



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA  
SORUNLU YEME DAVRANIŞLARI

DR. AZAD ASAFOV

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2012



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA  
SORUNLU YEME DAVRANIŞLARI

DR. AZAD ASAFOV

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. OSMAN SABUNCUOĞLU

İSTANBUL 2012

## ÖNSÖZ

Öncelikle uzmanlık eğitimim boyunca deneyimlerini, önerilerini, katkılarını ve desteklerini benden esirgemeyen, şu an emekli olan değerli hocalarım Prof. Dr. Meral Berkem ve Prof. Dr. Yankı Yazgan'a;

Uzmanlık çalışmamda ve uzmanlık eğitimim süresince her zaman yanımda olan ve desteğini hissettiğim tez danışmanım, hocam Doç. Dr. Osman Sabuncuoğlu'na;

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan deneyimlerini ve desteklerini benden esirgemeyen Doç. Dr. Ayşe Arman ve Doç. Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e;

Genel Psikiyatri alanında eğitimime katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Esat Oğuz Göktepe, Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur, Prof. Dr. Kaan Kora, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Doç. Dr. Volkan Topçuoğlu, Doç. Dr. Kemal Kuşçu, Uzm. Dr. Aylan Gimzal Gönentür'e;

Çocuk nörolojisi rotasyonunda eğitimime katkılarından dolayı Prof. Dr. Yüksel Yılmaz'a;

İstatistik aşamasında katkıda bulunan Ceyda Afacan'a;

Tez çalışmasının uygulanması sırasında olguların randevularının düzenlenmesinde gerekli yardımları sağlayan, desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma;

Marmara Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümü'nde almış olduğum uzmanlık eğitimime katkısı olan tüm hastalara ve ailelerine;

Eğitim hayatım boyunca sonsuz destek olan aileme teşekkür ederim.

Dr. Azad Asafov  
Eylül 2012

## İÇİNDEKİLER TABLOSU

Özet .....	I
Abstract (İngilizce Özet) .....	II
Kısaltmalar dizini .....	III
Tablolar dizini .....	IV
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1 Giriş.....	1
1.2 Hipotezler.....	2
1.3 Amaç.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1 Otizm Spektrum Bozukluk.....	3
2.1.1 Genel bakış, Tarihçe.....	3
2.1.2 Yaygın gelişimsel bozukluk tipleri .....	4
2.1.3 Epidemiyoloji .....	6
2.1.4 Etiyoloji.....	7
2.1.5 Davranışsal özellikler ve Klinik.....	8
2.1.6 Sık görülen sorun davranışlar ve komorbid ruhsal sorunlar .....	8
2.2 Yeme Bozuklukları .....	9
2.2.1 Yeme bozukluğu tipleri .....	10
3.2.1.1 Pika.....	11
3.2.1.2 Ruminasyon.....	11
3.2.1.3 Bebeklik döneminde gözlenen beslenme bozuklukları .....	12
3.2.1.4 Obezite .....	14
3.2.1.5 Anoreksiya Nervosa .....	14
3.2.1.6 Bulimiya Nervosa .....	15
3.2.1.7 Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu ve Tıkınırcasına yeme bozukluğu .....	15
2.3 Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Gözlenen Yeme Sorunları...16	
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	20
3.1 Çalışmaya Katılanların Özellikleri .....	20
3.1.1 Çalışmaya alınma kriterleri.....	20
3.1.2 Çalışmadan çıkarılma kriterleri.....	21
3.2 Çalışmada Kullanılan Ölçek ve Değerlendirmeler .....	22
3.2.1. Klinisyen tarafından doldurulan ölçek ve değerlendirmeler.....	22
3.2.1.1 Hasta değerlendirme formu (Ek 2) .....	22
3.2.1.2 Çocukluk otizmi derecelendirme ölçeği (CARS) (Ek 3).....	22

3.2.2	<u>Ebeveynlerin doldurduğu ölçek ve anketler</u> .....	23
3.2.1.1	<u>Otizm davranış kontrol listesi (ABC) (Ek 4)</u> .....	23
3.2.1.2	<u>Sorun davranışlar kontrol listesi (ABC) (Ek 5)</u> .....	24
3.2.1.3	<u>Sorunlu yeme davranışları değerlendirme anketi (Ek 6)</u> .....	25
3.3	<u>Verilerin İstatistiksel Analizi</u> .....	26
4.	<u>BULGULAR</u> .....	28
4.1	<u>Hasta ve Kontrol Grubun Demografik ve Kişisel Özellikleri</u> .....	28
4.2	<u>Hasta ve Kontrol Grubun Sorunlu Yeme Davranışları Açısından Karşılaştırılması</u> .....	35
4.3	<u>Hasta Grubun Otistik Özellikler ile Sorunlu Yeme Davranışları Arasındaki İlişki</u> .....	41
5.	<u>TARTIŞMA</u> .....	56
5.1	<u>Genel Değerlendirme</u> .....	56
5.2	<u>Elde Edilen Bulguların Önceki Çalışmalar ile Karşılaştırılması</u> .....	57
5.2.1	<u>Sosyodemografik ve gelişimsel özellikler</u> .....	57
5.2.2	<u>OSB tanılı çocukların ilaç kullanımı ile ilgili bulgular</u> .....	58
5.2.3	<u>Anne sütünden ek gıdalara geçiş dönemi ile ilgili bulgular</u> .....	59
5.2.4	<u>Kendi başına yeme becerileri ile ilgili bulgular</u> .....	60
5.2.5	<u>Spesifik yeme alışkanlıkları ile ilgili bulgular</u> .....	61
5.2.6	<u>Yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı</u> .....	62
5.2.7	<u>Çocukluk çağı beslenme ve yeme davranışı değerlendirme soruları ile ilgili bulgular</u> .....	63
5.2.7.1	<u>Sorun davranışlar kısmı</u> .....	63
5.2.7.2	<u>Ebeveyn kısmı ve ebeveyn kaygısı</u> .....	63
5.2.8	<u>Ebeveyn baş etme becerileri ile ilgili bulgular</u> .....	64
5.3	<u>Araştırmanın Kısıtlılıkları</u> .....	65
6.	<u>SONUÇ</u> .....	66
7.	<u>KAYNAKLAR</u> .....	67
8.	<u>EKLER</u> .....	75
8.1	<u>Ek 1. Hasta Onam ve Bilgilendirme Formu</u> .....	76
8.2	<u>Ek 2 Hasta Değerlendirme Formu</u> .....	78
8.3	<u>Ek 3. Çocukluk Otizm Derecelendirme Ölçeği (CARS)</u> .....	80
8.4	<u>Ek 4. Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC)</u> .....	85
8.4	<u>Ek 5. Sorun Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL)</u> .....	89
8.4	<u>Ek 6. Sorunlu Yeme Davranışları Değerlendirme Anketi</u> .....	91
	<u>ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI</u> .....	97

## ÖZET

**Giriş:** Yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB), hayatın ilk yıllarında kendisini dil ve sosyal gelişimde gerilik, kognitif gelişimde farklılık ve kayıplarla kendini gösteren nörogelişimsel bozukluklardır. YGB, çocuğun yaşamının tüm alanlarını etkiler. Bunların en önemlilerinden birisi de yeme davranışıdır. YGB sürecinde sorunlu yeme davranışı üzerine kısıtlı sayıda çalışma vardır ve ülkemizde bununla ilgili çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada amacımız YGB olan çocuklarda sorunlu yeme davranışı ve ilgili risk etkenlerini araştırmaktır.

**Yöntem:** Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Ayaktan Tedavi Ünitesine 1 Ocak 2012-1 Temmuz 2012 tarihleri arasında getirilen YGB 'u olan hastalar (n=32) araştırma örneklemini oluşturmuştur. Karşılaştırma için sağlıklı çocuklardan (n=35) oluşan bir grup kullanılmıştır.

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ölçekler kullanılarak hastaların demografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi toplanmıştır.

**Bulgular:** YGB grubu anlamlı olarak daha fazla sorunlu yeme davranışları belirtiyordu. Kendi başına yeme becerileri, takıntılı yeme davranışları ve yeme zamanı sorunları anlamlı olarak hasta grupta yüksekti ( $p<0.05$ ). YGB olan çocukların ebeveynleri yeme konusunda daha fazla kaygılıydı ( $p<0.05$ ).

Ayrıca anne sütünden ek gıdalara geçiş dönemi ile ilgili zorluk tanımlaması YGB olan çocuklarda daha yüksekti. Ek gıdalara başlama zamanı ilk bulguyu destekleyecek şekilde sağlıklı çocuklara göre daha uzundu ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** YGB grubunda yeme sorunları, ilgili bilimsel yazın ile uyumlu olarak daha sık görülmüştür. Klinik hizmet verenler bu durumu her zaman göz önünde bulundurmalıdır. Yeme davranışının kültürel bir yanı olması, hastalığın çok yönlü yapısı nedeniyle ilgili özelliklerin ayrıntılı olarak değerlendirilebildiği geniş örneklemlili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Duyusal hassasiyet, Seçici Yeme, Sorunlu yeme davranışı, anormal yeme davranışı

## **ABSTRACT (İngilizce Özet)**

**Background:** Pervasive developmental disorder (PDD) is a group of neurodevelopmental disorders manifesting themselves during the first years of life with impairment and deviance in social, communicative and cognitive development. PDD affects all areas of the child's life. One of the most important issues is eating problem. There are limited number of studies about eating problems in children with PDD and up to date no study is published in our country on this subject. The objective of our study is to investigate the problematic eating behaviors which are reported by the families and to elucidate its risk factors.

**Method:** Children with PDD (n=32) who applied to Marmara University Education and Training Hospital Child and Adolescent Psychiatry Department Outpatient Unit between 1st January 2012 and 1st July 2012; and healthy controls (n=35) were assessed about their eating behaviors.

The semi-structured interview form prepared by researchers and clinic evaluation scales were used to obtain information about clinical and demographic characteristics of the patients and controls.

**Results:** The children with PDD were indicating more eating problems than healthy controls. Self eating behaviors, ritualistic eating behaviors and mealtime problems were significantly higher in the PDD group ( $p<0.05$ ). The parents of children with PDD had more anxiety about his/her child eating behavior ( $p<0.05$ ).

Additionally, the difficulties in the transition period between breastfeeding to complementary foods were higher in patient group. The timing of the transition to complementary foods was considerably later than healthy controls and this result is supporting the first finding ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Eating problems in PDD group are more frequent corresponding with the current literature. Clinicians should always consider these problems. Due to the cultural feature of eating behavior and the heterogeneity of the disorder we need large-sample studies which contain detailed evaluation.

**Keywords:** Pervasive Developmental Disorder, Sensory sensitivity, Selective Eating, Problem Eating Behavior, Abnormal Eating Behavior

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

**ABC:** Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği

**BPFAS:** Çocukluk Çağı Beslenme ve Yeme Davranışları Değerlendirme Ölçeği

**CARS:** Çocukluk Otizm Değerlendirme Ölçeği

**DSM IV:** Mental Bozuklukların Tanı ve Sayımsal El Kitabı IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders)

**OSB:** Otizm Spektrum Bozukluk

**SDKL:** Sorun Davranışlar Kontrol Listesi

**YGB:** Yaygın Gelişimsel Bozukluk

**YGB-BTA:** Yaygın Gelişimsel Bozukluk Başka Türlü Adlandırılmayan

**SSRI:** Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü



## **TABLolar DİZİNİ**

**Tablo 1.** Anketi dolduranın ebeveynin eğitim düzeyi

**Tablo 2.** Cinsiyet dağılımı

**Tablo 3.** Yaş, boy ve kilo dağılımı

**Tablo 4.** Ailede nöropsikiyatrik hastalık öyküsü

**Tablo 5.** Annede hamilelik döneminde tıbbi sorun

**Tablo 6.** Annede hamilelik döneminde ruhsal sorun

**Tablo 7.** Anne ve babanın hamilelik zamanında yaşı

**Tablo 8.** Annenin hamilelik sırasında ilaç, sigara, alkol kullanımı ve X ışını maruziyeti

**Tablo 9.** Doğum özellikleri

**Tablo 10.** Sarılık bulguları

**Tablo 11.** İlk kelime, cümle ve yürüme yaşı ile ilgili bulgular

**Tablo 12.** Hasta ilaç kullanım bilgisi

**Tablo 13.** Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

**Tablo 14.** Sorun Davranışlar Kontrol Listesine İlişkin Bulgular

**Tablo 15.** Anne sütünden ek gıdalara geçiş dönemine ilişkin bulgular

**Tablo 16.** Anne sütünden ek gıdalara geçişe ilişkin bulgular

**Tablo 17.** Yeme becerileri değerlendirme soruları

**Tablo 18.** Spesifik Yeme Alışkanlıkları

**Tablo 19.** Yeni Yiyeceklerden Kaçınma Davranışı

**Tablo 20.** BPFAS (Çocukluk çağı beslenme ve yeme davranışları değerlendirme ölçeği )

**Tablo 21.** Ebeveyn kaygısı

**Tablo 22.** Ebeveyn baş etme becerileri

**Tablo 23.** Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile Yeme Becerileri arasındaki ilişki

**Tablo 24.** Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile Spesifik Yeme Alışkanlıkları ilişkisi

**Tablo 25.** Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı ölçek soruları arasındaki ilişki

**Tablo 26.** Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile BPFAS soruları arasındaki ilişki

**Tablo 27.** Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile Ebeveyn kaygısı ilişkisi

**Tablo 28.** Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Spesifik Yeme Alışkanlıkları ilişkisi

**Tablo 29.** Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Yeni Yiyeceklerden Kaçınma Davranışı ilişkisi

**Tablo 30.** Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile BPFAS arasındaki ilişkisi

**Tablo 31.** Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Ebeveyn kaygısı ilişkisi

**Tablo 32.** Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Ebeveyn Baş Etme Becerisi ilişkisi

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1 Giriş

Otizm Spektrum Bozukluklar (OSB) hayatın ilk yıllarında kendisini dil ve sosyal gelişimde gerilik ve kognitif gelişimde farklılık ve kayıplarla kendini gösteren nörogelişimsel bozukluktur (1). Hastalığın hayat boyu sürmesi ve bakım ile ilgili sorunlar ailelere ve topluma önemli oranda yük getirmektedir. Ayrıca hastalarda görülen bu kayıplarla birlikte ek psikiyatrik tanı da olasıdır ve tedavisi de önem arz etmektedir (2,3).

Tüm bunların yanında otizm spektrum bozukluğu olan bireylerde yeme sorunları oldukça sık görünmektedir. Bu yeme sorunları OSB olan çocukların yaşadığı aileleri için zorluk oluşturmakta ve tedavisi önem arz etmektedir (4). Ayrıca yeme bozukluğu olan erişkinlerde çocukluk çağı psikiyatrik bozukluk ve otizm spektrum bozukluğuna özgü belirtiler gösterilmiştir (5-7). Bu bireylerde görülen yeme sorunları sağlıklı gelişen bireylerde gelişim dönemine özgü görülebilmese rağmen OSB olan bireylerde daha şiddetli ve sürekli olmaktadır (3, 8, 9).

Bu çalışmada 2-18 yaş arası, DSM IV kriterlerine göre OSB tanısı almış çocuklarda yeme özellikleri ve ilişkili risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Kesitsel çalışma düzeni uygulanmıştır.

Bu çalışmada elde edilen verilerle söz konusu sorunlara ışık tutulmaya çalışılacaktır.

## 1.2 Hipotezler

Çalışmada aşağıdaki hipotezlerin test edilmesi amaçlanmıştır.

1. OSB olan bireylerin aileleri yeme problemleri açısından sağlıklı gelişen çocuklara göre daha fazla şikâyet dile getirmektedir. Ayrıca DSM IV ölçütlerine göre herhangi bir yeme bozukluğu bu bireylerde daha sık gözükmektedir.

2. OSB olan bireylerde bu bozukluğa özgü çekirdek semptomların şiddeti ve farklılığına göre yeme sorunları değişiklik göstermektedir.

3. Bu bireylerde eşlik eden ruhsal sorunlar ve önemli davranış sorunları yeme sorunu ve ilgili belirtileri artırmaktadır.

4. OSB olan bireylerde erken bebeklik dönemine özgü yeme sorunlarının nasıl kendisini gösterdiği araştırılması gereken bir boyuttur.

## 1.3 Amaç

Bu tez çalışmasında yukarıda belirtilen hipotezlerin test edilmesi ve aşağıda belirtilen konuların çocuk psikiyatrisi perspektifinden aydınlatması amaçlanmaktadır:

1. OSB olan bireylerde görülen yeme sorunlarının özelliklerinin belirlenmesi ve bu sorunların OSB hastalığının kendisine özgü davranış sorunlarıyla ilişkisinin incelenmesi,

2. OSB olan bireylerde eşlik eden ruhsal sorunlar ve tedavi sürecinin yeme sorunlarına etkisinin araştırılması.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Otizm Spektrum Bozukluk

#### 2.1.1 Genel bakış, Tarihçe

Otizm Spektrum Bozukluk (OSB) veya diğer ismiyle Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) hayatın ilk yıllarında sosyal etkileşim, iletişim ve kognitif gelişimde spesifik kayıplarla giden nöropsikiyatrik hastalıklar grubudur (1). Sıklıkla mental retardasyonla ilişkilidir fakat davranışsal özellikleri oldukça farklı olup diğer gelişimsel geriliklerden kolaylıkla ayırt edilmektedir (10). “Yaygın” terimi, otizmde geniş ve farklı alanlarda sorun olduğunu, “Gelişimsel” terimi ise, sosyal ilişki ve iletişim alanlarını da kapsayan çoklu gelişimsel yetersizlikleri belirtir. Bu bozukluklar yaşamın ilk yıllarından başlayarak gelişimin her aşamasını etkiler (11, 12).

İlk kavramlar yetişkin psikiyatrisinden alındığından bu gibi bozukluklar psikoz olarak tanımlanmıştır. 1930 yılında Heller ağır gelişimsel problemler, stereotipiler ve konuşma kaybının eşlik ettiği bebeklik demansını tanımlamıştır (13). 1933 yılında Potter “Çocukluk Şizofrenisi” ölçütlerini önermiştir (13). Otizm tanımına ilk kez Leo Kanner isimli araştırmacının 1943 yılında 11 vaka serisi (3 kız, 8 erkek) yayınında rastlanmaktadır (13). Kanner ilk defa çocukluğa özgü tanı ölçütlerini vererek bu durumdan “infantil otizm” diye söz etmiştir (13). Vakaların ortak özelliği insanlarla iletişim kurma güçlüğü, ekolali, zamirlerin tersten kullanımı, tekrarlayıcı amaçsız hareketler ve aynılıkta ısrar etme, değişime dirençti. Daha sonraları, 1944 yılında Asperger “Otistik Psikopati”, 1947 yılında Bender “Çocukluk Şizofrenisi”, 1955 yılında Rank “Atipik Çocuk” gibi kavramları kullanmıştır (10, 13). Uzun yıllar bu durumdan şizofrenin erken belirtisi olarak söz edilmiştir. 1970 yılına gelindiğinde

bebeklik döneminde başlayan bu durumun, çocukluğun daha sonraki dönemlerinde veya ergenlikte başlayan psikozlardan farklı olması nedeniyle ikisini ayırt etme gereksinimi duyulmaya başlanmıştır. Otizm tanısı ilk kez 1980 yılında DSM III ‘de “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” başlığı altında, ayrı bir hastalık olarak tanı sınıflamasında yerini aldı (10, 13). 1987 DSM III-R ‘de YGB genel başlığı adı altında “Otistik Bozukluk”, “Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel bozukluk” (YGB-BTA) tanıları yer almıştır (13). Klinik tablonun 30 aydan önce başlanması şartı vurgulandı (14). 1994 yılında DSM IV de tanı genişletilerek 3 temel alan ve toplam 12 belirti sıralandı ve diğer OSB alt gruplarından “Rett Bozukluğu”, “Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu” ve “Asperger Bozukluğu” ilave edildi. (13, 15)

### **2.1.2 Yaygın gelişimsel bozukluk tipleri**

Otistik bozukluk toplumsal etkileşimde ve iletişimde bozulma ve basmakalıp ilgi ve yineleyici motor mannerizmlerle karakterize gelişimsel bozukluktur. DMS IV TR uyarınca Otizm teşhisinin konulabilmesi için duygusal karşılıklık verememe, yaşlılarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe gibi sosyal etkileşimde bozulma (A1 tanı ölçütü), konuşulan dilin gelişiminin olmaması veya basmakalıp dil kullanma gibi iletişim becerilerinde bozulma (A2 tanı ölçütü), basmakalıp ilgi alanı ya da basmakalıp davranışların olması (A3 tanı ölçütü), tüm bu belirtilerin 3 yaşından önce başlaması (B tanı ölçütü) ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklarla açıklanamıyor olması gerekmektedir (15).

Kanner’in otizmi tanımlamasından kısa bir süre sonra Avusturyalı doktor Hans Asperger dil gelişiminde herhangi bir bozukluk olmaksızın, normal zeka işlevine

sahip, fakat karşılıklı sosyal etkileşim ve işlevsellikte bozulmaların olduğu Otistik Psikopati olarak adlandırdığı durumu tanımlamıştır. Fakat hastalık ancak elli yıl sonra tanı sınıflandırılmasında yerini alabilmiştir (16). Asperger bozukluğu Yaygın Gelişimsel Bozukluklar grubunun en iyi bilinen alt tiplerinden biridir. Asperger bozukluğu DSM IV-TR tanı sınıflandırılmasında toplumsal etkileşimde bozulma (A tanı ölçütü), sınırlı basmakalıp ilgi alanı ve davranışları (B tanı ölçütü) içermesine rağmen dil ve bilişsel gelişimde bozukluğun olmaması (D ve E tanı ölçütü) ile ayırt edilir (15, 17).

Diğer bir alt grup olan Yaygın Gelişimsel Bozukluk- Başka Türü Adlandırılmayan (YGB-BTA) belirtileri daha hafif ve diğer YGB şemsiyesi altında olan, ancak belirgin bir klinik tabloya uymayan, fakat başka herhangi bir tanıyla da açıklanamayan OSB hastalarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu bireylerde toplumsal etkileşimde bozulma kriterlerinden en az biri bulunsa da otizm tanısı için aranan diğer kriterler tam karşılanmamaktadır (12, 17).

YGB-BTA terminolojisi yeni bir tanım olsa da arada kalan ve belirli bir tanı grubuna girmeyen hastaların olduğu eskiden beri bilinmektedir. 1943 yılında Kanner otizmi tanıladıktan sonra, benzer özellikler gösteren, fakat Kanner'in tanımına uymayan sayısız olgu bildirimleri mevcuttur. DSM –IV-TR 'de belirtilen YGB-BTA üzerinde daha fazla araştırmaların yapılması gerektiği, çalışmaların halen sürdüğü bir tanısız kategori olarak gösterilmektedir (18, 19).

1966 yılında Andreas Rett yirmi iki olgulu vaka serisini yayımlayarak sadece kız çocuklarından görülen, stereotipik el hareketleri, demans, otistik belirtiler, ataksi, kortikal atrofinin eşlik ettiği tablodan "serebroatrofik hiperamonemi" olarak söz etti (17). Sadece kız çocuklarında görülen, X'e bağlı gelişen, ilerleyici nörogelişimsel

bozukluk olan Rett Bozukluğu normal bir gelişimi takiben, gelişimde duraklama, toplumsal etkileşimin ortadan kalkması, kazanılmış becerilerin kaybı ve basmakalıp el hareketlerinin olduğu bir durumdur. Bozukluğa X kromozomunda bulunan metil-CpG bağlayan protein 2'yi kodlayan MECP2 geninde ortaya çıkan yeni mutasyonun neden olduğu düşünülmektedir. Homozigot erkek bireyler yaşama bağdaşmaz, intrauterin abortusla sonuçlanır. Bozukluk 0.44-2.1/10.000 sıklığında gözükmektedir (20). Malnutrisyon, kardiyak sorunlar, solunum problemleri, artmış nöbetler gibi komplikasyonlar nedeniyle hayatın ilerleyen dönemlerinde kaybedilmektedir. En önemli ayırıcı tanı ölçütü baş çevresi gelişiminde duraklama olmasıdır (21).

1908 yılında Theoder Heller yaşamın ilk 3 yılında normal gelişimi takiben “infantil demans” ismini verdiği gelişimsel gerilemelerin gözüktüğü bozukluğu tanımlamıştır. Oldukça nadir görülen (0.11/10.000) Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğunda, doğumdan sonra iki yıl yaşına uygun normal gelişimi takiben ortaya çıkan otizm tablosu ve kazanılmış gelişimsel becerilerin kaybedilmesi söz konusudur. Bu bozukluğun tanısını koyabilmek için durumu açıklayan herhangi başka tıbbi bir durum ile ilişkisi olmaması gerekmektedir (15, 20). Olguların çoğunda ilerleyici nörolojik kötüleşme çok ağırlaşmakta ve diğer otizm olgularında gözlenenden daha fazla zekâ geriliği ve epilepsi oranı görülmektedir (22).

### **2.1.3 Epidemiyoloji**

Otizm uzun yıllar nadir bir hastalık olarak bilinmekteydi ve son yıllarda yapılan çalışmalar hastalığın o kadar da nadir olmadığını gündeme getirdi. En son yapılan çalışmalarda hastalığın prevalansı % 1.1 olarak gösterilmektedir. Bu durum 40 yıl önceki verilerle kıyaslanınca 20-100 kat artmış olarak görülmektedir. Bu artış



kullanılan tanı ölçütlerdeki değişim ve sosyal duyarlılıkta artış ile ilgilidir (14). Otistik bozukluk erkeklerde kızlara göre 4-5 kat daha fazla görülmekle birlikte kız çocuklarında durumun daha ağır seyrettiği ifade edilmektedir (23).

Asperger Bozukluğu ile ilgili son on beş yılda yapılan çalışmalarda bu hastalığın prevalansının arttığı bildirilmektedir. Tüm çalışmalarda erkeklerde görülme oranı arttığı ve yaklaşık olarak 10-36/10.000 sıklığında görüldüğü bildirilmektedir (20).

YGB-BTA ile ilgili çalışmalar otizme göre oldukça azdır. Çalışmalarda kullanılan işlemler, tanı değerlendirmeleri ve ölçümlere göre sonuçlar değiştiiğinden çalışmalar arasında karşılaştırma yapmak olası değildir (12, 24). Son on yılda yapılan çalışmalarda otizme göre 1,5 kat daha sık görüldüğü ve 10.94-36.1/10.000 sıklığında görüldüğü tahmin edilmektedir (24).

Rett sendromu sadece kız çocuklarında görülmektedir ve 12 yaş itibarıyla yapılan bir çalışmada 0,6-1.0/10.000 sıklığında görüldüğü bildirilmektedir (21, 25).

Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ile ilgili olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalar oldukça azdır. Genel olarak erkeklerde kızlara göre 3-8 kat daha fazla görülmesine ek olarak toplum prevalansının 1.1-6.4/100.000 arasında değiştiiği ileri sürülmektedir (22, 26).

#### **2.1.4 Etiyoloji**

Otizmin etiyojisi karmaşıktır ve birçok olgunun altında yatan patoloji netlik kazanmamıştır. Birlikte tıbbi bozuklukların (tuberoskleroz, infantil spazm, serebral libidozis, frajil X sendromu, epilepsi) görülme sıklığının artmış olduğu bilinmektedir. Otizm spektrum bozukluklarda tıbbi bozuklukların görülme sıklığı ile ilgili çelişkili sonuçlar olmakla birlikte, ağır ve çok ağır zekâ geriliği eşlik ediyorsa

tıbbı bozuklukların daha yaygın bulunabileceği bazı yazarlar tarafından ifade edilmiştir (1, 12).

Aile ve ikiz çalışmaları otizmi olan ailelerde artmış otizm riskinden söz etmektedir. Monozigot ikizlerde konkordans %36- %91 olarak bildirilmektedir. Ailesinde otizm olanlarda artmış otizm riskinden söz edilse de bu bozukluğa neden olan kalıtsal bozukluk tanımlanabilmiş değildir. Bununla birlikte pek çok kromozomal bozukluğa otizmin eşlik ettiği bildirilmektedir (14).

### **2.1.5 Davranışsal zellikler ve Klinik**

OSB bireylerde hastalığın şiddetine göre göreceli olarak sosyal etkileşimde bozulmalar görülmektedir. Sosyal davranışları garip ve uygunsuz olmakla birlikte, arkadaş edinme güçlükleri ve yaşıtlarıyla oyun oynamada belirgin sorunlar görülür. Asperger bozukluğu hariç diğer OSB tanısı olan bireylerde dil gelişimi etkilenmektedir. Zamirlerin tersten kullanımı, tonlama problemi, neolojizm ve ekolali görülebilmektedir. Nesnelere yineleyici biçimde uğraşma, daralmış bir ilgi alanı, belirli oyuncaklarla tekrar-tekrar oynama ve çok az sembolik oyun özellikleri vardır. Aynılıkta ısrar ederler, ufak değişiklik ve farklılıklara oldukça aşırı tepki verirler. İşlevsel olmayan rutin ve ritüelleri vardır. Rutinin dışındaki davranışlara kontrol edilemez tepkiler verebilmektedirler (27, 28).

### **2.1.6 Sık görülen sorun davranışlar ve komorbid ruhsal sorunlar**

Hareketlilik sık görülen davranış problemlerinden biridir. İhtiyaçlara veya değişikliğe bağlı olarak agresyon ve öfke nöbetleri gözlenebilir. Kafa vurma, ısırma

gibi kendine zarar verici davranışlar otistik çocuklarda sıklıkla gözlenmektedir. Özbakım becerilerinde problem, duyuşal hiposensitivite ve hipersensitivite, uyku sorunları, yeme reddi, yemek seçme ve pika gibi yeme sorunları da otistik çocuklarda daha sık görölmektedir (14, 29).

Komorbid psikiyatrik rahatsızlıklardan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), tik bozukluğu, kaygı bozukluğu ve depresyon sıklıkla görölebilmekte ve okul başarısı ile sosyal uyumu bozabilmektedir. Araştırmalar otizmli çocukların büyödükçe daha çok depresyon ve kaygı gibi durumların arttığını göstermiştir. (14, 28)

## **2.2 Yeme Bozuklukları**

Yeme ve yedirme ilişkisi çocuğa yeni sosyal ilişkileri deneme, ikinci bir kişiyle karşılıklı ilişkiyi başlatıp sürdürme ve hoşnutluğu gösterme olanakları yaratan ilk deneyimdir. Bebekle anne ya da bakım verici arasında karşılıklı yaşanan bu özel ilişki dikkate değer bulunmaktadır.

Bebekler, annelerinden gelen etkiye ya da tepkiye olumlu tepki verebilecekleri gibi, geri çekilme, ağlama, bağırma ya da direnç gösterme gibi olumsuz tepkiler verebilirler.

Anneden gelen bu uyarımlar bağlanma için önemli uyarılardır ve güven duygusunun önemli kaynaklarıdır (29).

Yeme sorunlarının nedenleri arasında organik kökenli sorunlar da yer almaktadır. Ağızdan beslenmeye geç başlama, yutmayı engelleyici ya da olumsuz etkileyici durumlar, nörolojik sorunlar ve gelişimsel gecikmeler ile gastrointestinal

sistem bozuklukları bu sorunlar arasındadır. Anne-çocuk ilişkisinde bozulma, anne-çocuk arasında güvensiz bir bağlanmanın olması, annenin psikolojik rahatsızlığının olması yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır.

Yeme sorunları organik, ilişkiye dayalı, çocuğun gelişimsel ve psikolojik durumuna bağlı nedenlere bağlı ortaya çıkabilir (7, 29).

### **2.2.1 Yeme bozukluğu tipleri**

Çocuk ve Ergenlerde yeme bozuklukları gelişimsel döneme göre farklılıklar göstermektedir. Bebeklik döneminde geçici beslenme sıkıntıları yaşansa da yeme bozuklukları içinde yer almazlar. Beslenme bozuklukları yemeyi istememe, yeme reddi, iştahsızlık, az yeme, garip yeme davranışları, yemede güçlük, yeme öncesi ya da sonrası kusma, regurjitasyon, ruminasyon, ileri yaşlarda da anoreksiya nervoza ve bulimiya gibi sorunları kapsar. Bebek ve küçük çocukluk döneminde pika, ruminasyon, durum düzenlemesine bağlı beslenme bozukluğu, bakım veren-bebek ilişkisine bağlı beslenme bozukluğu, bebeklik anoreksisi, travma sonrası beslenme bozukluğu, duyuşsal nedenlere bağlı beslenme bozukluğu ve tıbbi nedenlere bağlı beslenme bozukluğu gibi beslenme bozuklukları, ergenlik döneminde ise kısmen erişkin yaşamda daha çok görülen yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu gibi hastalıklar daha çok görülmektedir. Son yapılan çalışmalarda obezitenin de çocukluk döneminde arttığı bildirilmektedir (30).

### **2.2.1.1 Pika**

Pika besin değeri olmayan, yenilebilir olmayan maddelerin ısrarlı bir şekilde yenilmesiyle gözlenen davranış bozukluğudur (15). Bu bozukluk sıklıkla 12-24 aylarda gözlenirse de daha ileri yaşlarda da görülebilmektedir (29). Gelişime geriliği ve OSB'li bireylerde daha sıklıkla gözlenmektedir. Pika genel toplumda %0,2-%4 sıklığında görülmekte iken, gelişimsel problemleri olan çocuklarda %5- %25 arasında görülebilmektedir. Zihinsel geriliğin şiddeti arttıkça pikanın görülme sıklığı arttığı bildirilmektedir (31, 32).

Bu çocuklarda tırnak yeme, parmak emme gibi gerilimi azaltmaya ve kendini rahatlamaya yönelik davranışlar sıklıkla gözlenmektedir. Anemi, ishal, kabızlık, enfeksiyon, demir ve çinko eksikliği, kurşun zehirlenmesi ve bezoar oluşumuna bağlı barsak tıkanıklığı gelişebilir (31, 33). Erken çocukluk döneminde görülen pika ilerde bulimiya nervozanın ortaya çıkmasında risk faktörü olabilir (31, 34).

### **2.2.1.2 Ruminasyon**

Ruminasyon bozukluğu gastrointestinal sisteme ilişkin bir problem veya kusma olmadan en az bir ay süreyle devam eden besin yutulduktan sonra ağza tekrar geri getirilip ve yeniden çiğnenmesi gibi devam eden bir yeme davranışı şeklindedir (15). Tanımın konulabilir olması için merkezi sinir sistemi lezyonları, pilor stenozu, konjenital anomaliler, mide bağırsak enfeksiyonu gibi tıbbi nedenler dışlanmalı ve görülen kusma davranışının çocuğa tiksinti verme yerine hoşlanma duygusu yaşattığı gözlenmelidir (29). Bu problem bozuk anne çocuk ilişkisi ve gelişimsel sorunları olan çocuklarda daha sıklıkla gözlenmektedir (29).

### 2.2.1.3 Bebeklik döneminde gözlenen beslenme bozuklukları

DSM-IV-TR, bebeklik ya da küçük çocuklarda beslenme bozukluğu tanısı için, belirgin bir biçimde kilo alamama, ya da en az 1 aylık bir sürede belirgin bir kilo kaybı ile giden, sürekli olarak yeterince yememe (A tanı ölçütü), ilişkili başka bir tıbbi bozukluğun olmaması (B tanı ölçütü) ve başka bir mental bozukluğun olmaması (C tanı ölçütü) kriterlerini gerektirmektedir (15). DSM-IV-TR erken çocukluk dönemine özgü beslenme bozukluklarını tek bir tanı olarak belirtse de Bebeklik ve Erken Çocukluğun Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukları Tanı Sınıflandırılması (The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood) altı farklı alt grup şeklinde tanımlamaktadır (35). Bunlar durum düzenlemesine bağlı beslenme bozukluğu, bakım veren- bebek etkileşimine bağlı beslenme bozukluğu, bebeklik anoreksisi, travma sonrası beslenme bozukluğu, duyuşal nedenlere bağlı yeme reddi ve tıbbi duruma bağlı beslenme bozukluğu olacak şekilde 6 farklı alt grupta tanımlanmışlardır (35).

Durum düzenlemesine bağlı beslenme bozukluğu genellikle yeni doğan döneminde başlar bebeğin uyku ve beslenme ile ilgili iç durumunu düzenlemede yaşadığı güçlüklerle bağlıdır. Tıbbi bir problemi olmayan bebeklerde gözüke de sıklıkla prematüre, gastrointestinal, kardiyak ve solunumsal problemleri olan bebeklerde görülür (31, 36).

Bebeklik anoreksisi sıklıkla 6 ayla 2 yaş arasında ortaya çıkan yiyecek reddi ve aşırı seçicilikle giden bir bozukluktur. Anne çocuk ilişkisinin bozulması, duyuşal yoksunluk ve olumsuz duygulanımlarla birliktelik göstermektedir (31).

Travma sonrası beslenme bozukluğu ağız, yutak ve yeme borusunu etkileyen travmatik bir olay sonrasında sadece ilişkili besinlere karşı gelişen yeme reddi durumudur. Korku duymadığı alternatif besinler önerildiğinde sorun yaşanmaz (31).

Bakım veren-Bebek Etkileşimine Bağlı Beslenme Bozukluğu, Anne-bebek ilişkisinde yetersiz karşılıklılık ve birliktelik durumunda iki ile sekiz aylık dönemlerde görülen beslenme bozukluğudur. Bebek beslendiği sırada yaşına uygun sosyal etkileşim becerileri göstermez (31).

Biberondan kaşığa geçildiği, yeme çeşitliliğinin arttığı dönemde (12-24 ay) belirli tat, koku, görünüm ve kıvamdaki besinlere karşı gelişen yeme reddi ve seçici yeme davranışı görülebilmektedir. Seçici yeme daha çok küçük çocuklarda görülen sıklıkla ebeveynler tarafından dile getirilen şikâyetlerden biridir. Bu tip yeme davranışı gelişimsel problemleri olan özellikle OSB tanısı olan bireylerde sağlıklı gelişen çocuklara göre daha sıklıkla belirtilmektedir (9). Bebeğin ısrarlı bir şekilde bazı besinleri reddettiği, bazı besinleri tükettiği küçük yaşlarda sık rastlanmaktadır. Anoreksiya Nervoza gelişimi için risk oluşturacağı bazı yazarlar tarafından ifade edilmiştir (5-7). Katı besinleri kabul etmeyen çocuklar, çiğneme deneyimi yetersizliğinden dolayı oral-motor gelişimleri açısından geri kalırlar. Ayrıca diğer duyuşsal alanlarda da aşırı duyarlılık geliştirirler (31).

Tıbbi durumların eşlik ettiği beslenme bozukluğu, özofageal reflü, besin alerjisi solunum yetmezliği, kardiyak sorunlar ve diğer tıbbi sorunların eşlik ettiği durumlarda bebeğin öğün sırasında yaşadığı beslenme sıkıntısıdır. Bebek beslenmeye istekli başlasa da, tıbbi sorunlar nedeniyle öğün sırasında zorluklar yaşar ve beslenmeyi durdurur (31, 33).

#### **2.2.1.4 Obezite**

Obezite okul çağı çocuklarında %5 sıklıkta görülmektedir. Çocukluk çağında görülen obezite ergenlik ve yetişkinlikte de sürme eğilimindedir. Obezitenin etyolojisinde genetik ve tıbbi bozukluklar bildirilse de psikolojik sorunlar sıklıkla eşlik etmektedir (30).

#### **2.2.1.5 Anoreksiya Nervoza**

Anoreksiya Nervoza kilo ve vücudun şekli ile ilgili endişe, kilo alma korkusuyla giden, vücut ağırlığının beklenen %85 kilodan daha az olmasına yol açan, sıklıkla ergen ve genç kadınlarda gözlenen, anormal beden algısının eşlik ettiği yeme bozukluğudur. Yaşam boyu yaygınlığı %0,1 ila %0,7 arasında değişmektedir. Genellikle ergenlik çağında kızlarda başlayan, kendisini şişman hissedip diyet yaparak ileri derecede zayıflama, vücut ağırlığı ve biçimi ile aşırı uğraşı, kilo almaktan aşırı korkma, zayıf olmayı şiddetle arzulama ve kadınlarda amenore ile seyreden, genetik, bünyesel, psikolojik, ailesel nedenlerin birlikte söz konusu olduğu nörotransmitter, nöropeptid düzeylerinde ve nöroendokrin ekseninde değişikliklerin saptandığı bir bozukluktur (37, 38).

Anoreksiya nervozanın insidansı yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte kadınlarda 8:100.000, erkeklerde ise 0.5:100.000 olarak bildirilmektedir (37). Mortalite oranı 42 araştırmanın gözden geçirildiği meta analitik bir çalışmada %5,9 olarak gösterilmiştir (37).

Anoreksiya nervozalı hastalarda anksiyete bozukluğu, OKB, sosyal fobi, kişilik bozuklukları ve duygudurum bozuklukları topluma göre yüksek sıklıkta bildirilmektedir (38, 39).



### 2.2.1.6 Bulimiya Nervoza

Bulimiya nervoza tıknırcasına yeme epizodu, uygunsuz dengeleyici davranışlar ve anormal beden algısı ile giden yeme bozukluğu tipidir. Ortalama sıklığı %1 ila %4 arasında bildirilmektedir. Kadınlarda sıklık erkeklere göre 10 kat daha fazladır. İki farklı tipi bulunmaktadır. En önemli özellikleri, aşırı yemeye karşı koyulamayan yoğun bir uğraş, anoreksiya nervozadaki gibi biçim ve ağırlıkla ilişkili sürekli meşguliyettir. Çıkartma olan tipinde bulimiya nervozalı hasta, düzenli olarak kendini kusturma, laksatifler kullanma, diüretik veya lavmanların uygunsuz kullanımı vardır. Çıkartma olmayan tipinde ise hasta yediklerini çıkartma davranışında bulunmaz, fakat aşırı egzersiz yapma, hiç yemek yememe gibi uygunsuz dengeleyici davranışlar gösterir (37, 38, 40).

### 2.2.1.7 Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu ve tıknırcasına yeme bozukluğu

DSM-IV veya ICD ölçütlerine göre anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervoza tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, fakat klinik olarak yeme davranışının bozulduğu durumlara başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanısı konulmaktadır. Yeme bozukluğu şikâyeti ile başvuran hastaların yaklaşık olarak 1/3'nü bu hasta grubu oluşturmaktadır (38).

Son zamanlarda gittikçe artan tıknırcasına yeme bozukluğu tanısını koyabilmemiz için yineleyen tıknırcasına yeme epizotlarının olması, tıknırcasına yeme epizodunun ardından belirgin bir rahatsızlık hissedilmesi, bu duruma uygunsuz dengeleyici davranışların eşlik etmiyor olması ve herhangi bir anoreksiya ve bulimiya nervoza sırasında ortaya çıkmamış olması gerekmektedir (15, 38).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu genel popülasyonda %2-%6.3 arasında gözükmektedir. Kadın erkek oranı 7/3 olup, diğer yeme bozukluklarına göre erkeklerde daha fazladır. Obez ve Tip II DM olan hastalarda %30-%25 gibi yüksek sıklıkta gözükmektedir (38).

### **2.3 Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Gözlenen Yeme Sorunları**

Otizm sosyal etkileşim, iletişim ve kısıtlı, tekrarlayıcı, basmakalıp davranışlarla karakterize hayat boyu süren nörogelişimsel bozukluktur (14). OSB tanısı olan çocukların ebeveynleri davranım ve iletişim başta olmakla birçok sıkıntıyı dile getirmektedirler. Başlıca belirttikleri sıkıntılardan birisi de yeme sorunlarıdır (41).

OSB olan bireylerin ebeveynleri sıklıkla çocuklarının son derece seçici olduklarını, kısıtlı sayıda yiyecek alımı gösterdiklerini belirtmektedir. Normalde ebeveynler çocuklarını beslerken tatmin edici deneyim yaşayabilmektedirler. Buna rağmen yeme problemi olan çocukların ebeveynleri için yeme zamanı oldukça stresli olabilmekte ve kendilerini depressif ve ümitsiz bulabilmektedirler. Bunun yanında ailenin sosyal fonksiyonu olumsuz olarak etkilenmektedir (41).

OSB tanılı bireylerde yeme becerilerinde zorluk, seçici, garip ve alışılmışın dışında yeme davranışı, yemeklerin belli şekilde sunumuna karşı hassasiyet, yeni yiyeceklerden kaçınma, tek tip besinin oldukça fazla ve ısrarlı şekilde alımı ve yemek zamanı problemleri görülmektedir. Bu bireylerde yeme problemleri hastalık ilk tanımlanmaya başlandığı zamanlardan beri bilinmektedir ve görülmekte olan yeme problemi ayrı bir tanı olarak değil hastalığın bir özelliği olarak ele alınmaktaydı (42, 43).

Bu seçici yeme ve beslenme yetersizliği ile ilgili endişelerden dolayı hastane başvuruları olmaktadır (4). Bazı yayınlarda dehidratasyon ve malnutrisyon gibi önemli sonuçları olan vakalar bildirilmektedir (41).

Birçok araştırmacı OSB tanılı hastalarda atipik yeme özelliği, yeme reddi, seçicilik ve yemekle ilgili ritüeller ve davranışlar bildirmişlerdir (4, 44).

Yeme seçiciliği OSB 'li çocuklarda sıklıkla görülen problemlerden biri olmakta ve çocukların bu alışılmışın dışında yeme davranışları aileler için belirgin stres oluşturmaktadır (4). Yeme seçiciliğinin standart tanımı henüz mevcut değildir ve yeme seçiciliğinin beslenme yetersizliği ile ilişkisi bilinmemektedir (9). Yeme seçiciliği önemli problem olarak gözüke de bu konuda vaka bildirimleri hariç çocukların besin alınımları ile beslenme özelliklerini karşılaştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Seçici yeme, bazı besinleri reddetme, kısıtlı besin repertuarı, belli yiyeceklerin aşırı miktarda alınımı ve belli grup besinin seçici olarak tüketilmesi sıklıkla yeme seçiciliği olarak belirtilmektedir. Bazı yayınlara göre OSB tanısı olan çocuklardaki duyuşal farklılıktaki değişiklikler, örneğin koku, renk, tat alımı ile doku hassasiyetindeki değişiklikler bu tür yeme seçiciliğine sebep olmaktadır (4, 45)

Birçok yayın ve vaka bildirimleri OSB tanısı olan çocukların alışılmışın dışında yeme özellikleri olduğunu bildirmektedir (9). Belli kategorideki yiyeceklere karşı hassasiyet bu çocukların tek tip yiyeceği aşırı miktarda tüketmelerine neden olmaktadır. Azalmış çeşitlikte yiyecek alımı, kısıtlı sayıda besin türlerinin fazla alımı vitamin ve mineral eksikliği gibi durumlara neden olabilmektedir. Bu durum ayrıca çocuğun sağlığı açısından risk oluşturmaktadır (4, 9, 46).

Schreck ve ark. yaptığı bir çalışmada YGB 'u olan çocukların daha sıklıkla besinleri reddettiği, daha farklı tabaklar istediği, daha özel bir şekilde yemeğin

sunulmasını talep ettiği, katı, pütürlüklü yiyeceklerden rahatsız olduğu ve daha sınırlı besin türlerini tükettiğini bulmuştur (8, 41).

Yeme problemleri sağlıklı gelişen çocuklarda da bildirilse de OSB ‘u olan çocuklarda oldukça yüksek sıklıkta (%90) bildirilmektedir (31, 41). OSB tanısı olan çocuklarda daha şiddetli olmakta ve daha uzun sürebilmektedir (4).

Bu çocukların ince motor becerilerinin gelişiminde gerilik veya eşlik eden davranış problemleri nedeniyle çatal, kaşık kullanmalarında sorunlar, ayrıca otizm rahatsızlığının doğasından dolayı bu çocukların özel besin talepleri yapılan az sayıda çalışmada gösterilmektedir (45).

OSB ‘u olan çocuklarda beslenme yetersizliği konusunda yapılan çalışmalarda Kalsiyum, demir, vitamin D, vitamin E ve lif alımında kısıtlılıklar ebeveynler tarafından uygulanan glutensiz ve kazeinsiz diyet dikkate alındığında anlamlı bulunmamıştır (4).

Pika sıklığı mental kısıtlılığı olanlarda %25 olarak bildirilmektedir (47, 41). Pika kendine zarar verici davranışların en önemlilerinden birisidir. Ölüm oranı pikada diğer kendine zarar verici davranışlara göre belirgin olarak yüksektir (48, 41).

Tekrarlayıcı ritualistik davranışlar ve kısıtlı ilgi alanı otizmin çekirdek semptomlarından biri olup hayatın pek çok alanını etkilemektedir, muhtemel yeme seçiciliğinde de rol oynamaktadır (49). OSB’li çocuklar yeni deneyimlere (örneğin yeni yiyecekleri denemek) karşı oldukça dirençlidirler (49). Sıklıkla kısıtlı diyet belli yiyeceklerden kaçınma ya da besin olmayan maddeleri yemeye çalışma OSB tanılı çocuklarda gözlenebilmektedir (45).

Tüm bu yeme problemleri birçok araştırmacılar tarafından farklı şekilde incelenmiş olsa da tam olarak tanımlanabilmiş değildir ve tüm bu problem davranışları ölçebilecek herhangi altın standart ölçüm aracı bulunmamaktadır (4).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Ayaktan Tedavi Ünitesine 1 Ocak 2012-1 Temmuz 2012 tarihleri arasında başvuran hastanemizden takipli OSB ‘u olan hastalar ve konuşma ve sosyal iletişimde gecikme şikâyeti ile ilk kez hastanemize başvurup ve yapılan değerlendirme sonrası DSM IV kriterlerine göre Otistik Bozukluk ve YGB-BTA tanısı alan bireylerden çalışmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

Kontrol grubu olarak Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Çocuk Polikliniği’ne başvuran yeme davranışını etkileyen kronik hastalığı olmayan, herhangi bir psikiyatrik ilaç tedavisi almayan bireyler çalışmaya alınmıştır.

Her iki grup yaş, cinsiyet ve ebeveynlerinin eğitim düzeyi açısından eşitlenmiştir.

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı-yapılandırılmış görüşme formu ve ölçekler kullanılarak hastaların demografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi toplanmıştır.

OSB tanısı olan katılımcıların ebeveynlerinden Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC), Sorun Davranışlar Kontrol Listesi (ABC) ve bu çalışma için tasarlanan Problem Yeme Davranışları Anketi’nin doldurulması istenmiştir.

#### **3.1 Çalışmaya Katılanların Özellikleri**

##### **3.1.1 Çalışmaya alınma kriterleri**

1 Ocak 2012- 1 Temmuz 2012 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Ayaktan Tedavi Ünitesine

başvuran hastanemizden takipli Otistik Bozukluk, YGB-BTA ve Asperger tanısı olan ve hastanemize ilk kez iletişim ve sosyal etkileşimde gerilik şikâyetleri ile başvuran ve yapılan klinik değerlendirme sonrası yukarıdaki tanılarında birisini alan çocuklar araştırma grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu olarak aynı hastanenin Hasta Çocuk Polikliniğine başvurup yeme davranışını etkileyen kronik bir tıbbi hastalığı olmayan ve psikiyatrik ilaç tedavisi kullanmayan 2-18 yaş arası çocuklar alınmıştır. Ebeveynleri ile görüşülmüş ve yalnız Aydınlatılmış Onam (Ek 1) alan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

### **3.1.2 Çalışmadan çıkarılma kriterleri**

Aşağıdaki özellikleri olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

1. Eşlik eden oral motor defisit, serebral palsi ve diğer nörolojik defisiti olan ve fiziksel gelişimi etkileyen ağır tıbbi bozuklukları (Kronik böbrek yetmezliği, Konjestif kalp yetersizliği, hipotiroidi ve d.) olan hastalar
2. Metabolik veya başka tıbbi bir hastalığı olup ve bu amaçla özel bir diyet uygulayan hastalar
3. Genetik bir hastalığı olan hastalar
4. Ağır düzeyde zihinsel geriliği olan ve öyküsünde 2 yaş sonrası yürümeye başlayan hastalar
5. Çalışmayı kabul etmeyen hastalar

## **3.2 Çalışmada Kullanılan Ölçek ve Değerlendirmeler**

### **3.2.1 Klinisyen tarafından doldurulan ölçek ve anketler**

#### **3.2.1.1 Hasta değerlendirme formu (Ek 2)**

Hastaların sosyodemografik özellikleri, kullandığı tedaviler ve herhangi bir yeme bozukluğu tanısı olup olmadığını kontrol eden, bu çalışma için tasarlanan ve araştırmacı tarafından doldurulan bilgi formudur.

Hastaların ilk başvuru şikâyetleri, Prenatal ve Gelişim özellikleri, şimdiye kadar aldığı tedaviler (farmakoterapi, özel eğitim vb.) ve güncel şikâyetler hakkında bilgi edinilmiştir. Görüşmede ebeveynler tarafından belirtilen yeme problemlerine DSM IV kriterlerine göre herhangi bir yeme bozukluğunun (Pika, Ruminasyon, Bebeklerde ya da küçük çocuklarda Beslenme bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Blumiya nervoza, Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu) eşlik edip etmediği kontrol edilmiştir.

#### **3.2.1.2 Çocukluk otizmi derecelendirme ölçeği (CARS) (Ek 3)**

CARS (Childhood Autism Rating Scale) 15 maddeden oluşan, davranışların gözlemlenmesine dayanan, üniteler arasında ara değerlerin olduğu, 1-4 arası 7 puanlık likert tipi ölçektir. Çocukların, diğer insanlarla ilişkileri, beden ve nesne kullanımları, değişikliğe uyumları, sözlü ve sözel olmayan iletişim ve taklit becerilerinin yanı sıra duyuşal özellikleri, korkuları ve etkinlik düzeyleri profesyoneller tarafından değerlendirilir ve puanlanır. Bir puan normal davranışları tanımlarken, dört puan anormal uygunsuz davranışları tanımlamaktadır. CARS 'da 38 ile 60 puan alanlar şiddetli belirtiler gösteren otistik grubu, 30 ile 38 arası puan



alanlar hafif-orta belirtiler gösteren otistik grubu, 15 ile 29 arası puan alanlar ise otistik belirti olmayan grubu oluşturmaktadır.

İlk defa Schopler ve ark. tarafından 1971 yılında otizm tanısında yardımcı bir araç olarak geliştirilmiştir (50). İlk yayımlanan şeklinde DSM III' de yer alan tanı ölçütlerine paralel olarak hazırlanmış, daha sonra DSM-IV-TR' de yer alan ölçütlere göre uyarlanmıştır. CARS 'ın DSM – IV ile büyük oranda bağıntılı olduğu düşünülmektedir. CARS' ın maddelerinden 8, 9, 10 ve 13. maddeler DSM-IV yaygın gelişimsel bozukluk tanı ölçütleri içinde yer almamaktadır.

CARS 'ın Türkçe geçerlilik, güvenirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde 20 YGB tanısı almış erkek çocuk üzerinde yapılmış ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach  $\alpha$ ) 0.86 olarak bulunmuştur. 14. madde hariç ölçekte yer alan diğer maddelerin toplam puanla bağıntısı 0.60 ile 0.91 arasında değişmektedir. 14. madde için bu değer -0.23 olarak bulunmuştur. Yapılan madde analizi sonucunda 14. madde dışındaki maddelerin uç grupları ayırabildiği ve  $p<0.05$  olduğu saptanmıştır (50). Ölçek Türkiye'de otizmle ilgili daha önce yapılan araştırmalarda kullanılmıştır (17, 51).

### **3.2.2 Ebeveynlerin doldurduğu ölçek ve anketler**

#### **3.2.2.1 Otizm davranış kontrol listesi (ABC) (Ek 4)**

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC: Autism Behavior Checklist), Eğitimsel Planlama İçin Otizm Tarama Aracı'nın (ASIEP-2) beş alt ölçeğinden biri olup, duyuşsal 9, ilişki kurma 12, beden ve nesne kullanımı 12, dil becerileri 13, sosyal ve öz bakım becerileri 11 madde olmak üzere toplam beş alt ölçekte 57 maddelik bir

değerlendirme aracıdır ve pek çok ülkede otizmde tarama ve eğitimin değerlendirilmesi için sık başvurulan ölçekler arasındadır. 1993 yılında Krug ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ABC' nin en önemli avantajlarından biri hem öğretmenlerden hem de ebeveynlerden bilgi almayı olanaklı kılan kolay ve uygulanabilir bir araç olmasıdır (52). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 159'dur ve Krug ve arkadaşları kesme puanını 68 olarak önermiştir.

ABC 'nin Türkçeye çevirisi ve geçerlilik / güvenilirlik çalışması 2007 yılında yapılmıştır (53, 54). Yaşları 3-15 arasında değişen 479 çocuktan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan araştırmada ölçeğin doğru sınıflama oranının % 88, Cronbach alfa katsayısı ve iki yarım test güvenilirliğinin ise 92 olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucunda Kesme puanı 39 olarak belirtilen ölçeğin Otizmin ayırt edilmesi, eğitimin planlanması ve değerlendirilmesi gibi konularda kullanılacak geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğuna karar verilmiştir.

### **3.2.2.2 Sorun davranışlar kontrol listesi (ABC) (Ek 5)**

1985 yılında gelişimsel geriliği olan bireylerde tedavi etkinliğini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş olan SDKL günümüzde özellikle okul öncesi dönem çocuklarında uygunsuz ve maladaptif davranışların değerlendirilmesinde sık başvurulan araçlardan biridir. Ölçeğin en önemli özellikleri orta ve ağır derecede zihinsel engeli olan bireyler için geliştirilmiş olması, problem davranışların gruplanmış olması, başta ilaç tedavileri olmak üzere çeşitli müdahale programlarının etkilerini güvenilir şekilde ölçebilmesidir. Ebeveyn tarafından doldurulan test irritabilite, ajitasyon ve aşırı ağlama (1), letarji ve sosyal geri çekilme (2), stereotipik davranışlar (3), hiperaktivite, uyum sorunları (4) ve uygunsuz konuşma (5) olmak

üzere toplam beş alt bölüm içermektedir. SDKL toplam 58 maddeden oluşmaktadır ve her madde davranışın varlığı ve şiddetine göre 0-3 arası puanlanmaktadır (55, 56). Yapılan araştırmalar SDKL 'nin tüm alt ölçek skorlarının çocuk psikiyatrisi tanı grupları açısından anlamlı farklar ortaya koyduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, SDKL çocuk psikiyatrisi klinik örnekleminde, YGB, otizm vb bozuklukların klinik şiddetini değerlendirmede geçerli bir ölçek olarak değerlendirilmektedir.

### **3.2.2.3 Sorunlu yeme davranışları değerlendirme anketi (Ek 6)**

Bu anket daha önceki yeme davranışı ile ilgili araştırmalar temel alınarak düzenlenmiştir (45, 57, 58, 59). Anket yeme davranışı ile ilgili yurtdışında tasarlanmış ölçeklerin Türkçe çevirisini de içermektedir. Temel olarak anket Anne sütü alımı ve ek gıdalara geçiş dönemi özellikleri (60), Kendi başına yeme becerileri, ritualistik veya anormal beslenme ve yeme alışkanlıkları, yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı, yeme zamanı problemleri, ebeveyn baş etme becerileri ve ebeveynlerin çocuklarının yeme davranışı ile ilgili kaygılarını içeren soruları kapsamaktadır (61).

Ankette ilk kısım besin alerjisi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (2 soru). Daha sonra anne sütü alımı ve ek gıdalara geçiş dönemi ile ilgili sorular (6 soru) ve devamında 5 maddelik kendi başına yeme becerileri ile ilgili sorular vardır.

Spesifik Yeme Alışkanlıkları anketi 5 puan üzerinden değerlendirilen ritualistik yeme alışkanlıkları ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. 21. madde pika davranışı ile ilgili sorudur.

Yeni Besinlerden Kaçınma Davranışı Ölçeği (Food Neophobia Scale) toplam 14 maddeden oluşan, gelişimsel problemleri olan çocukların yeni besinlerden kaçınma davranışı ile ilgili soruları içeren bir ölçektir. Ölçek ilk defa Pliner ve Hobden tarafından geliştirilmiş ve kullanılmıştır (45, 58). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

Anketin devamında, yurtdışındaki çalışmalarda kullanılmış olan, Çocukluk Çağı Beslenme ve Yeme Davranışları Değerlendirme Ölçeği'nin (Brief Pediatric Feeding Assessment Scale) soruları vardır. Sorular 5 puan üzerinden (1="Hiçbir zaman", 5="Her zaman") cevaplanmaktadır.

Ölçek ilk defa 1994 yılında Crist ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, 2001 yılında Napier ve Phillips'in katkılarıyla genişletilmiştir (45, 61). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

### **3.3 Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Ölçek puanları, normal dağılım göstermediğinden

Ölçekler arası ilişkileri saptamak için Parametrik olmayan bir yöntem olan Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

Sonuçlar % 95 güven aralığında,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde ve  $p<0,01$  ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

##### 4.1 Hasta ve Kontrol Grubunun Demografik ve Kişisel Özellikleri

Hasta ve kontrol grubunun anketi dolduran ebeveynlerin eğitim özellikleri, cinsiyet, yaş, boy ve kilo dağılım özellikleri Tablo 1, Tablo 2 ve Tablo 3 'de gösterilmektedir.

**Tablo 1. Anketi dolduranın ebeveynin eğitim düzeyi**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		P
		n	%	n	%	
Anketi dolduranın Eğitim düzeyi	ilkokul	8	% 25,0	4	% 11,4	X <sup>2</sup> =2,920 p=0,404
	ortaokul	10	% 31,3	12	% 34,3	
	lise	12	% 37,5	18	% 51,4	
	üniversite	2	% 6,3	1	% 2,9	

**Tablo 2. Cinsiyet dağılımı**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		P
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	26	% 81,3	25	% 71,4	X <sup>2</sup> =0,887 p=0,346
	Kadın	6	% 18,8	10	% 28,6	

**Tablo 3. Yaş, boy ve kilo dağılımı**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Yaş (ay olarak)	111,250	53,416	113,286	70,176	552,000	0,920
Boy	146,444	34,311	123,952	44,686	67,000	0,213
Kilo	37,632	24,320	35,731	21,983	232,500	0,739

Hasta grubunda 2 olguda tıbbi hastalık görüldü. Biri ortopedik problemler, diğeri işitme sorunu idi. Kontrol grubunda görülmedi.

Hasta ve kontrol grubunun tıbbi soygeçmiş ve anne baba arasında akrabalık gibi özellikleri Tablo 4 'de gösterilmektedir.

**Tablo 4. Ailede nöropsikiyatrik hastalık öyküsü**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		p
		n	%	n	%	
Nörolojik Hastalık	Epilepsi	2	% 6,3	0	% 0,0	$\chi^2=2,255$ $p=0,133$
	Yok	30	% 93,8	35	% 100,0	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Evet	18	% 56,3	7	% 20,0	$\chi^2=9,391$ <b>p=0,002**</b>
	Hayır	14	% 43,8	28	% 80,0	
	YGB	5	% 25,0	0	% 0,0	$\chi^2=11,118$ $p=0,134$
	Şizofreni	3	% 15,0	0	% 0,0	
	Duygudurum Bozuklukları	1	% 5,0	3	% 42,9	
	Anksiyete bozuklukları	4	% 20,0	1	% 14,3	
	Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu	2	% 10,0	2	% 28,6	
	Mental Retardasyon	3	% 15,0	0	% 0,0	
	Geç Konuşma	1	% 5,0	0	% 0,0	
Akrabalık derecesi	I Derece Akraba	11	% 57,9	6	% 85,7	$\chi^2=1,911$ $p=0,591$
	II Derece Akraba	6	% 31,6	1	% 14,3	
	III Derece Akraba	1	% 5,3	0	% 0,0	
	Uzak Akraba	1	% 5,3	0	% 0,0	
Anne-baba arası akrabalık	Akrabalık yok	20	% 62,5	30	% 85,7	$\chi^2=8,215$ <b>p=0,042*</b>
	2 derece akraba	5	% 15,6	0	% 0,0	
	3 derece akraba	1	% 3,1	2	% 5,7	
	uzak akraba	6	% 18,8	3	% 8,6	

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

Hasta ve kontrol grubuna ait hamilelik dönemine dair tıbbi ve ruhsal sorunlar Tablo 5 ve Tablo 6 'da gösterilmektedir.

**Tablo 5. Annede hamilelik döneminde tıbbi sorun**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		P
		n	%	n	%	
Annede hamilelikte tıbbi sorun	Evet	8	% 25,0	2	% 5,7	$\chi^2=4,897$ <b>p=0,027*</b>
	Hayır	24	% 75,0	33	% 94,3	
Sorun	Ateşli hastalık, ikiz gebelik	2	% 22,2	0	% 0,0	$\chi^2=11,000$

	<b>Düşük tehdidi</b>	2	% 22,2	1	% 50,0	p=0,358
	<b>Emboli</b>	0	% 0,0	1	% 50,0	
	<b>Endometriyazis</b>	1	% 11,1	0	% 0,0	
	<b>Enfeksiyon</b>	3	% 33,3	0	% 0,0	
	<b>IVF hamileliği</b>	1	% 11,1	0	% 0,0	

\*p<0,05

**Tablo 6. Annede hamilelik döneminde ruhsal sorun**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		P
		N	%	n	%	
<b>Annede hamilelikte ruhsal sorun</b>	<b>Evet</b>	12	% 37,5	1	% 2,9	$\chi^2=12,829$ <b>p=0,000**</b>
	<b>Hayır</b>	20	% 62,5	34	% 97,1	

\*\*p<0,01

Hasta grubunda annede hamilelikte tıbbi sorun oranı (%25), kontrol grubuna göre (%5,7) anlamlı olarak yüksekti ( $X^2=4,897$ ;  $p=0,027<0,05$ ).

Hasta grubunda annede hamilelikte ruhsal sorun oranı (%37,5), kontrol grubuna göre (%2,9) anlamlı olarak yüksekti ( $X^2=12,829$ ;  $p=0,000<0,05$ ).

Hasta ve kontrol grubunun ebeveynlerin hamilelik döneminde yaş özellikleri Tablo 7 'de gösterilmektedir.

**Tablo 7. Annenin ve babanın hamilelik zamanında yaşı**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Anninin hamilelikte yaşı	26,531	5,825	25,200	5,011	490,500	0,382
Babanın hamilelikte yaşı	30,125	8,226	28,286	4,496	447,500	0,157

Hasta ve kontrol grubunun hamilelik döneminde ilaç, sigara, alkol ve X ışını maruziyeti gibi özellikler Tablo 8 'de gösterilmektedir.

**Tablo 8. Annenin hamilelik sırasında ilaç, sigara, alkol kullanımı ve X ışını maruziyeti**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		p
		n	%	n	%	
<b>Anninin hamilelik sırasında ilaç kullanımı</b>	<b>Evet</b>	3	% 9,4	4	% 11,4	$\chi^2=0,075$ $p=0,784$
	<b>Hayır</b>	29	% 90,6	31	% 88,6	



Hamilelik sırasında kullanılan ilaç	Adını bilmiyor	0	% 0,0	1	% 25,0	$\chi^2=6,000$ p=0,306
	Antibiyotik	1	% 50,0	1	% 25,0	
	Claxine	0	% 0,0	1	% 25,0	
	Diazomid	1	% 50,0	0	% 0,0	
	Levetiroksin	0	% 0,0	1	% 25,0	
Annenin hamilelik sırasında sigara kullanımı	Evet	4	% 12,5	6	% 17,1	$\chi^2=0,284$ p=0,594
	Hayır	28	% 87,5	29	% 82,9	
Annenin hamilelik sırasında alkol kullanımı	Hayır	32	% 100,0	35	% 100,0	-
Annenin hamilelik sırasında X ışını maruziyeti	Evet	1	% 3,1	0	% 0,0	$\chi^2=1,110$ p=0,292
	Hayır	31	% 96,9	35	% 100,0	

Annenin hamilelik sırasında ilaç, sigara, alkol kullanımı ve XRAY maruziyeti açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0,05$ ).

Hasta ve kontrol grubunun perinatal döneme ait komplikasyonlar ve doğum özellikleri ile veriler Tablo 9 ve Tablo 10 'da gösterilmektedir. Herhangi bir karşılaştırma anlamlı görülmemektedir.

**Tablo 9. Doğum özellikleri**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		P
		n	%	n	%	
Doğum şekli	Normal Doğum	17	% 53,1	19	% 54,3	$\chi^2=0,009$ p=0,924
	Sezaryen	15	% 46,9	16	% 45,7	
Doğum zamanı	Zamanında	21	% 65,6	30	% 85,7	$\chi^2=5,799$ p=0,055
	Erken Doğum	7	% 21,9	5	% 14,3	
	Prematurite	4	% 12,5	0	% 0,0	
Zor doğum	Uzun Kordon	1	% 3,1	1	% 2,9	$\chi^2=1,143$ p=0,767
	Kanama	0	% 0,0	1	% 2,9	
	Diğer	5	% 15,6	4	% 11,4	
	Yok	26	% 81,3	29	% 82,9	

**Tablo 10. Sarılık Bulguları**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		P
		n	%	n	%	
Fizyolojik sarılık	Evet	7	% 21,9	12	% 34,3	$\chi^2=1,267$ p=0,260
	Hayır	25	% 78,1	23	% 65,7	
Patolojik sarılık	Evet	3	% 9,4	1	% 2,9	$\chi^2=1,265$ p=0,261
	Hayır	29	% 90,6	34	% 97,1	

Fizyolojik ve Patolojik sarılık açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki olguların doğum ağırlığı ( $3484 \pm 267$ ), hasta grubundaki olguların doğum ağırlığından ( $2909 \pm 755$ ) yüksekti ( $p=0,016$ ).

Hasta ve kontrol grubunun konuşma gelişimi ve yürüme gelişimi gibi özellikleri Tablo 11 'de gösterilmektedir.

**Tablo 11. İlk kelime, cümle ve yürüme yaşı ile ilgili bulgular**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
İlk kelimelerini söyleme yaşı	24,710	17,735	10,794	1,452	91,5	<b>0,000**</b>
İlk cümle kurma yaşı	64,444	36,671	16,219	4,982	2,5	<b>0,000**</b>
Yürüme yaşı	13,750	3,263	12,727	2,050	411,5	0,084

\*\* $p<0,01$

Hasta grubundaki olguların 17'si (%53,1) ilaç kullanıyordu. Kontrol grubunda ilaç kullanımı yoktu. Hasta grubundaki olguların 25'i (%78,1) özel eğitim alıyordu. Özel eğitim alan olguların eğitim süresi ortalama  $5,88 \pm 3,28$  (1-13) ay idi.

CARS puanlarına göre; hasta grubundaki olguların 11'i (% 34,4) hafif derecede otizm, 21'i (% 65,6) aşırı derecede otizm tanısı almıştır.

Hasta grubundaki olguların 1'i (% 3,1) Pika, 1'i (% 3,1) Bebek ve küçük çocuklarda yeme bozukluğu, 1'i (% 3,1) Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanısı almıştır.

Olguların CARS puanı ortalaması  $40,89 \pm 6,63$  (25-53) idi.

Hasta grubun ilaç kullanım bilgisi Tablo 12 'de gösterilmektedir.

**Tablo 12. Hasta ilaç kullanım bilgisi**

		n	%
Antipsikotik ilaç kullanımı	Evet	20	64,5
	Hayır	11	35,5
Antipsikotik ilaç	Risperidon	16	80,0
	Aripiprazol	2	10,0
	Risperidon, Haloperidol	1	5,0

	Olanzapin	1	5,0
Antipsikotik ilaç kullanımının faydası	Davranım	11	58,0
	Dikkat, davranım	1	5,3
	Hareketlilik	4	21,1
	Uyku, takıntılar	1	5,3
	Yok	2	10,5
Antipsikotik ilaç kullanımının yan etkisi	Ekstrapiramidal bulgu	1	5,3
	İştah	3	15,8
	Kilo	1	5,3
	Prolaktin artışı	2	10,6
	Yok	12	63,2
Antipsikotik ilaç kullanımının yeme konusunda sağladığı fayda	İştah Artışı	11	52,4
	Fayda yok	10	47,6
Stimulan kullanımı	Evet	12	38,7
	Hayır	19	61,3
Kullanılan stimulan	Metilfenidat	12	100,0
Stimulan kullanımının faydası	Hiperaktivite	2	18,2
	Dikkat	2	18,2
	Yok	7	63,6
Stimulan kullanımının yan etkisi	Stereotipik hareketler	1	9,1
	İrritabilite	6	54,6
	Yok	4	36,4
Stimulanlar ilaç kullanımının yeme konusunda sağladığı fayda	Yemek zamanı problemleri	2	16,7
	Fayda yok	10	83,3
SSRI ilaç kullanımı	Evet	8	25,8
	Hayır	23	74,2
SSRI ilaç	Essitalopram	1	12,5
	Fluoksetin	3	37,5
	Fluvoksamin	1	12,5
	Sertralin	3	37,5
SSRI ilaç kullanımının faydası	Seçici yeme	1	12,5
	Yok	7	87,5
SSRI ilaç kullanımının yan etkisi	Agresiflik, cinsel dürtü	1	12,5
	İrritabilite	3	37,5
	Yok	4	50,0
SSRI ilaç kullanımının yeme konusunda sağladığı fayda	Seçici yeme	1	12,5
	Fayda yok	7	87,5
Diğer ilaç kullanımı	Evet	6	19,4
	Hayır	25	80,6
Diğer ilaç	Hidroksizin	1	16,7
	Korteksin	1	16,7
	Pirasetam	2	33,3

	Valproik asit	2	33,3
Diğer ilaç kullanımının faydası	Dikkat, konuşma	1	20,0
	Uykusuzluk	1	20,0
	Yok	3	60,0
Diğer ilaç kullanımının yan etkisi	Yok	4	100
Diğer ilaç kullanımının yeme konusunda sağladığı fayda	Fayda yok	6	100

Hasta grubun Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) ölçeğine ait veriler Tablo 13 'de gösterilmektedir. En yüksek puan dağılımı ilişki kurma alt ölçeğinde  $21,469 \pm 18,507$  olarak görülmektedir.

**Tablo 13. Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular**

	N	Ort.	S.s	Min.	Max.
Duyusal	32	12,250	17,473	0	99
İlişki kurma	32	<b>21,469</b>	18,507	0	99
Beden ve Nesne kullanımı	32	18,313	18,154	0	99
Dil Becerileri	32	17,000	16,392	2	99
Sosyal ve Öz bakım	32	15,188	16,709	0	99

Hasta grubunun Sorun Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL) ölçeği puan dağılımı Tablo 14 'de gösterilmektedir. Alt ölçek dağılımları yapılan her iki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına göre verilmektedir (55. 56). Alt ölçek gruplarından en yüksek puan dağılımı aşırı hareketlilik  $21,125 \pm 13,001$  ve hiperaktivite  $23,781 \pm 13,433$  olarak görülmektedir.

**Tablo 14. Sorun Davranışlar Kontrol Listesine İlişkin Bulgular**

	N	Ort.	S.s	Min.	Max.
Sorunlu davranışlar ölçeği toplam puanı	32	70,344	41,567	7	163
Aşırı Hareketlilik	32	21,125	13,001	1	45
Atalet	32	20,313	11,476	2	45
Yineleyen Davranışlar	32	6,250	5,118	0	18
Zarar Veren Davranışlar	32	2,688	3,074	0	9
Diğer Davranışlar	32	5,188	2,596	1	11
İrritabilite	32	17,500	12,966	1	44
Letarji-Sosyal geri çekilme	32	16,688	10,193	2	40
Stereotipi	32	7,563	5,956	0	21

Hiperaktivite	32	23,781	13,433	2	46
Konuşma Sorunu	32	4,813	3,856	0	12

#### 4.2 Hasta ve Kontrol Grubunun Sorunlu Yeme Davranışları Açısından Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubunun ek gıdalara geçiş dönemine ilişkin bulgular Tablo 15 ve Tablo 16 'da gösterilmektedir.

**Tablo 15. Anne sütünden ek gıdalara geçiş dönemine ilişkin bulgular**

		Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		p
		n	%	n	%	
Anne sütü alımı	Evet	30	% 93,8	33	% 94,3	X <sup>2</sup> =0,009 p=0,926
	Hayır	2	% 6,3	2	% 5,7	
Ek gıdalara başlamada zorluk	Evet	9	% 28,1	1	% 2,9	X <sup>2</sup> =8,405 p=0,004**
	Hayır	23	% 71,9	34	% 97,1	
Anne sütü bırakmada zorluk	Evet	8	% 25,0	6	% 19,4	X <sup>2</sup> =0,290 p=0,590
	Hayır	24	% 75,0	25	% 80,6	

\*\*p<0,01

**Tablo 16. Anne sütünden ek gıdalara geçişe ilişkin bulgular**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ek gıdalara başlama zamanı	6,156	3,163	5,143	1,556	390,500	0,027*
Anne sütü bırakma zamanı	9,875	8,849	10,500	4,747	377,000	0,144

\*p<0,05

Hasta ve kontrol grubunun yeme becerileri, spesifik yeme alışkanlıkları ve yeni yiyeceklerden kaçınma davranışına ilişkin bulgular Tablo 17, Tablo 18 ve Tablo 19 'da gösterilmektedir.

**Tablo 17. Yeme becerileri değerlendirme soruları**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		

1. Çocuğum yardımsız olarak kaşık kullanabilmektedir.	3,813	1,533	4,571	1,145	385,000	<b>0,007***</b>
2. Çocuğum yardımsız olarak çatal kullanabilmektedir.	3,938	1,523	4,629	1,060	411,500	<b>0,017*</b>
3. Çocuğum yardımsız olarak yemeklerini kendi başına yiyebilmektedir.	3,688	1,595	4,371	1,262	418,000	<b>0,040*</b>
4. Çocuğum atıştırılmalık besinleri (bisküvi, meyve ve d.) başkasının yardımı olmadan kendi başına yiyebilmektedir.	4,125	1,454	4,629	1,140	455,500	0,065
5. Çocuğum istediğinde arzu ettiği yiyecekleri talep eder.	3,844	1,462	4,600	1,035	403,000	<b>0,015*</b>

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 18. Spesifik Yeme Alışkanlıkları**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
1. Çocuğum ancak belli sayıda yiyecekleri yemektedir.	2,844	1,462	1,8	1,346	322,0	<b>0,001**</b>
2. Çocuğum yalnız belirli mekânlarda yemeğini yemektedir.	1,875	1,238	1,314	0,900	398,0	<b>0,010*</b>
3. Çocuğum ancak belirli tabaklardan, kaplardan yemek yemektedir.	1,781	1,211	1,286	0,789	415,0	<b>0,019*</b>
4. Çocuğum yemekleri ancak belirli kişilerle yiyebilmektedir.	2,063	1,544	1,286	0,825	404,5	<b>0,012*</b>
5. Çocuğum yalnızca pürüzsüz yiyecekleri yiyebilmektedir.	1,906	1,400	1,571	1,243	471,5	0,162
6. Karışık yiyecekler içeren yemekleri yemeğe gönülsüzdür.	2,313	1,533	1,514	0,951	395,5	<b>0,019*</b>
7. Çocuğum farklı yiyeceğe ya da yemeğe temas eden yiyecekleri yemez.	2,219	1,408	1,2	0,531	310,0	<b>0,000**</b>
8. Çocuğum kısıtlı sayıda yiyeceği tüketmek gibi dönemleri vardır.	1,500	1,078	1,143	0,494	482,0	0,114
9. Çocuğum içinde parçalar olan yiyecekleri yiyemez.	2,156	1,568	1,457	1,039	428,0	<b>0,047*</b>
10. Çocuğum yemekleri yiyemez.	2,156	1,526	1,571	1,119	442,0	0,087
11. Çocuğum belli kategorideki yiyecekleri yemekte ısrar etmektedir.	2,500	1,414	1,486	0,781	331,0	<b>0,002**</b>
12. Çocuğum belli kategoriye ait	2,125	1,289	1,486	0,951	396,0	<b>0,018*</b>

yiyecekleri yemekten kaçınır.						
13. Çocuğum yemek zamanlarında hiçbir zaman aynı yiyecek türünü 2 gün arka arkaya yememiştir.	1,781	0,975	2,314	1,207	416,0	0,057
14. Çocuğum yemekteki sebze veya besinleri ayrı-ayrı tüketmektedir.	1,875	1,264	1,886	1,891	520,5	0,574
15. Çocuğum kahvaltıda her zaman aynı yemeği yemektedir.	2,406	1,478	2,486	1,011	501,5	0,447
16. Çocuğum öğlen zamanı hep aynı yemeği yemektedir.	1,969	1,332	1,771	0,910	556,0	0,957
17. Çocuğum akşam yemeğinde hep aynı yemek türünü talep etmektedir.	2,094	1,422	1,343	0,725	4,0	<b>0,017*</b>
18. Çocuğum pişirilmemiş sebzeleri yememektedir.	1,969	1,257	1,657	1,187	451,0	0,124
19. Çocuğum yiyecekleri bazı özelliklerinden dolayı reddetmektedir.	2,250	1,295	1,514	0,702	386,5	<b>0,018*</b>
20. Çocuğum pişirilmiş sebzeleri yememektedir.	2,375	1,454	1,914	1,358	454,0	0,145
21. Çocuğum besin veya yiyecek olmayan şeyleri yemektedir.	1,500	1,107	1,0	0,000	455,0	<b>0,008**</b>

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 19. Yeni Yiyeceklerden Kaçınma Davranışı**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
1. Çocuğum sıklıkla farklı ve yeni yiyecek türlerini dener ve hoşlanır.	2,813	1,378	3,429	1,195	406,0	<b>0,048*</b>
2. Çocuğum yeni besin türlerine güvenmemektedir.	2,406	1,241	1,714	0,926	377,0	<b>0,015*</b>
3. Çocuğum yemeğin içinde ne olduğunu bilmezse onu asla denemez.	2,000	1,164	2,057	1,083	531,0	0,701
4. Çocuğum farklı-farklı memleketlerin, kültürlerin yemek türlerinden hoşlanmaktadır.	2,281	1,420	3,057	1,211	367,5	<b>0,013*</b>
5. Çocuğum etnik, kültürel yemekleri acayip bulur.	2,156	1,347	2,200	0,933	493,5	0,380
6. Çocuğum partilerde yeni yemek türlerini denemekten hoşlanır.	1,938	1,318	3,571	1,313	220,0	<b>0,000**</b>
7. Çocuğum daha önce bilmediği,	2,438	1,243	1,743	0,919	377,0	<b>0,016*</b>

denemediği yiyecekleri yemekten çekinir.						
8. Çocuğum yiyeceği yemekler konusunda oldukça kararlı ve dikkatlidir.	3,031	1,513	2,400	1,538	415,5	0,062
9. Çocuğum nerdeyse her şeyi yemektedir.	3,000	1,566	3,657	1,454	423,0	0,076
10. Çocuğum yabancı mutfaklara oldukça fazla ilgilidir.	2,188	1,424	2,943	1,282	377,5	<b>0,018*</b>
11. Çocuğum akranlarına kıyaslanınca yemeklere karşı oldukça seçici, detaycı, mızımız ve zor beğenendir.	2,281	1,486	1,857	1,216	477,5	0,254
12. Çocuğumun yeme davranışından dolayı yemek zamanlarımız oldukça sıkıntılıdır.	2,563	1,585	1,429	1,065	309,0	<b>0,000**</b>
13. Çocuğumun sağlıklı ve iyi iştahı vardır.	3,156	1,568	4,314	1,078	323,0	<b>0,002**</b>
14. Çocuğum oldukça “zararlı” ve “sağlıksız” besinleri tüketmektedir.	2,281	1,276	1,800	0,933	447,0	0,132

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Hasta ve kontrol grubunun beslenme özelliklerine ilişkin BPFAS ölçeği, Ebeveyn kaygısı ve Ebeveyn baş etme becerilerine ilişkin sonuçlar Tablo 20, Tablo 21 ve Tablo 22’de gösterilmektedir.

**Tablo 20. BPFAS (Çocukluk çağı beslenme ve yeme davranışları değerlendirme ölçeği )**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
1. Meyveleri yer	3,781	1,581	4,429	1,037	456,0	0,132
2. Yiyecekleri çiğnemekte zorluğu vardır.	2,188	1,330	1,171	0,382	305,0	<b>0,000**</b>
3. Yemekten zevk alır	3,844	1,417	4,200	1,232	485,5	0,303
4. Yemek zamanı öğürür veya tıkanır	1,625	1,008	1,086	0,284	405,0	<b>0,006**</b>
5. Yeni yiyecekleri dener	3,250	1,414	3,600	1,117	481,5	0,311
6. Et ve balık yer	3,781	1,560	4,257	1,172	476,0	0,244
7. Yemeği bitirmesi 20 dk ’dan daha uzun sürmektedir	2,875	1,454	2,171	1,339	403,0	<b>0,042*</b>
8. Süt içer	3,813	1,330	4,400	1,143	402,5	<b>0,027*</b>
9. Yemek zamanında sofraya rahatça gelir	3,781	1,475	4,314	1,367	431,0	0,062



10. Sık-sık atıştırır ancak yemek zamanında yemek yemez	2,406	1,214	1,971	0,785	463,0	0,201
11. Yemek zamanından önce ve sonra kusar	1,375	0,942	1,029	0,169	469,5	<b>0,032*</b>
12. Sürekli öğütülmüş, süzülmiş veya yumuşak yiyecekleri yemektedir	1,969	1,332	1,371	1,003	407,0	<b>0,017*</b>
13. Yemek zamanı sık-sık masadan kalkar.	2,875	1,519	1,314	0,530	232,5	<b>0,000**</b>
14. Yiyecekleri ağzına alır ancak yutmaz	1,750	1,191	1,143	0,430	419,0	<b>0,015*</b>
15. Yemek zamanı sızlar veya ağlar	2,000	1,344	1,229	0,770	359,0	<b>0,001**</b>
16. Sebzeleri yer	3,375	1,338	4,000	1,213	404,0	<b>0,042*</b>
17. Yemek zamanı öfke nöbetleri olur	1,844	1,370	1,229	0,547	458,0	0,087
18. Nişastalı yiyecekleri yer	2,906	1,422	4,143	1,417	279,5	<b>0,000**</b>
19. Çok az iştahı vardır	2,406	1,365	1,800	1,079	413,5	0,052
20. Yediklerini çıkarır, tükürür.	1,719	1,170	1,171	0,453	433,5	<b>0,033*</b>
21. Konuşarak yemek süresini uzatır	1,938	1,390	1,943	1,136	520,5	0,585
22. Yemekten daha çok içmeyi tercih eder.	2,625	1,385	1,886	1,323	383,5	<b>0,019*</b>
23. Yemek zamanı yiyecekleri reddeder fakat yemek zamanından sonra yiyecek ister	1,938	1,105	2,057	1,056	519,0	0,584
24. Ne yiyeceği konusunda sık-sık soru sorar	2,250	1,391	2,429	1,290	510,5	0,512
25. Gerekli beslenmeyi sağlanması için nazogastrik sonda gereksinimi olmuştur	1,188	0,738	1,000	0,000	507,5	0,066
26. Çocuğumu beslerken yada yedirirken sık-sık telaşlanıyorum, boşa çırpınmış hissediyorum	1,906	1,254	1,343	0,802	423,0	<b>0,030*</b>
27. İsrıması için sık-sık çocuğumu ikna etmeye çalışıyorum	1,875	1,185	1,200	0,531	382,5	<b>0,005**</b>
28. Çocuğumun yemesi için sık-sık tehdit ettiğim olur	1,875	1,238	1,171	0,514	386,5	<b>0,004**</b>
29. Çocuğum yeterli kadar yediği zaman rahatlamış hissediyorum	3,500	1,586	2,686	1,659	409,5	0,050
30. Çocuğumu yemek zamanı idare ettiğim zaman rahatlamış hissediyorum	3,063	1,523	2,286	1,655	405,0	<b>0,041*</b>
31. Çocuğum sunulan yemeyi beğenmezse, başka bir şeyler yapıyorum	2,688	1,595	2,771	1,308	526,0	0,661
32 Çocuğum yemeyi ret edince zorla yiyeceği ağzına koyuyorum	1,938	1,294	1,114	0,404	368,5	<b>0,001**</b>
33. Sık-sık diğer erişkinlerle çocuk beslenmesi konusunda tartışıyorum	2,063	1,243	1,286	0,710	324,5	<b>0,001**</b>
34. Çocuğumun beslenme şekli ona	2,375	1,338	1,657	0,968	388,5	<b>0,020*</b>

zararlı olduğunu hissediyorum						
35. Sürekli yemek zamanı sinirleniyorum ve sakinleşmem için zaman gerekli oluyor.	1,844	1,019	1,400	0,847	421,5	<b>0,039*</b>

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 21. Ebeveyn kaygısı**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ebeveyn kaygısı	2,594	1,411	1,543	0,561	326,000	<b>0,002**</b>

\*\*p<0,01

**Tablo 22. Ebeveyn baş etme becerileri**

	Hasta (n=32)		Kontrol (n=35)		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
1. Çocuğum sunulan yemeği reddetmemesi için daha önceden o yemeği denemiş olması gerekmektedir.	2,563	1,243	2,200	1,232	463,0	0,207
2. Çocuğum yeteri kadar yemediğini düşündüğümde ona atıştırarak bir şeyler verdiğim oluyor.	2,719	1,114	2,371	1,087	471,5	0,249
3. Çocuğum sunulanı yemeği istemediği zaman ona farklı bir yemek vermem, beklerim acıktığı zaman tekrar yemek veririm.	2,375	1,289	2,286	1,526	515,5	0,558
4. Çocuğum olumlu bir davranış sergilediği zaman bazı yiyecekleri ona ödül olarak sunarım	2,281	1,301	3,229	1,416	351,0	<b>0,007**</b>
5. Çocuğum yemek zamanı kendisine sunulan yemeği defalarca reddediyorsa ona farklı bir yemek veririm.	2,625	1,454	2,229	1,330	472,0	0,250
6. Çocuğum yemek zamanı kendisine sunulan yemeği reddediyorsa, ona beğendiği farklı bir yemeği veririm.	2,625	1,454	2,971	1,636	495,0	0,401
7. Yemek zamanı herhangi bir şey içmesine müsaade etmem	2,094	1,088	1,600	1,168	382,0	<b>0,013*</b>
8. Ödül vererek çocuğumun davranışlarını kontrol ederim.	2,250	1,320	2,714	1,467	460,0	0,194

9. Çocuğum için farklı yemek zamanları oluşturmuş durumdayım.	2,281	1,442	1,800	1,431	443,5	0,102
10. Çocuğum yemekte öfke nöbetleri geçirinca ona beğendiğı farklı yemek hazırlarım.	1,969	1,425	1,343	0,998	427,0	<b>0,029*</b>
11. Çocuğum tabakta bulunan tüm yemekleri bitirmesi gerekmektedir.	2,938	1,523	3,057	1,514	537,0	0,768
12. Çocuğumun yemeğini sürdürmesi için sürekli olarak cesaretlendirilmesi gerekmektedir.	2,125	1,454	1,571	1,037	465,0	0,173

\*p<0,05

\*\*p<0,01

### 4.3 Hasta Grubunda Otistik Özellikler ile Sorunlu Yeme Davranışları

#### Arasındaki İlişki

Hasta grubunun CARS puanları ile yeme becerileri, spesifik yeme alışkanlıkları, yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı, BPFAS ölçeğı ve ebeveyn kaygısı arasındaki ilişki aşağıdaki tablolarda verilmektedir

**Tablo 23. Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile Yeme Becerileri arasındaki ilişki**

		CARS puanı
1. Çocuğum yardımsız olarak kaşık kullanabilmektedir.	r	-0,293
	p	0,103
	N	32
2. Çocuğum yardımsız olarak çatal kullanabilmektedir.	r	-0,371
	p	<b>0,036*</b>
	N	32
3. Çocuğum yardımsız olarak yemeklerini kendi başına yiyebilmektedir.	r	-0,318
	p	0,076
	N	32
4. Çocuğum atıştırılmalık besinleri başkasının yardımı olmadan kendi başına	r	-0,241
	p	0,183

yyebilmektedir.	N	32
5. Çocuğum istediğinde arzu ettiği yiyecekleri talep eder.	r	-0,386
	p	<b>0,029*</b>
	N	32

\*p<0,05

**Tablo 24. Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile Spesifik Yeme Alışkanlıkları ilişkisi**

		<b>CARS puanı</b>
1. Çocuğum ancak kısıtlı sayıda yiyecekleri yemektedir.	R	0,263
	P	0,146
	N	32
2. Çocuğum yalnız belirli mekânlarda yemeğini yemektedir (belirli odada, özel masa veya sandalye).	R	0,177
	P	0,334
	N	32
3. Çocuğum ancak belirli tabaklardan, kaplardan yemek yemektedir.	r	0,185
	p	0,311
	N	32
4. Çocuğum yemekleri ancak belirli kişilerle yyebilmektedir (anne, baba, kardeğ).	r	0,162
	p	0,376
	N	32
5. Çocuğum yalnızca pürüzsüz yiyecekleri, yemekleri yyebilmektedir.	r	0,165
	p	0,368
	N	32
6. Karışık yiyecekler içeren yemekleri yemeğe gönülsüzdür.	r	0,080
	p	0,662
	N	32
7. Çocuğum farklı yiyeceğe, yemeğe temas eden yiyecekleri yemez.	r	0,117
	p	0,523
	N	32
8. Çocuğum kısıtlı sayıda yiyeceği tüketmek gibi dönemleri vardır.	r	0,155
	p	0,398
	N	32
9. Çocuğum içinde parçalar olan yiyecekleri yyemez.	r	-0,020
	p	0,914
	N	32
10. Çocuğum yemekleri yyemez.	r	-0,171
	p	0,349

	N	32
11. Çocuğum belli kategorideki yiyecekleri yemekte ısrar etmektedir.	r	0,105
	p	0,567
	N	32
12. Çocuğum belli kategoriye ait yiyecekleri yemekten kaçınır.	r	-0,112
	p	0,542
	N	32
13. Çocuğum yemek zamanlarında hiçbir zaman aynı yiyecek türünü iki gün arka arkaya yememiştir.	r	-0,276
	p	0,126
	N	32
14. Çocuğum yemekteki sebze veya besinleri ayrı-ayrı tüketmektedir.	r	-0,041
	p	0,822
	N	32
15. Çocuğum kahvaltıda her zaman aynı yemeği yemektir.	r	0,026
	p	0,887
	N	32
16. Çocuğum öğlen zamanı hep aynı yemeği yemektir.	r	0,025
	p	0,892
	N	32
17. Çocuğum akşam yemeğinde hep aynı yemek türünü talep etmektedir.	r	0,173
	p	0,344
	N	32
18. Çocuğum pişirilmemiş sebzeleri yememektedir.	r	0,256
	p	0,158
	N	32
19. Çocuğum yiyecekleri bazı özelliklerinden dolayı yemek istememektedir.	r	0,133
	p	0,467
	N	32
20. Çocuğum pişirilmiş sebzeleri yememektedir.	r	0,153
	p	0,402
	N	32
21. Çocuğum besin ve yiyecek olmayan şeyleri yemektir.	r	0,201
	p	0,269
	N	32

**Tablo 25. Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı ölçek soruları arasındaki ilişki**

		CARS puanı
1. Çocuğum sıklıkla farklı ve yeni yiyecek türlerini dener ve hoşlanır.	r	-0,228
	p	0,209
	N	32
2. Çocuğum yeni besin türlerine güvenmemektedir.	r	0,176
	p	0,335
	N	32
3. Çocuğum yemeğin içinde ne olduğunu bilmezse onu asla denemez.	r	0,127
	p	0,488
	N	32
4. Çocuğum farklı-farklı memleketlerin, kültürlerin yemek türlerinden hoşlanmaktadır.	r	-0,200
	p	0,273
	N	32
5. Çocuğum etnik, kültürel yemekleri acayip bulur.	r	-0,085
	p	0,645
	N	32
6. Çocuğum partilerde yeni yemek türlerini denemekten hoşlanır.	r	-0,453
	p	<b>0,009**</b>
	N	32
7. Çocuğum daha önce bilmediği, denemediği yiyecekleri yemekten çekinir, korkar.	r	0,118
	p	0,521
	N	32
8. Çocuğum yiyeceği yemekler konusunda oldukça kararlı ve dikkatlidir.	r	-0,182
	p	0,319
	N	32
9. Çocuğum nerdeyse her şeyi yemektedir.	r	-0,100
	p	0,587
	N	32
10. Çocuğum yabancı mutfaklara oldukça fazla ilgilidir.	r	-0,041
	p	0,826
	N	32
11. Çocuğum diğer akranlarına kıyaslanınca yemeklere karşı oldukça seçici, detaycı, mızımız, zor beğenendir.	r	-0,099
	p	0,589
	N	32
12. Çocuğumun yeme davranışından dolayı yemek zamanlarımız oldukça sıkıntılıdır.	r	0,216
	p	0,234
	N	32

13. Çocuğumun sağlıklı ve iyi iştahı vardır.	r	-0,101
	p	0,584
	N	32
14. Çocuğum oldukça “zararlı” ve “sağlıksız” besinleri tüketmektedir.	r	-0,036
	p	0,845
	N	32

\*\*p<0,01

**Tablo 26. Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile BPFAS soruları arasındaki ilişki**

		<b>CARS puanı</b>
1. Meyveleri yer	r	-0,333
	p	0,063
	N	32
2. Yiyecekleri çiğnemekte zorluğu vardır.	r	0,15
	p	0,411
	N	32
3. Yemekten zevk alır	r	0,093
	p	0,614
	N	32
4. Yemek zamanı öğürür veya tıkanır	r	0,122
	p	0,505
	N	32
5. Yeni yiyecekleri dener	r	-0,261
	p	0,149
	N	32
6. Et ve balık yer	r	-0,199
	p	0,276
	N	32
7. Yemeği bitirmesi 20 dk'dan daha uzun sürmektedir	r	-0,19
	p	0,298
	N	32
8. Süt içer	r	-0,225
	p	0,216
	N	32
9. Yemek zamanında sofraya rahatça gelir	r	-0,209
	p	0,250
	N	32

10. Sık-sık atıştırır ancak yemek zamanında yemek yemez	r	0,107
	p	0,560
	N	32
11. Yemek zamanından önce ve sonra kusar	r	0,032
	p	0,863
	N	32
12. Sürekli öğütülmüş, süzölmüş veya yumuşak yiyecekleri yemektir	r	-0,019
	p	0,918
	N	32
13. Yemek zamanı sık-sık masadan kalkar.	R	0,252
	p	0,165
	N	32
14. Yiyecekleri ağzına alır ancak yutmaz	r	0,107
	p	0,561
	N	32
15. Yemek zamanı sızlar veya ağlar	r	0,525
	p	<b>0,002**</b>
	N	32
16. Sebzeleri yer	r	-0,039
	p	0,833
	N	32
17. Yemek zamanı öfke nöbetleri olur	r	0,447
	p	<b>0,010*</b>
	N	32
18. Nişastalı yiyecekleri yer	r	0,008
	p	0,963
	N	32
19. Çok az iştahı vardır	r	0,006
	p	0,974
	N	32
20. Yediklerini çıkarır, tükürür.	r	0,182
	p	0,320
	N	32
21. Konuşarak yemek süresini uzatır	r	0,060
	p	0,742
	N	32
22. Yemekten daha çok içmeyi tercih eder.	r	0,114
	p	0,533
	N	32
23. Yemek zamanı yiyecekleri reddeder fakat yemek zamanından sonra yiyecek ister	r	0,241
	p	0,184



	N	32
24. Ne yiyeceği konusunda sık-sık soru sorar.	r	-0,071
	p	0,700
	N	32
25. Gerekli beslenmeyi sağlanması için nazogastrik sonda gereksinimi olmuştur.	r	0,095
	p	0,604
	N	32
26. Çocuğumu beslerken ya da yedirirken sık-sık telaşlanıyorum, boşa çırpınmış hissediyorum.	r	0,165
	p	0,366
	N	32
27. Isırması için sık-sık çocuğumu ikna etmeye çalışıyorum.	r	0,189
	p	0,299
	N	32
28. Çocuğumun yemesi için sık-sık tehdit ettiğim olur.	r	0,284
	p	0,115
	N	32
29. Çocuğum yeterli kadar yediği zaman rahatlamış hissediyorum.	r	-0,187
	p	0,306
	N	32
30. Çocuğumu yemek zamanı idare ettiğim zaman rahatlamış hissediyorum.	r	0,192
	p	0,293
	N	32
31. Çocuğum sunulan yemeyi beğenmezse, başka bir şeyler yapıyorum.	r	0,047
	p	0,800
	N	32
32. Çocuğum yemeyi ret edince zorla yiyeceği ağzına koyuyorum.	r	0,065
	p	0,723
	N	32
33. Sık-sık diğer erişkinlerle çocuk beslenmesi konusunda tartışıyorum.	r	0,352
	p	<b>0,048*</b>
	N	32
34. Çocuğumun beslenme şekli ona zararlı olduğunu hissediyorum.	r	0,189
	p	0,301
	N	32
35. Sürekli yemek zamanı sinirleniyorum ve sakinleşmesi için zaman gerekli olur.	r	0,234
	p	0,197
	N	32

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 27. Hasta grubundaki olguların CARS puanları ile Ebeveyn kaygısı ilişkisi**

		CARS puanı
Ebeveyn kaygısı	r	0,414
	p	<b>0,018</b>
	N	32

Hasta grubunun CARS puanları ile Ebeveyn baş etme becerileri sorularının korelasyon analizinde herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hasta grubunun otizm davranış değerlendirme ölçeğinin alt puanları ile yeme becerileri sorularının korelasyon analizinde anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Hasta grubunun otizm davranış değerlendirme ölçeğinin alt puanları ile spesifik yeme alışkanlıkları, yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı, ebeveyn kaygısı ve ebeveyn baş etme becerileri ile ilişkisi aşağıdaki tablolarda verilmektedir.

**Tablo 28. Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Spesifik Yeme Alışkanlıkları ilişkisi**

		Duyusal	İlişki kurma	Beden ve Nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz bakım
1. Çocuğum ancak belli sayıda yiyecekleri yemektedir.	r	0,171	0,280	0,372	0,040	0,332
	p	0,350	0,120	<b>0,036*</b>	0,827	0,063
	N	32	32	32	32	32
2. Çocuğum yalnız belirli mekânlarda yemeğini yemektedir.	r	0,004	0,133	0,144	-0,096	0,072
	p	0,981	0,468	0,432	0,602	0,696
	N	32	32	32	32	32
3. Çocuğum ancak belirli tabaklardan, kaplardan yemek yemektedir.	r	0,083	0,275	0,176	-0,072	0,222
	p	0,653	0,127	0,336	0,694	0,222
	N	32	32	32	32	32
4. Çocuğum yemekleri ancak belirli kişilerle yiyebilmektedir.	r	0,210	0,210	0,281	-0,170	0,100
	p	0,250	0,249	0,120	0,353	0,586
	N	32	32	32	32	32
5. Çocuğum yalnızca pürüzsüz yiyecekleri, yemekleri yiyebilmektedir.	r	0,228	0,426	0,522	0,177	0,435
	p	0,209	<b>0,015*</b>	<b>0,002**</b>	0,332	<b>0,013*</b>
	N	32	32	32	32	32

6. Karışık yiyecekler içeren yemekleri yemeğe gönülsüzdür.	r	0,319	0,287	0,389	0,173	0,363
	p	0,075	0,111	<b>0,028*</b>	0,343	<b>0,041*</b>
	N	32	32	32	32	32
7. Çocuğum farklı yiyeceğe, yemeğe temas eden yiyecekleri yemez.	r	0,220	0,346	0,234	0,287	0,474
	p	0,226	0,052	0,197	0,111	<b>0,006**</b>
	N	32	32	32	32	32
8. Çocuğum kısıtlı sayıda yiyeceği tüketmek gibi dönemleri vardır.	r	0,365	0,433	0,355	0,442	0,479
	p	<b>0,040*</b>	<b>0,013*</b>	<b>0,046*</b>	<b>0,011*</b>	<b>0,005**</b>
	N	32	32	32	32	32
9. Çocuğum içinde parçalar olan yiyecekleri yiyemez.	R	-0,116	0,086	0,118	0,041	-0,086
	p	0,527	0,639	0,521	0,824	0,639
	N	32	32	32	32	32
10. Çocuğum yemekleri yiyemez.	r	-0,057	0,075	0,122	0,288	0,075
	p	0,756	0,682	0,505	0,110	0,683
	N	32	32	32	32	32
11. Çocuğum belli kategorideki yiyecekleri yemekte ısrar etmektedir.	r	0,318	0,177	0,301	0,063	0,066
	p	0,076	0,333	0,094	0,733	0,720
	N	32	32	32	32	32
12. Çocuğum belli kategoriye ait yiyecekleri yemekten kaçınır.	r	0,155	-0,033	0,212	0,090	0,074
	p	0,396	0,857	0,245	0,624	0,686
	N	32	32	32	32	32
13. Çocuğum yemek zamanlarında hiçbir zaman aynı yiyecek türünü iki gün arka arkaya yememiştir.	R	0,124	0,062	0,045	0,408	0,114
	p	0,500	0,735	0,808	<b>0,020*</b>	0,536
	N	32	32	32	32	32
14. Çocuğum yemekteki sebze veya besinleri ayrı ayrı tüketmektedir.	r	0,087	0,227	0,119	0,220	0,296
	p	0,635	0,212	0,518	0,226	0,100
	N	32	32	32	32	32
15. Çocuğum kahvaltıda her zaman aynı yemeği yemektedir.	r	0,179	0,097	0,143	-0,025	0,068
	p	0,327	0,599	0,435	0,891	0,713
	N	32	32	32	32	32
16. Çocuğum öğlen zamanı hep aynı yemeği yemektedir.	r	0,342	0,265	0,231	0,057	0,271
	p	0,056	0,142	0,204	0,755	0,133
	N	32	32	32	32	32
17. Çocuğum akşam yemeğinde hep aynı yemek türünü talep etmektedir.	r	0,471	0,457	0,223	0,109	0,291
	p	<b>0,007**</b>	<b>0,009**</b>	0,219	0,554	0,106
	N	32	32	32	32	32

18. Çocuğum pişirilmemiş sebzeleri yememektedir.	r	0,112	0,092	0,118	-0,208	-0,033
	p	0,541	0,616	0,521	0,253	0,857
	N	32	32	32	32	32
19. Çocuğum yiyecekleri bazı özelliklerinden dolayı yemek istememektedir.	r	0,060	0,185	0,093	0,126	0,095
	p	0,745	0,310	0,614	0,491	0,605
	N	32	32	32	32	32
20. Çocuğum pişirilmiş sebzeleri yememektedir.	r	0,246	0,311	0,149	0,017	0,187
	p	0,175	0,083	0,417	0,927	0,305
	N	32	32	32	32	32
21. Çocuğum besin, yiyecek olmayan şeyleri yemektir.	r	0,336	0,301	0,329	0,311	0,441
	p	0,060	0,094	0,066	0,083	<b>0,012*</b>
	N	32	32	32	32	32

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 29. Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Yeni Yiyeceklerden Kaçınma Davranışı ilişkisi**

		Duyusal	İlişki kurma	Beden ve Nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz bakım
1. Çocuğum sıklıkla farklı ve yeni yiyecek türlerini dener ve hoşlanır.	r	-0,085	-0,155	-0,193	0,196	-0,078
	p	0,645	0,396	0,290	0,283	0,672
	N	32	32	32	32	32
2. Çocuğum yeni besin türlerine güvenmemektedir.	r	0,031	0,223	0,205	0,014	0,179
	p	0,868	0,219	0,260	0,938	0,327
	N	32	32	32	32	32
3. Çocuğum yemeğin içinde ne olduğunu bilmezse onu asla denemez.	r	0,173	0,246	0,017	0,136	0,235
	p	0,345	0,175	0,925	0,459	0,195
	N	32	32	32	32	32
4. Çocuğum farklı-farklı memleketlerin, kültürlerin yemek türlerinden hoşlanmaktadır.	r	0,073	-0,086	-0,096	0,203	-0,124
	p	0,690	0,638	0,601	0,264	0,500
	N	32	32	32	32	32
5. Çocuğum etnik, kültürel yemekleri acayip bulur.	r	0,351	0,349	0,185	0,314	0,207
	p	<b>0,049*</b>	0,051	0,310	0,081	0,256
	N	32	32	32	32	32
6. Çocuğum partilerde yeni yemek türlerini denemekten hoşlanır.	r	-0,092	-0,067	-0,033	0,381	-0,112
	p	0,615	0,716	0,856	<b>0,031*</b>	0,543
	N	32	32	32	32	32

7. Çocuğum daha önce bilmediği, denemediği yiyecekleri yemekten çekinir, korkar.	r	0,131	0,282	0,122	0,066	0,157
	p	0,473	0,118	0,505	0,719	0,391
	N	32	32	32	32	32
8. Çocuğum yiyeceği yemekler konusunda oldukça kararlı ve dikkatlidir.	r	0,025	0,099	-0,081	0,262	-0,023
	p	0,891	0,589	0,660	0,147	0,899
	N	32	32	32	32	32
9. Çocuğum nerdeyse her şeyi yemektedir.	r	-0,170	-0,249	-0,166	-0,179	-0,211
	p	0,353	0,170	0,363	0,327	0,245
	N	32	32	32	32	32
10. Çocuğum yabancı mutfaklara oldukça fazla ilgilidir.	r	0,023	0,182	-0,130	0,037	-0,081
	p	0,899	0,318	0,478	0,842	0,660
	N	32	32	32	32	32
11. Çocuğum diğer akranlarına kıyaslanınca yemeklere karşı oldukça seçici, detaycı, mızımız, zor beğenendir.	r	0,134	0,118	0,130	0,343	0,280
	p	0,465	0,520	0,479	0,055	0,120
	N	32	32	32	32	32
12. Çocuğumun yeme davranışından dolayı yemek zamanlarımız oldukça sıkıntılıdır.	r	0,177	0,260	0,180	-0,087	0,093
	p	0,331	0,150	0,324	0,635	0,614
	N	32	32	32	32	32
13. Çocuğumun sağlıklı ve iyi iştahı vardır.	r	-0,102	0,033	-0,129	0,066	0,080
	p	0,579	0,860	0,481	0,719	0,664
	N	32	32	32	32	32
14. Çocuğum oldukça “zararlı” ve “sağlıksız” besinleri tüketmektedir.	r	0,134	0,127	-0,000	0,206	0,236
	p	0,463	0,489	0,998	0,257	0,194
	N	32	32	32	32	32

\*p<0,05

**Tablo 30. Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile BPFAS arasındaki ilişkisi**

		Duyusal	İlişki kurma	Beden ve Nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz bakım
1. Meyveleri yer	r	0,001	-0,174	-0,119	0,122	-0,166
	p	0,995	0,341	0,517	0,506	0,364
	N	32	32	32	32	32
2. Yiyecekleri çiğnemekte zorluğu vardır.	r	-0,008	0,1	0,222	0,103	0,311
	p	0,967	0,587	0,222	0,575	0,083
	N	32	32	32	32	32

3. Yemekten zevk alır	r	0,176	0,307	0,022	0,271	0,181
	p	0,334	0,088	0,905	0,134	0,321
	N	32	32	32	32	32
4. Yemek zamanı öğürür veya tıkanır	r	0,24	0,298	0,21	0,18	0,315
	p	0,186	0,097	0,25	0,324	0,079
	N	32	32	32	32	32
5. Yeni yiyecekleri dener	r	-0,129	-0,108	-0,228	0,18	-0,156
	p	0,48	0,557	0,209	0,323	0,393
	N	32	32	32	32	32
6. Et ve balık yer	r	-0,288	-0,344	-0,509	-0,22	-0,354
	p	0,11	0,054	<b>0,003**</b>	0,225	<b>0,047*</b>
	N	32	32	32	32	32
7. Yemeği bitirmesi 20 dk' dan daha uzun sürmektedir	r	-0,105	0,006	0,084	-0,039	-0,007
	p	0,567	0,975	0,649	0,833	0,97
	N	32	32	32	32	32
8. Süt içer	r	-0,128	-0,157	0,074	0,086	-0,177
	p	0,486	0,39	0,689	0,639	0,334
	N	32	32	32	32	32
9. Yemek zamanında sofraya rahatça gelir	r	-0,139	-0,165	-0,392	0,006	-0,082
	p	0,448	0,368	<b>0,027</b>	0,972	0,655
	N	32	32	32	32	32
10. Sık-sık atıştırır ancak yemek zamanında yemek yemez	r	0,075	0,115	0,054	0,161	0,107
	p	0,685	0,531	0,768	0,378	0,56
	N	32	32	32	32	32
11. Yemek zamanından önce ve sonra kusar	r	0,368	0,442	0,578	0,513	0,52
	p	<b>0,038*</b>	<b>0,011*</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,003**</b>	<b>0,002**</b>
	N	32	32	32	32	32
12. Sürekli öğütülmüş, süzölmüş veya yumuşak yiyecekleri yemektir	r	-0,06	0,035	0,142	0,175	0,098
	p	0,743	0,85	0,438	0,339	0,593
	N	32	32	32	32	32
13. Yemek zamanı sık-sık masadan kalkar.	r	0,235	0,362	0,304	-0,052	0,192
	p	0,195	<b>0,042*</b>	0,09	0,778	0,293
	N	32	32	32	32	32
14. Yiyecekleri ağzına alır ancak yutmaz	r	0,131	0,213	0,325	0,132	0,279
	p	0,475	0,241	0,069	0,471	0,123
	N	32	32	32	32	32
15. Yemek zamanı sızlar veya ağlar	r	0,268	0,333	0,519	0,018	0,435
	p	0,139	0,063	<b>0,002**</b>	0,921	<b>0,013*</b>
	N	32	32	32	32	32
16. Sebzeleri yer	r	-0,04	-0,11	0,08	-0,04	-0,075
	p	0,826	0,549	0,662	0,828	0,685

	N	32	32	32	32	32
17. Yemek zamanı öfke nöbetleri olur	r	0,413	0,462	0,575	0,185	0,583
	p	<b>0,019*</b>	<b>0,008**</b>	<b>0,001**</b>	0,311	<b>0,000**</b>
	N	32	32	32	32	32
18. Nişastalı yiyecekleri yer	r	0,031	0,039	0,121	-0,051	0,05
	p	0,868	0,831	0,51	0,783	0,786
	N	32	32	32	32	32
19. Çok az iştahı vardır	r	-0,031	-0,033	0,074	-0,084	0,013
	p	0,865	0,858	0,689	0,647	0,944
	N	32	32	32	32	32
20. Yediklerini çıkarır, tükürür.	r	0,54	0,454	0,669	0,386	0,554
	p	<b>0,001**</b>	<b>0,009**</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,029*</b>	<b>0,001**</b>
	N	32	32	32	32	32
21. Konuşarak yemek süresini uzatır	r	0,112	0,218	0,244	0,386	0,44
	p	0,542	0,23	0,178	<b>0,029*</b>	<b>0,012*</b>
	N	32	32	32	32	32
22. Yemekten daha çok içmeyi tercih eder.	r	0,165	0,195	0,464	0,137	0,224
	p	0,367	0,284	<b>0,007**</b>	0,454	0,219
	N	32	32	32	32	32
23. Yemek zamanı yiyecekleri reddeder fakat yemek zamanından sonra yiyecek ister	r	0,404	0,295	0,249	0,051	0,301
	p	<b>0,022*</b>	0,101	0,169	0,781	0,094
	N	32	32	32	32	32
24. Ne yiyeceği konusunda sık-sık soru sorar	r	0,195	0,212	0,144	0,498	0,331
	p	0,284	0,244	0,432	<b>0,004**</b>	0,064
	N	32	32	32	32	32
25. Gerekli beslenmeyi sağlanması için nazogastrik sonda gereksinimi olmuştur	r	0,098	0,337	0,184	0,211	0,386
	p	0,592	0,060	0,315	0,247	<b>0,029*</b>
	N	32	32	32	32	32
26. Çocuğumu beslerken yada yedirirken sık-sık telaşlanıyorum, boşa çırpınmış hissediyorum	r	0,058	0,187	0,204	0,006	0,272
	p	0,751	0,305	0,264	0,974	0,132
	N	32	32	32	32	32
27. İsrması için sık-sık çocuğumu ikna etmeye çalışıyorum	r	-0,072	0,073	0,163	0,088	0,113
	p	0,696	0,691	0,373	0,633	0,537
	N	32	32	32	32	32
28. Çocuğumun yemesi için sık-sık tehdit ettiğim olur	r	0,021	0,295	0,378	0,274	0,416
	p	0,909	0,101	<b>0,033*</b>	0,129	<b>0,018*</b>
	N	32	32	32	32	32
29. Çocuğum yeterli kadar yediği zaman rahatlamış hissediyorum	r	-0,125	-0,058	-0,159	-0,01	0,046
	p	0,496	0,753	0,384	0,955	0,804
	N	32	32	32	32	32
30. Çocuğumu yemek zamanı idare	r	-0,004	0,037	0,175	-0,075	0,158

ettiğim zaman rahatlamış hissediyorum	p	0,982	0,84	0,339	0,682	0,387
	N	32	32	32	32	32
31. Çocuğum sunulan yemeyi beğenmezse, başka bir şeyler yapıyorum	r	-0,015	0,117	-0,018	0,087	0,189
	p	0,937	0,522	0,923	0,636	0,3
	N	32	32	32	32	32
32 Çocuğum yemeyi ret edince zorla yiyeceği ağzına koyuyorum	r	0,261	0,326	0,312	0,089	0,293
	p	0,148	0,069	0,082	0,627	0,103
	N	32	32	32	32	32
33. Sık-sık diğer erişkinlerle çocuk beslenmesi konusunda tartışıyorum	r	0,083	0,317	0,336	0,137	0,406
	p	0,652	0,077	0,06	0,455	<b>0,021*</b>
	N	32	32	32	32	32
34. Çocuğumun beslenme şekli ona zararlı olduğunu hissediyorum	r	0,155	0,247	0,042	0,121	0,337
	p	0,398	0,173	0,819	0,51	0,06
	N	32	32	32	32	32
35. Sürekli yemek zamanı sinirleniyorum ve sakinleşmesi için zaman gerekli olur	r	0,404	0,493	0,329	0,273	0,416
	p	<b>0,022*</b>	<b>0,004**</b>	0,066	0,131	<b>0,018*</b>
	N	32	32	32	32	32

\*p<0,05      \*\*p<0,01

**Tablo 31. Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Ebeveyn kaygısı ilişkisi**

		Duyusal	İlişki kurma	Beden ve Nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz bakım
Ebeveyn kaygısı	r	0,473	0,483	0,364	0,012	0,411
	p	<b>0,006**</b>	<b>0,005**</b>	<b>0,040*</b>	0,950	<b>0,020*</b>
	N	32	32	32	32	32

\*p<0,05      \*\*p<0,01

**Tablo 32. Hasta grubundaki olguların Otizm Davranış Değerlendirme Ölçeği ile Ebeveyn Baş Etme Becerisi ilişkisi**

		Duyusal	İlişki kurma	Beden ve Nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz bakım
1. Çocuğum yemekte sunulan yemeği reddetmemesi için daha önceden o yemeği denemiş olması gerekmektedir.	r	0,221	0,210	0,109	0,315	0,139
	p	0,223	0,248	0,553	0,079	0,449
	N	32	32	32	32	32



2. Çocuğum yemekte yeteri kadar yemediğini düşündüğümde ona atıştırarak bir şeyler verdiğim oluyor.	r	-0,054	0,009	-0,101	0,132	-0,026
	p	0,771	0,963	0,584	0,472	0,886
	N	32	32	32	32	32
3. Çocuğum yemekte sunulanı yemek istemediği zaman ona farklı bir yemek vermem, beklerim acıktığı zaman tekrar yemek veririm.	r	-0,024	0,035	0,209	0,078	0,136
	p	0,898	0,848	0,251	0,672	0,459
	N	32	32	32	32	32
4. Çocuğum olumlu bir davranış sergilediği zaman bazı yiyecekleri ona ödül olarak sunar	r	0,128	0,177	0,013	0,263	0,199
	p	0,484	0,334	0,943	0,146	0,275
	N	32	32	32	32	32
5. Çocuğum yemek zamanı kendisine sunulan yemeği reddediyorsa ona farklı bir yemek veririm.	r	0,234	0,305	0,180	0,472	0,166
	p	0,197	0,090	0,323	<b>0,006</b>	0,364
	N	32	32	32	32	32
6. Çocuğum yemek zamanı kendisine sunulan yemeği reddediyorsa ona beğendiği bir yemeği veririm.	r	0,102	0,202	-0,018	0,382	0,169
	p	0,580	0,268	0,924	<b>0,031</b>	0,355
	N	32	32	32	32	32
7. Yemek zamanı herhangi bir şey içmesine müsaade etmem	r	0,134	0,185	0,229	-0,012	0,430
	p	0,464	0,310	0,208	0,949	<b>0,014</b>
	N	32	32	32	32	32
8. Ödül vererek çocuğumun davranışlarını kontrol ederim.	r	0,256	0,107	0,019	0,205	0,273
	p	0,157	0,561	0,919	0,260	0,131
	N	32	32	32	32	32
9. Çocuğum için farklı yemek zamanları oluşturmuş durumdayım.	r	-0,016	0,070	0,129	0,281	-0,123
	p	0,932	0,702	0,482	0,119	0,503
	N	32	32	32	32	32
10. Çocuğum yemekte öfke nöbetleri geçirince ona beğendiği farklı yemek hazırlarım.	r	0,222	0,348	0,200	0,273	0,500
	p	0,223	0,051	0,272	0,131	<b>0,004</b>
	N	32	32	32	32	32
11. Çocuğum tabakta bulunan tüm yemekleri bitirmesi gerekmektedir.	r	-0,123	0,157	0,110	0,014	0,176
	p	0,502	0,391	0,548	0,937	0,336
	N	32	32	32	32	32
12. Çocuğumun yemeğini sürdürmesi için sürekli olarak cesaretlendirilmesi gerekmektedir.	r	0,190	0,299	0,445	0,164	0,357
	p	0,297	0,097	<b>0,011</b>	0,369	<b>0,045</b>
	N	32	32	32	32	32

\*p<0,05

\*\*p<0,01

## 5. TARTIŞMA

### 5.1 Genel Değerlendirme

Bu alışmada OSB tanılı hastalar ayrıntılı psikiyatrik muayene ile değerlendirilmiş, klinisyen ve ebeveynler tarafından doldurulan ölçek ve anketler ile psikiyatrik, sistemik, ailesel, gelişimsel özellikler ve yeme davranışları incelenmiştir. Araştırmamızda, günümüze kadar OSB tanılı bireylerde yapılmış sorunlu yeme davranışı çalışmaları temel alınmış, hasta grup sağlıklı kontrollerle sosyodemografik özellikler eşlenerek karşılaştırılmış, sorunlu yeme davranışlarının özellikleri ve ilişkili risk etkenleri aydınlatılmaya çalışılmıştır.

OSB; toplumsal etkileşim, iletişim ve basmakalıp davranışlar ile karakterize, hayatın erken yaşlarından başlayıp yaşam boyu süren nöropsikiyatrik hastalıklar olarak tanımlanmakta olup, otistik özelliklerin niteliği, şiddeti, ek klinik ve gelişimsel özellikler söz konusu spektrum içinde değişkenlik göstermektedir. Bu araştırmada OSB tanılı bireylerde görülen sorunlu yeme davranışları pek çok değişken bağlamında incelenmiştir.

Çalışmaya 32 OSB tanılı hasta (26 Erkek, 6 Kız) ve 35 sağlıklı kontrol (25 Erkek, 10 Kız) alınmış, bireylerin beslenmesini etkileyen sistemik hastalıkların varlığı dışlanmıştır. Çalışmaya alınan OSB tanılı bireylerin 24' DSM IV kriterlerine göre Otistik bozukluk, 8'i ise Yaygın gelişimsel bozukluk- Başka türlü adlandırılmayan tanısını almaktaydı. Rett bozukluğu, çocukluk çağının dezintegratif bozukluğu, sistemik hastalıklar, genetik hastalıklar ve serebral palsi gibi bir motor defisit benzeri nörolojik problemi olan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular kısmında belirtilen CARS, SDKL ve ABC puanlarına göre, otizm tanılı olguların yüksek düzeyde otizm belirtileri ve otizmle ilişkili davranış sorunları gösterdiği gözlenmekteydi.

Çalışmamız, OSB tanılı çocukların beslenme özellikleri ile ülkemizde yapılan ilk çalışma niteliğindedir.

## **5.2 Elde Edilen Bulguların Önceki Çalışmalar ile Karşılaştırılması**

### **5.2.1 Sosyodemografik ve gelişimsel özellikler**

Araştırmaya katılan hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun eğitim düzeyi sorulmuş, her iki grup bu açıdan eşleştirilmiştir. Çalışmaya katılan OSB tanılı hastaların 26 'ı (% 81,3) erkek ve 6 'ı (%18,8) kız olduğundan kontrol grubunun da benzer özelliklerde olmasına özen gösterilmiş, her iki grup erkek cinsiyet ağırlıklı olarak yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmiştir. Bu durum klinik araştırmalarda erkek popülasyon ağırlıklı olduğu gösterilmesine rağmen bizim çalışmamızda anlamlı bir fark çıkmamasının nedeni çalışmayı oluşturan daha önceki çalışmalarda görülen örneklem yanlılığı bu çalışmada giderilmiştir (62, 63).

Her iki grup boy, kilo açısından değerlendirilmiş olup, herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada ayrıca alınan hastalar sistemik hastalık açısından taranmıştır; beslenme ve yeme davranışını etkileyen sistemik hastalar her iki grupta dışlandığı için bu açıdan her iki grupta da anlamlı fark bulunmamıştır. Bu konu bazı çalışmalarda bir başka yanlılık nedenidir (17, 64, 65).

Hasta grubun ailede nöropsikiyatrik hastalık öyküsü kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Bu sonuç yapılan çalışmaları

destekler niteliktedir (17, 66-68). Hasta grubunda anne-baba arası akrabalık kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p= 0.042$ ). Bu durum da otizme neden olabilecek bazı genetik hastalıkların görülme sıklığını artırabilir, fakat otizme neden olabilecek spesifik bir genetik hastalık henüz tanımlanabilmiş değildir. Akraba evliliğinin az görüldüğü yabancı ülkelerde bu konuda çalışmalar az olsa da ülkemizde yapılan çalışmaların bulguları benzer niteliktedir (17, 69).

Çalışmamızda OSB olan hastaların anneleri hamilelikte daha fazla genel tıbbi sorun bildirmektedir ( $p= 0.027$ ). Bu durum daha önce yapılan çalışmalara benzerdir (70, 71). Ayrıca, OSB tanılı hastaların anneleri hamilelik dönemine ilişkin daha fazla ruhsal sorun bildirimi yapmıştır ( $p<0,0001$ ). Bu sonuç bu konuda yapılan çalışmaları destekler niteliktedir (17, 72, 73). Söz konusu bulguların nedeni aydınlatılmış değildir. Bu bağlamda bildirim yanlılığını akılda tutmak gerekir (17, 74).

### **5.2.2 OSB tanılı çocukların ilaç kullanımı ile ilgili bulgular**

Çalışmamıza katılan hastaların kullandığı ilaçlar sorgulandığında hastaların %64'ünün antipsikotik kullandığı, %38'inin stimulan kullandığı, % 25'inin SSRI ve %19'unun bunlar dışında başka bir ilaç kullandıkları gözükmekteydi. Antipsikotiklerden risperidon %80, diğer grup antipsikotikler ise %20'lik kısmı oluşturmaktaydı. Antipsikotik kullanımından görülen yararlanma oranları daha önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (75-77).

Antipsikotik kullanırken oluşan yan etkiler incelendiğinde hastaların %11'i prolaktin artışı yan etkisi bildirmekteydi. Hastaların %63'ü herhangi bir yan etki bildirmemekteydi. Bu bulgular yapılan çalışmalara benzer niteliktedir (75-77).

Burada dikkat çeken nokta, antipsikotik ilaç kullanan hastaların yeme davranışları açısından faydası sorulduğunda %53'ü iştah artışı belirtirken, yan etki olarak iştah artışı belirten hastalar %16 civarındaydı. Bu durum bazı hastaların ebeveynlerinin iştah artışı yan etki olarak görmediğini işaret etmektedir.

Bu örnekte, stimulan grubu ilaç kullanımı %38,7'i (12) oranında bildirilmiştir ve tedaviden yararlanma oranları değişkendir. Yeme davranışı ve metilfenidat tedavisi ilişkisi üzerine araştırma bulunmamakla birlikte ilgili bilimsel yazında, otizm tanılı bireylerde stimulan tedavisi sonuçları bizim bulgularımızla benzerdir (2,3, 78, 79).

### **5.2.3 Anne sütünden ek gıdalara geçiş dönemi ile ilgili bulgular**

Anne sütünden ek gıdalara geçiş dönemi ile bulgular hipotezi destekler nitelikte anlamlı bulunmuştur. Hasta grubunun anneleri ek gıdalara geçmekte zorlandığını kontrol grubuna göre daha fazla bildirilmekteydi. Bu durum yapılan çalışmalarda OSB tanılı hastaların yeni uyaranlardan kaçınma ve besin çeşitliğinin arttığı dönem ile ilgili sorunları bağlamında benzerlik göstermektedir. Ayrıca OSB tanılı hastaların ebeveynleri ek gıdalara başlama zamanında kontrol grubuna göre yukarıdaki sonucu destekleyecek nitelikte gecikme olduğunu bildirilmektedir. İki sonuç da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p= 0.004$ ,  $p=0.027$ ). Bu sonuç OSB tanılı bireylerin duyu hassasiyeti ile ilgili sorunlarından kaynaklanabileceği gibi, OSB tanılı hastaların ebeveynlerinin o döneme özgü daha fazla sorun bildirmesiyle ilişkili olabilir.

Bu konuda prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bulgu ileride yapılan çalışmalar ile desteklenirse OSB tanısının daha erken konulmasına yardımcı olabilir (80,81).

#### **5.2.4 Kendi başına yeme becerileri ile ilgili bulgular**

Kendi başına yeme becerileri ile ilgili soruların (yardımsız kaşık kullanımı, yardımsız atal kullanımı, yardımsız olarak kendi başına yiyebilme) değerlendirilmesinde kontrol grubunun puanı, hasta grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0.007$ ,  $p=0.017$ ,  $p=0.040$ ). Bu durum OSB tanılı hastaların yetersiz işlevsellik derecesiyle ilgili olabilir. Atıştırmalık besinleri kendi başına yemek ile ilgili soruda farklılık bulunmuş, fakat anlamlılık düzeyine yaklaşmamıştır ( $p=0.065$ ). Bu durum OSB tanılı hastaların yemek zamanı problemlerine bağlı olarak daha fazla atıştırmalık besinler tercih etmesiyle de ilişkili olabilir. Arzu ettiği besini talep edebilmesi sağlıklı kontrollerde anlamlı derecede yüksekti ( $p=0.015$ ). Bu sonuç yapılan çalışmaları destekler nitelikte olup, OSB sürecinde yaşanan iletişim sorunlarıyla ilişkili olabilir (45).

Kendi başına yeme becerileri ile ilgili OSB hastaları kendi içinde otistik özellikler açısından ilişkisel analizinde ise sadece CARS puanları ile korelasyonu anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan sorular yardımsız atal kullanabilme ve arzu ettiği yiyecekleri talep etmesi maddeleriydi ( $p=0.036$ ,  $p=0.027$ ). Diğer ölçekler ile ilgili korelasyon analizlerinde herhangi bir ilişki anlamlı çıkmamıştır. Bu sonuçlar bize bu durumun OSB tanılı hastalarda görölen davranım problemlerinden daha çok işlevsellik kaybı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

### 5.2.5 Spesifik yeme alışkanlıkları ile ilgili bulgular

Otizmin kendine özgü ritualistik ve basmakalıp davranışları olduğu yapılan bir çok çalışma ile desteklenmiştir ve teşhis kriterleri arasında bulunmaktadır. Yeme açısından ritualistik yeme alışkanlıklarını tanımlamak zorluk oluşturmaktadır.

Hasta ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmasında, kısıtlı yeme davranış şeklini sorgulayan sorulardan 1, 11, 12 ve 17 sorular anlamlı olarak hasta grupta belirgin olarak yüksekti. OSB tanılı bireylerin ebeveynleri daha fazla kısıtlı yeme davranışı olduğunu belirtmekteydi. Mekân takıntısı, tabak ve kişi takıntısı ile ilgili sorulardan 2, 3, 4 numaralı sorular hasta grupta anlamlı olarak yüksekti. Yiyecekleri bazı özelliklerinden dolayı yiyememe ile ilgili sorulardan 6, 7, 9, ve 19 numaralı sorular anlamlı olarak yüksekti (4). Bu bulgular daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. 21 numaralı soru olan besin olmayan maddelerin tüketimi (pika) yine hasta grupta anlamlı olarak yüksekti. Yapılan çalışmalarda pika davranışının OSB tanısına spesifik olmayıp, bir takım gelişimsel bozukluklar ve demir eksikliği anemisi gibi sistemik hastalarda da sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (32). Diğer sorulardan 8, 10, 17, 18, 20 numaralı sorular hasta grupta yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlılık düzeyine yaklaşmış fakat anlamlı bulunmamıştır. 13 numaralı soru olan “Çocuğum yemek zamanlarında hiç bir yiyecek türünü arka arkaya tüketmemiştir” ters soru niteliğinde olduğundan kontrol grubunda yüksek bulunmuş, aradaki bulgu anlamlılık düzeyine yaklaşmış ( $p=0.57$ ) fakat anlamlı bulunmamıştır. 14 ve 15 numaralı sorular her iki grupta da benzer nitelikte bulunmuştur; bu durum kültürel yeme alışkanlığından kaynaklanabilir.

Tüm bu bulgular ritüalistik beslenme özellikleri ile ilgili yapılan az sayıda çalışmalara benzer sonuçlar göstermektedir. Örneklem kısıtlılığı ve kültürel yeme

alışkanlıkları sonuçları etkileyebilir. Bu bulguların daha kapsamlı araştırmalarla desteklenmesi gerekir.

OSB tanılı bireylerin ritualistik yeme davranışları ve CARS toplam puanıyla korelasyon analizinde anlamlı fark görülmemiştir. Bu bulgu bu konuda benzer nitelikte ilk çalışma olan Martins ve ark. araştırmasını da doğrular niteliktedir (46). Martins ve ark. araştırmasında CARS toplam puanıyla ritualistik beslenme özellikleri açısından anlamlı korelasyon bulunmazken, CARS alt skorlarından ritüelistik davranışları değerlendiren sorular ile korelasyon analizlerinde anlamlılık bulunmuştur (45).

Otistik özellikler açısından otizm davranış değerlendirme ölçeğinin alt puanları ile korelasyon analizinde 1, 5, 6, 8 ve 17 numaralı sorular pozitif yönde olmak üzere anlamlı bulunmuştur. 8 numaralı soru olan “ocuğumun dönemselsel olarak kısıtlı sayıda yiyeceği tüketmek gibi dönemleri vardır” sorusu tüm alt ölçek puanları ile anlamlı düzeyde bağıntılı bulunmuştur. Bu bulgu daha çok otizmin tüm alanlardaki kayıpları veya dönemselsel olarak kısıtlı yeme davranışı ile ilişkili olabilir.

### **5.2.6 Yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı**

Yeni yiyeceklerden kaçınma davranışı ile ilgili sorulardan elde edilen anlamlı sonuçlar daha önce yapılan çalışmalara benzer nitelikte olup, hipotezimizi destekler niteliktedir (45).

CARS toplam puanıyla korelasyon analizinde 6 numaralı soru olan “ocuğum partilerde yeni yemekleri denemekten hoşlanır” negatif yönde ileri düzeyde anlamlı



bulunmuştur ( $p=0.009$ ). Sosyal kaçınmanın derecesi arttıkça yeme davranışı da olumsuz etkilenmektedir, diye yorumlanabilir.

## **5.2.7 Çocukluk çağı beslenme ve yeme davranışları değerlendirme soruları ile ilgili bulgular**

### **5.2.7.1 Sorun davranışlar kısmı**

Pediyatrik beslenme alışkanlıkları değerlendirme ölçeğinde hasta grubu daha fazla sorun davranış bildirmiş, besin çeşitliliği ise kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bulgularımız bu konuda daha önce yapılan çalışmalarını destekler niteliktedir (45, 82).

Problem davranış kısmının CARS toplam puanlarıyla korelasyon analizinde yemek zamanı problemlerini tanımlayan 15 ve 17 numaralı sorular pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.002$ ,  $p=0.010$ ). Bu durum hastalığın şiddetine bağlı olarak işlevsellik kaybından kaynaklanabilir.

### **5.2.7.2 Ebeveyn kısmı ve ebeveyn kaygısı**

Bu anketin ebeveynin yeme tepkisini değerlendiren kısmında OSB tanı hastaların ebeveynleri daha fazla sorun bildirmekteydi. 29 ve 31 numaralı sorular haricindeki tüm sorularda hasta grup bildirimleri anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Anketin devamında ebeveyn beslenme kaygısını değerlendiren soruda OSB grubunun ebeveynlerinin kaygısı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0.002$ ).

Bu bölümün CARS toplam puanlarıyla korelasyon analizinde 33 numaralı soru ve ebeveyn kaygısı değerlendirme sorusu pozitif yönde anlamlı bulunmuştur (p=0.048, p=0.018)

Bulgularımız daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir ve OSB tanıılı bireylerin ebeveynlerinde görülen ruhsal sorunları da işaret ediyor olabilir (45, 83, 84).

### **5.2.8 Ebeveyn baş etme becerileri ile ilgili bulgular**

Ebeveyn baş etme becerileri ile ilgili soruların karşılaştırılmasında, hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark gözükmemektedir. 4 numaralı soru olan “Çocuğum olumlu bir davranış sergilediği zaman bazı yiyecekleri ona ödül olarak sunarım” sorusu kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 7 numaralı soru olan “Yemek zamanı herhangi bir şey içmesine müsaade etmem” sorusu hasta grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 10 numaralı soru olan “çocuğum yemekte öfke nöbetleri geçirince ona beğendiği farklı yemek hazırlarım” sorusu da hasta grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

CARS puanları ile ebeveyn baş etme sorularının korelasyon analizinde herhangi bir anlamlı sonuç bulunmamıştır.

### 5.3 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Literatürde beslenme problemlerinin tam olarak tanımlanmamış olması ve yeme sorunları hakkında görüş birliğinin olmaması çalışmanın tasarımında güçlük yaratmıştır. Araştırmada klinik muayene ve gözlem yapılmış olsa da yeme sorunları tamamen ebeveyn bildirimlerine dayandırılmıştır. Ayrıca bazı yeme problemleri OSB tanısı olmayan sağlıklı bireylerde ve Anksiyete, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalık gruplarında da görülebilmektedir. OSB tanılı hastalarda eşlik eden psikiyatrik tanılarının saptanma zorluğu ve kontrol gruplarının benzer nitelikte hastalıklar ile eşitlenemiyor oluşu bize bazı problemlerin otizmin kendi doğasından mı yoksa eşlik eden ruhsal probleme mi bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan OSB tanılı bireyler yüksek oranda psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı. Bu kullanılan ilaçların yeme özelliklerini etkileyebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmektedir. Hasta grubunun yüksek oranda ilaç kullanıyor oluşunun sonuçları etkileyebileceği unutulmamalıdır.

OSB tanılı hasta grubunun otistik özelliklerinin kendi içinde değerlendirilmesi bir takım ölçekler ile desteklenilmiş olsa da özellikle otistik bireylerin takıntılı, seçici algısını ölçmekle ilgili zorluk ortadadır. Ayrıca problem yeme davranışları ile ilgili ölçeklerin geçerlilik güvenirliliği yapılamadığından korelasyon analizleri soru bazında değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu bulgular bize yol gösterse de daha kapsamlı sonuç için ölçek toplam puanı üzerinden değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Ayrıca OSB tanılı hastaların ebeveynlerin daha fazla sorun bildirme eğilimi olduğu bilinmektedir. Sonuçlarımız her ne kadar yapılan çalışmalara benzer nitelikte

olsa da gözleme dayalı yeme davranışını değerlendiremiyor oluşumuz bu araştırmanın önemli kısıtlılığıdır.

Araştırma kesitsel çalışma düzeni ile tasarlanmıştır. Süreci değerlendiren prospektif çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

Bu çalışma çok sayıda dışlama kriteri ve az sayıda hasta ile yapılmak zorunda kalmıştır. Yüksek oranda  $\beta$  hatası (Tip II hata) olabileceği unutulmamalıdır. Daha geniş örneklemin olduğu kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## 6. SONUÇ

OSB olan bireylerde yeme sorunları sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak yüksek görülmektedir.

Erken çocukluk ve bebeklik döneminde, hastalık klinik olarak belirginleşmeden önce, yeme sorunlarının daha iyi tanınması ve anlaşılması o dönemi daha iyi anlamamıza yarayabilir.

Yeme sorunlarının OSB içinde yerinin aydınlatılması bir bütün olarak sözkonusu klinik tabloyu daha iyi anlamamıza katkı sağlayabilir. Bunun sonucunda iyileştirilecek klinik girişimler hem OSB olan çocuklara, hem de ebeveynlerine yardımcı olacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Rutter M: *Diagnosis and definition of childhood autism*. J Autism Child Shizpohr 8(2); 139-61 1978
2. Kimberly A. ve ark. *Pharmacotherapy of irritability in pervasive developmental disorders*. Child and adolescent psychiatry clinics of North America 2008; 17(4) 739-750
3. Micheal G. ve ark. *Treatment of inattention, overactivity and impulsiveness in autism spectrum disorders*. Child and adolescent psychiatry clinics of North America 2008; 17(4) 713-734
4. Sharon ve ark. *Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders*. J Am. Diet Assoc. 2010; 110:238-246
5. Oldershaw A ve Treasure J: *Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?* Eurpian Eating Disorder Review 2011; 10.1002/erv 1069
6. Gal Z, Egyed K. *Impaired theory of mind in anorexia nervosa*. Psychiatry Hungaria 2011;26(1):12-25
7. Wentz E ve ark. *Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. A pilot study*. European Child and Adolescent Psychiatry 2005 (14): 431-437
8. Shreck KA. ve ark. *A comparison of eating behaviors between children with and without autism*. J Autism and Developmental Disorders 2004; 34:433-8
9. Linda G. ve ark. *Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically devoloping children*. The Journal of Pediatrics 2010; 259-264
10. Fred R. ve ark. *Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry 2007; 384-399
11. Willemsen-Swinkels SH, Buitelaar JK. *The autistic spectrum: subgroups, boundaries, and treatment*. Psychiatr Clin North Am. 2002 Dec;25(4):811-36.
12. Akçakın M: *Başka Türli Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı HYB 2008: 256-263
13. Green L: *Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Neuropsychiatry 2. edition 2003:503-536
14. Mukaddes N: *Otistik Bozukluk*, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı HYB 2008: 242-255
15. Amerikan Psikiyatri Topluluğu DSM IV 2000
16. Dilşad Ö. *Asperger Bozukluğu*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2008; 281-291

17. Ekinci Ö: *Otizm Spektrum Bozukluklarda EEG Anomalileri ve Epilepsi Alt Tipleri, İlişkili Klinik, Gelişimsel ve Ailesel Risk Faktörlerinin tanımlanması* 4: 2008
18. Towbin KE (1997) *Autism and Asperger's Syndrome*. *Current Opinion in Pediatrics* 9:361-366
19. Rondeau E ve ark. *Is pervasive developmental disorder not otherwise specified less stable than autistic disorder? A meta-analysis*. *J Autism Dev Disord*. 2011 Sep;41(9):1267-76
20. Dorothy Stubbe: *Child and Adolescent Psychiatry, A Practical Guide* 2007: 48-56
21. Haliloğlu G ve Topçu M. *Rett sendromu*. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* 2008: 264-273
22. Yorbik Ö: *Dezenteğratif Psikoz, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* HYB 2008: 274-280
23. Fombonne E. *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update*. *J Autism Dev Disord*. 2003 Aug;33(4):365-82.
24. Baykara B ve Miral S. *Diğer yaygın gelişimsel bozukluklar*. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* 2007: 291-304
25. Leonard H ve Bower C. *The prevalence and incidence of Rett syndrome in Australia*. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1997 (6): 8-10
26. Fombone E. *Prevalance of childhood disintegrative disorder*. *Autism* 2002 (6): 149-157
27. Sadock B ve Sadock V. *Pervasive developmental disorders* Kaplan& Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry 10. Edition 2008: 605-615
28. Akçakın M: *Otistik Bozukluk*, *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* 2007: 279-290
29. Erden G. ve Üstün B. *Bebeklik ve Çocukluk Döneminde Yeme Sorunları: Beslenmede ilişkinin önemi*. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Hastalıkları* 2007; 543-551
30. Arman A. ve Yılmaz S. *Obezite ve çocuk psikiyatrisi*. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* 2007: 589-599
31. Hergüner S. *Bebek ya da küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları*. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* 2008; 394-405
32. Ali Z. *Pica in people with intellectual disability, A literature review of etiology, epidemiology and complications*. *J Intellect Dev Disabil* 2001;(26) 205-215

33. Chatoor I. *Feeding and eating disorders of infancy and early childhood*. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th edition 2005; 3217-3227
34. Marchi M. ve Cohen P. *Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders*. Journal of American Child and Adolescent Psychiatry 1990(29); 112-117
35. Diagnostic Classification 0-3: *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. National Center for Clinical Infant Programs. Zer oto three. 2005 Washington. DC
36. Chatoor J. *Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment*. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America 2002 (11): 163-183
37. Kuey A. *Ergenlerde yeme bozuklukları*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2008: 407-419
38. Maner F. *Yeme bozuklukları*. Psikiyatri Temel Kitabı 2. baskı 2007: 441-451
39. Taner Y. *Yeme bozuklukları, Anoreksiya nervoza*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2007: 555-571
40. Taner Y. *Yeme bozuklukları, Bulimiya Nervoza*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2007: 577-585
41. Kodak T ve Piazza C. *Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders*. Treating Autism Spectrum Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2008 (17): 887-903
42. Twachtman J ve ark. *Adressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: Physiological and behavioral issues*. Language,Speech and Hearing Services in schools 2008 (39): 261-272. American speech-language hearing association.
43. Ornitz EM ve Ritvo ER. *Perceptual inconstancy in early infantile autism*. Classical readings in autism 1985: 142-177
44. Dominick KC ve ark. *Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment*. Res Dev Diasbil. 2007 (28): 145-162
45. Martins Y ve ark. *Feeding and eating behaviors in children with autism and typically devoloping children*. Journal of Autism and Developmental Disorders 2008 (38): 1878-1887
46. Ben-Sasson A ve ark. *A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders 2009 (39): 1-11



47. Danford DE ve Huber AM. *Pica among mentally retarded adults*. Am J Ment Defic 1982 (87): 4-6
48. Fox RM ve Martin ED. *Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection*. Behav Res Ther 1975 (13): 153-62
49. Alison C ve ark. *Does nutritional intake differ between children with autism spectrum disorders and children with typical development?* Journal of Autism and Developmental Disorders 2009 (39): 212-222
50. Akkök F ve Sucuoğlu B. *Çocukluk otizm derecelendirme ölçeği*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler 2010: 33-37
51. Aşan ve ark. *Tuberoskleroz kompleksi ve otizm*. Journal of Neurological Sciences [Türkçe] 2006 23: (4) 9; 312-317
52. Krug DA ve ark. *Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior*. J Child Psychol Psychiatry 1980 (3): 221-229
53. Yılmaz I ve ark. *Otizm davranış kontrol listesinin geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi*. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2007 (14): 13-23 [http://www.cgrsder.org/dergi/141\\_otizm.pdf](http://www.cgrsder.org/dergi/141_otizm.pdf)
54. Yılmaz I ve ark. *Otizm davranış kontrol listesi*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler 2010: 75-80
55. Karabekiroğlu K. *Sorun davranışlar kontrol listesi*. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler 2010: 105-111
56. Sucuoğlu B. *Sorun davranışlar kontrol listesi Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi*. Türk Psikoloji Dergisi 2003 (52): 77-91 <http://www.turkpsikolojidergisi.com/PDF/TFD/52/77-96.pdf>
57. Kauer J ve ark. *Types and frequencies of anomalous food selection behaviors and eating habits in the USA*. Manuscript submitted for publication 2004
58. Pliner P. *Development and measures of food neophobia in children*. Appetite 1994 23 (2): 147-163
59. Pliner P ve Loewen E. *Temperament and food neophobia in children and their mothers*. Appetite 1997 28 (3): 239-254
60. Arslan N. *Sağlıklı Süt Çocuklarında Beslenme Tipleri ve Annelerin Bebek Beslenmesi Uygulamaları: Anket Çalışması*. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007 (21) 1:1-5 <http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/17987/01-05.pdf>

61. Crist W ve ark. *Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data.* Journal of developmental and behavioral pediatrics 2001 22(5): 279-286
62. Becker KG. *Male gender bias in autism and pediatric community.* International Society for Autism Research 2012 5(2):77-83
63. Rinehart NJ ve ark. *Gender differences in neurodevelopmental disorders: autism and fragile x syndrome.* Curr Top Behav Neurosci. 2011;8:209-29
64. Jen M ve Jan AC *Syndromes associated with nutritional deficiency and excess.* Clin Dermatol. 2010 Nov-Dec;28(6):669-85.
65. Field D ve ark. *Correlates of specific childhood feeding problems.* J Paediatr. Child Health 2003 (39): 299-304
66. DeLong R. *Autism and familial mood disorders: are they related?* J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2004 Spring;16(2):199-213.
67. Hernández-Muela S. *Adopted children: risk factors and neuropsychological problems.* Rev Neurol. 2003 Feb;36 Suppl 1:S108-17.
68. Sullivan PF. *Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism family history of psychosis as risk factor for ASD.* Arch Gen Psychiatry. 2012: 1-5
69. Abalı O. ve ark. *Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi.* Haseki Tıp Bulteni 2006 (19) <http://www.hasekidergisi.com/sayilar/19/2006-2-1.pdf>
70. Rai D ve ark. *Prenatal and early life exposure to stressful life events and risk of autism spectrum disorders: population-based studies in Sweden and England.* PLoS One. 2012;7(6):e38893
71. Guinchat V ve ark. *Pre-, peri- and neonatal risk factors for autism.* Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Mar;91(3):287-300
72. O'Donnell K ve ark. *Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta.* Dev Neurosci. 2009;31(4):285-92
73. Kristen L ve ark. *Maternal Early Life Factors Associated with Hormone Levels and the Risk of Having a Child with an Autism Spectrum Disorder in the Nurses Health Study II.* J Autism Dev Disord (2011) 41:618–627
74. Kolevzon A ve ark. *Prenatal and perinatal risk factors for autism.* Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 161(4): 326-333
75. Research units on pediatric psychopharmacology autism network. *Risperidone in children with autism and serious behavioral problems.* New England Journal of Medicine 2002 347:314-321

76. Kaplan G. ve ark. *Psychopharmacology of autism spectrum*. *Pediatr Clin N Am* 59 (2012) 175–187
77. Sharma A, Shaw S. *Efficacy of risperidone in managing maladaptive behaviors for children with autistic spectrum disorder: a meta-analysis*. *J Ped Health Care* 2011. [Epub ahead of print]. DOI:10.1016/j.pedhc.2011.02.008
78. Pearson D ve ark. *Effects of methylphenidate treatment in children with mental retardation and ADHD: individual variation in medication response*. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004 (43): 686-698
79. Latha S ve ark. *Psychopharmacologic interventions for repetitive behaviors in autism spectrum disorder*. *Treating Autism Spectrum Disorders. Child and Adolescent Clinics of North America*. 2008 (17):753-768
80. Al-Farsi YM ve ark. *Effect of suboptimal breast-feeding on occurrence of autism: a case-control study*. *Nutrition*. 2012 Jul;28(7-8):e27-32
81. Tanoue Y, Oda S. *Weaning time of children with infantile autism*. *J Autism Dev Disord*. 1989 Sep;19(3):425-34.
82. Lukens CT, Linscheid TR. *Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism*. *J Autism Dev Disord*. 2008 Feb;38(2):342-52
83. Hayes SA, Watson SL. *The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder*. *J Autism Dev Disord*. 2012
84. Weiss JA. *The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: the mediating role of acceptance and empowerment*. *Autism*. 2012 May;16(3):261-74
85. Seiverling L ve ark. *The screening tool of feeding problems applied to children (Step Child): Psychometric characteristics and associations with child and parent variables*. *Research in Developmental Disabilities* 2011 (32): 1122-1129
86. Cornish E. *A balanced approach towards healthy eating in autism*. *Journal of Human Nutrition and Dietics* 1998 (11): 501-509
87. William H ve ark. *An assesment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder- not otherwise specified*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2001 (31): 505-511
88. Kimberly A ve ark. *A comparison of eating behaviors between children with and without autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004 (34): 433-438
89. Kimberly A ve ark. *Food preferences and factors influencing food seletivity for children with autism spectrum disorders*. *Research in Developmental Disabilities* 2006 (27): 353-363

90. Keith E ve ark. *Comparing selective eaters with and without developmental disabilities*. Journal of Developmental and Physical Abilities 2005 (17): 299-308
91. Daphne V. Keen. *Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy. Seven case studies*. European Child and Adolescent Psychiatry 2007 (17) 209-216
92. Winter CF ve ark. *Overweight and obesity in older people with intellectual disability*. Reseach Developmental Disabilities (2012) 33:398-405
93. Kenyon M ve ark. *Theory of mind in bulimia nervosa*. International Journal of Eating Disorders. 2011: 1-8
94. Keel P. *Purging disorder: Subthreshold variant or full-threshold eating disorder?* International Journal of Eating Disorders 2007 (40): 589-594
95. Van den Eynde ve ark. *Neurocognition in bulimic eating disorders: a sytematic review*. Acta Psychiatr Scand 2011 (124): 120-140
96. Maurice A ve ark. *Developmet and initial validation of a parent report measure of the behavioral development of infants at risk for autism spectrum disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders 2012 (42) : 13-22
97. Flona J ve ark. *Investigating the clinical usefulness of the social responsiveness scale (SRS) in a tertiary level, autism spectrum disorder specific assessment clinic*. Journal of Autism and Developmental Disorder 2012 (42) 294-300
98. Tiffany L ve ark. *Psychometric evaluation of the theory of mind inventory (ToMI) : A study of typically developing children and children with autism spectrum disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders 2012 (42): 327-341
99. Zuddas A ve ark. *Second generation antipsychotics (SGA) for non-psychotic disorders in children and adolescents: A review of the randomized controlled studies*. European Neuropsychopharmacology 2011 (21): 600-620
100. Taner Y ve Ünal F. *12 yaşındaki bir erkekte anoreksiya Nervoza*. Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi 2004 (11): 75-81
101. Gürkan K ve Türkbay T. *Yaygın gelişimsel bozukluklar ve iletişim bozukluklarında ilk başvuru tarihi*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006 (13): 19-24
102. Bodur Ş ve ark. *Otistik bozukluğun erken belirtileri ve tanısı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006 (13):130-136
103. Ulay H ve Kültür E. *Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı olan çocuklarda ilaç kullanım örüntüsü*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006 (13): 117-122
104. Hergüner S ve ark. *Bebeklik anoreksisi: Tanıdan tedaviye*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007 (14): 38-46

## EKLER

## Ek 1. Hasta Onam ve Bilgilendirme Formu:

### HASTA ONAM FORMU

**Araştırmanın Adı:** "Otistik Hastalıklarda Problem Yeme Davranışları"

**Onay:** "Otistik Hastalıklarda Problem Yeme Davranışları" isimli araştırmaya çocuğum ile birlikte dahil olmam konusunda verilen bilgileri okudum.

Sorularıma uygulamacı Dr. Azad Asafov tarafından beni tatmin eden cevaplar verildi.

Ayrıca onayım olmadan hakkımda ya da çocuğum hakkında öğrenilen bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda aydınlatıldım.

Bu araştırmaya kendi rızam ile hiçbir baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

İstedğim anda çalışmadan çıkabileceğim gibi, çalışmadan kendi isteğimle çıkmam tıbbi ve hukuki haklarımın korunmasını da değiştirmeyecektir.

Bu form iki kopya halinde düzenlenecek ve bir kopyası hastaya verilecektir.

\*Bu onayı veren kişinin;

Adı-Soyadı:

Tarih:

Protokol no:

Adres:

Telefon:

İmza:

Açıklama yapan araştırmacının;

Adı-Soyadı:

İmza:

Tanık:

Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

## HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

### Araştırmanın Adı:

Otistik Spektrum Bozukluklarda Problem Yeme Davranışları

### Araştırmanın Yürütücüsü:

Doç. Dr. Osman SABUNCUOĞLU

### Diğer Araştırmacı:

Dr. Azad ASAFOV\*

- T. C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Telefon 0216 625 45 45 dahili: 8105, Cep: 0555 505 53 23

### Projenin Tanımı ve Katılım Önerisi:

Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) ve en iyi bilinen alt tipi olan Otizm, prevalansının 4/10 000 olarak tanımlandığı 80'li yıllardan günümüze gelindiğinde 6/1000'lik gibi prevalans bildirimleri ile neredeyse bir halk sağlığı sorunu olmuş gibi görünmektedir. Otizm teşhisi alan çocuklarda önemli oranda sağlık, eğitim ve davranış problemi bulunmaktadır. Sıklıkla bu çocuklar seçici ve kısıtlı yemekleri tükettikleri ve bu durum ebeveynler için ayrıca bir zorluk oluşturmaktadır. Yapılan çok sayıda araştırmalara rağmen bu problem yeme davranışlarının nedenleri tam olarak açıklığa kavuşmuş değildir. OTİSTİK ÇOCUKLARDA PROBLEM YEME DAVRANIŞLARI adlı bir araştırmaya katılmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

### Uygulanacak İşlemler:

Bu çalışmada araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, ayrıca sizden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

### Gizlilik:

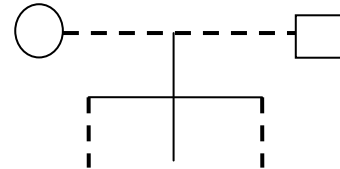
Size ve Çocuğunuza ait isim, soy isim, adres, telefon gibi bilgiler gizli tutulacak ve araştırmada kimliğiniz yerine bir protokol numarası kullanılacaktır. Protokol numaraları ile kimlik bilgilerinizi eşleştiren liste yalnızca araştırma sorumlularının kullanımında olacaktır. Kimlik bilgileriniz bu çalışma dayanan bilimsel makalelerin hiçbirinde geçmeyecektir. Sayılan gizlilik kurallarının istisnası olarak; çocukların fiziksel veya cinsel istismarından şüphelenildiği, saptandığı ya da kişinin kendisi veya başkaları için tehdit oluşturduğu durumlarda araştırma ekibi yetkili makamlara başvurabilir.

### Katılım:

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esası iledir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Bu durum almakta olduğunuz tedavi hizmetlerini riske atmayacaktır. **Bu formda bazı tıbbi terimler kullandık. Bunları ya da varsa başka anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz. Karar vermeden önce bilgilendirme formunu dikkatle okuyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.**

## Ek 2 Hasta Değerlendirme Formu:

Adı Soyadı:	Tarih: Protokol No:
Doğum tarihi:	Yaşı (ay olarak) :
Adres:	Telefon:
Hasta niteliği: 1. İlk kez başvuran hasta 2. Kontrol Hastası	Cinsiyeti: 1. Erkek 2. Kadın
İlk başvuru zamanı yaşı (ay olarak):	
İlk başvuruda şikayetler: a. Şikayet b. Şikayet c. Şikayet d. Şikayet .....	
<b>Özgeçmiş bilgileri</b>	
Sistemik hastalık öyküsü: (1. Evet, 2. Hayır) ( <i>astım, otoimmün bozukluklar, alerji, sık enfeksiyon, GİS bozuklukları, Kardiyovasküler bozukluklar, Ortopedik bozukluklar, Yürüme bozuklukları, Motor Koordinasyon bozuklukları, uyku bozuklukları</i> )	
Bilinen genetik hastalık var mı? (1. Evet, 2. Hayır) Cevabınız evet ise belirtiniz...	
Bilinen nörolojik hastalık var mı? 1. Motor defisit 2. Epilepsi 3. Serebral palsi 4. Diğer 5. Yok	
<b>Soygeçmiş bilgileri</b>	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? Varsa kimde ? (1.Derece Akraba, 2. Derece akraba, 3. Derece akraba, 4. Uzak akraba) 1. YGB 2. Şizofreni 3. Duygudurum bozuklukları 4. Anksiyete bozukluğu 5. Obsessif Kompulsif bozukluk 6. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu 7. Mental retardasyon 8. Epilepsi 9. Tıbbi hastalık	
Anne Baba arasında akrabalık var mı ? (1. Evet, 2. Hayır) Akrabalık derecesi (1.derece, 2.derece, 3.derece, uzak)	





### Gelişim öyküsü:

- a. Anne hamilelikte tıbbi sorun yaşadı mı? (1. Evet, 2. Hayır)  
Sorun belirtiniz...
- b. Anne hamilelikte ruhsal sorun yaşadı mı? (1. Evet, 2. Hayır)  
Sorunu belirtiniz...
- c. Annenin hamilelik sırasında yaşı:
- d. Babanın hamilelik sırasında yaşı:
- e. Anne hamilelik sırasında ilaç kullandı mı? (1. Evet, 2. Hayır) İlaç?
- f. Anne hamilelik sırasında sigara kullandı mı? (1. Evet, 2. Hayır)
- g. Anne hamilelik sırasında alkol aldı mı? (1. Evet, 2. Hayır)
- h. Hamilelikte X-ray film çekimi var mı? (1. Evet, 2. Hayır)

1. Doğum şekli: 1. Normal / 2. Sezaryen
2. Doğum Zamanı: 1.Zamanında, 2.Erken doğum, 3.Prematurite 4.Geç doğum
3. Zor doğum: 1.Uzun kordon,2. Kanama,3. Mekonyum aspirasyonu 4.Diğer 5.yok
4. Doğum Ağırlığı (Gram olarak)
5. Anne sütü aldı mı? (1. Evet, 2. Hayır)  
Ne Kadar?
6. Fizyolojik sarılık: (1. Evet, 2. Hayır)
7. Patolojik sarılık: (1. Evet, 2. Hayır)
8. İlk kelimelerini söyleme yaşı: (ay olarak)
9. İlk cümle kurma yaşı: (ay olarak)
10. Yürüme yaşı: (ay olarak)

### Tanı

Psikiyatrik bozukluk tanıları:

1. Tipik Otizm
2. Asperger Sendromu
3. YGB- BTA
4. Dezintegratif bozukluk
5. Yok

Herhangi bir ilaç kullanıyor mu? (1. Evet, 2. Hayır)

Evet ise kullandığı ilaçlar ve dozları:

- a. ....
- b. ....
- c. ....

Özel eğitim alıyor mu? (1. Evet, 2. Hayır)

(Ne kadar süreyle? Ne sıklıkla? –haftada ne kadar? )

### Ek 3. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS):

#### Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği

Adı Soyadı :

Cinsiyeti:

Doğum Tarihi :

Değerlendirme Tarihi:

Değerlendiren:

Yönerge: Her bir kategori için, ölçeğin her maddesinin altında bırakılan yeri kullanınız. Çocuğu gözlemlemeyi bitirdikten sonra, ölçeğin maddelerinde yer alan davranışları değerlendiriniz. Her madde için çocuğu en iyi biçimde tanımlayan ifadenin numarasını daire içine alınız. İki ifade arasında değerlendirmeniz gerekiyorsa 1.5; 2.5 yada 3.5 değerlerinden birini kullanabilirsiniz. Her madde için kısaltılmış değerlendirme ölçütü gösterilmiştir.

#### 1.İNSANLARLA İLİŞKİ

**1. İnsanlarla ilişki kurmada bir anormallik ya da zorluk belirtisi yok :** Çocuğun davranışı yaşına uygundur. Bir şey yapması istendiğinde utangaçlık, mızızlık ya da rahatsızlık belirtileri gözlemlenir, ancak bunlar atipik derecede değildir.

1.5

**2. Hafif derecede anormal ilişki:** Çocuk yetişkinin gözüne bakmaktan kaçınabilir, yetişkinden kaçınabilir ya da etkileşime zorlandığı zaman huysuzlaşabilir, çok utangaç olabilir, yetişkine tipik tepkiler vermeyebilir ya da yaşlılarından biraz daha fazla anne-babaya yapışabilir.

2.5

**3. Orta derecede anormal ilişki:** Çocuk zaman-zaman çevreden kopmuş (yetişkinin farkında değilmiş) gibi gözüktür. Çocuğun dikkatini çekebilmek için zaman-zaman ısrarlı ve zorlayıcı girişimler gerekir. Çok az ilişki çocuk tarafından başlatılır.

3.5

**4. Aşırı derecede anormal ilişki:** Çocuk sürekli bir şekilde çevreden kopuktur yada yetişkinin ne yaptığının farkında değildir. Hemen-hemen hiçbir zaman yetişkine tepki vermez ya da yetişkinle ilişki başlatmaz. Çocuğun dikkatini çekmek için ancak çok ısrarlı girişimlerin bir etkisi olabilir.

#### 2.TAKLİT

**1. Uygun taklit:** Çocuk beceri düzeyine uygun sesleri, kelimeleri ve hareketleri taklit edebilir.

1.5

**2. Hafif derecede anormal taklit:** Çocuk çoğu zaman el çırpma, tek ses çıkartma gibi basit davranışları taklit eder; bazen sadece zorlandıktan sonra ya da gecikmeli olarak taklit eder.

2.5

**3. Orta derecede anormal taklit:** Çocuk, ara sıra ve ancak yetişkinin yoğun yardım ve ısrarı ile taklit eder; taklit çoğunlukla gecikmeli olarak ortaya çıkar.

3.5

**4. Aşırı derecede anormal taklit:** Çocuk, yetişkinin ısrar ve yardımına rağmen sesleri, kelimeleri, hareketleri çok seyrek taklit eder ya da hiç etmez.

#### 3.DUYGUSAL TEPKİLER

**1. Yaş duruma uygun duygusal tepkiler:** Çocuk duygusal tepkilerini, uygun tarz ve derecede, yüz ifadesi duruş ve davranış değişikliği ile gösterir.

1.5

**2. Hafif derecede anormal duygusal tepkiler:** Ara sıra çocuk, kısmen uygun olmayan tarz ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler bazen, çevredeki nesnelere ve olaylarla ilişkili değildir.

2.5

**3. Orta derecede anormal duygusal tepkiler:** Çocuk belirgin olarak uygun olmayan tarz ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler azalmış ya da abartılı ya da durumla bağıntısız olabilir; duygu uyandıran belirgin olaylar ve nesnelere olmasa bile 'grimas', gülme ya da kaskatı kesilme görülebilir.

3.5

**4. Aşırı derecede anormal duygusal tepkiler:** Tepkiler nadiren duruma uygundur; çocuk belirli bir duygu durumunda iken bu durumu değiştirmek çok zordur. Buna karşın çocuk, hiçbir şey değişmediği halde aşırı duygu değişiklikleri gösterebilir.

#### 4.BEDENİN KULLANIMI

**1. Bedenin yaşa uygun kullanımı:** Çocuk normal yaşları ile aynı rahatlık, çeviklik ve koordinasyonla hareket eder.

1.5

**2. Bedenin hafif derecede anormal kullanımı:** Hantallık, yineleyici hareketler, koordinasyon zayıflığı gibi küçük, kendine özgü tuhafliklar olabilir ya da seyrek olarak alışılmadık beden hareketlerine rastlanabilir.

2.5

**3. Bedenin orta derecede anormal kullanımı:** Bu yaşta bir çocuk için alışılmadık ya da belirgin derecede garip olan parmak hareketleri, tuhaf parmak ve vücut duruşu, nedenin bir parçasına takılıp kalma ya da çimdikleme, kendine yönelik saldırganlık, sallanma, dönme, parmak oynatma, ayakuçlarında yürüme gibi davranışlar görülebilir.

3.5

**4. Bedenin ağır derecede anormal kullanımı:** Yukarıda sıralanan hareketlerin sık ya da yoğun görülmesi, bedenin ağır derecede anormal kullanımının belirtileridir. Bu davranışlar, bunları engelleme ya da çocuğu başka etkinlikler içine sokma girişimlerine karşın ısrarlı bir devamlılık gösterebilir.

#### 5.NESNE KULLANIMI

**1. Oyuncak ve diğer nesnelere uygun ilgi ve kullanım:** Çocuk, kendi beceri düzeyine uygun oyuncaqlara ve diğer nesnelere normal ilgi gösterir ve bu oyuncakları normal şekilde kullanır.

1.5

**2. Oyuncak ve diğer nesnelere hafif derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım:** Çocuk bir oyuncağa atipik ilgi gösterebilir ya da onunla uygun olmayan, bebeksi biçimde oynar. (örneğin oyuncağa vurma, emme)

3.5

**3. Oyuncak ve nesnelere orta derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım:** Çocuk oyuncaqlara ve diğer nesnelere çok az ilgi gösterebilir ya da bir oyuncak ya da nesneyi tuhaf bir şekilde kullanmaya kendini kaptırılmış olabilir. Oyuncağın önemsiz bir parçasına odaklanabilir, nesnenin yansıttığı ışıktan çok hoşlanabilir. Yineleyici bir biçimde oyuncağın bazı kısımlarını hareket ettirebilir ya da yalnızca bir nesne ile yoğun bir şekilde oynar.

3.5

**4. Oyuncak ve nesnelere aşırı derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım:** Çocuk yukarıdaki davranışları daha sık ve yoğun olarak gösterebilir. Bu uygun olmayan etkinliklere kendini kaptırdığında çocuğun dikkatini başka bir tarafa çekmek zordur.

#### 6.DEĞİŞİKLİĞE UYUM

**1. Değişikliğe ve yaşa uyum:** Çocuk alıştığı düzendeki değişiklikleri fark etse ya da bunları (sözel olarak) belirtse de yersiz rahatsızlık göstermeden bu değişiklikleri kabul eder.

1.5

**2. Değişikliğe hafif derecede anormal uyum:** Yetişkin yapılan etkinliği değiştirmeye kalktığı zaman, çocuk aynı etkinliğe ya da aynı araç-gereci kullanmaya devam eder.

2.5

**3. Değişikliğe orta derecede anormal uyum:** çocuk alıştığı düzendeki değişikliklere ciddi biçimde direnir, eski etkinliğe devam etmeye çalışır, dikkatini başka tarafa çekmek zordur. Düzen değiştirildiği zaman mutsuz ve öfkeli olabilir.

3.5

**4. Değişikliğe ağır derecede anormal uyum:** Çocuk değişikliğe ağır tepkiler verir. Eğer değişikliğe zorlanırsa çok fazla kızabilir ya da işbirliği yapmaz ve öfke nöbetleriyle tepki verebilir.

### 7.GÖRSEL TEPKİ

**1. Yaşına uygun görsel tepki:** Çocuğun görsel davranışları normaldir ve yaşına uygundur. Görme yeni bir nesneyi keşfetmek için diğer duyuyla birlikte kullanılır.

1.5

**2. Hafif derecede görsel tepki:** Çocuğa zaman-zaman nesnelere bakması hatırlatılmalıdır. Arkadaşları yerine işığa ya da aynaya bakmakta daha çok ilgilenilebilir, ara sıra boşluğa gözünü dikip bakabilir ya da insanların gözlerine bakmaktan kaçınabilir.

2.5

**3. Orta derecede anormal tepki:** Çocuğa sık-sık yaptığına bakması hatırlatılmalıdır. Boşluğa gözünü dikip bakabilir, insanların gözüne bakmaktan kaçınabilir, nesnelere alışılmadık bir açıdan bakabilir, nesnelere gözlerine çok yakın tutabilir.

3.5

**4. Aşırı derecede anormal tepki:** Çocuk ısrarlı bir şekilde insanlara ya da belirli nesnelere bakmaktan kaçınır ve yukarıda tanımlanan diğer görsel tepkilerin aşırı biçimlerini sergiler.

### 8.DİNLEME TEPKİSİ

**1. Yaşına uygun dinleme tepkisi:** Çocuğun dinleme davranışı normal ve yaşına uygundur. Dinleme diğer duyuyla birlikte kullanılır.

1.5

**2. Hafif derecede anormal dinleme tepkisi:** Belirli seslere karşı hafif tepkisizlik gösterebilir ya da hafif derecede fazla tepki verebilir. Seslere tepkiler gecikebilir, çocuğun dikkatini çekebilmek için seslerin tekrar edilmesi gerekebilir. Çocuğun dikkati yabancı (dıştan gelen) seslerle dağılabilir.

2.5

**3. Orta derecede anormal dinleme tepkisi:** Çocuğun seslere tepkileri değişkenlik gösterir, ilk birkaç defada sesi duymazlıktan gelebilir, bazı günlük sesleri işittiği zaman ürkebilir ya da kulaklarını kapatabilir.

3.5

**4. Ağır derecede anormal dinleme tepkisi:** Çocuk, sesin türünden bağımsız olarak, seslere karşı aşırı derecede tepkisel ya da tepkisiz davranabilir.

### 9.TATMA, KOKLAMA VE DOKUNMA TEPKİSİ VE KULLANIMI

**1. Tatma, koklama ve dokunmaya normal tepki ve kullanım:** Çocuk yeni nesnelere yaşına uygun şekilde, genellikle bakarak ve hissederek keşfeder. Tatma ve koklama duyuyla gerektiğinde kullanılabilir. Küçük, can yakıcı durumlar karşısında çocuk rahatsızlığını belirtir, ancak aşırı tepki göstermez.

1.5

**2. Tatma, koklama ve dokunmaya hafif derecede anormal tepki ve kullanım:** Çocuk nesnelere ısrarlı bir şekilde ağzına koyabilir, yemeyen nesnelere koklayabilir, tadabilir, normal çocukların rahatsızlık ifade ettikleri orta şiddetli ağrıları fark etmiyor gibi davranabilir ya da aşırı tepki verebilir.

2.5

**3. Tatma, koklama ve dokunmaya orta derecede anormal tepki ve kullanım:** Çocuk insanlara ya da nesnelere dokunma, koklama ve tatmaya yönelik orta derecede bir eğilim gösterebilir, çok az ya da çok fazla tepki verebilir.

3.5

**4. Tatma, koklama ve dokunmaya ağır derecede anormal tepki ve kullanım:** Çocuk normal kullanım ve keşfetme yerine, sadece duyumsama amacıyla nesnelere koklar, tadar ya da onlara dokunur. Çocuk ağrıyı (acıyı) tümüyle algılamaz görünür ya da hafif derecede rahatsızlık veren durumlara çok aşırı tepki verir.

## 10.KORKU YA DA SİNİRLİLİK

- 1. Normal korku ya da sinirlilik:** Çocuğun davranışları hem yaşına hem de durumuna uygundur.  
1.5
- 2. Hafif derecede anormal korku ya da sinirlilik:** Çocuk, aynı yaş ve benzer durumdaki çocuğun tepkileriyle karşılaştırıldığında, ara sıra çok az ya da çok fazla korku ve sinirlilik gösterir.  
2.5
- 3. Orta derecede anormal korku ya da sinirlilik:** Çocuk, benzer durumdaki daha küçük bir çocuk için bile tipik olandan biraz daha az ya da biraz daha fazla korku gösterir.  
3.5
- 4. Aşırı derecede anormal korku ya da sinirlilik:** Zararsız olaylar ve nesnelere ilişkin yineleyen deneyimlerden sonra bile korku sürer. Çocuğu sakinleştirmek ya da rahatlamak çok zordur. Buna karşın, çocuk aynı yaştaki diğer çocukların kaçındığı tehlikelere karşı uygun davranışı göstermekte başarısızdır.

## 11.SÖZEL İLETİŞİM

- 1. Yaşa ve duruma uygun normal sözel iletişim.**  
1.5
- 2. Hafif derecede anormal sözel iletişim:** Konuşma genel olarak gerilik gösterir. Konuşmanın çoğu anlamlıdır, ancak ekolali ve kişi zamirlerinin ters kullanımı görülebilir. Bazı özel sözcükler ve jargon kullanılabilir.  
2.5
- 3. Orta derecede anormal sözel iletişim:** Konuşma olmayabilir. Konuşma olsa da sözel iletişim, “anamlı konuşma” ile “jargon, ekolali, zamirin ters kullanımı gibi kendine özgü özel konuşma” karışımından oluşabilir. Anamlı konuşmada yoğun soru sorma ve belirli konular üzerinde ısrarlı durma gibi özellikler görülebilir.  
3.5
- 4. İleri düzeyde anormal sözel iletişim:** Anamlı konuşma kullanılamaz. Çocuk bebeksi sesler, tuhaf ya da hayvan seslerine benzer sesler, konuşmayı andıran karmaşık sesler çıkarabilir, ya da tanıdık kelimeler ve cümlelerin tuhaf kullanımı görülebilir.

## 12.SÖZEL OLAMAYAN İLETİŞİM

- 1. Sözel olmayan iletişimin yaşa ve duruma uygun normal kullanımı**  
1.5
- 2. Sözel olmayan iletişimin hafif derecede anormal kullanımı:** Olgunlaşmamış sözel olmayan iletişim; yaştlarının istediklerini daha belirgin işaret ettikleri ya da gösterdikleri durumlarda çocuk belirsizce işaret edebilir ya da istediğine uzanabilir.  
2.5
- 3. Sözel olmayan iletişimin orta derecede anormal kullanım:** Çocuk genellikle isteklerini ya da gereksinimlerini sözel olmayan şekilde ifade etmez ve diğerlerinin sözel olmayan iletişimini anlayamaz.  
3.5
- 4. Sözel olmayan iletişimin ağır derecede anormal kullanım:** Çocuk sadece belirgin bir anlamı olmayan garip ya da özel jestler kullanır ve diğerlerinin yüz ifadelerinin ya da jestlerinin farkında değildir.

## 13.ETKİNLİK DÜZEYİ

- 1. Yaşa ve koşullara uygun normal etkinlik düzeyi:** Çocuk benzer durumdaki normal bir yaştından ne daha fazla ne daha az hareketlidir.  
1.5
- 2. Hafif derecede anormal etkinlik düzeyi:** Çocuk hafif derecede huzursuzdur ya da biraz “tembelce” ve yavaş hareket edebilir. Çocuğun etkinlik düzeyi onun performansını hafif biçimde etkiler.  
2.5

**3. Orta derecede anormal etkinlik düzeyi:** Çocuk oldukça aktiftir ve onu zapt etmek zordur. Sınırsız enerjisi olabilir ve uykuya dalmakta güçlük çeker. Buna karşın, oldukça hareketsiz olabilir ve harekete geçebilmek için çok daha fazla çaba gerekebilir.

3.5

**4. Ağır derecede anormal etkinlik düzeyi:** Çocuk hareketlilik ya da hareketsizliğin en uç noktalarındadır ve bir aşırı uçtan diğerine geçebilir.

#### 14.ZİHİNSEL TEPKİLERİN DÜZEYİ VE TUTARLILIĞI

**1. Normal ve pek çok alanda uygun tutarlılık gösteren zeka:** Çocuk aynı yaştaki tipik çocuklar kadar zekidir ve olağandışı zihinsel becerileri ya da problemleri yoktur.

1.5

**2. Hafif derecede anormal zihinsel işlevsellik:** Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir, yaklaşık tüm alanlarda beceriler aynı düzeyde gerilik gösterir.

2.5

**3. Orta derecede anormal zihinsel işlevsellik:** Çocuk genel olarak aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir, ancak bir ya da daha fazla alanda normale yakın işlevsellik gösterebilir.

3.5

**4. Ağır derecede anormal zihinsel işlevsellik:** Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değilken, zihinsel gelişimin bir ya da daha fazla alanında normal bir çocuktan bile daha iyi işlev gösterebilir.

#### 15.GENEL İZLENİMLER

**1. Otizm yok:** Çocuk otizme özgü belirtilerin hiçbirini göstermez.

1.5

**2. Hafif otizm:** Çocuk yalnızca az sayıda ya da yalnızca hafif derecede otizm belirtileri gösterir.

2.5

**3. Orta derecede otizm:** Çocuk belirli sayıda ya da orta derecede otizm belirtileri gösterir.

3.5

**4. Ağır otizm:** Çocuk otizm belirtilerinden çoğunu ya da ağır derecede otizm gösterir.

15-29: Otizm yok

30-36: Hafif-Orta Derecede Otistik

37-60: Aşırı Derecede Otistik

#### Ek 4. Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC):

Çocuğu en iyi tanımlayan maddenin karşısındaki sayıyı daire içine alınız.					
	Duyusal	İlişki kurma	Beden ve Nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve Öz bakım
1. Kendi etrafında dakikalarca döner.			4		
2. Basit bir işi öğrenir ama çabuk unuttur.					2
3. Sosyal ve çevresel uyaranlara (sesler, ışık, insanlar, konuşmalar, seslenme gibi) sıklıkla cevap vermez		4			
4. Verilen basit emirlere uymaz. (Örn: otur, buraya gel, ayağa kalk)				1	
5. Oyuncakları amacına uygun kullanmaz (Örn: arabayı ters çevirip tekerleklerini döndürerek seyrederek)			2		
6. Oyunağın rengi, şekli veya boyutları gibi bir özelliğine takılır, aşırı ilgilenir.	2				
7. Karşılıklı olarak anlamlı gülümsemesi yoktur.		2			
8. Konuşurken "ben" yerine "sen" kelimesini kullanır.				3	
9. Bazı eşyaları yanında taşımakta ısrar eder.			3		
10. İşitme kaybını düşündürecek şekilde duymuyormuş gibi hareket eder	3				
11. Konuşması ritmik değildir, belirli bir tonu yoktur.				4	
12. Dakikalarca ileri geri sallanır.			4		
13. Ona doğru uzanıldığında kollarını uzatmaz. (Bu durum bebeklik döneminde de olmuş olabilir)		2			
14. Çevrenin ve günlük faaliyetlerdeki düzenin değişikliğine aşırı tepki gösterir.					3
15. İki ayrı isim arasında kendi ismi söylendiğinde cevap vermez.				2	
16. Sık sık ani sıçramaları ve zıplamaları vardır, parmak uçlarında yürür, dönme hareketleri vardır.			4		
17. İnsanların yüz ifadeleri ve duygularına karşı cevapsızdır.		3			
18. Nadir olarak "ben" veya "evet" der.				2	
19. Gelişimin bir alanındaki özel yetenekleri zeka geriliği kuşkusunu dışlar niteliktedir.					4
20. "Topu kutunun üstüne koy, topu kutunun içine koy" gibi yer bildiren emirleri uygulayamaz				1	
21. Yüksek sesleri duyduğunda irkilmez. (Bu durum işitme sorunu olduğunu düşündürür)	3				
22. Ellerini amaçsızca sallar.			4		
23. Büyük öfke nöbetleri ya da sık-sık küçük öfke nöbetleri geçirir.					3
24. Göz göze gelmekten kaçınır		4			
25. Dokunulmaya ya da tutunmaya karşı koyar.		4			
26. Vücudunda yaralar, darbeler, yanmalar olduğunda yardım istemez.	3				
27. Bebeklik döneminde veya şu anda kucakta tutulması zor çocuktur.		3			
28. Kucağa alındığında cansız gibidir. (Sarılmaz, tutunmaz )		2			
29. Belirli bir yüz ifadesi takınarak istediği eşyayı alır.				2	

30. Parmak ucunda yürür.			2		
31. Başkalarını ısırarak, vurarak, tekmeleyerek incitir.					2
32. Bazı kelimeleri sık sık tekrarlar.				3	
33. Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez.		3			
34. Gözüne ışık girdiğinde gözlerini kırpmaz.	1				
35. Başını vurarak, ellerini ısırarak kendine zarar verir.			3		
36. İsteklerinin hemen karşılanmasını ister, ihtiyaçlarının belirli bir surede karşılanmasını bekleyemez.					2
37. Almak istediği şeyi parmağı ile göstererek veya bakarak isteyemez.				1	
38. Arkadaşı yoktur.		4			
39. Bir çok sesli uyarana kulaklarını tıkayarak cevap verir.	4				
40. Eşyaları çevirir, dönmesini seyrederek veya yere vurur.			4		
41. Tuvalet eğitimi sorunludur.					1
42. İsteklerini ve ihtiyaçlarını belirlemek için ya hiç konuşmaz ya da 1 ile 5 arası kelime kullanır.				2	
43. Genellikle korkar ve sıkıntılıdır.		3			
44. Normal ışık altında bile yere çömelir, gözlerini kısar veya kaşlarını çatar.	3				
45. Yardım almadan kendi kendine giyinemez.					1
46. Sesleri veya kelimeleri sık sık tekrarlar.				3	
47. Bakışları insanı delip geçiyormuş gibidir.		4			
48. Başkalarının sorularını ya da cümlelerini tekrarlar.				4	
49. Çevresinde olup bitenin genellikle farkında değildir ve tehlikeli durumlarda kendini korumayabilir					2
50. Cansız şeylerle oynamayı ve zaman geçirmeyi tercih eder.					4
51. Eşyaların tadına bakar, koklar.			3		
52. Ortama yeni bir kişi katıldığında onunla ilgilenmez.	3				
53. Eşyaları sıraya dizmek gibi tekrarlayıcı hareketleri vardır.			4		
54. Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar.			2		
55. 30. aydan önce gelişim geriliği saptanmıştır.					1
56. 15 ile 30 arasındaki kelimeyi günlük konuşmada kullanır.				3	
57. Uzun süreler boşluğa bakar.	4				
TOPLAM:					



Aşağıdaki cümlelere çocuğunuzun durumuna göre "EVET" veya "HAYIR" cevabını işaretleyin.

	Evet	Hayır
1. Kendi etrafında dakikalarca döner.		
2. Basit bir işi öğrenir ama çabuk unuttur.		
3. Sosyal ve çevresel uyaranlara (sesler, ışık, insanlar, konuşmalar, seslenme gibi) sıklıkla cevap vermez		
4. Verilen basit emirlere uymaz (Örn: otur, buraya gel, ayağa kalk).		
5. Oyuncakları amacına uygun kullanmaz (Örn: arabayı ters çevirip tekerleklerini döndürerek seyrederek).		
6. Oyunağın rengi, şekli veya boyutları gibi bir özelliğine takılır, aşırı ilgilenir.		
7. Karşılıklı olarak anlamlı gülümsemesi yoktur.		
8. Konuşurken "ben" yerine "sen" kelimesini kullanır.		
9. Bazı eşyaları yanında taşımakta ısrar eder.		
10. İşitme kaybını düşündürecek şekilde duymuyormuş gibi hareket eder		
11. Konuşması ritmik değildir, belirli bir tonu yoktur.		
12. Dakikalarca ileri geri sallanır.		
13. Ona doğru uzanıldığında kollarını uzatmaz, bu durum bebeklik döneminde de olmuş olabilir.		
14. Çevrenin ve günlük faaliyetlerdeki düzenin değişikliğine aşırı tepki gösterir.		
15. Kendi ismi bir kaç başka isimle beraber söylendiğinde cevap vermez.		
16. Sık sık ani sıçramaları ve zıplamaları vardır, parmak uçlarında yürür, dönme hareketleri vardır.		
17. İnsanların yüz ifadeleri ve duygularına karşı tepkisizdir.		
18. Nadir olarak "ben" veya "evet" der.		
19. Belirli konulardaki özel yetenekleri dikkat çekicidir.		
20. "Topu kutunun üstüne koy, topu kutunun içine koy" gibi yer bildiren emirleri uygulayamaz		
21. Yüksek sesleri duyduğunda irkilmez, sanki işitmiyor gibidir.		
22. Ellerini amaçsızca sallar.		
23. Büyük öfke nöbetleri ya da sık-sık küçük öfke nöbetleri geçirir.		
24. Göz göze gelmekten kaçınır		
25. Dokunulmaya ya da tutulmaya karşı koyar.		
26. Vücudunda yaralar, darbeler, yanmalar olduğunda yardım istemez.		
27. Bebeklik döneminde veya şu anda kucakta tutulması zor çocuktur.		
28. Kucağa alındığında cansız gibidir, sarılmaz, tutunmaz.		
29. Belirli bir yüz ifadesi takınarak istediği eşyayı alır.		

30. Parmak ucunda yürür.		
31. Başkalarını ısırarak, vurarak, tekmeleyerek incitir.		
32. Bazı kelimeleri sık-sık tekrarlar.		
33. Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez.		
34. Gözüne ışık girdiğinde gözlerini kırpmaz.		
35. Başını vurarak, ellerini ısırarak kendine zarar verir.		
36. İsteklerinin hemen karşılanmasını ister, ihtiyaçlarının belirli bir surede karşılanmasını bekleyemez.		
37. Almak istediği şeyi parmağı ile göstererek veya bakarak isteyemez.		
38. Arkadaşı yoktur.		
39. Bir çok sesli uyarana kulaklarını tıkayarak tepki verir.		
40. Eşyaları çevirir, dönmesini seyreder veya yere vurur.		
41. Tuvalet eğitimi sorunludur.		
42. İsteklerini ve ihtiyaçlarını belirtmek için ya hiç konuşmaz ya da 1 ile 5 arası kelime kullanır.		
43. Genellikle ürkek ve sıkıntılıdır.		
44. Normal ışıkta bile gözlerini kısar ve kaşlarını çatar.		
45. Yardım almadan kendi kendine giyinemez.		
46. Sesleri veya kelimeleri sık-sık tekrarlar.		
47. Bakışları insanı delip geçiyormuş gibidir. (Baktığı kişi kendisine bakılıyor gibi hissetmez)		
48. Başkalarının sorularını ya da cümlelerini tekrarlar.		
49. Çevresinde olup bitenin genellikle farkında değildir ve tehlikeli durumlarda kendini korumayabilir		
50. Nesnelere uğraşmayı ve zaman geçirmeyi tercih eder.		
51. Eşyaları ağızına götürür, koklar.		
52. Ortama yeni bir kişi katıldığında onunla ilgilenmez.		
53. Eşyaları sıraya dizmek gibi tekrarlayıcı hareketleri vardır.		
54. Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar.		
55. 30. aydan önce gelişim geriliği saptanmıştır.		
56. 15 ile 30 arasındaki kelimeyi günlük konuşmada kullanır.		
57. Uzun süreler boşluğa bakar.		

## Ek 5. Sorun Davranışlar Kontrol Listesi (SDKL):

	Problem değil	Problem ancak hafif derecede	Ciddi derecede problem	Ağır derecede problem
1. Evde, okulda, işte ve diğer yerlerde aşırı derecede hareketlidir.	0	1	2	3
2. Amaçlı olarak kendisini incitir/ kendine zarar verir.	0	1	2	3
3. Kayıtsız, tembel, miskin ve hareketsizdir.	0	1	2	3
4. Diğer çocuklara ve yetişkinlere karşı saldırgandır (sözel/fiziksel)	0	1	2	3
5. Diğerlerinden ayrı olmak ister.	0	1	2	3
6. Anlamsız, arada sırada tekrarlanan vücut hareketleri vardır.	0	1	2	3
7. Taşkındır (uygun olmayan şekilde gürültülü, hoyrat)	0	1	2	3
8. Uygun olmayan şekilde çılgık atar.	0	1	2	3
9. Aşırı derecede konuşur.	0	1	2	3
10. Öfke nöbetleri vardır.	0	1	2	3
11. Basmakalıp davranış, anormal, yineleyici hareketleri vardır.	0	1	2	3
12. Dalgındır, boşluğa bakar.	0	1	2	3
13. Atılgandır (düşünmeden hareket eder).	0	1	2	3
14. Çabuk kızar, huysuzdur.	0	1	2	3
15. Huysuzdur, sakin oturmaz.	0	1	2	3
16. İçe kapanık, yalnız etkinlikleri tercih eder.	0	1	2	3
17. Garip, tuhaf davranışları vardır.	0	1	2	3
18. İtaatsizdir, kontrol etmek güçtür.	0	1	2	3
19. Uygun olmayan zamanlarda bağırır.	0	1	2	3
20. Sabit yüz ifadesi, duygusal tepkilerde de yetersizlik vardır.	0	1	2	3
21. Diğerlerini rahatsız eder.	0	1	2	3
22. Yineleyici konuşmaları vardır. (Aynı konulardan tekrar-tekrar söz eder durur)	0	1	2	3
23. Oturup etrafı seyretmekten başka bir şey yapmaz.	0	1	2	3
24. İşbirliğine yanaşmaz	0	1	2	3
25. Kederli duygu durumundadır.	0	1	2	3
26. Herhangi bir fiziksel temasa karşı koyar.	0	1	2	3
27. Başını öne arkaya yineleyici şekilde döndürür ya da sallar.	0	1	2	3
28. Yönergelere dikkatini vermez	0	1	2	3
29. İstekleri hemen yerine getirilmelidir.	0	1	2	3
30. Kendisini diğer çocuklardan ve yetişkinlerden uzak tutar.	0	1	2	3

31. Grup etkinliklerini bozar	0	1	2	3
32. Bir durumda uzun zaman oturur ya da durur.	0	1	2	3
33. Yüksek sesle kendi kendine konuşur.	0	1	2	3
34. Ufak rahatsızlık ya da incinmelerde ağlar.	0	1	2	3
35. Yineleyici el, vücut ve baş hareketleri vardır.	0	1	2	3
36. Duygu durumu çabuk değişir.	0	1	2	3
37. Yapılandırılmış etkinliklerde tepki vermez.	0	1	2	3
38. Ders, eğitim ya da yemek süresinde yerinde kalmaz.	0	1	2	3
39. Herhangi bir süre sakin oturmaz	0	1	2	3
40. İlişki kurmak, ulaşmak ya da birlikte olmak zordur.	0	1	2	3
41. Uygun olmayan şekilde ağlar- bağırır.	0	1	2	3
42. Yalnız kalmayı tercih eder.	0	1	2	3
43. Sözcükler ya da jestlerle iletişim kurmaya çalışmaz.	0	1	2	3
44. Dikkati kolayca çelinir.	0	1	2	3
45. Kollarını bacaklarını sürekli olarak sallar.	0	1	2	3
46. Bir sözcük ya da cümleyi defalarca tekrar eder.	0	1	2	3
47. Ayaklarını vurur, nesnelere vurur ya da kapıları çarpar.	0	1	2	3
48. Odada sürekli olarak koşar ya da zıplar.	0	1	2	3
49. Sürekli olarak öne arkaya sallanır.	0	1	2	3
50. Bilerek kendini incitir.	0	1	2	3
51. Kendisi ile konuşulduğu zaman dikkatini vermez	0	1	2	3
52. Kendisine fiziksel olarak zarar verir.	0	1	2	3
53. Hareketsizdir, asla kendiliğinden harekete geçmez.	0	1	2	3
54. Aşırı hareketli olmaya eğilimlidir.	0	1	2	3
55. Sevgiye/ şefkate karşı olumsuz tepki verir.	0	1	2	3
56. Yönergeleri kasıtlı olarak duymazlıktan gelir.	0	1	2	3
57. İstekleri yapılmadıkça öfke nöbetleri geçirir.	0	1	2	3
58. Başkalarına çok az sosyal tepki gösterir.	0	1	2	3

## Ek 6. Sorunlu Yeme Davranışları Değerlendirme Anketi

<b>Adı Soyadı:</b> <b>Cinsiyet:</b> Erkek <input type="radio"/> / Kız <input type="radio"/> <b>Boy (cm):</b>	<b>Yaş (yıl/ay):</b> <b>Kilo(kg):</b>																																				
Çocuğunuzun herhangi bir hekim tarafından teşhis edilmiş bir besin alerjisi var mı? (Evet/Hayır) Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:																																					
Çocuğunuzda teşhis edilmemiş herhangi bir besine karşı alerjisi olduğunu düşünüyor musunuz? (Evet/Hayır) Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:																																					
<b>Emzirme dönemine ilişkin bilgiler</b>																																					
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Çocuğunuz anne sütü aldı mı? (Evet/Hayır)</li><li>2. Halen anne sütü alıyor mu? (Evet/Hayır) Eğer anne sütü almıyorsa ne zaman anne sütü almayı bıraktı? ---- (ay)</li><li>3. Anne sütü almadıysa çocuğunuzun beslenmesi için neler yaptınız?</li><li>4. Ek gıdalara ne zaman başladınız?---- (ay)</li><li>5. Ek gıdalara başlarken zorluk oldu mu? Olduysa üstesinden gelmek için neler yaptınız. (belirtiniz)</li><li>6. Anne sütünden ayrılırken zorluk oldu mu? Olduysa üstesinden gelmek için ne yaptınız. (belirtiniz)</li></ol>																																					
<b>Yeme Becerileri ile ilgili Sorular</b>																																					
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Hiçbir zaman</th><th>Nadiren</th><th>Bazen</th><th>Sıklıkla</th><th>Her zaman</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Çocuğum yardımsız olarak kaşık kullanabilmektedir.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Çocuğum yardımsız olarak çatal kullanabilmektedir.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Çocuğum yardımsız olarak yemekleri kendi başına yiyebilmektedir</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4. Çocuğum atıştırılmalık besinleri (bisküvi, meyve ve d.) başkasının yardımı olmadan kendi başına yiyebilmektedir</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>5. Çocuğum arzu ettiği yiyecekleri talep eder.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></tbody></table>		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	1. Çocuğum yardımsız olarak kaşık kullanabilmektedir.	1	2	3	4	5	2. Çocuğum yardımsız olarak çatal kullanabilmektedir.	1	2	3	4	5	3. Çocuğum yardımsız olarak yemekleri kendi başına yiyebilmektedir	1	2	3	4	5	4. Çocuğum atıştırılmalık besinleri (bisküvi, meyve ve d.) başkasının yardımı olmadan kendi başına yiyebilmektedir	1	2	3	4	5	5. Çocuğum arzu ettiği yiyecekleri talep eder.	1	2	3	4	5
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman																																
1. Çocuğum yardımsız olarak kaşık kullanabilmektedir.	1	2	3	4	5																																
2. Çocuğum yardımsız olarak çatal kullanabilmektedir.	1	2	3	4	5																																
3. Çocuğum yardımsız olarak yemekleri kendi başına yiyebilmektedir	1	2	3	4	5																																
4. Çocuğum atıştırılmalık besinleri (bisküvi, meyve ve d.) başkasının yardımı olmadan kendi başına yiyebilmektedir	1	2	3	4	5																																
5. Çocuğum arzu ettiği yiyecekleri talep eder.	1	2	3	4	5																																

## Spesifik Yeme Alışkanlıkları

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Çocuğum ancak belli sayıda yiyecekleri yemektedir. 3 ve üzerini işaretlediyseniz lütfen yiyecekleri belirtiniz.	1	2	3	4	5
2. Çocuğum yalnız belirli mekânlarda yemeğini yemektedir (belirli odada, özel masa veya sandalye). 3 ve üzerini işaretlediyseniz lütfen mekânları belirtiniz	1	2	3	4	5
3. Çocuğum ancak belirli tabaklardan, kaplardan yemek yemektedir. 3 ve üzerini işaretlediyseniz lütfen belirtiniz.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum yemekleri ancak belirli kişilerle yiyebilmektedir (anne, baba, kardeş). Lütfen kişileri belirtiniz	1	2	3	4	5
5. Çocuğum yalnızca pürüzsüz yiyecekleri, yemekleri yiyebilmektedir. Onu rahatsız eden yiyecekleri belirtiniz.	1	2	3	4	5
6. Karışık yiyecekler içeren yemekleri yemeğe gönülsüzdür (Örn: bezelye ve havuç). Onu rahatsız eden yemekleri belirtiniz.	1	2	3	4	5
7. Çocuğum farklı yiyeceğe, yemeğe temas eden yiyecekleri yemez. Onu rahatsız eden yemekleri belirtiniz.	1	2	3	4	5
8. Çocuğum kısıtlı sayıda yiyeceği tüketmek gibi dönemleri vardır. (Örn: 2 hafta boyunca sadece tavuk yemek gibi)	1	2	3	4	5
9. Çocuğum içinde parçalar olan yiyecekleri (kuru üzümlü ya da fındıklı kurabiyeler) yiyemez. Lütfen belirtiniz.	1	2	3	4	5
10. Çocuğum yemekleri yiyemez (Örn: domates soslu makarna gibi). Lütfen belirtiniz.	1	2	3	4	5
11. Çocuğum belli kategorideki yiyecekleri yemekte ısrar etmektedir (Örn: meyve, sebze, hamur ve d.). Lütfen çocuğunuzun davranışını etkileyen yiyecek gruplarını belirtiniz.	1	2	3	4	5
12. Çocuğum belli kategoriye ait yiyecekleri yemekten kaçınır (Örn: meyve, sebze, hamur ve d.). Lütfen çocuğunuzun davranışını etkileyen yiyecek gruplarını belirtiniz.	1	2	3	4	5

13. Çocuğum yemek zamanlarında (kahvaltı, öğlen, akşam) hiçbir zaman aynı yiyecek türünü 2 gün arka arkaya yememiştir. Lütfen öğünleri ve yiyecek türlerini belirtiniz.	1	2	3	4	5
14. Çocuğum yemekteki sebze veya besinleri ayrı-ayrı tüketmektedir. (Örn: önce bezelye, sonra havuçları daha sonra da et gibi)	1	2	3	4	5
15. Çocuğum kahvaltıda her zaman aynı yemeği yemektedir. Kahvaltıyı tarif ediniz.	1	2	3	4	5
16. Çocuğum öğlen zamanı hep aynı yemeği yemektedir. Öğlen yemeğini anlatınız.	1	2	3	4	5
17. Çocuğum akşam yemeğinde hep aynı yemek türünü talep etmektedir. Lütfen akşam öğünü belirtiniz.	1	2	3	4	5
18. Çocuğum pişirilmemiş (çiğ olarak) sebzeleri yememektedir. Lütfen belirtiniz.	1	2	3	4	5
19. Çocuğum yiyecekleri bazı özelliklerinden dolayı yemek istememektedir (Örn: tatlı, tuzlu, ekşi, lapa). Lütfen yiyecekleri ve özelliklerini belirtiniz.	1	2	3	4	5
20. Çocuğum pişirilmiş sebzeleri yememektedir. Lütfen sebzeleri belirtiniz.	1	2	3	4	5
21. Çocuğum besin, yiyecek olmayan şeyleri yemektedir. (Kil, toprak, alçı, kömür, kül) Lütfen belirtiniz.	1	2	3	4	5

### Yeni Yiyeceklerden Kaçınma Davranışı

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Çocuğum sıklıkla farklı ve yeni yiyecek türlerini dener ve hoşlanır.	1	2	3	4	5
2. Çocuğum yeni besin türlerine güvenmemektedir.	1	2	3	4	5
3. Çocuğum yemeğin içinde ne olduğunu bilmezse onu asla denemez.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum farklı-farklı memleketlerin, kültürlerin yemek türlerinden hoşlanmaktadır.	1	2	3	4	5
5. Çocuğum etnik, kültürel yemekleri acayip bulur.	1	2	3	4	5
6. Çocuğum partilerde yeni yemek türlerini denemekten hoşlanır.	1	2	3	4	5

7. Çocuğum daha önce bilmediğı, denemediğı yiyecekleri yemekten çekinir, korkar.	1	2	3	4	5
8. Çocuğum yiyeceğı yemekler konusunda oldukça kararlı ve dikkatlidir.	1	2	3	4	5
9. Çocuğum nerdeyse her şeyi yemektedir.	1	2	3	4	5
10. Çocuğum yabancı mutfaklara oldukça fazla ilgilidir.	1	2	3	4	5
11. Çocuğum diğerk akranlarına kıyaslanınca yemeklere karşı oldukça seçici, detaycı, mızımız, zor beğenendir.	1	2	3	4	5
12. Çocuğumun yeme davranışından dolayı yemek zamanlarımız oldukça sıkıntılıdır.	1	2	3	4	5
13. Çocuğumun sağlıklı ve iyi iştahı vardır.	1	2	3	4	5
14. Çocuğum oldukça “zararlı” ve “sağlıksız” besinleri tüketmektedir.	1	2	3	4	5

### Ebeveyn Baş Etme Becerileri Değ erlendirme Anketi

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Çocuğum yemekte sunulan yemeğı reddetmemesi için daha önceden o yemeğı denemiş olması gerekmektedir.	1	2	3	4	5
2. Çocuğum yemekte yeteri kadar yemediğini düşündüğümde ona atıştırarak bir şeyler verdiğim oluyor.	1	2	3	4	5
3. Çocuğum yemekte sunulanı yemek istemediğı zaman ona farklı bir yemek vermem, beklerim acıktığı zaman tekrar yemek veririm.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum olumlu bir davranış sergilediğı zaman bazı yiyecekleri ona ödül olarak sunar (çikolata, dondurma ve d.).	1	2	3	4	5
5. Çocuğum yemek zamanı kendisine sunulan yemeğı defalarca reddediyorsa ona kendi seçtiğim farklı bir yemek veririm.	1	2	3	4	5
6. Çocuğum yemek zamanı kendisine sunulan yemeğı defalarca reddediyorsa ona onun istediğı farklı bir yemek veririm.	1	2	3	4	5
7. Yemek zamanı herhangi bir şey içmesine müsaade etmem	1	2	3	4	5
8. Ödül vererek çocuğumun davranışlarını kontrol ederim.	1	2	3	4	5
9. Çocuğum için farklı yemek zamanları oluşturmuş durumdayım.	1	2	3	4	5
10. Çocuğum yemekte öfke nöbetleri geçirince ona beğendiğı farklı yemek hazırlarım.	1	2	3	4	5
11. Çocuğum tabakta bulunan tüm yemekleri bitirmesi gerekmektedir.	1	2	3	4	5
12. Çocuğumun yemeğini sürdürmesi için sürekli olarak cesaretlendirilmesi gerekmektedir.	1	2	3	4	5



## Çocukluk Çağı Beslenme ve Yeme Davranışları Değerlendirme Ölçeği

### Sorun Davranışlar Bölümü

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	Şu anda da devam ediyor mu?		Geçmişte de olmuş muydu?	
						E	H	E	H
1. Meyveleri yer.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
2. Yiyecekleri çiğnemekte zorluğu vardır.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
3. Yemekten zevk alır.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
4. Yemek zamanı öğürür veya tıkanır.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
5. Yeni yiyecekleri dener.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
6. Et ve balık yer.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
7. Yemeği bitirmesi 20 dk 'dan daha uzun sürmektedir.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
8. Süt içer.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
9. Yemek zamanında sofraya rahatça gelir.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
10. Sık-sık atıştırır ancak yemek zamanında yemek yemez.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
11. Yemek zamanından önce ve sonra kusar.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
12. Sürekli öğütülmüş, süzölmüş veya yumuşak yiyecekleri yemektir.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
13. Yemek zamanı sık-sık masadan kalkar.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
14. Yiyecekleri ağızına alır ancak yutmaz.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
15. Yemek zamanı sızlar veya ağlar.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
16. Sebzeleri yer.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
17. Yemek zamanı öfke nöbetleri olur.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
18. Nişastalı yiyecekleri yer.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
19. Çok az iştahı vardır.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
20. Yediklerini çıkarır, tükürür.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
21. Konuşarak yemek süresini uzatır.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
22. Yemekten daha çok içmeyi tercih eder.	1	2	3	4	5	E	H	E	H

23. Yemek zamanı yiyecekleri reddeder fakat yemek zamanından sonra yiyecek ister	1	2	3	4	5	E	H	E	H
24. Ne yiyeceği konusunda sık-sık soru sorar.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
25. Gerekli beslenmeyi sağlanması için nazogastrik sonda gereksinimi olmuştur	1	2	3	4	5	E	H	E	H
<b>Ebeveyn Bölümü</b>									
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	Şuanda da devam ediyor mu?		Geçmişte de olmuş muydu?	
26. Çocuğumu beslerken ya da yedirirken sık-sık telaşlanıyorum, boşa çırpınmış hissediyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
27. Isırması için sık-sık çocuğumu ikna etmeye çalışıyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
28. Çocuğumun yemesi için sık-sık tehdit ettiğim olur.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
29. Çocuğum yeterli kadar yediği zaman rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
30. Çocuğumu yemek zamanı idare ettiğim zaman rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
31. Çocuğum sunulan yemeyi beğenmezse, başka bir şeyler yapıyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
32. Çocuğum yemeyi ret edince zorla yiyeceği ağzına koyuyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
33. Sık-sık diğer erişkinlerle çocuk beslenmesi konusunda tartışıyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
34. Çocuğumun beslenme şekli ona zararlı olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
35. Sürekli yemek zamanı sinirleniyorum ve sakinleşmesi için zaman gerekli olur.	1	2	3	4	5	E	H	E	H
<p><b>Çocuğunuzun yeme davranışı onun sağlığı hakkında sizde endişe uyandırıyor mu?</b>  <i>Lütfen size uyan seçeneği işaretleyin.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Çocuğumun yeme davranışının onun sağlığı için herhangi bir sorun oluşturduğunu düşünmüyorum.</li> <li>2. Çocuğumun yeme davranışı nadiren bende endişe uyandırmaktadır.</li> <li>3. Çocuğumun yeme davranışı bende birazcık endişe uyandırıyor.</li> <li>4. Çocuğumun bu yeme davranışı beni kaygılandırmaktadır.</li> <li>5. Çocuğumun bu şekilde olan yemek davranışından ciddi şekilde endişeliyim.</li> </ol>									



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA

Sayı :B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/223  
Konu :

05.04.2012

Sayın : Doç.Dr. Osman SABUNCUOĞLU

09.2012.0054 protokol nolu “ Otistik çocukların yeme özelliklerinin araştırılması ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırılması ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr Haner DİRESKENELİ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma  
Kurul Başkanı