilde sınırlandırılması önerilmektedir (51).

Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention) önerisiyle bal, infantil botulizm riski nedeniyle 12 ay altına verilmemelidir. (52).

Bebeklerde kolik ve sindirim semptomlarının tedavisinde kullanılan rezene, genotoksik bir kanserojen olan estragole içermektedir. Avrupa İlaç Ajansı'nın bir uzman paneli, rezene yağı ve rezene çayı preparatlarının, 4 yaşından küçük çocuklarda tavsiye edilmediği sonucuna varmıştır (53).

Bebek beslenmesinde özel önem taşıyan diğer durumlar şu şekilde özetlenebilir; enfeksiyon riski nedeniyle fermente yoğurt, peynir kullanımı tercih edilmelidir.

Kıvam yumuşatma veya sulandırma amacıyla az miktarda pastörize inek sütü kullanılabilir ancak yüksek protein içeriği ve demir içermemesi nedeniyle 12 aydan önce ana içecek olarak tüketilmemelidir. Su, tamamlayıcı beslenmeye geçişle birlikte başlanmalıdır (35).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tamamlayıcı beslenmeye ilişkin kılavuzlarında, kaynakların sınırlı olduğu ve genel olarak yüksek emzirme oranlarına sahip popülasyonlara vurgu yaparak, gıda seçimlerinde çeşitliliğin önemini vurgulamaktadır. Kırmızı et, kümes hayvanları, balık gibi gıdaların yanı sıra yumurtanın da her gün veya sık tüketilmesi ve yeterli yağ içeriği önerilmektedir. Vejetaryen diyetlerin kısıtlı yiyecek çeşitleriyle küçük yaş gruplarının besin ihtiyaçlarını karşılama ihtimalinin düşük olduğu bilinmekte, anneleri vejetaryen/vegan olan bebeklerin de eksik mikro besinler açısından desteklenmeleri gerekmektedir. Çocuk doktorları; D vitamini, B12 vitamini, çinko, demir, folatlar, omega-3, LC-PUFA, proteinler ve kalsiyumdan yoksun bir diyetin olası sonuçlarını ebeveynlere açıklamalı, bu kritik gelişim dönemlerinde ailelere danışmanlık vermeli, mevcut riskleri yakın takip etmeli, gerekli takviyeleri reçetelendirmeli, hafif belirti ve semptomların farkında olmalıdır (54).

### 2.3.4. Yeme davranışının gelişimi ve duyarlı beslenme

Bebekler ve küçük çocuklar besin alımı için bir bakım verene ihtiyaç duymaktadır. Anne babalar çocuklarının neyi, ne zaman ve nerede yiyeceğini belirlerken; çocuklar da ne kadar yiyeceğine ve yiyip yemeyeceğine karar vermelidir (55). İlk 1000 günün sonunda oluşan yeme davranışının ve beslenme uygulamalarının uzun vade sonuçlarıyla yetişkinliği de etkilediği bilinmektedir (56). Bebek beslenme modelleri; erişkin dönemde enfeksiyonlar, atopi yatkınlığı, bilişsel durum, vücut kompozisyonu ve kardiyovasküler hastalıklar gibi çeşitli sağlık sonuçlarının etiyolojisinde yer almaktadır (57).

Yaşamın ilk birkaç yılı, bebeklik döneminde bakım verene tam bağımlılıktan nispeten özerk beslenme ve yeme becerilerinde diğer gelişimleri içerir. Bebeklerin açlık ve/veya tokluk işaretlerine yanıt vermeyen beslenme stillerinin, aç değilken yemeyi ve/veya tokluk halinde yemeye devam etmeyi teşvik ederek aşırı beslenmeye katkıda bulunduğu düşünülmektedir (58). Çocuk merkezli beslenme yaklaşımlarının ise, iştah

kontrolünün geliştirilmesini ve yemek yerken biyolojik olarak yönlendirilen ipuçlarına dikkat etme yeteneğini desteklediği düşünülmektedir (59, 60). Genel olarak, duyarsız beslenme uygulamalarının yeme davranışını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bebeğin ipuçlarına duyarlı beslenme modelinin sonuçları ise 2 yaş altı çocuklarla yapılan daha sınırlı sayıdaki çalışmalarda yer almaktadır (60, 61).

Sağlıklı bir çocukta, fiziksel aktivite ve vücut kompozisyonundan etkilenen bazal metabolizma nedeniyle kalori ve enerji gereksinimlerini doğru bir şekilde tahmin etmek neredeyse imkansızdır. Bu nedenle, ebeveyn veya bakım verenlere sabit öneriler sunmak yanıltıcı veya sayılara aşırı odaklanmaya neden olabilir. Rutin yemek zamanlarının belirlenmesi, müdahaleci davranışlardan kaçınılması, öğün aralarında süre tanınması, belirlenmiş alanlarda yemek yenmesi, öğün sürelerinin sınırlandırılması, yemeğin ceza veya ödül aracı olarak kullanılmaması ve dikkat dağıtıcı unsurlardan kaçınılması önerilmektedir. Ebeveynler, bir bebeğin veya çocuğun açlık ipuçlarına göre yönlendirilmeye, yani duyarlı beslenme uygulamalarını takip etmeye teşvik edilmelidir. Beslenme sorunlarında, kalori alım hedeflerinden ziyade, gıda seçimleri, beslenme davranışları ve düzenlerine odaklanılmalıdır (62). Göz teması kurulması, otururak besleme, bebeğin gıdalara dokunmasına, incelemesine ve etrafı dağıtmasına izin verme, yiyecek seçimlerine saygı gösterme, yeme hızını kendi belirlemesine izin verme; bebek merkezli tamamlayıcı beslenme dönemindeki diğer öneriler arasındadır (18).

Bir gıdaya tekrar maruz kalmak, o gıdanın kabulünü belirleyen temel faktördür (63). Gıdaların lezzetinin veya enerji yoğunluğunun değiştirilmesi, bu öğrenme sürecini etkileyebilir. Yeni bir sebzenin, sevilen bir tatla ilişkilendirilmesinin alımı artırdığı gösterilmiştir (64). Ayrıca, tamamlayıcı beslenmenin başlangıcında farklı gıdaların sunulmasının, alışılmadık gıdalarının kabulünü arttırabileceği bilinmektedir ve bu da diyet çeşitliliği ve besin seçiciliği açısından önemlidir (56).

Yeme davranışındaki bireysel farklılıklar çok erken kökenlere sahip olabilir; örneğin, 2 yaşındaki yeme davranışının zamanında doğmuş ve erken doğmuş çocuklarda farklı olduğu, özellikle düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yeme motivasyonunun görece daha düşük olduğu gösterilmiştir (65). Mizaç farklılıklarının da etiyolojiden bağımsız olarak, farklı öğrenme kalıplarıyla ilişkisi gösterilmiştir; örneğin öğrenme denemelerinde çocuklarda daha fazla huysuzluk, sebze alımındaki daha düşük artışla

ilişkilendirilmiştir (66). Ayrıca, farklı tat veya koku duyarlılığına sahip bebekler besinlere de farklı tepkiler verebilir; bazı bebekler tatlı, ekşi veya tuzlu tadı olan yiyecekleri (özellikle sebzeleri) kabul etmeye daha yatkındır (67). Tüm bunlar, çocukluk dönemi boyunca sürdürülebilecek yeme davranışlarının gelişiminde tamamlayıcı beslenme döneminin önemini ve sağlıklı uygulamaların teşvik edilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Özetle, teşvik edilecek duyarlı beslenme uygulamaları şu şekilde sıralanabilir (68);

- Bakım verenin müdahaleci davranışlardan (örneğin zorla besleme) kaçınması,
- Öğünler ve atıştırmalıklar için öngörülebilir rutinler oluşturulması, sürekli erişime izin veren atıştırma davranışından kaçınılması,
- Yeme ve içme zamanları arasında 2 ila 3 saat süre tanınması,
- Sadece mama sandalyesinde, masada veya belirlenmiş diğer alanlarda yemek yenmesi,
- Bebeklerin veya küçük çocukların dikkat sürelerine uygun olarak öğünlerin 15 ila 20 dakika ile sınırlandırılması, 30 dakikayı geçmemesi,
- Yemeğin ceza veya ödül aracı olarak kullanılmaması; kendi kendini besleme becerilerinin teşvik, yeme çabasının takdir edilmesi,
- Yemek zamanlarında dikkat dağıtıcı unsurların (TV, videolar, cep telefonları, evcil hayvanlar vb.) en aza indirilmesi,
- Yeme ortamının keyifli, aileyle birlikte zaman geçirilen şekilde düzenlenmesi, aile sofralarına özen gösterilmesi,
- Başlangıçta sunulan yiyecekler reddedilirse, yemeğin tadına bakmanın teşvik edilmesi, yemeye zorlanmaması ve uygun bir süre sonra sonlandırılması önerilir. Farklı zamanlarda 10-15 kez tekrarlayan şekilde besin teklif etmek bu direncin kırılmasına yardımcı olacaktır.

### 2.3.5. Tamamlayıcı beslenmede anne-çocuk etkileşimleri

Bir çocuğun yaşamının ilk yıllarında anne-bebek etkileşiminin, onun sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (69). Ebeveynler, çocuklarına kendi yeme davranışlarını, yiyeceklere ilişkin tutum ve inançlarını, beslenme uygulamalarını modelleyerek çocukların yeme davranışlarını etkilerler (70). Başarılı

bir beslenme, bebeğin ihtiyaçlarının tanınmasını ve bakım verenin onun açlığını gidermeye yönelik uyarlanmış bir tutumunu gerektirdiğinden, önceden veya aktif yeme bozukluğu olan anneler bu görevi başarmakta zorlanabilirler (5). Bebeğin beslenme güçlükleri arasındaki bağlantı; genetik etkiler, çocuğun mizacı ve iştahı, ebeveynin duygusal veya yeme ilişkili psikopatolojisi, öğrenilmiş davranışlar gibi birçok belirleyiciyle açıklanabilir (71).

Yeme bozukluğu olan annelerde ve beslenme güçlüğü tariflenen çocuklarda, kontrolcü bir etkileşim tarzı ve yemek sırasında daha fazla çatışma gözlemlenmiştir (72). Erken çocukluk döneminde, kalori kısıtlaması ve yeme kurallarında katı kurallara şemalara maruz kalan çocukların yeme ritimlerinde düzensizlik ve yeme reddi, anneleriyle iletişimde geri çekilme ve karşıt davranışlarla karakterize bir durum görülmektedir (5). Yeme bozukluğu olan çocuklarda anne-çocuk beslenme etkileşimleri üzerine yapılan çalışmalar, bu ikililerde çatışmaların daha fazla olduğunu ve annenin olumsuz duygulanımının, çocuğun yemeği reddetmesi, muhalefet ve olumsuzluk ile ilişkili olduğunu göstermiştir (73, 74).

Besinlerin bebeğe verilme şekli ve tamamlayıcı beslenme sırasında ebeveyn ile bebek arasındaki etkileşim, yiyecek tercihleri ile iştahın düzenlenmesi gibi sonuçları etkilemektedir. Kendi kendine beslenmeye geçiş, çocuklukta yeme bozukluklarının başlangıcı için kritik bir zaman olduğundan, ebeveynlerin bu evrede çocuğun yeme davranışına yönelik kaygıları artabilir. Bu süreçte, çocuğun özerklik ihtiyacını ve duygusal bireyselleşmesini destekleyecek bir uyum gereklidir. Ebeveynler, diyetin zamanlaması ve içeriğine karar vermeli, kural ve beklentileri belirlemeli ve rol model olmalıdırlar (38).

Ebeveynlik stilleri, beslenme davranışları ve besin tüketimleri arasındaki ilişkileri inceleyen literatür gözden geçirildiğinde; meyve ve sebze grubunun modellenmesi ve denemeye teşvik edilmesi, bu yiyeceklerin evde ulaşılabilir hale getirilmesi, sağlıksız alternatif atıştırmalıkların orta derecede kısıtlanması gibi uygulamalar çocukluk yıllarında daha iyi tüketimle ilişkilidir. Ancak yayımlanan çalışmaların çoğu gözlemseldir ve ideal olarak randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır (75).

Annenin bebeğine yönelik tutumunu, ebeveyn-çocuk ikilisinin yemek sırasındaki memnuniyetlerini, rahatlıklarını gözlemlemek bu noktada önem arz etmektedir. Kendi kendine beslenmeye geçiş sırasında anne-çocuk etkileşimlerine ve özellikle

gözlemsel yöntemlere ilişkin literatürün eksik olduğu görülmektedir. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukların Tanısal Sınıflandırması (DC: Zero To Three, 2005) beslenme bozukluklarının erken tespitinin önemini vurgulamaktadır (76).

### 2.4. Çocukluk Çağında Beslenme Sorunları

Beslenme; hassas beceriler gerektiren, kültürel arka planı ve ailesel deneyimlerle bağı olan, özel tat tercihleri ve aktiviteleri içeren karmaşık bir faaliyettir (77). Çocukluk çağı beslenme sorunları; kilo alımında gerilik, alım azlığı, gecikmiş yeme becerileri olarak genellikle yaşamın bir ila üçüncü yıllarında gözlenmektedir. En sık görülen şekilleri; malnütrisyon, yeme ve içmeyi reddetme, besin biriktirme, 30 dakikayı aşan yavaş beslenme, besin seçiciliği, gıda tercihlerinde içerik ve doku olarak tekdüzelik, iştahsızlık, beslenme ilişkili gelişim basamaklarında gecikme olarak örneklendirilebilir.

Çocukluk çağının beslenme alanıyla ilgili en sık başvuru semptomlarından olan iştahsızlık, gıdanın görünümü, önceki yeme deneyimleri, açlık hissini algılayamama gibi durumlardan etkilenmektedir. Özellikle tamamlayıcı beslenmeye geçiş döneminde yeni gıdalara karşı isteksizlik olarak görülürken, sıklığı sağlıklı çocuklarda %20-35, büyüme gelişme geriliği olanlarda %33-90 olarak bildirilmektedir (78). İştahsız çocuklar; yemek seçiciler (picky eaters), çiğneme ve yutma sorunu olanlar, yavaş çiğneyenler, çabuk doyanlar, primer hastalıklara bağlı iştahsız olanlar gibi alt gruplara ayrılabilir (79). Bu bağlamda, aspirasyon, disfaji, odinofaji, kusma, ishal, büyüme gelişme geriliği, kardiyovasküler ve solunumsal semptomlar gibi organik temelli patolojilerin ayrımı önem arz etmektedir.

Beslenme bozuklukları için daha önceleri tanısal bir etiket olarak kullanılan "büyüme-gelişme geriliği" bir süredir hem ebeveynler hem de sağlık profesyonelleri tarafından uygunsuz bulunmakta ve altında yatan nedenin yetersiz beslenme olduğu öne sürülmektedir (80). Yapılan bir çalışmada, temel tanısı yetersiz kilo alımı olan ve hastaneye başvuran hastaların çoğunluğunun davranışsal müdahalelerle iyileştiği ve eşlik eden altta yatan kronik bir hastalığın bulunmadığı tespit edilmiştir (81). Bu durum, bebek ve ebeveyn davranışlarını beslenme alanında objektif değerlendirmek

üzere geliştirilen çeşitli gözlem yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır. Gözlemin amacı, etkileşimin mevcut problemi güçlendirip güçlendirmediğini belirleyebilmektir. Yemek zamanı bakım veren-çocuk etkileşimleri için standardize edilmiş ölçekler uygun tedavi seçeneklerini belirleyebilir (7).

Çocukluk çağı beslenme sorunlarına yaklaşımda, öncelikle tıbbi özgeçmişin ve beslenme öyküsünün detaylı olarak incelenmesi yer alır. Klinik görüşmeler; beslenme sorunlarının başlangıcı ve doğası, beslenme alanındaki gelişim basamakları, ailenin yemek saatleri ve rutinleri, kültürel yemek uygulamaları, olumsuz yaşam deneyimlerini, ailenin ruh sağlığı geçmişini içerir. Bunun için, semptom listesi, ebeveyn stres indeksi gibi geliştirilmiş anket ve ölçeklerden yararlanılabilir. Ardından beslenme durumunun standart antropometrik ölçümler ve düzenli takiplerle değerlendirilmesi, beslenme sorununun belirlenmesi ve müdahale yöntemlerine karar verilmesi gerekmektedir.

### 2.4.1. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu erken çocukluk döneminde beslenme durumunun objektif standartlar ile değerlendirilmesi, birey ve toplum bazında somut ilkeler belirlenmesi önem arz etmektedir.

DSÖ, 2012 yılındaki verileri ışığında "Anne, Süt çocuğu ve Erken çocukluk dönemi beslenmesinin geliştirilmesi" amacı ile 2025 ve 2030 hedeflerini açıklamıştır. Bunlar; 5 yaş altı bodur çocuk sayısında %50 azalma, üreme çağındaki kadınlarda anemide %50 azalma, düşük doğum ağırlığında %30 azalma, fazla tartılı çocuk oranını %3'ün altına düşürme ve sürdürme, ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranını en az %70'e kadar artırma, çocukluktaki kavrukluk (zayıflık) oranını %3'ün altına düşürme ve sürdürmedir. Bu doğrultuda belirlenen amaçlar, anne sütünün desteklenmesi ve tamamlayıcı beslenmeye uygun geçilmesi halinde sağlanabilir (82).
Beslenme durumunun değerlendirmesinde çeşitli ölçütler yer almaktadır. Çocukluk çağında yetersiz kilo alımı, tartı ölçümünün yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş persantillere göre 3. Persantilin ya da (-2) Z skorunun altında olmasıdır.

Bodurluk, ortanca yaşa göre boyun, DSÖ referans popülasyonu değerlerine göre -2 standart sapmanın altında kalan 5 yaş altı çocuk oranıdır. Zayıflık, ortanca yaşa

göre ağırlığın, DSÖ referans popülasyonu değerlerine göre -2 standart sapmanın altında kalan 5 yaş altı çocuk oranıdır. Kavrukluk, ortanca boya göre ağırlığın, DSÖ referans popülasyonu değerlerine göre -2 standart sapmanın altında kalan 5 yaş altı çocuk oranıdır (83). UNICEF ve DSÖ'nün 2019 yılında yayımladığı raporda 5 yaş altı çocuklarda, kronik malnütrisyonun göstergesi olan bodurluk oranı %21,9'dur. 5 yaş altındaki çocuklarda fazla kilolu olma oranı ise %5,9 olarak saptanmıştır (84).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) sonuçlarına göre, 5 yaş altındaki çocukların %6'sı bodur (yaşa göre boy (YGB) -2 Z skorunun altında) olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de çocukların %2'den azı zayıftır (BGA Z skoru -2'nin altında). Düşük kilolu (yaşa göre ağırlık (YGA) Z skoru -2'nin altında) çocukların oranı da benzerdir. Beş yaş altındaki çocukların %8'i ise fazla kiloludur. 2008 TNSA raporuna kıyasla, bodur çocukların oranındaki istikrarlı düşüş (%12'den %6'ya), kronik kötü beslenme durumlarında bir iyileşme olduğunu göstermektedir. Fazla kilolu çocukların oranı da son beş yılda %11'den %8'e gerilemiştir (85).

Beslenme durumunu değerlendirmede önem arz eden bir diğer faktör besinsel çeşitliliktir. Boran ve Aktaç'ın çalışmasında, Türk çocuklarının yaklaşık %72'si günde 3 öğün beslenirken; tahıllar, süt ürünleri ve meyve sebzelerin en sık tüketilen tamamlayıcı gıdalar olduğu, et ve yumurta tüketiminin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bulgular, bebeklerin yaklaşık %73'ünün minimum yemek sıklığını, %75'inin ise minimum beslenme çeşitliliğini karşıladığını göstermektedir. Tamamlayıcı gıdalardan alınan ortalama enerji ve proteinin bilinen gereksinimlerden daha yüksek olduğu ancak demir, antioksidanlar (E ve C vitaminleri), D vitamini, niasin, pantotenik asit, biyotin, folat, magnezyum, manganez ve iyot gibi mikro besin içeriklerinin yetersiz olduğu görülmüştür (30).

TNSA 2018 verilerine bakıldığında, 6 ay ile 23 ay arası çocukların tükettiği en sık gıdalar emzirilen çocuklarda %74, emzirilmeyen grupta %73 ile peynir, yoğurt, diğer süt ürünleridir. Bunu sebze ve meyveler takip etmektedir. Et, balık, kümes hayvanları ise yaklaşık %25 ile en az oranda verilmektedir. Baklagiller de benzer şekilde az tüketilmektedir. Mikro besin içeriği açısından bakıldığında ise, aynı yaş grubundaki çocukların %63'ünün görüşme saatinden önceki 24 saat içinde demir açısından zengin gıdalar tükettiği belirlenmiştir. Bu oran, çocuğun yaşı, annenin eğitimi ve refah düzeyi

ile birlikte artmakta ve kentsel alanlarda (%67) kırsala göre (%53) oldukça yüksek görülmektedir (85).

### 2.4.2. Çocuklarda Malnütrisyon

Malnütrisyon protein, enerji ve diğer besinlerin eksiklik veya fazlalığına bağlı, vücut kitlesi ve fonksiyonlarında ölçülebilir olumsuz etkilere neden olan beslenme bozukluğu olarak tanımlanır (84). Protein-enerji eksikliklerine bağlı zayıflık ve bodurluk ile besin öğelerinin fazla veya dengesiz tüketilmesi kaynaklı fazla kiloluluk ve obezite, bu geniş kapsamda yer almaktadır (86). Beslenme bozukluğunun üç aydan kısa süreli olması akut malnütrisyon, üç aydan uzun sürmesi kronik malnütrisyon olarak tanımlanır (87). Hızlı büyüme ve gelişme dönemi olan ilk iki yaşta ortaya çıkması halinde kronik malnütrisyonun etkileri daha kalıcı ve belirgin olmaktadır. Çocuklarda malnütrisyon, anne sütü veya tamamlayıcı besin öğelerinin alımında bir eksikliğe bağlı olarak primer veya altta yatan hastalığın etkisiyle, enerji ihtiyacının artması, besin öğelerinin sindirim veya emiliminin bozulması nedeniyle de sekonder olabilmektedir (88). Malnütrisyonun DSÖ'ye göre sınıflandırılmasında, 5 yaş altı için "Boya göre ağırlık", 5 yaş üstü için "Vücut kitle indeksi, Z skoru" kullanılmaktadır.

Malnütrisyonun kısa dönem etkilerini göstermeye yönelik eksik olan şey, müdahalenin değerini gösteren çalışmalardır ancak bunların da etik açıdan tasarlanması zordur. Avrupa'daki pediatri hastanelerinde yapılan prospektif, çok merkezli bir çalışmada orta dereceden ileri dereceye kadar yetersiz beslenen çocukların hastanede kalma süresinin anlamlı derecede daha uzun olduğu bulunmuştur (89).

Hem rutin çocuk sağlığı izlemlerinde hem de beslenme desteğine ihtiyaç duyulan riskli hallerde; varsa malnütrisyonun tipi ve şiddeti belirlenmeli, etiyolojisi araştırılmalı, acil etkileri gözden geçirilmelidir. Yapılan ölçümler standart büyüme tablolarında, yaş ve cinsiyete göre değerlendirilmeli ve takip eden aylarda izlenmelidir.

### 2.4.3. Beslenme Sorunlarının Yönetimi

Beslenme zorluklarının tanısı ve yönetimi zaman alabilir. Buna yönelik, multi-disipliner koordinasyon, kısa vadeli hedefler ve basamaklandırılmış bir yaklaşım planlanma-

lıdır. İleri değerlendirmedeki ekiplerin kadrosunda; genellikle çocuk doktoru, gastroenterolog, dil ve konuşma terapisti ve psikolog yer alır ve ortak bir tedavi planı hazırlanır. Bazı durumlarda tetkik ve doğrulama amaçlı hastane yatışı gerekebilir. Çocukluk çağı yeme bozukluklarında; davranışsal müdahalelerin destekleyici olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Bu yöntemlerin genel amacı; beklenen yemek zamanı davranış becerilerini artırmak, istenmeyenleri azaltmak, ebeveyn ile çocuk arasında zevkli bir etkileşim sağlamak, bakımveren stresini azaltmak, gelişimsel olarak uygun bir ilerleme kaydedebilmektir (7).

### 2.5. Çocukluk Çağı Beslenme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Beslenme sorunları daha çok gözlemlenebilir semptomlar şeklindedir ve etiyoloji ile arasında ilişki kurmak zordur. Çocukluk çağındaki beslenme bozukluklarının sınıflandırılmasında, yıllar içinde çeşitli tanımlamalar ve tanı kriterleri kullanılmıştır. Literatür gözden geçirildiğinde, terminoloji ve tedavi yaklaşımlarının, yazıldığı spesifik disipline göre büyük ölçüde farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu noktadan hareketle, güncel olarak sıklıkla kullanılan beslenme bozukluğu sınıflamalarına aşağıda yer verilmiştir.

#### 2.5.1. Pediatrik beslenme bozukluğu

Çocukluk çağı yeme bozuklukları; daha önce organik ve non-organik şeklinde tek bir tanısal ayrıma tabi tutulurken, 2019 yılı itibariyle, DSÖ'nün Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması (ICF) bağlamında, tanıda fonksiyonel bir yetersizlik fark edilmiştir. Bu yeni uzlaşı raporuna göre, Pediatrik Beslenme Bozuklukları (PBB); yaşa uygun olmayan yetersiz oral alım ve medikal, nütrisyonel, yeme becerileri ve psikososyal alanların en az birinde fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanmıştır (90).

Medikal alan, beslenmeyle ilgili bölgelerde (örneğin özofagus) inflamasyona yol açabilen anatomik, nörolojik ve gelişimsel sorunları içerir. Nütrisyonel alan, beslenme durumunu etkileyen değişen alımları yansıtır. Yeme becerileri alanı, tıbbi bir soruna veya yalnızca olumsuz veya gecikmiş beslenmeye maruz kalmayla ilişkili normal beslenme becerilerinin gelişmemesi anlamına gelir. Psikososyal alan, çocuk ve bakıcıları arasındaki karmaşık etkileşimleri ve genel sosyal durumu içerir.

Pediatrik Beslenme Bozukluğu semptomları en az 2 hafta boyunca mevcut olmalıdır; 3 aydan kısa süren semptomlar akut, 3 aydan uzun süren semptomlar kronik PBB olarak kabul edilir. Bu yeni kavram, bütüncül ve tutarlı bir şekilde hasta grubunu tanımayı amaçlamış ve kolaylaştırmıştır (7).

Pediatrik Beslenme Bozukluğu'ndaki dört temel alanın kapsamına girmeyen, beslenme probleminin daha çok duyusal bir soruna atfedilebileceği bazı çocuklar; sunulan yiyeceğin görünümü, kokusu, dokusu, tadı veya sıcaklığına göre alımlarını sınırlandırır (91). Bu durum, bir beslenme bozukluğu olarak nitelendirilmeyen "seçici yeme"den, "yetersiz beslenme"ye kadar değişebilen bir yelpazeyi işaret etmektedir. Pek çok çocuk yeni bir şey deneme konusunda isteksizlik olan "neofobi" davranışını gösterir ve bu da yine bir beslenme bozukluğu olmayabilir (92). Bu durum, multi disipliner bir yaklaşımla, kaygının bir bileşeni olarak da irdelenmelidir. Pediatrik yeme bozuklukları, psikiyatrik yeme sorunları ve Kaçıngan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğundan ayırt edilmelidir (7).

### 2.5.2. (DC:0-5R) sınıflandırmasına göre yeme bozuklukları

DC:0-5 : Erken Çocukluk ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırması'na göre yeme bozuklukları 3 ana grupta incelenmektedir (93).

#### 2.5.2.1. Aşırı yeme bozukluğu

Çocuğun fazla tüketmesi, yemek araması, gelişimsel diğer aktivitelere rağmen yemekle meşgul olması, bu davranışlarının engellenmesi durumunda kendisinin ve ailesinin işlevselliğinin sıkıntıya girmesi şeklinde görülmektedir. Sözel ve motor beceriler ile özerklik de gerektirdiği için, 2 yaşından küçük çocuklarda nadir görülmektedir. Belirtiler 1 aydan uzun süreli olmalıdır. Toplum çalışmalarında, küçük çocukların %10'unda aşırı iştah bildirilmektedir ancak önemine dair farkındalık Yetersiz yeme bozukluğundan daha azdır. Çocuğun aç olmadığı halde yedirilmesi gibi beslenme ipuçlarına duyarsız olunması veya ebeveynin aşırı kontrolcülüğü bu tabloda risk oluşturabilir. Prader Willi, hipotiroidizm, ilaç yan etkisi gibi durumlar ayırıcı tanıda düşünülmelidir (93).

2.5.2.2. Yetersiz yeme bozukluğu

Çocuğun beklenenden sürekli olarak daha az yemesiyle birlikte; süreğen ilgisizlik, korkarak kaçınma, regülasyonda zorluk, sadece uyurken yeme, katı gıdalara geçememe, sadece özel koşullarda yeme, titiz ve seçici olma, yemeği yutmadan uzun süre ağızda tutma gibi yeme davranışlarından bir veya birkaçının gözükmesi ile karakterizedir. Kendisinin ve ailesinin işlevselliğinde sıkıntılara yol açar, tanı için yaş belirteci yoktur ve belirtiler 1 aydan fazla sürmelidir. Kilo kaybı veya beklenen kilo alımının yetersizliği olasıdır. Maternal yeme bozuklukları, çocuğun ipuçlarına duyarsız besleme stilleri risk faktörüdür. Tanıda yapısal anomaliler, sistemik hastalık, reflü ve özofajit gibi organik nedenler ekarte edilmelidir. Mevcut araştırmaların çoğu, bebeklik çağındaki yeme ve uyku bozukluklarını fizyolojik düzenleme bozukluğu belirtileri olarak kabul eder (93).

2.5.2.3. Atipik yeme bozukluğu

Anormal yeme belirtileri "İstifleme, Pica ve Ruminasyon"dan en az birinin görüldüğü ve bunların tüm ortamlarda yaygın olup, işlevsellikte bozulmanın eşlik ettiği yeme bozukluğudur. Tanıyı destekleyen bulgular arasında; istiflikçilik için alışılmadık yerlerde yiyecek bulma, bazı pika vakalarında demir-çinko eksikliği, toksoplazma enfeksiyonları ve metal zehirlenmeleri, ruminasyonda belirgin regurjitasyon görülmektedir. İhmal, uyaran eksikliği ve bozulmuş ebeveyn çocuk ilişkisi çevresel risk faktörleri arasındadır. Toplumda görülme sıklıkları net olarak bilinmemektedir. Pilor stenozu, hiatal herni, Sandifer sendromu gibi bebeklik döneminde sık görülen tablolar ekarte edilmeli, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Otizm Spektrum Bozukluğu, Bilişsel Gerilik, Trikotillomani gibi eşlik edebilecek tanılar gözden geçirilmelidir (93).

**2.5.3. DSM-V'de yer alan Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu**

DSM-V'de yer alan şemsiye tanım "Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu" (KKYAB), DSM-IV'de 6 yaş veya daha küçük çocuklarla sınırlanan "bebeklik ve erken çocukluk döneminde beslenme bozukluğu"nun yerini almaktadır. Bu yeni tanıda yaş kategorisi yoktur, heterojen bir etiyolojiyi içermektedir ve vücut imajında bozulma

olmaması nedeniyle farklılık göstermektedir. Temelde 3 davranışsal yeme modeli belirlenmiştir. Bunlar; çok az miktarda yeme, sınırlı sayıda besin çeşidini tüketme, yeme korkusu ile kaçınma olarak tanımlanmıştır (2). Dört tanı kriterine göre yeme bozukluğu aşağıdakilerden en az biriyle birlikte olmalıdır (94);

- Belirgin kilo kaybı (veya çocuk ve ergenlerde beklenen kilo ve boy gidişatının olmaması)
- Nütrisyonel eksiklikler (demir eksikliği anemisi gibi)
- Altta yatan tıbbi bir durum olmaksızın enerji gereksinimlerini karşılamak için besin takviyelerine ihtiyaç duyma
- Uygun şekilde yemek yiyememe nedeniyle günlük işleyişte önemli bir bozulma

Dışlama kriterleri ise şu şekildedir (94);

- Yeme bozukluğunun kültürel uygulama (oruç gibi) veya kasıtlı diyet ile ilişkilendirilmesi
- Vücut imajı ve ağırlığa yönelik kaygıların bulunması (anoreksiya veya bulumia gibi)
- Başka bir tıbbi durum veya psikiyatrik patoloji ile açıklanması veya eş zamanlı tıbbi durumların ciddi klinik müdahaleyi gerektirmesi

Beslenme sorunları olduğu bildirilen birçok çocuğun, birinci basamakta özel müdahale gerektiren alarm belirtilerine karşı uyanık olunması ve sistematik bir yaklaşım benimsenmesi halinde yönetilebileceği düşünülmektedir. Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB) ile ilişkili üç temel beslenme davranışının (seçicilik, iştahsızlık ve beslenme korkusu) ayırıcı tanısının dikkate alınması ve bakımveren beslenme tarzı analizi birleştiğinde, kısa vadeli çözüm hedeflerine ulaşılabilir (95).

### 2.5.4. Chatoor tarafından geliştirilen sınıflandırma sistemi

Chatoor ve arkadaşları bebeklerde ve küçük çocuklarda çeşitli beslenme bozuklukları için, önceki klinik çalışmalara dayanan, işlevsel tanı kriterleri sağlayan bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Burada, anatomik eksikliklere ve nörolojik bozukluğa

ikincil olarak gelişen beslenme bozuklukları ile pika ve ruminasyon bozukluğu yer almamaktadır (96). Beslenme bozukluklarından dördü belirli gelişim evrelerine göre sınıflanmış olup, son iki grup ise her yaş grubu çocukta görülebilmektedir. Bu başlıklar şu şekilde özetlenebilir (97);

#### 2.5.4.1. Düzenlenme sorunuyla ilgili beslenme bozukluğu

Bebeğin beslenme için sakin bir uyanıklık durumuna ulaşmakta ve sürdürmekte zorluk çektiği, çok uykulu, çok heyecanlı ya da sıkıntılı olduğu beslenme bozukluğudur. Yenidoğan döneminde başlar ve bebeğin yeterli kilo alamaması veya kilo kaybı ile sonuçlanabilir.

#### 2.5.4.2. Karşılıklı ilişkiyle ilgili beslenme bozukluğu

İki ila altı ay arasında, bebek ile bakım vereni arasındaki göz teması, seslenme, fiziksel yakınlık ile karakterize edilen etkileşimlerin çoğu, bu gelişim döneminde beslenme etrafında gerçekleştiğinden, besin alımının düzenlenmesi bebeğin anne ile duygusal ilişkisiyle yakından bağlantılıdır. Daha önceki yıllardaki literatürde bu alan sıklıkla organik olmayan gelişme geriliği olarak tanımlanmaktaydı. Chatoor ve arkadaşlarının anne-bebek ilişkisini inceledikleri ve geliştirdikleri ölçekle, bu beslenme bozukluğu olan bebeklerin ve annelerinin, beslenme sırasında sağlıklı yiyenlere göre daha az olumlu etkileşim ve ikili karşılıklılık sergiledikleri bulunmuştur. Bu bozukluğun görüldüğü bebekler önemli bir büyüme eksikliği gösterir ve ciddi vakalarda hastane yatışını gerektiren çeşitli tedaviler önerilmiştir (98).

#### 2.5.4.3. İnfantil anoreksi

Bu beslenme bozukluğu, bebeklerin kaşıkla ve kendi kendini beslemeye geçtiği 6 ay ile 3 yaş arasında belirgin hale gelmektedir. Bebek bu dönemde, açlık, tokluk ve duygusal deneyimler arasındaki farkı anlamayı öğrenir. Bebeğin verdiği ipuçları anlaşılmıyorsa, bebek açlığı duygusal deneyimlerle karıştırabilir. Ebeveyn de bebeğinin daha fazla yemesini sağlamak için ikna etme, dikkat dağıtma, gece besleme, tehdit veya zorla besleme gibi yöntemlerle yiyecek alımını dışarıdan düzenlemeye çalışır. Birkaç

hafta süren yetersiz gıda alımından sonra, bebeklerin doğrusal büyümeleri yavaşlar ve kronik yetersiz beslenme gelişir.

Chatoor ve arkadaşları infantil anoreksi olan küçük çocukların, sağlıklı yiyen küçük çocuklara göre daha az ikili karşılıklılık, daha fazla ikili çatışma ve kontrol için daha fazla mücadele sergilediğini bulmuşlardır (99). Buna göre, bebekler yemeğe odaklanmaları ve açlık sinyallerinin farkına varmaları için yemek zamanı boyunca yeniden yönlendirilmeye, yemek zamanlarının daha fazla yapılandırılmasına ihtiyaç duymaktadır. Ebeveynlere, beslenmeyi engelleyen uygunsuz davranışlara sınır koyarken, beslenme sırasında bebeklere daha fazla özerklik kazandıran davranış teknikleri de anlatılmalıdır. Bebeklere ne zaman, nerede ve hangi yiyeceğin teklif edileceğini ebeveynlerin kontrol ettiğini belirten beslenme önerileri verilmeli ancak bebeklerin "ne kadar" yemek istediklerine karar vermelerine izin verilmelidir.

#### 2.5.4.4. Duyusal besin reddi

Bebeklerin sofra gıdalarıyla tanıştırıldığı ilk yıllarda belirgin hale gelen, yemeğin reddedilmesiyle karakterize beslenme bozukluğudur. Duyusal gıda hassasiyeti olan çocuklar, tadı, dokusu, kokusu veya görünümü ile ilgili belirli gıdaları yemeyi seçici olarak reddeder ve tercih edilen gıdalar sunulursa daha iyi yerler.

Tipik tepkileri, yüz buruşturma, öğürme, kusma, yiyeceği tükürme şeklindedir. Sınırlı beslenmeleri belirli besin eksikliklerine yol açabilir, çiğneme deneyimi olmadığı için ağız motor gelişimlerinde geri kalabilirler.

#### 2.5.4.5. Eşlik eden tıbbi durumla alakalı beslenme bozukluğu

Çocuğun beslenmeye hemen başladığı ancak beslenme süreci boyunca sıkıntı gösterdiği ve devam etmeyi reddettiği beslenme bozukluğudur. Genellikle reflü, besin alerjisi, akciğer hastalığı gibi eş zamanlı bir tıbbi rahatsızlık ile ilişkilidir. Organik ve psikolojik faktörlerin etkileşimi nedeniyle bu beslenme bozukluğunun tedavisi, multidisipliner yaklaşım ve yakın iş birliği gerektirir.

### 2.5.4.6. Post travmatik beslenme bozukluğu

Travma sonrası yeme bozukluğu terimi ilk olarak Chatoor ve arkadaşları tarafından, boğulma veya şiddetli öğürme atakları yaşayan ve daha sonra herhangi bir katı yiyecek yemeyi reddeden çocuklarda tanımlanmıştır (100). Travmatik olayın hatırlatıcıları (örneğin biberon, önlük veya mama sandalyesi) sıklıkla yoğun sıkıntıya neden olur ve bebekler beslenme için konumlandırıldıklarında ve yiyecek sunulduğunda korkuya kapılır, beslenmeye direnir, yutmaya karşı yoğun bir direnç gösterirler. Öğürebilir, kusabilir, tükürebilir veya yiyecekleri yanaklarında saklayabilirler.

Bu beslenme bozukluğu hayatı tehdit edici olabilir, akut müdahale ve gastrik tüp ile beslenme gerekebilir. Chatoor bu soruna yönelik, aşamalı bir duyarsızlaştırma yaklaşımı tanımlamıştır (101, 102). Bebekler kademeli olarak biberona veya mama sandalyesine maruz bırakılır, nesnelere bakma korkusunun üstesinden gelmelerine yardımcı olunur. Daha sonra beslenme kaplarıyla oynamaları teşvik edilir. Bebekler yavaş yavaş ağzını dirençsiz bir şekilde açıp beslenmeye izin verene kadar ağzının kenarına az miktarda yiyecek konulur. Bu süreç yavaştır ve bebeklerin beslenmeye hazır hale gelmesi aylar hatta yıllar alabilir.

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Katılımcıların Seçimi

Nisan 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından bilim dalımızdaki ilan ile duyurulan ve sosyal medya duyurusu ile davet edilen, 6-36 ay arasındaki çocukların ebeveynleri çalışmamız hakkında bilgilendirildi ve katılmak isteyenlerden gönüllülük esasına dayanarak aydınlatılmış onam alındı.

Araştırmaya 6-36 ay arası 60 çocuğun katılması planlandı. İlk bir yaştaki hızlı gelişimsel dönem ve yaş grupları arasındaki farklılıklar, benzer çalışma örnekleri göz önünde bulundurularak belirlendi (1). 6 -12 ay (15 kişi), 12-18 ay (15 kişi), 18-24 ay (15 kişi), 24-36 ay (15 kişi) şeklinde toplamda 60 katılımcı sayısı hedeflendi.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 6-36 ay arası çocukların ailelerinden çalışmaya katılmayı kabul edenler belirlendi ve aşağıda belirtilen veri toplama araçlarıyla veri toplandı. Katılımcılar çalışmaya dahil edilirken, beslenme sorunu olan ve beslenme sorunu olmayan çocuklar her yaş grubundan benzer sayıda seçildi. Çocukların beslenme sorunu olup olmamaları katılım sırasında anne beyanına göre belirlendi. "Çocuğunuzda beslenme sorunu olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna "Evet" yanıtı veren anne-bebek ikilisi beslenme sorunu olan gruba dahil edildi. Yapılandırılmış görüşmenin gerçekleştirildiği annelerden, bebeklerinin öğün videoları istendi ve bu kayıtlar Chatoor Beslenme Ölçeği'ne göre analiz edildi. Çalışma akış şeması Şekil 1'de gösterildi.

Beslenme sorunu olan çocuklar, araştırma kapsamında rutin bakım hizmetlerinin bir parçası olarak, beslenme bozuklukları ve organik patolojiler açısından değerlendirildi ve gereklilik halinde ilgili kliniklere yönlendirildi. Organik bir sebebe bağlı olmayan beslenme sorunu veya büyüme geriliği saptanan çocuklara, Erken Çocukluk ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırmasında (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood) (DC:0-5R) tanımlanan beslenme bozukluklarına göre tanı konulması planlandı. (98). Beslenme öğünü videoları değerlendirildikten sonra ailelere mevcut pratikleri hakkında geri bildirimler verildi, duyarlı beslenme ilkeleri konusunda bilgilendirme yapıldı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 6-36 ay arası, anneleri tarafından beslenme bozukluğu tarif edilen ve edilmeyen, yaşıtlarına göre tipik gelişim gösteren, term doğum öyküsü olan, oral yolla beslenebilen, ebeveynlerinin çalışmaya katılmak için istekli olduğu ve onam verdiği, ebeveynlerinin Türkçe konuşabildiği çocuklar olarak belirlendi.

Araştırmadan hariç tutulma kriterleri; kronik veya sistemik bir hastalığı olan, beslenme becerilerini etkileyecek nöro-gelişimsel sorunları bulunan, farklı bir beslenme metodu (örneğin gastrostomi veya nazogastrik sonda ile beslenen) gereksinimi olan, doktor tarafından tanı konmuş ve/veya eliminasyon diyeti gerektiren spesifik besin alerjisi olan, prematüre doğum öyküsü bulunan çocuklar olarak belirlendi.

Çalışmamız Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 01.04.2022 tarihi 09.2022.585 numarası ile onaylandı. Çalışma Clinical Trials'a NCT05664529 numarası ile kaydedildi.

## 3.2. Veri Toplama Araçları

### 3.2.1. Sosyodemografik veri anketi:

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri anket aracılığıyla sorgulandı (Ek-1). Gebelik haftası hesaplamalarında; günler haftaya göre oranlanarak ondalık sistemle yazıldı.

### 3.2.2. Antropometrik ölçümler:

Vücut ağırlığı; elektronik veya standart duyarlı terazi ile, tek başına ayakta durabilen çocuklar ayakta, bebekler ve diğer çocuklar bebek tartısı ile ölçüldü. Bebeklerin ölçümleri yapılırken bezleri çıkartıldı. İki yaşa kadar boy sırt üstü yatar durumda ölçüldü. Yatarak ölçümde baş tahtası sabit, ayak tahtası hareketli olan bir düzenek, iki yaşından büyüklerde ise boy ölçümü için "Harpenden stadiometre" adı verilen ölçüm düzeneği kullanıldı. Ölçüm ayakkabısız olarak ayakta dik dururken yapıldı. Başın arkadaki en çıkıntılı noktası, omuzlar, kalça ve topukların dikey düzlem ile temasta olmasına ve ayakların bitişik olmasına dikkat edildi. Baş çevresi ölçümü için esnemeyen

mezura kullanıldı. Alında kaşların üzerinden ve oksipital bölgenin en çıkık bölgesinden geçilerek ölçüm yapıldı (103). Ölçümlerde elektronik bebek tartısı olarak Seca 354, infantometre olarak Seca 207, ayakta kilo ve boy ölçer olarak Seca 769 kullanıldı.

Doğum kilosu Z skorları hesaplanırken, gebelik haftasına göre Fenton Büyüme Eğrisi kullanıldı ve Türk Neonatoloji Derneği (TND) mobil uygulamasından yararlanıldı ve (-2 SD) (standart sapma) altında olanlar düşük doğum ağırlıklı kabul edildi (104). Düşük ağırlık; yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş persantillerde (-2) Z skorunun altındaki tartı ölçümü olarak tanımlandı. Güncel kilo ve boy ölçümlerini değerlendirirken Olcay Neyzi Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu Persentil Eğrileri referans alındı ve Z skorları hesaplanırken Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği internet sitesinden yararlanıldı (105).

### 3.2.3. Chatoor beslenme ölçeği (Chatoor feeding scale):

Anne-bebek arasında beslenme esnasındaki etkileşim Beslenme Ölçeği (Ek-2) ile değerlendirildi ve kullanım izni ölçek geliştiricisi Irene Chatoor'dan 01.02.2022 tarihinde alındı (Ek-3).

Beslenme Ölçeği 1997'de Chatoor ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (1). Bu ölçek 20 dakikalık bir besleme periyodu esnasında anne-bebek/çocuk etkileşiminin değerlendirilmesini sağlayan güvenilir bir ölçektir. Ölçek, beslenme sonunda değerlendirilen 46 anne-bebek davranışını (26 anne davranışı, 20 bebek davranışı) içerir. Maddeler 4'lü Likert derecelendirmesi ile puanlanır (0: hiçbir zaman, 1: bazen, 2: oldukça sık, 3: çok sık) Değerlendirme ile beş alt ölçek puanı elde edilir. Alt ölçeklerde yer alan davranış maddeleri şu şekildedir;

1. Anne-bebek çifti karşılıklığı (dyadic reciprocity):
    - Anne memnuniyet gösterir.
    - Anne neşeli görünür.
    - Anne olumlu ifadeler kullanır.
    - Anne üzgün görünür.
    - Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumlu bildirimlerde bulunur.
    - Bebek neşeli görünür.

- Anne ilgisiz gibi görünür.
- Anne bebekle konuşur.
- Bebek anneye gülümser.
- Bebek anneye bakar.
- Anne bebeği sert bir şekilde tutar.
- Anne, etkileşimi bebeğin başlatmasını bekler.
- Bebek, annenin bakışlarından kaçınır.
- Anne, bebeğin destek ihtiyacını görmezden gelerek pozisyon verir.
- Anne, bebeğe karşılıklı etkileşime uygun şekilde pozisyon verir.
- Bebek uykuya dalar ve beslenmeyi bırakır.

2. Anne-bebek çifti çatışması (dyadic conflict):
   - Bebek yemekten uzaklaşır.
   - Bebek kızgın görünür.
   - Bebek sıkıntılı görünür.
   - Bebek ağzını açmayı reddeder.
   - Bebek yemek teklif edildiğinde ağlar.
   - Bebek yiyeceği iter.
   - Bebek dokunulduğunda kaskatı kesilir.
   - Anne sıkıntılı görünür.
   - Anne olumsuz ifadeler kullanır.
   - Anne sinirli görünür.
   - Bebek vücudu ile besinden uzaklaşır.
   - Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumsuz bildirimlerde bulunur.

3. Konuşma ve dikkat dağıtma (talk and distraction):
   - Bebeğin dikkati kolayca dağılır.
   - Bebek, anneye seslenir.
   - Anne, beslenme sırasında bebeğin dikkatini dağıtır veya bebeğin dikkatinin dağılmasına izin verir.
   - Anne, bebeğe yemesini, yapmasını ya da yapmamasını emreder.
   - Anne, biberonu veya yiyeceği bebeğin ağzına zorla koyar.

4. Kontrol etmek için mücadele (struggle and control):
    - Bebek yiyecekleri ağzında tutar.
    - Bebek yiyeceği tükürür.
    - Anne, dağınıklık ve etrafın kirlenmesi konusunda endişeli görünür.
    - Bebek dilini ritmik olarak iter.
    - Anne, bebeğe kaba bir şekilde muamele eder.
    - Anne, bebeğin ipuçlarını görmezden gelerek beslenmeyi kontrol eder.

5. Değişen duruma uygun davranış gösterememe (maternal non-contingency):
    - Anne, bebekte sıkıntıya neden olacak şekilde beslenmeyi keser.
    - Anne, bebeğe çok sık müdahale eder.
    - Biberon veya yiyecek önünden alındığından bebek ağlar.
    - Anne, bebeğin hareketini kısıtlar.
    - Anne, bebeğin ipuçlarını gözden kaçırır.
    - Bebek kusar ve geviş getirir (yiyeceği ağzından çıkartıp tekrar geri çiğner).
    - Anne, bebeğe şakalaşarak/oynayarak dokunur.

Ölçeğin gelişimsel beslenme sorunları olan çocukları, beslenme sorunlarının alt tiplerini birbirinden ve sağlıklı çocuklardan ayırt edebileceği gösterilmiştir. Bir ay ile üç yaş arası çocuklarda kullanılmaktadır. Alt ölçeklerin bir kesim değeri bulunmayıp, her bir alt ölçekten alınan toplam puan beslenme esnasındaki baskın olan anne bebek etkileşim biçimini ifade etmektedir. Beslenme Ölçeği, Chatoor'un geliştirdiği özgün şekliyle, klinik laboratuvar ortamında beslenmeyi değerlendirmekte ve anne-çocuk gruplarının farklı etkileşim modellerini tanımlamaktadır (98).

Çalışmamızda, anne bebek etkileşiminin Beslenme Ölçeği ile değerlendirilebilmesi için annelerden evde bebeklerini normal bir öğün esnasında beslerken bir video çekmeleri istendi. Ailelerden bebeğin her zaman yediği içerikte ve ebeveynin kendisi tarafından pişirilmiş bir yemek sunması istendi. Beslenme esnasında dikkat dağınıklığı yaratmamak adına annelerden video çekimi yapmak için kullanacakları telefon veya kamerayı, beslenme alanını içerecek şekilde bebeğin dikkatinden uzak bir noktaya koymaları veya videonun bebeğin dikkatini çekmeyecek şekilde evde bulunan

başka biri tarafından kayıt alınması önerildi. Ölçek geliştiricisi ekip beslenme videolarını hastanede standardize edilmiş bir laboratuvar ortamında izlerken, çalışmamızda aynı kriterler sağlanarak ailelerden evde çekim yapmaları beklendi. Eğer çocuk, 20 dakikanın sonunda hala beslenmeye devam etmek istiyorsa, anne yemek zamanını sonlandırana kadar video kaydının devamına izin verildi. Ancak ölçek değerlendirmesinde, sadece ilk 20 dakikalık süreçteki etkileşimler puanlandırıldı. Kodlama öncesinde, video kaydını değerlendirecek olan araştırmacılar çocuğun yaşı hakkında bilgilendirildi. Video kaydı izlendikten sonra, her gözlemci Beslenme Ölçeği'ne göre puanlama yaptı. Video kayıtları, iki farklı araştırmacı tarafından bağımsız olarak puanlandırıldı.

Görüntüleri değerlendirecek araştırmacılar arasında uyum sağlanabilmesi için, çalışmaya hasta alımına başlanmadan önce, araştırmacılar arasında en az %80 uyum sağlanana kadar videolar izlenerek ayrı ayrı puanlandırıldı (98).

### 3.2.4. Annede depresyon ve kaygının değerlendirilmesi:

Annelerin depresif semptomları, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) ile kaygı düzeyleri ise Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7) ile değerlendirildi.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) (Ek-4): Kadınlarda doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilen ve depresyon taramasında kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Bunun yanında Türk popülasyonu için faktör geçerliliği de kanıtlanmıştır. Kişinin son yedi gün içindeki ruh halini sorgular. Toplam on maddeden oluşan ölçek sorularına, 0-3 arası derecelendirilen dörtlü Likert sıralaması ("Evet, her zaman", "Evet, çoğu zaman", "Hayır, çok sık değil", "Hayır, hiçbir zaman") ile yanıt verilir. Toplam puan 0-30 arasında değişir. Türkçe uyarlama çalışmasında kesim noktası 13 olarak kabul edilmiş olup 13 ve üzerinde puan alan vakalar ileri değerlendirme için yönlendirilmiştir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7) (Ek-5): Spitzer ve ark tarafından geliştirilen testin Türkçe uyarlaması Konkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yedi maddeli ölçek dörtlü Likert tipi puanlandırılır. Ölçek maddeleri son iki hafta içindeki yaşantıları değerlendirilir. Ölçekten edinilen toplam puanlar 5, 10, ve 15 sırasıyla

hafif, orta ve ciddi kaygı için kesme noktalarıdır. Toplam puanı 10 ve üzerinde alan hastaların, diğer yöntemlerle YAB tanısının araştırılması ve doğrulanması gereklidir. Toplam puan eşiği 10 olarak seçildiğinde YAB tanısı için duyarlılığı %89, özgüllüğü ise %82 olarak saptanmıştır (106). Bununla birlikte Türkçe geçerlik çalışmasında kesim değeri 8 olarak belirlenmiş olduğundan bu çalışmada kesim noktası 8 olarak alınmıştır (107).

### 3.2.5. Anne bebek doğum sonrası bağlanma ölçeği:

Anne ve bebek arasındaki ilişkiyi ve bağlanmayı değerlendirme amacıyla Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) (Ek-6) kullanıldı. Bu ölçek, anne ve bebek arasındaki ilişkideki sorunlarının erken tanınması amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (108). Ölçeğin Türkçe formu Yalçın S ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Toplamda 25 maddeden oluşan ölçeğin 17 maddesi ters derecelendirilir. Sorular altı basamaklı Likert skalası ile yanıtlanır (“her zaman”, “çok sık”, “sık”, “bazen”, “nadiren”, “hiçbir zaman”). Maddeler 0-5 arasında puanlandırılır. Daha yüksek puanlar daha sorunlu bir anne-bebek ilişkisine işaret eder. Ölçek “bağlanma bozukluğu” (12 madde, Faktör 1), “reddetme ve sinirlilik” (yedi madde, Faktör 2), “bakım konusunda gerginlik” (dört madde, Faktör 3), istismar riski (iki madde, Faktör 4) olmak üzere dört alt birimden oluşur. Dört alt ölçeğin kesim noktası, bağlanmada bozukluk (alt ölçek 1) ≥12, reddetme ve sinirlilik (alt ölçek 2) ≥17, bebek bakımında kaygı (alt ölçek 3) ≥10, istismar riski (alt ölçek 4) ≥ 3’tür. Ölçeğin geneli için ise kesim noktası 26 olarak tanımlanmıştır. Türkçe uyarlama çalışmasında dört alt grup yapısının değerlendirmede uygun olmadığı görüldüğünden ölçeğin tek faktör olarak incelenmesi uygun görülmüştür (109).

### 3.2.6. Babanın bebek bakımına katılımı:

Babanın bebek bakımına katılımı, yapılandırılmış anketle sorgulandı (Ek-7). Gündüz ve gece bakımına katılımın süresi açık uçlu iki soruyla öğrenildi. Bebeğin banyosunu yaptırma, bez değişimine yardım etme, bebekle oyun oynama, bebeği dışarı çıkarma, bebeğe kitap okuma ve gece boyunca bakıma yardım etme sıklıkları beşli Likert skalası ile değerlendirildi (“hiç”, “nadiren”, “bazen”, “sıklıkla”, “her zaman”).

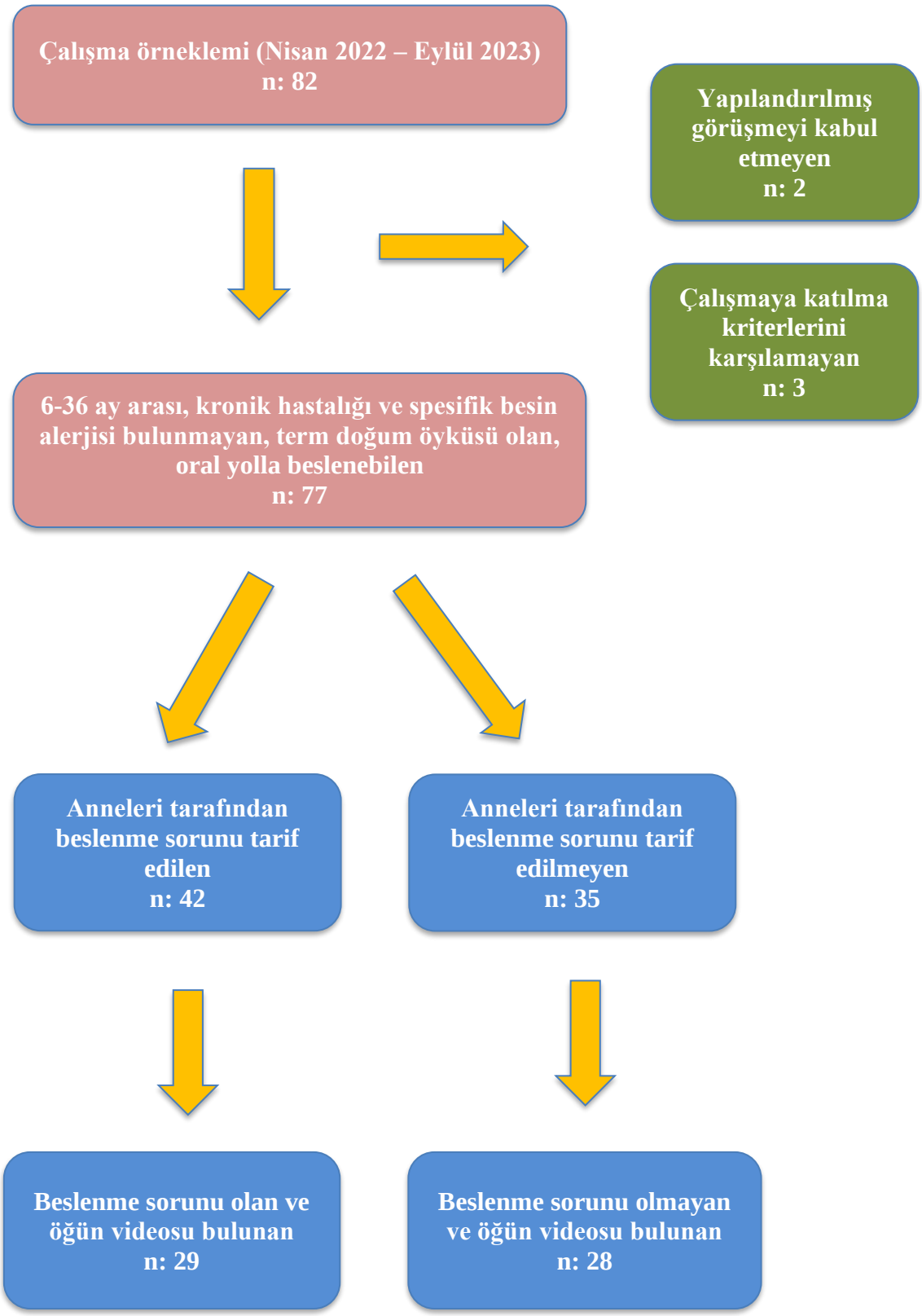
### 3.2.7. Bebeğin uykusunun değerlendirilmesi:

Bebeklerin uykusu genişletilmiş 'Kısa Bebek Uyku Anketi' (KBUA) ile değerlendirilmiştir. Bebek kısa uyku anketi Sadeh ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması ise Boran ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (110, 111). Erken çocukluk döneminde uyku sorunlarını saptamada ve değerlendirmede yaygın olarak kullanılır. Anketin Türkçe uyarlamasının da uyku sorunlarının ve uyku ortamının değerlendirilmesinde kabul edilebilir ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

## 3.3. Veri Analizi:

Veriler SPSS 28.0 (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp) kullanılarak analiz edildi. Demografik sürekli veriler normal dağılımı olup olmamasına göre ortalama ± standart sapma ya da ortanca (çeyrekler arası aralık) şeklinde, kategorik veriler ise % (n sayısı) şeklinde ifade edildi. Kıyaslamalarda verilerin uygunluğuna göre Ki Kare, bağımsız gruplar T testi ya da Mann Whitney U kullanıldı. Beslenme ölçeğinin madde puanları ortalama ± standart sapma olarak ifade edilerek, beslenme sorunu olan ve olmayan çocukların ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar birbiriyle kıyaslandı.

Öğünlerdeki anne-çocuk etkileşiminin Chatoor Beslenme Ölçeği'ne göre değerlendirilmesinde istatistiksel yöntem olarak, aynı öğün videosunun analizinde gözlemciler arası (inter-rater) uyumun değerlendirilmesi amacıyla Sınıf İçi Korelasyon (SKK) katsayısı (Intra Class Correlation: ICC) kullanıldı. Sadece denek kaynaklı değil, gözlemciler ile ilişkili değişkenlik de bulunduğundan ve gözlemci etkisi sabit olduğundan iki yönlü karma model (two way mixed) seçildi. Ölçekte birden çok ölçümün ortalaması kullanılarak hesaplandığından mutlak uyum (absolute agreement) olarak tasarlandı (112, 113). SKK değerleri şu şekilde yorumlandı: (≤ 0,20: zayıf); (0,21–0,40: makul); (0,41–0,60: orta); (0,61–0,80: iyi) ve (0,81–1,0: çok iyi) (114). Alt ölçeklerin EPDS ve YAB-7 puanları ile istatistiksel analizinde Spearman korelasyon testi kullanıldı. Beslenme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunda faktör analizi Temel Bileşenler Analiz yöntemi kullanılarak uygulandı.




**Şekil 1.** Akış şeması

# 4. BULGULAR

## 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışma hakkında bilgilendirilen ve uygunluğu belirlenen 82 çocuktan 2 çocuğun anneleri görüşmeyi kabul etmediğinden, 3 çocuk ise katılma kriterlerini karşılamadığından çalışmaya dahil edilmedi. 6-36 ay arası, kronik hastalığı ve spesifik besin alerjisi bulunmayan, term doğum öyküsü olan, oral yolla beslenebilen, anneleri tarafından beslenme bozukluğu tarif edilen 42, tarif edilmeyen 35 olmak üzere; toplamda 77 çocuk çalışmaya dahil edildi. Beslenme sorunu olan 42 çocuktan 29'unun, beslenme sorunu olmayan 35 çocuktan 28'inin öğün videoları temin edildi. Rutin bakım hizmetlerinin parçası olarak ailelerin yaptırmış oldukları tetkikler incelendi. Çalışmaya katılan çocukların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de özetlendi.

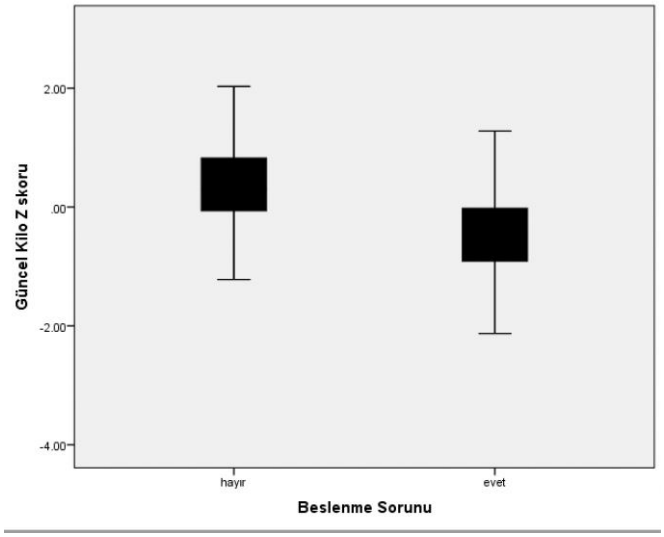
Çalışma grubuyla kontrol grubu arasında çocuğa ait sosyodemografik özellikler açısından bakıldığında, kız cinsiyet beslenme sorunu olanlarda daha yüksek sıklıkta ($p=0.005$) rastlandı, çocuğa ait diğer sosyodemografik özelliklerde anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 1). Antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesinde, beslenme sorunu olan grubun doğum boyu Z skoru ($p=0.027$) anlamlı olarak düşük bulundu. Güncel kilo Z skoru ($p<0.01$) ve güncel boy Z skoru ($p=0.029$) beslenme sorunu olan çocuklarda anlamlı olarak düşüktü. (Şekil 2, 3). Beslenme sorunu beyan edilen ve videoları bulunan 29 çocuktan 5'i düşük ağırlıklı (%17,2) olarak belirlendi.

**Tablo. 1** Demografik ve Klinik Özellikler

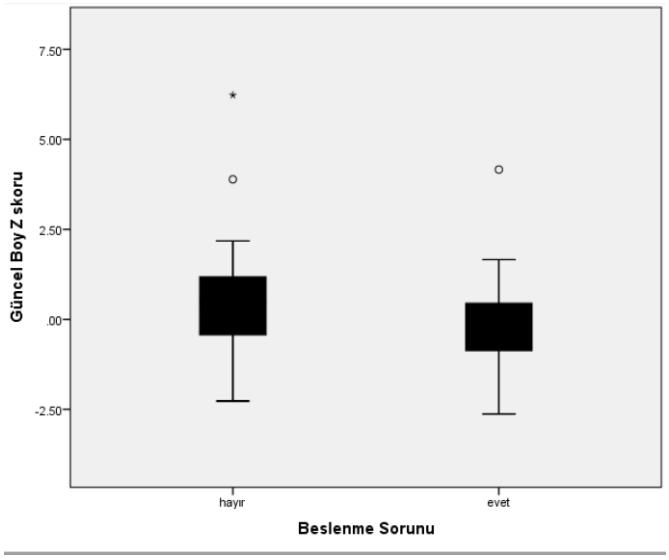
| | Beslenme Sorunu | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Var (n: 42)** | **Yok (n: 35)** | **Toplam (n: 77)** | ***p**** |
| Erkek cinsiyet | 14 (%33,3) | 23 (%65,7) | 37 (%48,1) | **0.005** |
| Kız cinsiyet | 28 (%66,7) | 12 (%34,3) | 40 (%51,9) | |
| Yaş, ay | 16 (12-22.5) | 15 (9-25) | | 0.943 |
| Doğum şekli | | | | |
| Normal doğum | 15 (%35,7) | 14 (%40) | 29 (%37,7) | 0.699 |
| C/S | 27 (%64,3) | 21 (%60) | 48 (%62,3) | |
| Doğum gestasyon haftası | 39 (38-40) | 38.7 (37.8-39.1) | 38.8 (38-39.7) | 0.096 |
| Doğum kilosu Z skoru | -0.03 (-0.56 – 0.68) | 0.23 (-0.06 – 1.38) | | 0.056 |
| Doğum boyu Z skoru | -0.17 (-0.56 – 0.30) | 0.30 (-0.53 – 0.98) | | **0.027** |
| Yoğun bakım gereksinimi | | | | |
| Var | 7 (%16,7) | 9 (%25,7) | 16 (%20,8) | 0.330 |
| Yok | 35 (%83,3) | 26 (%74,3) | 61 (%79,2) | |
| Çocuk sayısı | | | | |
| Tek çocuk | 25 (%59,5) | 25 (%71,4) | 50 (%64,9) | 0.276 |
| Diğer | 17 (%40,5) | 10 (%28,6) | 27 (%35,1) | |
| Çocuk sırası | | | | |
| Birinci çocuk | 29 (%69) | 26 (%74,3) | 55 (%71,4) | 0.612 |
| Diğer | 13 (%31) | 9 (%25,7) | 22 (%28,6) | |
| Kolik öyküsü | | | | |
| Var | 17 (%40,5) | 12 (%34,3) | 29 (%37,7) | 0.577 |
| Yok | 25 (%59,5) | 23 (%65,7) | 48 (%62,3) | |
| Anemi öyküsü | | | | |
| Var | 8 (%19) | 7 (%20) | 15 (%19,5) | 0.916 |
| Yok | 34 (%81) | 28 (%80) | 62 (%80,5) | |
| Güncel kilo Z skoru | -0.55 (-0.95 – 0.00) | 0.31 (-0.10 –0.85) | | < **0.01** |
| Güncel boy Z skoru | -0.37 (-0.96 – 0.48) | 0.46 (-0.44 –1.26) | | **0.029** |

Veriler n (%) ya da ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.

*Mann Whitney U Testi ya da Pearson / Fischer




**Şekil 2:** Güncel kilo Z skoru (p<0.01)




**Şekil 3:** Güncel boy Z skoru (p=0.029)

Çalışma grubunda anne eğitim süresi (p= 0.012) (Tablo 2) ve baba eğitim süresi (p=0.036) (Tablo 3) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha kısa bulundu.

**Tablo 2.** Annelerin Demografik ve Klinik Özellikleri

| | Beslenme Sorunu | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Var (n:42)** | **Yok (n:35)** | **Toplam (n:77)** | **p*** |
| Anne yaş, yıl | 30 (27-33) | 31 (28-32) | | 0.597 |
| Anne eğitim, yıl | 14 (12-16) | 16 (14-18) | | **0.012** |
| Anne çalışma durumu | 15 (%35,7) | 15 (%42,9) | 30 (%39) | 0.522 |
| Annede depresyon öyküsü | | | | |
| Var | 12 (%28,6)) | 7 (%20) | 19 (%24,7) | 0.385 |
| Yok | 30 (%71,4) | 28 (%80) | 58 (%75,3) | |

Veriler n (%) ya da ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
*Mann Whitney U Testi ya da Pearson / Fischer

**Tablo 3.** Babaların Demografik ve Klinik Özellikleri

| | Beslenme Sorunu | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Var (n:42)** | **Yok (n:35)** | **Toplam (n:77)** | **p*** |
| Baba yaş, yıl | 33 (30-35.25) | 32 (30-36) | | 0.632 |
| Baba eğitim, yıl | 14.5 (12-16) | 16 (14-17) | | **0.036** |
| Baba çalışma durumu | 40 (%95,2) | 35 (%100) | 75 (%97,4) | 0.498 |
| Babada depresyon öyküsü | | | | |
| Var | 4 (%9,5) | 2 (%5,7) | 6 (%7,8) | 0.535 |
| Yok | 38 (%90,5) | 33 (%94,3) | 71 (%92,2) | |

Veriler n (%) ya da ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
*Mann Whitney U Testi ya da Pearson / Fischer

Bütçeye katkı sağlayan kişi sayısı, ev dışında gidilen yapılandırılmış aktivite (kreş, oyun grubu vb.) gibi sosyo ekonomik belirteçler iki grup arasında benzerdi. Beslenme sorunu olan çocukların %51,2'sinde, kontrol grubunun %11,4'ünde ailelerin büyüme açısından anlamlı bir şekilde daha kaygılı oldukları görüldü ($p<0.01$). Çocukların mizaç özellikleri açısından, uysal (1) ve çok huysuz (5) olarak cevaplanan beşli Likert derecelendirmeye göre her iki grupta da ortanca değer 2 (1-3) olarak bulundu ($p=0.363$). Beslenme sorunu tarif edilen çocuklardan sadece biri çok huysuz olarak nitelendi.

### 4.2. Beslenme Öyküsü ve Verileri

Çalışmaya katılan çocukların anne sütü alım durumları Tablo 4'te özetlendi. Beslenme sorunu olan grupta sadece anne sütü alım süresi daha kısa olmakla birlikte istatistiksel anlamlı bir fark izlenmedi. ($p=0.430$)

**Tablo 4.** Anne Sütü Alım Durumları

| | Beslenme sorunu | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n: 42)** | **Yok (n:35)** | ***p**** |
| Sadece anne sütü alım süresi (ay) | | | |
| Ortalama | 4.35 (± 2.3) | 4.70 (±2.08) | 0.430 |
| Ortanca | 5.25 (4-6) | 6 (4-6) | |
| İlk 6 ay sadece anne sütü alabilme oranı | 20 (%47,6) | 20 (%57,1) | 0.405 |
| Çalışmaya dahil edildikleri dönemde anne sütü alma oranı | 22 (%52,4) | 17 (%48,6) | 0.739 |
| Günlük ortalama emzirme sayısı | 3.64 (± 4.33) | 3.14 (± 3.83) | 0.690 |

Veriler n (%), Ortalama (± SS) ve Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
*Mann Whitney U Testi ya da Pearson / Fischer

Çalışmaya katılan çocukların tamamlayıcı beslenme ve öğün durumları Tablo 5'te özetlendi. Beslenme sorunu olan grupta, öğün süresi anlamlı olarak daha uzundu (p=0.027). Ortalama fark 5,7 dakika olarak bulundu. Çalışma grubunun 28'i (%66,7), kontrol grubunun 22'sinin (%62,9) 6. ay itibariyle tamamlayıcı beslenmeye geçebildiği görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.727). Beslenme sorunu olan çocuklarda (%60,4) olmayanlara göre (%39,6) daha yüksek oranda formül süt kullanıldığı belirlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.183).

**Tablo 5.** Tamamlayıcı Beslenme ve Öğün Durumları

| | Beslenme Sorunu | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n:42)** | **Yok (n:35)** | ***p**** |
| Tamamlayıcı beslenmeye geçiş (ay) | | | |
| Ortalama | 5.75 (± 0.63) | 5.67 (±0.62) | |
| Ortanca | 6 (5.5-6) | 6 (5.5-6) | 0.727 |
| Günlük öğün sayısı | 4 (3-5) | | |
| Üç öğün | 10 (%23,8) | 7 (%20) | |
| Dört öğün | 13 (%31) | 11 (%31,4) | 0.576 |
| Beş öğün | 11 (%26,2) | 10 (%28,6) | |
| Öğün süresi (dakika) | | | |
| Ortalama | 23.8 (± 12.77) | 18 (±8.33) | |
| Ortanca | 20 (15-30) | 15 (15-20) | **0.027** |

Veriler n (%), Ortalama (± SS) ve Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
*Mann Whitney U Testi ya da Pearson / Fischer

Anneleri tarafından beslenme sorunu tarif edilen çocukların %33,3'ünde besinler konusunda seçicilik olduğu, %9,5'inde de pürtüklü gıdalar konusunda sorun yaşadıkları belirtildi. Ailelere yemek yedirirken zorlandıklarında yaptıkları uygulamalar sorulduğunda; beslenme sorunu olan çocukların %42,9'unda ara verilip tekrar denendiği, kontrol grubunda ise %54,3'ünde uğraşmayıp bırakıldığı öğrenildi. Yapılandırılmış görüşme kapsamında, beslenme sorunu olan çocukların %9,5'inde zorla yedirme davranışı uygulandığı öğrenildi, kontrol grubunda zorla yedirme saptanmadı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çalışmaya dahil edilen çocukların beslenme alışkanlıkları Tablo 6'da özetlendi. Dikkat dağıtıcı araç kullanımı (oyuncak, tablet-telefon vb.) beslenme sorunu olan grupta daha sık olmakla birlikte, anlamlı bir fark izlenmedi. Ev dışında yemek yedirmede zorlanma çalışma grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı. (p=0.025)

**Tablo 6.** Beslenme Alışkanlıkları

| | **Beslenme Sorunu** | | | ***p**** |
|---|---|---|---|---|
| | **Var (n: 42)** | **Yok (n: 35)** | **Toplam (n: 77)** | |
| Mama sandalyesi kullanımı | | | | |
| Var | 29 (%69) | 20 (%57,1) | 49 (%63,6) | 0.280 |
| Yok | 13 (%31) | 15 (%42,9) | 28 (%36,4) | |
| Oyuncakla yedirme | | | | |
| Var | 19 (%45,2) | 9 (%25,7) | 28 (%36,4) | 0.076 |
| Yok | 23 (%54,8) | 26 (%74,3) | 49 (%63,6) | |
| Tablet-telefon kullanımı | | | | |
| Var | 14 (%33,3) | 10 (%28,6) | 24 (%31,2) | 0.653 |
| Yok | 28 (%66,7) | 25 (%71,4) | 53 (%68,8) | |
| Yemek esnasında aşırı temizleme | | | | |
| Var | 7 (%16,7) | 9 (%25,7) | 16 (%20,8) | 0.330 |
| Yok | 35 (%83,3) | 26 (%74,3) | 61 (%79,2) | |
| Çocuğun kendini beslemesine izin verme | | | | |
| Var | 40 (%95,2) | 30 (%85,7) | 70 (%90,9) | 0.148 |
| Yok | 2 (%4,8) | 5 (%14,3) | 7 (%9,1) | |
| Ev dışında yemekte zorlanma | | | | |
| Var | 20 (%47,6) | 8 (%22,9) | 28 (%36,4) | **0.025** |
| Yok | 22 (%52,4) | 27 (%77,1) | 49 (%63,6) | |
| Paketli gıda alışkanlığı Haftanın çoğu günü | 7 (%16,7) | 5 (%14,3) | 12 (%15,6) | 0.774 |

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.
*Ki Kare Testi (Pearson / Fischer)

### 4.3. Uyku Verileri

Çocukların yatma zamanı alışkanlıklarını incelemek üzere, BISQ-R (Brief Infant Sleep Questionnaire–Revised) Türkçe versiyonu olan Genişletilmiş "Kısa Bebek Uyku Anketi" uygulandı. Ebeveyn yanıtlarına dayalı olarak, gündüz ve gece rutinleri, erken çocukluk dönemindeki uyku sorunları, uyku ortamını taramak amaçlandı. Ebeveyn ile oda paylaşımı %81,8 olarak bulundu. Her iki gruptaki çocukların uyku rutinlerinde biberon ile veya emerek uyuma (%67,5) birinci sırada yer aldı. En sık yapılan diğer uyku öncesi aktiviteleri kitap okuma (%37,7) ve sallanma (%31,4) olarak ifade edildi. Katılımcılardan sadece 1 ebeveyn (%1,3) uyku sırasında bebeğinin devamlı horlaması olduğunu ifade ederken, toplamda 10 bebeğin (%13) soğuk algınlığı ve alerji dönemlerinde horlaması olduğu görüldü. Kendi odasında uyuma oranı, beslenme sorunu olmayan bebeklerde (%22,9) olanlara göre (%9,5) daha yüksek görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (Tablo 7). Çocukların çoğunun beşik (%32,5) veya herhangi bir boyuttaki kendi yataklarında (%48,1) uyuduğu saptandı.

Beslenme sorunu olan ve olmayan çocukların uyku alışkanlıkları Tablo-7'de özetlendi. Buna göre, kontrol grubunun oyun oynayarak uykuya geçtiği ($p=0.012$), uyandığında anne tarafından ovup-okşanarak uykuya dönebildiği ($p=0.025$) ve kendi beşiğinde, odada bir ebeveyn ile uyuyabildiği ($p=0.022$) görüldü ve bu farklar, çalışma grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı idi. Her iki grupta yatma zamanı açısından anlamlı fark izlenmedi. Her gece uyku zamanı rutini oluşturma sıklığı %35,1 olarak saptandı.

**Tablo 7.** Uyku Alışkanlıklarının Karşılaştırılması

| | Beslenme Sorunu | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Var (n:42)** | **Yok (n:35)** | **Toplam (n:77)** | ***p**** |
| Çocuğunuz çoğu zaman nerede uyur? | | | | |
| Kendi odasında | 4 (%9,5) | 8 (%22,9) | 12 (%15,6) | |
| Ebeveyn odasında | 36 (%85,7) | 27 (%77,1) | 63 (%81,8) | 0.134 |
| Evin bir başka odasında | 2 (%4,8) | 0 (%0) | 2 (%2,6) | |
| Çocuğunuz çoğu zaman hangisinde uyur? | | | | |
| Beşik | 15 (%35,7) | 10 (%28,6) | 25 (%32,5) | |
| Kendi yatağı | 17 (%40,5) | 20 (%57,1) | 37 (%48,1) | 0.428 |
| Ebeveyn yatağı | 9 (%21,4) | 5 (%14,3) | 14 (%18,2) | |
| Diğer | 1 (%2,4) | 0 (%0) | 1 (%1,3) | |
| Yatma zamanından önceki saatte uyku rutinleri nelerdir? | | | | |
| Banyo | 10 (%23,8) | 6 (%17,1) | 16 (%20,8) | 0.473 |
| Masaj | 3 (%7,1) | 5 (%14,3) | 8 (%10,4) | 0.306 |
| Kitap okuma | 17 (%40,5) | 12 (%34,3) | 29 (%37,7) | 0.577 |
| Sallanır | 15 (%35,7) | 9 (%25,7) | 24 (%31,2) | 0.346 |
| Televizyon izler | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) | - |
| Akşam yemeği/atıştırmalık | 2 (%4,8) | 0 (%0) | 2 (%2,6) | 0.191 |
| Biberon içer / Emer | 32 (%76,2) | 20 (%57,1) | 52 (%67,5) | 0.076 |
| Etrafta koşar | 0 (%0) | 1 (%2,9) | 1 (%1,3) | 0.276 |
| Dişlerini fırçalar | 7 (%16,7) | 9 (%25,7) | 16 (%20,8) | 0.330 |
| Oynar | 8 (%19) | 16 (%45,7) | 24 (%31,2) | **0.012** |
| Sarılır | 7 (%16,7) | 6 (%17,1) | 13 (%16,9) | 0.956 |
| Dua okur | 4 (%9,5) | 1 (%2,9) | 5 (%6,5) | 0.237 |
| Şarkı söyler | 7 (%16,7) | 9 (%25,7) | 16 (%20,8) | 0.330 |
| Müzik dinler | 3 (%9,1) | 4 (%11,4) | 7 (%9,1) | 0.515 |
| Çocuğunuz çoğu zaman nasıl uykuya dalar? | | | | |
| Biberonla | 2 (%4,8) | 1 (%2,9) | 3 (%3,9) | 0.667 |
| Emzirilirken | 17 (%40,5) | 10 (%28,6) | 27 (%35,1) | 0.276 |
| Sallanırken | 13 (%31) | 14 (%40) | 27 (%35,1) | 0.407 |
| Kucakta | 10 (%23,8) | 7 (%20) | 17 (%22,1) | 0.688 |
| Televizyon izlerken | 1 (%2,4) | 0 (%0) | 1 (%1,3) | 0.358 |
| Salıncak / Bebek arabasında | 1 (%2,4) | 2 (%5,7) | 3 (%3,9) | 0.452 |
| Kendi beşiğinde, odada tek | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) | - |
| Ebeveyn yatağı, odada tek | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) | - |
| Kendi beşiği, ebeveyn ile | 7 (%16,7) | 14 (%40) | 21 (%27,3) | **0.022** |
| Ebeveyn yatağı, ebeveyn ile | 10 (%23,8) | 9 (%25,7) | 19 (%24,7) | 0.847 |
| Evin başka odasında | 1 (%2,4) | 2 (%5,7) | 3 (%3,9) | 0.452 |
| Çocuğunuz hangi sıklıkla tamı tamına aynı yatma rutinine sahiptir? | | | | |
| Hiçbir zaman | 1 (%2,4) | 1 (%2,9) | 2 (%2,6) | |
| Haftada 1-2 gece | 4 (%9,5) | 1 (%2,9) | 5 (%6,5) | |
| Haftada 3-4 gece | 8 (%19) | 5 (%14,3) | 13 (%16,9) | 0.728 |
| Haftada 5-6 gece | 16 (%38,1) | 14 (%40) | 30 (%39) | |
| Her gece | 13 (%31) | 14 (%40) | 27 (%35,1) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Çocuğunuz gece boyunca uyandığı zaman, ne yaparsınız? | | | | |
| Tutar/sallarım | 4 (%9,5) | 9 (%25,7) | 13 (%16,9) | 0.059 |
| Sırt üstü geri koyarım | 2 (%4,8) | 0 (%0) | 2 (%2,6) | 0.191 |
| Ovar, okşarım | 3 (%7,1) | 9 (%25,7) | 12 (%15,6) | **0.025** |
| Biberonla beslerim | 10 (%23,8) | 9 (%25,7) | 19 (%24,7) | 0.847 |
| Emziririm | 21 (%50) | 16 (%45,7) | 37 (%48,1) | 0.708 |
| Emzik veririm | 2 (%4,8) | 2 (%5,7) | 4 (%5,2) | 0.851 |
| Bez değiştiririm | 2 (%4,8) | 3 (%8,6) | 5 (%6,5) | 0.499 |
| Sözel rahatlatırım | 3 (%7,1) | 3 (%8,6) | 6 (%7,8) | 0.816 |
| Kendi yatağıma getiririm | 5 (%11,9) | 2 (%5,7) | 7 (%9,1) | 0.347 |
| Ağlamasına müsaade ederim | 1 (%2,4) | 0 (%0) | 1 (%1,3) | 0.358 |
| Birkaç dakika veririm | 2 (%4,8) | 1(%2,9) | 3 (%3,9) | 0.667 |
| Oynarım | 0 (%0) | 3 (%8,6) | 3 (%3,9) | 0.053 |
| TV/video izletirim | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) | - |
| Şarkı söylerim | 0 (%0) | 1 (%2,9) | 1 (%1,3) | 0.270 |

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.
*Ki Kare Testi (Pearson / Fischer)

Uyuma süreleri, uykuya dalmada zorluk, uyanma sıklığı ve uyku kalitesi özellikleri Tablo 8'de özetlendi. Ebeveynlerin uyku sorunu açısından algıları sorulduğunda, "çok ciddi bir sorun" ve "küçük bir sorun" olarak görme durumları birlikte değerlendirilerek, "hiç sorun değil" cevabı ile kıyaslandı. Beslenme sorunu olanların %28,6'sında, beslenme sorunu olmayanların %25,7'sinde uyku sorunu görülmekteydi ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p=0.779)

**Tablo 8.** Uyku-Uyanıklık Verileri

| | Beslenme Sorunu | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Var (n:42)** | **Yok (n:35)** | **Toplam (n:77)** | ***p**** |
| Çocuğunuzun uyuması ne kadar uzun sürer? | | | | |
| 5 dakikadan az | 1 (%2,4) | 0 (%0) | 1 (%1,3) | |
| 5-15 dakika | 10 (%23,8) | 7 (%20) | 17 (%22,1) | 0.524 |
| 16-30 dakika | 21 (%50) | 14 (%40) | 35 (%45,5) | |
| 31-60 dakika | 7 (%16,7) | 11 (%31,4) | 18 (%23,4) | |
| >1 saatten fazla | 3 (%7,1) | 3 (%8,6) | 6 (%7,8) | |
| Yatma zamanı çocuğunuz için ne kadar zordur? | | | | |
| Çok kolay | 20 (%47,6) | 15 (%42,9) | 35 (%45,5) | |
| Bir dereceye kadar kolay | 14 (%33,3) | 15 (%42,9) | 29 (%37,7) | |
| Ne kolay ne zor | 4 (%9,5) | 1 (%2,9) | 5 (%6,5) | 0.749 |
| Bir dereceye kadar zor | 3 (%7,1) | 3 (%8,6) | 6 (%7,8) | |
| Çok zor | 1 (%2,4) | 1 (%2,9) | 2 (%2,6) | |
| Gece uykuya dalmasında zorlanma ne sıklıkla olur? | | | | |
| Her gece | 1 (%2,4) | 1 (%2,9) | 2 (%2,6) | |
| Haftada 5-6 gece | 0 (%0) | 1 (%2,9) | 1 (%1,3) | |
| Haftada 3-4 gece | 7 (%16,7) | 2 (%5,7) | 9 (%11,7) | |
| Haftada 1-2 gece | 5 (%11,9) | 9 (%25,7) | 14 (%18,2) | 0.243 |
| Ayda 1-3 gece | 17 (%40,5) | 11 (%31,4) | 28 (%36,4) | |
| Ayda <1 kere | 5 (%11,9) | 8 (%22,9) | 13 (%16,9) | |
| Hiçbir zaman | 7 (%16,7) | 3 (%8,6) | 10 (%13) | |
| Çocuğunuz gece boyunca ne kadar sıklıkla uyanır? | | | | |
| Her gece | 32 (%76,2) | 19 (%54,3) | 51 (%66,2) | |
| Haftada 5-6 gece | 1 (%2,4) | 2 (%5,7) | 3 (%3,9) | |
| Haftada 3-4 gece | 4 (%9,5) | 6 (%17,1) | 10 (%13) | |
| Haftada 1-2 gece | 3 (%7,1) | 4 (%11,4) | 7 (%9,1) | 0.359 |
| Ayda 1-3 gece | 0 (%0) | 1 (%2,9) | 1 (%1,3) | |
| Ayda <1 kere | 1 (%2,4) | 3 (%8,6) | 4 (%5,2) | |
| Hiçbir zaman | 1 (%2,4) | 0 (%0) | 1 (%1,3) | |
| Gece ne kadar iyi uyur? | | | | |
| Çok iyi | 19 (%45,2) | 21 (%60) | 40 (%51,9) | |
| İyi | 9 (%21,4) | 6 (%17,1) | 15 (%19,5) | |
| Oldukça iyi | 8 (%19) | 5 (%14,3) | 13 (%16,9) | |
| Oldukça kötü | 5 (%11,9) | 1 (%2,9) | 6 (%7,8) | 0.485 |
| Kötü | 0 (%0) | 1 (%2,9) | 1 (%1,3) | |
| Çok kötü | 1 (%2,4) | 1 (%2,9) | 2 (%2,6) | |
| Çocuğunuzun uykusunu problem olarak görüyor musunuz? | | | | |
| Çok ciddi/küçük bir sorun | 12 (%28,6) | 9 (%25,7) | 21 (%27,3) | 0.779 |
| Hiç sorun değil | 30 (%71,4) | 26 (%74,3) | 56 (%72,7) | |

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.
*Ki Kare Testi (Pearson / Fischer)

Çalışmaya dahil edilen çocukların uyku parametreleri Tablo 9'da özetlendi. Buna göre; beslenme sorunu tarif edilen grupta, gece toplam uyku süresi ve gece iki uyanma arası en uzun uyku süresi daha kısa bulundu ancak anlamlı bir fark izlenmedi. Gece uyanma sıklıkları ve gündüz kestirme sayıları iki grupta benzerdi. Uykuya dalma süreleri; (5 dakikadan az), (5-15 dakika), (16-30 dakika), (31-60 dakika) ve (1 saatten fazla) şeklinde kategorize edildi. Çalışma grubundaki çocukların yarısının, kontrol grubunun %40'ının 16-30 dakika arasında uykuya dalabildiği görüldü. Bu sürenin 1 saati aştığı her iki grupta da 3'er çocuk bulunmaktaydı. Uykuya dalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p=0.524).

**Tablo 9.** Uyku Parametrelerinin Karşılaştırılması

| | **Beslenme Sorunu** | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n: 42)** **Ortalama ± SS** | **Yok (n: 35)** **Ortalama ± SS** | p* |
| Yatma saati | 22:00 ± 1.16 | 21:39 ± 1.54 | 0.161 |
| Sabah uyanma saati | 08:03 ± 1.23 | 08:01± 1.02 | 0.893 |
| Gündüz kestirme sayısı | 1.5 ± 0.7 | 1.5 ± 0.7 | 0.804 |
| Gündüz uyku süresi (dakika) | 130 ± 52 | 120.4 ± 46 | 0.381 |
| Gece uyanmaları (sayı) | 2.2 ± 1.2 | 2.1 ± 1.3 | 0.518 |
| Uyku başlangıcı sonrası uyanıklık süresi (WASO) (dakika) | 30.6 ± 22.5 | 29.5 ± 27.4 | 0.458 |
| Gece iki uyanma arası en uzun uyku süresi (dakika) | 357.1 ± 149.8 | 394.2 ± 162.8 | 0.361 |
| Gece toplam uyku süresi (dakika) | 573.5 ± 65.9 | 600 ± 61.7 | 0.122 |
| Toplam uyku süresi (dakika) | 703.5 ± 67.6 | 720.4 ± 79.9 | 0.635 |

*Bağımsız gruplar T-testi (SS: Standart sapma)

### 4.4. Annelerin Depresyon, Kaygı ve Bağlanma Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen çocukların anneleriyle yapılan görüşmelerde, annelerin depresyon riskini değerlendirmek üzere EPDS kullanıldı. Beslenme sorunu tarif edilmeyen çocukların annelerinde EPDS puanı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düşük

bulundu (p=0.034). Annelerin kaygı düzeylerini belirlemede Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7) kullanıldı. Buna göre, beslenme sorunu olan ve olmayan çocukların anneleri arasında YAB puanı açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p=0.988). Kaygı bozuklukları açısından tarama testi pozitif çıkan çalışma grubunda 4, kontrol grubunda 1 anne bulunmaktaydı ancak her gözde 5'in altında veri bulunduğundan analiz edilmedi. EPDS ve YAB-7 puanları, kesim noktaları üzerinde bulunan anneler bilgilendirildi, destek alma durumları öğrenildi ve Psikiyatri bölümüne yönlendirildi.

Anne ve bebek arasındaki ilişkiyi ve bağlanmayı değerlendirmek amacıyla Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) kullanıldı. Eşik değerin üstündeki puanlar sorunlu anne-bebek ilişkisine işaret etmekteydi. Çalışma ve kontrol grubu arasında DSBÖ puanı açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p=0.514). Çalışmaya katılan annelerin EPDS, YAB-7 ve DSBÖ puanları Tablo-10'da özetlendi.

**Tablo 10.** Annelerin EPDS, YAB-7 ve DSBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| | **Beslenme Sorunu** | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n:42)** | **Yok (n:35)** | **p*** |
| **EPDS puanı> 13** | 5 (%11,9) | 3 (%8,5) | |
| EPDS Ortalama | 6.16 (± 5.1) | 4.6 (± 5.3) | **0.034** |
| EPDS Ortanca | 4 (3-9.25) | 3 (1-6) | |
| **YAB-7 puanı> 8** | 4 (%9,5) | 1 (%2,9) | |
| YAB-7 Ortalama | 3.07 (± 2.84) | 3.0 (± 2.73) | 0.988 |
| YAB-7 Ortanca | 2 (1.75-3.25) | 2 (1-4) | |
| **DSBÖ puanı> 26** | 1 (%2,3) | 0 (%0) | |
| DSBÖ Ortalama | 6.35 (± 5.97) | 5.8 (± 6.19) | 0.514 |
| DSBÖ Ortanca | 5 (1-10) | 3 (1-9) | |

Veriler n (%), Ortalama (± SS) ve Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
* Mann Whitney U Testi ya da Pearson / Fischer

### 4.5. Babanın Bebek Bakımına Katılımı Verileri

Çalışmaya dahil edilen çocukların babalarının günlük bakıma katılımı yapılandırılmış bir anket aracılığıyla değerlendirildi ve Tablo-11'de özetlendi. Buna göre, babaların çocuklarıyla sıklıkla oyun oynadığı ve kitap okuduğu ancak bez değişimi ve banyo yaptırma gibi faaliyetlere katılımlarının az olduğu belirlendi. Beslenme sorunu olmayan çocukların babalarında, bez değişimine yardım etme ve dışarı çıkarma sıklığı daha yüksek bulundu.

**Tablo 11.** Babanın Bebek Bakımına Katılımının Değerlendirilmesi

| | Beslenme Sorunu | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n: 42)** | **Yok (n: 35)** | **Toplam (n: 77)** |
| Bebeğinizin banyosunu ne sıklıkta yaptırırsınız? | | | |
| Hiç | 13 (%31) | 6 (%17,1) | 19 (%24,7) |
| Nadiren | 6 (%14,3) | 4 (%11,4) | 10 (%13) |
| Bazen | 7 (%16,7) | 6 (%17,1) | 13 (%16,9) |
| Sıklıkla | 8 (%19) | 3 (%8,6) | 11 (%14,3) |
| Her zaman | 8 (%19) | 16 (%45,7) | 24 (%31,2) |
| Bebeğinizin bez değişimine ne sıklıkta yardım edersiniz? | | | |
| Hiç | 17 (%40,5) | 8 (%22,9) | 25 (%32,5) |
| Nadiren | 3 (%7,1) | 9 (%25,7) | 12 (%15,6) |
| Bazen | 5 (%11,9) | 2 (%5,7) | 7 (%9,1) |
| Sıklıkla | 13 (%31) | 5 (%14,3) | 18 (%23,4) |
| Her zaman | 4 (%9,5) | 11 (%31,4) | 15 (%19,5) |
| Bebeğinizle ne sıklıkta oyun oynarsınız? | | | |
| Hiç | 1 (%2,4) | 1 (%2,9) | 2 (%2,6) |
| Nadiren | 1 (%2,4) | 1 (%2,9) | 2 (%2,6) |
| Bazen | 3 (%7,1) | 1 (%2,9) | 4 (%5,2) |
| Sıklıkla | 8 (%19) | 1 (%2,9) | 9 (%11,7) |
| Her zaman | 29 (%69) | 31 (%88,6) | 60 (%77,9) |
| Bebeğinizi ne sıklıkla dışarı çıkarırsınız? | | | |
| Hiç | 4 (%9,5) | 1 (%2,9) | 5 (%6,5) |
| Nadiren | 0 (%0) | 3 (%8,6) | 3 (%3,9) |
| Bazen | 7 (%16,7) | 4 (%11,4) | 11 (%14,3) |
| Sıklıkla | 15 (%35,7) | 5 (%25) | 20 (%26) |
| Her zaman | 16 (%38,1) | 22 (%62,9) | 38 (%49,4) |
| Bebeğinize ne sıklıkla kitap okursunuz? | | | |
| Hiç | 19 (%45,2) | 9 (%25,7) | 28 (%36,4) |
| Nadiren | 5 (%11,9) | 5 (%14,3) | 10 (%13) |
| Bazen | 2 (%4,8) | 1 (%2,9) | 3 (%3,9) |
| Sıklıkla | 4 (%9,5) | 5 (%14,3) | 9 (%11,7) |
| Her zaman | 12 (%28,6) | 15 (%42,9) | 27 (%35,1) |
| Bebeğinizin gece boyunca bakımına ne sıklıkla yardım edersiniz? | 14 (%33,3) | 7 (%20) | 21 (%27,3) |
| Hiç | 7 (%16,7) | 1 (%2,9) | 8 (%10,4) |
| Nadiren | 8 (%19) | 5 (%14,3) | 13 (%16,9) |
| Bazen | 5 (%11,9) | 10 (%28,6) | 15 (%19,5) |
| Sıklıkla | 8 (%19) | 12 (%34,3) | 20 (%26) |
| Her zaman | | | |

Veriler n (%) olarak ifade edilmiştir.

### 4.6. Öğün Videolarının Chatoor Beslenme Ölçeği ile Değerlendirilmesi

Beslenme sırasında anne-bebek etkileşimlerini objektif olarak değerlendirmek amacıyla katılımcılardan talep edilen beslenme videoları Chatoor Beslenme Ölçeği'ne göre değerlendirildi. Çalışma grubundaki 42 beslenme sorunu olan çocuktan 29'unun, kontrol grubundaki 35 çocuktan 28'inin videoları temin edildi. İki farklı gözlemci pediatri uzmanı tarafından videolar izlendi ve ayrı ayrı puanlandı. Toplam 57 videonun ortanca süresi 6 dakika 41 saniye (4-11) olarak saptandı. Saha notlarına göre, ailelerin verilen talimatlarda açıkça belirtilmesine rağmen video çekerken kendilerini de kadraja alma ya da uzun video çekebilme konusunda zorluklar yaşadıkları görüldü. Gözlemciler arası güvenilirlik Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (SKK) analizleri kullanılarak değerlendirildi ve sonuçlar Tablo 12'de özetlendi. Hesaplama iki yönlü karma modele ve mutlak uyuma dayanmaktaydı. Buna göre, tüm alt ölçeklerde güven aralığı çok iyi (SKK: 0,81–1,0) olarak bulundu.

**Tablo 12.** Alt Ölçeklerin Değerlendirici Puanlarına Göre Karşılaştırılması

| Alt Ölçek | Değerlendirici 1 Ortalama (Standart sapma) | Değerlendirici 2 Ortalama (Standart sapma) | Sınıf İçi Korelasyon (SKK) (%95 GA) |
|---|---|---|---|
| **Anne-bebek çifti karşılıklığı** (Dyadic reciprocity) | 18.05 ± 7.86 | 18.45 ± 7.66 | 0.97 (0.95-0.98) |
| **Anne-bebek çifti çatışması** (Dyadic conflict) | 3.05 ± 7.72 | 3.66 ± 7.67 | 0.99 (0.98-0.99) |
| **Konuşma ve dikkat dağıtma** (Talk and distraction) | 4.78 ± 3.15 | 4.91 ± 3.07 | 0.94 (0.90-0.96) |
| **Kontrol etmek için mücadele** (Struggle for control) | 1.96 ± 2.12 | 2.00 ± 2.32 | 0.97 (0.95 – 0.98) |
| **Duruma göre değişen davranış göstereememe** (Maternal non-contingency) | 4.22 ± 2.71 | 4.00 ±2.50 | 0.96 (0.93-0.97) |

Veriler Ortalama (± SS) olarak ifade edilmiştir.
SKK: Sınıf içi Korelasyon Katsayısı
GA: Güven Aralığı

Chatoor Beslenme Ölçeği'ndeki 46 maddenin 4'ünde değerlendiriciler arası %100 uyum sağlandı, 36'sında güven aralığı çok iyi (SKK: 0,81–1,0), 4'ünde iyi (SKK:0,61-0,80) olarak bulundu. Bebek davranışıyla ilgili iki madde hiçbir videoda gözlenmediğinden değerlendirilemedi. Bulgular Tablo 13'te özetlendi.

**Tablo 13.** Chatoor Beslenme Ölçeği Maddelerinin Gözlemciler Arası Sınıf İçi Korelasyon Analizi

| | Chatoor Beslenme Ölçeği Maddeleri | Sınıf İçi Korelasyon (SKK) (%95 GA) |
|---|---|---|
| 1 | Anne memnuniyet gösterir. | **0.97 (0.95-0.98)** |
| 2 | Anne neşeli görünür. | **0.93 (0.89-0.96)** |
| 3 | Anne olumlu ifadeler kullanır. | **0.97 (0.95-0.98)** |
| 4 | Anne üzgün görünür. | **0.96 (0.94-0.97)** |
| 5 | Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumlu bildirimlerde bulunur. | **0.97 (0.95-0.98)** |
| 6 | Bebek neşeli görünür. | **0.94 (0.91-0.96)** |
| 7 | Anne ilgisiz gibi görünür. | 0.65 (0.41-0.79) |
| 8 | Anne bebekle konuşur. | **0.94 (0.91-0.97)** |
| 9 | Bebek anneye gülümser. | **0.89 (0.82-0.93)** |
| 10 | Bebek anneye bakar. | **0.92 (0.86-0.95)** |
| 11 | Anne bebeği sert bir şekilde tutar. | 0.77 (0.62-0.86) |
| 12 | Anne, etkileşimi bebeğin başlatmasını bekler. | **0.92 (0.87-0.95)** |
| 13 | Bebek, annenin bakışlarından kaçınır. | **0.95 (0.92-0.97)** |
| 14 | Anne, bebeğin destek ihtiyacını görmezden gelerek pozisyon verir | **0.92 (0.86-0.95)** |
| 15 | Anne, bebeğe karşılıklı etkileşime uygun şekilde pozisyon verir | **0.95 (0.93-0.97)** |
| 16 | Bebek uykuya dalar ve beslenmeyi bırakır. | Değerlendirilemedi |
| 17 | Bebek yemekten uzaklaşır. | **0.93 (0.88-0.96)** |
| 18 | Bebek kızgın görünür. | **0.98 (0.96-0.98)** |
| 19 | Bebek sıkıntılı görünür. | **1** |
| 20 | Bebek ağzını açmayı reddeder. | **0.94 (0.89-0.97)** |
| 21 | Bebek yemek teklif edildiğinde ağlar. | **0.98 (0.96-0.98)** |
| 22 | Bebek yiyeceği iter. | **0.96 (0.92-0.97)** |
| 23 | Bebek dokunulduğunda kaskatı kesilir. | **1** |
| 24 | Anne sıkıntılı görünür. | **0.98 (0.96-0.98)** |
| 25 | Anne olumsuz ifadeler kullanır. | **0.97 (0.94-0.98)** |
| 26 | Anne sinirli görünür. | **1** |
| 27 | Bebek vücudu ile besinden uzaklaşır. | **0.96 (0.92-0.97)** |
| 28 | Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumsuz bildirimlerde bulunur. | **0.97 (0.96-0.98)** |
| 29 | Bebeğin dikkati kolayca dağılır. | **0.88 (0.80-0.93)** |
| 30 | Bebek, anneye seslenir. | **0.94 (0.91-0.97)** |
| 31 | Anne, beslenme sırasında bebeğin dikkatini dağıtır veya bebeğin dikkatinin dağılmasına izin verir. | **0.96 (0.93-0.97)** |
| 32 | Anne, bebeğe yemesini, yapmasını ya da yapmamasını emreder. | **0.93 (0.88-0.96)** |
| 33 | Anne, biberonu veya yiyeceği bebeğin ağzına zorla koyar. | **0.99 (0.99-0.99)** |
| 34 | Bebek yiyecekleri ağzında tutar. | **0.96 (0.94-0.98)** |
| 35 | Bebek yiyeceği tükürür. | **0.96 (0.94-0.98)** |
| 36 | Anne, dağınıklık ve etrafın kirlenmesi konusunda endişeli görünür. | **0.80 (0.67-0.88)** |
| 37 | Bebek dilini ritmik olarak iter. | **0.88 (0.80-0.93)** |
| 38 | Anne, bebeğe kaba bir şekilde muamele eder. | 0.65 (0.41-0.79) |
| 39 | Anne, bebeğin ipuçlarını görmezden gelerek beslenmeyi kontrol eder. | **0.95 (0.92-0.97)** |
| 40 | Anne, bebekte sıkıntıya neden olacak şekilde beslenmeyi keser. | **1** |
| 41 | Anne, bebeğe çok sık müdahale eder. | **0.95 (0.92-0.97)** |
| 42 | Biberon veya yiyecek önünden alındığından bebek ağlar. | Değerlendirilemedi |
| 43 | Anne, bebeğin hareketini kısıtlar. | **0.98 (0.97-0.99)** |
| 44 | Anne, bebeğin ipuçlarını gözden kaçırır. | **0.94 (0.90-0.96)** |
| 45 | Bebek kusar ve geviş getirir (yiyeceği ağzından çıkartıp tekrar geri çiğner). | 0.64 (0.40-0.79) |
| 46 | Anne, bebeğe şakalaşarak/oynayarak dokunur. | **0.96 (0.93-0.97)** |

SKK: Sınıf içi Korelasyon Katsayısı, GA: Güven Aralığı

Her iki değerlendirici maddeler üzerinde ortak bir karara vardıktan sonra, uzlaşıyla belirlenen puanlar üzerinden videoların değerlendirmesi yeniden yapıldı. Buna göre, çalışma ve kontrol gruplarında, alt ölçeklerin ortanca puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'te özetlendi.

"Anne-bebek çifti karşılıklığı" (p=0.004) ortanca puanı, kontrol grubunda çalışma grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buna göre anne-çocuk arası etkileşim, beslenme sorunu tarif edilmeyen çocuklarda daha iyi görünmektedir. "Anne-bebek çifti çatışması" (p=0.028), "Konuşma ve dikkat dağıtma" (p=0.044), "Kontrol etmek için mücadele" (p=0.039) alanları beslenme sorunu olanlarda daha sık gözükmekteydi ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı.

**Tablo 14.** Alt Ölçeklerin Beslenme Sorunu ve Ortanca Puanlara Göre Karşılaştırılması

| | **Beslenme Sorunu** | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n:29)** | **Yok (n:28)** | ***p**** |
| **Anne-bebek çifti karşılıklığı** | 16 (9-21) | 21 (15.2-28.5) | **0.004** |
| **Anne-bebek çifti çatışması** | 2 (0-3.5) | 0 (0-1) | **0.028** |
| **Konuşma ve dikkat dağıtma** | 5 (3-9) | 3.5 (2.2-5.7) | **0.044** |
| **Kontrol etmek için mücadele** | 2 (0.5-4.5) | 0.5 (0-2.7) | **0.039** |
| **Duruma uygun davranış gösterememe** | 4 (2.5-6.5) | 3 (3-5) | 0.490 |

Veriler Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
*Mann Whitney U Testi

Beslenme Ölçeği'nde yer alan alt ölçekler yaş gruplarına göre kategorize edildi ve Tablo 15'te özetlendi. Buna göre, "Anne-bebek çifti karşılıklığı" 6-9 ay arasında daha yüksek ortalama ve ortanca puanlara sahipti. Bu durum, tadım aşamalarıyla başlanan tamamlayıcı beslenmeye geçişin ilk döneminde, anne-bebek arasındaki duyarlı etkileşimlerin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. "Anne-bebek çifti çatışması" ise kendi kendini besleme çabalarının başladığı, bağımsız becerilerin geliştiği 9-12 ay arasında daha çok görülmektedir.

**Tablo 15:** Alt Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| | Yaş grubu (aylara göre) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **6-9 (n:8)** | **9.1-12 (n:9)** | **12.1-18 (n:15)** | **18.1-24 (n:10)** | **24.1-36 (n:15)** |
| **Anne-bebek çifti karşılıklığı** | | | | | |
| Ortalama | 23.5 ± 7.1 | 18.7 ± 9.4 | 16.9 ± 6.4 | 17.9 ± 6 | 16.3 ± 7.9 |
| Ortanca | 25.5 (17.7-29.2) | 20 (9-29.5) | 16 (11-21) | 18.5 (13-22.2) | 17 (8-23) |
| **Anne-bebek çifti çatışması** | | | | | |
| Ortalama | 0.5 ± 0.9 | 10.4 ± 15.3 | 2.4 ± 3 | 0.9 ± 1.3 | 3 ± 6.6 |
| Ortanca | 0 (0-1.5) | 0 (0-29) | 1 (0-4) | 0 (0-2) | 0 (0-3) |
| **Konuşma ve dikkat dağıtma** | | | | | |
| Ortalama | 3.8 ± 1.6 | 6.2 ± 4.1 | 4.8 ± 3.2 | 3.9 ± 2 | 5.8 ± 3.1 |
| Ortanca | 3.5 (2.2-5.7) | 5 (3-10.5) | 4 (2-8) | 3 (2.7-5) | 5 (4-8) |
| **Kontrol etmek için mücadele** | | | | | |
| Ortalama | 1.1 ± 1.1 | 3.1 ± 2.9 | 2.4 ± 2 | 0.9 ± 1.5 | 1.7 ± 2 |
| Ortanca | 1 (0-2) | 3 (0-6) | 3 (0-4) | 0.5 (0-1) | 1 (0-3) |
| **Duruma uygun davranış gösterememe** | | | | | |
| Ortalama | 4 ± 1.3 | 6.3 ± 3.7 | 4.5 ± 2.9 | 2.6 ± 1.1 | 3.8 ± 2.2 |
| Ortanca | 4 (3-4) | 5 (3-9.5) | 4 (2-6) | 3 (1-3.2) | 3 (2-6) |

Veriler Ortalama (± SS) ve Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.

Beslenme sorunu olmayan kontrol grubundaki çocukların alt ölçek ortalama puanları ile orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada referans alınan normal büyüme ve gelişmeye sahip çocukların ortalama puanları kıyaslandı ve Tablo 16'da özetlendi. Buna göre, "Konuşma ve dikkat dağıtma" ile "Kontrol etmek için mücadele" alanlarında, çoğu yaş grubunda çalışmamız sonuçları ile literatür verileri benzer bulundu.

**Tablo 16:** Beslenme Sorunu Olmayanların Yaş Gruplarına Göre Alt Ölçek Ortalama Puanları ile Literatürdeki Sonuçların Karşılaştırılması

| | **Yaş grubu (aylara göre)** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **6-9 (n:6)** | **9.1-12 (n:4)** | **12.1-18 (n:7)** | **18.1-24 (n:4)** | **24.1-36 (n:7)** |
| **Anne-bebek çifti karşılıklığı** | | | | | |
| Ortalama | 23.1 ± 8.3 | 27.2 ± 4.8 | 18.4 ± 6.6 | 19.5 ± 4.6 | 19.8 ± 7.6 |
| Literatür** | 34 ± 6 | 36.4 ± 4.4. | 33.7 ± 5.1 | 36 ± 5.6 | 32.6 ± 7 |
| *p** | 0.025 | 0.033 | 0.001 | 0.006 | 0.005 |
| **Anne-bebek çifti çatışması** | | | | | |
| Ortalama | 0.3 ± 0.8 | 0 ± 0 | 3 ± 3.7 | 0 ± 0 | 1 ± 1.5 |
| Literatür** | 2.6 ± 3.1 | 2.2 ± 1.7 | 4.4 ± 3.7 | 2.4 ± 3 | 2.9 ± 3.3 |
| *p** | 0.001 | - | **0.360** | - | 0.017 |
| **Konuşma ve dikkat dağıtma** | | | | | |
| Ortalama | 3.3 ± 1.5 | 3.5 ± 1.7 | 4 ± 3.7 | 3.7 ± 0.9 | 5.5 ± 2.3 |
| Literatür** | 2.8 ± 1.5 | 4.2 ± 2.1 | 5.2 ± 2.2 | 6.2 ± 2.3 | 6.7 ± 2 |
| *p** | **0.425** | **0.478** | **0.434** | 0.014 | **0.255** |
| **Kontrol etmek için mücadele** | | | | | |
| Ortalama | 1 ± 1.2 | 0.7 ± 1.5 | 1.7 ± 2 | 0.2 ± 0.5 | 2.1 ± 1.9 |
| Literatür** | 1.7 ± 1.5 | 1.6 ± 1.2 | 2.8 ± 2.4 | 1.6 ± 1.8 | 1.8 ± 1.4 |
| *p** | **0.233** | **0.339** | **0.212** | 0.012 | **0.658** |
| **Duruma uygun davranış gösterememe** | | | | | |
| Ortalama | 3.5 ± 0.5 | 4.2 ± 2.5 | 3.8 ± 2.9 | 2.7 ± 1.2 | 4.4 ± 1.7 |
| Literatür** | 1.4 ± 1.8 | 1.5 ± 1.2 | 1.4 ± 1.4 | 0.8 ± 1.1 | 0.8 ± 1 |
| *p** | <0.001 | **0.115** | **0.071** | **0.053** | 0.001 |

Veriler Ortalama (± SS) ve Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.

p*: Bağımsız Örneklem T testi

Literatür**: Chatoor ve arkadaşlarının 1997 tarihli, "Yaşamın İlk Üç Yılında Anne-Bebek Etkileşimlerini Değerlendirmeye Yönelik Araştırma ve Klinik Uygulamaya Yönelik Bir Beslenme Ölçeği" çalışmasındaki Tablo-10 verileri esas alınmıştır.

İki değerlendiricinin uzlaşısı ile belirlenen ortak puanlamalar üzerinden, video değerlendirmelerinde birbiri ile ilişkili dağılım gösteren maddeler için faktör yüklerinin incelenmesine dayalı yeni bir analiz daha yapıldı. Buna göre, Türk çocuklarında kullanılabilirliği önerilen, "7, 16 ve 42" nolu maddelerin çıkarıldığı, toplam 43 maddeli 4 alt ölçek belirlendi ve faktör yükleriyle birlikte Tablo 17'de özetlendi.

Yeni faktör analizinde yer alan alt ölçekler, mevcut maddelerin davranış içeriklerine göre yeniden isimlendirildi ve puanlarıyla birlikte Tablo 18'de özetlendi. Buna göre, bebeğin besin reddini, annenin zorlayıcı tavırlarını, ikilinin olumsuz bildirimlerini içeren birinci alt ölçek "Anne-bebek çatışması" olarak isimlendirildi. Çalışma ve kontrol grupları kıyaslandığında, beslenme sorunu olanların bu alandaki ortalama ve ortanca puanları istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p=0.013$). Anne-bebek ikilisinin neşeli etkileşimlerini, olumlu ebeveynlik becerilerini yansıtan ikinci alt ölçek "Anne-bebek çifti karşılıklığı" olarak isimlendirildi. Bu alana ait davranışlar, beslenme sorunu olmayanlarda daha sık bulundu ($p=0.005$). Beslenme ipuçlarının görmezden gelindiği, dikkatin kolay dağıldığı ve müdahaleci tutumların yer aldığı üçüncü alt ölçek "Duyarlı olmayan beslenme" olarak isimlendirildi ve puanları çalışma grubunda daha yüksekti ($p=0.035$). Çocuğun ne yaptığını izleyen, onlara uygun yanıt ve tepkiler veren, değişikliklere esnek, duyarlı beslenme yaklaşımı ise kontrol grubunda daha sık gözükmekteydi. Son olarak, annenin bebeğe sert muamelelerini içeren alt ölçek "Kontrol etmek için mücadele" olarak isimlendirildi. Beslenme sorunu olanlarda bu alan ait puanlar daha yüksek bulunmakla birlikte, anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.326$)

**Tablo 17.** Yeni Faktör Analizi

| | Madde | Faktör 1 | Faktör 2 | Faktör 3 | Faktör 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | Bebek sıkıntılı görünür. | .832 | | | |
| 26 | Anne sinirli görünür. | .826 | | | |
| 4 | Anne üzgün görünür. | .820 | | | |
| 22 | Bebek yiyeceği iter. | .799 | | | |
| 24 | Anne sıkıntılı görünür. | .793 | | | |
| 27 | Bebek vücudu ile besinden uzaklaşır. | .773 | | | |
| 35 | Bebek yiyeceği tükürür. | .767 | | | |
| 17 | Bebek yemekten uzaklaşır. | .763 | | | |
| 20 | Bebek ağzını açmayı reddeder. | .724 | | | |
| 25 | Anne olumsuz ifadeler kullanır. | .708 | | | |
| 18 | Bebek kızgın görünür. | .701 | | | |
| 23 | Bebek dokunulduğunda kaskatı kesilir. | .700 | | | |
| 33 | Anne, biberonu veya yiyeceği bebeğin ağzına zorla koyar. | .687 | | | |
| 28 | Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumsuz bildirimlerde bulunur. | .681 | | | |
| 21 | Bebek yemek teklif edildiğinde ağlar. | .669 | | | |
| 37 | Bebek dilini ritmik olarak iter. | .661 | | | |
| 45 | Bebek kusar ve geviş getirir (yiyeceği ağzından çıkartıp tekrar geri çiğner). | .651 | | | |
| 32 | Anne, bebeğe yemesini, yapmasını ya da yapmamasını emreder. | .636 | | | |
| 13 | Bebek, annenin bakışlarından kaçınır. | .540 | | | |
| 43 | Anne, bebeğin hareketini kısıtlar. | .436 | | | |
| 8 | Anne bebekle konuşur. | | .869 | | |
| 46 | Anne, bebeğe şakalaşarak/oynayarak dokunur. | | .850 | | |
| 1 | Anne memnuniyet gösterir. | | .839 | | |
| 5 | Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumlu bildirimlerde bulunur. | | .816 | | |
| 3 | Anne olumlu ifadeler kullanır. | | .813 | | |
| 10 | Bebek anneye bakar. | | .772 | | |
| 2 | Anne neşeli görünür. | | .755 | | |
| 9 | Bebek anneye gülümser. | | .694 | | |
| 30 | Bebek, anneye seslenir. | | .693 | | |
| 6 | Bebek neşeli görünür. | | .586 | | |
| 15 | Anne, bebeğe karşılıklı etkileşime uygun şekilde pozisyon verir. | | .540 | | |
| 39 | Anne, bebeğin ipuçlarını görmezden gelerek beslenmeyi kontrol eder. | | | .820 | |
| 29 | Bebeğin dikkati kolayca dağılır. | | | .817 | |
| 31 | Anne, beslenme sırasında bebeğin dikkatini dağıtır veya bebeğin dikkatinin dağılmasına izin verir. | | | .792 | |
| 44 | Anne, bebeğin ipuçlarını gözden kaçırır. | | | .779 | |
| 41 | Anne, bebeğe çok sık müdahale eder. | | | .743 | |
| 12 | Anne, etkileşimi bebeğin başlatmasını bekler. | | | -.683 | |
| 14 | Anne, bebeğin destek ihtiyacını görmezden gelerek pozisyon verir | | | .575 | |
| 34 | Bebek yiyecekleri ağzında tutar. | | | .515 | |
| 36 | Anne, dağınıklık ve etrafın kirlenmesi konusunda endişeli görünür. | | | .388 | |
| 11 | Anne bebeği sert bir şekilde tutar. | | | | .929 |
| 38 | Anne, bebeğe kaba bir şekilde muamele eder. | | | | .929 |
| 40 | Anne, bebekte sıkıntıya neden olacak şekilde beslenmeyi keser. | | | | .929 |

Değerler faktör yüklerini ifade etmektedir.

**Tablo 18.** Yeni Faktör Analizi Alt Ölçeklerinin Beslenme Durumuna Göre Karşılaştırılması

| | Beslenme Sorunu | | |
|---|---|---|---|
| | **Var (n:29)** | **Yok (n:28)** | ***p**** |
| **Anne-bebek çifti çatışması (Faktör 1)** | | | |
| Ortalama | 9.2 ± 14.7 | 2 ± 3 | **0.013** |
| Ortanca | 3 (1-10.5) | 1 (0-2) | |
| **Anne-bebek çifti karşılıklığı (Faktör 2)** | | | |
| Ortalama | 15.4 ± 9 | 22.9 ± 8.1 | **0.005** |
| Ortanca | 17 (7.5-22.5) | 22.5 (18-30.7) | |
| **Duyarlı olmayan beslenme (Faktör 3)** | | | |
| Ortalama | 9.6 ± 7.2 | 6.1 ± 6.5 | **0.035** |
| Ortanca | 7 (2.5-17) | 4 (1-11.5) | |
| **Kontrol etmek için mücadele (Faktör 4)** | | | |
| Ortalama | 0.3 ± 1.6 | 0 ± 0 | 0.326 |
| Ortanca | 0 (0-0) | 0 (0-0) | |

Veriler Ortalama (± SS) ve Ortanca (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edilmiştir.
*Mann Whitney U Testi

Çalışmamızın önemli çıktılarından biri olan, annede depresyon semptomlarının sıklığı ile duyarlı beslenme davranışlarının etkilenmesini incelemek üzere yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 19'da özetlendi. Buna göre, EPDS puanı arttıkça, her iki grupta "Anne-Bebek çifti karşılıklığı" azalmaktaydı. Bu sonuç, depresyon riski yüksek görülen annelerde, beslenme anındaki etkileşimlerin daha sorunlu olduğunu yansıtmakta ve perinatal dönemde annenin mental sağlığının önemini vurgulamaktadır. Kaygı düzeyi açısından bu alanda bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 19:** Alt Ölçekler ile EPDS ve YAB-7 puanlarının Korelasyon Analizi (n=57)

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1)Anne-bebek çifti karşılıklığı** | 1 | | | | | | |
| **2)Anne-bebek çifti çatışması** | -0.43** | 1 | | | | | |
| **3) Konuşma ve dikkat dağıtma** | -0.22 | 0.37** | 1 | | | | |
| **4)Kontrol etmek için mücadele** | -0.50** | 0.60** | 0.70** | 1 | | | |
| **5)Duruma uygun davranış gösterememe** | -0.29* | 0.42** | 0.74** | 0.83** | 1 | | |
| **6) EPDS puan** | -0.31* | 0.17 | 0.04 | 0.05 | -0.06 | 1 | |
| **7) YAB-7 puan** | -0.14 | 0.03 | -0.02 | -0.00 | -0.07 | 0.61** | 1 |

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü)
* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü)

Beslenme sorunu olan grup ayrı olarak incelendiğinde, annelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile beslenme etkileşimleri arasında bir ilişki olup olmadığı, varsa bu ilişkinin yönü ve şiddetini belirlemek amacıyla uygulanan korelasyon analizi sonuçlarına göre, EPDS ve YAB-7 puanları ile alt ölçekler arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 20).

**Tablo 20:** Beslenme Sorunu Olan Grupta, Alt Ölçekler ile EPDS ve YAB-7 Puanlarının Korelasyon Analizi (n=29)

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1)Anne-bebek çifti karşılıklığı** | 1 | | | | | | |
| **2)Anne-bebek çifti çatışması** | -0.38* | 1 | | | | | |
| **3) Konuşma ve dikkat dağıtma** | -0.35 | 0.29 | 1 | | | | |
| **4)Kontrol etmek için mücadele** | -0.58** | 0.54** | 0.72** | 1 | | | |
| **5)Duruma uygun davranış gösterememe** | -0.42* | 0.33 | 0.82** | 0.84** | 1 | | |
| **6) EPDS puan** | -0.08 | 0.03 | -0.10 | -0.23 | -0.33 | 1 | |
| **7) YAB-7 puan** | -0.04 | -0.04 | -0.01 | -0.09 | -0.10 | 0.60** | 1 |

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü)
* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü)

Beslenme sorunu olmayan grupta yapılan korelasyon analizine göre, EPDS puanı arttıkça "Anne-bebek çifti karşılıklığı" artmaktadır. Bu sonuç, beklenenin aksi yönde görülmekle birlikte, annedeki depresif semptom ve belirtilerin, çocuktaki muhtemel beslenme sorununu saptamakta güçlüğe neden olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca ilgili alt ölçekte, annenin üzgün ve ilgisiz görünmesi, bebeği sert bir şekilde tutması ve destek ihtiyacını görmezden gelerek pozisyon vermesi gibi negatif tutumların yer alması da bu durumu açıklayabilir.

**Tablo 21.** Beslenme Sorunu Olmayan Grupta, Alt Ölçekler ile EPDS ve YAB-7 Puanlarının Korelasyon Analizi (n=28)

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1)Anne-bebek çifti karşılıklığı** | 1 | | | | | | |
| **2)Anne-bebek çifti çatışması** | -0.33 | 1 | | | | | |
| **3) Konuşma ve dikkat dağıtma** | 0.03 | 0.39* | 1 | | | | |
| **4)Kontrol etmek için mücadele** | -0.32 | 0.67** | 0.61** | 1 | | | |
| **5)Duruma uygun davranış gösterememe** | -0.14 | 0.65** | 0.62** | 0.87** | 1 | | |
| **6) EPDS puan** | -0.39* | 0.24 | 0.10 | 0.26 | 0.20 | 1 | |
| **7) YAB-7 puan** | -0.30 | 0.14 | -0.05 | 0.11 | -0.01 | 0.71** | 1 |

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü)
* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (çift yönlü)

# 5. TARTIŞMA

Erken çocukluk çağında, beslenmede anne-bebek etkileşimlerinin öğün esnasında incelenmesine dayanan çalışmamızda, bu amaçla tasarlanan Chatoor Beslenme Ölçeği'nden yararlanılmıştır. Yapılan yeni faktör analizinde 3 madde çıkarılarak, 43 madde ve 4 alt ölçek belirlenmiştir. Değerlendiriciler arası uyum göz önünde bulundurulduğunda, özellikle davranışsal beslenme sorunlarında anne-bebek arası etkileşimi değerlendirmede ve ailelere önerilerde bulunmada kullanılması, beslenme sorunlarının yönetiminde faydalı olabilir ve kliniklerde uygulanabilir.

Çalışmamız örnekleminde sosyo demografik belirleyiciler incelendiğinde, anneleri tarafından beslenme sorunu beyan edilme sıklığı kız çocuklarında anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Araştırmamız sonuçlarına benzer şekilde Hasbani ve arkadaşlarının, "ebeveynlerin beslenme stilleri, tutumları ve çok faktörlü yönlerinin çocuklarda beslenme güçlükleriyle ilişkisini" incelediği, yaşları 1-7 arasında değişen 323 çocuğun ebeveynleriyle yürüttüğü Brezilya'daki çalışmada, kız çocuklarda yeme bozukluğunun anlamlı ölçüde sık olduğu görülmüştür (115). Ayrıca Helle ve arkadaşlarının araştırmasında, 12 aylıkken kızların erkeklere göre düzensiz aile yemeği yeme alışkanlıklarının daha sık olduğu belirlenmiştir (116). Literatürde beslenme ilişkili durumların cinsiyet açısından diğer farklarına bakıldığında, küçük çocuklarda tamamlayıcı gıdaya geçiş ve yaşamın ilk 2 yılında büyümenin incelendiği Avrupa kohort çalışmasında, erkek bebeklerin kızlardan daha erken katı gıdayla tanıştırıldığı ve sütten kesilme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (117).

Çalışmamızda, ebeveynlerin eğitim düzeyine bakıldığında, beslenme sorunu tariflenen grupta, anne eğitimi ortanca süresi 14 yıl olarak bulunmuş olup, beslenme sorunu tariflenmeyen gruba göre 2 yıl daha düşüktür. Baba eğitimi ortanca süresi, beslenme sorunu olanlarda 14,5 yıl olarak saptanmış olup, kontrol grubuna kıyasla 1,5 yıl daha anlamlı olarak düşüktür. Rashid ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukların gıda alımında ve beslenme kalitesinde sosyal eşitsizliklerin bulunduğu, bunlar içinde düşük anne eğitiminin en yüksek riski oluşturduğu bildirilmiştir (118). Marshall ve arkadaşlarının, "küçük çocuklarda beslenme güçlüklerini taramak için ebeveyn raporu kullanımı" çalışmasında, yaşları 2-6 arasında değişen, normal gelişim gösteren 54 çocuğun annelerinin, beslenme güçlüğü yaşayan 81 çocuğun annelerine kıyasla yüksek öğrenim

düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmada baba eğitim düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (119). Anne eğitim süresi, çocuk gelişimi konusunda daha iyi bir anlayışa sahip olma, çocuk ipuçlarını tanıma, doğru yorumlama ve yanıt verme becerisiyle ilişkilendirilebilir. Ebeveyn eğitimi ve çocuk ölümlerindeki eşitsizliklerin global ölçekte incelendiği meta analizde hem anne hem de baba eğitiminin artması, 5 yaş altı ölüm oranının azalmasıyla bağlantılı bir doz-yanıt ilişkisi göstermiş ve anne eğitiminin daha güçlü bir belirleyici olduğu ortaya çıkmıştır. On iki yıllık eğitime sahip (orta öğretimi tamamlamış) annelerin çocuklarında 5 yaş altı ölüm oranında %31 oranında bir azalma gözlemlenmiştir. Daha yüksek ebeveyn eğitimi ile daha düşük çocuk mortalitesi arasındaki ilişki, incelenen tüm yaşlarda hem anne hem baba için anlamlı olarak bulunmuş ve yaşamın ilk ayından sonra en yüksek düzeyde saptanmıştır (120).

Çalışmamızda, öğün süresi ortalaması beslenme sorunu olanlarda (23,8 dakika), kontrol grubuna kıyasla (18 dakika) daha uzun bulundu. Adamson ve arkadaşlarının beslenme problemi bildirilen 96 çocuk ile normal beslenen 105 çocuğun öğün sürelerini kıyasladığı çalışmasında, gözlemlenen ortalama öğün uzunlukları çalışmamızla benzer şekilde, beslenme sorunu olanlarda (21,8 dakika), beslenme sorunu bildirilmeyenlere göre (19,8 dakika) daha uzun saptanmış ve beslenme sorunu olan çocukların ebeveynlerinin 30 dakikanın üzerindeki öğün süresini bir sorun olarak bildirdiği görülmüştür (121). Bu sonuçlar, ideal bir öğün süresinin 20 ila 30 dakika olması gerektiğini belirten önceki araştırmalarla tutarlıdır (122). Erken çocukluk çağıyla ilgilenen hekimlerin öğün süresini sorgulaması klinik pratiklerinde önem arz etmektedir.

Anneleri tarafından beslenme sorunu tarif edilen çocukların %33,3'ünde besinler konusunda seçicilik olduğu belirtilirken, Marchi ve Cohen'in yaptıkları çalışmada saptanan %27'lik oranın üzerinde görüldü (123).

Çalışmamızda, beslenme sorunu olanlarda öğün sırasında dikkat dağıtıcı unsurların daha fazla kullanılmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Bakım verenlerin bebek besleme ve bakım etkileşimleri sırasında teknolojik cihaz kullanımı ve dijital medyayla etkileşimi hakkında sınırlı veri mevcut olmasına rağmen, Golen ve arkadaşlarının araştırması besleme sırasında televizyon izleme veya telefon kullanımının %83 oranında yaygın olduğunu ortaya koymuştur (124). Çalışmamızda

bu durum %68,8 olarak katılımcıların çoğunda gözlenmiştir. Bu durum annelerin bebeklerini beslerken dijital medya kullanımının hem annenin bebek ipuçlarına duyarlılığı ve tepki vermesini, hem de bebeklerde öğün hızı gibi beslenme davranışlarını olumsuz yönde etkilediği şeklinde açıklanmaktadır (125).

Çalışmamızda, beslenme sorunu tarif edilen çocukların annelerinde EPDS puanı ortalaması (6.1 ± 5.1), beslenme sorunu olmayanlara göre (4.6 ± 5.3) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, annenin depresif semptom sıklığının beslenme etkileşimlerindeki önemini göstermesi açısından dikkate değerdir ve çalışmamızın önemli çıktılarından biridir. Literatürde, annedeki kaygı ve depresyon belirtileri, daha az duyarlı ve daha fazla müdahaleci beslenme uygulamalarının (örneğin, çocuğun yemek yemesini sağlamak için kontrol veya baskı kullanımı) artışıyla ilişkilendirilmiştir (126). Schwarze ve arkadaşlarının, bebeğin öz düzenlemesinde perinatal dönemde annenin depresif semptomlarının oynadığı rolünün incelendiği ve 225 anne bebek çiftinin yer aldığı çalışmasında, annenin duygulanım belirtileri, "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği", "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ve "Revize Edilmiş Gebelikle İlgili Kaygı Anketi" kullanılarak beş doğum öncesi ve üç doğum sonrası zaman noktasında incelenmiş; bebeğin öz düzenlemesi ise "Ağlama, Beslenme, Uyku Ölçeği" kullanılarak üç ve altı aylıkken iki kez değerlendirilmiştir. Annenin gebeliğe özgü kaygısı, bebek üç aylıkken, annenin doğum sonrası depresif durumu ve kaygı belirtilerini dahil ettikten sonra bile güçlü bir belirleyici olmuştur ve bebek beslenme sorunlarının %18,3'ünü açıkladığı öngörülmüştür. Doğumdan sonra annenin subklinik kaygı ve depresyon semptomları, bebeğin ağlama ve uyku sorunlarından ziyade beslenmeyle daha ilişkili olma eğiliminde bulunmuştur (127). Helle ve arkadaşlarının, anne ruh sağlığı ile ilk 2 yaştaki çocukların aile öğün sıklığının ilişkisini incelediği çalışmada, Hopkins Semptom Kontrol Listesi (SCL-8) ile ölçülen kaygı ve depresyon puanları daha yüksek olan annelerin çocuklarında, 12 ve 24 aylık dönemlerin her ikisinde, haftada 5'ten az birlikte öğün olarak tanımlanan "düzensiz aile yemeği yeme" olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum yorgun hissetme, suçluluk duygusu gibi yaygın depresif belirtilerin, yemeklerin planlanması ve hazırlanması için gerekli zaman ve çabaya engel olmasıyla açıklanmıştır (116). Leerkes ve arkadaşlarının, anne depresyonu, uyku sorunları ve bebek mizacının, erken çocukluk döneminde yatıştırmaya yö-

nelik besleme davranışıyla ilişkisini incelediği 176 annenin yer aldığı çalışmada, annede uyku sorunlarının sık görülmesi, diğer tüm ana etkilerden bağımsız bir ana etki olarak, yatıştırmak için daha fazla beslemeyle ilişkilendirilmiş ve uyku sorunlarının depresyonu öngörmede, birden fazla stres kaynağına sahip anneler açısından büyük bir rol oynadığını göstermiştir. Anne yorgunluğu, kalıcı bir stres etkeni olarak, ebeveynlik yapmak için gerekli farkındalık düzeyini düşürmektedir (128).

Annenin doğum sonrası depresyonu veya kaygısı da dahil olmak üzere birincil bakım veren olarak ruh sağlığıyla ilişkili sorunları nedeniyle anne-bebek arasındaki ortak düzenleme bozulabilir. Bu durum, bebekte aşırı ağlama, beslenme ve uyku sorunlarına yol açarak çift yönlü bir etkileşim problemini düşündürür (127). Araştırmamız kesitsel olduğundan nedene yönelik bir çıkarım yapmak mümkün değildir. Ancak anne-çocuk çiftinin iki taraflı ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, çocuklardaki mizaç özelliklerinin annede olumsuz davranışlara ve depresif belirtilere yol açması; annenin kişiliği ve duygulanım durumunun da aralarındaki etkileşim kaynaklı çocukta davranış ve düzenleme sorunlarına yol açması beklenebilir. Bu sebeple, küçük çocuklarda beslenme sorununa yaklaşımda annenin depresif bulguları değerlendirilmeli ve ruh sağlığının iyileştirilmesi amaçlardan biri olmalıdır. Araştırmamızda kaygı puanları arasında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamış olmakla birlikte, örneklem sayısının bu tür bir ilişkiyi ön görmek açısından düşük olduğu değerlendirildiğinde, ileri araştırmalarda annelerde hem depresyon hem kaygı bulgularının çocuklarda beslenme bozukluğuyla ilişkisinin daha geniş örneklemlerde incelenmesi ve klinik değerlendirmelerde dikkate alınması önemlidir.

Duyarlı besleme, ebeveynlerin çocukların taleplerine uyum sağlayarak, onları destekleyerek, bireyselliklerini ve özgüvenlerini ne ölçüde geliştirdiklerini ifade eden bir kavramdır (129). Çocuğun ne yaptığını dikkatle takip eden, ihtiyaçlarına ve duygularına karşılık veren bir etkileşimi içermektedir. Araştırmamızda, beslenme sorunu olmayanlarda "Anne-bebek karşılıklığı" alanındaki alt ölçek puanları, beslenme sorunu olanlara kıyasla yüksek saptanmıştır ve bu durum araştırmamızın en anlamlı sonuçlarından biridir. Buna göre, beslenme sorunu olmayanlarda; öğün esnasında anne sıklıkla memnuniyet gösterir, neşeli görünür, olumlu ifadeler kullanır, bebekle konuşur, etkileşimi bebeğin başlatmasını bekler ve buna uygun pozisyon verir, bebek de

anneye bakar ve gülümser. Mentro ve arkadaşlarının tanımladığı olumlu beslenme etkileşiminde; çocuğun beslenirken anne ile göz teması kurması, annenin hoş ifadeler kullanması, memnuniyet göstermesi, gülümsemesi, bebeğin rahat bir pozisyonda beslenmesi gibi özellikler bu karşılıklığı yansıtmaktadır (130). 7-24 ay arası 157 çocuk ve annelerinin dahil edildiği Hodges ve arkadaşlarının çalışmasında da duyarlı olan annelerin çocuğun beslenme ipuçlarına daha fazla tepki gösterdiği ve beslenme sırasında gözlemlenen bu annelerin çocuklarının da benzer şekilde yüksek oranda olumlu tepkiler verdiği görülmüştür (58).

Annenin psikopatoloji riskinin, beslenme etkileşiminin kalitesini (farklı ipuçlarına duyarlılık, kolaylaştırma ve karşılıklılık gibi yönleri üzerinde) olumsuz etkilediği hipotezine dayanılarak yapılan Ballarotto ve arkadaşlarının çalışmasında 150 İtalyan anne-çocuk ikilisi laboratuvarda gözlenmiş ve beslenme etkileşimi sırasında 20 dakika boyunca videoya kaydedilmiştir. Anneler, mevcut psikolojik semptom durumlarının ve çocuklarının duygusal-davranışsal işleyişinin değerlendirilmesi için öz bildirim anketlerini doldurmuşlardır (131). Buna göre, düşük ağırlıklı çocuklar ve anneleri arasındaki beslenme etkileşimleri, kontrol grubuna kıyasla daha uyumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu çocuklar, daha az özerklik ve iş birliği ipuçlarını göstermiştir ve bu grubun anneleri de çocukların taleplerine ilişkin işaretlere daha az duyarlı bulunmuştur. Bu sonuç, çocuğun yeme güçlüklerinde anne-çocuk ilişkisinin anahtar rolünü vurgulamaktadır (132).

Çalışmamızda, öğün videolarının Chatoor Beslenme Ölçeği'ne göre analizinde "Anne-bebek çifti karşılıklığı" puanı beslenme sorunu olmayanlarda daha yüksek bulundu. "Anne-bebek çifti çatışması", "Konuşma ve dikkat dağıtma", "Kontrol etmek için mücadele" alanları ise beslenme sorunu olanlarda anlamlı olarak daha sık gözükmekteydi. Çeşitli araştırmalarda, İnfantil Anoreksili çocukların annelerinin, çocuklarıyla beslenme etkileşimleri sırasında daha fazla çatışma ve kontrol mücadelesi sergiledikleri saptanmıştır (74, 132, 133). Anneler beslenme bağlamında öngörülemez, daha müdahaleci ve zorlayıcı olduğunda, açlık ve tokluk sinyallerini tanıyamadığında, erken beslenme bozukluklarının daha yüksek bir sıklıkta olduğu görülmüştür (134). Irene Chatoor'un çalışmasında, yeme bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin artmış müdahaleci, kontrolcü davranış ve ikili çatışma ile karakterize olduğu gösterilmiştir (135). Araştırmamızda, beslenme sorunu beyan edilenler arasında düşük

ağırlıklı çocuk sayısının %17,2 oranında az olması değerlendirmede dikkate alınmalıdır.

Çalışma örneklemimizde yeni yapılan faktör analizine göre, 3 madde çıkarılarak 43 madde ve 4 alt ölçekten oluşan Türkçe versiyonda, "Anne-bebek çatışması" ve "Duyarlı olmayan beslenme" alanlarındaki puanlar, beslenme sorunu olanlarda daha yüksek bulundu. "Anne-bebek çifti karşılıklığı" beslenme sorunu olmayanlarda daha sık gözükmekteydi. "Kontrol etmek için mücadele" alt ölçeğinde ise iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Ammaniti ve arkadaşlarının, 1-36 ay arasındaki, 122 beslenme bozukluğu tanılı, 211 normal gelişim gösteren toplam 333 çocuğun yer aldığı, Beslenme Ölçeği'nin 40 maddeli İtalyanca versiyonunun uygulandığı çalışmasında "annenin ve çocuğun olumsuz duygulanım durumu", "etkileşimsel çatışma", "çocuğun yemek reddetme davranışları" alanlarında, beslenme sorunu olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek alt ölçek puanları bulunmuştur (132). Dokuz temel alt ölçeğe göre puanlanan öz bildirim envanteri Semptom Kontrol Listesi-90'a göre, beslenme bozukluğu olan çocukların annelerinde, "kaygı, depresyon ve düşmanlık" alt ölçeklerinde anlamlı bir grup etkisi görülmüştür. Beslenme bozukluğu grubundaki anne-çocuk ikililerinde, annelerin üzüntü, duygusal kopukluk ve sıkıntı gibi daha fazla olumsuz duygulanımın yanı sıra çocuğun iletişim sinyallerini okuma ve bunlara uyum sağlama konusunda daha düşük yetenekler gösterdikleri ve iletişim alışverişlerinde daha fazla çatışma yaşandığı gözlenmiştir.

Erken beslenme bozukluklarının klinik değerlendirmesinde, tanı ve tedavi için organik, psikolojik ve ilişkisel faktörleri dikkate alan global ve bütüncül bir model önem arz etmektedir. Beslenme sorunlarının çözümüne katkı sağlamak amacıyla önleyici ve geliştirici müdahalelerden yararlanılabilir. Çalışmamızı temellendirdiğimiz Beslenme Ölçeğinde yer alan alt faktörlerin belirlenmesi ve anne-bebek arasındaki etkileşimin türüne göre gerekli yönlendirmelerin yapılması bu noktada yönlendirici olabilir. Ailelere yönelik müdahaleler, beslenme ilişkisi etrafındaki ebeveyn-çocuk etkileşimine odaklanması nedeniyle kritik öneme sahiptir. Yemek yemeye ilgi duymayan küçük çocukların daha sonraki dönemde bilişsel gelişimlerinin araştırıldığı yeni bir çalışmada müdahalenin birincil hedefinin, çocuğun kilo alımı değil, beslenme ilişkisi etrafındaki ebeveyn-çocuk çatışmasına yönelmek olduğu belirtilmiştir (136).

Globus ve arkadaşlarının çalışmasında müdahale yöntemi olarak bir eğitim programı uygulanmıştır. Katı gıdaya geçiş aşamasında olumlu beslenme tutumları ve iyi bir beslenme ilişkisi oluşturmak amacıyla, 8 ila 12 kişilik küçük alt gruplar halinde 2 saatlik dört eğitim oturumu düzenlenmiştir (6). Ayrıca internet tabanlı bir destek forumu oluşturulmuş ve bebekler 12 aylık olana kadar annelerin ihtiyaçları doğrultusunda yazılı bilgi vermiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, müdahale eğitimi alan annelerin, bebeklerin etkileşimi başlatması için daha fazla bekledikleri, bebeklerin yiyecek alımı veya tercihleri hakkında daha az olumsuz ifadede bulundukları ve bebeklerin beslenme sürecini yönlendirmesine izin verdikleri, bebek ipuçlarına daha iyi dikkat ettikleri görülmüştür. Eğitim modelleri, beslenme sorunlarını azaltmadaki katkıları ve etkileşimi iyileştirmesi yönüyle gelecek çalışmalar için de faydalı olabilir. Anne-bebek etkileşimini kontrol, müdahale, çatışma gibi olumsuz ebeveynlik davranışları üzerinden etkileyen faktörler tespit edildiğinde, araştırma bulgularımız ülkemizde oluşturulacak eğitim modellerine katkı sağlayabilir.

Videoların Beslenme Ölçeği analizinde, Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı düşük bulunan maddelerde olumsuz davranışların sıklıkta olduğu görülmüştür. Çalışma örneklemimizde, düşük ağırlıklı çocuk sayısının azlığı ve ciddi beslenme sorununun olmadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu durum anlamlı sonuçları etkilemiş olabilir. Ayrıca, anneler video çekimleri sırasında normalde sergiledikleri olumsuz tutumları yansıtmamış olabilir ancak bu durum, video ile yürütülen tüm çalışmaların ortak sorunudur. Bununla birlikte, ev ortamında kayıt almanın bir öğünü en doğal haliyle yansıtması gibi avantajlar da bulunmaktadır. Wei ve arkadaşlarının, 162 okul öncesi Çinli çocuğun yer aldığı çalışmasında, "küçük çocuklarda anne ebeveynlik davranışları ile yürütücü işlevler arasındaki ilişkide ölçüm yöntemlerinin etkisi" incelenmiştir (137). Kullanılan çok yöntemli yaklaşım modeline göre, anne davranışları (gözlemsel ve öznel) ile çocukların yürütücü işlevleri (performansa dayalı ve ebeveyn tarafından bildirilen) arasında herhangi bir korelasyon bulunmadığı gösterilmiştir. Zahidi ve arkadaşlarının, Atlanta'da uyuşturucu tedavisi gören 133 ebeveyn ile yürüttükleri bir başka çalışmada, 2 farklı öz bildirim anketi ve 3 farklı gözlemsel araç kullanılarak, ebeveynlik davranışları "duygulanım ve katılım" açısından değerlendirilmiş ve aralarında bir ilişki bulunmamıştır (138). Her iki ölçüm yönteminin de metodolojik avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Anketler, ebeveynlerin çeşitli durumlarda ve zaman

içindeki davranışlarına ilişkin çoktan seçmeli değerlendirmeleri içerir. Ebeveyn yanıtları "hatırlama", "algı" ve "sosyal arzu edilirlik" önyargılarından zarar görebilir ve bu bir yanlılık oluşturur (138). Buna karşılık gözlem daha objektif olduğundan "altın standart" kabul edilir, daha az yanlılık içerir ancak zaman alıcı ve eğitimli personel gerektiren bir yöntemdir ve gözlemci etkisinden zarar görebilir (139). Ebeveynlik davranışları çocuk sağlığı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğundan, bu becerileri gerçekçi bir şekilde değerlendirmek kritik bir öneme sahiptir. Aralarında bir korelasyon bulunmamasına rağmen, öznel raporlar daha kolay ve etkili görünmekle birlikte, gözlemsel yöntemlerin daha geçerli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, "Kısa Bebek Uyku Anketi" uygulanarak, katılımcı çocukların uyku süreleri, alışkanlıkları ve rutinleri incelendiğinde, gece toplam uyku süresi beslenme sorunu olanlarda 573.5 (± 65.9) dakika, beslenme sorunu olmayanlarda 600 (± 65.9) dakika olarak bulundu. Uyku başlangıcı sonrası uyanık kalma süresi çalışma grubunda 30.6 (± 22.5) dakika, kontrol grubunda 29.5 (± 27.4) dakika olarak saptandı. Gece boyunca uyanıklık sayısı beslenme sorunu tarif edilenlerde 2.2 ±1.2, tarif edilmeyenlerde ise 2.1±1.3 olarak bulundu. Boran ve arkadaşlarının "Kısa Bebek Uyku Anketi'nin genişletilmiş versiyonunun Türkçeye çevirisi ve bebeklere uygulanması çalışmasında, uyku başlangıcı sonrası uyanık kalma süresi 15 dakika, gece uyanma sıklığı 3 kez olarak belirtilmiştir, gece toplam uyku süresi 570 dakika ile çalışmamız sonuçları ile uyumludur (111). Beslenme sorunu olanların %28,6'sında, beslenme sorunu olmayanların %25,7'sinde uyku sorunu görülmekteydi ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Her gece uyku vakti rutini oluşturma sıklığı çalışmamızda %35,1 iken bu sonuç, literatürdeki Türk çocukları verilerine göre (%62,8) daha düşüktür (111).

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), sağlığı geliştirmek, uyku sorunlarını önlemek ve yönetmek için ebeveynlerin bebeklik ve çocukluk döneminde uykuyu teşvik eden bir ortam, yatma vakti rutini ve iyi uyku hijyenini teşvik etmesini önermektedir (140). Erken çocukluk, uyku davranışı ve öz düzenlemenin geliştiği bir dönem olduğundan, uyku sorunları bu yaş grubunda yaygındır ve çift yönlü bir modelle düzenleme sorunlarının nedeni, sonucu veya her ikisi olabilir. Bebeğin mizaç özellikleri, daha olumlu ebeveynlik davranışları, daha yüksek ekonomik kaynaklar gibi faktörler öz dü-

zenlemenin gelişimine katkıda bulunmaktadır (141). Anders'in çalışmasında, zor beslenme kalıplarının anne ile bebek arasındaki olumsuz ilişkileri yansıtabileceği ve bunun da uyku-uyanıklık düzenini etkileyebileceği öne sürülmüştür (142).

Araştırmamızın sonuçları sınırlılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Anne çocuk çifti videolarının sayısı yeterli olsa da süre açısından kısıtlılığı gibi etkenler bu bağlamda önem arz etmektedir. Katılımcı sayısının artırılması, dahil edilen her anne-çocuk çifti videosunun ideal süre, düzgün kadrajda bulunma, çekim yöntemi gibi özellikleri standart bir şekilde sağlaması ileride yapılacak araştırmaların kalitesini iyileştirebilir. Beslenme sorununun anne beyanına dayalı olması kısıtlılıklardan biri olmakla birlikte, çalışmaya dahil edildikten sonra, beslenme bozukluklarının klinik sınıflaması araştırmacılar tarafından objektif kriterlere göre teyit edilmiştir. Ayrıca gözlemciler arası güvenilirlik ölçütünün yüksek olması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

Çalışmamız, değerlendirici iki çocuk hekimi arasındaki yüksek uyum göz önünde bulundurulduğunda, Türk çocuklarında beslenme sorunlarına objektif yaklaşımda gözlemsel bir yöntemin kullanılabileceğine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda 43 madde ve 4 alt ölçek belirlenmiştir. Beslenme sorunu olanlarda annenin depresif semptomlarının sık olduğunun belirlenmesi, ikili etkileşimde annenin ruh sağlığının neden veya sonuç olmasından bağımsız önemli bir etken olduğu desteklemektedir. Beslenme sorunu tariflenen küçük çocuklara yapılacak müdahaleler çocuğun ağırlığına odaklanmak yerine, anne-çocuk karşılıklığının artırılmasına ve anne-çocuk arasındaki çatışmanın azaltılmasına yönelik olmalıdır. Çocukluk çağının, sağlık hizmetlerine en sık başvuru sebeplerinden biri olan beslenme ilişkili sorunların anne-çocuk arasındaki bu etkileşimler çerçevesinde değerlendirilmesi klinik pratikte katkı sağlayacak bir yaklaşımdır.

# 6. SONUÇLAR

1. Çalışma grubuyla kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından bakıldığında, kız cinsiyet beslenme sorunu olanlarda daha yüksek sıklıkta (p=0.005) rastlandı.
2. Çalışma grubunda anne eğitim süresi (p= 0.012) ve baba eğitim süresi (p=0.036) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha kısa olup diğer sosyo demografik özelliklerde anlamlı farklılık gözlenmedi.
3. Beslenme sorunu olan çocukların aileleri çocukların büyümesi açısından anlamlı bir şekilde daha kaygılı bulundu (p<0.001).
4. Beslenme sorunu olan grupta anne sütü alım süresi daha kısa olmakla birlikte anlamlı bir fark izlenmedi. (p=0.430)
5. Beslenme sorunu olan grupta, öğün süresi anlamlı olarak daha uzun bulundu. (p=0.027). Beslenme sorunu olan çocukların 28'i (%66,7), kontrol grubunun 22'sinin (%62,9) 6. ay itibariyle tamamlayıcı beslenmeye geçebildiği görüldü. Beslenme sorunu tarif edilen çocuklarda (%60,4) olmayanlara göre (%39,6) daha yüksek oranda formül süt kullanıldığı belirlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p=0.183)
6. Anneleri tarafından beslenme sorunu tarif edilen çocukların %33,3'ünde besinler konusunda seçicilik olduğu, %9,5'inde de pürtüklü gıdalar konusunda sorun yaşadıkları belirtildi.
7. Ev dışında yemek yedirmede zorlanma çalışma grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı. (p=0.025). Dikkat dağıtıcı kullanımı (oyuncak, tablet-telefon vb.) çalışma grubunda daha sık olmakla birlikte, anlamlı bir fark izlenmedi.
8. Katılımcıların uyku alışkanlıklarında ebeveyn ile oda paylaşımı %81,8 olarak çoğunlukta bulundu. Kendi odasında uyuma oranı, beslenme sorunu olmayan bebeklerde (%22,9) olanlara göre (%9,5) daha yüksek görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Beslenme sorunu olmayan çocukların oyun oynayarak uykuya geçebildiği (p=0.012), uyandığında anne tarafından ovup-okşanarak uykuya dönebildiği (p=0.025) ve kendi beşiğinde, odada bir ebeveyn ile uyuyabildiği (p=0.022) istatistiksel açıdan anlamlı görüldü. Tipik bir hafta içinde aynı yatma zamanı rutinine sahip olmada iki grup arasında fark izlenmedi.
9. Uyku öncesi rutinlerinde biberon ile veya emerek uyuma %67,5 ile en yüksek sıklıkta görüldü. Bunu kitap okuma (%37,7) ve sallanma (%31,4) takip etti. Bu rutinlerde, çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmedi.

10. Beslenme sorunu olanların %28,6'sında, beslenme sorunu olmayanların %25,7'sinde uyku sorunu görülmekteydi ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p=0.779)
11. Beslenme sorunu tarif edilen grupta, gece toplam uyku süresi (573,5 dakika) ve gece iki uyanma arası en uzun uyku süresi (357,1 dakika) kontrol grubuna göre daha kısa bulundu ancak aralarında anlamlı bir fark izlenmedi. Çalışma grubunda gece uyanma (2.2 kez) ve gündüz kestirme (1.5 kez) görülmekteydi ve bu sayılar kontrol grubuyla benzerdi.
12. Beslenme sorunu olan çocukların annelerinde EPDS puanı ortalaması 6.1 (± 5.1) olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0.034). YAB puanı (p=0.988) ve DSBÖ puanı (p=0.514) açısından anlamlı fark bulunmadı.
13. Annede depresyon semptomlarının sıklığı ile duyarlı beslenme davranışlarının etkilenmesini incelemek üzere yapılan korelasyon analizine göre, EPDS puanı arttıkça, çalışma örnekleminde "Anne-Bebek çifti karşılıklığı" azalmaktaydı.
14. Beslenme sorunu olan çocukların babalarının bebek bakımına katılımı incelendiğinde, bebeğin banyosunu yaptırma, bez değişimine yardım etme, kitap okuma sıklıklarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görüldü.
15. Chatoor Beslenme Ölçeği'ndeki 46 maddenin 4'ünde değerlendiriciler arası %100 uyum sağlandı, 36'sında güven aralığı çok iyi (ICC: 0,81–1,0), 4'ünde iyi (ICC:0,61-0,80) olarak bulundu. Beş alt ölçekte de iki değerlendirici arası uyumun güven aralığı çok iyi (ICC: 0,81–1,0) olarak bulundu.
16. İki değerlendirici arasında varılan uzlaşıya göre yapılan video analizlerinde, "Anne-bebek çifti karşılıklığı" puanı beslenme sorunu olmayanlarda daha yüksek (p=0.004) bulundu. "Anne-bebek çifti çatışması" (p=0.028), "Konuşma ve dikkat dağıtma" (p=0.044), "Kontrol etmek için mücadele" (p=0.039) alanları ise beslenme sorunu olanlarda anlamlı olarak daha sık gözükmekteydi.
17. Çalışma örneklemimizde yeni yapılan faktör analizine göre 43 madde ve 4 alt ölçekten oluşan Türkçe versiyonda iki grup kıyaslandığında, "Anne-bebek çatışması" (p=0.013) ve "Duyarlı olmayan beslenme" (p=0.035) alanlarındaki puanlar, beslenme sorunu olanlarda daha yüksek bulundu. "Anne-bebek çifti karşılıklığı" ise beslenme sorunu olmayanlarda daha sık gözükmekteydi (p=0.005).

# 7. KAYNAKÇA


1. Chatoor I, Sechi C, Vismara L, Lucarelli L. A cross-sectional study of father-daughter/son interactions from 1 Month to 3 years of age with the feeding and play scales: Exploring the psychometric properties. Appetite. 2022;168:105671.
2. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Jr., Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015;135(2):344-53.
3. Santona A, Tagini A, Sarracino D, De Carli P, Pace CS, Parolin L, et al. Maternal depression and attachment: the evaluation of mother-child interactions during feeding practice. Front Psychol. 2015;6:1235.
4. Meadows N. Assessment and management of feeding difficulties in infants. Community Pract. 2015;88(2):45-7.
5. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:274.
6. Globus I, Latzer Y, Pshetatzki O, Shani Levi C, Shaoul R, Elad I, et al. Effects of Early Parent Training on Mother-Infant Feeding Interactions. J Dev Behav Pediatr. 2019;40(2):131-8.
7. Dharmaraj R, Elmaoued R, Alkhouri R, Vohra P, Castillo RO. Evaluation and Management of Pediatric Feeding Disorder. Gastrointestinal Disorders. 2023;5(1):75-86.
8. Sağlıklı Beslenme İlkeleri. In: Gökçay Gülbin BU, editor. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi2017. p. 237-40.
9. Anne Sütü ile Beslenme. In: Gökçay Gülbin BU, editor. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi2017. p. 253-63.
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90.
11. Melo AI, Hoffman KL. Editorial: Role of hormones and bioactive components in breast milk on development of metabolic, neural and behavioral systems in offspring. Front Endocrinol (Lausanne). 2023;14:1261078.

12. Walter MH, Abele H, Plappert CF. The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. Front Endocrinol (Lausanne). 2021;12:742236.
13. Jansen J, de Weerth C, Riksen-Walraven JM. Breastfeeding and the mother–infant relationship—a review. Developmental review. 2008;28(4):503-21.
14. Anne Sütü ile Beslenmenin Korunması. In: Gökçay Gülbin BU, editor. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi2017. p. 263-72.
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara Tr. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019.
16. Anne Sütü ile Beslenmenin Yaygınlaştırılması ve Desteklenmesi. In: Gökçay Gülbin BU, editor. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi2017. p. 272-84.
17. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK, Daniels S, Corkins M, Golden NH, Kim JH, et al. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. Pediatrics. 2018;141(2).
18. Tamamlayıcı Beslenme. In: Gökçay Gülbin BU, editor. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi2017. p. 295-304.
19. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):Cd006462.
20. Campoy C, Campos D, Cerdó T, Diéguez E, García-Santos JA. Complementary feeding in developed countries: the 3 Ws (when, what, and why?). Annals of Nutrition and Metabolism. 2018;73(Suppl. 1):27-36.
21. Pridham KF. Feeding behavior of 6- to 12-month-old infants: assessment and sources of parental information. J Pediatr. 1990;117(2 Pt 2):S174-80.
22. Immunologic I. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods. 2001.
23. Organization WH. World health assembly resolution: Infant and young child nutrition. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2001.
24. Samady W, Campbell E, Aktas ON, Jiang J, Bozen A, Fierstein JL, et al. Recommendations on Complementary Food Introduction Among Pediatric Practitioners. JAMA Netw Open. 2020;3(8):e2013070.

25. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. Geneva: World Health Organization Copyright © 2009, World Health Organization.; 2009.
26. Rosário Filho N. [Early introduction of food to prevent food allergy. The LEAP study (Learning Early about Peanut)]. Rev Paul Pediatr. 2015;33(4):493-4.
27. Aksoy AG, Boran P, Karakoc-Aydiner E, Gokcay G, Tamay ZU, Devecioglu E, et al. Prevalence of allergic disorders and risk factors associated with food allergy in Turkish preschoolers. Allergol Immunopathol (Madr). 2021;49(1):11-6.
28. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008;46(1):99-110.
29. Jones AD, Ickes SB, Smith LE, Mbuya MN, Chasekwa B, Heidkamp RA, et al. World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: a synthesis of recent findings. Matern Child Nutr. 2014;10(1):1-17.
30. BORAN P, AKTAÇ Ş. Diversity and Nutrient Composition of the Diets of Breastfed Infants. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics. 2018;27(1).
31. Kleinman RE, Greer FR, Nutrition AAoPCo. Pediatric nutrition: American Academy of Pediatrics Elk Grove Village, IL; 2014.
32. Engelmann MD, Sandström B, Michaelsen KF. Meat intake and iron status in late infancy: an intervention study. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 1998;26(1):26-33.
33. Krebs NF. Update on zinc deficiency and excess in clinical pediatric practice. Ann Nutr Metab. 2013;62 Suppl 1:19-29.
34. Pan L, Li R, Park S, Galuska DA, Sherry B, Freedman DS. A longitudinal analysis of sugar-sweetened beverage intake in infancy and obesity at 6 years. Pediatrics. 2014;134 Suppl 1(Suppl 1):S29-35.
35. American Academy of Pediatrics Committee 6. on Nutrition. Complementary feeding. In: Kleinman RE, Greer FR eds. Pediatric nutrition. 7th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2014. p.123-39.

36. Otten J, Hellwig J, Meyers L. Institute of medicine dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
37. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. Food Nutr Res. 2013;57.
38. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;64(1):119-32.
39. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB. Breastfeeding handbook for physicians: American Academy of Pediatrics; 2013.
40. Yalçın SS, Tezel B, Yurdakök K, Pekcan G, Ozbaş S, Köksal E, et al. A community-based iron supplementation program,"Iron-Like Turkey", and the following prevalence of anemia among infants aged 12-23 months. Turk J Pediatr. 2013;55(1):16-28.
41. Institute of Medicine Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D, Calcium. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB, editors. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright © 2011, National Academy of Sciences.; 2011.
42. Mutlu GY, Hatun Ş. Use of vitamin D in children and adults: frequently asked questions. Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology. 2018;10(4):301.
43. Yesiltepe Mutlu G, Ozsu E, Kalaca S, Yuksel A, Pehlevan Y, Cizmecioglu F, et al. Evaluation of vitamin D supplementation doses during pregnancy in a population at high risk for deficiency. Horm Res Paediatr. 2014;81(6):402-8.
44. Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, et al. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(2):394-415.

45. Halicioglu O, Sutcuoglu S, Koc F, Ozturk C, Albudak E, Colak A, et al. Vitamin B12 and folate statuses are associated with diet in pregnant women, but not with anthropometric measurements in term newborns. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(9):1618-21.
46. Koc A, Kocyigit A, Soran M, Demir N, Sevinc E, Erel O, et al. High frequency of maternal vitamin B12 deficiency as an important cause of infantile vitamin B12 deficiency in Sanliurfa province of Turkey. Eur J Nutr. 2006;45(5):291-7.
47. Boran P, Yildirim S, Karakoc-Aydiner E, Ogulur I, Ozen A, Haklar G, et al. Vitamin B12 deficiency among asymptomatic healthy infants: its impact on the immune system. Minerva Pediatrics. 2016;73(1):59-66.
48. Boran P, Baris HE, Kepenekli E, Erzik C, Soysal A, Dinh DM. The impact of vitamin B12 deficiency on infant gut microbiota. Eur J Pediatr. 2020;179(3):385-93.
49. Kull I, Bergström A, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Fish consumption during the first year of life and development of allergic diseases during childhood. Allergy. 2006;61(8):1009-15.
50. Parolini C. Effects of fish n-3 PUFAs on intestinal microbiota and immune system. Marine drugs. 2019;17(6):374.
51. Dewey K. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. 2003.
52. Tanzi MG, Gabay MP. Association between honey consumption and infant botulism. Pharmacotherapy. 2002;22(11):1479-83.
53. Use EMAEoMfH. Committee on Herbal Medicinal Products, Assesment Report on Foeniculum Vulgare Miller London; 2008.
54. Baldassarre ME, Panza R, Farella I, Posa D, Capozza M, Mauro AD, et al. Vegetarian and Vegan Weaning of the Infant: How Common and How Evidence-Based? A Population-Based Survey and Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13).
55. Phalen JA. Managing feeding problems and feeding disorders. Pediatrics in Review. 2013;34(12):549-57.
56. Nicklaus S. The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life. Ann Nutr Metab. 2017;70(3):241-5.

57. Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. Nutrients. 2012;4(8):859-74.
58. Hodges EA, Johnson SL, Hughes SO, Hopkinson JM, Butte NF, Fisher JO. Development of the responsiveness to child feeding cues scale. Appetite. 2013;65:210-9.
59. DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2011;35(4):480-92.
60. Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. J Nutr. 2011;141(3):495-501.
61. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? Int J Behav Nutr Phys Act. 2008;5:15.
62. Complementary Feeding. In: Ronald E. Kleinman FRG, editor. Pediatric Nutrition. 82018-2019. p. 163-86.
63. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. Pediatrics. 1994;93(2):271-7.
64. Remy E, Issanchou S, Chabanet C, Nicklaus S. Repeated exposure of infants at complementary feeding to a vegetable puree increases acceptance as effectively as flavor-flavor learning and more effectively than flavor-nutrient learning. J Nutr. 2013;143(7):1194-200.
65. Migraine A, Nicklaus S, Parnet P, Lange C, Monnery-Patris S, Des Robert C, et al. Effect of preterm birth and birth weight on eating behavior at 2 y of age. Am J Clin Nutr. 2013;97(6):1270-7.
66. Caton SJ, Blundell P, Ahern SM, Nekitsing C, Olsen A, Møller P, et al. Learning to eat vegetables in early life: the role of timing, age and individual eating traits. PLoS One. 2014;9(5):e97609.
67. Schwartz C, Chabanet C, Lange C, Issanchou S, Nicklaus S. The role of taste in food acceptance at the beginning of complementary feeding. Physiol Behav. 2011;104(4):646-52.
68. Ronald E. Kleinman M, FAAP Editor, Frank R. Greer M, FAAP Editor. AAP Pediatric Nutrition 8th Edition, page 182. 2018-2019.

69. Ramchandani PG, Domoney J, Sethna V, Psychogiou L, Vlachos H, Murray L. Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(1):56-64.
70. Vollmer RL, Mobley AR. Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. Appetite. 2013;71:232-41.
71. Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature. Eat Behav. 2004;5(2):103-15.
72. Stein A, Woolley H, Murray L, Cooper P, Cooper S, Noble F, et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. Br J Psychiatry. 2001;179:157-62.
73. 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.
74. Lucarelli L, Ambruzzi AM, Cimino S, D'Olimpio F, Finistrella V. Feeding disorders in infancy: an empirical study on mother-infant interactions. Minerva Pediatr. 2003;55(3):243-53; 53-9.
75. Blissett J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. Appetite. 2011;57(3):826-31.
76. Salvatori P, Andrei F, Neri E, Chirico I, Trombini E. Pattern of mother-child feeding interactions in preterm and term dyads at 18 and 24 months. Front Psychol. 2015;6:1245.
77. Harris G. Development of taste and food preferences in children. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2008;11(3):315-9.
78. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. Child Care Health Dev. 2000;26(1):5-16.

79. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. J Am Diet Assoc. 2004;104(1 Suppl 1):s57-64.
80. Malnutrition, Undernutrition, Failure to Thrive. In: Ronald E. Kleinman FRG, editor. American Academy of Pediatrics, Pediatric Nutrition2018-2019.
81. Larson-Nath C, St Clair N, Goday P. Hospitalization for Failure to Thrive: A Prospective Descriptive Report. Clin Pediatr (Phila). 2018;57(2):212-9.
82. WHO U. The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030. Discussion Paper. Geneva; 2018.
83. Organization WH. Catalogue of health indicators: a selection of important health indicators recommended by WHO programmes. World Health Organization; 1996.
84. Türk Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği, Çocuklarda Malnütrisyon Tanı ve Tedavi Rehberi [Internet]. 2020.
85. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü TrBvTAtKTBT, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Ankara, Türkiye. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019.
86. Branca F, Demaio A, Udomkesmalee E, Baker P, Aguayo VM, Barquera S, et al. A new nutrition manifesto for a new nutrition reality. Lancet. 2020;395(10217):8-10.
87. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Guideline: Updates on the Management of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. Geneva: World Health Organization Copyright © World Health Organization 2013.; 2013.
88. https://data.unicef.org/topic/nutrition/child-nutrition [
89. Hecht C, Weber M, Grote V, Daskalou E, Dell'Era L, Flynn D, et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. Clin Nutr. 2015;34(1):53-9.
90. 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.

91. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. Int J Eat Disord. 2010;43(2):98-111.
92. Farrow CV, Coulthard H. Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. Appetite. 2012;58(3):842-6.
93. In: Dilara DS, editor. DC: 0-5 Erken Çocukluk ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırılması2020.
94. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47(4):95-103.
95. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. Curr Gastroenterol Rep. 2019;21(10):51.
96. Chatoor I, Harrison J, Ganiban J, Hirsch R. A diagnostic classification of feeding disorders of infancy and early childhood (poster). Prien am Chiemsee: Germany. 2000.
97. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002;11(2):163-83.
98. Chatoor I, Getson P, Menvielle E, Brasseaux C, O'Donnell R, Rivera Y, et al. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother—infant interactions in the first three years of life. Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health. 1997;18(1):76-91.
99. Chatoor I, Egan J, Getson P, Menvielle E, O'Donnell R. Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(5):535-40.
100. Chatoor I, Conley C, Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(1):105-10.
101. Irene C. Eating and nutritional disorders of infancy and early childhood. Textbook of child and adolescent psychiatry. p. 357–61. 1991.
102. I. C. Feeding and other disorders in infancy.p. 683–701. 1997.
103. Büyümenin İzlenmesi. In: Gökçay Gülbin BU, editor. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi2017. p. 43.
104. TND Mobil, Fenton Büyüme Eğrisi [Internet]. 2018.

105. Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği, 2016, https://www.ceddcozum.com/büyüme [
106. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Med Care. 2008;46(3):266-74.
107. Konkan R, Şenormanci Ö, Güçlü O, Aydin E, Sungur MZ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi. 2013;50(1).
108. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. Arch Womens Ment Health. 2006;9(5):233-42.
109. Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2014;57(4):246-51.
110. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. Pediatrics. 2004;113(6):e570-7.
111. Boran P, Ay P, Akbarzade A, Küçük S, Ersu R. Translation into Turkish of the expanded version of the “Brief Infant Sleep Questionnaire” and its application to infants. Marmara Medical Journal. 2014;27(3):178-83.
112. Ates C, Öztuna D, Genç Y. Saglik Arastirmalarinda Sinif Içi Korelasyon Katsayisinin Kullanimi/The Use of Intraclass Correlation Coefficient (ICC) in Medical Research. Türkiye Klinikleri Biyoistatistik. 2009;1(2):59.
113. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. J Chiropr Med. 2016;15(2):155-63.
114. Altman DG. Practical statistics for medical research: CRC press; 1990.
115. Hasbani EC, Félix PV, Sauan PK, Maximino P, Machado RHV, Ferrari G, et al. How parents' feeding styles, attitudes, and multifactorial aspects are associated with feeding difficulties in children. BMC Pediatr. 2023;23(1):543.
116. Helle C, Hillesund ER, Øverby NC. Maternal mental health is associated with children's frequency of family meals at 12 and 24 months of age. Matern Child Nutr. 2024;20(1):e13552.
117. Grote V, Schiess SA, Closa-Monasterolo R, Escribano J, Giovannini M, Scaglioni S, et al. The introduction of solid food and growth in the first 2 y of

life in formula-fed children: analysis of data from a European cohort study. Am J Clin Nutr. 2011;94(6 Suppl):1785s-93s.

118. Rashid V, Weijs PJM, Engberink MF, Verhoeff AP, Nicolaou M. Beyond maternal education: Socio-economic inequalities in children's diet in the ABCD cohort. PLoS One. 2020;15(10):e0240423.
119. Marshall J, Raatz M, Ward EC, Dodrill P. Use of parent report to screen for feeding difficulties in young children. Journal of paediatrics and child health. 2015;51(3):307-13.
120. Balaj M, York HW, Sripada K, Besnier E, Vonen HD, Aravkin A, et al. Parental education and inequalities in child mortality: a global systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2021;398(10300):608-20.
121. Adamson M, Morawska A, Wigginton B. Mealtime duration in problem and non-problem eaters. Appetite. 2015;84:228-34.
122. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. J Dev Behav Pediatr. 2001;22(5):279-86.
123. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29(1):112-7.
124. Golen RP, Ventura AK. What are mothers doing while bottle-feeding their infants? Exploring the prevalence of maternal distraction during bottle-feeding interactions. Early Hum Dev. 2015;91(12):787-91.
125. Ventura AK, Levy J, Sheeper S. Maternal digital media use during infant feeding and the quality of feeding interactions. Appetite. 2019;143:104415.
126. Haycraft E, Farrow C, Blissett J. Maternal symptoms of depression are related to observations of controlling feeding practices in mothers of young children. J Fam Psychol. 2013;27(1):159-64.
127. Schwarze CE, von der Heiden S, Wallwiener S, Pauen S. The role of perinatal maternal symptoms of depression, anxiety and pregnancy-specific anxiety for infant's self-regulation: A prospective longitudinal study. J Affect Disord. 2024;346:144-53.
128. Leerkes EM, Bailes LG, Eagleton SG, Buehler C, Shriver LH, Wideman L. Maternal sleep problems, depression, and infant negative emotionality are

associated with maternal feeding to soothe in early infancy. Appetite. 2022;176:106098.
129. Ozturk S, Yildiz E. The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Caregiver's Feeding Styles Questionnaire. International Journal of Caring Sciences. 2018;11(2):812.
130. Mentro AM, Steward DK, Garvin BJ. Infant feeding responsiveness: a conceptual analysis. J Adv Nurs. 2002;37(2):208-16.
131. Ballarotto G, Cerniglia L, Bozicevic L, Cimino S, Tambelli R. Mother-child interactions during feeding: A study on maternal sensitivity in dyads with underweight and normal weight toddlers. Appetite. 2021;166:105438.
132. Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. J Am Coll Nutr. 2004;23(3):259-71.
133. 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.
134. Drotar D, Eckerle D, Satola J, Pallotta J, Wyatt B. Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: a case comparison study. Child Abuse Negl. 1990;14(1):41-51.
135. Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. Cognitive and behavioral practice. 2003;10(2):138-46.
136. Chatoor I, Begtrup R, Cheng IY, Vismara L, Webb LE, Lucarelli L. Failure to thrive in toddlers with lack of interest in eating and food and their cognitive development during later childhood. Front Pediatr. 2023;11:1179797.
137. Wei W, Lu WT, Huang MM, Li Y. Revisiting the relationship between maternal parenting behaviors and executive functions in young children: Effect of measurement methods. Front Psychol. 2023;14:985889.
138. Zahidi R, Rogers JS, Guastaferro WP, Whitaker DJ. Relationship between self-report and observed parenting among parents in treatment versus not in treatment populations. Journal of the Georgia Public Health Association. 2019;7(2):112-20.

139. Gardner F. Methodological issues in the direct observation of parent–child interaction: Do observational findings reflect the natural behavior of participants? Clinical child and family psychology review. 2000;3:185-98.
140. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. Current problems in pediatric and adolescent health care. 2017;47(2):29-42.
141. Williams KE, Berthelsen D, Walker S, Nicholson JM. A developmental cascade model of behavioral sleep problems and emotional and attentional self-regulation across early childhood. Behavioral sleep medicine. 2017;15(1):1-21.
142. Anders TF. Infant sleep, nighttime relationships, and attachment. Psychiatry. 1994;57(1):11-21.

# 8. EKLER

## Ek 1. Sosyodemografik veri anketi

1. Çocuk ad soyad:
2. Çalışma ID no:
3. Anne ad soyad:
4. Baba ad soyad:
5. Çocuğunuzun doğum tarihi:
6. Güncel Boy: ( ) Kilo: ( )
7. Anketi doldurma tarihi:
8. Çocuğunuzun Cinsiyeti: kız ( ) erkek ( )
9. Gebelik haftası:
10. Doğum şekli:
11. Doğum kilosu: ( ) Doğum boyu: ( ) Baş çevresi: ( )
12. Yoğun bakım gereksinimi: var ( ) yok ( )
13. Anne yaş:
14. Anne eğitim (yıl olarak giriniz):
15. Baba yaş:
16. Baba eğitim (yıl olarak giriniz):
17. Anne meslek:
18. Anne çalışma durumu: çalışmıyor ( ) çalışıyor ( )
19. Annede depresyon:
    *Gebelik sırasında ortaya çıkan,
    * çocuk öncesinde var olan
    * ilaç kullanımı var ( ) yok ( )
20. Baba meslek:
21. Baba çalışma durumu: çalışmıyor ( ) çalışıyor ( )
22. Babada depresyon:
23. Evde aile bütçesine katkıda bulunan kişi sayısı:
24. Evdeki çocuk sayısı:
25. Çocuğun kaçıncı çocuk olduğu:
26. Çocuğun bakımı ile esas kim ilgileniyor:
27. Evdeki kişi sayısı:
28. Evde çekirdek aile dışında yaşayan kişiler:
29. Evde bebek bakımına yardımcı olan kişi:
    yatılı bakıcı ( ) gündüz bakıcı ( ) anneanne-babaanne ( ) diğer ( )
30. Çocuğunuzun ev dışında düzenli olarak gittiği yapılandırılmış bir aktivitesi var mı?
    Kreş ( ) Oyun grubu ( )
31. Çocuğunuzun bilinen bir gelişim sorunu var mı? Var ( ) Yok ( )
32. Başka çocuğunuz varsa bilinen bir gelişim sorunu var mı? Var ( ) yok ( )

33. Çocuğunuzun davranışları konusunda kaygınız var mı? a) Evet b) Hayır
    Ne kadar süredir?
34. Çocuğunuzun beslenmesi konusunda kaygınız var mı? a) Evet b) Hayır
    Ne kadar süredir?
35. Çocuğunuzun uykusu konusunda kaygınız var mı? a) Evet b) Hayır
    Ne kadar süredir?
36. Çocuğunuzun gelişimi konusunda kaygınız var mı? a) Evet b) Hayır
    Ne kadar süredir?
37. Çocuğunuzun büyümesi konusunda kaygınız var mı? a) Evet b) Hayır
    Ne kadar süredir?
38. Tamamlayıcı besinler ve mama olmaksızın kaç ay tek başına anne sütü verdiniz? (….. ay)
39. Halen emzirmeye devam ediyor musunuz? a) Evet b) Hayır
40. Günde kaç kere emziriyorsunuz?
41. Formula mama kullandınız mı? (kullanıldıysa başlanma zamanı ve sebebi): a) Evet b) Hayır
42. Tamamlayıcı beslenmeye ne zaman geçtiniz?
43. Mama sandalyesi kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
44. Yemek yedirirken oyuncak kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
45. Yemek yedirirken tablet, telefon vb. kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
46. Yemek yedirirken temizlik mendili kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
47. Çocuğunuzun kendi kendini beslenmesine izin veriyor musunuz? a) Evet b) Hayır
48. Ev dışında bir ortamda yemek yedirirken zorlanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
49. Yemek yedirirken zorlandığınızda yaptığınız uygulamalar var mı?

- Uğraşmam, bırakırım
- Ara verip tekrar denerim
- Oyun oynatarak yediririm
- Telefon veya tablet yardımıyla yediririm
- Zorla yediririm

50. Günde kaç öğün besliyorsunuz?
51. Bir beslenme zamanı kaç dakika sürmektedir?
52. Bir beslenme zamanındaki porsiyon büyüklüğü ne kadardır? (Kaşık, kâse, bardak vb ölçülerle tarif edebilirsiniz)
53. Çocuğunuzun beslenirken özel bir tercihi var mıdır? (örn. *katı gıda yutamaz *ekşi tat yemez vb.)
54. Çocuğunuza paketli gıda ve/veya abur cubur tükettirir misiniz?

a) Evet (Haftada 1-3 gün / Haftada 4-6 gün / Haftanın her günü) b)Hayır

55. Doğumdan sonraki üç aylık dönemde kolik tanısı aldı mı? (Gaz damlası kullandı mı?) a) Evet b) Hayır
56. Çocuğunuza kansızlık (anemi) tanısı kondu mu, bu nedenle ilaç kullandı mı?
57. Çocuğunuzun kronik hastalığı var mı?

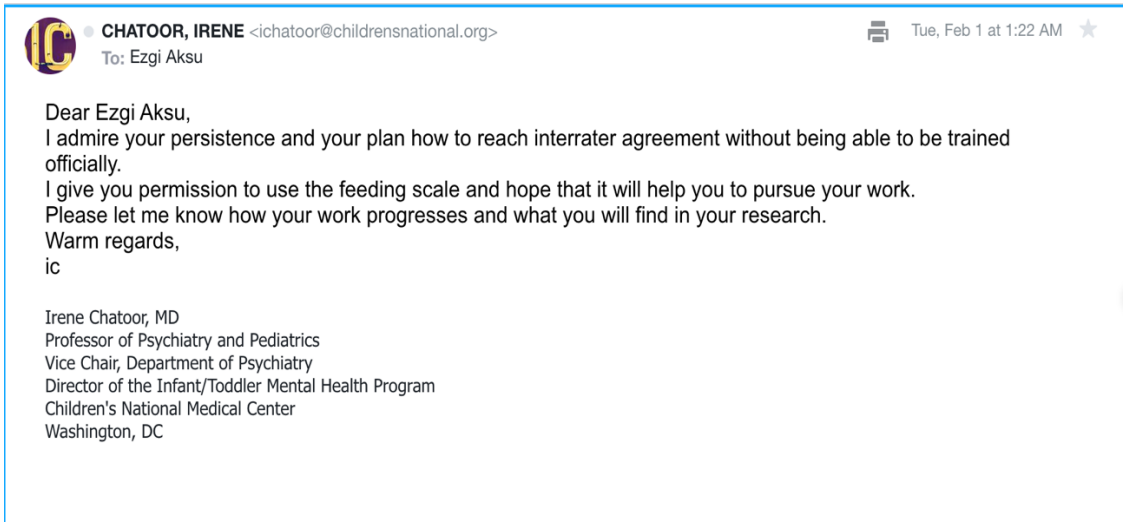
**Ek 2. CHATOOR BESLENME ÖLÇEĞİ**

**(Yaşamın İlk Üç Yılında Anne-Bebek Etkileşimlerini Değerlendirme Amaçlı Araştırma ve Klinik Uygulama için Beslenme Ölçeği)**

| | Hiç (=0) | Biraz (=1) | Oldukça Fazla (=2) | Çok Fazla (=3) |
|---|---|---|---|---|
| Anne memnuniyet gösterir. | | | | |
| Anne neşeli görünür. | | | | |
| Anne olumlu ifadeler kullanır | | | | |
| Anne üzgün görünür. | | | | |
| Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumlu bildirimlerde bulunur. | | | | |
| Bebek neşeli görünür. | | | | |
| Anne ilgisiz gibi görünür. | | | | |
| Anne bebekle konuşur. | | | | |
| Bebek anneye gülümser. | | | | |
| Bebek anneye bakar. | | | | |
| Anne bebeği sert bir şekilde tutar. | | | | |
| Anne, etkileşimi bebeğin başlatmasını bekler. | | | | |
| Bebek, annenin bakışlarından kaçınır. | | | | |
| Anne, bebeğin destek ihtiyacını görmezden gelerek pozisyon verir. | | | | |
| Anne, bebeğe karşılıklı etkileşime uygun şekilde pozisyon verir | | | | |
| Bebek uykuya dalar ve beslenmeyi bırakır. | | | | |
| Bebek yemekten uzaklaşır. | | | | |
| Bebek kızgın görünür. | | | | |
| Bebek sıkıntılı görünür. | | | | |
| Bebek ağzını açmayı reddeder. | | | | |
| Bebek yemek teklif edildiğinde ağlar. | | | | |
| Bebek yiyeceği iter. | | | | |
| Bebek dokunulduğunda kaskatı kesilir. | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Anne sıkıntılı görünür. | | | | |
| Anne olumsuz ifadeler kullanır. | | | | |
| Anne sinirli görünür. | | | | |
| Bebek vücudu ile besinden uzaklaşır. | | | | |
| Anne, bebeğin besin alımı konusunda olumsuz bildirimlerde bulunur. | | | | |
| Bebeğin dikkati kolayca dağılır. | | | | |
| Bebek, anneye seslenir. | | | | |
| Anne, beslenme sırasında bebeğin dikkatini dağıtır veya bebeğin dikkatinin dağılmasına izin verir. | | | | |
| Anne, bebeğe yemesini, yapmasını ya da yapmamasını emreder. | | | | |
| Anne, biberonu veya yiyeceği bebeğin ağzına zorla koyar. | | | | |
| Bebek yiyecekleri ağzında tutar. | | | | |
| Bebek yiyeceği tükürür. | | | | |
| Anne, dağınıklık ve etrafın kirlenmesi konusunda endişeli görünür. | | | | |
| Bebek dilini ritmik olarak iter. | | | | |
| Anne, bebeğe kaba bir şekilde muamele eder. | | | | |
| Anne, bebeğin ipuçlarını görmezden gelerek beslenmeyi kontrol eder. | | | | |
| Anne, bebekte sıkıntıya neden olacak şekilde beslenmeyi keser. | | | | |
| Anne, bebeğe çok sık müdahale eder. | | | | |
| Biberon veya yiyecek önünden alındığından bebek ağlar. | | | | |
| Anne, bebeğin hareketini kısıtlar. | | | | |
| Anne, bebeğin ipuçlarını gözden kaçırır. | | | | |
| Bebek kusar ve geviş getirir (yiyeceği ağzından çıkartıp tekrar geri çiğner). | | | | |
| Anne, bebeğe şakalaşarak/oynayarak dokunur. | | | | |

## Ek 3. Beslenme Ölçeği kullanım izni



**CHATOOR, IRENE** <ichatoor@childrensnational.org>
To: Ezgi Aksu

Tue, Feb 1 at 1:22 AM

Dear Ezgi Aksu,
I admire your persistence and your plan how to reach interrater agreement without being able to be trained officially.
I give you permission to use the feeding scale and hope that it will help you to pursue your work.
Please let me know how your work progresses and what you will find in your research.
Warm regards,
ic

Irene Chatoor, MD
Professor of Psychiatry and Pediatrics
Vice Chair, Department of Psychiatry
Director of the Infant/Toddler Mental Health Program
Children's National Medical Center
Washington, DC

## Ek 4. EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**Ad Soyad:** **Tarih:**

EPDS

Sizin son 1 hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;
*1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*
(0) Her zaman olduğu kadar
(1) Artık pek o kadar değil
(2) Artık kesinlikle o kadar değil
(3) Artık hiç değil

Son 7 gündür;
*2) Geleceğe hevesle bakıyorum.*
(0) Her zaman olduğu kadar
(1) Her zamankinden biraz daha az
(2) Her zamankinden kesinlikle daha az
(3) Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;
*3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, bazen
(1) Çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;
*4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*
(0) Hayır, hiç bir zaman
(1) Çok seyrek
(2) Evet, bazen
(3)Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;
*5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.*
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, bazen
(1) Hayır, çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;
*6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*
(3) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
(2) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
(1) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
(0) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;
*7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, bazen
(1) Çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür
*8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, oldukça sık
(1) Çok sık değil
(0) Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür
*9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*
(3) Evet, çoğu zaman
(2) Evet, oldukça sık
(1) Çok seyrek
(0) Hayır, asla

Son 7 gündür
*10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*
(3) Evet, oldukça sık
(2) Bazen
(1) Hemen hemen hiç
(0) Asla

**Ek 5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 testi**

Ad Soyad: Tarih

| **YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU 7 TESTİ**<br><br>Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralananların bu 15 gün içerisinde sizi ne kadar rahatsız ettiğini belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Hiç | Sadece birkaç gün | Günlerin yarıdan fazlasında | Hemen hemen her gün |
| Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme | | | | |
| Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama | | | | |
| Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme | | | | |
| Gevşeyip rahatlayamama | | | | |
| Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma | | | | |
| Kolayca kızma ya da rahatsız olma | | | | |
| Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama | | | | |

## Ek 6. DOĞUM SONRASI BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

| Sıra | Madde | Madde yönü |
|---|---|---|
| 34/1 | Kendimi bebeğime yakın hissediyorum. | 0□5 ……. |
| 35/2 | Bebeğimin olmadığı eski günlere dönmeyi isterim. | 5□0 ……. |
| 36/6 | Bebek benim değilmiş gibi hissediyorum. | 5□0 ……. |
| 37/7 | Bebeğim beni bitirdi. | 5□0 ……. |
| 38/8 | Bebeğimin her parçasını seviyorum. | 0□5 ……. |
| 39/9 | Bebeğim gülümsediği ya da güldüğü zaman kendimi mutlu hissediyorum | 0□5 ……. |
| 40/10 | Bebeğim beni sinirlendiriyor. | 5□0 ……. |
| 41/12 | Bebeğim çok ağlıyor. | 5□0 ……. |
| 42/13 | Anne olarak kendimi çok engellenmiş hissediyorum. | 5□0 ……. |
| 43/15 | Bebeğime içerliyorum. | 5□0 ……. |
| 44/16 | Benim bebeğim dünyadaki en güzel bebektir. | 0□5 …….. |
| 45/17 | Bebeğimin bir şekilde gitmesini diliyorum. | 5□0 ……. |
| 46/3 | Kendimi bebeğimden uzak hissediyorum. | 5□0 ……. |
| 47/4 | Bebeğimi kucaklamayı seviyorum. | 0□5 …….. |
| 48/5 | Bebeğim olduğuna üzülüyorum. | 5□0 ……. |
| 49/11 | Bebeğimle oynamaktan hoşlanıyorum. | 0□5 ……. |
| 50/14 | Bebeğime karşı kendimi kızgın hissediyorum. | 5□0 ..…... |
| 51/21 | Bebeğim bana sıkıntı veriyor. | 5□0 ……. |
| 52/23 | Başka birinin bebeğime bakmasının tek çözüm olduğunu hissediyorum. | 5□0 ……. |
| 53/19 | Bebeğim bende gerginlik yaratıyor. | 5□0 ……. |
| 54/20 | Bebeğimden korkuyorum. | 5□0 …….. |
| 55/22 | Bebeğime bakarken güvenli hissediyorum. | 0□5 …….. |
| 56/25 | Bebeğim kolay rahatlatılır. | 0□5 …….. |
| 57/18 | Bebeğime zararlı şeyler yaptım. | 5□0 …….. |
| 58/24 | Bebeğime zarar verdiğimi hissediyorum. | 5□0 ……. |

**Ek 7. Babanın Bebek Bakımına Katılımı**

| | Hiç (1) | Nadiren (2) | Bazen (3) | Sıklıkla (4) | Her zaman (5) |
|---|---|---|---|---|---|
| Gündüz bakımına katılım……saat | | | | | |
| 1. Bebeğinizin banyosunu ne sıklıkla yaptırırsınız? | | | | | |
| 2. Bebeğinizin bez değişimine ne sıklıkla yardım edersiniz | | | | | |
| 3. Bebeğinizle ne sıklıkla oyun oynarsınız? | | | | | |
| 4. Bebeğinizi ne sıklıkla dışarı çıkarırsınız? | | | | | |
| 5. Bebeğinize ne sıklıkla kitap okursunuz? | | | | | |
| Gece bakımına katılım……..saat | | | | | |
| 1. Bebeğinizinin gece boyunca bakımına ne sıklıkla yardım edersiniz | | | | | |

## Ek 8. Gönüllü Olur ve Onay Formu

## GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### Birinci Bölüm: Bilgilendirme Formu:

Sayın katılımcımız,

Sizi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı tarafından yürütülen "Küçük Çocuklarda Anne-Çocuk Beslenme Etkileşimlerinin Değerlendirilmesi" isimli araştırmaya katılmanız için davet etmekteyiz.

Yeme sorunları, tamamlayıcı beslenmeye geçiş ve erken çocukluk döneminde, sağlıklı çocukların yaklaşık %25 – 40'ında, bir sağlık problemi olanların ise %80'inde görülmektedir. Küçük yaştaki istenmeyen beslenme alışkanlıkları, çocukların yaklaşık %10'unda ilerleyen yaşlara kadar devam edebilir.

Beslenmenin içeriği kadar beslenme davranışı da önemlidir. Küçük yaştaki çocuklarda uygun beslenme davranışının gelişimde besleyici ile çocuk arasındaki ilişkinin niteliği önemlidir. Bakım veren kişiyle, öncelikli olarak da anneyle karşılıklı etkileşim yeme davranışının temellerini oluşturur.

Çalışmamızda amacımız, beslenme zorluğu yaşayan çocuklarda anne bebek etkileşimini değerlendirmektir.

Bu amaçla sizlerle, çocuğunuzun doğum öyküsü, tıbbi özgeçmişi, çocuğunuzu besleme alışkanlıklarınız ile ilgili bazı sorular sorduğumuz bir görüşme gerçekleştireceğiz. Bu görüşmenin toplamda yaklaşık 10 dakika sürmesi beklenmektedir. Bunun yanında beslenme esnasında çocuğunuzla etkileşiminizi değerlendireceğiz. Çocuğunuzun beslenmesini değerlendireceğimiz ölçek formunun adı 'Chatoor Beslenme Ölçeği' olup çocuğunuzun ve sizin bir beslenme süreci esnasındaki davranışlarınızın ve karşılıklı etkileşiminin, profesyonel gözlemciler tarafından değerlendirildiği yapılandırılmış bir formdur. Sizden evinizdeki herhangi bir normal öğünde, kendi hazırladığınız yemeklerden oluşan, her zamanki beslenme zamanınızı başından sonuna kadar video kaydına almanızı ve bizimle paylaşmanızı istemekteyiz. Bu video, biz çalışmacılar tarafından izlenecek, çözümleyip analiz edilecek ve karşılıklı etkileşiminiz Chatoor Beslenme ölçeği maddeleri doğrultusunda değerlendirilecektir.

Ayrıca size, çocuğunuzla beslenme etkileşimimde rolü olabilecek ruhsal durumunuz ve kaygı durumunuz ile ilgili bazı anketler uygulayacağız. Bu anketlerin toplamda cevaplanma süresinin 10 dakika sürmesi beklenmektedir. Edinburgh Doğum Sonrası

Depresyon ölçeği (EPDS); kadınlarda doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilen toplam 10 soruluk bir testtir. 'Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7' testi yedi maddeden oluşmakta olup kaygı durumunuzu ölçmektedir. Anne ve bebek arasındaki ilişkiyi ve bağlanmayı değerlendirme amacıyla Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) kullanılacaktır, anne ve bebek arasındaki ilişkideki sorunlarının erken tanınması amacıyla geliştirilmiş toplam 25 maddeden oluşan bir testtir. Bebek bakımına, gece ve gündüz zaman dilimlerinde baba katılımını incelemek amacıyla toplam 6 soru sorulacaktır. Çocuğunuzun uykusunu değerlendireceğimiz anket formunun adı 'Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi' olup bebeğinizin uyku alışkanlıkları ile ilgili sorular içermektedir. Ayrıca sizden bebeğinizin üç günlük besin tüketim kaydını tutmanız ve tarafımıza iletmeniz beklenmektedir.

Bize verdiğiniz bilgiler anonimleştirilerek değerlendirilecek, kimliğiniz gizli tutulacak ve araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanıldığında hiçbir şekilde kimliğiniz belirtilmeyecektir. Videolar da anonimleştirilecek, eğitim ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır.

Çalışmamızda bize sağlayacağınız bilgiler, çocuklar ile ebeveynlerin beslenme zamanındaki karşılıklı etkileşimleri, bunların çeşitli beslenme problemleriyle ilişkisi olup olmadığı, beslenme sürecinde ebeveynlerin sıklıkla kullandıkları yöntemler ve tüm bunların farklı yaş grupları arasındaki dağılımını anlamamızı sağlayacaktır. Çalışmamızın sizin ya da çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etkisi bulunmamaktadır. Çalışma esnasında size ya da çocuğunuza, herhangi bir tıbbi girişim ya da müdahale yapılmayacak, ilaç verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Ayrıca araştırmacının gerekli gördüğü hallerde çalışmadan çıkarılmanız mümkündür. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ayrıca araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**İkinci bölüm:** ***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)*** (bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Dr. Kevser Nur YALÇINER tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Kevser Nur YALÇINER'i …… telefon numarasından arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

**GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

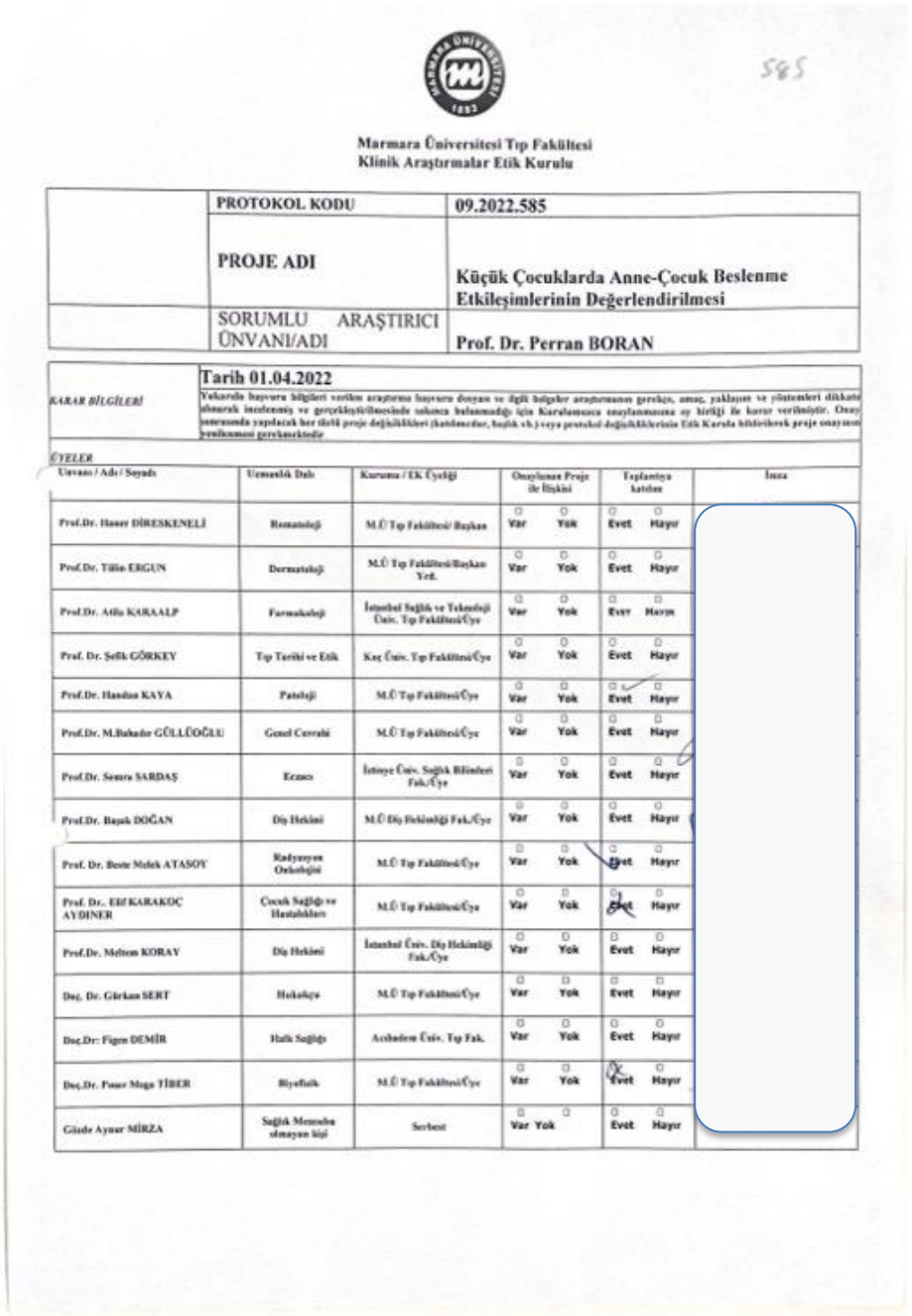
Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

## Ek 9. Etik Kurul Onay Formu



585

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

| | | |
|---|---|---|
| | PROTOKOL KODU | 09.2022.585 |
| | PROJE ADI | Küçük Çocuklarda Anne-Çocuk Beslenme Etkileşimlerinin Değerlendirilmesi |
| | SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI | Prof. Dr. Perran BORAN |

| | |
|---|---|
| KARAR BİLGİLERİ | Tarih 01.04.2022<br>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili bilgiler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, bağlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir. |

ÜYELER

| Unvanı / Adı / Soyadı | Uzmanlık Dalı | Kurumu / Ek Üyeliği | Onaylanan Proje ile İlişkisi | Toplantıya katılımı | İmza |
|---|---|---|---|---|---|
| Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ | Romatoloji | M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. Tülin ERGUN | Dermatoloji | M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd. | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. Atilla KARAALP | Farmakoloji | İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniv. Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof. Dr. Şefik GÖRKEY | Tıp Tarihi ve Etik | Koç Üniv. Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. Handan KAYA | Patoloji | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU | Genel Cerrahi | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. Semra SARDAŞ | Ecza | İstinye Üniv. Sağlık Bilimleri Fak./Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. Başak DOĞAN | Diş Hekimi | M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof. Dr. Beste Melek ATASOY | Radyasyon Onkolojisi | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof. Dr., Elif KARAKOÇ AYDINER | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Prof.Dr. Meltem KORAY | Diş Hekimi | İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Doç. Dr. Görkan SERT | Hekimlik | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Doç.Dr: Figen DEMİR | Halk Sağlığı | Acıbadem Üniv. Tıp Fak. | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Doç.Dr. Pınar Muge TİBER | Biyofizik | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |
| Gözde Aynur MİRZA | Sağlık Memuru olmayan kişi | Serbest | ☐ Var Yok | ☐ Evet ☐ Hayır | |