

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

142169

YEME REDDİ OLAN ÇOCUKLARIN
AİLE İŞLEVLERİNİN VE
ANNELERİNDE KİŞİLİK
BOZUKLUKLARI, DEPRESYON VE
ANKSİYETE BELİRTİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

GÜLŞEN ÜNLÜ

Danışman Öğretim Üyesi : YARD. DOÇ. DR. ŞAHBAL ARAS

Bu araştırma DEÜ Araştırma Fon Saymanlığı tarafından
03. KB. SAĞ. 020 sayı ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

	<u>sayfa no</u>
İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iv
EKLER LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖNSÖZ	viii
ÖZET	ix
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TANIM VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....	3
2.1.1 Pika	3
2.1.2. Ruminasyon Bozukluğu	4
2.1.3. Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu	5
2.1.4. Homeostaz ile İlişkili Beslenme Bozukluğu	7
2.1.5. Bağlanma ile İlişkili Beslenme Bozukluğu	7
2.1.6. Ayrılma ile İlişkili Beslenme Bozukluğu	9
2.1.7. Aşırı Seçici Yeme	11
2.1.8. Posttravmatik Beslenme Bozukluğu	11
2.1.9. Büyüme Geriliği	12
2.2. EPİDEMİYOLOJİ	13
2.3. ETİYOLOJİ	14
2.3.1. Aile ve Anneyle İlgili Özellikler	14
2.3.2. Bağlanma	16
2.3.3. Anne-Çocuk Etkileşimi	18

2.3.4. Çocuğun Temperamenti	19
2.4. GİDİŞ VE SONLANIM	19
2.4.1. Beslenme Sorunlarının Gidişi	19
2.4.2. Beslenme Sorunlarının Gelişime Etkisi	20
2.4.3. Beslenme Sorunlarının Duygusal ve Davranışsal Etkileri	21
2.5. DEĞERLENDİRME	22
2.6. AYIRICI TANI	22
2.7. TEDAVİ	24
3. AMAÇ	27
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
4.1. ÖRNEKLEM	28
4.1.1. Olgı Grubunun Oluşturulması	28
4.1.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması	28
4.1.3. Araştırmaya Alınma Ölçütleri	29
4.1.4. Olgı ve Kontrol Grubunun Değerlendirilmesi	29
4.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	30
4.2.1. Kişisel Değerlendirme Formu	30
4.2.2. Beck Depresyon Envanteri	30
4.2.3. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri	31
4.2.4. SCID-II Kişilik Envanteri Türkçe Versiyonu	31
4.2.5. Aile Değerlendirme Ölçeği	32
4.2.6. Ankara Gelişim Tarama Envanteri	32
4.3. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	33

5. BULGULAR.....	34
5.1. KİŞİSEL DEĞERLENDİRME FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR	34
5.1.1. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri	34
5.1.2. Aile Özellikleri	34
5.1.3. Doğum Öncesi Döneme Ait Özellikler.....	41
5.1.4. Doğuma İlişkin Veriler	41
5.1.5. Doğum Sonrası Döneme İlişkin Veriler	42
5.1.6. Fiziksel Gelişime İlişkin Veriler	45
5.2. ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI	46
5.3. ANNELERİN BECK DEPRESYON ENVANTERİ, DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ve SCID-II KİŞİLİK ENVANTERİ SONUÇLARI	48
5.3.1. Olgu Grubunda Malnutrisyonun Varlığına Göre Annelerin Psikometrik Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	51
5.3.2. Olgu ve Kontrol Gruplarında Yaşa Göre Annelerin Psikometrik Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	51
5.3.3. Grupların Beden Kitle İndeksi ile Yaş, Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri Sonuçlarının Birbirleriyle İlişkileri.....	53
5.3.4. Lojistik Regresyon Sonucuna Göre Yeme Reddini Etkileyen Etmenler	54
6. TARTIŞMA	56
7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	70
8. KAYNAKLAR	73
9. EKLER	84

TABLO LİSTESİ**sayfa no**

Tablo 1. Grupların anne ve baba yaş ortalamaları	35
Tablo 2. Grupların anne ve baba eğitim düzeyleri ve meslekleri	36
Tablo 3. Anne-babanın evlilik şekli, aile yapısı, sosyoekonomik düzeyleri ile çocuk sayı ve sıraları	38
Tablo 4. Grupların gebelik şekli, doğum öncesi dönem, doğum zamanı ve doğum şekli ile ilgili özellikler	40
Tablo 5. Grupların ortalama doğum ağırlıkları	42
Tablo 6. Çocukların doğum sonrası özgeçmiş özellikleri	43
Tablo 7. Gruplarda anne sütü alış ve ek gıdalara geçiş süreleri	44
Tablo 8. Grupların Beden Kitle İndeksi, % Boy Standardı (%BS) ve Boya Göre Ağırlık Oranı Ortalamaları	45
Tablo 9. Olgu ve kontrol gruplarında yaşa göre Beden Kitle İndeksleri	46
Tablo 10. Grupların Ankara Gelişim Tarama Envanteri'nde saptanan gelişimsel geriliklere göre dağılımı	47
Tablo 11. Olgu ve kontrol gruplarında yaşa göre genel gelişim T puanları	48
Tablo 12. Annelerin Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları	49
Tablo 13. Olgu grubunda malnutrisyonun varlığına göre annelerin psikometrik ölçek puanları	51
Tablo 14. Olgu grubunda yaşa göre annelerin psikometrik ölçek puanları	52
Tablo 15. Kontrol grubunda yaşa göre annelerin psikometrik ölçek puanları	53
Tablo 16. Grupların Beden Kitle İndeksi ile yaş, Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri sonuçlarının birbirleriyle ilişkileri	54
Tablo 17. Lojistik Regresyon sonucuna göre yeme reddini etkileyen etkenler	54

EKLER LİSTESİ

EK-1: Kişisel Değerlendirme Formu

EK-2: Beck Depresyon Envanteri

EK-3: Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri

EK-4: SCID Kişilik Envanteri

EK-5: SCID-II Kişilik Bozuklukları Formu

EK-6: Aile Değerlendirme Ölçeği

EK-7: Ankara Gelişim Tarama Envanteri Kayıt Formu



KISALTMALAR

- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition
- ICD-10: International Classification of Diseases, 10th edition
- BKİ: Beden Kitle İndeksi
- SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R
- BDE: Beck Depresyon Envanteri
- DSKE: Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri
- DKE: Durumluk Kaygı Envanteri
- SKE: Sürekli Kaygı Envanteri
- ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği
- AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
- ort: Ortalama
- ss: Standart sapma
- SD: Serbestlik derecesi
- NsVD= Normal spontan vajinal doğum
- C/S= Sezaryen ile doğum
- gr: Gram
- MWU: Mann Whitney U
- kg: Kilogram
- m: Metre
- %BS: % Boy Standardı
- Wt/Ht: Boya Göre Ağırlık Oranı
- ADÖ-PRÇ: Aile Değerlendirme Ölçeği Problem Çözme
- ADÖ-İLT: Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim

- ADÖ-ROL: Aile Değerlendirme Ölçeği Roller
- ADÖ-DTV: Aile Değerlendirme Ölçeği Duygusal Tepki Verebilme
- ADÖ-GİG: Aile Değerlendirme Ölçeği Gereken İlgiyi Gösterme
- ADÖ-DVK: Aile Değerlendirme Ölçeği Davranış Kontrolü
- ADÖ-GNİ: Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler



ÖNSÖZ:

Çocuk Ruhu Sağlığı ve Hastalıkları eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşen Baykara ve Prof. Dr. Sülha Miral'e çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir, Yard. Doç. Dr. Özlem Gencer, Yard. Doç. Dr. Aynur Akay, Yard. Doç. Dr. Şahbal Aras, Yard. Doç. Dr. Aylin Özbek ve Yard. Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu ve Uzm. Dr. Burak Baykara'ya teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında gösterdiği sabır, özen ve desteği için tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Şahbal Aras'a ayrıca çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca birlikte çalışıp, her zaman desteklerini gördüğüm, başta sevgili arkadaşlarım Uzm. Dr. Burcu Çakaloğlu ve Dr. Fatma Varol Taş olmak üzere, Dr. Şermin Yalın, Dr. Birsen Şentürk, Dr. Sevil İncekaş, Dr. Özlem Doğan, Dr. Nagihan Cevher, Dr. Enis Sargın, Dr. Onur Burak Dursun'a teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında yetişmemde emekleri geçmiş olan rahmetli hocam Prof. Dr. Hüray Fidaner ile, Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Can Cimilli, Doç. Dr. Ayşegül Özerdem, Doç. Dr. Beyazıt Yemez, Doç. Dr. Yıldız Akvardar, Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, Yard. Doç. Dr. Berna Binnur Kıvrıkcı ve tüm psikiyatri asistanı arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Eray Dirik, Yard. Doç. Dr. Adem Aydın ve tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında desteklerini gördüğüm Prof. Dr. Benal Büyükgöze ve Uzm. Dr. Özlem Bekem'e, istatistiksel değerlendirmede büyük katkıları olan Uzm. Dr. Burcu Çakaloğlu ve Uzm. Dr. Esin Kulaç'a teşekkür ederim. Tezimin gelişim testi uygulamalarını özveri ve sabırla yapan Uzm. Psk. Neslihan Eminağaoğlu ve annelerin değerlendirilmesinde önemli katkıda bulunan Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir'e ayrıca teşekkür ederim.

Hem eğitimim, hem de kişisel gelişimime katkıları büyük olan sevgili hocam Doç. Dr. Celal Odağ, Doç. Dr. Ayhan Eğrilmez ve grup arkadaşlarım Dr. Alp Ayan, Dr. Hakan Adıgüzel, Psk. Müge Alkan, Dr. Özen Önen, Dr. Özge Doğanavşargil, Dr. Özgür Öztürk, Dr. Selami Gül, Dr. Şule Özden Topkaya, Dr. Psk. Türkcan Baykal ve Dr. Zeki Yüncü'ye çok teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu ile Çocuk Gelişimi Uzmanları Arzu Boztoğ ve Oya Kasapçı'ya teşekkür ederim.

Tez çalışmamda katılan tüm çocuklar ve annelerine sabır ve katılımları için teşekkür ederim.

Yaşamımın her döneminde yanımda olan sevgili aileme, her zaman olduğu gibi tez çalışmam sırasında da bana her türlü desteği sunan sevgili eşim Dr. Bülent Ünlü'ye ve sabırla annesine kavuşmayı bekleyen tatlı Lara'ma ayrıca çok teşekkür ederim.

Dr. Gülşen Ünlü

YEME REDDİ OLAN ÇOCUKLARIN AİLE İŞLEVLERİNİN VE ANNELERİNDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI, DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Gülşen Ünlü

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yazında erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilediği ve annelerdeki ruhsal hastalıklarla ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada yeme reddi ile getirilen çocukların sosyodemografik özellikleri ile gelişim düzeylerinin belirlenmesi, annelerinde kişilik bozukluklarının sıklığı, depresyon ve anksiyete belirtilerinin düzeylerinin saptanması, aile işlevlerinin değerlendirilmesi ve yeme reddine neden olabilecek etkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya yeme reddi nedeniyle DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'na başvuran 1-6 yaşları arasında 30 çocuk ve annesi alınmıştır. Beslenme sorunu olmayan 30 çocuk ve annesi kontrol grubunu oluşturmuştur. Yeme reddi olan çocuklar tıbbi hastalıkların ayırt edilmesi amacıyla bir pediatri uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Her iki gruptaki çocuklara fiziksel gelişim değerlendirmeleri yapıldıktan sonra Ankara Gelişim Tarama Envanteri uygulanmıştır. Çocukların annelerine Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, SCID Kişilik Envanteri ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmış, anneler SCID II görüşmesi ile kişilik bozuklukları açısından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonucunda, yeme reddi olan çocukların kontrol grubundakilere göre daha düşük doğum ağırlığı ile doğdukları, daha kısa süre anne sütü aldıkları ve ek gıdalara daha geç başladıkları belirlenmiştir. Yeme reddi olan çocuklarda malnutrisyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır. Beden kitle indeksi, % boy standartı ve boya göre ağırlık oranı ortalamaları da yeme reddi olan çocuklarda daha düşüktür. Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile değerlendirilen gelişimsel gerilik açısından iki grup arasında farklılık bulunmamıştır. Yeme reddi olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, aile işlevlerinin de daha sağlıklı olduğu saptanmıştır. Çocuğun beden kitle indeksi ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin genel işlevler alt ölçeği puanı arasında olumsuz korelasyon vardır. Ek gıdaya daha geç başlayan, annelerinin sürekli kaygı düzeyi

yüksek olan ve genel aile işlevlerinde sorunlar olan çocuklarda yeme reddi anlamlı olarak daha fazla görülmektedir.

Yeme reddinin çocuğun gelişimi üzerine olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu çocukların uzun dönem izlem ve tedavilerinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Ek gıdalara geç başlayan, annelerinin kaygı düzeyi yüksek olan ve aile işlevleri sağlıklı olan çocuklar, yeme reddi açısından risk altındadır. Bulgularımız, yeme reddinin sadece çocuğun ya da annenin değil, tüm ailenin işlevlerindeki bozukluğun belirtisi olduğunu akla getirmektedir. Bu nedenle yeme sorunları olan çocukların değerlendirmesi ve tedavisi sırasında tüm aileyi ele alan bütüncül bir yaklaşımın gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: yeme reddi, aile işlevleri, annede ruhsal sorunlar



ASSESSMENT OF FAMILY FUNCTIONING, PERSONALITY DISORDERS, DEPRESSIVE AND ANXIETY SYMPTOMS IN MOTHER'S OF CHILDREN WITH FOOD REFUSAL

Gülşen Ünlü, MD.

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry

Search of literature reveals that feeding problems during early childhood, have an adverse effect on children's development and can be related with maternal psychiatric disorders. We aimed to determine the developmental level and sociodemographic features of the children with food refusal in addition to the frequency of personality disorders, levels of depression and anxiety symptoms in their mothers. We also intended to evaluate family functioning and additional factors which can be associated with food refusal.

Thirty children aged between 1 and 6 years and their mothers were included in the study who have admitted to DEU Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry and to Department of Pediatric Gastroenterology, Nutrition and Metabolism for food refusal. Control group was consisted of 30 healthy children and their mothers. For differential diagnosis of medical diseases, children with food refusal were examined by a pediatrician. The Ankara Developmental Screening Inventory was performed in two groups, after the evaluation of their physical development. Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders and the McMaster Family Assessment Device were performed in mothers and the presence of any personality disorders were evaluated with SCID-II Interview.

It was found that birth weight is lower, breastfeeding period is shorter and introduction of solid foods is delayed in children with food refusal compared with control children. Also malnutrition is more frequent and averages of body mass index, height standart % value and weight for height were lower in these patients. The Ankara Developmental Screening Inventory did not show a difference in two groups for developmental delay. Patient's mothers' depression and anxiety scores were higher and family functioning was more problematic than controls. There was a positive correlation between body mass index and the McMaster Family Assessment Device general functioning subscale scores. Food refusal is significantly frequent in children with delayed introductions of solid foods, with general family functioning problems and with mothers having higher trait anxiety scores.

Long term follow-up and treatment are necessary in these children, when negative effects of food refusal are taken into account. Food refusal risk is high in children with problematic family functioning, having mothers with high trait anxiety level and with delayed introductions of solid foods. As a result, food refusal is not due only to child's or his/her mother's problems but also related to problems in family functioning. So it is thought that an integrative approach which evaluates the whole family is necessary to assess and treat the children with food refusal.

Key words: food refusal, family functioning, maternal psychopathology.



1. GİRİŞ

Beslenme ve uyku küçük çocukların hayatındaki iki önemli işlevsellik alanıdır. Erken dönemdeki ebeveyn-bebek etkileşimi büyük ölçüde beslenme ve uyku ilişkisi çerçevesinde gerçekleşir. Gelişim ve sosyal dünyayla etkileşim için kritik önemi olan kendini düzenleme (self regülasyon) becerisi bu iki süreç aracılığıyla edinilir (1).

Yaşamın devamı, büyüme ve hem fiziksel hem de zihinsel gelişimin sağlanmasında beslenmenin önemi büyüktür. Hayatın ilk iki yılında çocuğun gelişimiyle birlikte beslenme şeklinde de değişiklikler olmaya başlar. Bu dönemde bebek tamamen sıvı olan diyetten, önce daha koyu kıvamlı besinlere, sonra pürüklü gıdalara ve son olarak da yetişkin yiyeceklerine geçer. Bu geçiş döneminde yaşanan güçlükler, sonraki beslenme sorunlarının gelişimine zemin hazırlayabilir (1).

Bebek ve küçük çocuklar besin ihtiyaçlarının karşılanması açısından bakım verenlere bağımlıdır (1). Yeme, ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve duygusal durumun duyarlı bir göstergesidir (2). Beslenme hem çocuk, hem de ebeveyn için haz ve memnuniyet verici bir aktivite olabileceği gibi, stres kaynağı da olabilir. Çocuk ve ebeveyn birbirlerinin beklentilerini karşılayamadığında beslenme ilişkisi haz verici olmaktan çıkar, gergin ve çatışmalı hale dönüşür (1).

Çocukluk döneminde yiyecek tercihlerinin nasıl geliştiğini değerlendiren birçok araştırma vardır. Katı gıdalara geçiş döneminde yeni yiyeceğin tekrarlayan sunumları, o yiyeceğin bebek tarafından kabul edilmesini kolaylaştırır. Ailenin diğer üyelerini örnek alma (3), temperament özellikleri (4) ve cinsiyet (5) çocukların yiyecek tercihiyi etkileyen faktörlerdendir. Yiyecek tercihi ya da reddi, öğrenilmiş deneyimlerle de ilişkilidir. Bir yiyeceğin ödül olarak sunulması sevilmemesine yol açabilir. Sözel olarak övme ve yiyeceğin hoş giden sosyal ortamlarda sunulması ise çocuğun o yiyeceğe ilgisini arttırabilir (6,7). Beslenme mizaç, fiziksel gelişim ve psikososyal gelişimden etkilenir. Örneğin çocuklar, yiyecekleri ağzın arka tarafına itmek için gereken oral-motor kontrolü kazanmadan katı gıdaları alamazlar. Katı gıdalar erken sunulduğunda yiyecek çoğu kez ağızdan geri çıkarılır. Ebeveynler bu durumun, çocuğun katı gıdaları almaya hazır olmadığına belirtisi olduğunu fark edemeyebilir, yiyeceğin veya kendilerinin reddedilmesi şeklinde yanlış yorumlayabilirler. Bu olumsuz algı nedeniyle ebeveyn çocuğa öfkeyle veya zorlamayla yanıt verdiğinde de yemek saatleri hem çocuk, hem de ebeveynin kendisi için gergin ve başarısız hale gelir (8).

Ebeveynler çocuklarının beslenme davranışlarının şekillenmesinde önemli rol oynarlar. Yemeyi kendi kendine düzenlenmesini kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı etki edebilirler. Doğumdan hemen sonra beslenme alışkanlığı reflekslere ve ihtiyacı giderme dürtüsüne bağlıdır (9). Erken dönemde bebekler yiyeceklerle ilgili deneyimleri olmadığından açlık ve doyum ile ilgili durumlarına göre, gerektiğinde ve gereksinimleri kadar yerler (10,11). 3-4 yaşına doğru yeme davranışı artık sadece gereksinime göre değil, sevilen yiyecek varlığı, yemek öğünü, ortam gibi birçok çevresel etkene de bağlı hale gelir (11). Erken çocukluk dönemiyle birlikte çocuğun motor becerileri ve bağımsızlık isteği artar. Açlık ve tokluk belirtileri duygular ve/veya dış uyaranlarla karışır. Ebeveynler tutarlı beslenme rutinleri sağlayarak, uygun tür ve miktarda yiyecek sunarak, çocuğun ne kadar yiyeceğini belirlemesine izin vererek ve gerektiğinde davranışsal sınırlar koyarak, çocuklarının içsel olarak düzenlenen kendi kendine beslenmeye geçişine yardımcı olabilirler. Böylelikle ebeveynler çocuklarının açlık belirtilerini duygusal gereksinimler ve dışsal isteklerden ayırt etmesini kolaylaştırabilirler. Bu basamaklarda yaşanan aksaklıklar beslenme sorunlarının ortaya çıkışına zemin hazırlayabilir (9).

Bebek ve küçük çocukların %15-35'inde beslenme sorunlarının olduğu bildirilmektedir. En sık görülen beslenme güçlükleri yetersiz yeme, bazı besin tiplerini reddetme, yemek zamanında uygunsuz davranışlar ve garip yeme alışkanlıklarıdır. (12). Hem oldukça sık görülmesi, hem de çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişiminde geriliğe (13-18) ve çeşitli davranış sorunlarına (19-24) yol açabilmesi nedeniyle erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının tanı ve tedavisi önem taşımaktadır. Yeme sorunları nedeniyle başvuran çocuğun değerlendirilmesi sırasında, bozukluğun ortaya çıkışı ve gidişinde belirleyici rolü olan ailenin de ele alınması ve tedavi planına dahil edilmesi önemli bir gereksinimdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Bebek ve küçük çocuklar bağımsız olarak kendi kendilerine beslenemediklerinden bu yaş grubundaki yemeyle ilişkili rahatsızlıklar, yeme sürecinin ikili doğasını vurgulamak için sıklıkla “beslenme bozuklukları” olarak adlandırılır (12).

Bu yaş grubundaki beslenme bozukluklarının evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımlaması veya geçerli bir sınıflandırması yoktur (25,26). Beslenme bozukluğunun genel bir tanımı “bazı yiyecekleri yemede yetersizlik veya isteksizlik” şeklindedir. Bir beslenme sorununun ne zaman bir bozukluğa dönüştüğünü ayırt eden kabul görmüş ölçütler bulunmamaktadır. Geçici beslenme sorunları bebek ve küçük çocuklarda sıktır ve mutlaka bir beslenme bozukluğu oluşturmaz (27). Bebek ve küçük çocuklardaki beslenme bozuklukları ile ilgili olarak, sorunun heterojen doğasını yansıtan uzun bir belirti listesi tanımlanmıştır. Bu belirtilerin bir kısmı çocuğa yemek sunulduğunda çocuğun sergilediği beslenme becerileri ve davranışlarıyla ilişkilidir (örn. uygunsuz yeme davranışları, kendi kendine beslenememe, yemek seçme, kısmi veya tam yeme reddi, ilginin çabuk dağılması, oral-motor, oral-duyusal ve orofaringeal güçlükler, kusma, katı gıdalara geçişte güçlük, öğürme, öksürme, pika ve öfke nöbetleri) diğerleri ise belirsiz ve nonspesifiktir (örn. kolik, gaz, ishal ve kabızlık) (26,28-30). Çoğu çocukta beslenme sorunları hafif ve geçici olsa da, bazı çocuklarda süreklilik gösterebilir. Beslenmede yetersizlik, normal büyüme ve gelişmede soruna neden olur (31).

DSM-IV’te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition.) “Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığı altında üç bozukluk tanımlanmıştır: “Pika”, “ruminasyon bozukluğu”, “bebek ve küçük çocuklarda beslenme bozukluğu” (32).

ICD-10’da (International Classification of Diseases, 10th edition) “bebek ve çocukların beslenme bozukluğu” ve “pika”, “genellikle çocukluk ve ergenlikte başlayan diğer duygusal ve davranışsal bozukluklar” kategorisi altında yer alır (33).

2.1.1 Pika

DSM-IV’te pika, “en az bir ay süreyle, sürekli olarak yenilebilir olmayan maddelerin yenmesi” olarak tanımlanır. Bu davranış gelişimsel olarak uygunsuz olmalıdır ve kültürel olarak onaylanan bir davranışın parçası olmamalıdır. Bu yeme davranışı başka bir mental

bozukluğun süreci içerisinde ortaya çıkıyorsa, ek pika tanısı ancak bu yeme davranışı çok şiddetli olduğu zaman konmalıdır (32).

Pika için DSM-IV tanı ölçütleri:

- A. En az bir ay süreyle yenilebilir olmayan maddeleri sürekli olarak yeme.
- B. Yenilebilir olmayan maddelerin yenmesi gelişim düzeyine göre uygun değildir.
- C. Bu yeme davranışı kültürel açıdan onanan bir uygulamanın bir parçası değildir.
- D. Bu yeme davranışı sadece başka bir mental bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa bile (örn. Mental Retardasyon, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek derecede ağırdır (32).

Pika için ICD-10 tanı ölçütleri:

- A. En az haftada iki kez olan, yenilebilir olmayan maddelerin sürekli veya tekrarlayıcı olarak yenmesi.
- B. Bozukluğun süresi en az bir aydır (araştırmacılar bazı nedenlerle en az üç aylık bir süreyi tercih edebilir).
- C. ICD 10'a göre başka bir mental veya davranışsal bozukluk yoktur (Mental Retardasyon hariç).
- D. Çocuğun kronolojik ve mental yaşı en az 2'dir.
- E. Yeme davranışı kültürel olarak onaylanan bir uygulamanın parçası değildir (33).

2.1.2. Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon, regürjite edilen mide içeriğinin yeniden çiğnenmesi ve yutulması davranışını ifade eder (34). Ruminasyon bozukluğunun temel özelliği bebeklik ya da çocukluk döneminde olağan bir gelişim ve işlevsellikten sonra ortaya çıkan ve en az bir ay süren yiyeceklerin yineleyen regürjitasyonu ve yeniden çiğnenmesidir. Belirtiler tıbbi bir duruma bağlı değildir ve klinik olarak dikkati çekecek şiddettedir (32).

Ruminasyon Bozukluğu için DSM-IV tanı ölçütleri:

- A. Olağan bir işlevsellik döneminden sonra, en az bir ay süreli olarak, yiyeceklerin yineleyen regürjitasyonu ve yeniden çiğnenmesi.

- B. Bu davranış, eşlik eden bir gastrointestinal ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir.
- C. Bu davranış sadece Anoreksiya Nervosa ya da Bulimia Nervosa'nın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Bu semptomlar sadece Mental Retardasyon ya da bir Yaygın Gelişimsel Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa bile ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek derecede ağırdır (32).

2.1.3. Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu

Bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğunun temel özellikleri belirgin olarak kilo alamama ya da en az bir aylık bir süreyle belirgin bir kilo kaybı ile giden, sürekli yetersiz yeme ile belirli beslenme bozukluğudur. Bu bozukluğu açıklayacak gastrointestinal ya da genel tıbbi bir durum yoktur. Bozukluk başka bir mental bozuklukla ya da yeterli gıda verilmemesi ile açıklanamaz. Bozukluğun başlangıcı altı yaşından önce olmalıdır (32).

Bozukluk için DSM-IV tanı ölçütleri oldukça geniştir ve çeşitli beslenme bozukluğu türleri DSM-IV ya da ICD-10'da özel olarak tanımlanmamıştır. Bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu tanısı, bu özel beslenme bozuklukları için bir "şemsiye tanı" işlevi görür (12).

Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu için DSM-IV tanı ölçütleri:

- A. Belirgin bir biçimde kilo alamama ya da en az bir aylık bir sürede belirgin bir kilo kaybı ile giden, sürekli olarak yeterince yemek yemiyor olma ile kendini gösteren beslenme bozukluğu.
- B. Bu bozukluk, eşlik eden bir gastrointestinal ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (örn. özofageal reflü).
- C. Bu bozukluk başka bir mental bozuklukla (örn. Ruminasyon Bozukluğu) ya da hazır yiyecek bulunmaması ile daha iyi açıklanamaz.
- D. Başlangıcı altı yaşından önce olur (32).

ICD-10'a göre bebeklerde ve çocuklarda beslenme bozukluğu "genellikle bebeklik ve erken çocukluk dönemine özgü, değişik belirtilerle kendini gösteren" bir beslenme bozukluğudur. Genellikle yeterli yiyecek ve bakımveren olmasına ve organik bir hastalığın olmamasına rağmen yiyecek reddi ve aşırı isteksizlik mevcuttur. Ruminasyonla ilişkili olabilir veya olmayabilir (32).

DSM-IV' ün aksine ICD-10'daki bebeklerde ve çocuklarda beslenme bozukluğu tanısı ruminasyon bozukluğunu da içerir. Bununla birlikte DSM-IV'e benzer şekilde tanı ölçütleri oldukça geniştir ve özel beslenme bozukluklarını ayrıca tanımlamaz.

Bebeklerde ve Çocuklarda Beslenme Bozukluğu için ICD-10 tanı ölçütleri:

- A. Sürekli olarak yeterince yemek yemiyor olma veya yiyeceklerin sürekli ruminasyon ya da regürjitasyonu.
- B. En az bir ay süreyle yeterince kilo alamama, kilo kaybı veya diğer önemli sağlık sorunlarının varlığı (geçici yeme güçlüklerinin sıklığı nedeniyle araştırmacılar bazı amaçlarla en az üç aylık süreyi tercih edebilirler).
- C. Bozukluğun başlangıcı altı yaşından önce olur.
- D. Çocukta ICD-10 sınıflamasına göre başka bir mental veya davranışsal bozukluk yoktur (Mental Retardasyon hariç).
- E. Yetersiz yemeyi açıklayabilecek organik bir hastalığın kanıtı yoktur (33).

Bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu tanı kategorisinin DSM-IV'e eklenmesinden önce beslenme bozukluklarının tanısında yaygın olarak kabul gören ölçütler yoktu. Standart bir tanımlamanın olmadığı bu dönemde farklı yazarlar beslenme sorunlarını farklı şekillerde isimlendirmişlerdir: 'Yeme reddi', 'yiyecek fobisi', 'yiyecekten tikslenme', 'beslenme direnci', 'seçici yeme', 'sorunlu yeme' gibi. Özellikle pediatri yazınında kullanılan "büyüme geriliği" tanımının da kullanılmasıyla beslenme bozuklukları alanı daha da karmaşık hale gelmiştir. Büyüme geriliği standart büyüme çizelgelerine göre yetersiz ağırlık artışı tanımlar (12). Büyüme geriliği olan çocukların hepsinde beslenme sorunları olmaması ve beslenme sorunları olanların da hepsinde büyüme geriliği gelişmemesine rağmen, bu iki terim sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır (35).

DSM-IV ya da ICD-10'da tanımlanmamasına rağmen yazında sıkça rastlanan ve bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu ana başlığı altında incelenebilecek beslenme bozuklukları arasında 'homeostaz ile ilgili beslenme bozukluğu', 'bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğu', 'ayrılma ile ilişkili beslenme bozukluğu', 'aşırı seçici yeme (picky eating)', 'posttravmatik beslenme bozukluğu' ve 'büyüme geriliği' yer almaktadır:

2.1.4. Homeostaz ile İlişkili Beslenme Bozukluğu

Bu beslenme bozukluğu “bebeğin sakin, düzenli beslenmesinde güçlükler ve yetersiz gıda alımıyla” karakterizedir. Hayatın ilk ayında beslenmenin düzenlenmesi anne-bebek ilişkisiyle yakından ilgilidir. Hem bebek, hem de ebeveynin özellikleri bu beslenme bozukluğuna katkıda bulunur.

Homeostaz ile ilişkili beslenme bozukluğu için önerilen tanı ölçütleri:

A. Bebek:

1. Beslenme sorunlarının başlangıcı doğum ile üçüncü ay arasında olur.
2. Düzensiz beslenme paterni ve yetersiz gıda alımı vardır:
 - a. Alınan gıda miktarı değişkendir.
 - b. Gün içindeki beslenme zamanları ve beslenmenin uzunluğu değişkendir.
3. Bebek beslenme sırasında irritabilite, kolay yorulma ve/veya aşırı uyku hali ile kendini gösteren düzenleme güçlükleri sergiler.

B. Ebeveyn:

Ebeveyndeki anksiyete, depresyon, psikopatoloji ve/veya psikososyal stresörler, annenin bebeğin sinyallerini anlamasında ve onu sakinleştirerek başarılı şekilde beslemesinde yetersizliğe yol açar.

C. Ayırıcı Tanı:

Aşağıdaki organik sorunlar beslenme bozukluğuna katkıda bulunabilir, ancak beslenme sorunlarını açıklamada yetersizdir:

- 1.Prematürite, dismatürite
- 2.Kardiyak / pulmoner hastalıklar
- 3.Orofarinks veya gastrointestinal traktusun fonksiyonel/yapısal anomalileri (yarık damak, gastroözofagiyal reflü, özofagiyal atrezi vs.) (35)

2.1.5. Bağlanma ile İlişkili Beslenme Bozukluğu

Bağlanma, bebek ile bakım veren ilişkisinde bebeğin bakım vereni araması, ona yakın olmayı istemesiyle kendini gösteren coşkusal durum olarak tanımlanmaktadır. Anne ile çocuk

arasında bebeklikte sıcak, yakın ve sürekli bir ilişkiyle gelişebilen güvenli bağlanma, bireyin yaşamda sağlıklı ilişkiler kurabilmesinde temel öneme sahiptir (36). Güvenliği tehdit eden bir durum olduğunda bağlanma sistemi aktive olur ve bebeğin bağlanma figürüyle yakınlık arayışına girmesi şeklinde bağlanma davranışı gözlenir. Özellikle korku, üzüntü gibi duygusal güçlükler, fiziksel acı ve hastalıklar bağlanma davranışını etkinleştirir. Bu koşullar altında bebeğin ebeveynle birlikteyken güvende olduğunu öğrenmesi ve ihtiyacı olduğunda ebeveynin orada olacağına güvenmesi bakımından ebeveynin verdiği yanıtın niteliği belirleyicidir (37).

Bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğu, yetersiz besin alımı ve büyüme yetersizliğine yol açan anne-bebek arası bağlanma yetersizliği ile belirlenir (12). Anne sıklıkla bebeğinin herhangi bir beslenme sorunu olduğunu inkar eder ve beslenme bozukluğu genellikle belirgin büyüme geriliği veya diğer sağlık sorunları nedeniyle sağlık çalışanları tarafından fark edilir (35). Bu beslenme bozukluğu yazında ‘anne yoksunluğu’ veya ‘yoksunluk sendromu’ olarak belirtilmektedir (12). DSM-III’te bu bozukluk büyüme geriliği ile ilişkili ‘tepkisel bağlanma bozukluğu’ olarak tanımlanmış, DSM-IV’te ise bu tanı değiştirilerek büyüme geriliği olmaksızın, sadece bağlanmadaki sorunları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.

Bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğu için önerilen tanı ölçütleri:

A. Bebek:

1. Büyüme geriliği 2-8. aylar arasında başlar.

2. Bebek yaşa uygun sosyal yanıtlarda yetersizlik gösterir:

a.Göz teması kısıtlıdır, ancak insanlar uzakta olduğunda aşırı uyarılmışlık sergiler.

b.Gülümseme yanıtı yetersizdir.

c.Sesli karşılık verme yetersizdir.

d.Kucaklanarak kaldırılmak istendiğinde yapması beklenen, karşılık vererek uzanma davranışı yetersizdir. (5 ay ve üzerindeki bebeklerde)

e.Kucakta tutulduğunda, uygun vücut biçimini alma ve sarılma yetersizdir.

3. Bebeğin gelişimi:

a.Motor dönüm noktalarına ulaşmada gecikme vardır.

b.Kucaklanarak kaldırılmak istendiğinde büyük duygusal gerilim, kucakta tutulduğunda rijid bir postür alma ile kendini gösteren kötü kas tonusu vardır.

c.Bilişsel gelişimde gecikme vardır.

d.Büyüme geriliği vardır.

B. Ebeveyn:

Akut veya kronik depresyon, ve/veya kişilik bozukluğu, ilaç/madde kötüye kullanımı, ve/veya yüksek psikososyal stres, annenin bebeğine şefkatli bakımında ve düzenli beslemesinde yetersizliğe yol açabilir. Biberon bebeği tek başına besleyecek şekilde bir yere yaslanabilir veya besleme tamamen unutulabilir.

C. Ayırıcı Tanı:

Bu beslenme bozukluğu, bebeğin yetersiz kilo alımına neden olabilecek organik durumlardan ayırt edilmelidir. Organik sorunlarda anne ile bebek genellikle daha iyi bağlanma gösterir (35).

2.1.6. Ayrılma ile İlişkili Beslenme Bozukluğu (İnfanıl Anoreksi)

Bu beslenme bozukluğu, büyüme gelişme geriliği, yeme reddi, somatopsikolojik ayrımlaşmanın gelişmesinde gerilik ve anne-bebek ilişkisinde otonomi, bağımlılık ve kontrol alanlarında yoğun çatışmayla karakterize bir ayrılma-bireyleşme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (35,38,39). Ayrılma ile ilişkili beslenme bozukluğu (İnfanıl Anoreksi) için önerilen tanı ölçütleri:

A. Bebek:

1. Yeme reddinin başlangıcı, bebeğin kendi kendine beslenmeye geçtiği 6 ay - 3 yaş arasında olur.

2. Bebeğin yeme reddi:

a.Öğünden öğüne değişkenlik gösterir.

b.Farklı bakım verenlerle değişkenlik gösterir.

c.Genellikle yetersiz gıda alımına yol açar.

3. Yetersiz gıda alımı büyüme geriliği ile sonuçlanır.

a.Vücut ağırlığı yaşa göre 5 persentilin altındadır veya 2-6 aylık bir dönemde vücut ağırlığında iki majör persentil azalma olur.

b.Boya göre vücut ağırlığı, idealin %90'ının altındadır.

4.Gelişim aşağıdakiler hariç normaldir:

a.Ciddi olgularda malnutrisyona ikincil motor gelişimde gecikme.

b.Yemeyi reddettiği gibi konuşmayı da reddeden bazı bebeklerde ekspresif dil gelişiminde gecikme.

B.Ebeveyn:

1.Ebeveynin bebeğe dair algısı:

a.İştahının az olduğu

b.Meraklı olduğu ve dikkat gerektirdiği

c.Beslenme sırasında zor ve inatçı olduğu, ebeveynin bebeği beslemek için gösterdiği çabayı reddettiği yönündedir.

2. Ebeveynin, bebeğin yetersiz gıda alımıyla ilgili aşağıdakilerden en az ikisiyle kendini gösteren yoğun anksiyetesi mevcuttur:

a.Daha fazla yemesi için dil dökme

b.Bebeğe yemek yedirmek için oyuncak veya oyunlarla dikkatini dağıtma

c.Bebeği gece dahil bütün gün besleme

d.Bebek yemediğinde farklı türlerde yiyecekler deneme

e.Bebeği yemeye zorlama

C. Ayırıcı Tanı:

Yeme reddi boğulma, öğürme, beslenme tüpü veya endotrakeal tüp yerleştirilmesi, kusma ya da gastroözofagiyal reflüye ikincil ağrı gibi travmatik bir olaya ya da başka bir hastalığa bağlı olmamalıdır (35).

İnfanıl anoreksi açlık ve susuzluğun fizyolojik duyumları ile emosyonel duyumlar ve ihtiyaçların (örn. öfke, şefkat gereksinimi gibi) ayırt edilme becerisi olan ‘somatopsikolojik ayrımlaşma’nın gelişimiyle ilişkilidir. Anneler genellikle, bebek aç ya da huzursuz olsa da, yiyeceği, biberonu veya memeyi sunarken anksiyözdür. Bebekler de sıklıkla ebeveyni kontrol etmek için yemeyi reddeder. Yeme ya da yememe; açlık veya tokluğun içsel duyumu yerine, bebek ve bakım veren arası ilişki aracılığıyla dışsal olarak kontrol edilir hale gelir (12).

2.1.7. Aşırı Seçici Yeme (Picky Eating, Choosiness, Faddiness)

Erken çocukluk döneminde en sık görülen beslenme sorunu olan aşırı seçici yeme, yazında, 'seçici yeme', 'seçicilik' ve 'yeme reddi' olarak da adlandırılır (9). Yazında aşırı seçici yemenin tanımı konusunda tutarsızlıklar vardır. Bu alandaki çalışmaların çoğu kavramın geçerliliği ile ilişkilidir. Örneğin Marchi ve Cohen aşırı seçici yemeyi aşağıdaki davranışlardan üçünün varlığı olarak tanımlamışlardır: "yeterince yememe", "sıklıkla veya çok sık olarak yiyeceklerle karşı ilgisizlik", "genellikle yavaş yeme", "genellikle yiyeceklerle ilgilenmeme" (21). Chatoor ve arkadaşlarının 1998'de aşırı seçici yeme için önerdikleri tanı ölçütleri şunlardır: 1) En az bir aydır süren, tüm besinleri veya sadece bazı türdeki yiyecekleri içeren yeme reddinin olması, 2) Büyüme geriliğinin olmaması, 3) Bebeğin yemesiyle ilgili ebeveynin az ya da çok kaygı duyması (40). Carruth ve arkadaşları aşırı seçicilerin sınırlı sayıda yiyecek tüketen, yeni şeyleri denemede isteksiz olan, bazı besin gruplarından tamamen kaçınan, yiyeceğin hazırlanması ve sunumuyla ilgili kesin tercihleri olan çocuklar olduklarını bildirmişlerdir (41). Reau ve arkadaşları da bebek ve küçük çocuklarda beslenme biçimlerini ve sorunlarını ebeveyn bildirimlerine göre değerlendirmiş, aşırı seçici olarak tanımlanan çocukların beslenme sürelerinin, diğerlerinden anlamlı düzeyde uzun olduğunu saptamışlardır (42).

2.1.8. Posttravmatik Beslenme Bozukluğu (Kondisyonel Disfaji, Gıda Fobisi)

Posttravmatik beslenme bozukluğu, çocuk orofarinks veya gastrointestinal traktusu etkileyen ağrılı veya korkutucu bir tıbbi işleme maruz kaldığında (örn. entübasyon, nazogastrik tüple beslenme) ya da ağrılı veya korkutucu deneyimler yaşadığında (örn. zorla beslenme, özofajit, gastroözofagiyal reflü, boğulma, şiddetli öğürme, kusma) genellikle aniden ortaya çıkar (12,27). Kısmi veya tam gıda reddi, korkulan besinlerin sadece uykuluyken alınabilmesi ve/veya kaçınma davranışıyla kendini gösteren kaygılı bekleyiş, yiyecekler veya önlük takılması, mama sandalyesi gibi beslenmeyle ilgili nesne veya olaylarla karşılaşıldığında ağlama, öğürme, öksürme, kusma ile belirlidir. Beslenme bozukluğunun bu türü 1978'de Ruben ve 1979'da Griffin tarafından tanımlanmış, 1988'de Chatoor tarafından posttravmatik beslenme bozukluğu olarak adlandırılmıştır (43). Bebeğin hangi türdeki beslenme sırasında travmatik olayla karşılaştığına bağlı olarak "tam yeme reddi", "katı gıdaların reddi" veya "biberondan emme reddi" şeklinde kendini gösterebilir (12).

Yutma ağrı veya rahatsızlık duygusu ile ilişkili olduğundan (44) ve/veya visseral hiperaljezi geliştiği için, çocuk yemeye karşı isteksizdir (45). Çoğu kez ebeveynler yeme reddini tetikleyen bu olayın bebek için ne kadar korku verici olduğunu fark edemez, çünkü bu tür deneyimleri yaşayan çocukların hepsinde bu bozukluk ortaya çıkmaz. Posttravmatik beslenme bozukluğu gelişen bebekler, ağrıya yaşitlarından daha duyarlı ve anksiyeteye daha eğilimlidirler. Bebek ve küçük çocuklar mama sandalyesi, biberon veya kaşığı görüp besleneceklerini anladıklarında ağlayarak korkularını gösterirler. Şiddetli bir öğürme veya boğulma sonrası katı gıdaları reddeden daha büyük çocuklar, yiyeceklerin boğazlarına yapışmasından ve boğularak ölmekten korktuklarını bildirmişlerdir. Bazı çocuklar besini ağızlarına alacak kadar cesur olsalar da yutamazlar ve yiyeceği yanaklarında saklar ya da tükürürler. Bazı bebek ve çocuklar daha huzursuz ve ebeveyne bağımlı hale gelirken bazıları da korkulu rüyalar görürler. Ebeveynler bebeğin yeme reddine çoğunlukla anksiyete ile tepki verir ve bebeğin beslenmesiyle ilgili endişe duyarlar. Çoğu, bebeği kandırarak veya dikkatini başka yönlere çekerek yedirmeye çalışır, çeşitli yiyecekler sunarak gece-gündüz beslemeyi denerler (12).

2.1.9. Büyüme Geriliği

Büyüme geriliği, kilo kaybı olan veya yaşına göre uygun vücut ağırlığını koruyamayan bebek ve çocukları tanımlamada kullanılan bir terimdir (46). Tanımı konusunda bir fikir birliği olmasa da bir çok araştırmacı kabul ettiği büyüme geriliği ölçütleri şu şekildedir:

En az bir ay süren;

- 1.Vücut ağırlığının yaşa göre 5 persentilin altında olması, ve/veya
- 2.Doğumdan itibaren vücut ağırlığının artış oranında azalma (standardize büyüme kartlarında en az iki majör persentil düşme), ve
- 3.Boy yaşına göre vücut ağırlığının %90'ın altında olması (27).

Bununla birlikte farklı ölçütler kullanan araştırmacılar da vardır (örn. zamanla kilo artışında veya boya göre kilo oranında azalmaya bakmaksın, yaşa göre vücut ağırlığı ve/veya boy uzunluğunun 10 persentilin altında olması). Farklı tanı ölçütlerinin kullanılması ve hasta seçiminin farklı alanlardan oluşu (örn. toplum, hastane bölgesi, hastanenin ayaktan tedavi kliniği, özel büyüme geriliği veya psikiyatri klinikleri, pediatri kliniği gibi) yazındaki birbiriyle çelişen sonuçlara yol açmaktadır (27).

Büyüme geriliği biyolojik, nutrisyonel ve çevresel etkenleri içeren çok etmenli bir sorundur (27). Bazı olgularda hastaneye yatırılarak geniş bir değerlendirme ve vücut ağırlığındaki artışın ileriye dönük gözlemi yapılmadan ayırım yapmak zor olsa da, büyüme geriliği genellikle 'organik' ve 'nonorganik' ve 'mikst' olarak üçe ayrılır (47,48). Altta yatan tıbbi sorunun varlığı halinde organik büyüme geriliği (olguların yaklaşık %25'i), etiolojide organik bir sorunun olmaması halinde nonorganik büyüme geriliği (olguların yaklaşık %55'i), organik ve nonorganik faktörlerin birlikteliği halinde mikst büyüme geriliği (olguların yaklaşık %20'si) olarak adlandırılır (12). Nedeni ne olursa olsun, büyüme geriliği yetersiz beslenmeyle ilişkilidir (18). Büyüme geriliği olan olguların tümünde sonuçta bir organik sorun (beslenme yetersizliği) gelişse de, sadece bir kısmında büyüme geriliğine neden olan bir organik sorun vardır (27). Nonorganik büyüme geriliği tanısı, tıbbi nedenlerin dışlanmasıyla konur (48). Tıbbi sorunların çoğu öykü ve fizik muayene ile saptanabilirken, az bir kısmı için laboratuvar tetkikleri gerekebilir (47).

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Tüm pediatrik hasta kabullerinin %1-5'i yeterli kilo alamama nedeniyle olmaktadır ve bu hastaların yaklaşık yarısı genel bir tıbbi duruma bağlı olmayan beslenme bozukluklarıdır (32).

Bebek ve küçük çocukların %15-35'inde beslenme sorunlarının olduğu bildirilmektedir. Sık görülen beslenme güçlükleri yetersiz yeme, bazı besin tiplerini reddetme, yemek zamanında uygunsuz davranışlar ve garip yeme alışkanlıklarıdır. Tam yeme reddi veya kusma gibi ciddi yeme sorunları bebek ve küçük çocukların %1-2'sinde görülür. Hayatın ilk yılında yeme reddi gösteren çocukların %70 kadarında okul çağında da bu sorunun devam ettiğini bildiren araştırmalar vardır (12).

Kırsal kesimde yaşayan 2-6 yaş arasındaki 1222 çocuğun değerlendirildiği bir araştırmada aşırı seçiciliğin görülme sıklığı %17 olarak bildirilmiştir (49). İlkokul çağındaki 240 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, cinsiyet ve sosyal sınıfla ilgili olmaksızın, bu çocukların 1/3'ünün evde, okulda veya her ikisinde birden seçicilik gösterdikleri saptanmıştır (20). Marchi ve Cohen ise, 1-21 yaşlar arasındaki 800 çocuk ve gençle yaptıkları çalışmada seçici yeme sıklığını % 27-29 olarak saptamış, kızlarda seçici yemenin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (21). Jacobi ve arkadaşları da 216 çocuğu değerlendirdikleri çalışmalarında aşırı seçici yeme oranının %21 olduğunu, cinsiyet açısından fark bulunmadığını belirtmişlerdir (50).

Timimi ve arkadaşları ise seçici yemenin erkek çocuklarda daha sık olduğunu, özellikle erken yaşlarda erkek hakimiyetinin daha belirgin olduğunu ileri sürmüşlerdir (51).

Ülkemizde bebek ve küçük çocuklardaki beslenme bozukluklarının epidemiyolojisi ile ilgili yayınlanmış bir araştırmaya ulaşılammıştır. Bir çocuk psikiyatrisi kliniğine altı aylık bir dönemde başvuran çocuk ve ergenlerin geriye dönük olarak değerlendirildiği bir çalışmada, okul öncesi dönemdeki 189 çocuktan 10'unun (%5.3) yeme sorunları nedeniyle getirildiği, bunlardan yalnızca ikisinin (%1.1) beslenme bozukluğu tanısı aldığı belirlenmiştir. Yeme sorunları tanımlanan çocukların %90'ının, tanı alanların da tümünün erkek olduğu belirlenmiştir (52).

Beslenme bozukluklarının epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalardaki farklı sonuçlar, bozuklukların tanımlanmasındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

2.3. ETİYOLOJİ

Beslenme bozuklukları biyopsikososyal sorunlardır. Fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler bozukluğun gelişimine katkıda bulunur (2). Çocuğun temperament özellikleri, aile ve özellikle anne ile ilgili özellikler, anne-çocuk etkileşimi ve bağlanma, etiyolojiyle ilgili araştırmalarda en sık değerlendirilen faktörlerdir.

2.3.1. Aile ve Anneyle İlgili Özellikler

Anne-bebek ilişki biçimi ve beslenmeye uyumun temelleri yaşamın ilk aylarında kurulur. İlk aylarda beslenme sorunları olan bebekler annelerde anksiyeteyi tetikler ve sıklıkla hayatın ikinci yılındaki kendi kendine beslenmeye geçiş sırasında kendini düzenleme (self regülasyon) güçlüklerine yol açar (12). Katı gıdalara geçişle birlikte ebeveynin tutumları çocuğun beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Özellikle sert disiplin içeren uygulamalar çocuğun üzülmesine ve sinirlenmesine neden olur ve yeme miktarını etkiler. Yeme sorunları olan çocuğun ebeveyni beslenme sırasında sert davranır, çocuğu yemesi için zorlar veya tehdit ederse bir kısırdöngü meydana gelir. Hekimler de ebeveyne, çocuğunu daha fazla beslemesini önerdiğinde, ya da çocuğun yememesi konusunda ebeveyni suçladığında kısırdöngü daha da şiddetlenir. Çocuğunun beslenme sorunları nedeniyle yeterlilik duyguları zarar gören ebeveynler anksiyöz hale gelebilir ve daha sert ve kontrolcü bir tutumla soruna karşılık verebilirler. Ebeveynin mi çocuğun yeme sorununa daha sert ve ısrarcı bir tutum içine girerek yanıt verdiği, yoksa çocuğun mu ebeveynin sert tutumları nedeniyle ısrarla yemeyi reddettiği tartışmalıdır. Her iki durumda da

ebeveynin çocuğunu uygun yanıtlayamayan, sert davranışı başarısız ve çatışmalı yeme ilişkisiyle sonuçlanır (8).

Yoksulluk, annenin ihmal ve istismarı ve düzensiz aile ortamı ile yetersiz gıda alımının, pikanın etiyojijisinde rol oynayan psikososyal faktörler olduğu belirtilmektedir (12). Lindberg ve arkadaşları yeme reddi olan çocukların ailelerinde işsizlik, maddi güçlükler, sağlık sorunları ve madde kullanımı gibi psikososyal sorunların daha sık olduğunu ve annelerin ebeveynlik algısının daha olumsuz olduğunu ortaya koymuşlardır. En sık görülen psikososyal sorunların ebeveynde yaygın anksiyete, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi ruhsal hastalıklar ve ebeveynler arası çatışma olduğu belirlenmiştir (24).

Büyüme geriliğinde yetersiz eğitim, yoksulluk, kalabalık aile ortamı ve sosyal izolasyon gibi ebeveynlik davranışlarını olumsuz yönde etkileyen etkenlerin varlığı araştırılmıştır. Belsky'ye göre çocuğun yetişmesi ve gelişimini etkileyen ebeveynlik yetileri açısından çevresel stres ve destek önemli etkenlerdir (53). Bu çocukların ailelerinde yoksulluk (13), şiddet, istismar (54) ve aile içi sorunlu ilişkilerin (55) daha sık olduğu bildirilmiştir. Dykman ve arkadaşları büyüme geriliği olan çocuklarda tek ebeveynli aileden gelme oranının kontrollere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (18).

Yapılan araştırmalarda büyüme geriliği olan çocukların annelerinde kontrollere göre; çocukluk çağında istismar ve ihmal öyküsünün daha fazla olduğu (56), çocukluk döneminde sık bakım veren değışikliği ve kriz öyküsünün daha fazla olduğu (57), daha fazla yaşam stresi ve daha az sosyal desteğe sahip oldukları (57-59), problem çözme becerilerinin yetersiz olduğu (60), çocuklarıyla ilgili daha fazla olumsuz algılarının olduğu (57,61,62), daha fazla güvensiz bağlanma sergiledikleri (58,62), sevilen birinin kaybıyla ilişkili çözülmemiş yasa sahip olma oranlarının daha yüksek olduğu, algıladıkları aile desteğinin daha az olduğu ve evlilik ilişkilerinin daha az hoşnut edici olduğu (58) gösterilmiştir.

Malnutrisyonu olan çocukların anneleriyle yapılan bir araştırmada, bu annelerin kronik olarak daha kötü bir yaşam tanımladıkları, akraba ilişkilerinin ve babanın desteğinin yetersiz olduğu, annelerin kendi narsisistik ilgilerinin çocukların ihtiyacından önde geldiği ve hemen hepsinin çocukluklarında ciddi yoksunluk çektikleri belirlenmiştir (63).

Beslenme bozukluğu olan çocukların annelerinde daha fazla ruhsal hastalık olup olmadığı tartışmalıdır. Duniz ve arkadaşları, nonorganik büyüme gelişme geriliği olan çocukların ebeveynlerinin %70'inde ilk başvuru sırasında DSM-III-R'ye göre bir Eksen-I

tanısı olduğunu, çocuk ve ebeveynlerin bir yıl süreyle tedavisinin ardından bu oranın %12'ye gerilediğini belirlemişlerdir (64). Polan ve arkadaşları, büyüme geriliği olan çocukların annelerinde duygudurum ve kişilik bozukluklarının, büyüme geriliği olmayan çocukların annelerine göre daha sık görüldüğünü saptamışlardır (65). Raynor ve Rudolf da bu annelerin %19'unda ciddi anksiyete ve %8.5'unda klinik depresyon belirtileri olduğunu ortaya koymuşlardır (13). Büyüme geriliği olan çocukların annelerinde anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (66). Hufton ve Gorman da büyüme geriliği olan çocukların annelerini depresif olarak tanımlamıştır (57,67). Yemek seçme yakınmasıyla gelen çocukların 1/3'ünün anne ve/veya babalarında depresyon öyküsü saptanmış, ebeveyndeki depresyonun önemli bir etiyolojik faktör olabileceği ileri sürülmüştür (51). Beslenme sorunları olan çocukların annelerinin, başka davranış problemleri olan ve sağlıklı çocukların anneleriyle karşılaştırıldığı bir çalışmada ise affektif bozukluklar açısından fark saptanmazken, bu annelerde geçmiş ve şimdiki yeme bozukluğu tanısının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir (68). Bununla birlikte, bu çocukların annelerinde daha fazla ruhsal hastalık saptamayan araştırmalar da yazında mevcuttur (16,58).

2.3.2. Bağlanma

Birçok araştırmacı, bebek ve küçük çocuklardaki beslenme bozukluklarının anne-çocuk arası ilişki sorunundan kaynaklandığı varsayımından yola çıkarak, anne-çocuk arasındaki bağlanma örüntüsünü değerlendirmiştir.

Chaator ve arkadaşları infantil anorektiklerin annelerinde daha fazla güvensiz bağlanma olduğunu saptamışlardır. Güvensiz bağlanma temsilleri olan erişkinler çocuklarının verdikleri sinyallere daha az duyarlıdır. Güvensiz bağlanma ilişkisinin etkisi özellikle beslenme etkileşimi sırasında açık hale gelebilir. Güvenli bağlanması olmayan ebeveynler çocuklarının davranışlarını anlamakta güçlük çekebilirler, beslenme ve sınır koymayı ne zaman başlatıp bitireceklerini bilemeyebilirler. Bazı ebeveynlerin aşırı disiplin uygulamayı ve çocuklarını zorla beslemeyi tercih etmesine karşın, diğerleri sınır koyamayabilir ve çocuklarının az yemesi nedeniyle engellenmişlik hissedebilirler. Her iki durumda da çatışma ortaya çıkar (69).

Bakım veren kişiyle çocuk arasındaki iletişimde aksaklık olduğunda, çocukta güvenli bağlanma gelişmez. Beslenme de ebeveynle çocuğun karşılıklı olarak mücadele ettikleri bir savaş alanına dönüşür. Çocuk yemeyi reddettikçe güç kazanır ve ebeveynleri kontrol eder hale gelir (8).

Bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğunda, beslenme sorunları ve büyüme geriliği, anne yoksunluğu veya aşırı tutarsız bakımdan kaynaklanır ve anne-bebek arası bağlanmanın yetersizliği sonucu gelişir (70). Duygusal doyumdaki yetersizlik ve seyrek beslenmenin bu bebeklerde büyüme geriliği ve gelişimsel gecikmeye yol açtığı ileri sürülmüştür (12).

İnfanıl anorektikler de kötü bakım olmasa dahi güvensiz bağlanma açısından risk taşırlar. Güvensiz bağlanma, malnutrisyonun şiddeti ile orantılı olarak artış gösterir. İnfanıl anoreksili, aşırı seçiciliği olan ve normal beslenen çocukların bağlanma biçimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, infanıl anoreksili çocukların çoğunda güvenli bağlanma saptanmakla birlikte, güvensiz bağlanma oranının, diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (70).

Bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğu ve infanıl anoreksinin aksine, aşırı seçicilerde güvenli bağlanma oranı yüksek bulunmuştur. Bu yüksek oranın ailenin telafi edici mekanizmalarına bağlı olabileceği ileri sürülmüştür. Bu çocukların anneleri beslenme güçlüklerini fark edip, olumlu oyun etkileşimi aracılığıyla çatışmanın azalmasını sağlıyor olabilirler. Sonuç olarak da bu çocuklar daha güvenli bağlanma geliştirebilirler ve yeme reddi şiddetli değildir (70).

Büyüme geriliği olan çocukların da birincil bakım verenleriyle bağlanma ilişkilerinin içsel temsilleri araştırılmış; bu çocuklarda güvensiz bağlanma biçiminin oldukça fazla olduğu gösterilmiştir. Crittenden, nonorganik büyüme geriliği olan çocukların %92'sinde güvensiz bağlanma (54), Ward ve arkadaşları da %46'sında anksiyöz-dezorganize, %19'unda anksiyöz-avoidant bağlanma saptamışlardır (59). Bu oranlar kontrol gruplarına göre yüksektir. Bu da büyüme geriliği olan birçok çocuğun ebeveynlerini reddedici, öfkeli ve öngörülemez olarak algıladıklarını düşündürmektedir (27). Bu çocukların %46'sının bakım verenden ayrılma ve tekrar bir araya gelme stresiyle başa çıkabilmek için tutarsız veya çelişkili taktikler sergiledikleri; yani en bozuk bağlanma türü olan dezorganize bağlanma geliştirdikleri bildirilmiştir (59). Dezorganize bağlanmayla ilgili benzer oranlar, malnutrisyonu olan yoksul bebeklerde de saptanmıştır (71). Tüm bu veriler, bu çocukların genel olarak güvensiz ve özellikle de dezorganize bağlanma geliştirme açısından artmış riske sahip olduğunu düşündürmektedir (70).

2.3.3. Anne-Çocuk Etkileşimi

Beslenme bozukluklarında, araştırılan etkenlerden biri de bozulmuş ebeveyn-çocuk ilişkisidir. Anne-çocuk ilişkisiyle ilgili sorunların bu duruma katkıda bulunduğu ya da beslenme sorununu arttırdığı belirtilmektedir (32). Beslenme sırasında anne-çocuk etkileşiminin değerlendirildiği bir araştırmada, beslenme bozukluğu olan çocukların daha fazla yıkıcı davranış gösterdikleri ve daha az çiğnedikleri, annelerinin de beslenme sırasında daha olumsuz ve zorlayıcı oldukları saptanmıştır (72). Oyun ve beslenme sırasında fiziksel yakınlık ve dokunma alanlarında da sorunlar tanımlanmıştır (73).

Chatoor ve arkadaşları infantil anoreksili bebekler ile annelerinin oyun ve beslenme sırasındaki etkileşimini, normal gelişen bebek ve annelerinkine karşılaştırdıkları çalışmada, kontrol grubundaki annelerin oyun ve beslenme sırasında daha yanıtlayıcı olduklarını ve daha fazla olumlu duygulanım sergilediklerini göstermişlerdir. Kontrol grubundaki bebeklerin de daha neşeli oldukları, annelerine daha sık baktıkları ve oynadıkları saptanmıştır. Infantil anoreksili bebeklerin annelerinin ise her iki etkileşim sırasında daha direktif oldukları ve daha fazla olumsuz duygulanım sergiledikleri gözlenmiştir. Infantil anoreksili bebekler de daha fazla olumsuz duygulanım sergilemiş ve annelerine daha az bakmışlardır (39). Bir ayaktan tedavi kliniğinde büyüme geriliği nedeniyle izlenen çocukların beslenme ve oyun sırasında daha az olumlu duygulanım, beslenme sırasında da daha fazla olumsuz duygulanım sergiledikleri ortaya konmuştur. Bu çocuklarda malnutrisyon varlığının beslenme sırasında gözlenen olumsuz duygulanım ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (74).

Malnutrisyon, ebeveynin endişelerini arttırmak veya bebeği daha irritabl hale getirmek yoluyla ebeveyn-bebek ilişkisindeki gerginliğin artmasına yol açar (40). Büyüme geriliği olan çocukların annelerinin çocuklarıyla etkileşimlerinin daha az olduğu, beslenme sırasında daha az göz teması, sözel ve fiziksel ilişki kurdukları (75) ve oyun ilişkisi sırasında kontrollere göre daha negativist olduklarını belirlenmiştir (15). Coolbear ve Benoit ise yaptıkları kontrollü çalışmalarında oyun ilişkisi sırasında büyüme geriliği olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptamamışlardır (62). Birçok çalışmada bu annelerin çocuklarıyla etkileşim sırasında daha duyarsız, daha az esnek, daha kontrolcü, girici, aşırı uyarıcı, daha az şefkatli ve daha az kabul edici oldukları, çocuklarının sinyallerini alamadıkları, zorlayarak besledikleri, daha fazla fiziksel ceza uyguladıkları, daha düşmanca ve öfkeli duygular gösterdikleri ortaya konmuştur (8,17,39,54,76-78).

Bazı yazarlar ruminasyonu da separasyona ya da anne-bebek arasındaki bozulmuş ilişkiye (örneğin sorunlu aile ilişkileri veya yaşam olayları nedeniyle annenin ihmali ve bebeği yanıtlamadaki yetersizliğine) bağlarlar. Bebek annenin dikkatinden veya rahatlatmasından yoksun kaldığında ruminasyon bir kendini düzenleme (self regülasyon) yöntemi haline gelmektedir (12).

Anne-çocuk etkileşimindeki sorunlar, beslenme bozukluğunun ister nedeni, ister sonucu olsun, hastalığın gidişinde önemli ölçüde etkili görünmektedir.

2.3.4. Çocuğun Temperamenti

Yeme reddi çocuğun temperamenti ile ilişkilidir. Örneğin, çocuğun olumsuz duyguları ve ürkekliği yeni yiyecekleri denemesini güçleştirebilir (4). Zor temperament özellikleri olan çocuklar sınırlı gıda çeşidini kabul edebilir ve yeni yiyecekleri denemede oldukça isteksiz olabilirler (79). Gorman ve arkadaşları büyüme geriliği olan çocukların, olmayanlara göre daha zor temperament özelliklerine sahip olduklarını saptamışlardır (57).

Rosenn ve arkadaşları organik ve nonorganik büyüme geriliği ayrımı için tıbbi göstergeler yerine bebeğin sosyal davranışlarını gözlemeye dayanan bir yöntem geliştirmişlerdir. Organik büyüme geriliği ve tıbbi hastalığı olan bebekler dokunma ve sarılma gibi yakın fiziksel ilişkiye daha olumlu yanıt verirken, nonorganik büyüme geriliği olan bebekler uzak sosyal karşılıkları ve cansız nesneleri tercih ederler. Bu bebeklere yaklaşıldığında sıkıntıları artar, dokunulma ve başkaları tarafından sarılmadan hoşlanmazlar ve yüz yüze ilişkiden kaçınırlar (48). Çocuğun sergilediği bu tür zor temperament özellikleri, beslenme sorunlarının oluşmasında tek başına etkili olabileceği gibi, anne-çocuk ilişkisinde sorunlara yol açarak bozukluğun gelişimine katkıda da bulunabilir.

2.4. GİDİŞ VE SONLANIM

2.4.1. Beslenme Sorunlarının Gidişi

Çalışmalar, erken dönemdeki beslenme sorunlarının, daha ciddi bir beslenme bozukluğuna ilerlemediğinde bile, çocukluk çağı boyunca devam etme eğilimi olduğunu ortaya koymaktadır. Marchi ve Cohen, beslenme güçlüklerinin 10 yıllık bir dönemde büyük oranda süreklilik gösterdiğini saptamışlardır. Özellikle, erken çocukluk dönemindeki aşırı seçici yeme ve sindirim sorunlarının ergenlik dönemindeki 'anoreksiya nervosa'nın; pika ve sorunlu yeme davranışlarının ise bulimia nervosa'nın öncü belirtileri olduğunu saptamışlardır (21). Bu

sonuçlar, Rastam'ın premorbid gastrointestinal ve beslenme sorunları açısından anorektik hastaları kontrol grubuyla karşılaştırdığı geriye dönük çalışmasıyla da desteklenmiştir. Her iki sorunun da anorektik hastalarda (%90) kontrol grubuna göre (%55) daha sık olduğu gösterilmiştir (80). İnfantil anoreksinin gidiş ve prognozu ile ilişkili prospektif çalışmalardan elde edilmiş sistematik veriler yoktur. Hayatın ilk yılında yeme reddi olan çocukların okul çağına dek izlendiğı bir çalışmada, dört yaşında iken çocukların %70'inde beslenme sorunlarının devam ettiğı, altı yaşına geldiklerinde de hem evde, hem de okulda yeme sorunlarının görüldüğü saptanmıştır (81,19).

İnfantil anoreksili yirmi çocukla yapılan bir başka izlem çalışmasında, tedavinin başlangıcından 6-24 ay sonra, çocukların 17'sinde belirgin düzelme olduğu ortaya konmuştur. Çocuğun beslenmesi ile ilişkili ebeveyn-bebek çatışması tamamen düzelmiştir. Çocukların açlığı fark etmeyi öğrenerek gıda alımını arttırmalarıyla büyümelerinde artış olmuştur. Bununla birlikte ebeveynler, çocukların çoğunun heyecanlandıklarında, evde misafir olduğunda veya seyahatte iken yine iştahlarının azaldığını bildirmişlerdir. Bu ocuklar sakinleşebildiklerinde iştahları tekrar artmış ve kayıp öğünleri telafi etmişlerdir (12).

Posttravmatik beslenme bozukluğu ile ilgili bazı olgu sunumlarında bu çocukların korkuları nedeniyle uzun süre yiyemedikleri bildirilmektedir. Bazıları okul çağına dek sadece biberondan süt içen veya püre halindeki besinleri yiyen bu çocukların ebeveynlerinin bu yeme davranışından utanması yardım istemelerine yol açabilir. Tam yeme reddi olan bazı ciddi olgularda yıllarca gastrostomi ile beslenme uygulaması gerekebilir. (12).

2.4.2. Beslenme Sorunlarının Gelişime Etkisi

Yetersiz beslenmenin gelişmekte olan beyin üzerine önemli olumsuz etkileri vardır (40) Birçok araştırmada büyüme geriliğı olan çocuklarda; zihinsel, dil, davranışsal, psikososyal gelişim gibi gelişimin tüm alanlarında gecikme olduğu (13-17) ve bu çocukların yaklaşık 1/3'ünde ciddi gelişimsel gerilik olduğu bildirilmiştir (13). Erken ocukluk döneminde büyüme geriliğı öyküsü olan çocukların okul çağına değerlendirildikleri bir araştırmada, bu çocukların okul başarısının, zeka bölümü düzeylerinin, görsel-motor entegrasyon test puanlarının ve okuma-yazma standart puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır (18). Drewett ve arkadaşları ise hayatın ilk 1.5 yılında büyüme geriliğı tespit edilen çocukları 7-9 yaşları arasında tekrar değerlendirdikleri çalışmalarında, zeka bölümü, okuma, okuduğunu anlama ve yazma skorları açısından kontrollerden farklı olmadıklarını ortaya koymuş ve

nonorganik büyüme geriliğinin okul çağında bilişsel veya eğitimsel sorunlara yol açmadığını ileri sürmüşlerdir (81).

Erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunları çocuğun dil gelişiminde gecikmeye ve artikülasyon bozukluğuna neden olabileceği bildirilmektedir (82). Pikası olan küçük çocuklarda konuşma ve psikososyal gelişimde gecikme görülebilir (12). Bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğu olan çocukların da bilişsel ve duygusal gelişimde gecikme açısından yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir. Bu çocuklar okul yaşına kadar izlendiklerinde davranış düzenleme, ego kontrolü ve ego gücünde sorunlar ile davranışsal belirtilerin görüldüğü bildirilmektedir (12)

2.4.3. Beslenme Sorunlarının Duygusal ve Davranışsal Etkileri

Bebek ve küçük çocuklardaki yeme reddinin duygusal ve davranışsal sorunlar, sürekli düşük vücut ağırlığı ve inatçı yeme sorunlarını içeren uzun dönem sonuçları olduğuna dair kanıtlar vardır (19-24). Seçici yeme davranışı olan çocukların da anksiyete, obsesif kompulsif semptomlar ve sosyal güçlükler sergilediği belirtilmektedir (51).

Büyüme geriliği olan çocuklarda hem tanı sırasında, hem de uzun dönem izlemde davranışsal ve sosyoemosyonel sorunlar olduğu saptanmıştır (16,17,54,71,74,83,84). Toplum örnekleminden alınan bir yaşındaki büyüme geriliği olan bebeklerin normal kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, büyüme geriliği grubunda daha fazla huysuzluk, ilgi gerektirme, uyumsuzluk ve sosyal olmayan davranışlar saptanmıştır (17). 3-24 aylık bebeklerin karşılaştırıldığı bir araştırmada, davranış sorunlarının nonorganik büyüme geriliği olan grupta, hem organik büyüme geriliği olan, hem de büyüme geriliği olmayan gruplardan daha sık ve şiddetli olduğu gösterilmiştir (83). Hufton ve Oates, büyüme geriliği olan çocuklarda daha fazla dil sorunları, sık yalan söyleme, öfke nöbetleri, sinirlilik, enüresis, aşırı hareketlilik, dikkat çekmeye yönelik davranışlar, çalma ve enkopresis görüldüğünü saptamışlardır (67).

Büyüme geriliği olan çocuklarda gelişimsel, davranışsal ve duygusal sorunlar bildirilmekle birlikte, bunların büyüme geriliğinin öncülü mü, sonucu mu olduğu henüz bilinmemektedir (27). Yeme reddi sadece çocuğun sağlığını, gelişimini ve hayatını etkilemekle kalmaz, bu tür davranışlar aynı zamanda kardeşleri ve tüm aileyi de önemli ölçüde etkiler (85). Tüm bu nedenlerle çocukluk dönemindeki beslenme bozuklukları önemli bir davranışsal sorun olarak kabul edilir (50).

2.5. DEĞERLENDİRME

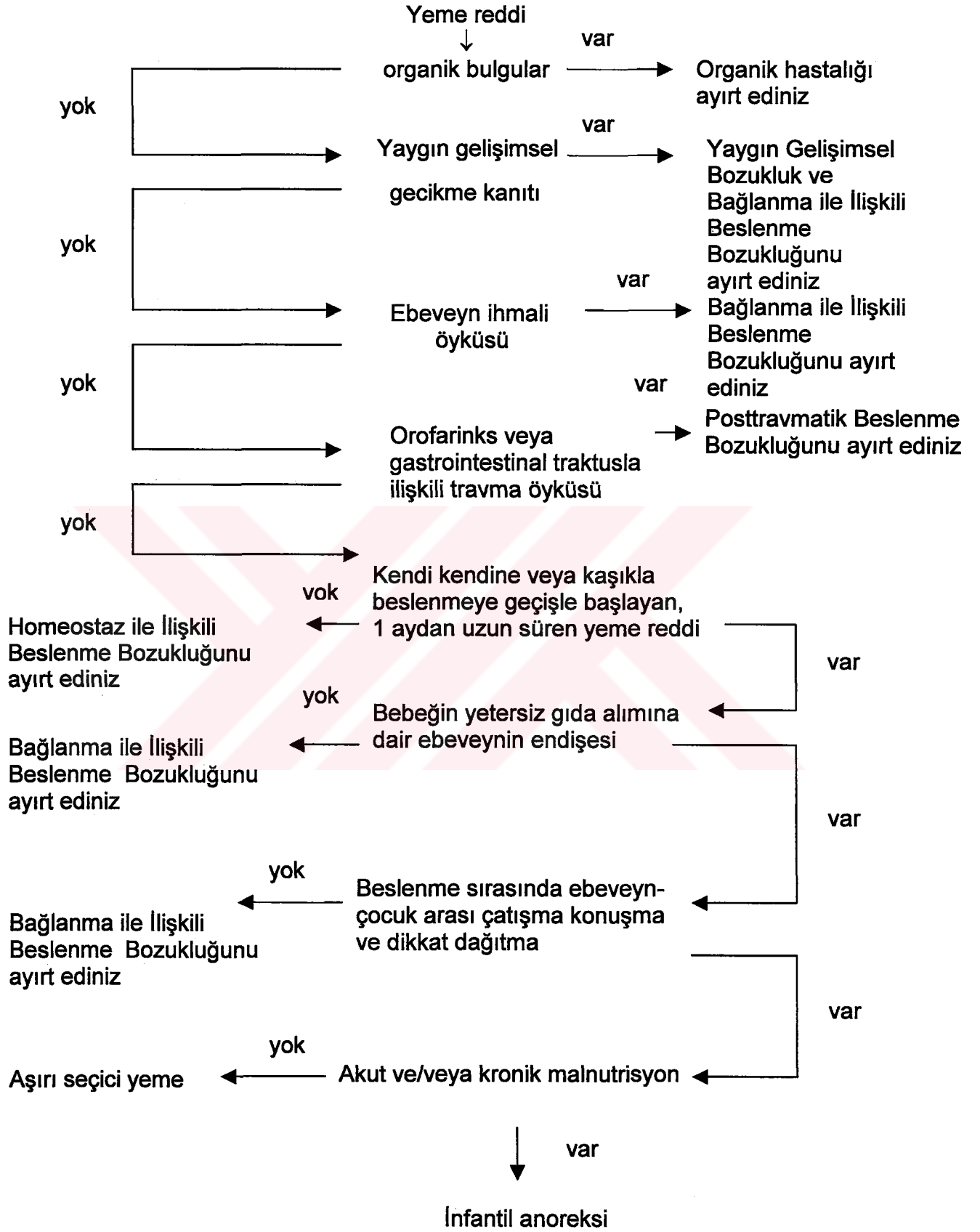
Bebek ve küçük çocuklardaki beslenme sorunlarının değerlendirme ve tanısı için bazı yöntemler öne sürülmüştür. Beslenme bozukluğunun varlığı, doğası ve/veya şiddetini değerlendirebilmek için, çocuğun yemek sırasında sergilediği özel beceri ve davranışları saptayan ebeveyn ve gözlemci derecelendirme skalaları gibi ölçekler geliştirilmiştir (35,86).

Geniş bir değerlendirme; çocuğun sağlık, gelişim, beslenme, kendini düzenleme ve büyüme öyküsünün alınmasını, yeme davranışı ve gıda alımı konusunda ebeveynin vereceği bilgileri ve beslenme gözlemini içermelidir (27). Erken dönemdeki beslenme sorunları ve süttten kesme dönemine de odaklanılarak çocuğun gelişimsel beslenme öyküsü alınmalıdır (87). Beslenme ve/veya yutma sorunları olan bir çocuğun değerlendirilmesi sırasında çocuğun büyüme geriliğinin olup olmadığı, güvenli bir şekilde beslenip beslenemeyeceği (çocuğun anatomik ve gelişimsel olarak beslenmeye hazır olup olmadığı), bakım veren-çocuk ilişkisinde sorun olup olmadığı ve diğer çevresel sorunların varlığı incelenmelidir (27). Çocuğun aldığı besin miktarını arttırabilmek için ebeveynin uyguladığı yöntemler belirlenmelidir. Çocuğun önceki yeme deneyimleri ve herhangi bir gastrointestinal hastalık geçirip geçirmediği öğrenilmelidir. Son olarak çocuğun büyüme-gelişmesi, iştahı, gıda alım miktarı ve genel temperament özellikleri değerlendirilmelidir (87).

2.6. AYIRICI TANI

Beslenme bozukluklarının ayırıcı tanısı için ilk adım altta yatan tıbbi bir sorun olup olmadığının belirlenmesi olmalıdır. Herhangi bir tıbbi hastalık saptanmadığında ise, çeşitli beslenme bozukluklarının birbirinden ayırt edilmesi önem taşır. Organik kökeni olmayan beslenme bozukluklarının ayırıcı tanısı Şekil 1’de özetlenmektedir.

Şekil 1. Ayırıcı Tanı Karar Ağacı



2.7. TEDAVİ

Beslenme sorunları olan çocuğun değerlendirmesi tamamlandıktan sonra, edinilen bilgiler ışığında, uygulanacak tedavi girişimleri belirlenebilir. Tedavinin bireysel olarak planlanması ve bebek, anne ve ikisi arasındaki etkileşime odaklanması önemlidir. Çocuğun beslenmesi güvenli değilse oral yoldan beslenmemesi; oral-motor, orofaringeal, oral-duyusal disfonksiyon veya nörolojik kökenli yutma güçlükleri varsa beceri eğitimi; büyüme geriliği varsa beslenme desteği sağlama; ebeveyn-çocuk ilişkisinde sorun varsa psikoterapi; yeme reddi varsa davranışçı tedavi yöntemleri (yemek zamanında ortaya çıkan sorun davranışların söndürülmesi ve uyuma yönelik yeme davranışlarının güçlendirilmesi) uygulanabilir (27,30,88). Yeme sorunlarının ciddi nörolojik hastalıklara eşlik ettiği olgularda gastrostomi kusma, öğürme ve öksürmeyi ortadan kaldırarak büyümeye yardımcı olabilir ve çocuğun yaşam kalitesini arttırabilir (89).

Çocuğun büyüme geriliği varsa, beslenmesi güvenli değilse, olumsuz beslenme etkileşimi ebeveynin ruh sağlığını veya ebeveyn-çocuk ilişkisini etkilemişse multidisipliner tedavi yaklaşımı önerilir (87). Psikiyatrik tedavinin uygulanmasından önce çocuğun nutrisyonel ihtiyaçlarının giderilmesi gereklidir (12)

Öte yandan anne tükenmiş, aşırı anksiyöz veya depresif ise annenin güçlüklerine de yardımcı olunması gereklidir. Beslenme seanslarının videoya kaydedilip anneye birlikte izlenmesi; annenin bebeğin sinyallerini anlamasına, kendi davranışlarını fark etmesine, bebeğin duruma uyumunu kolaylaştırma ve beslenme becerisini artırma için alternatif yollar bulmasına yardımcı olur (8,12). Bu sırada hekim ebeveyne çocuğu ile nasıl ilişki kuracağını öğretmek yerine, sadece beslenme ilişkisini daha iyi anlamasına ve hem kendisinin, hem de çocuğun davranışlarının ilişkiyi nasıl etkilediğini fark etmesine yardımcı olur (8).

Bağlanma ile ilişkili beslenme bozukluğunun tedavisinde, büyüme geriliğinin şiddeti ve ihmalin var olup olmasına göre farklı yaklaşımlar önerilmektedir. Annenin ihmali yoksa, ebeveynler geçmişte tıbbi yardım aramışsa ve ailenin yeterli çevresel desteği varsa ayaktan tedavi güvenli olabilir. Ancak büyüme geriliği önemli düzeydeyse, ciddi ihmal söz konusu ise, annenin alkol-madde kötüye kullanımı veya kaotik bir yaşam tarzı varsa hızla hastaneye yatırılarak tedaviye başlanması önerilmektedir. Tipik olarak bu bebekler hastaneye yatırılıp doyurucu bir bakım verildiğinde bağlanma ve ağırlıklarında artış görülür. Bu sırada bebeğin anneye karşı sergilediği olumlu davranışlar saptanıp anneye gösterilebilir. Annenin verdiği

yanıtta bakılarak bebeğiyle tatmin edici ilişki kurma konusunda potansiyeli olup olmadığı belirlenebilir. Bebek annenin bakımına geri verilmeden önce, annenin destek sistemleri ve terapiye devam edip edemeyeceği araştırılmalıdır. Bazı ciddi ihmal ve istismar durumlarında çocuğun koruma altına alınması ve kurum bakımına verilmesi gerekebilir (12).

Chatoor, infantil anoreksinin tedavisinin; 1) Yapılandırılmış beslenme programı ve rutinlerini, 2) Sabit ve tutarlı sınır koymayı ve 3) bilişsel-davranışçı yaklaşımı içeren bir kombinasyon şeklinde olması gerektiğini öne sürmektedir (38). Infantil anoreksinin ortaya çıkışında ileri sürülen transaksyonel modele dayanarak bir tedavi yöntemi geliştirilmiştir. Buna göre çocuğun duygusal yoğunluğu, düşük uyarı eşiği ve inatçılığı; sınır koyma konusunda güvensiz olan ebeveynde kontrol, otonomi ve bağımlılık konularında çatışmayı uyarır. Çocuğun temperamenti ve ebeveynin sınır koyma konusundaki anksiyetesine yönelen tedavi ile çocuğun yemeyle ilgili içsel düzenlemeleri kolaylaşır.

1. Çocuğun temperamenti hakkında ebeveynle konuşma; çocuğun merak ve duygusal yoğunluğunun, açlığı fark etmesini etkilediğini anlamalarına yardımcı olur. Bu çocuklar yeme reddi aracılığıyla ebeveynlerinin dikkatini çekmeyi öğrendikleri için, yemelerini sağlamak amacıyla gösterilen dikkat dağıtma veya eğlendirme çabaları sadece sorunun devam etmesini sağlamaktadır.

2. Ebeveynlerin sınır koyma konusundaki anksiyetelerinin kaynağı araştırılmalıdır. Bazı ebeveynler kaybedilmiş gebelikler, infertilite sorunları veya kendi ebeveynlerinin sertliği ya da duygusal yetersizlikleri nedeniyle daha duyarlıdır. Ebeveynlerin duyarlılığını anlamak, çocuklarına daha etkili sınır koymalarına yardımcı olmak açısından önemlidir.

3. Bu ön hazırlıkların tamamlanmasının ardından, ebeveynler davranışlarını değiştirebilmeleri için eğitilirler. Ebeveynlere, çocuğun açlık ve toklukla ilgili biyolojik ritminin gelişmesi için, çocuklarını 3-4 saat aralarla beslemeleri ve öğün aralarında su dışında hiçbir şey vermemeleri önerilir. Çocuğun kendi kendine beslenmesinin önemini anlamaları için ebeveynlere yardımcı olunur. Ebeveyn, “kaşığı ağzına kendin götürebilirsin” şeklindeki yorumlarla çocuğu teşvik etmeli, ancak ne kadar ve nasıl yemesi gerektiğini söylememelidir. Çocuk gıda alımını açlık ve toklukla ilgili içsel duyularına göre ayarlamayı öğrenmelidir. Beslenme sırasında oyalama, televizyon veya oyun olmamalı, çocuk yemeye odaklanmalıdır. Çocuk beslenme sırasında sandalyesinden kalkma, yiyecekleri veya tabakları fırlatma gibi uygunsuz davranışlar sergilediğinde beslenme sonlandırılmalıdır (28). Bu tür bir terapi birçok

ebeveynin çocuklarıyla etkileşimlerinde belirgin iyileşme sağlayabilir. Bununla birlikte ciddi malnutrisyonu olan bazı çocuklar ve uygunsuz etkileşim örüntüsünün derin olduğu bazı aileler için daha yoğun tedavi veya hastaneye yatış da gerekebilir (12).

Aşırı seçici yemenin tedavisinde de çocuğun yeme becerilerinin artmasını sağlayan davranışçı yaklaşım önerilmektedir (90,91). Özellikle katı gıdalarla beslenmede güçlüğü olan çocuklar için, yiyeceklerin kıvamının aralıklı ve yavaş arttırılmasının yararlı olduğu belirtilmektedir (92). Bu çocuklarda uygulanan beslenme desteğinin de hem büyümeyi arttırdığı, hem de gelişebilecek enfeksiyon hastalıklarının azalmasını sağladığı saptanmıştır (93).

Büyüme geriliğinin tedavisinde genellikle büyüme ve gelişmenin düzeltilebilmesi için fiziksel/nutrisyonel belirtilerin tedavisine odaklanılır. Tıbbi tedavi, altta yatan organik sorunların özel tedavisine ek olarak tüple beslenme, prokinetik ajanlar (örn. Domperidone) ve çinko desteğini içerir (27). Diğer tedaviler hastaneye yatırarak tedaviyi, çeşitli psikoterapi türlerini, çeşitli ayaktan tedavi yöntemlerini içerir ve çoğunlukla multidisipliner yaklaşım uygulanır (28,77,94-97). Büyüme geriliğinde oldukça uzun süreli ve yoğun tedavi gerekmektedir. Tedavi ile kısa dönemde beslenme durumunda düzelme sağlanabilse de sosyoemosyonel ve gelişimsel alanlarda düzelme yetersiz kalmaktadır (27).

3. AMAC

Beslenme bozuklukları biyopsikososyal sorunlardır. Fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bu bozuklukların ortaya çıkışına katkıda bulunduğu bildirilmektedir. (2). Beslenme bozukluklarında rol oynayan etkenler olarak çocuğun zor temperament özellikleri, annenin ruhsal hastalıkları, anne-çocuk etkileşimi ve bağlanmadaki sorunlar konusunda birçok araştırma olmasına karşın, yazında bu çocukların aile işlevlerinin değerlendirildiği araştırmaya rastlanmamıştır. Yine beslenme sorunları ile ilgili olarak, diğer ülkelerde birçok araştırma yapılmış olmasına karşın, ülkemizde bu alanda sadece üç olgu sunumuna ulaşılabilmektedir (98-100). Çocuğun fazla kilolu oluşunun sağlık göstergesi olarak kabul edildiği, fiziksel gelişiminde sorun olduğunda annelerin “yeterince beslememe” ile suçlandığı ülkemizde, beslenme sorunlarının önemli bir kültürel yanının da olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde beslenme sorunları olan çocukların ebeveyn özelliklerinin araştırılması, koruyucu önlemler ve tedaviye yönelik uygulamalar açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada erken çocukluk döneminde beslenme sorunları olan çocuklar ve annelerinin özelliklerinin aile işlevleriyle birlikte değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada amaçlar:

1. Yeme reddi olan çocukların sosyodemografik özelliklerini belirlemek,
2. Bu çocukların gelişimini değerlendirmek,
3. Yeme reddi olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ve kişilik bozukluklarının sıklığını belirlemek
4. Aile işlevlerini değerlendirmek,
5. Yeme reddine neden olabilecek etmenleri saptamaktır.

4. GERIC VE YÖNTEM

4.1. ÖRNEKLEM

4.1.1. Olgu Grubunun Oluşturulması

Araştırmanın olgu grubu, Aralık 2002 – Kasım 2003 tarihleri arasında yeme reddi nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'na getirilen 30 çocuktan oluşmaktadır. 19 olgu Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'na başvurmuştur. 11 olgu da Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları'na başvurmuş ve oradan araştırma için yönlendirilmiştir. Olgularda en az bir aydır süren, tüm besinleri veya sadece bazı türdeki yiyecekleri içeren yeme reddinin olması ve ebeveynin çocuğun yetersiz yemesi ile ilgili kaygı duyması koşulu aranmıştır. Çalışmaya alınan olguların yaş aralığı, beslenme sorunlarının en sık görülme yaşı olan 1-6 yaş olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 33 olgudan birinin ailesinin katılımı kabul etmemesi, iki ailenin de araştırma başladıktan sonra ayrılmak istemesi nedeniyle çalışma 30 çocuk ile tamamlanmıştır. Ulaşma oranı %90.9'dur.

4.1.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi örneklemine temsil ettiği düşünülen Narlıdere Sağlık Ocağı'na kayıtlı, herhangi bir beslenme sorunu tanımlanmayan, annelerinin araştırmaya katılmayı kabul ettiği 30 çocuk değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma ile ilgili bilgi vermek ve davet etmek amacıyla ailelere telefonla ulaşılmıştır. Aranacak aileler ev halkı tespit fişlerinden sistematik örnek seçimi ile seçilmiştir. Çocukların yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeyleri göz önüne alınarak birebir eşleme yapılmış, 6 (%20) çocuk yedek olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında aranan 1 çocukta beslenme sorunlarının tanımlanması ve 5 ailenin de araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra verilen randevuya gelmemesi nedeniyle ilk aşamada 24 çocuğa ulaşılmıştır. Ulaşılamayanlar için oluşturulan 6 kişilik yedek havuzundan tümüne ulaşılmış, toplam 30 çocuk kontrol grubunu oluşturmuştur.

4.1.3. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. Olgu grubu için en az bir aydır süren, tüm besinleri veya sadece bazı türdeki yiyecekleri içeren yeme reddinin olması ve ebeveynin çocuğun yetersiz yemesi ile ilgili kaygı duyması
2. Kontrol grubu için çocukta herhangi bir beslenme sorunu tanımlanmaması
3. Takvim yaşının 1-6 yaş arasında olması
4. Çocukta büyümeyi etkileyecek ya da beslenme sırasında ağrı veya rahatsızlığa yol açabilecek tıbbi hastalığın olmaması
5. Çocukta yaygın gelişimsel bozukluğun olmaması
6. Annenin 18 yaşın üzerinde ve eğitim düzeyinin ilköğretim ve üzerinde olması
7. Araştırma sürecinde annelerin klinik görüşme sürecine uyumunu, gerçeği değerlendirme yetisini ve görüşmelerin güvenilirliğini bozabilecek tanı konmuş ruhsal veya bedensel bir hastalığının olmaması
8. Gerekli bilgilendirmeden sonra annelerden araştırmaya katılma konusunda onay alınmış olması

4.1.4. Olgu ve Kontrol Grubunun Değerlendirilmesi

Olgu ve kontrol grubundaki tüm çocukların bir çocuk psikiyatristi tarafından klinik görüşme ve ruhsal durum değerlendirmelerinin tamamlanmasının ardından boy ve vücut ağırlığı ölçümleri yapılarak beden kitle indeksleri, % boy standartları ve boy ağırlık oranları belirlenmiştir.

Beden kitle indeksi (BKİ), vücut bileşimini en iyi yansıtan indeks olarak kabul edilir. $BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$ formülü ile hesaplanır.

% Boy standardı çocuğun boyunun, aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların ortalama boy uzunluğuna oranıdır.

$(\text{Hastanın boyu} / \text{Aynı yaş ve cinsiyetteki normal çocukların boyu}) \times 100$ formülü ile hesaplanır. Bulunan değer %95'in altında olması kronik malnutrisyonun göstergesidir.

Boya göre ağırlık oranı (Wt / Ht) çocuğun vücut ağırlığının, aynı çocuğun boy uzunluğuna uyan vücut ağırlığına oranıdır.

(Hastanın vücut ağırlığı / Aynı boy ve cinsiyette normal çocuğun vücut ağırlığı) x 100 formülü ile hesaplanır. Bulunan değerin %90'ın altında olması akut malnutrisyonun göstergesidir. (101, aktaran 102)

Olgu grubundaki tüm çocuklar için beslenme sorununa yönelik ayrıntılı öykü alınmıştır. Yeme reddi yakınması ile getirilen olgu grubundaki tüm çocuklar tıbbi hastalıkların ayırt edilmesi amacıyla Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma polikliniğinde muayene edilmiş, hiçbir olguda yeme sorununa yol açabilecek herhangi bir tıbbi hastalık saptanmamıştır.

Çocuğun ve ailenin sosyodemografik özellikleri ile prenatal, perinatal ve postnatal döneme ilişkin bilgilerini araştıran kişisel değerlendirme formu ebeveynden alınan bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Çocukların anneleri de Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, SCID Kişilik Envanteri ve Aile Değerlendirme Ölçeği'ni doldurmuştur.

Ölçeklerin tamamlanmasının ardından, bir erişkin psikiyatri uzmanı tarafından annelerle SCID II görüşmesi yapılarak kişilik bozuklukları değerlendirilmiştir.

Çocuğun genel gelişimi, kaba motor gelişimi, ince motor gelişimi, dil bilişsel gelişimi ile sosyal beceri ve öz bakım gelişimini değerlendiren Ankara Gelişim Tarama Envanteri tüm çocuklara uygulanmıştır.

4.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

4.2.1. Kişisel Değerlendirme Formu

Çocuk ve aileye ilişkin özellikleri sorgulamak amacıyla hazırlanmış bir formdur. Sosyodemografik özellikler ile özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, annelerden alınan bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

4.2.2. Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory, BDE)

Beck tarafından 1961'de geliştirilmiştir (103).Türkçe'ye Tegin tarafından 1980'de çevirilmiştir (104). Geçerlilik çalışması ise 1989'da Hisli tarafından yapılmıştır (105). Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir kendini

değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı bireylere ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Toplam 21 madde içerir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve bunların toplanmasıyla toplam puan elde edilir. En yüksek puan 63'tür. Ölçeğin Türkçe için geçerlik güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

4.2.3. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, DSKE)

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, (106) Öner ve Le Compte tarafından 1977'de Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (107). Bireyin kendi kendine yanıtladığı bir ölçektir. Her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1. Durumluk Kaygı Envanteri: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2. Sürekli Kaygı Envanteri: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genelde kendini nasıl hissettiğini belirler.

Durumluk Kaygı Envanteri'nin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce yada davranışların şiddet derecesine göre "hiç", "biraz", "çok" ve "tamamıyla" şıklarından birinin seçilmesi; Sürekli Kaygı Envanteri'nde ise "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çok zaman" ve "hemen her zaman" şıklarından birinin seçilmesi istenir.

Ölçeklerde "doğrudan (düz)" ve "tersine çevrilmiş" ifadeler vardır. Puanlama sırasında olumsuz duyguları ifade eden doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan olumlu duyguları ifade eden ters ifadelerin toplam puanı çıkartılır ve elde edilen sayıya sabit bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Envanteri için 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini belirtir (108).

4.2.4. SCID-II Kişilik Envanteri Türkçe Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, SCID II)

SCID-II kişilik envanteri Spitzer ve Williams tarafından 1985'te geliştirilmiştir (109). Türkçe'ye çevirisi 1990'da Sorias ve arkadaşları (110), geçerlilik güvenirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları tarafından 1994 yılında yapılmıştır (111). DSM-III-R sınıflandırma sisteminde yer alan kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerine göre hazırlanmış 120 soruluk bir formdur. Tercihler "evet" veya "hayır" şeklindedir. "Evet"ler kişilik bozukluğu yönünden

değer taşır. Formun doldurulmasından sonra, özellikle “evet” olarak yanıtlanan maddelerin değerlendirildiği yapılandırılmış görüşme uygulanır. Ölçütlerin çoğu tek bir soru sorularak değerlendirilse de, görüşmeci net olmayan yanıtları aydınlatmak için ek sorulara gereksinim duyabilir. Kesin tanı formunda verilen yanıtlara göre değil, klinisyenin görüşmesi sırasında yaptığı değerlendirmeye konur.

4.2.5. Aile Değerlendirme Ölçeği (The Mc Master Family Assessment Device, ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Epstein tarafından 1983’te geliştirilmiş (112) Türkçe’ye çevirisi ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Bulut tarafından 1990’da yapılmıştır (113). Toplam 60 madde içermektedir ve 7 alt ölçekten oluşur. 6 madde “problem çözme”, 9 madde “iletişim”, 11 madde “roller”, 6 madde “duygusal tepki verebilme”, 7 madde “gereken ilgiyi gösterme”, 9 madde “davranış kontrolü” ve 12 madde “genel işlevler” alt ölçeklerini gösterir. Ölçek doldurulurken son iki ay dikkate alınarak en uygun seçenekler belirlenir. Her madde için “aynen katılıyorum”, “büyük ölçüde katılıyorum”, “biraz katılıyorum”, “hiç katılmıyorum” şıklarından biri seçilerek işaretlenir. Her madde 1 ile 4 arasında bir puan alır. Tüm maddelerde 1 puanı sağlıklı cevabı, 4 puanı ise sağlıklı cevabı simgelemektedir. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Yazarlar 2’nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğuna dikkat çekerek teorik olarak 2’yi ayırt edici bir sayı olarak kabul etmişlerdir.

4.2.6. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Ankara Gelişim Tarama Envanteri 0-6 yaş arasındaki bebek ve çocukların gelişimi ile ilgili derinlemesine ve sistemli bilgi sağlayan bir değerlendirme aracıdır. 1992 yılında Savaşır ve arkadaşları tarafından kültürümüze özgü olarak geliştirilmiştir.

Envanter gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak sağlamaktadır. Envanter çocuk için çeşitli yaş gruplarına göre düzenlenen ve annelere sorularak “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” şeklinde yanıtlanan 154 sorudan oluşmaktadır. Sorular gelişimin farklı, ancak birbiri ile ilişkili alanlarını (dil-bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım) temsil edecek biçimde düzenlenmiştir. Sonuçlar 0-6 yaş grubu bebek ve çocukların envanterin uygulandığı dönemdeki gelişimini adı geçen dört alt test ve toplam gelişim puanı olarak yansıtmaktadır. Bulunan puanlar, ölçeğin değerlendirme kılavuzu içinde yer alan profil aracılığı ile yaş düzeyi şeklinde ifade edilir. Yaş düzeyleri 2 yaşına kadar ay, 2

yaşından sonra yıl ve ay olarak gösterilmektedir. Çocuğun genel gelişim puanı hesaplandıktan sonra T-puanları profili yardımı ile genel gelişim T-puanı da hesaplanabilir. Genel gelişim T-puanı, çocuğun genel gelişiminin normal dağılımın neresine düştüğünü belirlemeye yarayan standart bir puandır. (114)

4.3. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplanan verilerin biyoistatistik analizleri, SPSS for Windows 11.0 paket programında yapılmıştır. Katogorik değişkenlerin değerlendirilmesi için ki-kare testi uygulanmış, dört gözlü düzenlerde en az bir beklenen değerin 5'in altında olduğu durumlarda Fisher's Exact Test, diğerlerinde Yates süreklilik düzeltmesi göz önüne alınarak anlamlılık değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin değerlendirilmesi için Mann-Whitney U ve t testleri kullanılmıştır. Ayrıca verilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon ve logistik regresyon testlerinden de yararlanılmıştır.



5. BULGULAR

5.1. KİŞİSEL DEĞERLENDİRME FORMUNA İLİŞKİN BULGULAR

5.1.1. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş

Çalışmaya alınan çocuklar 1-6 yaş aralığındadırlar. Olgu grubunda yaş ortalaması 42.37 ± 17.62 ay, kontrol grubunda ise 41.30 ± 15.42 aydır. İki grupta yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Cinsiyet

Olgu grubunda 18 kız (% 60), 12 erkek (%40); kontrol grubunda da 18 kız (%60), 12 erkek (%40) çocuk vardır. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$).

Okul durumu

Çalışmadaki çocukların çoğu okul öncesi eğitim almamaktadır. Olgu grubundaki çocuklardan 9'u (%30.0), kontrol grubundaki çocuklardan da 6'sı (%20.0) okul öncesi eğitime devam etmektedir. Gruplar arasında çocukların okul öncesi eğitim alıp almaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

5.1.2. Aile Özellikleri

Anne ve baba yaşları

Grupların anne ve babanın araştırmaya katılma, evlenme ve çocuğun doğumu sırasındaki yaş ortalamaları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Annelerin çalışmaya katılım ve doğum sırasındaki yaş ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmamasına karşın ($p > 0.05$), olgu grubundaki annelerin kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha geç yaşta evlendikleri saptanmıştır ($p < 0.05$). Olgu grubundaki babaların araştırmaya katılma ve evlenme sırasındaki yaşları kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olup ($p < 0.05$ ve $p < 0.01$), çocuğun doğumu sırasındaki yaşları bakımından farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Grupların anne ve baba yaş ortalamaları

	Olgu (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam (n=60)	t	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ±ss		
Araştırma sırasındaki yaş ortalamaları					
Anne	32.5±5.7	30.4±3.3	31.4±4.7	1.793	0.079
Baba	37.5±4.9	34.7±5.6	36.1±5.4	2.082	0.042
Evlilik sırasındaki yaş ortalamaları					
Anne	24.4±5.4	21.9±3.0	23.1±4.5	2.165	0.036
Baba	29.5±4.6	26.3±4.1	27.9±4.6	2.759	0.008
Çocuğun doğumu sırasındaki yaş ortalamaları					
Anne	29.0±5.8	27.1±3.6	28.0±4.9	1.541	0.130
Baba	34.1±4.9	31.4±5.8	32.7±5.5	1.954	0.056

t Testi

Anne ve baba eğitim düzeyleri ve mesleki dağılımları

Grupların anne ve baba eğitim düzeyleri ve mesleklerinin dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Her iki gruptaki çocukların anne ve babalarının tümü en az ilkokul mezunudur. Hem olgu, hem de kontrol grubundaki annelerin çoğu lise; olgu grubundaki babaların çoğu üniversite, kontrol grubundaki babaların çoğu da lise mezunudur. Eğitim düzeyleri ilkokul-ortaokul ve lise-üniversite olarak gruplandığında, anne ve babaların eğitim düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0.05$).

Her iki gruptaki annelerin çoğunun ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında annelerin çalışıp çalışmaması açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Grupların anne ve baba eğitim düzeyleri ve meslekleri

	Olgu (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Annenin eğitim düzeyi						
İlkokul	8	26.7	6	20.0	14	23.3
Ortaokul	1	3.3	5	16.7	6	10.0
Lise	13	43.3	13	43.3	26	43.3
Üniversite	8	26.7	6	20.0	14	23.3
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0
Babanın eğitim düzeyi						
İlkokul	4	13.3	6	20.0	10	16.7
Ortaokul	4	13.3	3	10.0	7	11.7
Lise	9	30.0	11	36.7	20	33.3
Üniversite	13	43.3	10	33.3	23	38.3
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0
Annenin mesleği						
Ev hanımı	19	63.3	24	80.0	43	71.7
Memur	7	23.3	2	6.7	9	15.0
Serbest meslek	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Özel sektör	3	10.0	3	10.0	6	10.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0
Babanın mesleği						
İşsiz	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Memur	13	43.3	12	40.0	25	41.7
İşçi	3	10.0	0	0.0	3	5.0
Serbest meslek	7	23.3	7	23.3	14	23.3
Özel sektör	6	20.0	10	33.3	16	26.7
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0

Anne ve babada ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü

Olgu grubunda 2 (% 6.7) anne ve 2 (%6.7) babada; kontrol grubunda 2 (%6.7) anne ve 3 (%10.0) babada bedensel hastalık öyküsü vardır. Olgu grubunda 1 annede (%3.3), kontrol grubunda ise 2 (%6.7) annede ruhsal hastalık öyküsüne rastlanmıştır. Babalardan hiçbirinde ruhsal hastalık öyküsü belirlenmemiştir. Olgu grubundaki annelerin tanı almış oldukları hastalıklar guatr, işitme azlığı ve depresyon; babaların hastalıkları da mitral yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliğidir. Kontrol grubundaki annelerde Ailevi Akdeniz Ateşi, migren, depresyon ve konversiyon bozukluğu; babalarda ise guatr, Ailevi Akdeniz Ateşi ve disk hernisi öyküsü mevcuttur. Anne ve babada bedensel hastalık öyküsü ve annelerde ruhsal hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Babaların hiçbirinde tanı konmuş ruhsal hastalık olmadığı için istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Anne-babanın evlilik süresi ve şekline ilişkin veriler

Olgu grubundaki anne-babaların evlilik süresi ortalamaları 8.0 ± 4.3 yıl, kontrol grubundakilerin ise 8.5 ± 3.8 yıldır. İki grup arasında ortalama evlilik süreleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Olgu ve kontrol gruplarında anne-babanın evlilik şekline ilişkin veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

İki grup arasında evlilik şekli açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Anne-babanın evlilik şekli, aile yapısı, sosyoekonomik düzeyleri ile çocuk sayısı ve sıraları

	Olgu (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=60)		χ^2 Yates	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Anne-babanın evlilik şekli								
Kendi istekleriyle	18	60.0	19	63.3	37	61.7	0.000	1.000
Görücü usulüyle	12	40.0	11	36.7	23	38.3		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates= 0.000 SD=1 p=1.000								
Aile yapısı								
Evli-birlikte	29	96.7	30	100.0	59	98.3		1.000
Parçalanmış	1	3.3	0	0.0	1	1.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Fisher's Exact Testi, p=1.000								
Sosyoekonomik düzey								
Üst-orta	24	80.0	26	86.7	50	83.3	0.120	0.729
Alt	6	20.0	4	13.3	10	16.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=0.120 SD=1 p=0.729								
*Ailenin toplam çocuk sayısı								
1	19	63.3	13	43.3	32	53.3	1.674	0.195
2	9	30.0	13	43.3	22	36.7		
3	2	6.7	3	10.0	5	8.3		
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
5	0	0.0	1	3.3	1	1.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=1.674 SD=1 p=0.195								
**Araştırmaya katılan çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu								
1	19	63.3	18	60.0	37	61.7	0.000	1.000
2	6	20.0	9	30.0	15	25.0		
3	5	16.7	2	6.7	7	11.7		
4	0	0.0	1	3.3	1	1.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=0.000 SD=1 p=1.000								
Çocuk ölümü								
Var	5	16.7	0	0.0	5	8.3		0.052
Yok	25	83.3	30	100.0	55	91.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Fisher's Exact Testi, p=0.052								

*İstatistiksel değerlendirme yapılırken gruplar toplam çocuk sayısı açısından "1" ve "1'den fazla" olarak değerlendirilmiştir.

**İstatistiksel değerlendirme yapılırken çocuklar "ilk" ve "sonraki" çocuk olarak gruplandırılmıştır.

Aile yapısı ve sosyoekonomik düzey

Çalışmada yer alan olguların aile yapısı ve sosyoekonomik düzeylerine ilişkin verilere annelere sorular yöneltilerek ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 3'te özetlenmiştir. Çalışmada yer alan iki grup arasında aile yapıları ve sosyoekonomik düzey açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ailelerin toplam çocuk sayıları ve araştırmaya katılan çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğuna ilişkin veriler

Ailelerin toplam çocuk sayıları ve araştırmaya katılan çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğuna ilişkin veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Ailelerin toplam çocuk sayıları bakımından incelendiğinde olgu grubundaki ailelerin çoğunda 1; kontrol grubundaki ailelerin çoğunda ise 1'den fazla çocuk olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında 1 veya daha fazla çocuk sahibi olma açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Her iki gruptaki çocukların çoğu ailenin ilk çocuğudur. Çocukların ailenin ilk veya daha sonra doğan çocuğu olması bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk ölümü açısından sorgulandıklarında, olgu grubundaki ailelerden 5'inde (%16.7) çalışmaya alınan çocuğun doğumundan önce ölen bir çocuklarının olduğu öğrenilmiştir. Kontrol grubunda ise çocuk kaybı yoktur. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu olgu ve kontrol grupları arasında çocuk ölümü açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Grupların gebelik şekli, doğum öncesi dönem, doğum zamanı ve doğum şekli ile ilgili özellikler

	Olgu (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=60)		χ^2 yates	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Gebelik şekli								
Planlanan	23	76.7	21	70.0	44	73.3	0.085	0.771
Planlanmayan	7	23.3	9	30.0	16	26.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=0.085 SD=1 p=0.771								
*Doğum öncesi dönem								
Sağlıklı	23	76.7	25	83.3	48	80.0	0.104	0.748
Gestasyonel diyabet	3	10.0	0	0.0	3	5.0		
Düşük tehdidi	3	10.0	1	3.3	4	6.7		
Üriner enfeksiyon	1	3.3	0	0.0	1	1.7		
Hiperemesis gravidarum	0	0.0	2	6.7	2	3.3		
Hipertansiyon	0	0.0	1	3.3	1	1.7		
HBV enfeksiyonu	0	0.0	1	3.3	1	1.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=0.104 SD=1 p=0.748								
Doğum zamanı								
Zamanında	26	86.7	28	93.3	54	90.0		0.671
Erken	4	13.3	2	6.7	6	10.0		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Fisher's Exact Testi, p=0.671								
Doğum şekli								
**NsVD ile	14	46.7	12	40.0	26	43.3	0.068	0.795
**C/S ile	16	53.3	18	60.0	34	56.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=0.068 SD=1 p=0.795								

* İstatistiksel değerlendirme yapılırken doğum öncesi dönem “sağlıklı” ve “sorunlu” olarak gruplanmıştır.

** NsVD= Normal spontan vajinal doğum, C/S= Sezaryen ile doğum

5.1.3. Doğum Öncesi Döneme Ait Özellikler

Gebelik öyküsüne ilişkin veriler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Her iki gruptaki çocukların çoğu planlanan gebelik sonucu doğmuşlardır. Planlanan veya planlanmayan gebelik sonucu doğma açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Olgu grubundaki annelerin 7'sinde (%23.3) doğum öncesi dönemde sağlık sorunları olduğu öğrenilmiştir. Bu sorunlar gestasyonel diyabet, düşük tehdidi ve üriner enfeksiyon olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 5 (%16.7) annede gebelik sorunlarının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki annelerin yaşadığı gebelik sorunları da hiperemesis gravidarum, hipertansiyon, akut hepatit B enfeksiyonu ve düşük tehdidi olarak belirlenmiştir. Gebelik sorunlarının oranı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

5.1.4. Doğuma İlişkin Veriler

Doğum zamanı ve şekliyle ilgili veriler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Olgu grubundaki çocukların çoğunun zamanında doğduğu, 4'ünün ise 37. gebelik haftasından önce (prematüre) doğduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda prematüre doğanların sayısı ise 2'dir. Her iki grupta da beklenen doğum tarihinden sonra doğan çocuk yoktur. Doğum zamanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Her iki gruptaki çocukların çoğu sezaryen ile doğmuştur. Gruplar arasında doğum şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Olgu ve kontrol gruplarının doğum ağırlığı ortalamalarının karşılaştırması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Doğum ağırlığı ortalamaları açısından karşılaştırıldığında, olgu grubundaki çocukların doğum ağırlıklarının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0.01$). Olgu grubunda düşük doğum ağırlığı (doğum ağırlığı<2500 gr) ile doğan 7 (%23.3) çocuk vardır. Bu çocuklardan 1'inin çok düşük doğum ağırlıklı (doğum ağırlığı<1500 gr) olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise düşük doğum ağırlıklı çocuk yoktur. Düşük doğum ağırlığı ile doğma açısından iki grup arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$).

Tablo 5. Grupların ortalama doğum ağırlıkları

	Olgu (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam (n=60)	t	p
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Doğum ağırlığı (gr)	3019±711	3425±419	3222±614	-2.686	0.009

t Testi

5.1.5. Doğum Sonrası Döneme İlişkin Veriler

Çocukların doğum sonrası özgeçmiş bilgileri Tablo 6’da gösterilmiştir.

Geçirilen hastalıklar

Yenidoğan döneminde olgu grubundaki 24 , kontrol grubundaki 27 çocukta herhangi bir sorun tanımlanmamıştır. Yenidoğan dönemindeki komplikasyon sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Olgu grubundaki 13 ve kontrol grubundaki 6 çocuk yenidoğan döneminden sonra tıbbi tedavi gerektiren bir bedensel hastalık geçirmişlerdir. Geçirilmiş hastalık açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Geçirilen enfeksiyon hastalıkları açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 6. Çocukların doğum sonrası özgeçmiş özellikleri

	Olgu (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=60)		χ^2 yates	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
*Yeni doğan dönemi komplikasyonları								
Yok	24	80.0	27	90.0	51	85.0		0.472
Hiperbilirübinemi	4	13.3	3	10.0	7	11.7		
Apne	1	3.3	0	0.0	1	1.7		
Neonatal hipoglisemi	1	3.3	0	0.0	1	1.7		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Fisher's Exact Testi, p=0.472								
Yeni doğan döneminden sonra geçirilen bedensel hastalıklar								
Yok	17	56.7	24	80.0	42	70.0	2.773	0.095
Var	13	43.3	6	20.0	18	30.0		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=2.773 SD=1 p=0.095								
Enfeksiyon öyküsü								
Yok	23	76.7	28	93.3	51	85.0		0.145
Var	7	23.3	2	6.7	9	15.0		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Fisher's Exact Testi, p=0.145								
**Bakım veren								
Anne	21	70.0	26	86.7	47	78.4	2.604	0.104
Baba	1	3.3	0	0.0	1	1.7		
Büyükanne	5	16.7	3	10.0	8	13.3		
Bakıcı	2	6.7	0	0.0	2	3.3		
Akraba	1	3.3	1	3.3	2	3.3		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
χ^2 Yates=2.604 SD=1 p=0.104								
Anne sütü alımı								
Var	29	96.7	26	86.7	55	91.7		0.353
Yok	1	3.3	4	13.3	5	8.3		
Toplam	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Fisher's Exact Testi, p=0.353								

*İstatistiksel değerlendirme için yenidoğan dönemi komplikasyonları “var”, “yok” olarak gruplanmıştır.

**İstatistiksel değerlendirme için bakım veren “anne” ve “anne dışı” olarak gruplanmıştır.

Bakım veren kişi

Olgu grubundaki çocukların %70'ine, kontrol grubundakilerin de %86.7'sine annenin baktığı öğrenilmiştir. Gruplar arasında anne veya anne dışındaki birinin bakım vermesi açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Bebeklik dönemi beslenme öyküsü

Olgu grubundaki çocuklardan 1'inin (%3.3), kontrol grubundakilerden de 4'ünün (%13.3) hiç anne sütü almadığı belirlenmiştir. Anne sütü alıp almama açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Anne sütü alan çocukların ortalama anne sütü alış süreleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Gruplarda anne sütü alış ve ek gıdalara geçiş süreleri

	Olgu (n=29)	Kontrol (n=26)	Toplam (n=55)	MWU	p
	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss		
*Anne sütü (ay)	8.3 $\pm$ 6.6	14.2 $\pm$ 10.0	11.1 $\pm$ 8.8	242.500	0.023
*Mann-Whitney U Testi					
	Olgu (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam (n=60)	t	p
	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss		
**Ek gıda (ay)	4.9 $\pm$ 1.3	4.1 $\pm$ 1.2	4.5 $\pm$ 1.3	2.260	0.028
** t Testi					

Olgu grubundaki çocukların, kontrol grubundaki çocuklara göre daha kısa süre anne sütü aldıkları belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Ek gıdaların verilmeye başlanma zamanları Tablo 7'de gösterilmiştir. Olgu grubundaki çocuklara ek gıdaların kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha geç verilmeye başlandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çocukların gelişim öyküsüne ilişkin veriler

Olgu grubundaki çocukların yürümeye başlaması 9-18 (13.1 $\pm$ 2.1) ay arasında, konuşmaya başlaması 8-30 (14.9 $\pm$ 5.2) ay arasındadır. Kontrol grubundaki çocuklarda bu zamanlar sırasıyla 8-18 (12.0 $\pm$ 2.2) ay ve 9-30 (15.3 $\pm$ 5.8) aydır. İki grup arasında çocukların yürümeye ve

konusmaya başlama zamanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Olgu grubunda 10 (% 33.3), kontrol grubunda 6 (%20.0) çocuğun henüz tuvalet eğitiminin tamamlanmadığı öğrenilmiştir. Tuvalet eğitimi kazanmış çocuklar değerlendirildiğinde olgu grubunda ($n=20$) bu sürenin 12-30 (21.7 ± 5.3) ay, kontrol grubunda ($n=24$) ise 12-42 (22.2 ± 6.1) ay olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında tuvalet eğitiminin tamamlanıp tamamlanmaması ve tuvalet eğitiminin kazanılma zamanı açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

5.1.6. Fiziksel Gelişime İlişkin Veriler

Çocukların boy ve vücut ağırlığı ölçümlerinden elde edilen veriler Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Grupların Beden Kitle İndeksi, % Boy Standardı (%BS) ve Boya Göre Ağırlık Oranı Ortalamaları

	Olgu (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam (n=60)	t	p
	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss		
BKİ (kg/m²)	15.0 $\pm$ 1.3	16.8 $\pm$ 2.7	15.9 $\pm$ 2.3	-3.330	0.002
% BS	98.7 $\pm$ 4.2	103.9 $\pm$ 4.4	101.3 $\pm$ 5.0	-4.644	0.000
Wt/Ht	93.5 $\pm$ 8.1	106.6 $\pm$ 17.2	100.1 $\pm$ 14.9	-3.766	0.001

t Testi

Beden kitle indeksi ortalamaları olgu grubunda 15.0 $\pm$ 1.3, kontrol grubunda 16.8 $\pm$ 2.7 olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$).

Olgu grubunda % boy standardı (%BS) ortalaması 98.7 $\pm$ 4.2, kontrol grubunda ise 103.9 $\pm$ 4.4’tür. İki grup arasında % boy standardı ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$).

Boya göre ağırlık oranı ortalamaları (Wt/Ht) olgu grubunda 93.5 $\pm$ 8.1, kontrol grubunda 106.6 $\pm$ 17.2 olup, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$).

% Boy standardının %95’in altında olması kronik malnutrisyonun göstergesidir. Boya göre ağırlık oranının %90’ın altında olması ise akut malnutrisyon olduğunu ifade eder. Olgu

grubundaki çocuklardan 13'ünde (%43.3), kontrol grubundaki çocuklardan 1'inde (%3.3) akut ve/veya kronik malnutrisyon olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında malnutrisyon varlığı açısından anlamlı fark vardır ($p<0.01$).

Olgu ve kontrol gruplarında yaşa göre beden kitle indekslerinin karşılaştırması

Olgu ve kontrol grupları, çocukların 1-3 yaş ve 4-6 yaş aralığında olmasına göre ikiye ayrılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Olgu ve kontrol gruplarında yaşa göre beden kitle indeksleri

	Olgu 1-3 yaş (n=13)	Olgu 4-6 yaş (n=17)	Toplam (n=30)	MWU	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
BKİ	15.5±1.1	14.6±1.2	15.0±1.3	63.500	0.048
	Kontrol 1-3 yaş (n=14)	Kontrol 4-6 yaş (n=16)	Toplam (n=30)	MWU	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
BKİ	17.2±2.5	16.5±2.9	16.8±2.7	84.000	0.257

Mann-Whitney U Testi

Olgu grubundaki çocuklardan 4-6 yaş aralığında olanların beden kitle indeksi ortalamaları, 1-3 yaş aralığındakilere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise yaşa göre beden kitle indeksi ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

5.2. ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI

Çalışmaya katılan çocuklara uygulanan Ankara Gelişim Tarama Envanteri sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Grupların Ankara Gelişim Tarama Envanteri'nde saptanan gelişimsel geriliklere göre dağılımı

	Olgu (n=30)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=60)		χ^2 Yates	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Genel gelişim	2	6.7	2	6.7	4	6.7		*1.000
Dil-bilişsel gelişim	3	10.0	1	3.3	4	6.7		*0.612
İnce motor gelişim	5	16.7	6	20.0	11	18.3	0.000	1.000
Sosyal ve özbakım becerileri gelişimi	1	3.3	2	6.7	3	5.0		*1.000
Kaba motor gelişimi	0	0.0	0	0.0	0	0.0	İstatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.	

* Fisher's Exact Testi

Hem olgu grubunda, hem de kontrol grubunda genel gelişim düzeyinde 2'ser (%6.7) çocukta gerilik vardır. Dil-bilişsel gelişim alanında ise olgu grubunda 3 (%10.0), kontrol grubunda da 1 (%3.3) çocukta gerilik olduğu belirlenmiştir. İnce motor gelişim olgu grubunda 5 (%16.7), kontrol grubunda ise 6 (%20.0) çocukta geri olarak saptanmıştır. Sosyal ve öz bakım becerileri açısından olgu grubunda 1 (%3.3), kontrol grubunda ise 2 (%6.7) çocukta gerilik belirlenmiştir. Bu dört gelişim alanındaki gerilik bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık yoktur ($p>0.05$). Kaba motor becerilerde ise hiçbir çocukta gerilik saptanmamış, bu nedenle istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Olgu grubundaki çocukların genel gelişim T puanı ortalamaları 46.9 ± 10.9 , kontrol grubundakilerin ortalama T puanları 48.1 ± 7.3 'tür. İki grubun ortalama genel gelişim T puanları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Olgu ve kontrol gruplarındaki çocukların genel gelişim T puanları 1-3 yaş ve 4-6 yaş aralığında olmalarına göre değerlendirilmiştir. Bulgular Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Olgu ve kontrol gruplarında yaşa göre genel gelişim T puanları

	Olgu 1-3 yaş (n=13)	Olgu 4-6 yaş (n=17)	Toplam (n=30)	MWU	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
T puanı	45.3±5.1	47.7±14.0	46.9±10.9	81.000	0.229
	Kontrol 1-3 yaş (n=14)	Kontrol 4-6 yaş (n=16)	Toplam (n=30)	MWU	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
T puanı	45.7±7.9	50.2±6.2	48.1±7.3	56.500	0.019

Olgu grubunda 1-3 yaş aralığındaki çocukların ortalama t puanları 45.3±5.1, 4-6 yaş aralığındakilerin T puanı ortalamaları 47.7±14.0 olarak belirlenmiştir. Aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.(p>0.05) Kontrol grubunda ise 1-3 yaş aralığındaki çocukların ortalama T puanları 45.7±7.9, 4-6 yaş aralığındakilerin T puanı ortalamaları 50.2±6.2 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki 4-6 yaş arası çocukların ortalama T puanları, 1-3 yaş arasındakilerin T puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (p<0.05)

5.3. ANNELERİN BECK DEPRESYON ENVANTERİ, DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ, AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ve SCID-II KİŞİLİK ENVANTERİ SONUÇLARI

Annelere uygulanan Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) sonuçları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Annelerin Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE ve SKE) ve Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları

	Olgu (n=30)	Kontrol (n=30)	Toplam (n=60)	t	p
	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss	ort $\pm$ ss		
BDE	14.6 $\pm$ 7.1	6.5 $\pm$ 6.2	10.6 $\pm$ 7.7	4.712	0.000
DKE	38.8 $\pm$ 11.5	34.1 $\pm$ 8.9	36.4 $\pm$ 10.5	1.762	0.083
SKE	48.2 $\pm$ 8.5	40.9 $\pm$ 7.4	44.6 $\pm$ 8.7	3.500	0.001
ADÖ-PRÇ	2.20 $\pm$ 0.70	1.60 $\pm$ 0.53	1.90 $\pm$ 0.69	3.714	0.000
ADÖ-İLT	2.12 $\pm$ 0.63	1.45 $\pm$ 0.35	1.78 $\pm$ 0.61	5.079	0.000
ADÖ-ROL	2.20 $\pm$ 0.54	1.77 $\pm$ 0.42	1.99 $\pm$ 0.53	3.429	0.001
ADÖ-DTV	2.07 $\pm$ 0.68	1.34 $\pm$ 0.39	1.71 $\pm$ 0.66	5.051	0.000
ADÖ-GİG	2.24 $\pm$ 0.48	1.88 $\pm$ 0.35	2.06 $\pm$ 0.45	3.329	0.002
ADÖ-DVK	2.06 $\pm$ 0.39	1.74 $\pm$ 0.35	1.90 $\pm$ 0.40	3.310	0.002
ADÖ-GNİ	2.02 $\pm$ 0.53	1.31 $\pm$ 0.31	1.67 $\pm$ 0.56	6.201	0.000

t Testi

BDE puan ortalamaları olgu grubundaki annelerde 14.6 $\pm$ 7.1, kontrol grubundaki annelerde 6.5 $\pm$ 6.2'dir. BDE puan ortalamaları olgu grubundaki annelerde, kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.01$). BDE'de kesim noktası olarak kabul edilen 17'nin üzerinde puan alan annelerin sayısı olgu grubunda 11 (%36.7), kontrol grubunda 2 (%6.7)'dir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01$).

Durumluk Kaygı Envanteri'nden elde edilen puan ortalamaları, olgu ve kontrol gruplarındaki annelerde sırasıyla 38.8 $\pm$ 11.5 ve 34.1 $\pm$ 8.9 olarak belirlenmiştir. Olgu grubundaki anneler Sürekli Kaygı Envanteri'nden ortalama 48.2 $\pm$ 8.5 puan alırken, kontrol grubunda bu değer 40.9 $\pm$ 7.4 olmuştur. Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), olgu grubundaki annelerin Sürekli Kaygı Envanteri'nden elde ettikleri puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p<0.01$).

Olguların aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla anneleri tarafından doldurulan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) sonuçları Tablo 12’de gösterilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 2’nin üzerinde alınan puanlar o alanda sorun olduğunu göstermektedir.

Olgu ve kontrol gruplarındaki problem çözme (ADÖ-PRÇ) puan ortalamaları sırasıyla 2.20 ± 0.70 ve 1.60 ± 0.53 ’tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olup, olgu grubunun problem çözme alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir ($p < 0.01$).

İletişim (ADÖ-İLT) puanı ortalamaları olgu grubunda 2.12 ± 0.63 , kontrol grubunda 1.45 ± 0.35 olarak saptanmıştır. Olgu grubunun iletişim puanı ortalaması kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.01$).

Roller (ADÖ-ROL) puanı ortalamaları olgu grubunda 2.20 ± 0.54 , kontrol grubunda ise 1.77 ± 0.42 ’dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$).

Duygusal tepki verebilme (ADÖ-DTV) puan ortalamaları olgu grubunda 2.07 ± 0.68 , kontrol grubunda 1.34 ± 0.39 olup; olgu grubunun duygusal tepki verebilme alt ölçeği puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.01$).

Gereken ilgiyi gösterme (ADÖ-GİG) puan ortalamaları olgu ve kontrol gruplarında sırasıyla 2.24 ± 0.48 ve 1.88 ± 0.35 ’tir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$).

Davranış kontrolü (ADÖ-DVK) puan ortalamaları ise olgu grubunda 2.06 ± 0.39 , kontrol grubunda 1.74 ± 0.35 ’dir. Olgu grubunun davranış kontrolü puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.01$).

Olgu grubunda genel işlevler (ADÖ-GNİ) puanı ortalamaları 2.02 ± 0.53 , kontrol grubunda 1.31 ± 0.31 olup, genel işlevler puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$).

SCID-II Kişilik Envanteri ile olgu grubundaki 1 annede Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozukluğu olduğu saptanmış, kontrol grubundaki annelerde kişilik bozukluğu belirlenmemiştir. Annede kişilik bozukluğunun varlığı açısından iki grup arasında farklılık yoktur ($p > 0.05$).

5.3.1. Olgu Grubunda Malnutrisyonun Varlığına Göre Annelerin Psikometrik Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Olgu grubunda 13 çocukta (%43.3) malnutrisyon saptanmış, 17 (%56.7) çocuğun ise fiziksel gelişimi normal olarak değerlendirilmiştir. Malnutrisyon varlığına göre annelerin BDE, DSKE ve ADÖ puan ortalamaları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Olgu grubunda malnutrisyonun varlığına göre annelerin psikometrik ölçek puanları

	Malnutrisyonu olan (n=13)	Malnutrisyonu olmayan (n=17)	Toplam (n=30)	MWU	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
BDE	13.2±7.0	15.7±7.1	14.6±7.1	90.000	0.408
DKE	36.0±11.4	40.9±11.4	38.8±11.5	84.000	0.281
SKE	45.5±10.2	50.2±6.6	48.2±8.5	76.000	0.157
ADÖ-PRÇ	2.24±0.49	2.17±0.85	2.20±0.70	98.000	0.621
ADÖ-İLT	2.30±0.66	1.99±0.59	2.12±0.63	78.000	0.183
ADÖ-ROL	2.39±0.43	2.06±0.59	2.20±0.54	76.000	0.157
ADÖ-DTV	2.16±0.71	2.00±0.68	2.07±0.68	95.000	0.536
ADÖ-GİG	2.26±0.48	2.22±0.49	2.24±0.48	105.000	0.837
ADÖ-DVK	2.12±0.38	2.01±0.41	2.06±0.39	91.000	0.432
ADÖ-GNİ	2.16±0.34	1.91±0.63	2.02±0.53	70.000	0.094

Mann-Whitney U Testi

Olgu grubu malnutrisyonun varlığına göre ikiye ayrılarak değerlendirildiğinde annelerin BDE, DSKE ve ADÖ puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir.

5.3.2. Olgu ve Kontrol Gruplarında Yaşa Göre Annelerin Psikometrik Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Olgu ve kontrol grupları, çocukların 1-3 yaş aralığında veya 4-6 yaş aralığında olmasına göre ikiye ayrılarak değerlendirilmiştir. Yaşa göre annelerin psikometrik ölçek puanlarının dağılımı Tablo 14 ve Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Olgu grubunda yaşı göre annelerin psikometrik ölçek puanları

	1-3 yaş (n=13)	4-6 yaş (n=17)	Toplam (n=30)	MWU	p
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
BDE	16.6±6.2	13.12±7.5	14.6±7.1	78.000	0.183
DKE	40.7±12.1	37.2±11.1	38.8±11.5	92.000	0.457
SKE	49.3±7.9	47.4±9.1	48.2±8.5	89.500	0.385
ADÖ-PRÇ	2.44±0.71	2.01±0.66	2.20±0.70	73.000	0.123
ADÖ-İLT	2.29±0.49	1.99±0.71	2.12±0.63	73.500	0.123
ADÖ-ROL	2.24±0.57	2.18±0.54	2.20±0.54	102.000	0.742
ADÖ-DTV	2.24±0.57	1.95±0.75	2.07±0.68	83.500	0.263
ADÖ-GİG	2.27±0.42	2.21±0.52	2.24±0.48	103.000	0.773
ADÖ-DVK	2.23±0.41	1.93±0.33	2.06±0.39	59.000	0.031
ADÖ-GNİ	2.20±0.54	1.88±0.50	2.02±0.53	81.000	0.229

Mann-Whitney U Testi

Tablo 15. Kontrol grubunda yaşa göre annelerin psikometrik ölçek puanları

	1-3 yaş (n=14)	4-6 yaş (n=16)	Toplam (n=30)	MWU	P
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss		
BDE	5.7±6.9	7.2±5.6	6.5±6.2	80.000	0.193
DKE	36.3±10.6	32.1±6.9	34.1±8.9	92.500	0.423
SKE	40.4±7.5	41.4±7.5	40.9±7.4	105.500	0.790
ADÖ-PRÇ	1.53±0.36	1.66±0.65	1.60±0.53	105.500	0.790
ADÖ-İLT	1.46±0.33	1.44±0.38	1.45±0.35	103.500	0.728
ADÖ-ROL	1.67±0.29	1.86±0.49	1.77±0.42	94.500	0.473
ADÖ-DTV	1.31±0.30	1.37±0.46	1.34±0.39	100.500	0.951
ADÖ-GİG	1.85±0.23	1.90±0.43	1.88±0.35	109.500	0.918
ADÖ-DVK	1.73±0.33	1.74±0.37	1.74±0.35	106.000	0.822
ADÖ-GNİ	1.26±0.15	1.36±0.40	1.31±0.31	106.000	0.822

Mann-Whitney U Testi

Olgu grubunda 1-3 yaş aralığındaki çocuklarda Aile Değerlendirme Ölçeğinin davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalaması, 4-6 yaş aralığındakilerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Aile Değerlendirme Ölçeğinin diğer alt ölçekleri ile Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Kontrol grubunda ise, hiçbir ölçeğin puan ortalamasında yaşa göre anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

5.3.3. Grupların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile Yaş, Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği (ADÖ-GNİ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) Sonuçlarının Birbirleriyle İlişkileri

Grupların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile yaş, Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği (ADÖ-GNİ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) sonuçlarının birbirleriyle ilişkileri Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Grupların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile yaş, Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği (ADÖ-GNİ), Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) sonuçlarının birbirleriyle ilişkileri

		Yaş	ADÖ-GNİ	SKE	BDE
BKİ	r	-0.159	-0.258	-0.208	-0.245
	p	0.225	0.046	0.111	0.059

Pearson Korelasyon Testi

Beden kitle indeksi ile Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği puanı arasında olumsuz yönde, orta derecede korelasyon vardır ($r = -0.258$, $p < 0.05$). Beden kitle indeksi ile; çocuğun yaşı, annenin Beck Depresyon Envanteri ve Sürekli Kaygı Envanteri puanları arasında olumsuz yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan, zayıf korelasyon vardır (sırasıyla; $r = -0.159$, $p = 0.225$; $r = -0.245$, $p = 0.059$; $r = -0.205$, $p = 0.111$).

5.3.4. Lojistik Regresyon Sonucuna Göre Yeme Reddini Etkileyen Etmenler

Tek tek karşılaştırmada çocukların yeme reddini etkileyen bazı özelliklerin dahil edildiği Lojistik Regresyon analizi sonuçları Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Lojistik Regresyon sonucuna göre yeme reddini etkileyen etkenler

	B	S.E.	p	Olasılıklar Oranı (OR)	%95 Güven Aralığı
Doğum ağırlığı	-0.002	0.001	0.083	0.998	0.996-1.000
Ek gıda	0.774	0.383	0.043*	2.169	1.024-4.596
SKE	0.124	0.060	0.038*	1.007	1.007-1.272
ADÖ-GNİ	3.644	1.292	0.005*	3.042	3.042-480.866
Annede depresyon	-1.000	1.342	0.555	0.026	0.026-5.107
Sabit	-6.380	4.276	0.002*		

* $p < 0.05$

Çoklu Analiz sonucuna göre, ek gıdaya daha geç başlayanlarda, annenin Sürekli Kaygı Envanteri puanı yüksek olanlarda ve Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği puanı yüksek olanlarda yeme reddi anlamlı olarak daha fazla görülmektedir.



6. TARTISMA

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'na Aralık 2002 – Kasım 2003 tarihleri arasında yeme reddi nedeniyle başvuran 30 çocuk ve annesinde gerçekleştirilmiştir. Yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş, herhangi bir beslenme sorunu tanımlanmayan 30 çocuk ve annesi de kontrol grubunu oluşturmuştur.

Olgularda en az bir aydır süren, tüm besinleri veya sadece bazı türdeki yiyecekleri içeren yeme reddinin olması ve ebeveynin çocuğun yetersiz yemesi ile ilgili kaygı duyması koşulu aranmıştır. Yazın gözden geçirildiğinde bebek ve küçük çocuklardaki beslenme sorunlarının birçok farklı başlık altında incelendiği ve her birinin tanımlanmasında yazarların farklı tanı ölçütleri kullandıkları dikkati çekmektedir. Yazarlar arasında fikir birliği olmamasından kaynaklanan farklı tanımlamalar, bu alandaki araştırmaların en büyük kısıtlılığını oluşturmaktadır (25,26). Bu nedenlerden dolayı bizim çalışmamızda bir 'bozukluk' yerine 'belirti'ye sahip olan çocukların değerlendirilmesi planlanmıştır. Geçici beslenme sorunları bebek ve küçük çocuklarda sık olduğundan (8,27), yeme reddinin en az bir ay sürmesi koşulu aranmıştır.

Olgu alımının sürdüğü 12 aylık dönem boyunca toplam 33 olguya ulaşılabilmiş, bunlardan 30'u ile çalışma tamamlanmıştır. Yazında erken çocukluk döneminde beslenme sorunlarının sık görüldüğü bildirilmesine rağmen, bizim çalışmamızdaki olgu sayısının az oluşu araştırmanın evrenine bağlı olabilir. Yeme reddi olan çocukların önemli bir kısmının sağlık ocakları ya da genel pediatri polikliniğinde muayene edilerek, herhangi bir tıbbi hastalık saptanmayan çocuklar için ileri değerlendirmeye gereksinim duyulmaması olasıdır. Bizim çalışmamızda olgular sadece Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'na başvuran çocuklardan olduğundan, yeme reddi olan çocukların önemli bir kısmına ulaşamamış olabilir. Olgu sayısının azlığı bizim araştırmamızın kısıtlılığıdır.

DSM-IV'e göre 'bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu' tanısı için sorunun başlangıcının altı yaşından küçük olması gereklidir (32). Araştırma planlanırken olguların yaş aralığı 1-6 yaş olarak belirlenmiştir. Bir yaş altında anne sütü alımı ve ek gıdalara

yeni başlanmış olması nedeniyle geçici beslenme sorunlarının sık olabileceği düşünülerek, alt sınır bir yaş olarak belirlenmiştir. Üst sınır ise bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu için DSM-IV'te belirtilen ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri'nin uygulanabildiği en büyük yaş olan altı olarak belirlenmiştir (32,114). Olgu grubunda yaş ortalaması 42.37 ± 17.62 ay, kontrol grubunda ise 41.30 ± 15.42 ay olup, iki grupta yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Olgu grubunda 18 kız (% 60), 12 erkek (%40) çocuk bulunmaktadır. Yazında bizim bulgularımıza benzer şekilde, beslenme sorunlarının kızlarda daha sık görüldüğünü öne süren araştırmalar olduğu gibi (21), cinsiyet açısından fark saptanmayan (20,50) veya erkeklerde (51) daha sık olduğunu belirten araştırmalar da mevcuttur. Bu birbirinden farklı sonuçların yöntem farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Kontrol grubunun oluşturulması sırasında çocukların yaşı, cinsiyeti ve sosyoekonomik düzeyleri göz önüne alınarak bire bir eşleme yöntemi kullanıldığından, iki grup arasında yaş ortalamaları, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. İki gruptaki çocukların benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeyde oluşu grupların karşılaştırılabilir nitelikte olduğunu desteklemektedir.

Demiriz ve Dinçer, yemek yeme kurallarına uyma davranışı ile okulöncesi eğitim alma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamış, okul öncesi eğitim almayan çocukların yemek yeme ile ilgili öz bakım becerilerinde daha çok zorlandıklarını, okul öncesi eğitim alma süresi arttıkça çocukların bu davranışları daha rahat yapabildiklerini ortaya koymuşlardır (115). Bizim çalışmamızda çocukların eğitim durumları değerlendirildiğinde olgu grubunda 9 (%30), kontrol grubunda ise 6 (%20) çocuğun kreş veya anasınıfına devam ettiği belirlenmiştir. İki grup arasında anlamlı fark olmayışı, yeme davranışında okul öncesi eğitimin etkisinden kaynaklanabilecek farklılığı ortadan kaldırmakta, çocuk ve aile ilgili etmenlerin etkisini güçlendirmektedir.

Anne ve babaların evlenme yaşları incelendiğinde, olgu grubundaki anne-babaların kontrol grubuna göre daha geç yaşta evlendikleri görülmektedir. Çocuğun doğumu sırasındaki yaşları göz önüne alındığında ise iki grup arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1). Bu iki bulgu, olgu grubundaki anne-babaların daha geç yaşta evlenerek, evlendikten kısa bir süre sonra çocuk sahibi olduklarını akla getirmektedir. Evlilik eşler için yeni bir duruma uyumdur. Çocuk doğumu, kürtaj ya da düşük olması, hastalıklar, ekonomik sorunlar, taşınma,

iş değişiği, emeklilik ve evlilik rollerinde değişiklik yaratan yeni durumlar, ilişkide stres yaşatan ve yeniden uyum gerektiren dönemler arasında belirtilmektedir (116). Bizim alışmamızdaki olgu grubundaki ebeveynler açısından da evliliğin erken dönemlerinde, henüz eş kimliği benimsenmeden ve evliliğe uyum gerçekleşmeden ebeveyn kimliğine bürünme, aile işlevlerinde ve çocuğa uygun tutumlar sergilemede güçlüklerle yol açmış olabilir.

Her iki gruptaki çocukların anne ve babalarının tümü en az ilkokul mezunudur. Hem olgu, hem de kontrol grubundaki annelerin çoğu lise; olgu grubundaki babaların çoğu üniversite, kontrol grubundaki babaların çoğu da lise mezunudur. Eğitim düzeyleri ilkokul-ortaokul ve lise-üniversite olarak gruplandığında, anne ve babaların eğitim düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2). Annelerin eğitim düzeylerinin benzer oluşu, ölçeklerin anlaşılması ve doldurulması sırasında eğitim düzeyinden kaynaklanabilecek farklılıkları gidermektedir.

Annelerin alışma oranı ve bakım veren kişi açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6). Bu da, çocuğa yönelik farklı tutumlarıyla beslenme davranışının gelişmesinde belirleyici rolü olabilecek bakıcı, büyükanne gibi anne dışındaki kişilerin her iki grupta da aynı oranda etkili olduğunu göstermekte ve grupların karşılaştırılabilirliğini güçlendirmektedir.

Yazında beslenme sorunları olan çocukların annelerinde daha fazla ruhsal hastalık olup olmadığı tartışmalıdır. Bu ocukların annelerinde duygudurum (13,51,57,65,67), anksiyete (13,66), kişilik (65) ve yeme (68) bozukluklarının daha sık görüldüğünü belirten araştırmalar olduğu gibi, ruhsal hastalıklar açısından artmış yükünlük saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (16,58). Bizim alışmamızda olgu grubunda 2 (% 6.7) anne ve 2 (%6.7) babada; kontrol grubunda 2 (%6.7) anne ve 3 (%10.0) babada bedensel hastalık öyküsü belirlenmiştir. Olgu grubunda 1 annede (%3.3) tanı konmuş depresyon, kontrol grubunda ise 1 annede depresyon ve 1 annede de konversiyon bozukluğu öyküsü vardır. Anne ve babalardaki tanı konmuş ruhsal ve bedensel hastalıklar açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bizim alışmamızda ruhsal bozukluklar açısından değerlendirmede; sadece tanı almış ruhsal bozuklukların sorgulanmış olmasının ve annelerdeki kişilik bozuklukları hariç, yapılandırılmış görüşme teknikleri ile anne ve babalardaki ruhsal bozuklukların taranmamış olmasının bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Olgu grubundaki anne-babaların evlilik süresi ortalamaları 8.0 ± 4.3 yıl, kontrol grubundakilerin ise 8.5 ± 3.8 yıldır. Her iki gruptaki anne-babaların çoğu kendi istekleri ile evlenmişlerdir. İki grup arasında ortalama evlilik süresi ve şekli açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 3). İki grup arasındaki bu benzerliğin aile işlevlerinin sağlıklı karşılaştırmasını olanaklı kıldığı düşünülmüştür.

Çalışmada yer alan iki grup arasında sosyoekonomik düzey açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 3). Bu bulgumuz, fiziksel gelişimde yoksulluk ve yeterli yiyecek bulamamadan kaynaklanabilecek gerilik riskinin her iki grup için benzer olduğunun göstergesidir. Bu benzerlik yeme reddinin fiziksel gelişim üzerine etkisini değerlendirme açısından iki grubun karşılaştırılabilir nitelikte olduğunu yansıtmaktadır.

Her iki gruptaki çocukların çoğunun ailenin ilk çocuğu olduğu belirlenmiştir. Hem toplam çocuk sayısı, hem de araştırmaya katılan çocuğun ilk veya sonra doğan çocuk olması bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olmayışı, iki gruptaki ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusunda bilgi ve deneyim açısından benzer olduğunun göstergesidir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan tüm aileler, herhangi bir nedenle kaybedilen çocukların varlığı açısından sorgulanmıştır. Olgu grubundaki 5 (%16.7) ailede çocuk ölümü öyküsü varken, kontrol grubunda çocuk kaybı saptanmamıştır (Tablo 3). İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da, anlamlılık düzeyine yakındır ($p=0.52$). Bu sonucun olgu sayısının az oluşundan etkilendiği düşünülmüştür. Yine 2003 yılında açıklanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ön raporunda 5 yaş altında bildirilen çocuk ölüm hızının %3.7 olduğu göz önüne alındığında olgu grubundaki %16.7 çocuk kaybının oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir (117).

Çocuklarını kaybeden ebeveynler, ailelerinin güvenliği ile ilgili inançlarında ciddi değişimler yaşarlar. Yas tepkileri patolojik hal alabilir ve geride kalan çocuklarına yönelik ebeveynlik becerilerini etkiler (118). Benoit ve arkadaşları, büyüme geriliği olan çocukların annelerinde sevilen birinin kaybı ile ilişkili çözülmemiş yas oranını %52 olarak bildirmişlerdir (58). Bizim çalışmamızdaki kayıpla ilgili daha düşük oran yönetsel farklılıktan kaynaklanmaktadır. Benoit ve arkadaşlarının araştırmalarında yasin değerlendirilmesi amacı ile bir ölçek kullanılmış ve kayıp sadece çocuk ölümü ile sınırlı tutulmamış, bizim çalışmamızda ise sadece çocuk kaybı sorgulanmıştır. Çalışmaya alınan çocuğun doğumundan önce gerçekleşen bir çocuk kaybının annelerde yasa ve depresif belirtilere yol açabileceği, annelerin

ebeveynlik yetilerinde bozulmaya neden olabileceği, bunun da anne-çocuk ilişkisini etkileyerek çocuğun beslenme sorununa katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Gebelik ve doğum öyküleri gözden geçirildiğinde hem olgu, hem de kontrol grubundaki çocukların çoğunun planlanan gebelik sonucu, sağlıklı bir gebelik sürecini takiben, zamanında ve sezaryenle doğdukları belirlenmiştir (Tablo 4). Doğum ağırlıkları karşılaştırıldığında ise, olgu grubundaki çocukların ortalama doğum ağırlıklarının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5). Düşük doğum ağırlığı ile doğma oranının da olgu grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, beslenme sorunları olan çocukların daha düşük doğum ağırlığına sahip olduklarını ve düşük doğum ağırlığı olan çocukların da beslenme bozuklukları açısından risk altında olduklarını bildiren yazınla uyumludur (119).

Olgu grubundaki 13 ve kontrol grubundaki 6 çocuğun yenidoğan döneminden sonra tıbbi tedavi gerektiren bir bedensel hastalık geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 6). Yazında beslenme sorunları olan çocukların enfeksiyon hastalıklarına daha yatkın oldukları bildirilmektedir (120). Bizim çalışmamızda da olgu grubundaki çocukların %23.3'ünde kontrol grubundakilerin ise %6.7'sinde geçirilmiş enfeksiyon hastalığı öyküsü saptanmış, ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Hastalık öyküsüne tıbbi kayıtlar yerine anneden alınan bilgiler aracılığıyla ulaşılmış olması bizim çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Çalışmamızda yer alan iki grupta da bebeklik döneminde anne sütü ile beslenme oranı oldukça yüksektir (Tablo 6). Anne sütü alan çocuklar değerlendirildiğinde, olgu grubundaki çocukların ortalama 8.3 ay, kontrol grubundakilerin de 14.2 ay anne sütü aldıkları belirlenmiştir (Tablo 7). Olgu grubundaki çocukların anne sütü alış süreleri kontrollere göre anlamlı olarak kısadır. Özellikle yaşamın ilk aylarında anne-bebek ilişkisi büyük oranda beslenme sırasında gerçekleşir (1). Emzirme anne ile bebeğin fiziksel ve duygusal yakınlığına olanak sağlayarak olumlu anne-bebek ilişkisinin ve güvenli bağlanmanın gelişimine katkıda bulunur. Emzirme ve memeden kesme ile ilgili güçlüklerin, çocuğun sonraki beslenme sorunlarına zemin hazırlayabileceği bildirilmektedir (24,50,121). Anne sütüyle beslenen bebeklerin, formül sülle beslenenlere göre yeni yiyeceklere daha kolay alıştıkları belirlenmiştir. Formül sülle beslenen bebeklerin yeni tat deneyimleri oldukça sınırlıyken, anne sütünün annenin diyetinden etkilenmesi nedeniyle anne sütü ile beslenen bebekler yeni tatlarla erken dönemde tanışırlar. Çeşitli tatlarla erken dönemde tanışmanın sonraki katı gıdalara

geçiş sürecini kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir (122). Bizim olgu grubumuzdaki çocukların çoğu anne sütü almış olsa da, sürenin daha kısa olmasının beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Bebek büyüdükçe kalori, demir, çinko ve C vitamini gibi gereksinimlerin karşılanmasında anne sütü ve formül sütler yetersiz kalmaya başlar. Bu nedenle 4-6. aylar arasında ek gıdalara başlanması önerilmektedir. Bu aylarda ek gıdalara başlanmasının diğer bir nedeni de bebeği çeşitli besinlerin tatlarına ve karışık beslenme düzenine alıştırmaktır (123, 124). Bizim çalışmamızda olgu grubundaki çocukların ortalama 4.9 ± 1.3 ayda, kontrol grubundaki çocukların da 4.1 ± 1.2 ayda ek gıdalarla beslenmeye başladığı öğrenilmiştir. Bu süreler belirtilen normal sınırlar içerisinde olsa da, olgu grubundaki çocukların kontrol grubundakilere göre ek gıdalarla beslenmeye anlamlı olarak daha geç başlamış oldukları belirlenmiştir (Tablo 7). Lojistik regresyon analizi ile de, ek gıdaların alımına geç başlanmasının yeme reddi riskini 2.1 kat arttırdığı saptanmıştır (Tablo 17). Bu bulgularımız, büyüme geriliği olan çocukların sağlıklı çocuklara göre daha geç ek gıdalara başladığını belirten Wright'ın araştırma sonuçları ile uyumludur (125).

Yürümeye ve konuşmaya başlama, tuvalet eğitimi kazanma zamanları açısından iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Ankara Gelişim Tarama Envanteri sonuçlarında da hem olgu, hem de kontrol grubundaki çocukların %6.7'sinde genel gelişim düzeyinde gerilik olduğu belirlenmiştir. Dil-bilişsel gelişim alanında ise olgu grubundaki çocuklardan %10.0'ında, kontrol grubundakilerden %3.3'ünde gerilik vardır. İnce motor gelişim olgu grubunda %16.7, kontrol grubunda ise %20.0 çocukta geri olarak saptanmıştır. Sosyal ve öz bakım becerileri açısından olgu grubunda %3.3, kontrol grubunda ise %6.7 çocukta gerilik belirlenmiştir. Kaba motor becerilerde ise hiçbir çocukta gerilik saptanmamıştır. Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile saptanan gelişimsel gerilik oranları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 10). Genel gelişim T puanları gözden geçirildiğinde, olgu grubundaki çocukların ortalama puanları kontrol grubuna göre düşük olsa da, aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yazında büyüme geriliği olan çocukların gelişimin tüm alanlarında gecikme gösterdiğini, zeka bölümlerinin ve okul başarılarının daha düşük olduğunu bildiren birçok araştırma bulunmaktadır (13-18). Bizim çalışmamızda ise yeme reddi olan çocuklar araştırmaya alınmış, büyüme geriliği olması koşulu aranmamıştır. Sonuçlarımızın yazınla uyumlu olmayışının nedeni olgu grubunun seçimindeki bu farklılık olabilir. Bununla birlikte, genel

gelişim T puanları yaşa göre karşılaştırıldığında iki grubun farklı sonuçları dikkati çekmektedir. Olgu grubunda 1-3 yaş aralığındaki çocukların T puanları ile 4-6 yaş aralığındakilerin T puanları arasında farklılık saptanmazken, kontrol grubunda 4-6 yaş aralığındaki çocukların genel gelişim T puanları 1-3 yaş aralığındakilerin T puanı ortalamalarından anlamlı olarak yüksektir (Tablo 11). Kontrol grubundaki çocukların gelişimlerinde yaşla birlikte iyileşme olurken, olgu grubunda böyle bir farklılaşma gözlenmemiştir. Ankara Gelişim Tarama Envanteri bir gelişim testidir ve yazında gelişim testi sonuçlarının sonraki zeka bölümü düzeyleri konusunda net bir fikir veremeyeceği bildirilmektedir (126). Bununla birlikte yeme reddi olan grupta yaşla birlikte gelişim düzeyinde iyileşmenin olmayışı, bu çocukların uzun dönemde gelişimsel gerilik açısından risk altında olduklarını düşündürmektedir.

Yeme reddinin fiziksel gelişime etkisinin değerlendirilebilmesi amacıyla çocukların boy ve vücut ağırlığı ölçümleri yapılarak beden kitle indeksleri, % boy standartları ve boya göre ağırlık oranları belirlenmiştir. Beden kitle indeksi (BKİ), vücut bileşimini en iyi yansıtan indeks olarak kabul edilir. Vücut ağırlığının boyun karesine bölünmesiyle elde edilir. % Boy standardı çocuğun boyunun, aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların ortalama boy uzunluğuna oranıdır. Boya göre ağırlık oranı ise çocuğun vücut ağırlığının, aynı çocuğun boy uzunluğuna uyan vücut ağırlığına oranıdır (101). Waterlow kriterlerine göre % boy standardının %95'in altında olması kronik malnutrisyonun, boya göre ağırlık oranının %90'ın altında olması da akut malnutrisyonun göstergesidir (102).

Olgu grubundaki çocukların %43.3'ünde, kontrol grubundaki çocukların %3.3'ünde akut ve/veya kronik malnutrisyon olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında malnutrisyon varlığı açısından anlamlı fark vardır. Kontrol grubunun seçimi sırasında herhangi bir beslenme sorunu tanımlanmaması koşulu aranmıştır. Kontrol grubundaki malnutrisyonu olan çocuğun da beslenme sorunu olmamasına karşın, sosyoekonomik düzeyi düşük bir aileden geldiği tespit edilmiştir. Bu çocukta yeterli besine ulaşamama nedeniyle malnutrisyon gelişmiş olabileceği düşünülmüştür.

İki grubun beden kitle indeksi, % boy standardı ve boya göre vücut ağırlığı ortalamaları karşılaştırıldığında, her üç ölçüm için de anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 8). Tüm bu veriler çocukluk dönemindeki yeme reddinin çocuğun fiziksel gelişimine ciddi olumsuz etkileri olduğuna işaret etmektedir. Çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının sıklığı göz

önüne alındığında bu bulgu, yeme reddinin aynı zamanda önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunun göstergesidir.

Dahl ve arkadaşları 3-12. aylar arasında çeşitli beslenme sorunları olan 42 çocukla yaptıkları izlem çalışmasında büyümeyi değerlendirmişlerdir. Yeme reddi gösteren çocukların boy ve vücut ağırlıklarının kontrollere göre hem belirtilerin ortaya çıkışı sırasında, hem de iki yaşına geldiklerinde daha düşük olduğu belirlenmiş ve yeme reddinin büyüme geriliği açısından risk oluşturduğu ileri sürülmüştür (120).

Bizim çalışmamızda fiziksel gelişimde yaşla ortaya çıkan değişimin belirlenebilmesi için gruplar 1-3 yaş ve 4-6 yaş aralığında olmalarına göre ikiye ayrılarak karşılaştırma yapılmıştır. Olgu grubunda 4-6 yaş aralığındaki çocukların beden kitle indeksi ortalamaları 1-3 yaş aralığındakilerden anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Kontrol grubunda ise yaşla birlikte böyle bir değişiklik saptanmamıştır (Tablo 9). Bu bulgumuz yeme reddi kronikleştikçe fiziksel gelişime olan olumsuz etkilerinin de arttığını göstermektedir.

Beslenme bozukluklarında anne-çocuk ilişkisinin (15,39,72-75), bağlanma sorunlarının (8,12,54,59,69-71) ve annedeki ruhsal hastalıkların rolü (13,24,51,57,64-68) birçok araştırmacı tarafından ortaya konmuştur. Bu nedenle bizim çalışmamızda da çocuğun değerlendirilmesinin yanı sıra anneye ait özelliklerin de ele alınması uygun görülmüştür. Annelerin ruhsal değerlendirmesi için Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ve SCID-II Kişilik Envanteri kullanılmıştır.

BDE puan ortalamaları olgu grubundaki annelerde 14.6 ± 7.1 , kontrol grubundaki annelerde 6.5 ± 6.2 olarak belirlenmiştir. Olgu grubundaki annelerde, BDE puan ortalamaları kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 12). BDE tanı koydurucu bir ölçek olmamakla birlikte, kesme puanının 17 olduğu bildirilmektedir (105). Olgu grubundaki annelerden %36.7'si, kontrol grubundakilerden %6.7'si BDE'den 17'nin üzerinde puan almıştır. Hem BDE puan ortalamaları, hem de kesme puanının üzerinde puan alan anne sayısı açısından karşılaştırıldığında olgu grubundaki annelerin daha depresif oldukları görülmektedir.

Beslenme sorunları olan çocukların annelerinde depresyon ve depresif belirtilerin sık görüldüğü birçok araştırmacı tarafından ortaya konmuş ve ebeveyndeki depresyonun önemli bir etiyolojik etken olduğu ileri sürülmüştür (13,24,51,57,65,67). Bununla birlikte tüm bu araştırmalar kesitsel veya geriye dönük çalışmalar olduğundan, depresyonun beslenme

sorununun nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu henüz açıklık kazanmamıştır. Bu ayrımın yapılabilmesi için depresif bozukluğu olan annelerin çocukları ile gerçekleştirilecek izlem çalışmaları gerekli görülmektedir.

Annede depresyon varlığının çocuğun yeme reddine etkisi lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar, annedeki depresyonun çocukta yeme reddi gelişmesi riskini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmadığını ortaya koymaktadır (Tablo 17). Bu bulgudan yola çıkılarak, olgu grubundaki annelerde saptanan yüksek depresif belirti düzeyinin yeme reddinin nedeni değil, sonucu olabileceği düşünülebilir.

Olgu grubundaki annelerin depresif belirti düzeyleri, çocukta malnutrisyonun olup olmamasına göre değerlendirilmiştir. Malnutrisyonu olan ve olmayan çocukların annelerinde BDE puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 13). Yine korelasyon analizi ile çocuğun beden kitle indeksi ile annenin BDE puanı arasında olumsuz yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 16). Bu bulgular annede depresif belirtilerin ortaya çıkışına neden olan faktörün çocuğun fiziksel gelişimindeki gerilikten çok, anne-çocuk arasındaki bozulmuş ilişki olabileceğini akla getirmektedir. Yazın gözden geçirildiğinde beslenme bozukluklarında anne-çocuk etkileşimindeki sorunların ortaya konduğu birçok araştırma olduğu görülmektedir (15,17,39,40,54,72-78). Anne-çocuk ilişkisinin yapılandırılmış tekniklerle değerlendirileceği bir çalışma, bizim kültürümüze özgü farklılıkları ortaya koyma açısından değerli olabilir.

Çalışmamızda annelerin kaygı düzeyleri Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile değerlendirilmiştir. Durumluk Kaygı Envanteri bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Envanterin el kitabında uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesinin 36-41 arasında değiştiği ifade edilmektedir (107). Durumluk Kaygı Envanteri'nden elde edilen puan ortalamaları, olgu ve kontrol gruplarındaki annelerde sırasıyla 38.8 ± 11.5 ve 34.1 ± 8.9 olarak belirlenmiştir. Her iki değerin de Öner tarafından bildirilen ortalama puanın üzerinde olmadığı görülmektedir. Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamış olması, araştırmanın yapıldığı koşulların herhangi bir grup için daha fazla kaygı doğurucu olmadığına göstergesidir (Tablo 12).

Olgu grubundaki annelerin Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları 48.2 ± 8.5 iken, kontrol grubundaki annelerde 40.9 ± 7.4 'tür. Olgu grubundaki annelerin Sürekli Kaygı

Envanteri'nden elde ettikleri puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Bu bulgumuz, yeme reddi ve büyüme geriliği olan çocukların annelerinde anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu bildiren önceki çalışmalarla uyumludur (13,24,66). Malnutrisyonu olan ve olmayan çocukların annelerinde SKE puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 13). Yine 1-3 yaş arasındaki çocukların annelerinin SKE puanları ile 4-6 yaş arasındaki çocukların annelerinin SKE puanları arasında da farklılık yoktur (Tablo 14 ve 15). Çocuğun beden kitle indeksi ile annenin Sürekli Kaygı Envanteri puanı arasında olumsuz yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan, zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Bu bulgular, annenin sürekli kaygı düzeyi ile çocuğun yeme reddinin süre ve şiddeti arasında anlamlı ilişki olmadığını düşündürmektedir. Lojistik regresyon analizi sonuçları, SKE puanı yüksek olan annelerin çocuklarında yeme reddinin daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (Tablo 17). Annenin süreklilik gösteren anksiyetesinin beslenme ilişkisine de yansıyabileceği düşünülebilir. Annedeki anksiyetenin, çocuğunun iletilerini anlamasına ve onu rahatlatıp sakinleştirerek başarılı bir şekilde beslemesine engel olabileceği bildirilmektedir (35).

Toplum örnekleminde kişilik bozukluklarının görülme sıklığının araştırıldığı çalışmalarda, kadınların %6.4-12.6'sında kişilik bozukluğu saptanmıştır (127-129). Ülkemizde ise klinik olmayan örnekleme kişilik bozukluklarının epidemiyolojisi konusunda yapılmış bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Çalışmamızda, annelerdeki kişilik bozukluklarının saptanabilmesi amacıyla SCID-II Kişilik Envanteri kullanılmıştır. Annelerin envanteri tamamlanmasının ardından, bir erişkin psikiyatri uzmanı tarafından annelerle SCID II görüşmesi yapılarak kişilik bozuklukları değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda SCID-II Kişilik Envanteri ile olgu grubundaki 1 (%3.3) annede Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozukluğu olduğu saptanmış, kontrol grubundaki annelerde kişilik bozukluğu belirlenmemiştir. Bulunan oran yurtdışında yapılan araştırmalarda saptananlardan oldukça düşük olmakla birlikte, örneklemin küçüklüğü karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir. Annede kişilik bozukluğunun varlığı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur.

Yazında yeme reddi olan çocukların ailelerinde aile işlevlerinin değerlendirildiği bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bizim çalışmamızda aile işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, ailenin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, ve davranış kontrolü alanlarındaki işlevlerini değerlendiren altı alt ölçeğe ek olarak ailenin genel işlevselliğini değerlendiren genel

işlevler alt ölçeğini içermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 2'nin üzerinde alınan puanlar o alanda sorun olduğunu göstermektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği'ne göre problem çözme alt ölçeği ailenin etkili bir biçimde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (113). Bizim çalışmamızda olgu ve kontrol gruplarındaki problem çözme puan ortalamaları sırasıyla 2.20 ± 0.70 ve 1.60 ± 0.53 'tür (Tablo 12). Olgu grubunun problem çözme alt ölçeği puanının kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek oluşu, yeme reddi olan çocukların ailelerinin ortaya çıkan sorunları çözme konusunda başarısız olduğunu göstermektedir. Yeme reddinin de aile için bir sorun oluşturduğu göz önüne alınırsa, ailelerin bu sorunu da ele almada ve çözüm üretmede yetersiz kaldıkları görülmektedir. Yazında büyüme geriliği olan çocukların annelerinin problem çözme becerilerinin yetersiz olduğu, bunun da çocuğun beslenmesi ve bakımını etkileyerek bozukluğa katkıda bulunabileceği bildirilmektedir (60). Kronik beslenme sorunları olan çocukların ebeveynleriyle yapılacak destekleme ve bilgilendirme odaklı grup çalışmalarının, bu ebeveynlerin başa çıkma becerilerinin artırılmasında yararlı olabileceği öne sürülmektedir (130).

İletişim alt ölçeği, ailedeki karşılıklı iletişimin etkinliğini, ölçüsünü, açıklığını ve doğrudan oluşunu tanımlar (113). İletişim puanı ortalamaları olgu grubunda 2.12 ± 0.63 , kontrol grubunda 1.45 ± 0.35 olarak saptanmıştır (Tablo 12). Yeme reddi olan çocukların ailelerinde saptanan kontrol grubuna göre anlamlı yüksek iletişim puanları, ailelerin bu konuda sorun yaşadıklarını göstermektedir. Aile içindeki iletişim yeterli, açık ve net olmadığında aile üyelerinin birbirlerini anlamaları zorlaşır. Ebeveynle iletişimde güçlükler yaşayan çocuk, yeme reddi gibi davranışsal sorunlar sergileyebilir. Karşılıklı iletişimdeki sorunlar nedeniyle çocuğunun istek ve ihtiyaçlarını anlamakta güçlük çeken anne de çocuğunu uygun yanıtlama konusunda yetersiz kalarak sorunun şiddetlenmesinde rol oynayabilir.

Roller alt ölçeği ailede görevlerin paylaşımı ve başarıyla yerine getirilmesinin etkinliğini tanımlar (113). Ailenin kaynak, besin, destek sağlama, sınırlarını koruma becerilerini ve görev dağılımının adil olup olmadığını değerlendirir (131). Roller puanı ortalamaları olgu grubunda 2.20 ± 0.54 , kontrol grubunda ise 1.77 ± 0.42 olarak belirlenmiştir (Tablo 12). Olgu grubunun roller alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Sağlıksız rol işlevleri ailede karışıklık ve düzensizliğe yol açıyor olabilir. Aile içinde görev dağılımının net olmaması bazı görevlerin yerine getirilmesinde

aksaklıklara yol açabilir. Birçok görevin bir kişide (örneğin annede) toplanması, o kişinin tüm sorunlarla başa çıkabilmesini güçleştirerek tükenmişlik hissetmesine neden olabilir. Bunun da hem anne-çocuk arasındaki, hem de eşler arasındaki çatışmayı arttırabileceği ve diğer aile işlevlerinde de bozulmalara yol açabileceği varsayılabilir.

Duygusal tepki verebilme alt ölçeği aile üyelerinin her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle ya da hareketle ifade edebilme yeteneğini, ailenin uyumunu ve aşırıya kaçmadan empati yapabilme becerisini değerlendirir (113). Duygusal tepki verebilme puan ortalamaları olgu grubunda 2.07 ± 0.68 , kontrol grubunda 1.34 ± 0.39 'dur (Tablo 12). Kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olan duygusal tepki verebilme puanları, ailelerin bu konuda da güçlük yaşadığını göstermektedir. Duygu ifadesinde yetersizlik veya ölçsüzlük, aile üyelerinin birbirleriyle etkileşimlerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği aile bireylerinin birbirine gösterdikleri ilgi, bakım ve sevgiyi değerlendirir (113). Gereken ilgiyi gösterme puan ortalamaları olgu ve kontrol gruplarında sırasıyla 2.24 ± 0.48 ve 1.88 ± 0.35 'tir (Tablo 12). Olgu grubunda saptanan anlamlı yüksek puan ortalaması, yeme reddi olan çocukların ailelerinin bu alanda da sorun yaşadıklarının göstergesidir. Bilindiği gibi en sağlıklı aileler, birbiri ile orta derece ilgilenen ailelerdir. Ailelerin birbirleriyle az ya da çok ilgilenmesi bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremediklerini düşündürür. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az ilgi ve sevgi gösterdiklerinin belirleyicisidir (113).

Davranış kontrolü; ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır (113). Davranış kontrolü puan ortalamaları olgu grubunda 2.06 ± 0.39 , kontrol grubunda 1.74 ± 0.35 'dir (Tablo 12). Olgu grubunda saptanan anlamlı yüksek puan ortalaması, bu ailelerin davranışlara sınır koyma ve disiplin sağlama konusunda yetersiz kaldıklarının ifadesidir. Davranışlara sınır koyma konusundaki yetersizlik, yeme davranışı ile ilgili sorunları da kapsayabilir. Ailenin çocuğunun uygunsuz yeme tutumuna uygun sınır koyma ile yanıt verememesi, çocuğun yeme sorununu arttıran bir neden olabilir.

Olgu grubunda 1-3 yaş aralığındaki çocuklarda Aile Değerlendirme Ölçeğinin davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalamasının, 4-6 yaş aralığındakilerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile Değerlendirme Ölçeğinin diğer alt ölçekleri puan ortalamaları yaşa

göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Kontrol grubunda ise, hiçbir ölçeğin puan ortalamasında yaşa göre anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Tablo 14 ve 15). Olgu grubunun davranış kontrolü alt ölçeğindeki bu farklılık, özellikle erken yaşlarda ailelerin yeme davranışı sorunlarını ele almada ve uygun sınır koymada daha fazla zorlandıklarını göstermektedir.

Genel işlevler alt ölçeği, diğer altı boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı sağlar (113). Olgu grubunda genel işlevler puanı ortalamaları 2.02 ± 0.53 , kontrol grubunda 1.31 ± 0.31 olarak belirlenmiştir (Tablo 12). Diğer altı alt ölçekte olduğu gibi, genel işlevler alt ölçeğinde de yeme reddi grubunun anlamlı yüksek puan ortalamasına sahip olması, bu ailelerin tüm aile işlevlerinde sağlıksızlık gösterdiklerini ifade etmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeği anne-çocuk ilişkisini değerlendiren bir ölçek değildir. Tüm ailenin çeşitli alanlardaki işlevlerinin değerlendirilmesini sağlar. Bu araştırmadan elde edilen aile değerlendirme ölçeği bulguları çocuğun belirtilerinin, altta yatan aile çatışması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Aile değerlendirme ölçeğinin geçerlik çalışmaları sırasında ölçek boşanma sürecinde olan ve içinde ruh hastası bulunan ailelere uygulanmıştır. Her iki çalışmada da ölçeğin olgu gruplarını kontrol gruplarından iyi ayırt ettiği gösterilmiştir. Genel işlevler alt puanı ortalaması boşanma sürecindeki örneklemle yapılan araştırmada 2.53, ailesinde ruh hastası bulunan örneklemle yapılan araştırmada ise 1.78 olarak belirlenmiştir (113). Bizim çalışmamızda olgu grubunun elde ettiği genel işlevler puan ortalaması bu iki örneklemle karşılaştırıldığında, boşanma sürecinde olan grubun puan ortalamasından düşük, ailede ruhsal hastalığı olan grubunkinden yüksek olduğu görülmektedir. Buradan yola çıkılarak, olgu grubumuzdaki sağlıksız aile işlevlerinin sadece çocuğun yeme sorununa ikincil olmayabileceği, aynı zamanda aile içindeki çatışmayı da yansıtabileceği akla gelmektedir.

Beden kitle indeksi ile Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği puanı arasında olumsuz yönde, orta derecede korelasyon vardır (Tablo 16). Bu bulgumuz, aile işlevlerindeki sağlıksızlık arttıkça çocuğun yeme sorununun da şiddetlendiğini düşündürmektedir.

Regresyon analizi sonuçları gözden geçirildiğinde Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği ile saptanan aile işlevlerindeki sağlıksızlığın, yeme reddinin ortaya çıkışındaki en önemli etken olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 17). Aile işlevleri sağlıksız olan çocuklarda yeme reddinin üç kat daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda, yeme reddi olan çocukların annelerinin daha fazla depresyon ve anksiyete belirtisi sergiledikleri, aile işlevlerinin de daha sağlıklı olduğu görülmüştür. Tüm bu bulgular, yeme reddinin sadece çocuğun ya da annenin değil, tüm ailenin işlevlerindeki bozukluğun belirtisi olduğunu akla getirmektedir. Bununla birlikte, çalışmamızda aile işlevleri sadece annenin doldurduğu Aile Değerlendirme Ölçeği aracılığıyla değerlendirilmiştir. Depresif belirtili düzeyleri yüksek olan annelerin aile işlevlerini de olumsuz algılaması ve aktarması olasıdır. Bu nedenle yeme sorunları olan çocukların değerlendirmesi ve tedavisi sırasında tüm aileyi ele alan bütüncül bir yaklaşımın gerekli olduğu düşünülmektedir.

Ergen ve erişkin yeme bozukluğu hastalarında aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu bildiren araştırmalar olmasına karşın (132-134), bizim çalışmamız, bilindiği kadarıyla erken çocukluk dönemi beslenme sorunlarında aile işlevlerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Beslenme sorunlarında anne ve çocuğa ilişkin özelliklerin değerlendirildiği araştırmalar olsa da, ailenin bir bütün olarak ele alınıp değerlendirildiği çalışmaların olmayışı bu alandaki önemli bir eksiklik olarak görülmektedir.

Ülkemizde yeme reddi olan çocukların ne kadarının bir Çocuk Psikiyatrisi birimine ulaşabildiği bilinmemektedir. Olgu alımının sürdüğü bir yıllık dönem boyunca bir üniversite hastanesinde sadece 30 olguya ulaşılabilmiş olması, bu oranın oldukça düşük olduğunun göstergesidir. Bu çocuklar bir pediatri hekimine başvurduğunda çocuğun beslenme durumu ve fiziksel gelişimine yönelik önlemler alınabilse de, sorunun psikososyal boyutu ile ilgili girişimler yetersiz kalmaktadır. Bozukluğun ortaya çıkışı ve devamındaki ailesel etmenlerin önemi göz önüne alındığında bunun büyük bir eksiklik olduğu ortaya çıkmaktadır. Hem ülkemizde bu alanda yapılacak araştırmaların artmasının, hem de konuyla ilgili sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinin, çocukluk çağında görülen beslenme sorunlarının anlaşılmasında ve tedavisinde önemli olduğu düşünülmektedir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1. Kişisel Değerlendirme Formuna İlişkin Sonuçlar

- Olgu grubundaki annelerin kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha geç yaşta evlendikleri saptanmıştır.
- Olgu grubundaki babaların araştırmaya katılma ve evlenme sırasındaki yaşları kontrollere göre yüksektir.
- Çocuk ölümü öyküsü olgu grubundaki ailelerde sık olsa da, farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.
- Olgu grubundaki çocukların ortalama doğum ağırlıklarının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Düşük doğum ağırlığı ile doğma oranı da olgu grubunda daha yüksektir.
- Her iki grupta da çocukların çoğu anne sütü alsalar da, olgu grubundaki çocuklarda bu süre daha kısadır.
- Olgu grubundaki çocuklara ek gıdaların kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha geç verilmeye başlandığı saptanmıştır.
- Beden kitle indeksi, % boy standardı ve boya göre ağırlık oranı ortalamaları olgu grubunda daha düşüktür. Olgu grubunda malnutrisyon daha fazla görülmektedir.
- Olgu grubunda yaş büyüdükçe beden kitle indeksinde düşme olduğu belirlenmiştir.

7.2. Ankara Gelişim Tarama Envanteri Sonuçları

- Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile saptanan gelişimsel gerilik oranları ve genel gelişim T puanları açısından iki grup arasında farklılık saptanmamıştır.
- Kontrol grubundaki çocukların gelişimlerinde yaşla birlikte iyileşme olurken, olgu grubunda böyle bir farklılaşma gözlenmemiştir.

7.3. Annelerin Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Aile Değerlendirme Ölçeği ve SCID-II Kişilik Envanteri Sonuçları

- Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları olgu grubundaki annelerde, kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Kesim noktası olan 17'nin üzerinde puan alan anne sayısı da olgu grubunda daha fazladır.
- Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken, olgu grubundaki annelerin Sürekli Kaygı Envanteri'nden elde ettikleri puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Aile Değerlendirme Ölçeği sonuçları değerlendirildiğinde, olgu grubundaki ailelerin tüm aile işlevlerinin daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir.
- Olgu grubunda 1-3 yaş aralığındaki çocuklarda Aile Değerlendirme Ölçeğinin davranış kontrolü alt ölçeği puan ortalaması, 4-6 yaş aralığındakilerden anlamlı olarak yüksektir.
- Beden kitle indeksi ile Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği puanı arasında olumsuz korelasyon vardır.
- SCID-II Kişilik Envanteri ile olgu grubundaki 1 annede Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozukluğu olduğu saptanmış, kontrol grubundaki annelerde kişilik bozukluğu belirlenmemiştir.
- Ek gıdaya daha geç başlayanlarda, annenin Sürekli Kaygı Envanteri puanı yüksek olanlarda ve Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler Alt Ölçeği puanı yüksek olanlarda yeme reddi anlamlı olarak daha fazla görülmektedir.

Beslenme hem yaşamın devamı, hem de sağlıklı gelişim açısından önemlidir. Bebek ve küçük çocuklarda beslenme sorunları oldukça sıktır. Bu çalışmada yeme reddi biyopsikososyal bir bütün olarak ele alınmıştır. Olgu sayısının azlığı bu çalışmanın kısıtlılığıdır.

Bebeklerde ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu alanında yapılan çalışmalarda en büyük sorun sınıflama ve tanımlama ile ilgili görünmektedir. DSM-IV ile bozukluğun tanımı kısmen yapılmış olsa da, tanı ölçütlerinin yeterince açık olmayışı araştırmacılar için en

önemli sınırlamadır. Belirtilen tanı ölçütleri oldukça geniş olduğu ve farklı klinik görünümlere sahip birçok alt tipi açıklamakta yetersiz kaldığı için, konuyla ilgilenen yazarlar farklı tanım ve ölçütler geliştirmeye çalışmışlardır. Bu durum da yazında ortak bir dil kullanılamayışı sorununu beraberinde getirmektedir. Beslenme bozukluğu alt tiplerini tanımlamada evrensel olarak kabul görececek tanı ölçütlerinin geliştirilmesi, bu konuda yapılacak araştırmalar için en önemli gereksinimdir.

Çalışmamızın sonuçları yeme reddi olan çocukların hem büyüme, hem de gelişim geriliği açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Çocuğun fiziksel gelişim geriliğinden korunabilmesi için yeme reddinin erken dönemde saptanarak tedavi edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Yine yetersiz beslenmenin gelişmekte olan beyin üzerine olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu çocukların risk altında olmaları nedeniyle uzun dönemde izlemlerinin sürmesi ve gelişimlerinin aralıklı olarak değerlendirilmesi koruyucu ruh sağlığı açısından önemli görünmektedir. Sorunun biyopsikososyal doğası göz önüne alındığında, bu çocukların değerlendirme ve tedavisi sırasında pediatrist, diyetisyen ve çocuk ruh sağlığı uzmanından oluşan bir tedavi ekibinin görev almasının gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın bir diğer boyutu da başta beslenme ilişkisi sırasındaki aktif rolü nedeniyle anne olmak üzere tüm aileyle ilişkilidir. Annelerde yüksek oranda saptanan ruhsal belirtiler ve aile işlevlerindeki sağlıksızlık, sadece çocuğa odaklanan bir tedavi yaklaşımının yeterli olmadığını, aynı zamanda aile ile çalışmanın da gerekli olduğunu desteklemektedir.

Ülkemizde bebeklik ve çocukluk döneminde görülen beslenme sorunları konusunda yapılacak geniş kapsamlı araştırmaların hem bilgi birikimini hem de uzmanların konuya ilgisini arttıracakı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stein A., Barnes J. Feeding and sleep disorders. In: Child and Adolescent Psychiatry. Ed: Rutter M., Taylor E. 4th Edition. 2002;754-775
2. Satter EM. Childhood eating disorders. J Am Diet Assoc 1986;86(3):357-361
3. Pliner P, Pelchat ML. Similarities in food preferences between children and their siblings and parents. Appetite. 1986;7(4):333-342
4. Pliner P., Loewen E.R. Temperament and Food Neophobia in Children and their Mothers. Appetite. 1997;28(3):239-254
5. Hursti UKK., Sjöden PO. 1997. Food and General Neophobia and their Relationship with Self-Reported Food Choice: Familial Resemblance in Swedish Families with Children of Ages 7–17 Years. Appetite. 1997;29(1):89-103
6. Birch LL., Zimmerman S., Hind H. The Influence of Social-affective Context on the Formation of Children's Food Preferences. Child Dev 1980; 51: 856-861
7. Birch LL., Marlin DW., Rotter J. Eating as a “means” activity in a contingency: effects on young children’s food preference. Child Dev 1984; 55:432-439
8. Black MM. Commentary: Feeding Problems: An Ecological perspective. J of Pediatric Psychology. 1999; 24(3):217-219
9. Tebor S.H. The incidence and correlation of feeding problems in a normal population of toddlers. The George Washington University. Yayınlanmamış tez çalışması. 2000
10. NASM News (2004) Can’t seem to get enough (may/june 3(3)) http://www.nasm.org/newsletter_may_jun_04/newsletter_nutition.asp (02.09.2004).
11. Rolls BJ, Engell D, Birch LL (2000) Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. Journal of the American Dietetic Association Feb http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0822/is_2_100/ai_59698553 02.09.2004.
12. Chatoor I. Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. In: Comprehensive textbook of psychiatry. Ed: Kaplan HL., Sadock, B.J.; Sadock, V.A. Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000: 2704-2710
13. Raynor P., Rudolf M.C.J. What do we know about children who fail to thrive? Child: Care Health and Development. 1996; 22(4): 241-250

14. Dowdney L, Skuse D, Heptinstall E, Puckering C, ve ark. Growth retardation and developmental delay amongst inner-city children. *J Child Psychol Psychiatry*.1987; 28(4):529-541
15. Puckering C, Pickles A, Skuse D, Heptinstall E, ve ark. Mother-child interaction and the cognitive and behavioural development of four-year-old children with poor growth. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995 ;36(4):573-595
16. Wilensky DS, Ginsberg G, Altman M, Tulchinsky TH. Ve ark. A community based study of failure to thrive in Israel. *Arch Dis Child*. 1996 ;75(2):145-148
17. Wolke D., Skuse D., Mathisen B . Behavioral style in failure-to-thrive infants: a preliminary communication . *Journal of Pediatric Psychiatry*. 1990; 15(2): 237-254
18. Dykman R.A., Casey P.H., Ackerman P.T., McPherson W.B. Behavioral and Cognitive Status in School-Aged Children With a History of Failure to Thrive During Early Childhood. *Clinical Pediatrics*.2001; 40(2): 63-70
19. Dahl M., Rydell A.-M., Sundelin C. Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatr*.1994; 83(1):54-58
20. Rydell A., Dahl M., Sundelin C. Characteristics of School Children Who Are Choosy Eaters. *The Journal of Genetic Psychology*.1995; 156: 217-229
21. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1990; 29(1):112-117
22. Dahl M, Sundelin C. Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatr*.1992; 81(8):575-579
23. Dahl M. Early feeding problems in an affluent society. III. Follow-up at two years: natural course, health, behaviour and development. *Acta Paediatr Scand*.1987; 76(6):872-880
24. Lindberg L., Bohlin G., Hagekull B., Thunstrom M. Early food refusal: Infant and . *Infant Mental Health Journal*. 1994; 15(3): 262-277
25. Kerwin M.E., Berkowitz R.I. Feeding and eating disorders: Ingestive problems of infancy, childhood and adolescence. *School Psychology Review* 1996; 25:316-328
26. Lindberg L.,Bohlin G., Hagekull B., Palmerus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal* 1996; 17:334-347

27. Benoit D. Feeding disorders, failure to thrive and obesity. In: Handbook of Infant Mental Health. Ed: Zeanah CH. 2.nd Edition.2000:339-352. The Guilford Pres, New York
28. Chatoor I., Kerzner B., Zorc L., Persinger M., ve ark. Two-year-old twins refuse to eat: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. Infant Mental Health Journal 1992; 13(3): 252-268
29. Lindberg L.,Bohlin G., Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. International Journal of Eating Disorders 1991; 10:395-405
30. Kerwin MLE. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. Journal of Pediatric Psychology. 1999; 24(3): 193-214
31. Munson L.J. Parent-infant interaction during play and feeding for infants who are typically developing and for infants who have a feeding problem and a developmental delay. Vanderbilt University.Yayınlanmamış tez çalışması.1996
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. 1994. American Psychiatric Association, Washington D.C.
33. World Health Organization: International Classification of Diseases, 10th ed, Criteria for Research (Draft). 1990. Geneva, World Health Organization.
34. Fredericks D.W., Carr J.E., Williams W.L. Overview of the treatment of rumination disorder for adults in a resident setting. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1998;29(1):31-40
- 35.Chatoor I., Getson P., Menvielle E., Brasseaux C.,ve ark. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother - infant interactions in the first three years of life. Infant Mental Health Journal.1997; 18(1): 76-91
36. Kaplan HI, Sadock BJ. Contributions of the psychosocial sciences to human behavior. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 8th edition. 1998: 140-192.
37. Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B ve ark. Atypical maternal behavior toward Feeding disordered infants before and after intervention. Infant Mental Health Journal.2001; 22(6):611-626.
38. Chatoor I. Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation. J Am Acad Psychoanal.1989; 17(1):43-64

39. Chatoor I., Egan J., Getson P., Menvielle E., ve ark.. Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988;27 (5),535-540
40. 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):959-967
41. Carruth B.R., Skinner J., Houck K., Moran J.,ve ark. The phenomenon of “picky eater”: a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr*.1998; 17(2): 180-186
42. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. Pediatric Practice Research Group. *J Dev Behav Pediatr*. 1996;17(3):149-153
43. 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): 105-110
44. Benoit D., Gren D., Art-Rodas D. Posttraumatic Feeding Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(5): 577-578
45. Hyman PE. 1994. Gastroesophageal reflux: one reason why baby won't eat. *J Pediatr*.1994;125(6 pt2):103-109
46. Marino R., Weinman M.L., Soudelier K. Social work intervention and failure to thrive in infants and children. *Health & Social Work*.2001; 26:90-98
47. Mitchell W.G., Gorrell R.W., Greenberg R.A. Failure to thrive: A study in a primary care setting: Epidemiology and follow-up. *Pediatrics*. 1980; 65(5): 971-977
48. Rosenn D.W., Loeb L.S., Jura M.B. Differentiation of organic from non-organic failure to thrive syndrome in infancy. *Pediatrics*. 1980; 66(5): 698-704
49. Li Y, Shi A, Wan Y, Hotta M, ve ark. Child behavior problems: prevalence and correlates in rural minority areas of China. *Pediatr Int*. 2000; 43(6):651-661
50. Jacobi J., Agras W.S., Bryson S., Hammer L.D. Behavioral Validation, Precursors, and Concomitants of Picky Eating in Childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2003; 42(1): 76-84

51. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child Care Health Dev.* 1997; 23(3):265-278
52. Aras Ş., Taş FV., Ünlü G. Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi kliniğinde ilaç tedavisi uygulaması ile ilgili etkenler. 2004. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi'ne poster bildirisi olarak kabul edilmiştir.
53. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child Development.* 1984; 55(1): 83-96
54. Crittenden P.M. Non-organic failure to thrive: deprivation or distortion. *Infant Mental Health Journal.* 1987; 8(1):51-64
55. Drotar D., Eckerle D. The family environment in nonorganic failure to thrive: a controlled study *Journal of Pediatric Psychiatry.* 1989; 14: 245-257
56. Weston JA, Colloton M, Halsey S, Covington S, ve ark. A legacy of violence in nonorganic failure to thrive. *Child Abuse Negl.* 1993 ;17(6):709-714
57. Gorman J., Leifer M., Grossman G. Nonorganic failure to thrive: Maternal history and current maternal functioning. *Journal of Clinical Child Psychology.* 1993; 22(3): 327-336
58. Benoit D., Zeanah C.H., Barton M.L. Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal.* 1989; 10(3):185-202
59. Ward M.J., Kessler D.B., Altman S.C. Infant mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal.* 1993; 14(3): 208-220
60. Robinson JR, Drotar D, Boutry M. Problem-solving abilities among mothers of infants with failure to thrive. *J Pediatr Psychol.* 2001; 26(1):21-32
61. Benoit D., Zeanah C.H., Parker K.C.H., Nicholson E., ve ark. "Working Model of the Child Interview": Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal.* 1997;8(1):107-121
62. Coolbear J., Benoit D. Failure to thrive: Risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal.* 1991; 20(1): 87-104
63. Kerr MAD, Bogues JL, Kerr DS. Psychosocial functioning of mothers of malnourished children. *Pediatrics.* 1978; 62(5):778-784

- 64.Duniz, M; Scheer, P J; Trojovsky, A; Kaschnitz, Wve ark. Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1996; 5(2): 93-100
- 65.Polan H.J., Kaplan M.D., Kessler D.B., Shindledecker M.N.ve ark. 1991. Psychopathology in mothers of children with failure to thrive . *Infant Mental Health Journal*. 1991; 12(1): 55-64
- 66.Kenis DR. A study of the personality characteristics of mothers of abused children and failure to thrive children.Northwestern University. Yayınlanmamış tez çalışması.1980
- 67.Hufton I.W., Oates R.K. Nonorganic Failure To Thrive: A Long-Term Follow-up. *Pediatrics*. 1977; 59 (1): 73-77
- 68.Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychol Med*. 2000; 30(1):69-77
- 69.Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurell E, ve ark. (2000a) Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Jun;39(6):743-745
70. Chatoor I., Ganiban J., Colin V., Plummer NBA., ve ark. (1998a) Attachment and Feeding Problems: A Reexamination of Nonorganic Failure to Thrive and Attachment Insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 37(11): 1217-1224
- 71.Valenzula M. Attachment in chronically underweight young children . *Child Development*. 1990; 61:1984-1996
72. Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters.*Children with Health Psychol*. 1993;12(1):64-73
73. Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-Child Touch Patterns in Infant Feeding Disorders: Relation to Maternal, Child, and Environmental Factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(9):1089-1097
- 74.Polan HJ, Leon A, Kaplan MD, Kessler DB, ve ark. (1991a) Disturbances of affect expression in failure-to-thrive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.; 30(6): 897-903
75. Heffer RW JR. A behavior analytic model for nonorganic failure to thrive: observations of parent and child behavior during feeding interactions. Yayınlanmamış tez çalışması,1989

76. Hutcheson JJ, Black MM, Starr Jr RH. Developmental differences in interactional characteristics of mothers and their children with failure to thrive. *Journal of Pediatric Psychiatry*. 1993; 18: 453-466
77. Black M.M., Dubowitz H., Hutcheson JJ, Berenson-Howard J., et al. A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics*. 1995; 95(6): 807-814
78. Monk, C.E. Representational content and quality of mothers whose children are failing to thrive: A Rorschach study linking inner life with interpersonal behavior. City University of New York. Yayınlanmamış tez çalışması. 1997
79. Harris G., Blisset J., Johnson R. Food refusal associates with illness. *Child and Adolescent Mental Health*. 2000; 5 (4): 148-157
80. Rastam M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: Premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992; 31: 819-829
81. Drewett RF., Corbett SS., Wright CM. Cognitive and educational attainments at school age of children who failed to thrive in infancy: a population based study. *J Child Psychol. Psychiat.* 1999; 40(4):551-561
82. Motion S. Northstone K., Emond A., & the ALSPAC study team. Persistent early feeding difficulties and subsequent growth and developmental outcomes. *Ambulatory Child Health*. 2001; 7: 231-237
83. Powell GF, Low JF, Speers MA. Behavior as a diagnostic aid in failure-to-thrive. *J Dev Behav Pediatr.* 1987; 8(1):18-24
84. Steward DK., Moser DK., Ryan-Wenger NA. Biobehavioral characteristics of infants with failure to thrive. *Journal of pediatric nursing*. 2001; 16(3):162-171
85. Chung P.Y. Functional behavioral assessment-based intervention for children with food refusal behavior. University of Oregon. Yayınlanmamış doktora tezi. 2003
86. Stratton M. Behavioral assessment scale of oral functions in feeding. *Am J Occup Ther.* 1981 ;35(11):719-21.

87. Blissett J., Haris G. A behavioral intervention in a child with feeding problems. *J Hum Nutr Dietet.* 2002. 15, 255-260
88. Benoit D., Wang E.E., Zlotkin S. H. Behavioral Treatment of Feeding Disorders in Infancy: A Prospective, Randomized Controlled Trial . *Pediatric Research.* 1998; 43 (4) spp.2:11
89. Tawfik R.; Dickson A.; Clarke M.; Thomas A.G. Caregivers' perceptions following gastrostomy in severely disabled children with feeding problems. *Developmental Medicine and Child Neurology.* 1997; 39(11):746-751
90. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Treating chronic food refusal in young children: home-based parent training. *J Appl Behav Anal.*1993; 26(4):421-433
91. Luiselli JK.. Oral feeding treatment of children with chronic food refusal and multiple developmental disabilities. *Am J Ment Retard.*1994; 98(5):646-655
92. Shore BA., Babbitt RL., Williams KE., Coe DA., ve ark. Use of texture fading in the treatment of food selectivity. *J Appl Behav Anal.* 1998; 31(4):621-633
93. Alarcon PA, Lin LH, Noche M Jr, Hernandez VC, ve ark. Effect of oral supplementation on catch-up growth in picky eaters. *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42(3):209-217
94. Babbitt R.L., Hoch T.A., Coe D.A., Cataldo M.F., ve ark. Behavioral assesment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.*1994; 15: 278-291
95. Bithoney W.G., McJunkin J., Michalek J., Synder J., ve ark. The effect of a multidisciplinary team approach on weight gain in nonorganic failure to thrive children. *Developmental and Behavioral Pediatrics.*1991; 12: 254-258
96. Fryer GE Jr. The efficacy of hospitalization of nonorganic failure-to-thrive children: a meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 1988;12(3):375-381
97. Hobbs C. , Hanks H.G. A multidisciplinary approach for the treatment of children with failure to thrive. *Child: Care, Health &Development.* 1996; 22(4): 273-284
98. Çelik GG., Avcı A., Diler RS. 24 Aylık ikizlerde yeme bozukluğu. 13. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 2003. Poster Bildiri.

99. Alyanak B., Saydam R. Erken çocuklukta beslenme sorunları: 2 olgu sunumu. 10. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 2000. Poster Bildiri.
100. Atik T., Saz EU., Egemen A., Aydoğdu S. Süt çocuklarında nonorganik yeme bozuklukları: infantil anoreksiya ve “picky eater”.14. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 2004. Poster Bildiri.
101. Saner G. Beslenme durumunun değerlendirilmesi. Pediatri içinde.Yazar: Neyzi O., Ertuğrul T. 2. baskı. 1993:395-400.Nobel tıp kitapçevleri..
102. Suthpen JL. Growth and nutritional status. In:Textbook of gastroenterology and nutrition in infancy. 2nd edition. Ed: Lebenthal E. 1989; 87-93. Raven Pres, New York.
103. Beck AT.An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961, 4: 561-71
104. Tegin B. Depresyonda bilişsel şemalar. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 1980
105. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1989, 7(23):3-13
106. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologist Press. 1970.
107. Öner N, Durumluk – Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, 1977.
108. Öner N, Le Compte A. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1983 İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası
109. Spitzer RL., Williams J. Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID II). New York Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1985
110. Sorias S, Saygılı R., Elbi H. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu. SCID-II kişilik bozuklukları formu. Ege Üniversitesi Basımevi. Bornova,1990
111. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S, Saygılı R. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 1994, 9:32, 26-29
112. Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS. The Mc Master Family Assesment Device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983; 9,2, 171-80

113. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği Elkitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası,1990
114. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama El Kitabı. 1. Baskı. Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 1994
115. Demiriz S., Dinçer Ç. 5-6 Yaş Çocuklarının Öz Bakım Becerilerinin Cinsiyet ve Okulöncesi Eğitim Alma Durumlarına Göre İncelenmesi. Milli Eğitim Dergisi. Mart-Nisan-Mayıs 2001. Sayı:105. http://yayim.meb.gov.tr/yayimlar/150/demiriz_dincer.htm
116. Kumbasar H. İlişki sorunları. Psikiyatri Temel Kitabı cilt 2 içinde. Yazar: Güleç C, Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği.1998:817-822.
117. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003, ön rapor. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/haber/tnsa2003rapor.pdf>
118. Black D. Bereavement. In: . In:Child and Adolescent Psychiatry. Ed: Rutter M., Taylor E. 4th Edition. 2002;299-308.
119. Rommel N., De Meyer AM., Feenstra L., Veereman-Wauters G. The Complexity of Feeding Problems in 700 Infants and Young Children Presenting to a Tertiary Care Institution.Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2003; 37(1): 75-84
120. Dahl M, Kristiansson B. Early feeding problems in an affluent society. IV. Impact on growth up to two years of age. Acta Paediatr Scand. 1987 Nov;76(6):881-8.
121. Dahl M, Eklund G, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society. II. Determinants. Acta Paediatr Scand 1986; 75(3): 380-7
122. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. Pediatrics. 1994;88:737-744.
123. Kurdoğlu G., Saner G. Süt çocuğu beslenmesi.Pediatrici içinde.Yazar: Neyzi O., Ertuğrul T. 2. baskı.Nobel tıp kitapevleri.1993:377-391
124. Büyükgebiz B., Öztürk Y., Arslan N. Bebek beslenmesi.2001,İzmir.
125. Wright C., Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. Child Care Health Dev. 2000; 26(1);5-16.
126. Racusin GR., Moss NE. Psychological assesment of children and adolescents. Child and adolescent psychiatry.A comprehensive textbook. Ed: Lewis M. 2nd edition. Williams and Wilkins Company, Maryland. 1996. 465-478.

127. Samuels JF., Nestadt G, Romanosky AJ, Folstein MF ve ark. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psyc.*1994; 151(7): 1055-1062
128. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000; 35:531-538.
129. Torgerson S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psych.* 2001; 58(6):590-596.
130. Garro A. Coping patterns in mothers/caregivers of children with chronic Feeding Problems. *Journal of Pediatric Health Care.*2004; 18(3):138-144.
131. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. Family Assesment Device: Version 3. The Brown University/Butler Hospital Family Research Programme, Providence, Rhode Island.1982.
132. Brett M. McDermott, Mary Batik, Lynne Roberts, Peter Gibbon. Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2002; 36(4): 509
133. Erol A, Toprak G, Yazici F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2002;13(1):48-57.
134. Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW. Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families. *Family Process.* 1997; 36(4):357

EKLER



KİŞİSEL DEĞERLENDİRME FORMU:

Olgu No:

Çocuğun adı-soyadı:

Doğum tarihi:

Yaşı:

Cinsiyeti: 1) Kız 2) Erkek

Çocuğun öğrenim durumu: 1) İlköğretim 2) Anasınıfı 3) Kreş 4) Okula gitmiyor

Adres:

Telefon: Ev:

İş:

GSM:

Aile Bilgileri:

Anne yaşı:

Annenin evlenme yaşı:

Annenin doğum sırasındaki yaşı:

Annenin eğitimi: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite

Anne: 1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Özel sektör

Annede bedensel hastalık: 1) Yok 2) Var :

Annede ruhsal hastalık: 1) Yok 2) Var:

Baba yaşı:

Babanın evlenme yaşı:

Babanın doğum sırasındaki yaşı:

Babanın eğitimi: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite

Baba: 1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Özel sektör

Babada bedensel hastalık: 1) Yok 2) Var :

Babada ruhsal hastalık: 1) Yok 2) Var :

Anne-babanın evlilik süresi (yıl) :

Anne-babanın evlilik şekli: 1) Kendi istekleriyle 2) Görücü usulüyle

Aile yapısı: 1) Evli-Birlikte 2) Parçalanmış

Ailenin gelir durumu: 1) Alt 2) Orta 3) Üst

Gebelik şekli: 1) Planlanan 2) Planlanmayan

Ailenin toplam çocuk sayısı: 1 2 3 4 5 üzeri

Olgunun kaçınıcı çocuk olduğu: 1 2 3 4 5 üzeri

Bakım veren kişi:

Özgeçmiş:

Gebelik: 1) Normal 2) Sorunlu:

Doğum: 1) Zamanında 2) Erken 3) Geç

Doğum şekli: 1) Normal 2) Sezaryen

Doğum ağırlığı:

Doğum sonrası: 1) Normal 2) Sorunlu:

Anne sütü alış süresi:

Ek gıdalara geçiş (ay):

Gelişim:

Yürüme:

Konuşma:

Tuvalet eğitimi:

Geçirilmiş hastalık:

V.A.: Persentil:

Boy: Persentil:

BMI:

İM :
YADI :
RİM :

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BU GÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlehin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa herbirini daire içinde alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
-
- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - 1 Gelecek hakkında karamsarım
 - 2 Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
 - 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
-
- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 - 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuştur gibi hissediyorum
 - 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 - 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
-
- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - 1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.
 - 2 Artık hiçbirşey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - 3 Herşeyden sıkılıyorum.
-
- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 - 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
-
- 0 Kendimden memnunum
 - 1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
 - 2 Kendime çok kıızıyorum.
 - 3 Kendimden nefret ediyorum.
-
- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - 1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 - 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 - 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabiliirdim şimdi istesemde ağlayamıyorum.
10. 0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
12. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
13. 0 Aynalar kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yağlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.
3 Hiç birşey yapamıyorum.
15. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
16. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamıyacak kadar yorgun hissediyorum.

17. 0 İştahım her zamanki gibi
1 İştahım eskisi kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.

18. 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.

Evet :

Hayır:

19. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyimki başka hiçbirşey düşünmüyorum.
20. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. 0 Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk Kaygı Puanı:

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı:

SCID KİŞİLİK ENVANTERİ

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZ İLE İLGİLİ SORULAR VARDIR.

AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU-VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE “evet” VEYA “hayır” CEVAPLARINDAN BİRİSİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLANDIRMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAYAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

(Lütfen üzerine işaretleme yapmayınız.)

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?
2. Ailenizin dışında kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?
7. Başkalarına kolay gelen bir çok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?
8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
9. Sizinle ilgili en önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?
10. Yanıldıklarınızı düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?
11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?
13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?
14. Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?
15. Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz? (Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?)
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başka kimsenin doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?
22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?
23. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davranışlara kızar mısınız?
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?
25. İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı mı bulur?
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?
27. İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur

mu?

28. Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozulus musunuz?

29. Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da işi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?

30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?

31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?

32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?

33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?

34. İnsanlar, üzerinize düşen yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?

35. Amirleriniz genellikle sizden daha yeteksiz ve beceriksiz midir?

36. Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?

37. Genellikle hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?

38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?

39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?

40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?

41. Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırıldığınız ya da bozulduğunuz olur mu?

42. Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?

43. Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?

44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?

45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?

46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?

47. Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler mi yaparsınız?

48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?

49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?

50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz oldu mu?

51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?

52. Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?

53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?

54. Alıngan bir insan sayılır mısınız?

55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?

56. Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?

57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, "acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar?" diye düşündüğünüz oldu mu?

58. İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna kapıldınız mı?

59. Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi?

60. Hiç olağan dışı (ya da doğa üstü) olaylara tanık oldunuz mu?

61. Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?

62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?

63. Kimseyi göremeseniz bile, etrafınız bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?
64. Hiç, bir insanın yüzünün, ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?
65. İnsanlara yakın olmaktan sıkıntı çeker misiniz? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?
68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlarla bile sarılabılır ya da kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?
75. Olaylar ya da insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)
77. Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?
78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur, ya da kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarının bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız olur mu?
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?
83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı? (zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz?)
84. Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?
87. Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran kalmasına önem verir misiniz?
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılamadığınızdan şikayet ederler mi?
90. İnsanların başarılarını ya da sahip olduğu şeyleri kıskanır mısınız?
91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Örneğin, çok sevdiğiniz bir kişiden kısa bir süre sonra nefret ettiğiniz olur mu?
- Hiç başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu?
92. Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin, nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?
93. Hiç, daha yeni tanıştığınız birisiyle yattığınız oldu mu?
94. Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu aldığınız oldu mu?

95. Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?
96. Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?
97. Hiç, marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırıdığınız oldu mu?
98. Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin, sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu?
99. Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkələndiğiniz oldu mu?
100. Karşınızdakini dövcek ya da kavgā edecek kadar kızar mısınız?
101. Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?
102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
104. Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz, ya da ne istediğinizi bilemediğiniz oldu mu?
105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
106. Hiç, değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR.

109. 15 yaşından önce, okuldan kaçır mıydınız?
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
111. Kavgacı bir çocuk mıydunuz?
112. 15 yaşından önce, kavgada alet kullanır mıydınız?
113. Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
115. Kavgā dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
116. Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?
117. Hiç yangın çıkardınız mı?
118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
120. 15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA :

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Her cümle için 4 seçenek söz konusudur.

Aynen katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.
Büyük ölçüde katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.
Biraz katılıyorum	Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.
Hiç katılmıyorum	Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
10- Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlar.				
11- Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12- Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.				
13- Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14- Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15- Ailemizde eşit görev dağılımı yoktur.				
16- Ailemiz üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17- Evde herkes, başına buyruktur.				
18- Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söylerler.				
19- Ailece bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1 - Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2- Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3- Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4- Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5- Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6- Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7- Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8- Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9- Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
20- Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21- Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.				
22- Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23- Gelirimiz (ücret-maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24- Ailemiz, bir problemi gözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25- Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26- Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27- Evimizde banyo ve tuvalet yüznumara) bir türlü temiz kalmaz.				
28- Aile içinde birbirimize evgimizi göstermeyiz.				
29- Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
30- Ailemizde, birbirimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31- Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.				
32- Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33- Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34- Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35- Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36- Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37- Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.				
38- Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
39- Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40- Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41- Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42- Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43- Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44- Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45- Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46- Aile içinde herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47- Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
48- Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49- Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50- Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51- Evde birbirimizle iyi geçinmeyiz.				
52- Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53- Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü, genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54- Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55- Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın-kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56- Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57- Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
58- İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59- Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60- Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				



DSM-III-R YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMESİ
TÜRKÇE VERSİYONU

SCID - II

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU

(Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders)

ROBERT L. SPITZER, MD., JANET B.W. WILLIAMS, D.S.W.,
MIRIAM GIBBON, M.S.W.

TÜRKÇE ÇEVİRİ VE UYARLAMA

Prof.Dr. Soli SORİAS, Prof.Dr. Refet SAYGILI, Uz.Dr. Hayriye ELBİ,
Doç.Dr. Simavi VAHİP, Dr. Levent METE, Uz.Dr. Zeki NİFİRNE,
Dr. Işıl ÖRNEK, Prof.Dr. Cahide AYDIN, Dr. Elif AKTENER

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

Çeviri Editörü : Prof.Dr. Soli SORİAS

Ege Üniversitesi - Bornova - 1990

DSM-III-R YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMESİ
TÜRKÇE VERSİYONU

SCID - II

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU

(Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders)

ROBERT L. SPITZER, MD., JANET B.W. WILLIAMS, D.S.W.,
MIRIAM GIBBON, M.S.W.

TÜRKÇE ÇEVİRİ VE UYARLAMA

Prof.Dr. Söli SORİAS, Prof.Dr. Refet SAYGILI, Uz.Dr. Hayriye ELBİ,
Doç.Dr. Simavi VAHİP, Dr. Levent METE, Uz.Dr. Zeki NİFİRNE,
Dr. Işıl ÖRNEK, Prof.Dr. Cahide AYDIN, Dr. Elif AKTENER

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Çeviri Editörü : Prof.Dr. Söli SORİAS

Ege Üniversitesi - Bornova - 1990

20
1 - 2

Form No. $\frac{92}{79-80}$ *

* Delgi : Tüm kartlarda tekrarlayın; "b" = boş bırakın.

TALİMATLAR (SCID-II'NİN, KİŞİLİK ENVANTERİ İLE BİRLİKTE KULLANILIŞI)

SCID-II GÖRÜŞMESİ GENELLİKLE SCID-I GÖRÜŞMESİNDEN VE SCID KİŞİLİK ENVANTERİNDEN SONRA UYGULANIR. EĞER HASTADA BİR KİŞİLİK BOZUKLUĞU VARSA, SCID-I GÖRÜŞMESİ GENELLİKLE BUNU DÜŞÜNDÜRMÜŞ OLACAKTIR.

HASTA SCID KİŞİLİK ENVANTERİNDE KENDİ TİPİK DUYGU VE DAVRANIŞLARINA UYAN MADDELERİ BELİRTİR. BU DA GÖRÜŞMECİYE, HASTANIN "Hayır" OLARAK İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ ATLAMA OLANAĞI VERİR. (ANCAK GÖRÜŞMECİ, HASTANIN "Hayır" DEDİĞİ ÖZELLİKLERİN ASLINDA VAR OLDUĞU KANISINI EDİNİMİŞ İSE, BU MADDELERİ SORUŞTURMALIDIR.) GÖRÜŞMECİ DAHA SONRA, HASTANIN "Evet" OLARAK İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ AÇIKLIĞA KAVUŞTURMAYA ÇALIŞIR.

KİŞİLİK ENVANTERİNE VERİLEN "Evet" YANITLARI, GÖRÜŞME ÇİZELGESİNDE SAYFANIN SOLUNDA BULUNAN SORU NUMARALARI DAİRE İÇİNE ALINARAK İŞARETLENMELİDİR. BU GÖRÜŞMECİNİN, OLUMLU OLARAK YANITLANMIŞ SORULARDA VE BUNLARLA İLİNTİLİ KONULARDA ODAKLAŞMASINI KOLAYLAŞTIRIR.

GÖRÜŞMECİ, BİR TANI KATEGORİSİ İÇERİSİNDE "Hayır" OLARAK İŞARETLENMİŞ MADDELERİ, AŞAĞIDAKİ DURUMLARDA SORUŞTURMALIDIR: (1) MADDENİN DOĞRU OLDUĞUNA DAİR KLİNİK KANIT VARSA; (2) GERÇEK POZİTİFLER (YANI "3" OLARAK KODLANMIŞ KRİTERLER), TANIYI KOYMAK İÇİN GEREKLİ SAYIDAN 1 EKSİK İSE, ÖRNEĞİN, AVOIDANT KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN ÜÇ MADDE "3" OLARAK KODLANMIŞSA; GERİ KALAN MADDELER OLUMSUZ OLARAK İŞARETLENMİŞ OLSA BİLE ARAŞTIRILMALIDIR.

DİKKAT: TÜM "Evet" YANITLARI, SAYILARI TANI KOYMAK İÇİN GEREKLİ EŞİĞİN ÇOK ALTINDA BİLE OLSA, EŞİKALTI KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİ KAYDEDEBİLMEK İÇİN SORUŞTURULMALIDIR.

HASTANIN SORU FORMUNDA "Evet" DİYE İŞARETLEDİĞİ MADDELERİ AÇIKLIĞA KAVUŞTURABİLMEK İÇİN, ÖNCE GÖRÜŞME ÇİZELGESİNDE MADDEYE UYAN SORUYU SORUN SONRA AŞAĞIDAKİLERE BENZER SORULARLA DEVAM EDİN:

Nasıl yani? (Ne gibi)

Bana en aşırı örneğini verir misiniz?

Çoğu insana göre sizde daha mı fazla?

Bu sizin için sorun oluşturunuyor mu?

Bu değişik durumlarda da oluyor mu?

SORULARI DEĞİL KRİTERLERİ PUANLADIĞINIZI UNUTMAYIN. SIKLIKLA HASTA BİR SORUYU EVET DİYE YANITLAYACAK ANCAK SİZİN KLİNİK YARGINIZ "1" YA DA "2" OLARAK KODLANMASINI GEREKTİRECEKTİR. BİR MADDENİN "3" OLARAK KODLANMASI İÇİN AŞAĞIDAKİLERDEN EN AZ BİRİ GEREKLİDİR :

1. HASTA INANDIRICI BİLGİ YA DA ÖRNEKLER VERMİŞSE,
2. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞLARI MADDENİN DOĞRU OLDUĞUNU AÇIKÇA BELLİ EDİYORSA YA DA,
3. BAŞKA KAYNAKLARDAN MADDENİN DOĞRU OLDUĞU ÖĞRENİLMİŞSE.

İŞİLİK BOZUKLUKLARINA GİRİŞ

İmdi size, kişiliğiniz ve karakter özellikleriniz ile ilgili soru-
r soracağım. Öteden beri nasıl bir insan olduğunuzu,
huyunuzu ve genelde nasıl davrandığınızı anlamak isti-
yorum.

ĞER EPİZODİK YA DA SINIRLI BİR İ.EKSEN BOZUK-
LUĞU VARSA:

İ.EKSEN BOZUKLUĞU) olduğunuz zamanlar olduğunu
iliyorum. Şu anda o dönem (ler) hakkında konuşmuyo-
rum. (İ. EKSEN BOZUKLUĞU) olmadığınız zamanı, yani
İENELDE nasıl olduğunuzu düşünmeye çalışın. Acaba
nlatabildim mi?

İ. EKSEN BOZUKLUĞUNDAN ÖNCE) kendinizi nasıl bir
ısan olarak tanımlarsınız? (Siz nasıl birisiniz? Huyunuz,
arakteriniz nasıldır? İyi ve kötü yanlarınız?)

ĞER YANITLAYAMAZSA, DEVAM EDİN.

İ. EKSEN BOZUKLUĞUNDAN ÖNCE) başkalarına sor-
am sizin nasıl bir kişi olduğunuzu söylerlerdi?

'aşamınızdaki önemli kişiler kimler olmuştur? (Eğer yal-
ızca ailesinden söz ederse: Ya arkadaşlarınız?)

ısanlarla aranız nasıldır? Şimdiye dek onlarla nasıl geçin-
tiniz?

epkileriniz ya da insanlara davranışlarınız onlarla bozuş-
manıza yol açtı mı? (Evde? Okulda? İşte?) (Ne gibi?)

tepimizin zaman zaman başkalarını kızdıran davranışları-
nız olur. Sizce insanlar, sizin en çok hangi tarafınıza kı-
arlar?

boş zamanlarınızda ne yaparsınız?

İşiliğinizi değiştirebilecek olsanız, hangi özelliklerinizin
leğişmesini isterdiniz?

İĞER SORU FORMU DOLDURULMUŞSA:

İimdi formdaki bazı konular üzerinde durmak istiyorum.

İĞER SORU FORMU DOLDURULMAMIŞSA:

İimdi bazı sorular sormak istiyorum.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

AVOIDANT KİŞİLİK
BOZUKLUĞUAVOIDANT KİŞİLİK BOZUKLUĞU
KRİTERLERİ

Erken erişkinlikte başlayan ve çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, toplum içinde huzursuzluk, utanç, kaçılık ve beğenilmeme ya da küçümsenme korkusudur.

Aşağıdakilerden en az 4'ü gerekir:

1. Eleştirilmekten korkar mısınız? İnsanlar sizi eleştirirse ya da davranışlarınızı veya sözlerinizi onaylamazsa incinir misiniz?

Çoğu insan eleştirilmekten hoşlanmaz. Siz başkalarından daha çok mu etkilenirsiniz?

1. Eleştiri ya da onaylanmama karşısında kolayca incinme.
(Ayrıca Bağımlı Kişilik Bozukluğunda da).

? 1 2 3 59

2. Ailenizin dışında, derdinizi açabildiğiniz, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz kaç arkadaşınız var?

Kendinizi en yakın hissettiğiniz kişi kimdir?

2. Birinci derece akrabalarının dışında hiç bir yakın arkadaş ya da sırdışının olmaması (veya yalnızca bir kişinin olması). (Ayrıca Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozukluğunda da.)

? 1 2 3 60

3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça insan içine girmekten kaçınır mısınız? (Örnek verebilir misiniz?)

(Karşınızdakinin sizden hoşlanıp hoşlanmadığını bilmiyorsanız ne yaparsınız?)

(Önce karşınızdakinin mi selam vermesini beklersiniz?)

3. İstendiğine kesinlikle emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmekte isteksizlik.

? 1 2 3 61

4. İnsanlarla yakın ilişkiye girmekten kaçınır mısınız?

(Ne tür durumlardan kaçınırsınız?)

(Hiç, çok sayıda insanla yüz yüze gelmenizi gerektireceği için bir fırsatı reddettiğiniz; örneğin daha iyi bir işi kabul etmediğiniz oldu mu?)

4. İnsanlarla yoğun ilişki gerektiren sosyal ve mesleki aktivitelerden kaçınma. Örneğin, sosyal ilişkileri arttıracak bir terfiyi istememe.

? 1 2 3 62

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

topluluk içinde iken yanlış bir-
şöylemekten ya da cevap ve-
mekten korkar mısınız? Sırf
üzden konuşmadığınız olur
(Örnek verir misiniz?)
anlar sizin sessiz biri olduğ-
ı düşünür mü?)

aşkalarının önünde kızarmak,
mak ya da heyecanlı görün-
ten korkar mısınız? (Açıklar
nız?) (Bu yüzden duygularını-
kolayca anlaşılabilirceği du-
ardan kaçınır mısınız?)

aşkalarına kolay gelen bir çok
siz gözünüzde büyütür mü-
üz?
dir size zor ya da tehlikeli ge-
şler?)
e zor görüldüğü için bazı
erden kaçındığınız oldu mu?)

5. Topluluk içinde uygunsuz ya da
aptalca bir şey söyleyeceği ya da
soruları yanıtlamayacağı korku-
suyla susma.

6. Başkalarının önünde kızaracağı-
dan, ağlayacağından ya da anksiye-
te belirtileri göstereceğinden kork-
ma.

7. Sıradan, ama kendi rutini dışında-
ki işleri yaparken olabilecek zorluk-
ları, fizik tehlikeleri ve riskleri büyüt-
me. Örneğin, çok enerji sarfedip
yorulacağını düşündüğü için sosyal
bir etkinlikten son anda vazgeçme.

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

? 1 2 3 63

? 1 2 3 64

? 1 2 3 65

1 3 66

AVOIDANT
K.B.

**BAĞIMLI KİŞİLİK
BOZUKLUĞU****BAĞIMLI KİŞİLİK BOZUKLUĞU
KRİTERLERİ :**

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen yaygın bir, bağımlı ve boyun eğici davranış kalıbıdır. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

8. *Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?*
(Ne gibi şeyleri danışma ihtiyacı duyarsınız?)
(Dayanabileceğiniz bir kimse olmayınca ne yaparsınız?)

1. Diğer insanlardan öğüt ve güvence almadıkça sıradan kararları vermede zorlanma.

? 1 2 3 67

9. *Sizinle ilgili önemli konularda, kararları başkalarına mı bırakırsınız?*
(Bashkalarına bıraktığınız önemli kararlara örnek verir misiniz?)
(Hayati kararlarınızın çoğunda bu böyle mi oldu?)

2. Kendisi ile ilgi önemli konularda (örneğin, nerede oturacağı, ne iş yapacağı gibi), kararları başkalarına bırakma.

? 1 2 3 68

10. *İnsanların fikirlerine karşı çıkmaktan çekinir misiniz? Genellikle her söyleneni kabul eder misiniz?*
(Aynı fikirde olmasanız da mı?)
(Örnek verebilir misiniz?)
(Bu herkesle ve sık olur mu? Eğer söylediklerine karşı çıkarsanız ne olacağından korkuyorsunuz?)

3. Reddedilme korkusu ile, yanıldıklarına inansa bile insanların fikrine karşı çıkmama.

? 1 2 3 69

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

şi tek başınıza yapmak size mi? örnek verir misiniz?) yalnız başlamak size zor) ırdım edebilecek biri olursa yapabilir misiniz?)	4. Kendi başına bir işe başlamada ya da yapmada zorlanma.	? 1 2 3	70
anlara kendinizi kabul ettir- ı kimsenin yapmak isteme- ri üstlenir misiniz?) verebilir misiniz?) için küçültücü olabilecek apmaya kadar vardı mı?)	5. Diğer insanlara kendini kabul et- tirmek için hoşla gitmeyen ya da küçültücü işleri üstlenme.	? 1 2 3	71
nız kalmak sizi rahatsız e- misiniz?) kalmamak için çaba harcar ?	6. Yalnızken kendini rahatsız ve aciz hissetme ya da yalnızlığı önle- mek için çok çaba harcama.	? 1 2 3	72
yakınıınızdan temelli ayrıldı- ı kendinizi çok kötü hisse- iniz? nısınız? defasında olur mu?)	7. Yakın bir ilişki sonlandığında ken- dini aciz, mahvolmuş hissetme.	? 1 2 3	73
'kedilmekten ya da yalnız 'an çok korkar mısınız? (Bu er zaman var mı?)	8. Genellikle terkedilme korkusu içinde olma.	? 1 2 3	74

i yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

DAHA ÖNCE SORULMAMIŞSA:
(BKZ. AVOIDANT K.B. Soru 1)

*Eleştirilmekten korkar mısınız?
İnsanlar sizi eleştirirse ya da dav-
ranışlarınızı veya sözlerinizi onay-
lamazsa incinir misiniz?*

*Çoğu insan eleştirilmekten hoş-
lanmaz. Siz başkalarından daha mı
çok etkilenirsiniz?*

9. Eleştiri ya da onaylanmama kar-
şısında kolayca incinme.

(Ayrıca Avoidant Kişilik Bozuk-
luğunda da.)

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

? 1 2 3 75

1 3 76

BAĞIMLI
K.B.

21	tekrarla	b
1-2	3-14	15

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

İSİF-KOMPULSİF K BOZUKLUĞU

OBSESİF-KOMPULSİF KİŞİ- LİK BOZUKLUĞU KRİTER- LERİ

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, mükemmeliyetçilik ve esnek olamama paternidir.

Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir.

*ptıklarınızın mükemmel ol-
ister misiniz?*

*zi en iyi şekilde yapmaya ça-
n çok zaman kaybeder mi-*

*denle geç kaldığınız ya da
bitiremediğiniz oldu mu?)
tiz bir insan sayılır mısınız?)*

*eri sıralı ve düzenli yapmaya
verir misiniz?*

*larla uğraşırken asıl amacı
ğiniz olur mu?*

*şkalarının, işleri aynen sizin
iğiniz gibi yapmaları için ısı-
er misiniz? Bana bu konuda
örnek verir misiniz?*

*istediğiniz şekilde değil de
türlü yaptıklarında kızar
?)*

*zden başka kimsenin doğru
ayacağını düşündüğünüz
leri başkalarına bırakmaktan
mısınız?*

1. İş bitirmeyi engelleyen bir mü-
kemmeliyetçilik. Örneğin, kendi katı
standartlarını tutturamadığı için bir
projeyi tamamlayamama.

? 1 2 3 16

2. Ayrıntılar, kurallar, sıra, düzen,
planlama ve organizasyonla fazla
uğraşma sonucu işin ana amacının
kaybolması.

? 1 2 3 17

3. Başkalarının, işleri onun kural ve
yöntemlerine uygun biçimde yap-
masında ısrar etme; ya da doğru
yapmayacaklarını düşündüğü için
işleri başkalarına bırakmak isteme-
me.

? 1 2 3 18

hi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?

Yakınlarınız çok çalışmanızdan ve kendilerine zaman ayırmamanızdan şikayet ederler mi?

(EKONOMİK ZORUNLULUKLARI DIŞLAYIN: Bu kadar çok çalışmanızın nedeni sadece geçiminiz için mi?)

21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?

(Bunun için geç kaldığınız, işleri bitiremediğiniz olur mu? Ya da neresinden başlayacağınıza karar veremediğiniz?)

(DIŞLAMA: Bunun nedeni başkalarına danışmadan ya da güvence almadan karar verememeniz midir?)

22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizden endişelenir misiniz? Hangi konularda endişelenirsiniz?

(Küçük yanlışlarınız için çok üzülür müsünüz?)

(Kendinizi diğer insanlara göre daha dürüst bulur musunuz?)

23. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızar mısınız?

Kimlere sinirlenirsiniz?

(Kurallara uymadıkları için insanlara sık sık çıkışır mısınız?)

4. Çalışma ve üretkenliğe, eğlenceyi ve arkadaşlık ilişkilerini tamamen dışlayacak kadar düşkün olma.

(Belirgin ekonomik zorunluluk nedeniyle aşırı çalışmayı saymayın.)

5. Kararsızlık, karar vermekten kaçınma ya da erteleme. Örneğin, işlerin hangi sıra ile yapılacağına karar veremediği için görevleri zamanında bitirememe.

(EĞER KARARSIZLIK DANIŞMA YA DA GÜVENCE GEREKSİNİMİNE BAĞLIYSA SAYMAYIN.)

6. Ahlak kuralları, etik ve değerler konusunda aşırı katılık, vicdanlılık ve dürüstlük.

(Kültürel ve dini özellikleri saymayın.)

? 1 2 3 19

? 1 2 3 20

? 1 2 3 21

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

anlara yakınlık göstermekte çeker mısınız? çıklar mısınız? ları sizi soğuk bulur mu?) ara sevgi göstermek, sarıl- ıcaklamak sizi rahatsız eder	7. Duyguların anlatımında kısıtlılık.	? 1 2 3	22
anlara ikramda bulunmak ya eyler ısmarlamaktan hoşla- nınız? ara birşey vermek size zor i? ları sizi cömert mi yoksa eli ı bulur? Başkalarına zaman ık, hatırlı yapmaktan hoşlanır z? Yoksa zamanınız çok mu idir?	8. Kişisel çıkarı olmadığı sürece in- sanlara zaman ayırmama, para ya da hediye vermeme. Cimrilik.	? 1 2 3	23
ullanmadığınız, eski eşyaları mısınız? şeyleri atmakta zorlanır r? şyaların manevi değeri var yoksa aslında pek değerleri udur?)	9. Manevi değerleri olmasa bile, eski ve değersiz şeyleri atamama.	? 1 2 3	24
EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.	1 3	25	

OBSESİF-
KOMPULSİF
K.B.

OBSESİF-
KOMPULSİF
K.B.

gi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

PASİF AGRESİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU

PASİF AGRESİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Yeterli sosyal ve mesleki performans istemlerine karşı yaygın bir dirençtir. Bu davranış paterni, erken erişkinlikte başlar ve çok çeşitli durumlarda kendini belli eder.

27. İşlerinizi son ana kadar erteler misiniz?

Nasıl? Örnek verir misiniz?

(Bu nedenle işinizi zamanında bitiremediğiniz olur mu?)

1. Ağırdan alma, yapılması gereken işleri sürüncemede bırakma ve zamanında bitirmeme.

? 1 2 3 26

28. İstemediğiniz, sevmeyiğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da küser misiniz?

(Örnek verir misiniz?)

(Söylediğiniz sözler ya da surat astığınız için insanlar sizden bir şey istediklerine pişman olurlar mı?)

2. İstemediği bir işi yapması talep edildiğinde aksilenme, surat asma ya da tartışmaya girme.

? 1 2 3 27

29. Aslında yapmak istemediğiniz ama yapmanız gereken işleri bileerek ağırdan alır mısınız? Ya da ertelemek için bahane arar mısınız?

(Kasten kötü yapar mısınız?)

(Bir kaç örnek verir misiniz?)

3. Yapmak istemediği işleri bilerek ağır, yavaş ya da kötü yapma.

? 1 2 3 28

30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?

(Örneğin fazla iş yüklerler mi? Sizi sömürürler mi?)

4. Karşı koyuculuk; başkalarının kendisinden haksız isteklerde bulunduğu şeklinde gerçek dışı idialarda bulunma.

? 1 2 3 29

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

da yapmak istemediğiniz ay unuttur musunuz? erebilir misiniz?)	5. Unuttuğunu iddia ederek sorumluluklarını yerine getirmeme.	? 1 2 3	30
evlerinizi ve size düşen lukları iyi yaptığınıza inanır	6. Başkalarının düşündüğünün aksine çok iyi iş yaptığını inanma.	? 1 2 3	31
rı bu konuda ne düşünü- dğinizi veriyorlar mı? İÖİD DÜŞÜNCE DIŞLAN- ısanlar kasten ve bilerek nızı vermiyor?)			
ıacağınız iş konusunda rının size akıl öğretmesine ınız?	7. Daha üretken olması için yapılan yararlı önerilere kızma.	? 1 2 3	32
anlar, üzerinize düşeni arak onları engellediğiniz- nırlar mı? Bu konuda belirli bir örnek misiniz?)	8. Üzerine düşen görevi yapmayarak diğer insanların çabalarını engelleme.	? 1 2 3	33
lerinizin genellikle sizden tersiz ve beceriksiz oldu- işünür müsünüz? Örnek iniz? konumundaki kişiler, iniz, büyükleriniz- hakkın- düşünürsünüz?)	9. Otorite konumundaki kişileri haksız biçimde küçük görme ve eleştirme.	? 1 2 3	34
EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.		1 3	35

PASİF
AGRESİF
K.B.

yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

SELF-DEFEATING KİŞİLİK BOZUKLUĞU**SELF-DEFEATING KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:**

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda ortaya çıkan, yaygın bir, "self defeating" davranış kalıbıdır. Kişi sıklıkla haz verici yaşıntılardan kaçınır ya da bunları azaltır. Acı çekeceği durum veya ilişkilere sürüklenir. Diğer insanların yardım etmesini engeller.

Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

DİKKAT: "2" YA DA "3" OLARAK PUANLAYABİLMEK İÇİN, DAVRANIŞIN a) YALNIZCA DEPRESE İKEN; b) FİZİK, CİNSEL YA DA PSİKOLOJİK İSTİSMARDAN KURTULMAK İÇİN YA DA BUNLARA TEPKİ OLARAK GELİŞMEDİĞİNE İLİŞKİN ÖRNEKLER GEREKLİDİR.

36. Arkadaş ya da sevgilileriniz size genellikle kötü mü davranırlar? Sizden faydalanırlar mı? (Bunu biraz anlatır mısınız?) (İlişkilerinizin çoğu böyle midir?)

1. Daha iyi seçenekler varken bile, kendisini düş kırıklığına ya da başarısızlığa uğratan durum ve ilişkileri davet etme, ya da kendisine kötü davranan insanları seçme.

? 1 2 3 36

37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz? (Örnek verir misiniz?)

2. Başkalarının yardım girişimlerini reddetme ya da etkisiz kılma.

? 1 2 3 37

38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz? (Örnek verir misiniz?)

39. Başkaları size genellikle, ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif eder? Böylece sonunda başkalarının yardım girişimleri boşa mı çıkıyor? Bana bir kaç örnek verir misiniz?

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

başarılı olduğunuzda bunu mediğinizi düşünerek suçlu- yarmısınız? İzden başarınızı baltalamak nisiniz? k verir misiniz?)	3. Olumlu kişisel olaylara (örneğin yeni bir başarı), depresyon ya da suçlulukla tepki verme ya da acı ve- ren davranışlara yol açma (kaza yap- ma gibi)	? 1 2 3	38
öylediğiniz ya da yaptığınız ayın insanları kızdırdığı olur Bu sizi şaşırtır mı? Bu konuyu açıklar mısınız? kızdıklarında kendinizi nasıl dersiniz?)	4. Diğer insanları tahrik ederek kız- dırma, onları kendisini incitme ve aşağılamaya zorlama. (Örneğin, eşi ile herkesin içinde alay ederek onun kendisine kötü davranmasına neden olur ve sonuçta kendini çok kötü hisseder.)	? 1 2 3	39
ğlenmeye pek fırsat bulama- ız ya da eğlence fırsatlarını tığınız olur mu? Biraz anlatır ız? (Bu sık sık olur mu?)	5. Haz verecek fırsatları tepme, kendisine sunulan eğlenme, neşe- lenme olanaklarını reddetme ya da neşeli ortamda iken bile eğlendiğini kabul etmeme (yeterli sosyal bece- risi ve eğlenme olanakları olmasına karşın).	? 1 2 3	40
ğlenceli ortamda bile kendi- neşeli hissetmediğiniz olur Eğlenmeye çalışmanıza rağ- eğlenemediğiniz? Örnek ve- iniz? dukça sık olur mu?)			
ışarılı bir insan sayılır mısınız? ılı olmak ya da istediğinizi el- nek için yapmanız gereken- par mısınız? erçekten önemli işlerde bile ıu?)	6. Yeteneği olmasına karşın kendisi için önemli işleri başarmada zorlan- ma. (Örneğin, bir öğrenci arkadaşla- rının ev ödevlerine yardım eder ama kendisinininkini yapamaz.)	? 1 2 3	41
aşkalarının işine yardım etti- halde kendi işinizi ihmal etti- ılır mu? idenle zararlı çıkar mısınız? k verir misiniz?)			

İgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise ilginç bulduğunuz olur mu? Buna bir kaç örnek verir misiniz? (Sizinle ilgilenen erkekleri/kadınları çekici bulur musunuz?)

47. Kendinizden çok başkalarının yararına olacak şeyler yapar mısınız?

48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız? Onlar bundan yakınır mı? Bir kaç örnek verir misiniz? (Kendinizi başkaları için adeta feda eder misiniz?)

7. Kendisine iyi davranan insanlardan sıkılma ya da onlarla ilgilenmeme. (Örneğin, ilgili davranan cinsel eşlerden kaçınma.)

8. Aşırı bir kendini feda etme davranışı. Bu davranış, uğruna yapılan kişi tarafından bile istenmeyecek ve reddedilecek denli aşırıdır.

? 1 2 3 42

? 1 2 3 43

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3 44

SELF
DEFEATING
K.B.

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

NÖRÖ KİŞİLİK KLUĞU

PARANÖR KİŞİLİK BOZUK- LUĞU KRİTERLERİ:

Yaygın bir kuşkuçuluk ve başka insanların davranışını, küçümseyici, kasıtlı ve tehditkar olarak yorumlama eğilimidir. Bu davranış paterni, erken erişkinlikte başlar ve çok çeşitli durumlarda ortaya çıkar. Aşağıdaki-lerden en az 4'ü gerekir:

*er dikkat etmezseniz, in-
n sizi kullanacağını ya da za-
eceğini düşünür müsünüz?
için sürekli tetikte durur
uz? Geçmişte insanların si-
l kullandıklarına bir kaç ör-
rir misiniz? (Yeni durumlar-
pancı ortamlarda hep tedir-
tetikte mi olursunuz?)*

1. Gerçek bir temeli olmamasına karşın, başkalarının kendisini kullanacağı ya da kötülük edeceği beklentisi içinde olma.

? 1 2 3 45

*adaşlarınızın sadakat ve
lirliğinden zaman zaman
a düşer misiniz? Böyle his-
sız durumlara örnek verir
? (Çok sık böyle hisseder
?)*

2. Haklı bir nedeni olmadan arkadaş ya da yakınlarının sadakat ve güvenliliğini sorgulama.

? 1 2 3 46

*anların söylediği ya da yap-
lerdeki gizli ima ve tehlike-
er misiniz?*

3. Masum olay ve sözlerden aşağılayıcı ve tehditkar anlamlar çıkararak kızma. Örneğin, komşusunun kendisini kızdırmak için çöpü daha önce koyduğunu düşünme.

? 1 2 3 47

*kızdıran ya da kötülük e-
anları kolay affeder mis-
örnek verir misiniz?) (Kin
bir insan sayılır mısınız?)*

4. Uğradığı hakaret ve zararları bağışlamama ya da kin gütmeye.

? 1 2 3 48

yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?

54. İnsanların sizinle gizli gizli alay ettiği olur mu? Kasten görmezlikten gelmelerine kızar mısınız? (Nasıl?) Alingan bir insan sayılır mısınız?

55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız? (Nasıl?) (Kıskançlık yüzünden tartışma çıkarır mısınız?)

56. Eşinizin (sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu? Bu konuyu açıklar mısınız? (Nasıl? Delil var mıydı?) (Bu konuda ne yaptınız?) (Haklı mıydınız?)

5. Kendisine karşı kullanılır kuşkusıyla başkalarına açılmak isteme.

6. Küçümsendiğine kolayca inandığı için çabuk öfkelenme ve tepki gösterme.

7. Eş ya da sevgilisinin sadakatin-den haksız yere kuşkulama.

? 1 2 3 49

? 1 2 3 50

? 1 2 3 51

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3 52

PARANOID
K.B.

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

İPAL KİŞİLİK İKLÜĞÜ

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUK- LUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, insanlar arası ilişkilerde bozukluk ile, düşünce, davranış ve görünümde gariplik paternidir.

Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

*ndi aralarında konuşan in-
gördüğünüzde, acaba be-
akkımda mı konuşuyorlar
ışındığınız olur mu? (Bu
biraz açıklar mısınız?)*

1. Referans fikirleri. (Referans delir-
lerini saymayın.)

? 1 2 3 53

*zı olay ya da durumların
e sizinle ilgili olduğu duy-
a hiç kapıldınız mı? (Hiç
ir anlam çıkardınız mı?)*

*toplantıda tanımadığınız
işinin olması sizi rahatsız e-
? Birçok kişi bundan ra-
labilir, siz daha mı fazla ra-
lursunuz?*

2. Aşırı sosyal anksiyete, yani, tanı-
madığı kişilerle birlikte iken huzur-
suz olma.

? 1 2 3 54

*, olağan dışı olaylara tanık
ız mu? (Biraz anlatır
?)*

3. Subkültürel normlara uygunluk
göstermeyen ve davranışı etkile-
yen majik düşünceler ya da garip i-
nançlar. Örneğin, batıl inançlar,
gaipen haber alma, telepati, altıncı
his, duygularının başkaları tarafın-
dan anlaşılması. (Çocuk ve ergen-
lerde bizar fantazi ve uğraşlar.)

? 1 2 3 55

*vüye, altıncı hisse ya da
inanır mısınız? (Uçan daire-
lepatiye?) (Nasıl?)*

i yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu? Birkaç örnek verir misiniz?

63. Kimseyi göremeseniz bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu? Bunları biraz açıkla mısınız? (Buna benzer başka yaşantılarınız oldu mu?)

64. Hiç bir insanın yüzünün, ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü? Bu konuyu biraz anlatır mısınız? (Başka tuhaf şeyler oldu mu?)

GÖRÜŞME SIRASINDA
GÖZLENEN

DAHA ÖNCE SORULMADIYSA:
(BKZ. AVOIDANT K.B. SORU 2)
Allenizin dışında, derdinizi açabildiğiniz, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz kaç arkadaşınız var? Kendinizi en yakın hissettiğiniz kişi kimdir?

GÖRÜŞME SIRASINDA
GÖZLENEN

GÖRÜŞME SIRASINDA
GÖZLENEN

4. Alışılmadık algısal yaşantılar. Örneğin, illüzyonlar, gerçek olmayan güç ya da insanların varlığını hissetme. Örneğin, "ölmüş annemin o anda odada olduğunu hissettim" gibi.

5. Garip, egzantrik davranış ya da görünüm. Örneğin, kendi kendine konuşma, garip manyerizm, hijyen ve giyimde uygunsuzluk.

6. Birinci derece akrabalarının dışında hiç bir yakın arkadaş ya da sırdaşının olmaması (veya yalnızca bir kişinin olması). (Ayrıca Şizoid ve Avoidant Kişilik Bozukluğunda da.)

7. Garip konuşma (enkoherans ya da çağrışım çözüklüğü değil). Örneğin, belirsiz, konudan uzaklaşan, anlamca yoksul ya da uygunsuz düzeyde soyut konuşma.

8. Uygunsuz ya da kısıtlı affekt. Örneğin, soğuk, uzak ya da şaşkındır. Konuşma sırasında, gülümseme ve baş sallama gibi davranış ve mimiklere karşılık vermez.

? 1 2 3 56

? 1 2 3 57

? 1 2 3 58

? 1 2 3 59

? 1 2 3 60

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

PARANOID K.B. NUN İLK BEŞ
TERİNDEN HERHANGİ BİRİ

9. Kuşkuculuk ya da paranoid dü-
şünce.

? 1 2 3 | 61

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

1 3 | 62

ŞİZOTİPAL
K.B.



Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

ŞİZOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU

ŞİZOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, sosyal ilişkilere ilgisizlik ile emosyonel yaşantı ve ifadelerde kısıtlılıktır. Aşağıdakilerden en az 4'ü gerekir:

65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz? Biraz açıkklar mısınız?

1. Aile ile birlikte olmak dahil yakın ilişkilerden zevk almama ve istememe.

? 1 2 3 63

66. İşlerinizi yalnız yapmayı, başkaları ile birlikte çalışmaya tercih eder misiniz? (Bu her zaman böyle midir? (İnsanlarla birlikte yapmaktan hoşlandığınız şeyler var mı?)

2. Her zaman tek başına yapılan uğraşları yeğleme.

? 1 2 3 64

67. Duygularınızı gösterir misiniz? Çabuk parlar ya da kolay neşelenir misiniz? Bu her zaman böyle mi olmuştur? (Soğuk bir insan sayılır mısınız?)

3. Öfke ve neşe gibi güçlü duyguları çok ender gösterme ya da söyleme.

? 1 2 3 65

68. Hiç kimse ile cinsel ilişkide bulunmamaya razı olur muydunuz? Her zaman böyle mi hissettiniz?

4. Başka bir kişi ile cinsel ilişkiye girmeye isteksizlik.
(Yaş göz önüne alınmalıdır.)

? 1 2 3 66

69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) ne kadar önem verirsiniz? (İnsanların sizi övmesi hoşunuza gider mi?)
(AYRICA BKZ. AVOIDANT K.B. SORU 1).

5. Başkalarının övgü ve eleştirilerine karşı kayıtsızlık.
(Yanıt, Narsisistik ve Avoidant K.B. ile de ilgilidir.)

? 1 2 3 67

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

6. A ÖNCE SORULMADIYSA:
7. AVOIDANT K.B. SORU 2)
nizin dışında, derdinizi açabil-
niz, kendinizi gerçekten yakın
ettiğiniz kaç arkadaşınız var?
dinizi en yakın hissettiğiniz kişi
dir?

8. RÜŞME SIRASINDA
9. LENEN

6. Birinci derece akrabalarının dışın-
da hiç bir yakın arkadaş ya da sırda-
şının olmaması veya yalnızca bir kişi-
nin olması. (Ayrıca Avoidant ve Şi-
zotipal Kişilik Bozukluğunda da.)

7. Affektif küntlük. Örneğin, soğuk
ya da uzaktır; konuşma sırasında,
gülümseme ve baş sallama gibi
davranış ve mimiklere karşılık ver-
mez.

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

? 1 2 3 68

? 1 2 3 69

1 3 70

ŞİZOID
K.B.

22 tekrarlar b
1-2 3-14 15

Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

HİSTRİYONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

HİSTRİYONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, aşırı duygusallık ve dikkat çekme uğraşısıdır. Aşağıdakilerden en az 4'ü gerekir:

70. İnsanların sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması hoşunuza gider mi? Ne kadar? Bana bir kaç örnek verir misiniz? (Bazı şeyleri sadece övgü almak ya da beğeni toplamak için yapar mısınız?)

1. Sürekli övgü, onay ve güvence arama.

? 1 2 3 16

71. Erkeklerle (kızlarla) birlikte olmaktan, konuşmaktan hoşlanır mısınız? İnsanlar bundan yakınır mı? (GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞI DA GÖZ ÖNÜNE ALIN.)

2. Cinsel yönden uygunsuz bir baştan çıkarıcı davranış ya da görünüm.

? 1 2 3 17

72. Güzel görünmek sizin için önemli midir? Ne kadar? Başkalarına kıyasla, dış görünüşünüz için daha fazla zaman harcar mısınız?

3. Fiziksel çekiciliğine aşırı önem verme.

? 1 2 3 18

73. Duygularınız çok güçlü müdür? Duygularınızı herkesin içinde gösterir misiniz? Örneğin azıcık duygulanınca hemen ağlar mısınız? Fazla samimi olmadığınız biri ile karşılaştığınızda sarılır mısınız? Kızınca çok bağırıp çağırır mısınız?

4. Duygularını uygunsuz düzeyde abartarak gösterme. Örneğin, samimi olmadığı kişilere hararetle sarılma, ufak duygusal olaylarda kontrol edilemeyen ağlamalar, uygunsuz "sinir krizleri".

? 1 2 3 19

74. İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi? Kimse sizi fark etmezse nasıl hissedersiniz? (Özellikle bir toplulukta nasıl hissedersiniz?)

5. Dikkat odağı olmadığı durumlarda huzursuz olma.

? 1 2 3 20

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

Haylar ya da insanlar karşısındayken heyecanlanıp, çabuk yatırırsınız? Bu konuda bir kaç örnek verir misiniz?

Duygularınız kolay değişir mi? Eğlin, ağlarken gülmeğe başlarsınız olur mu?)

Kendi ihtiyaçlarınıza öncelik verirsiniz? Başkalarının istekleri karşısındaki önüne geçerse nasıl davranırsınız? (Örnek verebilir misiniz?)

Yalnız insanlar size, sadece kendileriyle ilgilendiğinizi söylediler mi? (Zaman?)

Birşey istediğinizde bunun gerçekleşmesi için ısrar eder misiniz? Beklemeye tahammülünüz nedir? (Örnek verir misiniz?)

İŞİME SİRASINDA
KALAN

6. Duygusal tepkilerin hızla değişmesi ya da duygusal yüzeysellik.

? 1 2 3 21

7. Ben-merkezci olma, davranışlarının anında doyum sağlamaya yönelik olması, doyumun ertelenmesine dayanma gücünün olmaması.

? 1 2 3 22

8. Aşırı izlenimci ve ayrıntıdan yoksun konuşma. Örneğin, annesini tanımlaması istendiğinde "harikula-de bir insandı" dışında ayrıntılı tanımlayamama.

? 1 2 3 23

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

1 3 24

HİSTRİYONİK
K.B.

Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, yaygın bir, grandiyözite (fantazide ya da davranışta), empati yokluğu ve başkalarının kendisi hakkındaki düşüncelerine aşırı duyarlılıktır.

Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

80. Eleştirildiğinizde kendinizi nasıl hissedersiniz? Çok bozulur musunuz? (Kızma? Utanma?) Gururunuz kırılır mı? (Bu saatlerce ya da günlerce sürer mi?) (Örnek verirsiniz?)

1. Eleştiriye öfke ya da aşırı gurur incinmesi ile tepki gösterme (dışa vurmasa bile).

? 1 2 3 25

81. İnsanlardan, isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? İstekleriniz için başkalarını kullandığınız olur mu? (Nasıl?) (Bu sık olur mu?)

2. Kişilerarası ilişkilerde istismarcılık: Kendi kişisel çıkarları için başkalarını kullanma.

? 1 2 3 26

82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz? (Açıklar mısınız?)

83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mıdır? (Biraz açıkla mısınız?).

3. Kendini çok önemli bir insan gibi görme; grandiyözite. Örneğin, başarılarını ve yeteneklerini abartır, herhangi bir özelliği olmadığı halde başkalarının kendisini özel biri olarak görmesini bekler.

? 1 2 3 27

(Zaman zaman özel bir kişi olduğunuzu düşünür müsünüz?)

84. Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü? Buna ilişkin örnekler verirsiniz?

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

<i>Sorunlarınızın çok özel oldu- u bu nedenle de çok az kişi findan anlaşılabilirliğini düşü- müsünüz?</i>	4. Sorunlarının biricik, sadece ken- dine özgü olduğuna ve yalnızca başka özel insanlar tarafından an- laşılabilirliğine inanma.	? 1 2 3	28
<i>Çok başarılı, güçlü, ünlü, çe- ya da sevilen bir kişi olduğu- u hayal eder misiniz? (Biraz atır mısınız?) (Bu gibi hayallerle zaman geçirir misiniz?)</i>	5. Sınırsız başarı, güç, şöhret, gü- zellik ve ideal aşk konularında yo- ğun hayal kurma.	? 1 2 3	29
<i>Bazı kuralların ya da yasakların uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz? (Örnek verir iniz?) (Özel muamele hak et- tiğinize inanır mısınız?)</i>	6. Herşeye hakkı olduğunu sanma; mantıksız bir özel muamele görme beklentisi. Örneğin, başkaları kuy- rukta beklerken kendisinin öyle bir zorunluluğu olmadığını düşünme.	? 1 2 3	30
<i>İnsanların size dikkat etmesi- ya da hayran olmasına önem verir misiniz? Biraz anlatır mısınız?</i>	7. Sürekli ilgi ve hayranlık görme gereksinimi. Örneğin, iltifat peşin- de koşma.	? 1 2 3	31
<i>İnsanlar sizin, onların duygu- nı anlayamadığınızdan ya da arına katılamadığınızdan şika- ederler mi? Bana bir kaç örnek verir misiniz?</i>	8. Empati yokluğu, başkalarının so- runlarını anlayamama. Örneğin, bir arkadaşı ciddi hastalık nedeniyle randevuyu iptal edince kızma ve şa- şıрма.	? 1 2 3	32
<i>İnsanları kıskanır mısınız? İn- ların nesini kıskanırsınız? (Bu gular sizi çok üzer mi?) (Siz- daha başarılı insanları kıskanır mısınız?)</i>	9. Yoğun kıskançlık duyguları.	? 1 2 3	33

Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

1

3

34

NARSİSİSTİK
K.B.



? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, mizaç, insan ilişkileri ve benlik imajında yaygın bir kararsızlık ve değişkenlik halidir. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

İnsanlara karşı olan duyguları-
a sık değişimler olur mu?
İleri çok sevdiğiniz bir kişiden
sonra nefret ettiğiniz oldu
(Örnek verebilir misiniz?)
İn önemli ilişkilerinizde böyle
nu?)

1. Değişken, kararsız ve yoğun ki-
şiler arası ilişkiler. Bu davranış, kar-
şısındaki yüceltme ve aşağılama
arasında gidip gelmelerle karakte-
rizedir.

? 1 2 3 35

nızı derde sokabilecek işler
günüz oldu mu? Örneğin ...

2. Kendisine zarar verebilecek ey-
lemlerin en az ikisinde impulsif dav-
ranış. Örneğin müsriflik, seks, ku-
mar, uyuşturucu kullanma, mağaza
hırsızlığı, aşırı yemek yeme, tehlikeli
biçimde araba kullanma. (5. kriterde
puanlanan intihar ya da kendini ya-
ralama davranışını saymayın.)

? 1 2 3 36

İkınıza estiği gibi para harca-
ız oldu mu? (Taksitleri ödeye-
ğiniz?)

'eni tanıdığınız birisiyle yatağa
şınız oldu mu?

Fazlaca içki içtiğiniz ya da
turucu kullandığınız?

Tehlikeli araba kullandığınız?

Aşırı yemek yediğiniz oldu

Marketlerden ufak tefek bir-
ar aşırıdığınız oldu mu?

İleri biraz anlatır mısınız? (Kaç
?) (Bunlar gerçekten sizin için
n oldu mu?)

Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

98. Moraliniz sık bozulur mu? Sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu? (Anlatır mısınız?) (Böyle bir durum ne kadar sürer?)

99. Kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu? Açıklar mısınız? (Bu sık sık olur mu?)

100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız? (Nasıl?) (Bu sık sık olur mu?)

101. Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya çalıştınız mı? Böyle bir şeye niyetlendiniz mi? Açıklar mısınız? (Bunu başkalarına belli ettiniz mi?)

Hiç kendinize jilet attınız mı? Ya da buna benzer şeyler yaptınız mı?

102. Bilerek bir kazaya sebep oldunuz mu? (Yaralandınız mı?)

3. Affektif instabilite: Genellikle bir kaç saat, nadiren bir kaç günden fazla süren, normal mizaçtan depresyon, iritabilite ya da anksiyeteye sapmalar.

4. Yersiz ve yoğun öfke ya da öfkenin denetlenememesi. Örneğin, sürekli öfke hali, tekrarlayan fizik kavgalar ya da tekrarlayıcı öfke nöbetleri.

5. Yineleyici suisid tehditleri ya da girişimleri; ya da kendini yaralama.

? 1 2 3 37

? 1 2 3 38

? 1 2 3 39

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

Değişik yerlerde ya da değişiklerle beraberken kendinizi biri gibi hissettiğiniz, bu ne zaman zaman kim olduğubilemediğiniz oldu mu? Buılara örnek verebilir misiniz? zaman böyle mi hissedersiniz?

İsteyeceğiniz ya da iş planlarınusunda karar veremediğinizda ne istediğinizi bilemedi oldu mu? (Açıklar mısınız?)

İle gibi insanlarla arkadaşlık (ya da çıkmak) istediğinizi eddiğiniz oldu mu? (Kimlerle k etmek istediğinize karar eddiğiniz?) (Eşcinsel olup olununuzu düşündüğünüz oldu

Değer yargılarınız ya da i arınız konusunda kuşkuya şünüz oldu mu? Biraz açıkınız?

ık sık boşluk hissi ya da can sı duyar mısınız? Açıklar :?

Önem verdiğiniz birinin sizi teceğinden korkar mısınız? dar?) Böyle bir şey hiç başı eldi mi? (Sizi bırakmaması ler yaptınız?)

6. Aşağıdakilerden en az ikisinde kararsızlıkla kendini gösteren, belirgin ve kalıcı bir kimlik bozukluğu:
- benlik imajı,
- cinsel kimlik,
- uzun vadeli amaçlar ya da meslek seçimi,
- arkadaş seçimi,
- değer yargıları.

? 1 2 3 40

7. Kronik boşluk ya da can sıkıntısı duygusu.

? 1 2 3 41

8. Gerçek ya da hayali terk edilmeyi önlemek için çılgınca çaba harcama. (5. kriterde ele alınan intihar ya da kendini yaralama davranışını saymayın.)

? 1 2 3 42

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3 43

BORDERLINE
K.B.

gi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

	A. Şu anda en az 18 yaşındadır.	?	1	2	3	44
	B. 15 yaşından önce başlayan ve aşağıdakilerden en az 3'ünün öyküde varlığı ile belirlenen Conduct Bozukluğu:					
09. Çocukken okuldan kaçarmıydınız? (Kaç kez kaçtınız?) (Kaç yaşındaydınız?)	1. Okuldan kaçma.	?	1	2	3	45
10. Çocukken hiç evden kaçtınız mı? (Anlatır mısınız?) (Geceyi dışarıda geçirmiş miydiniz? Kaç kez oldu?) (Kaç yaşındaydınız?) (O zaman kiminle yaşıyordunuz?)	2. Ailesi veya velisiyle birlikte oturduğu evden en az iki kez tüm gece evden kaçma. (Veya bir kez geri dönmemek üzere kaçma.)	?	1	2	3	46
11. Çocukken kavga eder miydiniz? Anlatır mısınız? (Siz mi başlardınız?) (Sık sık kavga eder miydiniz?) (Kaç yaşındaydınız?)	3. Sık sık fizik kavgalar başlatma.	?	1	2	3	47
12. 15 yaşından önce, kavgada silah kullanır mıydınız? (Ne tip bir silah? Sık sık mı?)	4. Birden fazla kavgada silah kullanma.	?	1	2	3	48
13. Başka çocukları sıkıştırıp elleriniydiniz? Hiç bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı? (Nasıl?) 15 yaşından önce?)	5. Başkalarını cinsel ilişkiye zorlama.	?	1	2	3	49
14. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz? (Anlatır mısınız?) Yaptığınız en kötü şey neydi? Kaç yaşındaydınız?)	6. Hayvanlara eziyet etme.	?	1	2	3	50

= Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

5. Başka çocukları döver miydi? Anlatır mısınız? (Kaç yaşındınız?) (Yalnız kavga sırasında?) (Ya da başka türlü eziyet eder misiniz?) (Yaptığınız en kötü şey miydi?)	7. İnsanlara eziyet etme.	? 1 2 3	51
6. Hiç size ait olmayan şeylere zarar verdiğiniz oldu mu? (Ya da yaptınız?) (Kaç yaşındaydınız?)	8. Başkalarının malına tasarl原因 olarak zarar verme.	? 1 2 3	52
7. Hiç yangın çıkardınız mı? (Anlatır mısınız?) (Kaç yaşındaydınız?)	9. Tasarlayarak yangın çıkarma.	? 1 2 3	53
8. Çocukken yalan söyler miydiniz? (Sık sık mı?) (Niçin? Kaç yaşındaydınız?)	10. Sürekli yalan söyleme. (Fizik ya da cinsel istismarı engellemek için söylenen yalanları saymayın.)	? 1 2 3	54
9. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı? (Neler çaldınız?)	11. Mağdurla yüz yüze gelmeksizin bir kereden fazla çalma. (Sahte imza atma dahil.)	? 1 2 3	55
10. Yankesicilik yaptınız mı? Ya adam soydunuz mu? (Açıklar mısınız?) (Kaç yaşındaydınız?)	12. Mağdurun gözü önünde çalma. Örneğin, gasp, zorbalık, yankesicilik, çanta çalma gibi.	? 1 2 3	56
11. EN AZ 3 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞDIR.		1 3	57

HER ÜÇTEN AZ MADDE "3" OLARAK KODLANMIŞSA GÖRÜŞMEYİ SONLANDIRIN. ÜÇ YA DA DAHA ÇOK MADDE "3" OLARAK KODLANDIYSA DEVAM EDİN.

SCID-II BİTTİ
GİT
PUANLAMA
FORMU

= Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

DİKKAT: BUNDAN SONRAKİ SORULAR KİŞİLİK ENVANTERİNDE YOKTUR.

Bundan sonra soracağım sorular 15 yaşından sonraki durumunuz ile ilgilidir.

C. 15 yaşından sonra, aşağıdakilerden en az 4'üyle belirlenmiş, sorumsuz ve antisosyal davranış paterni:

1. Çalışma yaşamında, bir işi tutarlı biçimde sürdürememe. Aşağıdakilerden en az biri ile belirlidir: (Eğer kişi öğrenciyse okul ortamında benzer davranış.)

Son beş yılın ne kadarını işsiz geçirdiniz?
EĞER 6 AYDAN FAZLAYSA:
Neden?

a) Çalışması gerektiği ve uygun iş olduğu halde, 5 yıl içinde toplam 6 ay veya daha fazla süren işsizlik.

Çalıştığınızda, sık sık işe gitmediğiniz olur muydu?
EĞER EVET İSE: *Neden?*

b) Kendisinde ya da ailesinde bir hastalık olmadığı halde tekrar tekrar işe gelmeme.

Yeni bir iş bulmadan, çalışmakta olduğunuz işi bıraktığınız oldu mu?
EĞER EVET İSE: *Kaç kez?*

c) Yeni bir iş için gerçekçi bir planı olmadığı halde, birçok kez işi bırakma.

Sabikanız var mı? Hiç karakola düştünüz mü? (Niçin?) Tutuklanmanıza neden olabilecek bir iş yaptınız mı? Uyuşturucu ya da kadın satıcıları ile bir ilginiz oldu mu? Yaptığınız işte kanuna aykırı (düzgün olmayan) bir taraf var mıydı?

2. Sosyal ve yasal normlara uymama. Bu, tutuklanmış olsun ya da olmasın, açıkça suç niteliğinde olan davranışların tekrarı ile belirlidir.

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

58

59

ışından bu yana, hiç kavgaya tınız mı? (Ne kadar sık?)	3. Eş ve çocuk dövme dahil, yinele- nen kavga ve saldırılarla belirli irita- bilité ve agresivite. (İş gereği ya da kendini korumak için yapılanları say- mayın.)	? 1 2 3	60
ızı (PARTNER EŞDEĞERİ) r misiniz? (Sık sık mı?)			
ıklarınızı döver misiniz? (Ya da asının çocuklarını?) (Çok mu? bir taraflarının kırıldığı ya da düşü oldu mu?)			
ılarınızı ödemediğiniz oldu (Ne kadar sık?)	4. Parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme. Bu, borçlarını hemen hiçbir zaman ödememe, çocuklarını geçindirmeme ya da kendine ba- ğımlı diğer kişilerin masraflarını karşı- lamama ile belirlidir.	? 1 2 3	61
izi geçindirebiliyor musu- ? Sizin elinize bakan başka e var mı? İhtiyaçları karşılanı- nu?			
eye gideceğinizi ya da nerede cağınızı bilmeden gelişigüzel ihhat ettiğiniz oldu mu? (Tatil- ışında).	5. Davranışlarını önceden planlaya- mama ya da dürtüsel davranışlar. Aşağıdakilerden en az biriyle belirlir- dir.	? 1 2 3	62
	a) Gezinin süresi, amacı, ya da ne zaman biteceği konusun- da açık bir fikri olmaksızın, ya da önceden ayarlanmamış bi- çimde bir yerden bir yere do- laşma.		
uzun süre sabit bir yerde kal- lığınız oldu mu? Yani sabit bir ışınızın olmadığı? (Ne kadar için?)	b) Bir ay ya da daha uzun süre sabit bir adresinin olmaması.		
isminizi değiştirdiğiniz veya casının yerine geçtiğiniz oldu İnsanlar size kolay kanar mı? atır mısınız?) (15 yaşından a mı?)	6. Dürüstlük ve sadakat duygusu- nun olmaması. Yineleyen yalan söyleme, sahte isimler kullanma, kendi zevki ya da çıkarı için başkala- rını "enayi yerine koyma" gibi davra- nışlarla belirlidir.	? 1 2 3	63

Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

*Hiç sarhoş araba kullandınız mı?
Hız nedeniyle kaç kez ceza yedi-
niz? Kaza yaptınız mı?*

7. Kendinin ya da başkalarının gü-
venliğini umursamama. Sarhoş,
tedbirsiz ya da çok hızlı araba kul-
lanma ile belirlidir.

? 1 2 3 64

BİR EBEVEYN YA DA VELİ İSE:
*Çocuklarınıza (ya da sorumlu oldu-
ğunuz çocuklara) iyi bakamadığınızı
hiç söylediler mi?*

8. Bir ebeveyn ya da veli ise, so-
rumlu bir ebeveyn olarak kendisin-
den beklenen işlevleri yerine getir-
meme. Aşağıdakilerden bir veya
daha fazlası ile belirlidir:

? 1 2 3 65

*Çocuklar yeterli yiyecek bulabili-
yor mu?*

a. Çocuğun malnütrisiyonu.

*Çocuğu yeterince temiz tutabili-
yor musunuz? Hiç hastalandı mı?*

b. Çocuğun, asgari hijyen
şartlarının yokluğu nedeniyle
hastalanması.

*Hastalanınca doktora götördünüz
mü?*

c. Ciddi şekilde hasta olan ço-
cuğa tıbbi bakım sağlamama.

*Çocuklarla ilgilenen bir başkası var
mı? Hiç komşuya bıraktınız mı?*

d. Çocuğun, beslenme ve ba-
rınma için komşulara ya da
başka evde oturan akrabalara
bağımlı olması.

*Siz evde yokken çocuklara kim
bakıyor? (Birini ayarladınız mı?)*

e. Küçük çocuğa bakacak biri-
ni ayarlamadan evden uzak-
laşma.

*Çocuğun ya da evin parasını har-
cadığınız oldu mu?*

f. Allenin gereksinimleri için
gerekli paranın kişisel masraf-
lar için savrulması.

*Tek bir kadına/erkeğe uzun süre
sadaqatle bağlanabilir misiniz?
(Anlatır mısınız?)*

9. Tam bir monogamik ilişkiyi bir yıl-
dan daha uzun süre sürdürmemiş-
tir.

? 1 2 3 66

IA, VURMA, KÖTÜ DAV-
A GİBİ ANTİSOSYAL DAV-
İLARI) yapmakta haklı mıy-
Hiç bu yüzden pişmanlık ya
tan azabı duydunuz mu?

10. Pişmanlık, suçluluk duygusu-
nun olmaması, (Başkalarına kötü
davranma, çalma veya incitme gibi
konularda kendini haklı görme.)

? 1 2 3 67

EN AZ 4 KRİTER "3" OLARAK
KODLANMIŞTIR.

1 3 68

ANTİSOSYAL
K.B.

BAŞKA TÜRLÜ SINIFLANDI- RILMAMIŞ KİŞİLİK BOZUK- LUĞU KRİTERLERİ

Bu, sınıflamadaki kişilik bozukluk-
larından belli birine uymayan kişilik
bozuklukları için artık bir kategoridir.
(Örnek olarak subjektif sıkıntıya ya
da mesleki veya sosyal işlevlerde
bozulmaya yol açan, birden çok
kişilik bozukluğunun özelliklerini
göstermesine karşın, hiçbirinin kri-
terlerini tam olarak karşılamayan bo-
zukluklar verilebilir.)

1 3 69

BTS
KİŞİLİK
BOZUKLUĞU

İgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

SCID-II ÖZET KODLAMA FORMU

Alınan bilginin

yeterliliği ve güvenilirliği: 1= zayıf, 2= orta, 3= iyi, 4= çok iyi

27

Görüşme süresi (dakika): -----

28-
30

KİŞİLİK BOZUKLUĞU	Tanı Göstergesi				Şu andaki şiddet derecesi (son yıl)			
	Bilgi yetersiz	Yok	Eşik-altı	Eşik	Hafif	Orta	Şiddetli	
01 Avoidant	?	1	2	3	----	1	2	3
02 Bağımlı	?	1	2	3	----	1	2	3
03 Obsessif Kompulsif	?	1	2	3	----	1	2	3
04 Pasif Agresif	?	1	2	3	----	1	2	3
05 Self-Defeating	?	1	2	3	----	1	2	3
06 Paranoid	?	1	2	3	----	1	2	3
07 Şizotipal	?	1	2	3	----	1	2	3
08 Şizoid	?	1	2	3	----	1	2	3
09 Histriyonik	?	1	2	3	----	1	2	3
10 Narsisistik	?	1	2	3	----	1	2	3
11 Borderline	?	1	2	3	----	1	2	3
12 Antisosyal	?	1	2	3	----	1	2	3
13 BTS	?	1	2	3	----	1	2	3

31
3233
3435
3637
3839
4041
4243
4445
4647
4849
5051
5253
5455
56

II. EKSEN ANA TANISI (Yani klinik ilginin odağı olan ya da olması gereken Kişilik Bozukluğu).

Yukarıdaki tanıların solundaki kod numarasını yazın: -----

Not: Eğer bir II. Eksen bozukluğu yoksa 99 yazın.

57-
58

Işık Savaşır, Nilhan Sezgin, Neşe Erol

KAYIT FORMU

ÇOCUKLA İLGİLİ BİLGİLER

İsim Soyadı :

Cinsiyeti

K

E

☐☐

Kreş / Ana okuluna devam ediyor mu?

E

H

☐☐

Kardeşleri :

Yaş

Cinsiyet

Yaş

Cinsiyet

GÖRÜŞÜLEN KİŞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

İsim Soyadı :

Çocuğa Yakınlık Derecesi :

Anne

☐

Yaş

Baba

☐

Yaş

Diğer

☐

(Açıklayınız)

Adres:

Değerlendirme nedeni (Açıklayınız)

Tel:

Eğitimi: (En son bitirdiği okul)

Fiziksel Özürlü

(Belirtiniz)

Var

Yok

☐

Görme

☐

Ortopedik

☐☐☐

İşitme

☐

Diğer

Okur yazar değil

☐

Ortaokul

☐

Okur yazar

☐

Lise

☐

İlkokul

☐

Yüksek

☐

İşi (Ayrıntılı yazınız)

Doğum Tarihi :

Değerlendirme Tarihi :

Yaşı :

Görüşmecinin Adı:

• Uygulamaya başlamadan önce el kitabını dikkatle okuyunuz •

Başlama noktası : Ölçekteki başlama noktası çocuğun takvim yaşına göre ayarlanır. Teste çocuğun gerçek yaş diliminin hemen öncesindeki yaş diliminden başlanır. Örneğin bebek 7 aylıksa "4 Aydan 5 Ay Sonuna Kadar" başlıklı yaş diliminden başlanır. Eğer burada geçemediği maddeler varsa bir önceki yaş dilimine dönülür (Yukarıdaki örnekte 0-3 ay dilimi). Böylece anneler çocuklarının başarıyla yaptığı şeylerden sözedererek görüşmeye başlamış olurlar. Bu onları rahatlatır ve daha sonra çocukların yapamadığı şeyleri söylerken daha az rahatsızlık çekerler.

Bitirme noktası : Anne üst üste (birbirini izleyen) 8 soruyu olumsuz cevapladığı zaman görüşme bitirilir.

Başlama ve Bitirme kurallarına tam olarak uyulmalıdır.

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

PUANLAMA	Evet	1
	Hayır	2
	Bilinmiyor	B

OĞUMDAN 3 AY SONUNA KADAR (1, 2, 3 Aylar)

1. Ani ses ya da gürültüden ürküp sıçrar mı?
2. Konuşulunca sesler (ağlama dışında) çıkarır mı? (Cevap evetse:) Nasıl sesler çıkarır diye sorun ve kaydedin.
3. Tanıdık bir sese başını çevirir mi?
4. Kucağa alındığında susar sakinleşir mi?
5. Kaşık, meme yaklaşınca daha ağızına dokundurmadan ağızını açar mı?
6. Kucağınıza aldığınızda kafasını dik tutar mı?
7. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyreder mi?
8. Bebek yüzüstü yatarken başını kaldırır mı?
9. Ellerini bazen açık tutar mı?
0. Bebeğinizle konuşup gülümserseniz bebeğiniz de size gülümser mi?
1. Gözleri ile hareket eder şekilleri izler mi?
2. Kucağınızda otururken kafasını çevirip etrafa bakar mı?
3. Bebek biberonunu, anne memesini görünce hareketlenir, elini kolunu sallar mı?

AYDAN 5 AY SONUNA KADAR (4, 5 Aylar)

14. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyreder mi?
15. Kendi kendine ya da beslenirken ağlama dışında ses çıkarır mı? Cevap evetse "ne sesler çıkarır?" (En az iki farklı ses olması: mmm, sss, ah, uf, da, ma, ga, ka gibi)
16. Siz gıdıklamadan, dokunmadan yüksek sesle güler mi?
17. Azarlandığı zaman yüzünün şekli değişir mi?
18. Püre ya da lapa gibi besinler yer mi?
19. Elindeki oyuncacı, ekmeği ağızına götürür mü?
20. Biraz uzaktaki oyuncaklara eşyalara uzanır mı?
21. Eşyaları eline alıp bakar mı?
22. Bebek çingırağı bir elinden öbür eline geçirir mi?
23. Elinin uzanabileceği yere oyuncak koysanız onu tutar mı?
24. Önüne konan kibrit kutusu büyüklüğünde bir kutuyu eline alır mı?
25. Bisküvi ve kabuk ekmek ile diş etlerini kaşır, onları emer mi?
26. Küçük parçalar halindeki yiyecekleri alıp ağızına götürür mü?
27. Annesine, babasına sarılarak sevgisini gösterir mi?

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL
DB

İNCE MOTOR
İM

KABA MOTOR
KM

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM
SB-OB

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

28. Oyuncakları yere atıp düşüşünü seyreder mi?
29. Önüne konan bir kesme şekeri eline almağa çalışır mı?
30. Bardağı iki eliyle tutar mı?
31. Yatarken yastıklara ya da ellerinize tutunup kendini yukarı çekerek oturur mu?
32. Küçük bir parça ekmek ya da bisküviyi bir elinden öbür eline geçirir mi? (kaşık, çingirak gibi uzun sapı olmayan bir şey olmalı)
33. Egilerek, düşen eşyaları arar mı?
34. Kollarının altından tutunca yürüme hareketleri yapar mı?
35. Başlığını çekip çıkarır mı?
36. Sırtüstü yatarken yana döner mi?
37. Sırtüstü yatarken karnının üzerine döner mi?
38. Elindeki kaşığı ses çıkarmak için yere vurur mu?
39. Küçük üzüm tanelerini avuçlayarak eline alır mı?
40. Yemeğini çiğner mi?
41. "Da-da, ba-ba, ma-ma, de-de" gibi sesler çıkarır mı?
42. İki elini kullanarak bardağı kaldırır mı?
43. Elindeki oyuncakları yere atarak sizin almanızdan hoşlanır mı?

44. "Atta" dendiğinde kapağı bakar ya da hareketlenir mi?
45. Elindeki iki kutuyu, oyuncacı birbirine vurur mu?
46. Üstüne mendil koyduğunuz oyuncacı mendili çekerek bulur mu?
47. Yastıkla dekteklemezseniz veya duvara dayanmadan bir süre düşmeden kendi kendine oturur mu?
48. "El çırpar" oyunu oynar mı? (Göstererek sorun)
49. Ernekler mi?

50. Müzik çalınca sallanır mı?
51. İşaret parmağını kullanarak masa üzerindeki şeyleri yoklar, iter, yuvarlar mı? (İşaret parmağınızla gösteriniz)
52. Eşyaya tutunarak sıralar mı?
53. Tek eli tutulduğunda adım atar mı?

DİL-BİLİŞSEL
DB

İNCE MOTOR
İM

KABA MOTOR
KM

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM
SB-OB

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

1

2

B

Kaşıkla yemek yer mi?

Şarkı söyler ya da mırıldanır mı?

2 ya da 3 kelimeyi açıkça söyler mi? Evetse hangi kelimeler, yazınız.

Televizyonda gördüğü bazı şeyleri tanır mı? Kedi, araba gibi.

"Topunu (bebeğini) kaldır, bardağı içeri götür"
dendiğinde söyleneni yapar mı?

Şekerin kağıdını çıkarır mı?

AYDAN 23 AY SONUNA KADAR

19, 20, 21, 22, 23 Aylar)

İki kibrit kutusunu üst üste koyup kule yapar mı?

Altı ısladığında size haber verir mi?

Kavanozların, şişelerin kapaklarını açıp kapar mı?

Kapıyı açar mı?

Ufak ev işlerini yapar mı? Örnek verilebilir: "Bardağı mutfağa koyar mı? hırkasını kaldırır mı"?

Müziğe uygun olarak ellerini çırpar mı?
(Tempo tutar mı?)

Bir elini öbür eline tercih eder mi?

İki kelimelik cümleler kurar mı? "Baba gitti", "elma ver" gibi, örnekler veriniz.

Kendi kendine kaşık çatal kullanarak yemek yer mi?

Tehlikelerden kendini korur mu? Sıcak soba, kırık cam, bıçak, ateş gibi.

Arkadaşının ismini bilir mi? (ismi yazınız).

İsteklerini basit cümlelerle ifade eder mi?

Bir kutuyu alıp sanki arabaymış gibi yürütür mü,
ya da bir sopa parçasını at yerine koyar mı?

Ellerini yıkamayı bilir mi?

"İlk önce mutfığa git, tabağı al, bana getir" gibi üç isteği birden yerine getirir mi?

Diğer çocuklarla (evcilik) oynar mı?

Kendi başına merdivenden inip çıkar mı? (Büyüklerin inip çıktığı gibi) göstererek sorun.

ŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

INCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

AYDAN 29 AY SONUNA KADAR

1, 25, 26, 27, 28, 29 Aylar)

2. Elini, ağzını, gözünü, ayağını, burnunu gösterip "bu ne" dersiniz isimlerini doğru olarak söyler mi? (Göstererek sorun)
3. Resimlere ya da TV'ye bakarken tanıdığı şeylerin adını söyler mi?
4. Bardağa şişeden su doldurur mu?
5. Basit sorulara "evet, hayır" diye cevap verir mi?
6. Soru sorar mı? "baba nerede", "bu kim", "bu ne" gibi.
7. Konuşması kolaylıkla anlaşılır mı?
8. Çişini tutup, söyleyebilir mi?
9. Topu başının üzerinden ileri doğru atar mı? (gösteriniz)

AYDAN 35 AY SONUNA KADAR

), 31, 32, 33, 34, 35. Aylar)

3. Düğmesini açar mı, açabilir mi?
1. Diğer çocukların kız ya da oğlan olduklarını bilir mi?
2. Kakasını tutup, söyleyebilir mi?
3. "Hangisi büyük" deyince daha büyük olanı gösterir mi? (Göstererek sorun)
4. Sevdigi, tercih ettiği arkadaşı var mı?
5. 2-3 gün önceki olayları hatırlayıp anlatır mı? "hani çarşıya gitmiştik ya" gibi.
6. İsmi ne diye sorulunca ismini söyler mi?
7. "Bayram geliyor" "bir yere gideceğiz" diye heyecanlanır mı?
8. "Ekmeğin yarısını ver" deyince yarısını verebilir mi? "yarım"ın ne demek olduğunu bilir mi?
9. Siz konuşurken anlamadığı bir kelime olursa sorar mı? "ne demek" der mi?
0. Kutu, makara gibi eşyaları kullanarak oyuncak yapar mı?

AYDAN 47 AY SONUNA KADAR

6, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Aylar)

1. Düz bir çizgi çizer mi?
2. Bir iki düğmeyi ilikler mi?
3. "Hangisi uzun" diye sorulunca, uzun olanı gösterir mi?
(Gösterecek soru)

ÖRNEKLER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL
DB

İNCE MOTOR

KABA MOTOR
KM

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM
SB-OB

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

NOT :



Çocuğun Gelişim Öyküsü:

Anne baba akrabalığı

Var

Yok

☐☐**Doğumla ilgili Bilgiler:**

Doğum Zamanı

Normal Erken

☐☐

Erken doğum ise

kaç aylık doğumunu belirtiniz

Doğum ağırlığı:

2500 gm'dan az

2500 gm'dan çok

☐☐**Doğum sonrası Bilgiler:**

Mor doğum

☐

Ağır Ates (mide 38°C)

☐

Kan değişimi

☐

Havale

☐

Uzun süreli Sarılık

☐**Geçirilmiş önemli kaza (belirtiniz)**

Düşme, Yanma, Zehirlenme

Genel Gözlemler**Verilen Bilginin Güvenilirliği:**

1

Hiç güvenilirmez

2

Orta derecede güvenilir

3

Çok güvenilir