T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İSTANBUL İLİ BAHÇELİEVLER İLÇESİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI 2-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA EMZİK VE BİBERON KULLANIMININ İŞTAH VE KİLO ALIMINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet Yuvarlan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İSTANBUL İLİ BAHÇELİEVLER İLÇESİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI 2-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA EMZİK VE BİBERON KULLANIMININ İŞTAH VE KİLO ALIMINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet Yuvarlan

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER v
TEŞEKKÜR vii
KISALTMALAR viii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. YEME DAVRANIŞI VE İŞTAH 3
2.1.1. Çocuklarda Yeme Davranışını Etkileyen Faktörler 3
2.2. BEBEKLERDE EMME DAVRANIŞI 6
2.2.1. Emzik 7
2.2.2. Emzik Kullanımının Olumlu ve Olumsuz Etkileri 7
2.2.3. Biberon 8
2.2.4. Emzirme ve Anne Sütünün Önemi 8
2.2.5. Emzik ve Biberon Kullanımının Emzirmeye Etkileri 9
2.3. BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ 10
3. GEREÇ VE YÖNTEM 12
3.1. ARŞTIRMANIN NİTELİĞİ 12
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 12
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM 12
3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ 13
3.4.1. Anket Formu 13
3.4.2. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (Child Eating Behaviour Questionnaire). 13
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 15
3.6. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER 16
4. BULGULAR 17
4.1. ÇOCUK VE AİLELERNİN SOSYODEMOGARİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 17
4.2. KATILIMCILAR İLE İLGİLİ GEBELİK VE DOĞUM VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 18
4.3. ÇOCUKLAR İLE İLGİLİ BESLENME VE ÇOCUK İZLEM VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 19

4.4. ANNELERİN ÇOCUKLARININ İŞTAHI HAKKINDAKİ ALGISI İLE İLGİLİ VERİLER..... 20
4.5. ÇYDA'NİN ALT ÖLÇEKLERİNDEN ALINAN PUANLARA AİT DEĞERLENDİRMELER.... 20
4.7. ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI VE ÇOCUKLARIN AĞIRLIK PERSENTİL DEĞERLERİNİN CİNSİYET VE BESLENME VERİLERİYLE KARŞILAŞTIRMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 24
4.8. ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERİN ÖLÇEK ALT BOYUTLARI VE ÇOCUKLARIN AĞIRLIK PERSENTİLLERİNİ YORDAMASINA İLŞKİN REGRESYON ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 31
5. TARTIŞMA..... 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 45
6.1. SONUÇLAR..... 45
6.2. ÖNERİLER 45
KAYNAKLAR 46
EKLER..... 53

TEŞEKKÜR

SAHU eğitimim ve tez hazırlama sürecim boyunca büyük desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Asistanlığa başladığımda kliniğimizin hocası olan, iyi ki yollarımız kesişmiş dediğim, bana aile hekimliğinin tanımını öğreten değerli Prof. Dr. Dilek Toprak hocama,

Beraber çalıştığımız süre boyunca mesleki tecrübesini ve rehberliğini esirgemeden paylaşan Uzm. Dr. Özlem Aydoseli ve 6 yıldır rotasyonda olduğum dönemlerde Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi'nde aylar boyunca yerime karşılıksız vekalet eden, karşılıksız sevdiğim aile hekimi ağabey ve ablalarıma,

Rotasyonlarda omuz omuza çalıştığım bütün SAHU asistan arkadaşlarıma özellikle tez hazırlama sürecimde verdiği teknik destekten dolayı kalender dostum Uzm. Dr. Ziya Köseoğlu'na,

Canım annem ve babama,

Daha tıp fakültesi 2. sınıfta hayatımı iyi ki birleştirdiğim, o günden bugüne tıp fakültesi, askerlik, SAHU asistanlığı gibi zorlu, yoğun ve yorucu süreçlerde elimi bırakmayan, desteğini hep yanımda hissettiğim biricik eşim Derya Yuvarlan'a

Sonsuz teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CEBQ: Child Eating Behaviour Questionnaire

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi

DAY: Duygusal Aşırı Yeme

DAZ: Duygusal Az Yeme

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GKA: Gıdadan Keyif Alma

GH: Gıda Heveslisi

İT: İçme Tutkusu

TBSA: Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması

TH: Tokluk Heveslisi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNİCEF: United Nations International Children's Emergency Fund

WHO: World Health Organisation

YS: Yemek seçiciliği

YY: Yavaş Yeme

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çocuk ve Ailelere ile İlgili Sosyodemografik Veriler

Tablo 2. Katılımcılar ile İlgili Gebelik ve Doğum Verileri

Tablo 3. Çocuklar ile İlgili Beslenme ve Çocuk İzlem Verileri

Tablo 4. Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

Tablo 5. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin Çocuğun Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin "6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin "Çocuk Emzik Kullandı mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin "Çocuk Biberon Kullandı mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin "Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 10. Çeşitli Değişkenlerin Gıda Heveslisi Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 11. Çeşitli Değişkenlerin Duygusal Aşırı Yeme Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 12. Çeşitli Değişkenlerin Gıdadan Keyif Alma Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 13. Çeşitli Değişkenlerin İçme Tutkusu Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 14. Çeşitli Değişkenlerin Tokluk Heveslisi Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 15. Çeşitli Değişkenlerin Yavaş Yeme Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 16. Çeşitli Değişkenlerin Duygusal Az Yeme Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 17. Çeşitli Değişkenlerin Yemek Seçiciliği Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 18. Çeşitli Değişkenlerin Çocuğun Şu Anki Kilo Persantilini Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Çocuk yeme davranışını etkileyen faktörler

Şekil 2 Çalışmaya dahil edilen çocukların cinsiyete göre vücut ağırlığı.

Şekil 3. Annelerin çocuklarının iştahı hakkındaki algısı.

Şekil 4. ÇYDA alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları.

ÖZET

Amaç: 2-6 yaş arası çocuklarda yeme davranışını ölçen objektif bir anket ile değerlendirerek emzik ve biberon kullanımının çocuklarda iştah tiplerinin gelişimine vae kilo alımına etkilerini saptamak.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamıza 01.08.2021 ile 01.09.2021 tarihleri arasında İstanbul Bahçelievler Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi 34.06.087 no'lu aile hekimliği birimine herhangi bir nedenle başvuran 2-6 yaş arası çocuklar ve anneleri, annelerden onam alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan, çocukların sosyodemografik ve beslenme bilgilerini sorgulayan tez anketi ve Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) annelere yüz yüze sorularak doldurulmuştur. ÇYDA maddelerine verilen cevaplara göre çocukların 8 iştah alt boyutu için puanları hesaplanmıştır. Sosyodemografik veriler ve beslenme verileri iştah alt tipleri puan ortalamalarıyla uygun istatistik yöntemler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Sadece anne sütü alım süreleri ile emzik ve biberon kullanım süreleri arasında negatif yönlü istatistikçe anlamlı korelasyon saptandı. Benzer şekilde toplam anne sütü alım süreleri ile emzik ve biberon kullanımı arasında istatistikçe anlamlı negatif yönlü ilişki tespit edildi. 6 ay sadece anne sütü alan çocuklarda almayanlara göre kilo persentili anlamlı olarak yüksek bulundu. Çocukların kilo persentilleri ile Gıda Heveslisi, Gıdadan Keyif Alma ve Yemek Seçiciliği alt boyutları arasında pozitif yönlü, Tokluk Heveslisi ve Yavaş yeme alt boyutları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. Alt boyutlardan Gıda Heveslisi ve Duygusal Az yeme puan ortalamaları erkeklerde kızlara kıyasla; Yavaş Yeme puan ortalaması kızlarda erkeklere kıyasla daha yüksek bulundu. Çocuğun şu anki ağırlık persentili erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Emzik kullanımı ile iştah alt boyutları ve çocuğun kilo persentili arasında istatistikçe anlamlı farklılık saptanmadı. Benzer şekilde biberon kullanımı ile iştah alt boyutları ve çocuğun kilo persentili arasında istatistikçe anlamlı farklılık saptanmadı. Emzik ve biberon kullanım süreleri ile iştah alt boyut puan ortalamaları ve çocukların kilo

persentilleri arasında istatistikçe anlamlı ilişki saptanmazken emzik kullanım süreleri ile biberon kullanım süreleri arasında pozitif yönlü ilişki vardı.

Sonuç: Çalışmamızda 2-6 yaş arası çocuklarda emzik ve biberon kullanıp kullanmama arsında iştah alt tipleri ve çocukların kilo persentilleri açısından anlamlı farklılık saptamadık. Emzik ve biberon kullanım süreleri ile iştah alt tipleri ve çocukların kilo persentilleri arasında istatistikçe anlamlı ilişki bulmadık.

Anahtar Sözcükler: Emzik, biberon, iştah

ABSTRACT

Aim: To determine the effects of pacifier and bottle use on the development of appetite types and weight gain in children by evaluating the eating behavior of children aged 2-6 with an objective questionnaire.

Materials and Methods: In our study; mothers with children aged 2-6 years who applied for any reason to the family medicine unit number 34.06.087 of Istanbul Bahçelievler Şirinevler Family Health Center between 01.08.2021 and 01.09.2021. Consent form was obtained from all participants. The Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) and sociodemographic and nutritional informations of children were filled in by asking the mothers face to face. According to the answers given to the Child Eating Behaviour Questionnaire, the scores of the children for the 8 appetite subtypes were calculated. Sociodemographic data and nutritional data were compared with the mean scores of appetite subtypes by statistical methods.

Results: A negative statistically significant correlation was found between the duration of exclusive breastfeeding and the duration of pacifier and bottle use. Similarly, a statistically significant negative correlation was found between the total duration of breastfeeding and the use of pacifiers and bottles. The weight percentile was found to be significantly higher in children who fed only breastfeeding for 6 months compared to those who did not. A positive correlation was found between the children's weight percentiles and the subtypes of Food Responsiveness, Enjoyment of Food, and Food Fussiness, and a negative correlation between the subtypes of Satiety Responsiveness and Slowness in Eating. From the subtypes of CEBQ; the mean scores of Food Responsiveness and Emotional Under-Eating were found to be higher in boys compared to girls. And mean scores of Slowness in Eating were found higher in girls than boys. The current weight percentile of the child was found to be significantly higher in boys. There was no statistically significant difference between pacifier use and appetite subtypes and the child's weight percentile. Similarly, no statistically significant difference was found between bottle use, appetite subtypes, and the child's weight percentile. While there was no statistically significant relationship between the duration of pacifier and bottle use with the mean appetite subtype scores and the children's weight percentiles; there

was a positive relationship between the duration of pacifier use and the duration of bottle use.

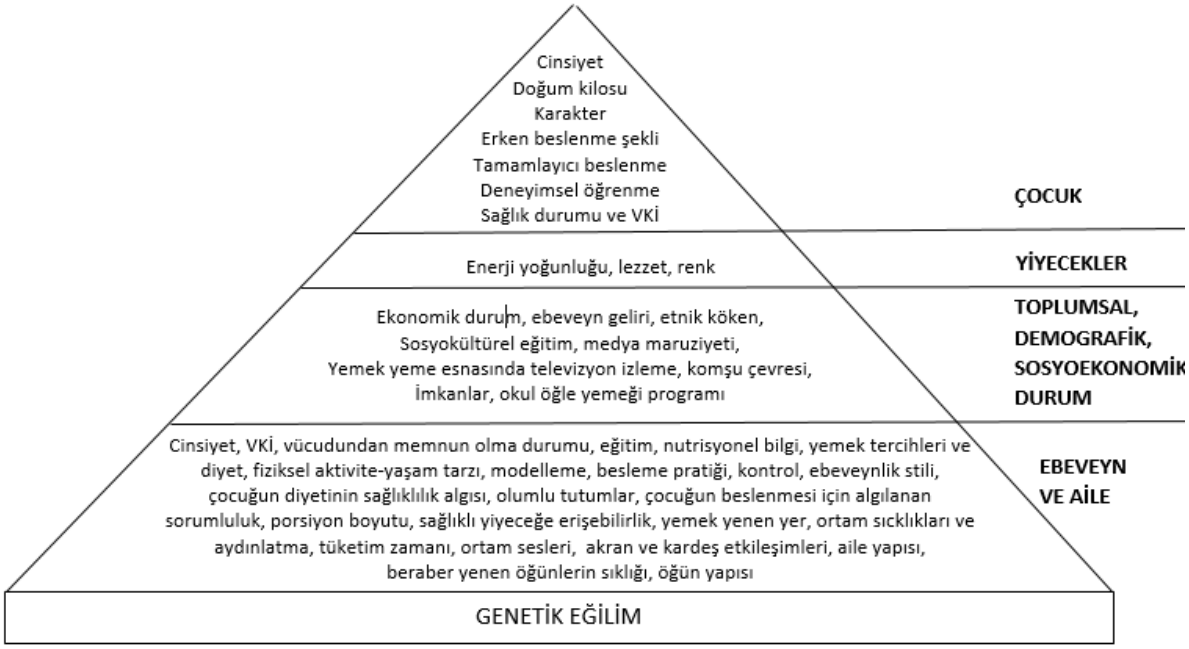
Conclusıon: In our study, we did not find a significant difference between the use of pacifiers and bottles in children aged 2-6 years, and in terms of appetite subtypes and children's weight percentiles. We did not find a statistically significant relationship between the duration of pacifier and bottle use, appetite subtypes, and children's weight percentiles.

Keywords: Pacifier, bottle, appetite

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme davranışı sosyal ve biyolojik unsurları olan karmaşık bir davranıştır. Gelişim geriliği olan çocuklarda yeme problemleri %80 civarında görülmekteyken sağlıklı çocuklarda bile bu oran %25-45 arasındadır (1). İştah ve yeme-içme davranışları ile ilgili şikayetler tüm çocukluk yaş gruplarında en sık rastlanılan yakınmaların başında gelmektedir. Ebeveynler yemek seçiciliği olan çocukları için endişelenir ve çok az yediğini, sağlıklı beslenemediğini düşünür (2). Aile Sağlığı Merkezlerinde de çocuklarının iştahı ile ilgili yakınmalar anne ve babalar tarafından sıkça dile getirilir. Bu şikayetlerini dile getirdikleri sağlık profesyonellerinden genellikle "çocuğun kendini aç bırakmayacağı" cevabını alırlar (3).

Yeme davranışları çocukluk çağında şekillenmeye başlar ve biyolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisiyle yaşam boyu değişim halindedir (4). İştah genetik ve çevresel faktörlerden ve yeme tecrübelerinden etkilenir. Çocuklarda yeme davranışını etkileyen faktörler şekil-1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Çocuk yeme davranışını etkileyen faktörler (5).

Öte yandan erken çocukluk döneminde emzik ve biberon kullanımı da dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın olan uygulamalardır. Emzik kullanımı anne ve babalar için, bebekteki emme içgüdüsünü karşılamak, bebeği rahatlatmak, bebeğin ağlamasına engel olmak ya da buna benzer nedenlerle meme benzeri; fiziksel ve biyolojik ihtiyaca cevap verebilecek çözüm arayışının bir ürünüdür ve zamanla fayda ve zararları açısından üzerinde düşünülen, araştırmalara konu olan bir nesne olmuştur (6).

Emzik ve biberon kullanımının 0-2 yaş arası bebeklerde başarılı emzirme, emzirmenin erken kesilmesi, maloklüzyon, erken diş çürükleri gibi durumlara etkisini araştıran çalışmalar bulunmaktadır (7–10). Bu çalışmanın amacı dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın olan emzik ve biberon kullanımının erken çocukluk döneminde çocukta yeme davranışının oluşumuna ve kilo alımına etkilerini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YEME DAVRANIŞI VE İŞTAH

Sağlıklı büyüme, gelişme, yaşamın idamesi ve hastalıkların önlenmesi dengeli ve yeterli miktarda gıdaların alınmasına bağlıdır. Yeterli ve dengeli beslenme, sağlığın iyileştirilmesi ve korunması ve hayat kalitesi seviyesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Gelişim, çocuğun motor, duygusal ve sosyal olgunlaşmasına, çocuğun karakter özelliklerine ve çevreleriyle ilişkilerine bağlı olduğundan, beslenme becerileri çocuktan çocuğa farklılık gösterir (11).

Beslenme yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan besin ögeleri ile biyoaktif bileşenleri sağlayan besinlerin tüketilerek vücutta kullanılması olarak tanımlanır. İnsan yaşamının, sağlığının ve gelişiminin yaşam boyunca temel direğidir. Fetal gelişimin ilk aşamalarından itibaren, hayatın tüm evrelerinde hayatta kalma, fiziksel büyüme, zihinsel gelişim, performans ve verimlilik, sağlık ve esenlik için uygun ve iyi beslenme gereklidir (12).

İştah yiyeceğe karşı duyulan bilinçli istektir ve iştah kontrolü başta gastrointestinal sistem olmak üzere santral sinir sistemi, pankreas ve adrenal bezler tarafından sağlanır (13). İştah bilinçli bir istek olup daha önce yiyecek ile olan deneyimlerden, besinin görünümünden olumlu veya olumsuz olarak etkilenir (14). Çocukların büyüme gelişme ve uzun vadeli sağlığı erken yaştan itibaren beslenme alışkanlıkları ile ilişkilidir (15).

2.1.1 Çocuklarda Yeme Davranışını Etkileyen Faktörler

Çocukların yeme davranışları intrinsek (genetik, yaş, cinsiyet) ve çevresel faktörlerden (aile, yaşıtlar, medya ve toplum) etkilenir. Anne sütü alıp almamış olmak, tamamlayıcı beslenmeye geçiş süreci ve bu süreçteki tat deneyimleri iştah ve yeme davranışı üzerinde önemli etkiye sahiptir(5) . Yeme davranışındaki bireysel farklılıklar hem zayıflık hem de aşırı kilo ile ilişkilidir (16).

Çocukların yiyecek tercihlerinde kültürel farklılıkları aşan önemli benzerlikler vardır. Çoğu ülkede çocuklar tarafından yüksek yağlı ve tatlı yiyecekler genellikle tercih edilirken buna karşın neredeyse dünya genelinde sebzeler

sevilmezler. Tercihlerdeki bu durum tatlara karşı doğuştan gelen bir yatkınlık olduğuna işaret eder (15). Yenidoğanlarda tat tercihlerinin yüz ifadeleriyle ölçüldüğü çalışmalar mevcuttur (17).

Çocuklarda iştah özellikleri üzerinde güçlü bir genetik etki olduğuna dair kanıtlar vardır (18). İkiz çalışmalarında genetik faktörlerin çevresel faktörlere göre yiyecek tercihleriyle daha güçlü ilişki gösterdiği görülmüştür. Ancak yetişkin ikizlerde yapılan çalışmalar çevre etkilerinin yetişkinlerde çocukluk dönemine göre daha ağır bastığını ortaya koymuştur (19).

Aile, bireylerin toplamından daha fazlası olduğu için bir sistem olarak kabul edilebilir (4). Çocuklarda öğrenme ilk olarak, yakın çevredeki bireyleri taklit etme şeklindedir. Anne, baba ve kardeşler çocuklara en iyi örnektir (16). Olumlu bir aile sistemi rol model olma, sağlıklı gıdaların sağlanması ve iyi bir etkileşimle çocukta sağlıklı bir yeme davranışının oluşumu ve sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir (20). Bir aile içinde sağlıklı yaşam tarzına ilişkin paylaşılan algılar ve biliş olarak tanımlanan ‘aile sağlığı iklimi’ (21) aile ortamı ile ilgili önemli bir belirleyici sayılabilir. Bu günlük aile yaşamındaki bireysel deneyimleri, sağlıkla ilgili konuların değerlendirilmesini, davranış rutinlerini ve aile içindeki etkileşim kalıplarını yansıtır. Bu kavramsal çerçeve aile işleyişi, uyum, bağlılık, çatışma, iletişim, sosyoekonomik statü, ebeveyn uygulamaları ve ebeveynlik stilini de içeren psikososyal konseptleri içerir. Çocukların başkalarının hareketlerini taklit etme ve özellikle ebeveyn ve bakıcılarını gözlemleyerek öğrenme yeteneği yeme davranışlarının gelişiminde oldukça etkilidir (22).

Ebeveynler/bakım verenler ile çocuklar arasındaki etkileşim çocuğun bilişsel ve sosyal gelişiminin yanı sıra beslenme ve büyüme üzerine olumlu veya olumsuz etkilere sahiptir (23). Anne baba davranışlarının çocuklar üzerindeki sonuçlarını araştıran çalışmalar sonucunda dört farklı ebeveynlik tarzı tanımlanmıştır. Bunlar yetkili (authoritative), müsamahakar (permissive), otoriter (authoritarian) ve ihmalkar (neglectful veya uninvolved) ebeveynlik tarzlarıdır (24). Yetkili tarzda ebeveynler talepkar ve aynı zamanda vericidir. Çocuğa karşı yüksek kontrol ve yakınlık düzeyi sergiler, çocuğun davranışlarını sürekli takip ederek müdahaleci ve kısıtlayıcı yaklaşımlara başvurmadan çocuğu yönlendirmeye çalışırlar. Müsamahakar

ebeveynler daha az talepkar ve daha olgun davranışlar sergilerler, çocuğa karşı yüksek düzeyde vericidirler. Sürekli hoşgörülü olma ve yüzleşmeden kaçınma eğilimindedirler. Otoriter ebeveynler daha talepkar, sürekli emir verici ve çocuğun isteklerine cevapsızdır. Yetkili ebeveynlikle benzer şekilde yüksek kontrol düzeyi fakat o tarzın aksine çocuğa karşı daha düşük yakınlık söz konusudur. İhmalkar ebeveynler ilgisiz, ne talepkar ne de vericidir (4). Yetkili ebeveynlik tarzına maruz kalan çocuklar daha yüksek düzeyde öz-yeterlilik, öz-disiplin, duygusal olgunluk gösterirler ve kendi yeme davranışlarını geliştirirler (23,25,26). Çalışmalar yetkili ebeveynlik stilinin daha düşük obezite riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (27).

Çocuklarda yeme davranışının şekillenmesinde infant ve erken çocukluk döneminde ebeveyn veya bakım verenin çocuğu besleme stili de etkilidir. Çocuğun gıdalara ilgisini geliştirmek için gerekli olan; beslenme sırasında çocuğun kendini rahat hissetmesi, ortamda dikkat dağıtıcı faktörlerin olmaması, yemeğin uygun bir ortamda servis edilmesi, bakım verenin eyleme katılması tercihen çocukla yüz yüze olması, sağlıklı yiyecekler ve iyi sunum, çocuğun farklı tat ve kıvamları ayırt etmesine izin vermek gibi bazı şartların oluşturulması gerekir. Bakım veren çocuğun işaretlerini anlamalı ve çocuk ile arasında interaktif bir beslenme etkileşimi kurmalıdır (23).

Ebeveynler çocuğa ne kadar yiyecek sunulacağını belirlemekten de sorumludur. Bu konudaki anne baba etkisi çocuğun gıda alımını gözlemleyip kısıtlama veya daha fazla yemesini teşvik etme şeklinde olur. Çocuğun beslenmesi üzerine aşırı kontrol kullanımı çocuğun bağımsızlığını hiçe sayar. Buna karşın bir çocuğun yemek isteklerine karşı tamamen hoşgörülü olmak da uygun değildir çünkü çocuğun içsel açlık ve tokluk hissine göre yemek yeme yeteneğini geçersiz kılabilir (28). Bu iki davranış da aşırı yemeye ve aşırı kilo alımına neden olabilir. Öte yandan interaktif, duyarlı besleme şekli çocuğun tokluk ve açlık hislerini uygun şekilde tanımlamayı ve yanıt vermeyi içerir (29).

Sosyoekonomik durum çocuk ve adolesanlarda diyetin kuvvetli belirleyicisidir ve obezite ile yakından ilişkilidir. Benzer şekilde anne eğitim düzeyi ile çocuklarda sağlıklı yeme davranışı arasında yakın ilişki vardır (30). Yüksek

eğitim seviyeli anne çocukları düşük eğitim seviyeli anne çocuklarına göre daha fazla meyve ve sebze tüketmekte ve daha yüksek kahvaltı alışkanlığı edinme oranı sergilemektedirler (31).

Medya ortamı, özellikle reklamların gıda ile ilgili bilgi, tutum ve tercihleri şekillendirdiği gösterilmiştir (32). Gıda ürünlerine yönelik reklamlar ile çocukların diyeti arasında doğrudan bir nedensel ilişki vardır. Bu durum atıştırmalık yiyecek ve toplam kalori alımında artış sağlarken meyve ve sebze tüketimini düşürmektedir (33). Yapılan araştırmalarda yemek yeme esnasında televizyon seyretme meyve-sebze tüketimini ve genel diyet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir ve daha fazla meşrubat tüketimi, şekerli ve yağlı gıdalarla ve atıştırmalıklarla daha fazla kalori alımı ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkiler çocuğun televizyon karşısında geçirdiği süreye de bağımlıdır (34).

2.2. BEBEKLERDE EMME DAVRANIŞI

Bebekler için doğuştan gelen bir refleks olan emme davranışı, bireyin dünyayı tanımaya, anlamaya ve anlamlandırmaya başlaması için ilk araç olarak kabul edilmektedir. Bebek doğumdan itibaren uzunca bir süre (0-6 ay) temel ihtiyacını sadece emme yoluyla elde eder (35).

Emmenin erken bileşenlerinin fetal hayatın 7. -8. haftaları civarında meydana geldiği gösterilmiştir. Öğürme refleksi 12-16., emme refleksi 15-18. haftalar arasında başlar. 28. gestasyon haftasında bazı bebekler fizyolojik stabiliteden yoksun olmalarına karşın emme-yutma-nefes alma döngüsünü oluşturmuşlardır. Tam kordinasyon 32-34. Gebelik haftasında tamamlanmış olur (36).

Bebeklerde emme davranışı besleyici ve besleyici olmayan emme davranışı olarak ikiye ayrılabilir. Besleyici emme davranışları emzirme ve biberon, besleyici olmayan emme davranışları emzik, parmak veya herhangi bir nesneyi emme şeklindedir. Emme davranışı çocukta sakinlik ve rahatlık sağlar. Emmenin sakinleştirici etkisi hafif ağrılı durumlarda bebekte ağrı kontrolünü sağlar (37). Yine emme davranışı oral motor gelişimi uyarır, konuşma gelişimini etkiler, nefes alıp vermeyi stabilize eder, uyku paternini düzenler (38,39).

2.2.1. Emzik

Doğumdan itibaren bebekleri oyalamak için yardımcı bir araç olarak kullanılan emzik, Türk Dil Kurumu sözlüğünde (1988:1148); "süt çocuklarını oyalamak için ağızlarına verilen kauçuk meme" olarak tanımlanmaktadır. Çocuğu susturmak, oyalamak, ağlamasını önlemek, kendi başına kalmasını sağlamak, anneye zaman kazandırmak, geçici süreliğine de olsa anneden uzak tutmak, doyurulma hissi uyandırmak, meme benzerliğiyle özdeşim kurmasını sağlayarak verilen gıdaları almasını kolaylaştırmak veya anneye olan bağımlılığını azaltmak gibi durumlar emzik kullanımının amaçları olarak sayılabilir. Ebeveynler tarafından kullanılagelen emzik; zamanla faydaları ve zararları bağlamında üzerinde düşünülen, araştırmalara konu olan bir nesne olmuştur (6).

Tarihsel olarak 1900'lü yılların başlarına kadar emzik kullanımının faydalı olduğuna inanılırdı ancak bu yıllardan itibaren gerek hijyene dair endişeler gerekse bazı tıbbi komplikasyonlardan dolayı emzik karşıtı görüş yayılmaya başlamıştır. Günümüzde dünyada oldukça sık kullanılan emziğin faydalı olup olmadığına dair karşıt görüşler bulunmaktadır (40).

2.2.2. Emzik Kullanımının Olumlu ve Olumsuz Etkileri

Emzik kullanımı bebekler üzerinde rahatlatıcı bir etki sağlar, anksiyeteyi azaltır ve ağrı kontrolünde kullanılır. Bu etkisinden aşılama gibi hafif ağrılı işlemlerde faydalanılır. Besleyici olmayan emmenin preterm infantlarda enteral beslenmeye geçiş ve hastanede yatış süresini azalttığı tespit edilmiştir. Yine pretermlerde biberonla beslenme performansını arttırır. Bunların yanında emzik kullanımı Ani Bebek Ölümü Sendromu (ABÖS) riskini azaltmaktadır (38–40).

Emzik kullanımı dental maloklüzyon riskini arttırmaktadır. Bunun yanında emzikler sıklıkla kandida ve bazı bakteriyel mikroorganizmalarla kolonize olur. Bu kolonizasyonların klinik olarak enfeksiyonlara sebep olup olmadığı açık olmamakla birlikte emzik kullanımı başta otitis media olmak üzere dental, respiratuar ve gastrointestinal enfeksiyon riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur (38–40).

2.2.3. Biberon

Biberon Türk Dil Kurumu sözlüğünde "Genellikle süt çocuklarına süt ve sulu yiyecekleri içirmekte kullanılan emzikli şişe" olarak tanımlanmaktadır (41). Biberon ile besleme eski zamanlardan beri var olan bir bebek besleme yöntemidir ve günümüzde bebeklerin önemli bir kısmı anne sütü veya formül sütü biberon yardımıyla alır.

Biberonlar bir hazne ve bir emme biriminden oluşur. Hem meme hem de biberon beslemesi sırasında emmek için eksprese edilen süt hacmi sadece bebeğin kabiliyetine değil, aynı zamanda hazne sisteminin özelliklerine de bağlıdır. Biberonların hazne kısmı genellikle sert cam veya plastik malzemeden yapılır. Biberon emme sırasında periyodik olarak havalandırılmadığı sürece, bir vakum etkisi gelişir ve bu süt ekspresyonunda azalmaya neden olur. Meme başındaki havalandırma delikleri bu vakum etkisinin gelişmesini önler. Emme birimi ticari olarak şekil, boyut ve besleme deliği açısından farklı tarzlarda üretilir. Standart tek delikli olanlar ve şekil olarak anne memesi ucuna benzeyen tipleri vardır. Ancak anne memesi ucuna benzeyen emme birimli biberonların fonksiyonel olarak üstünlüğü kanıtlanmamıştır (42).

Dünya genelinde infantların %59'u biberon kullanmaktadır (43). 2018'de yayınlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na ülkemizde göre 0-23 aylık tüm çocukların %53'ü biberon kullanmaktadır. Biberon ile beslenmenin oranı 2 aydan küçük bebekler için %31'den 9 ila 11 aylık çocuklarda %60'a çıkacak şekilde yaşla beraber artmaktadır (44).

2.2.4. Emzirme ve Anne Sütünün Önemi

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeterli beslenme çocuğun büyüme, gelişme ve sağlığı için esastır. Yetersiz beslenme hastalık riskini artırır buna karşılık vücudun ihtiyacından fazla beslenme dünyada birçok ülkede halk sağlığı sorunu haline gelen obezite riskini arttırır (45).

Hayatın ilk dönemlerinde yetersiz beslenme ilerleyen dönemlerde büyüme ve sağlık durumlarını etkiler, çocuğun yetişkin yaşta kısa kalmasına neden olur, fiziksel ve entelektüel performansını düşürür. Bir toplumda kadınlar da çocuklar gibi

malnütre ise bu kadınların reprodüktif kapasitesi de etkilenir, daha fazla gebelik komplikasyonu ve doğum komplikasyonu yaşanır ve doğan bebekler daha düşük doğum ağırlığına sahip olurlar. Dolayısıyla toplumda birçok çocuk bu olumsuzluklardan etkilendiğinde ulusal gelişim de yavaşlayacaktır (45).

Bebek beslenmesinde anne sütü çok önemli bir yere sahiptir. Emzirme çevre üzerinde kirletici olmayan, kaynak gerektirmeyen, sürdürülebilir, doğal bir beslenme şeklidir. Etkili emzirme bebeğin fiziksel be nörolojik gelişimi için gereken besin ve enerjiyi karşılar (46) Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF emzirmeye doğumdan itibaren ilk 1 saatte başlanmasını, bebeklere ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini, 6 aydan sonra güvenli ve yeterli tamamlayıcı gıdalar eklenmesini ve emzirmeye en az 2 yaşa kadar devam edilmesini önermektedir (47).

Kanıtlara dayanılarak şu söylenebilir ki uygun emzirmenin yaygınlaşması ile dünya gelinde 5 yaş altı ölümler %10 dan fazla oranda azalacak ve bunun üzerine tamamlayıcı beslenmenin de yeterli olmasıyla bu azalmaya ortalama %5 daha eklenecektir (48). Fakat dünya genelinde bebeklerin ancak %40'ı 6 ay sadece anne sütü almakta ve ancak %45'i 2 yaşına geldiğinde hala anne sütü almaya devam ediyor olmaktadır (49). Araştırmalar emzirmenin arttırılmasıyla dünya ekonomisine yıllık 300 milyar dolar ekonomik katkı sağlanacağını göstermiştir (50).

Yetersiz emzirme bebek ve annelerde sağlığı ve hayatta kalmayı olumsuz etkiler. Emzirmenin arttırılmasıyla binlerce hayat korunmuş olur. Diyare epizodlarının nerdeyse yarısı, solunum yolu enfeksiyonlarının üçte biri yetersiz emzirme ile ilişkilidir. Daha uzun emzirme süreleri fazla kilo ve obezite oranlarında %13, tip 2 diabetes mellitus oranlarında %35 azalma ile ilişkilidir. Emzirme oranlarının arttırılmasıyla meme kanserinden yaklaşık 20 bin anne ölümü engellenmiş olur (51).

2.2.5. Emzik ve Biberon Kullanımının Emzirmeye Etkileri

Emzik ve biberon memenin yerini aldığında bebeğin anneyi fizyolojik olarak stimule ettiği süre azalacak ve bu durum maternal süt üretimini de azaltacaktır. Yine emzik ve biberon anne ile bebeğin etkileşimini azaltır ve annenin bebeğin beslenme ipuçlarını tanıma yeteneğinin gelişimini olumsuz etkiler (46).

Emzik kullanımı emzirme süresini azalttığına dair kanıtlar artmaktadır (52). Vogel ve arkadaşları 411 anne ve bebek üzerinde yaptığı çalışmada günlük emzik kullanımı ile emzirmenin erken bırakılması arasında anlamlı ilişki saptamıştır (53). Memeden veya biberondan emmenin fizyolojileri farklıdır (54). Dolayısıyla biberonla beslemenin özellikle de uzun süreli olursa bazı emzirme zorluklarına yol açması muhtemeldir. Batista ve arkadaşları 427 anne ve bebek üzerinde yapmış olduğu çalışmada emzik ve biberon kullanımının emzirmeyi olumsuz etkilediği sonucuna varmıştır (55).

Dünya Sağlık Örgütü ilk defa 1989 yılında Başarılı Emzirmenin 10 Adımı rehberini yayınlamış ve bu rehberin 9. adımında emzik ve biberon kullanılmamasını tavsiye etmiştir (56). Ancak 2018'de bu adımı revize etmiş ve tamamen yasaklamak yerine anneye emzik ve biberon kullanımı hakkında danışmanlık verilmesine odaklanmıştır. Buna gerekçe olarak da emzik ve biberon kullanımının emzirme oranlarına olan olumsuz etkisinin minimal olması, besleyici olmayan emenin preterm infantlarda emzirme üzerine etki etmemesi ve hastanede kalış sürelerini azaltması gösterilmiştir (46).

2.3. BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Büyüme vücut büyüklüğünde artış olarak tanımlanabilir (57). Çocukların sağlık durumunun değerlendirilmesinde en güvenilir göstergelerden birisi yaşa göre ağırlık ve boy ölçümleridir (58). Çocuklarda büyümenin izlenmesi, belli aralıklarla standart büyüme eğrileri ile değerlendirilmesi sağlam çocuk izlemlerinin en önemli parçasıdır ve normalden sapmaların erkenden fark edilip tedbirlerin alınmasına olanak tanır. Sağlam çocuk izlemi doğumla başlar, ergenlik bitene kadar devam eder ve temel sağlık hizmetlerinin en önemlisidir (59,60). Ülkemizde bu izlemler Türkiye Halk sağlığı Genel müdürlüğünün "Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri ışığında doğumda, doğumdan sonra ilk hafta içinde, 15. günde, 41. günde 2., 3., 4., 6., 9., 12. aylarda, 1-3 yaşlar arasında 6 ayda bir ve 4-9 yaşlar arasında yılda bir yapılmaktadır. Ayrıca izlemler 10-14 yaşları arasında (erken ergenlik), 15-18 yaşları arasında (orta ergenlik) ve 19-21 yaşları arasında (geç ergenlik) birer defa olmak üzere ergenlikte de devam etmektedir (61).

Büyümenin takibinde en sık yapılan antropometrik ölçümler baş çevresi, boy ve ağırlık ölçümüdür (62). Baş çevresi ölçümü oksipital kemiğin en çıkıntılı noktasından, kulaklar ve kaşların üzerinden geçecek şekilde esnemeyen dar bir mezür ile yapılır. 0-3 yaş arası çocuk takiplerinde ölçülür. Boy ölçümü 2 yaşın altındaki çocuklarda baş ayak tahtası ile yatar pozisyonda, 2 yaşın üzerindeki çocuklarda düz bir duvara tespit edilmiş cetvel üzerinde hareketli baş tahtası yardımıyla yapılır. Ağırlık ölçümü ayakta duramayan bebeklerde yatarak ya da oturarak bebek tartısında, ayakta durabilen çocuklarda baskül ile yapılır (61).

Bireylerin antropometrik özelliklerine tanımlamak ve gruplandırmak için Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri kullanılır. BKİ ağırlığın boyun karesine bölünmesiyle bulunur. Çocuklarda BKİ yaş ve cinsiyete özgüdür (63). BKİ ve diğer büyüme parametrelerinin değerlendirilmesi toplumdaki sağlıklı çocukların yaşlarına göre ortalama ölçümlerinden yaralanarak büyüme eğrileri yardımıyla yapılır. BKİ değerlendirmesinde CDC 5 persentilin altını zayıf, 5-85 persentiller arasını normal kiloda, 85-95 persentiller arasını hafif kilolu ve 95 persentil ve üzerini obez olarak tanımlamıştır (63).

Baş çevresi, boy ve ağırlık için kullandığımız büyüme eğrileri çan eğrisi biçimindedir ve normal dağılıma uymaktadır. Kullanılan persentil aralıkları 3-5, 10, 25, 50, 75, 90 ve 95-97. persentillerdir. Çocuğun aynı yaş grubunda ve cinsiyette olan çocukların ölçümlerinin yüzde kaçında olduğuna bakılır. Normal dağılım içinde 100 vakadan üçüncüsünün olduğu yerde ise 3. persentil, doksan yedincisinin olduğu yerde ise 97. persentilde denir. 3. persentil değeri normalin alt sınırı, 97. persentil değeri normalin üst sınırı olarak tanımlanır (64).

Rutin izlemlerde çocuğun büyümesi takip edilirken anlık persentil değerleri ile beraber daha önce stabil olan büyüme eğrisinden önemli sapmalar olup olmadığına da dikkat edilmelidir. Çocuğun zaman içinde bulunduğu persentili koruması istenir. Daha önce ölçülen persentil çizgisinden 2 major persentil aşağı düşmesi beslenme yetersizliği olarak tanımlanır (61).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARŞTIRMANIN NİTELİĞİ

Çalışmamız İstanbul ili Bahçelievler ilçesi Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi 34.06.087 no'lu aile hekimliği birimine herhangi bir nedenle başvuran 2-6 yaş arası çocuklar üzerinde tek merkezli yapılmış olup gözlemsel, kesitsel, analitik özellikte klinik bir çalışma niteliğindedir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan çocukların velileri ile yazılı izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşülerek sorular sorulmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0 hipotezi: Bebeklikte emzik ve biberon kullanımının çocukluk çağında iştah ve kilo alımına etkisi yoktur.

H1 hipotezi: Bebeklikte emzik ve biberon kullanımının çocukluk çağında iştah ve kilo alımına etkisi vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmamız 01.08.2021 ile 01.09.2021 tarihleri arasında İstanbul Bahçelievler Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi 34.06.087 no'lu aile hekimliği birimine herhangi bir nedenle getirilen 2-6 yaş arası çocukların annelerine anket soruları sorularak yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü, %5 hata payı ile %95 güven aralığında minimum 130 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza 211 çocuk dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

1) Bahçelievler Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi 34.06.087 no'lu aile hekimliği birimine kayıtlı olmak
2) 2-altı yaş arasında olmak
3) Aile onayı alınmış olanlar

Hariç tutulma kriterleri:

1) Doğumsal metabolik hastalık varlığı
2) Düşük doğum ağırlığı
3) Kronik hastalık varlığı
4) Yarık damak/dudak varlığı

5) Aile onayı alınamayanlar

3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

3.4.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, 21 sorudan oluşan anket araştırmaya katılmayı kabul eden çocukların annelerine yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, 6 ay sadece anne sütü alıp almadığı, toplam kaç ay anne sütü aldığı, emzik kullanıp kullanmadığı ve kullandı ise kullanım süreleri, şu anki kilosu, annenin yaşı, anne ve babanın mesleği sorgulandı. Bunların yanı sıra anneye çocuğun iştahı nasıl sorusu soruldu. Anket formunun tamamı Ek 2 de verilmiştir. Çocukların kilo persentili Neyzi ve arkadaşları tarafından hazırlanan büyüme eğrileri referans alınarak hesaplandı (58).

3.4.2. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (Child Eating Behaviour Questionnaire)

Wardle ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilen 'Child Eating Behaviour Questionnaire' (CEBQ) anketi 35 sorudan oluşur ve her bir maddenin 5 puan üzerinden değerlendirildiği (1= asla, 5=her zaman) Likert tipi bir ankettir (65). Anket çocukların iştah tipini değerlendirmeyi amaçlar. Anket geliştirilirken gıda heveslisi (GH), duygusal aşırı yeme (DAY), gıdadan keyif alma (GKA), içme tutkusu (İT), tokluk heveslisi (TH), yavaş yeme (YY), duygusal az yeme (DAZ) ve yemek seçiciliği (YS) olmak üzere sekiz alt ölçekli faktör yapısı oluşturulmuştur. Biz çalışmamızda Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiş geçerlilik ve güvenilirliğini almış (CEBQ) anketinin Türkçe uyarlaması olan 'Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi' (ÇYDA)'ni kullandık (Ek 3) (Cronbach alfa katsayıları 0.61-0.84) (66). Anketin Türkçe uyarlama çalışmasında özgün anket ile aynı sayıda sekiz alt ölçekli faktör yapısı oluşmuştur ancak Türkçe anketin iç geçerlilik ve güvenilirliğinin uygun olması için orjinal ankete göre yedi maddenin yerinin değiştirilmesi gerekmiştir (66). Anketin kullanımı için yazardan e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek 4). Aşağıda anketteki maddeler ve hangi alt ölçeğe etki ettikleri verilmiştir.

Gıda heveslisi (GH)

12 Çocuğum sürekli yemek ister

14 İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir

19 Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir

20 Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker

28 Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur

Duygusal aşırı yeme (DAY)

2 Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer

13 Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer

15 Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer

27 Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer

Gıdadan keyif alma (GKA)

1 Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever

3 Çocuğum çok iştahlıdır

4 Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir

5 Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir

22 Çocuğum yemek yemekten hoşlanır

İçme tutkusu (İT)

6 Çocuğum sürekli içecek bir şey ister

29 Çocuğum şans verilirse, gün boyu içecek (meşrubat, su vs.) içecektir

31 Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir

Tokluk heveslisi (TH)

7 Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder

17 Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır

21 Çocuğum yemeği bitmeden doyar

24 Çocuğumun yemekle mutlu etmek zordur

26 Çocuğum çabuk doyar

30 Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez

33 Çocuğum tadını bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir

Yavaş yeme (YY)

8 Çocuğum yavaş yer

18 Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor

34 Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar

35 Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer

Duygusal az yeme (DAZ)

9 Çocuğum kızgınken, sinirliyken daha az yer

11 Çocuğum yorgunken daha az yer

23 Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer

25 Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer

Yemek seçiciliği (YS)

10 Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır

16 Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır

32 Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir

Bu ankette ele aldığımız alt boyutlardan GH, DAY, GKA ve IT iştahı gösterirken, TH, YY, DAZ ve YS daha çok iştahsızlığı göstermektedir (67).

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın katılımcı sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı, parametrik testler kullanılmıştır (68). Bundan dolayı ölçek ve test puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek/test ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere parametrik testlerden İndependent Samples T testi ve Anova testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-Hoc testilerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Ölçek ve alt boyutlarının çeşitli değişkenler tarafından yordanmasına ilişkin enter yöntemi ile çok değişkenli lineer regresyon analizi yapılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırma öncesinde etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından 22.12.2020 tarihinde verilmiştir. 3090 protokol numaralı onay belgesi Ek 5'te sunulmuştur. Araştırma ile ilgili ASM' de çalışma yapabilir izni İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 2021/33 kararınca verilmiştir ve Ek 6'da sunulmuştur. Araştırmada kullanılan ÇYDA'nın kullanım izni Ek 4'te verilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız İstanbul Bahçelievler Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi 34.06.087 no'lu aile hekimliği biriminde yapılmıştır. Birime herhangi bir sebeple başvuran 2-6 yaş arası 211 çocuk için anneleriyle yüz yüze görüşülerek 21 sorudan oluşan tez anketi ve ÇYDA uygulanmıştır. Çocuğa ve aileye ait sosyodemografik veriler, çocuğun beslenmesine ait veriler ile ÇYDA alt ölçeklerinden aldığı puanlar karşılaştırılmıştır.

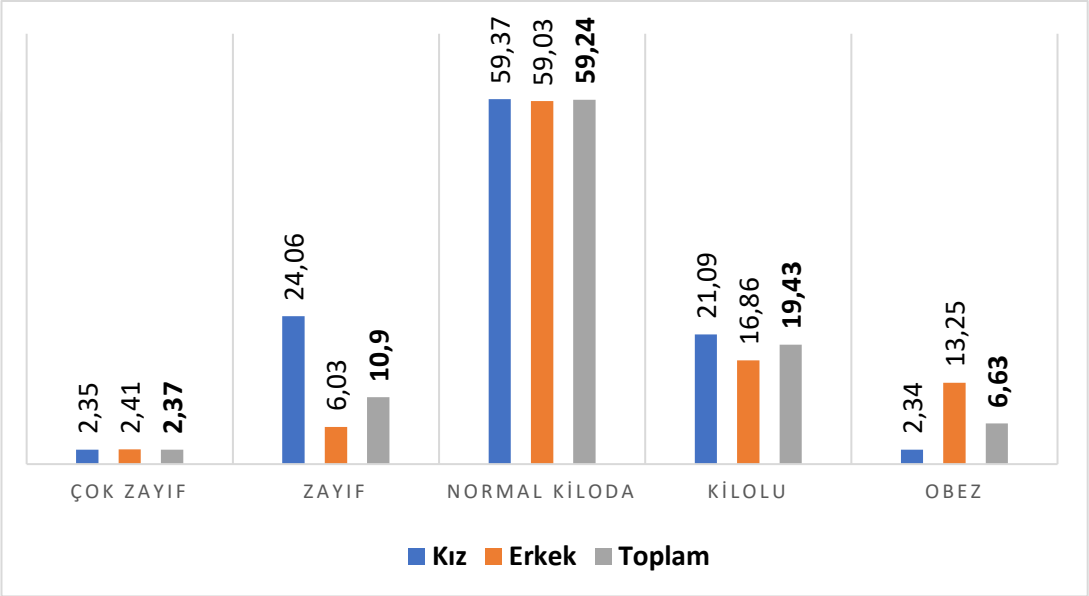
4.1. ÇOCUK VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya dahil edilen 211 çocuğun yaş ortalaması 49,07±14,88'di ve 128'i kız (%60,7), 83'ü (%39,3) erkekti. 100'ü (%47,4) ilk çocuktu, 111'i (%52,6) ilk çocuk değildi. Annelerin yaş ortalaması 33.21±4,96 idi, 120'si (%56,9) çalışmıyordu, 80'i (%37,9) beyaz yakalı, 11'i (%5,2) mavi yakalıydı. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde 26'sı (%12.3) ilkokul mezunu ve altı 33'ü (%15.6) ortaokul mezunu, 54'ü (%25,6) lise mezunu ve 98'i (%46,4) üniversite ve üzeri mezunuydu. Babaların 8'i (%3,8) çalışmıyor, 124'ü (%58,8) beyaz yakalı, 79'u (%37,4) mavi yakalıydı. Tablo 1'de çocuk ve ailelere ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. Çocuk ve Ailelere ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=211)

Demografik değişkenler		**N veya X_{ort} (Min-Max)**	**% veya Ort. ±SD**
Çocuğun Yaşı (Ay)		49,00 (22,00-72,00)	49,07±14,88
Annenin Yaşı (Yıl)		33,00 (23,00-46,00)	33,21±4,96
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	128	60,7
	Erkek	83	39,3
Annenin Mesleği	Çalışmıyor	120	56,9
	Beyaz yaka	80	37,9
	Mavi yaka	11	5,2
Babanın Mesleği	Çalışmıyor	8	3,8
	Beyaz yaka	124	58,8
	Mavi yaka	79	37,4
Annenin Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu ve Altı	26	12,3
	Ortaokul Mezunu	33	15,6
	Lise Mezunu	54	25,6
	Üniversite ve Üzeri	98	46,4
İlk Çocuk mu?	Evet	100	47,4
	Hayır	111	52,6

Çocukların ağırlık persentil ortalaması 54,90±31,30'du. Bunlardan kızların (n=128) ağırlık persentil ortalaması 50,95±44 iken erkeklerin (n=83) ağırlık persentil ortalaması 60,99±30,28 bulundu. WHO ölçütleri (Z skor <-2SD:çok zayıf, ≥-2SD-<-1SD:zayıf, ≥-1SD-<+1SD:normal kiloda, ≥+1SD-<+2SD: hafif kilolu, ≥+2SD:obez) göz önüne alındığında çocuklardan %2,37'si (K:%2,35, E:%2,41) çok zayıf, %10,90'ı (K:%24,06, E:%6,03) zayıf, %59,24'ü (K:%59,37, E:%59,03) normal kiloda, %19,43'ü (K:%21,09, E:%16,86) kilolu ve %6,63'ü (K:%2,34, E:%13,25) obezdi (Şekil 2).



Şekil 2. Çalışmaya dahil edilen çocukların cinsiyete göre vücut ağırlığı (%)

4.2. KATILIMCILAR İLE İLGİLİ GEBELİK VE DOĞUM VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan 211 annenin 209'u (%99,1) gebelik takiplerine düzenli olarak gelmişti. Çalışmaya dahil edilen çocukların ortalama doğum ağırlığı 3285,26±456,38 gr'dı. 207 (%98,1) çocuğun doğum yeri sağlık kuruluşuydu. Doğumların 85'i (%40,3) vajinal, 126'sı (%59,7) sezaryen ile doğumdu. Tablo 2'de Katılımcılarına ait gebelik ve doğum değişkenlerin dağılımı verilmiştir

Tablo 2. Katılımcılar ile İlgili Gebelik ve Doğum Verileri (n=211)

Değişkenler	N veya X_{ort} (Min-Max)	% veya Ort. ±SD
Çocuğun Doğum Ağırlığı (Gr)	3250,00 (2500,00-4600,00)	3285,26±456,38

Doğum Yeri Sağlık Kuruluşu mu?	Evet	207	98,1
	Hayır	4	1,9
Doğum Şekli	Vajinal doğum	85	40,3
	Sezaryen doğum	126	59,7
Anne Gebelik İzlemlerine Düzenli Geldi mi?	Evet	209	99,1
	Hayır	2	0,9

4.3. ÇOCUKLAR İLE İLGİLİ BESLENME VE ÇOCUK İZLEM VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya dahil edilen çocukların 154'ü (%73,0) 6 ay sadece anne sütü almıştı. Sadece anne sütü alma süresi ortalama 5,36±1,46 aydı. Toplam anne sütü alma süresi ortalama18.19±9,51 aydı. 2 (%0,9) çocuk hala anne sütü almaya devam ediyordu. Çocukların 96'sı (%45,5) emzik kullanmış, 115'i (%54,5) kullanmamıştı. 4 çocuk (%1,9) hala emzik kullanmaya devam ediyordu. Ortalama emzik kullanım süresi hiç kullanmayanlar 0 ay olarak hesaplamaya dahil edilerek 7,32±10,58 ay olarak bulundu. Çocukların 133'ü (%63,0) biberon kullanmış, 78'i (%37,0) kullanmamıştı. 17 çocuk (%8,1) biberon kullanmaya devam ediyordu. Ortalama biberon kullanım süresi hiç kullanmayanlar 0 ay olarak hesaplamaya dahil edilerek 12,93±14,31 olarak bulundu.

211 çocuktan 208'i (%98,6) rutin bebek-çocuk izlemlerine düzenli getirilmişti. Annelerin 116'sı (%55,0) emzirme eğitimi almış, 95'i (%45) emzirme eğitimi almamıştı. Tablo 3'te çocuklara ait beslenme değişkenlerinin dağılımı verilmiştir.

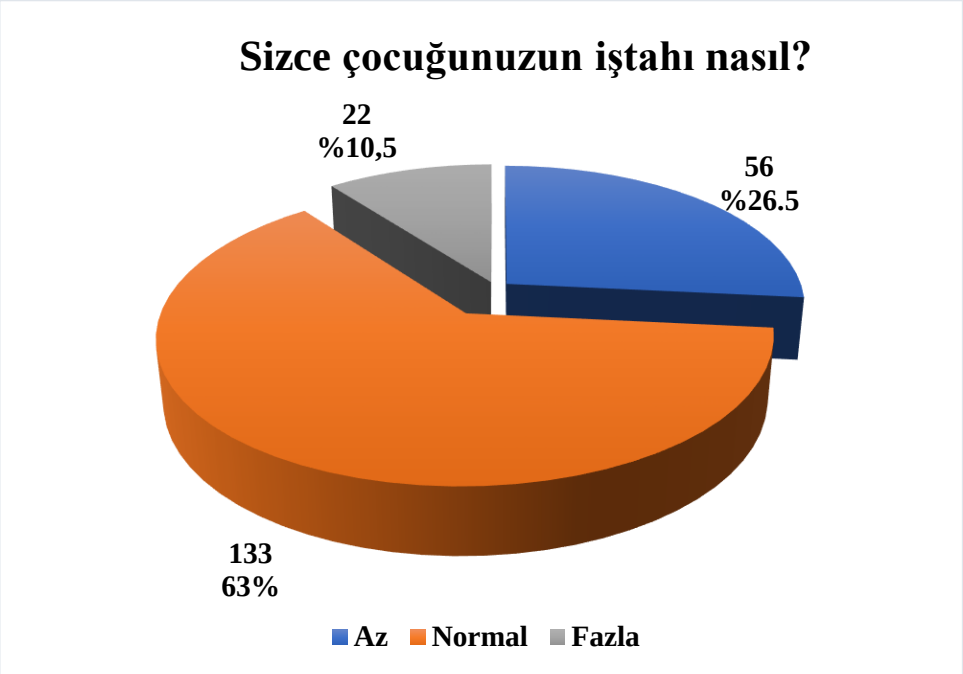
Tablo 3. Çocuklar ile İlgili Beslenme ve Çocuk İzlem Verileri (n=211)

Demografik değişkenler		**N veya X_{ort} (Min-Max)**	**% veya Ort. ±SD**
Biberon Kullandı İse Kaç Ay Kullandı?		11,00 (0,00-66,00)	12,93±14,31
Emzik Kullandı İse Kaç Ay Kullandı?		0,00 (0,00-48,00)	7,32±10,58
Kaç Aya Kadar Anne Sütü Aldı?		19,00 (0,00-48,00)	18,19±9,51
Kaç Ay Sadece Anne Sütü Aldı?		6,00 (0,00-8,00)	5,36±1,46
Çocuğun Şu Anki Ağırlık Persentili		60,00 (1,00-99,00	54,90±31,30
6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı?	Evet	154	73,0
	Hayır	57	27,0

Çocuk Emzik Kullandı mı?	Evet	96	45,5
	Hayır	115	54,5
Çocuk Biberon Kullandı mı?	Evet	133	63,0
	Hayır	78	37,0
Bebek-Çocuk İzlemlerine Düzenli Geetirildi mi?	Evet	208	98,6
	Hayır	3	1,4
Anne Emzirme Eğitimi Aldı mı?	Evet	116	55,0
	Hayır	95	45,0

4.4. ANNELERİN ÇOCUKLARININ İŞTAHI HAKKINDAKİ ALGISI İLE İLGİLİ VERİLER

Çalışmaya dahil edilen çocukların annelerine "sizce çocuğunuzun iştahı nasıl?" sorusu soruldu. Az, normal veya fazla seçeneklerinden birini tercih etmeleri istendi. 211 anneden 56'sı (%26,5) "az", 133'ü (% 63) "normal" ve 22'si (%10,5) "fazla" yanıtını verdi. Annelerin çocuklarının iştahı hakkındaki algısı şekil 3 de gösterilmiştir.

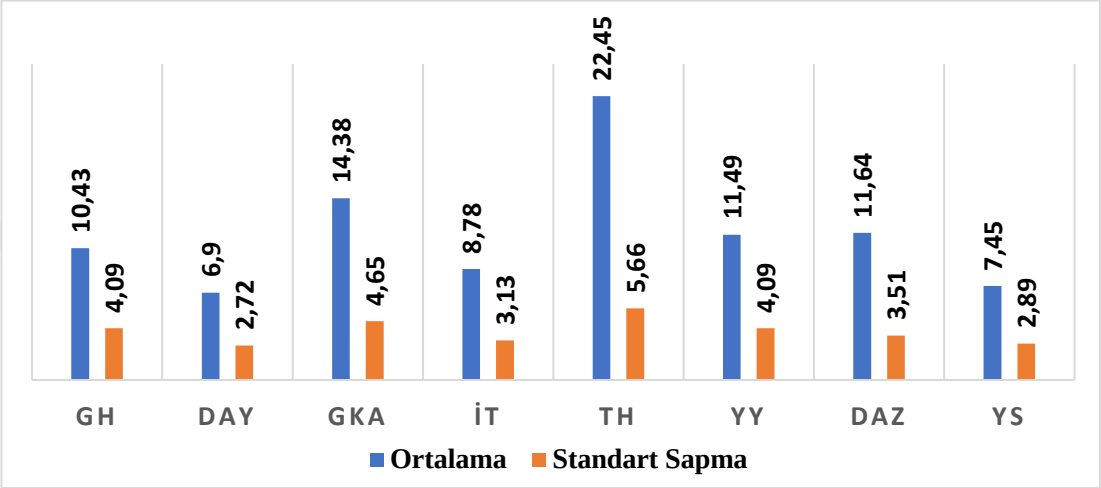


Şekil 3. Annelerin çocuklarının iştahı hakkındaki algısı.

4.5. ÇYDA'NİN ALT ÖLÇEKLERİNDEN ALINAN PUANLARA AİT DEĞERLENDİRMELER

Çalışmaya dahil edilen 211 çocuk Gıda Heveslisi alt ölçeğinden minimum 5 maksimum 25, Duygusal Aşırı Yeme alt ölçeğinden minimum 4 maksimum 20,

Gıdadan Keyif Alma alt ölçeğinden minimum 5 maksimum 25, İçme Tutkusu alt ölçeğinden minimum 3 maksimum 15, Tokluk Heveslisi alt ölçeğinden minimum 10 maksimum 35, Yavaş Yeme alt ölçeğinden minimum 4 maksimum 20, Duygusal Az Yeme alt ölçeğinden minimum 4 maksimum 20, Yemek Seçiciliği alt ölçeğinden minimum 3 maksimum 15 puan aldı. . Şekil 4'te ÇYDA alt ölçeklerinden alınan puanların ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir.



Şekil 4. ÇYDA alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları.

4.6. ÇYDA VE ALT BOYUT İLİŞKİLERİNE AİT KORELASYON SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 4'te katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, "Kaç Ay Sadece Anne Sütü Aldı?" sorusu ile "Emzik Kullandı ise Kaç Ay Kullandı?" sorusu puanı ($r=-0,295$ $p<0.001$) ve "Biberon Kullandı ise Kaç Ay Kullandı?" sorusu puanı ($r=-0,295$ $p<0.001$) arasında negatif yönlü istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

"Kaç aya kadar anne sütü aldı?" sorusu ile "Emzik kullandı ise kaç ay" sorusu ($r=-0,452$ $p<0.001$), "Biberon kullandı ise kaç ay?" sorusu ($r=-0,330$ $p<0.001$) ve "Gıda heveslisi" puanı arasında ($r=-0,155$ $p=0.024$) negatif yönlü istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

“Emzik Kullandı ise Kaç Ay Kullandı?” sorusu ile “Biberon Kullandı ise Kaç Ay Kullandı?” sorusu puanı arasında pozitif yönlü istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,400 p<0.001).

Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili ile ölçek alt boyutlarından “Gıda Heveslisi” puanı (r=0,240 p<0.001), “Gıdadan Keyif Alma” puanı (r=0,407 p<0.001) arasında pozitif yönlü, “Tokluk Heveslisi” puanı (r=-0,347 p<0.001) arasında negatif yönlü, “Yavaş Yeme” puanı (r=-0,396 p<0.001) arasında negatif yönlü, “Yemek Seçiciliği” puanı (r=0,226 p=0.001) arasında pozitif yönlü istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4. Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Çocuğun yaşı (ay)	R	1													
	p														
2-Kaç ay sadece anne sütü	r	-0,073	1												
aldı	p	0,289													
3-Kaç aya kadar anne sütü	r	-0,080	,424**	1											
aldı	p	0,249	**<0.001**												
4-Emzik kullandı ise kaç ay	r	0,034	-,295**	-,452**	1										
	p	0,627	**<0.001**	**<0.001**											
5-Biberon kullandı ise kaç	r	-0,022	-,244**	-,330**	,400**	1									
ay?	p	0,745	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**										
6-Çocuğun şu anki kilo	r	0,043	0,120	-0,114	0,064	-0,009	1								
persantili	p	0,534	0,083	0,097	0,356	0,896									
7-Gıda heveslisi	r	0,070	-0,004	-,155*	0,005	0,062	,240**	1							
	p	0,314	0,958	**0,024**	0,940	0,369	**<0.001**								
8-Duygusal aşırı yeme	r	0,040	-0,011	-0,095	0,116	0,021	0,129	,650**	1						
	p	0,567	0,874	0,170	0,092	0,761	0,062	0,000							
9-Gıdadan keyif alma	r	0,067	-0,052	-0,072	0,030	0,058	,407**	,656**	,419**	1					
	p	0,332	0,457	0,295	0,665	0,398	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**						
10-İçme tutkusu	r	0,048	-0,052	-0,117	0,073	0,027	0,024	,489**	,284**	,364**	1				
	p	0,486	0,452	0,091	0,292	0,692	0,729	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**					
11-Tokluk heveslisi	r	-0,080	0,095	0,062	-0,025	-0,110	-,347**	-,381**	-,265**	-,624**	-0,065	1			
	p	0,248	0,171	0,368	0,722	0,110	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0,348				
12-Yavaş yeme	r	-0,068	0,083	0,080	0,008	-0,071	-,396**	-,482**	-,270**	-,635**	-0,123	,704**	1		
	p	0,323	0,229	0,250	0,903	0,305	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0,074	0,000			
13-Duygusal az yeme	r	0,038	0,030	-0,048	0,016	-0,129	-0,104	0,077	0,063	-0,002	0,072	,246**	,218**	1	
	p	0,586	0,666	0,491	0,814	0,061	0,134	0,267	0,366	0,978	0,299	**<0.001**	**0,001**		
14-Yemek seçiciliği	r	0,102	-0,104	-0,081	-0,034	0,043	,226**	,480**	,298**	,590**	,351**	-,549**	-,449**	0,099	1
	p	0,140	0,131	0,244	0,628	0,534	**0,001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0,150	

***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)**

4.7. ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI VE ÇOCUKLARIN AĞIRLIK PERSENTİL DEĞERLERİNİN CİNSİYET VE BESLENME VERİLERİYLE KARŞILAŞTIRMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 5. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin Çocuğun Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılması

	Cinsiyet	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
Gıda Heveslisi	Kız	128	9,84±3,68	-2,509	**0.013**
	Erkek	83	11,34±4,54		
Duygusal Aşırı Yeme	Kız	128	6,84±2,76	-0,427	0.670
	Erkek	83	7,00±2,67		
Gıdadan Keyif Alma	Kız	128	13,88±4,89	-1,956	0.052
	Erkek	83	15,16±4,17		
İçme Tutkusu	Kız	128	8,68±3,11	-0,614	0.540
	Erkek	83	8,95±3,20		
Tokluk Heveslisi	Kız	128	22,89±5,93	1,390	0.166
	Erkek	83	21,78±5,19		
Yavaş Yeme	Kız	128	12,11±4,18	2,733	**0.007**
	Erkek	83	10,55±3,80		
Duygusal Az Yeme	Kız	128	11,23±3,57	-2,189	**0.030**
	Erkek	83	12,30±3,34		
Yeme Seçiciliği	Kız	128	7,32±3,15	-0,855	0.394
	Erkek	83	7,65±2,44		
Çocuğun Şu Anki Ağırlık Persentili	Kız	128	50,95±31,44	-2,298	**0.023**
	Erkek	83	60,99±30,28		

İndependent Samples T test

Tablo 5'te yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları ve ağırlık persentili, çocuğun cinsiyeti açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre, ölçek alt boyutlarından "Gıda Heveslisi" puanı ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. "Gıda Heveslisi" puanı kızlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (t=-2,509 p=0.013).

Ölçek alt boyutlarından “Yavaş Yeme” puanı ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Yavaş Yeme” puanı erkeklere kıyasla kızlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,733 p=0.007).

Ölçek alt boyutlarından “Duygusal Az Yeme” puanı ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Duygusal Az Yeme” puanı kızlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (t=-2,189 p=0.030).

Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili kızlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (t=-2,298 p=0.023).

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin “6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
Gıda Heveslisi	Evet	154	10,40±4,08	0,167	0.868
	Hayır	57	10,51±4,18		
Duygusal Aşırı Yeme	Evet	154	6,93±2,82	-0,246	0.806
	Hayır	57	6,82±2,45		
Gıdadan Keyif Alma	Evet	154	14,40±4,68	-0,063	0.950
	Hayır	57	14,35±4,62		
İçme Tutkusu	Evet	154	8,66±3,17	0,946	0.345
	Hayır	57	9,12±3,04		
Tokluk Heveslisi	Evet	154	22,71±5,73	-1,093	0.276
	Hayır	57	21,75±5,47		
Yavaş Yeme	Evet	154	11,82±4,07	-1,917	0.057
	Hayır	57	10,61±4,10		
Duygusal Az Yeme	Evet	154	11,71±3,58	-0,397	0.692
	Hayır	57	11,49±3,35		
Yeme Seçiciliği	Evet	154	7,31±2,86	1,199	0.232
	Hayır	57	7,84±2,96		

Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili	Evet	154	57,61±30,24	-2,083	**0.038**
	Hayır	57	47,58±33,19		

İndependent Samples T test

Tablo 6'da yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, "Kaç Ay Sadece Anne Sütü Aldı?" sorusu açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre, ölçek alt boyutlarından Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili puanı ile "Kaç Ay Sadece Anne Sütü Aldı?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili puanı 6 aydan az olanlara kıyasla 6 ay ve üstünde daha yüksek bulunmuştur (t=-2,083 p=0.038).

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin "Çocuk Emzik Kullandı mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
Gıda Heveslisi	Evet	96	10,55±4,31	0,391	0.696
	Hayır	115	10,33±3,92		
Duygusal Aşırı Yeme	Evet	96	7,05±2,99	0,739	0.461
	Hayır	115	6,77±2,48		
Gıdadan Keyif Alma	Evet	96	14,39±4,41	0,004	0.997
	Hayır	115	14,38±4,86		
İçme Tutkusu	Evet	96	9,01±3,12	0,946	0.345
	Hayır	115	8,60±3,16		
Tokluk Heveslisi	Evet	96	22,14±5,93	-0,748	0.455
	Hayır	115	22,72±5,44		
Yavaş Yeme	Evet	96	11,76±4,45	0,838	0.403
	Hayır	115	11,28±3,79		
Duygusal Az Yeme	Evet	96	11,53±3,56	-0,445	0.657
	Hayır	115	11,75±3,49		
Yeme Seçiciliği	Evet	96	7,27±3,05	-0,823	0.412
	Hayır	115	7,60±2,76		
Çocuğun Şu Anki Kilo Persantili	Evet	96	56,25±29,22	0,578	0.564
	Hayır	115	53,77±33,03		

İndependent Samples T test

Tablo 7'de yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları ve ağırlık persentilleri , "Çocuk Emzik Kullandı mı?" sorusu açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre, ölçek alt boyutları ile "Çocuk Emzik Kullandı mı?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde çocuğun şu anki kilo persentili ile "Çocuk Emzik Kullandı mı?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve Ağırlık Persentillerinin "Çocuk Biberon Kullandı mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
Gıda Heveslisi	Evet	133	10,62±3,93	0,857	0.392
	Hayır	78	10,12±4,38		
Duygusal Aşırı Yeme	Evet	133	7,10±2,73	1,378	0.170
	Hayır	78	6,56±2,69		
Gıdadan Keyif Alma	Evet	133	14,62±4,60	0,979	0.329
	Hayır	78	13,97±4,75		
İçme Tutkusu	Evet	133	9,01±3,05	1,337	0.183
	Hayır	78	8,41±3,27		
Tokluk Heveslisi	Evet	133	21,92±5,54	-1,810	0.072
	Hayır	78	23,37±5,80		
Yavaş Yeme	Evet	133	11,37±4,17	-0,597	0.551
	Hayır	78	11,72±3,99		
Duygusal Az Yeme	Evet	133	11,51±3,38	-0,744	0.458
	Hayır	78	11,88±3,75		
Yeme Seçiciliği	Evet	133	7,70±2,92	1,640	0.103
	Hayır	78	7,03±2,82		
Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili	Evet	133	56,28±30,08	0,834	0.405
	Hayır	78	52,55±33,35		

İndependent Samples T test

Tablo 8’ da yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, “Çocuk Biberon Kullandı mı?” sorusu açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre, ölçek alt boyutları ve çocuğun şu anki kilo persentili ile “Çocuk Biberon Kullandı mı?” sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 9. Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının ve ve Ağırlık Persentillerinin “Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
Gıda Heveslisi	(1) Az	56	8,18±3,13	56,186	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	10,29±3,24			1-3
	(3) Fazla	22	17,00±4,17			2-3
Duygusal Aşırı Yeme	(1) Az	56	5,80±1,83	37,201	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	6,71±2,17			1-3
	(3) Fazla	22	10,82±4,01			2-3
Gıdadan Keyif Alma	(1) Az	56	9,63±2,96	121,496	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	15,23±3,38			1-3
	(3) Fazla	22	21,41±2,24			2-3
İçme Tutkusu	(1) Az	56	8,57±3,48	6,434	**0.002**	1-3
	(2) Normal	133	8,51±2,83			2-3
	(3) Fazla	22	11,00±3,28			
Tokluk Heveslisi	(1) Az	56	27,66±4,06	52,709	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	21,04±4,89			1-3
	(3) Fazla	22	17,77±4,41			2-3
Yavaş Yeme	(1) Az	56	15,07±3,64	51,024	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	10,65±3,41			1-3
	(3) Fazla	22	7,50±2,20			2-3
Duygusal Az Yeme	(1) Az	56	12,21±3,32	1,211	0.300	-
	(2) Normal	133	11,37±3,51			
	(3) Fazla	22	11,91±3,98			
Yemek Seçiciliği	(1) Az	56	5,75±2,27	33,495	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	7,59±2,57			1-3

	(3) Fazla	22	10,91±2,88			2-3
Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili	(1) Az	56	34,98±26,86	28,972	**<0.001**	1-2
	(2) Normal	133	58,15±29,80			1-3
	(3) Fazla	22	85,95±13,93			2-3

Anova, Post-Hoc=Bonferroni test

Tablo 9' da yer aldığı gibi, katılımcıların ölçek ve alt boyut puanları, "Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?" sorusu açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre, ölçek alt boyutlarından "Gıda Heveslisi" puanı ile "Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla diyenlerde diğer gruplara kıyasla "Gıda Heveslisi" puanları daha yüksek bulunmuştur (F=56,186 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p<0.001), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarından "Duygusal Aşırı Yeme" puanı ile "Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla diyenlerde diğer gruplara kıyasla "Duygusal Aşırı Yeme" puanları daha yüksek bulunmuştur (F=37,201 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p=0.047), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarından "Gıdadan Keyif Alma" puanı ile "Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla diyenlerde diğer gruplara kıyasla "Gıdadan Keyif Alma" puanları daha yüksek bulunmuştur (F=121,496 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p<0.001), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarından "İçme Tutkusu" puanı ile "Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?" sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla

diyenlerde diğer gruplara kıyasla “İçme Tutkusu” puanları daha yüksek bulunmuştur (F=6,434 p=0.002). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarından “Tokluk Hevesi” puanı ile “Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?” sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Az diyenlerde diğer gruplara kıyasla “Tokluk Hevesi” puanları daha yüksek bulunmuştur (F=52,709 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p<0.001), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p=0.008) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarından “Yavaş Yeme” puanı ile “Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?” sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Az diyenlerde diğer gruplara kıyasla “Yavaş Yeme” puanları daha yüksek bulunmuştur (F=51,024 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p<0.001), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarından “Yemek Seçiciliği” puanı ile “Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?” sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla diyenlerde diğer gruplara kıyasla “Yemek Seçiciliği” puanları daha yüksek bulunmuştur (F=33,495 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p<0.001), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili puanı ile “Sizce Çocuğunuzun İştahı Nasıl?” sorusu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla diyenlerde diğer gruplara kıyasla Çocuğun Şu Anki Kilo Persentili puanları daha yüksek bulunmuştur (F=28,972 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizinde, az diyenler ile normal diyenler (p<0.001), az diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) ve normal diyenler ile fazla diyenler (p<0.001) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

4.8. ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERİN ÖLÇEK ALT BOYUTLARI VE ÇOCUKLARIN AĞIRLIK PERSENTİLLERİNİ YORDAMASINA İLŞKİN REGRESYON ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 10. Çeşitli Değişkenlerin Gıda Heveslisi Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	9,966	,334		29,841	,000	9,307	10,624
İştah (Fazla)	6,509	,766	,487	8,500	,000	4,999	8,019
İştah (Az)	-2,121	,525	-,229	-4,039	,000	-3,156	-1,085
Çocuğun Cinsiyeti (Erkek)	,888	,469	,106	1,894	,060	-,036	1,813
R = .60, R^2 =. 35, F = 39,120, p<0.001							

Tablo 10 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Gıda Heveslisi alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni (p<0.001) ve İştah (Normale göre az olma) değişkeni (p<0.001) Gıda Heveslisi alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Gıda Heveslisi alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %35'i, İştah (Fazla) ve İştah (Az) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 11. Çeşitli Değişkenlerin Duygusal Aşırı Yeme Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	6,905	,237		29,121	,000	6,437	7,372
İştah (Fazla)	4,101	,538	,462	7,620	,000	3,040	5,163
İştah (Az)	-,907	,373	-,148	-2,435	,016	-1,642	-,173
Çocuk Biberon Kullandı mı? (Hayır)	-,517	,334	-,092	-1,550	,123	-1,175	,140
R = .52, R^2 =. 26, F = 25,769, p<0.001							

Tablo 11 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Duygusal Aşırı Yeme alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni (p<0.001) ve İştah (Normale göre az olma) değişkeni (p=0.016) Duygusal Aşırı Yeme alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Duygusal Aşırı Yeme alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %26'sı, İştah (Fazla) ve İştah (Az) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 12. Çeşitli Değişkenlerin Gıdadan Keyif Alma Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	14,991	,321		46,721	,000	14,358	15,623
İştah (Fazla)	6,042	,736	,398	8,212	,000	4,591	7,492
İştah (Az)	-5,605	,504	-,533	-11,111	,000	-6,599	-4,610
Çocuğun Cinsiyeti (Erkek)	,638	,451	,067	1,416	,158	-,250	1,526
R = .73, R^2 =. 53, F = 82,056, p<0.001							

Tablo 12 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Gıdadan Keyif Alma alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni (p<0.001) ve İştah (Normale göre az olma) değişkeni (p<0.001) Gıdadan Keyif Alma alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Gıdadan Keyif Alma alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %53'i, İştah (Fazla) ve İştah (Az) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 13. Çeşitli Değişkenlerin İçme Tutkusu Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	8,748	,274		31,947	,000	8,208	9,288
İştah (Fazla)	2,467	,686	,241	3,595	,000	1,114	3,820

Çocuk Biberon Kullandı mı? (Hayır)	-,591	,434	-,091	-1,360	,175	-1,447	,266
R = .25, R^2 =. 05, F = 7,408, p=0.001							

Tablo 13 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin İçme Tutkusu alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni İçme Tutkusu alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır (p<0.001). İçme Tutkusu alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %5'ini, İştah (Fazla) değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 14. Çeşitli Değişkenlerin Tokluk Heveslisi Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	**B**	**Std. Hata**	**Beta**	**t**	**p**	**%95 CI**	
						Lower	**Lower**
Sabit	20,795	,517		40,217	,000	19,776	21,815
İştah (Fazla)	-3,079	1,067	-,166	-2,886	,004	-5,183	-,976
İştah (Az)	6,619	,732	,517	9,047	,000	5,176	8,061
Çocuk Biberon Kullandı mı? (Hayır)	1,460	,656	,125	2,224	,027	,166	2,754
Çocuğun Cinsiyeti (Erkek)	-,803	,655	-,069	-1,226	,222	-2,094	,489
R = .59, R^2 =. 34, F = 28,402, p<0.001							

Tablo 14 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Tokluk Heveslisi alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni (p=0.004), İştah (Normale göre az olma) değişkeni (p<0.001) ve Çocuk Biberon Kullandı mı? (Hayır) (p=0.027) Tokluk Heveslisi alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Tokluk Heveslisi alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %34'ü, İştah (Fazla), İştah (Az) ve Çocuk Biberon Kullandı mı? (Hayır) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 15. Çeşitli Değişkenlerin Yavaş Yeme Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	9,912	,494		20,082	,000	8,939	10,885
İştah (Fazla)	-3,118	,760	-,233	-4,105	,000	-4,616	-1,621
İştah (Az)	4,467	,519	,482	8,611	,000	3,444	5,490
6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı? (Evet)	1,645	,508	,179	3,240	,001	,644	2,645
Çocuğun Cinsiyeti (Erkek)	-1,209	,463	-,144	-2,609	,010	-2,122	-,295
R = .61, R^2 =.36, F = 31,747, p<0.001							

Tablo 15 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Yavaş Yeme alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni (p<0.001), İştah (Normale göre az olma) değişkeni (p<0.001), 6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı? (Evet) (p=0.001) ve Çocuğun Cinsiyeti (p=0.010) Yavaş Yeme alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Yavaş Yeme alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %36'sı, İştah (Fazla), İştah (Az), 6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı? (Evet) ve Çocuğun Cinsiyeti (Erkek) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 16. Çeşitli Değişkenlerin Duygusal Az Yeme Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	11,009	,341		32,294	,000	10,337	11,681
İştah (Az)	,796	,542	,100	1,470	,143	-,272	1,864
Çocuğun Cinsiyeti (Erkek)	1,091	,490	,152	2,228	,027	,126	2,056
R = .18, R^2 =.02, F= 3,490, p=0.032							

Tablo 16 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Duygusal Az Yeme alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde Çocuğun Cinsiyeti (Erkek) değişkeni Duygusal Az Yeme alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır (p=0.027). Duygusal Az

Yeme alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %2'sini, Çocuğun Cinsiyeti (Erkek) değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 17. Çeşitli Değişkenlerin Yemek Seçiciliği Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	8,314	,362		22,979	,000	7,600	9,027
İştah (Fazla)	3,418	,578	,362	5,914	,000	2,278	4,557
İştah (Az)	-1,859	,398	-,285	-4,670	,000	-2,644	-1,075
Çocuk Biberon Kullandı mı? (Hayır)	-,501	,366	-,084	-1,371	,172	-1,222	,220
6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı? (Evet)	-,741	,400	-,114	-1,854	,065	-1,529	,047
R = .51, R^2 =.25, F = 18,834 p<0.001							

Tablo 17 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Yemek Seçiciliği alt boyutunu yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni (p<0.001) ve İştah (Normale göre az olma) değişkeni (p<0.001) Yemek Seçiciliği alt boyutunu istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Yemek Seçiciliği alt boyutuna ait toplam varyansın yaklaşık olarak %25'i, İştah (Fazla) ve İştah (Az) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 18. Çeşitli Değişkenlerin Çocuğun Şu Anki Kilo Persentilini Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	50,295	4,175		12,045	,000	42,063	58,527
İştah (Fazla)	25,160	6,427	,246	3,915	,000	12,488	37,831
İştah (Az)	-23,035	4,388	-,326	-5,249	,000	-31,687	-14,384
6 Ay Sadece Anne Sütü Aldı mı? (Evet)	7,141	4,294	,102	1,663	,098	-1,325	15,606
Çocuğun Cinsiyeti (Erkek)	7,333	3,918	,115	1,871	,063	-,393	15,058
R = .49, R^2 =.22, F = 16,341 p<0.001							

Tablo 18 incelendiğinde, çeşitli değişkenlerin Çocuğun Şu Anki Kilo Persentilini yordamasına ilişkin lineer regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Model sonuçları incelendiğinde İştah (Normale göre fazla olma) değişkeni ($p<0.001$) ve İştah (Normale göre az olma) değişkeni ($p<0.001$) Çocuğun Şu Anki Kilo Persentilini istatistikçe anlamlı bir düzeyde yordamaktadır. Çocuğun Şu Anki Kilo Persentiline ait toplam varyansın yaklaşık olarak %22'si, İştah (Fazla) ve İştah (Az) değişkenleri tarafından açıklanmaktadır.

5. TARTIŞMA

Biz çalışmamızda emzik ve biberon kullanımının çocukluk çağında iştah ve kilo alımına etkilerini araştırmayı amaçladık.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz 211 çocuğun ağırlık persentil ortalaması 54,90±31,30'du. WHO ölçütleri göz önüne alındığında çocuklardan %2,37'si (K:%2,35, E:%2,41) çok zayıf, %10,90'ı (K:%24,06, E:%6,03) zayıf, %59,24'ü (K:%59,37, E:%59,03) normal kiloda, %19,43'ü (K:%21,09, E:%16,86) kilolu ve %6,63'ü (K:%2,34, E:%13,25) obezdi.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre ülkemiz genelinde 0-5 yaş çocuk grubunda çocukların %4.1'i (K:%3.7, E:%4.5) çok zayıf, %13.0'ü (K:%13.3, E:%12.6) zayıf, 62,4'ü (K:65,0, E:59,7) normal kiloda, %14.6'sı (K:%13.0, E:%16.2) kilolu ve %5.9'u (K:%4.9, E:%7.0) ise obezdir (69). Verilerden de anlaşılacağı üzere TBSA 2010 verilerinde yaşına göre normal vücut ağırlığına (Z skor: ≥-1SD- +1SD) sahip kızların (%65.0) oranı, erkeklerden (%59.7) daha fazlayken bizim çalışmamız bu duruma uygun olmayarak normal vücut ağırlığına sahip kızların (%59,37) oranını erkeklerin (%59,03) oranına yakın bulmuştur. İki cins için toplam obezite oranı TBSA 2010 da (%5,9) bizim çalışmamıza (%6,63) yakındır ancak sadece erkek cinsiyet dikkate alındığında obezite oranı TBSA 2010 da (%7,0) bizim çalışmamıza (%13,25) göre daha düşüktür. Cinsiyete göre bakıldığında çalışmamızda obezite prevalansı erkek çocuklarda kızlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık aşağıda değinilecek olan ÇYDA alt boyutlarından iştahlılığı gösteren alt boyutlardan biri olan "Gıda Heveslisi" alt boyut puan ortalamasının çalışmamıza dahil ettiğimiz çocuklar için erkeklerde kızlara kıyasla anlamlı olarak yüksek olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda çocukların şu anki ağırlık persentili ile ÇYDA alt boyutlarından gıda heveslisi, gıdadan keyif alma ve yemek seçiciliği puanlarının ortalamaları arasında pozitif yönlü, tokluk heveslisi ve yavaş yeme puanlarının ortalamaları ile ters yönlü bir ilişki saptadık. Kilo persentili ile yemek seçiciliği puanı arasında pozitif yönlü ilişki olması çelişki gibi görünmektedir. Ancak ÇYDA'da yemek seçiciliği alt boyutunu oluşturan 10., 16., ve 32. maddeler (10. Çocuğum yeni

yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır, 16. Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır, 32. Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir) incelendiğinde yemek seçiciliği puanı arttıkça çocuğun farklı yiyeceklere daha açık olduğu ve daha az seçici olduğu görülecektir. Webber ve arkadaşları 2008 yılında Londra'da 400 çocuk ile yaptıkları çalışmada gıda heveslisi, gıdadan keyif alma, duygusal aşırı yeme ve içme tutkusu alt ölçekleri ile çocuğun ağırlığı arasında pozitif yönlü ilişki; tokluk heveslisi, yavaş yeme ve yemek seçiciliği ile çocuğun ağırlığı arasında negatif yönlü ilişki saptamışlardır (70). Spence ve arkadaşları Kanada'da yaptıkları çalışmada da ÇYDA alt ölçekleri ile çocuk ağırlığı arasındaki ilişkiler benzer açıklanmıştır (71). Yine çalışmamıza paralel olarak Özer ve arkadaşları alt ölçeklerden gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma ve içme tutkusu puanlarını obez çocuklarda anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (72). ÇYDA alt ölçeklerine baktığımızda gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma ve içme tutkusu alt ölçekleri çocuklarda iştahlılığı gösteren alt ölçeklerdir (67). Dolayısıyla iştahlılığı gösteren alt boyutların puan ortalamalarının çocuğun kilo persentili ile pozitif korelasyon göstermesinin konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ortak bulgu olması beklenen bir durumdur.

WHO ve UNICEF ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeyi ve en az 2 yaşına kadar anne sütüne devam etmeyi önermektedir (47). Dünya genelinde ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme oranı %44'tür (49). 2018 TNSA ya göre Türkiye'de bu oran dünya geneli ile uyumlu olarak %41'dir (44). Ancak çalışmamıza dahil ettiğimiz çocukların ilk 6 ay sadece anne sütü alma oranı %73 bulunmuş olup dünya ve Türkiye verileriyle uyuşmamaktadır. Bu uyumsuzluğu çalışmamıza dahil ettiğimiz annelerin eğitim seviyesinin nispeten yüksek olmasına ve annelerin yarısından fazlasının (%55) emzirme eğitimi almış olmasına bağlayabiliriz.

Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan yerel çalışmalarda da 6 ay sadece anne sütü alma oranları farklılık göstermektedir. Çalık ve arkadaşları 2016 yılında Trabzon'da 401 anne ve çocuk ile yaptıkları çalışmada 6 ay sadece anne sütü alma oranını dünya ve Türkiye verilerinden çok daha düşük (%9) bulmuşlardır (73). Bunun yanında Yüzügüllü ve arkadaşları yine 2016'da Adana'nın Çukurova ilçesinde 284 anne ile yapmış olduğu çalışmada annelerin %37 sinin bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermiş olduğunu bulmuşlardır (74). 2009 yılında Şişli Etfal

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 246 çocuk ile yapılan bir çalışmada ise bu oran %52,8 verilmiştir (75). Çalışmalarda elde edilen bu birbirinden farklı verilerin çalışmaların farklı bölgelerde yapılmış olması ve bu bölgelerdeki sosyal ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

TBSA 2010'da Türkiye'de ortalama sadece anne sütü alma süresi 5,3 ay verilmiş ve çalışmamızda da buna uygun olarak ortalama sadece anne sütü alma süresi 5,36 ay olarak hesaplanmıştır. Toplam anne sütü alma süresi ortalaması TBSA 2010'da 14,5 ay, TSNA 2018 de 16,7 ay verilmişken çalışmamıza dahil ettiğimiz çocukların ortalama toplam anne sütü alma süresi TNSA 2018 verilerine yakın (18,19 ay) bulunmuştur (44,69).

Çalışmamıza dahil ettiğimiz 211 çocuğun annelerinin 116'sı (%55) emzirme eğitimi almıştı. Annelerin emzirme eğitimi alma oranlarıyla ilgili dünya ve Türkiye verileri bulunmamakla beraber bu oran konu ile ilgili yapılmış bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur. Örneğin Çalık ve arkadaşları çalışmasında emzirme eğitimi alma oranını %66,1, Akçay ve arkadaşları 2018'de İzmir'de 307 anne üzerinde yaptığı çalışmada %75,6 vermiştir (73,76). Bu farklılığın sebebi diğer araştırmacıların ve bizim annelerin emzirme eğitimini sorgularken nesnel bir ölçüt kullanmamış olmamız olabilir.

Çalışmamızda 6 ay sadece anne sütü alma ile ağırlık persentili arasında anlamlı farklılık bulduk. 6 ay sadece anne sütü alanlarda kilo persentili almayanlara kıyasla daha yüksekti. (t=-2,083 p=0.038). Bunun yanında toplam anne sütü alma süresi ile kilo persentili arasında istatistikçe anlamlı ilişki bulamadık. Çalışmamızla paralel olarak 2019'da Ankara'da 344 çocuk ile yapılan bir çalışmada sadece anne sütü alım süreleri ile ağırlık persentileri arasında pozitif bir ilişkili bulunmuşken toplam anne sütü alım süreleri ile kilo persentil değerleri arasında ilişki bulunmamıştır (77). Buna karşılık 2012 de Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 100 çocuk ile yapılan bir çalışmada bizim verilerimize ters olarak sadece anne sütü alma ile kilo persentilleri arasında anlamlı farklılık bulunamamışken toplam anne sütü alma süreleri ile ağırlık persentilleri arasında istatistikçe anlamlı ilişki saptanmıştır (78). Sonuçlarının çalışmamızla uyumsuz olması söz konusu çalışmanın az sayıda katılımcı ile yapılmış olması olabilir.

Konunun daha net anlaşılabilmesi için daha geniş katılımcı sayısı ile yeni çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz çocukların 96'sı (%45,5) emzik, 133'ü (%63) biberon kullanmıştı. Kondolot ve arkadaşları 2008 yılında 302 çocuk ve anne ile yaptıkları çalışmada emzik kullanma oranını çalışmamıza benzer (%43,7), biberon kullanma oranını çalışmamıza göre daha düşük (%32) ve 6 ay sadece anne sütü alma oranını %61,9 vermişler ve çalışmamızla paralel olarak emzik kullanım oranını anne sütü dışında besin verilen bebeklerde daha yüksek bulmuşlardır (79). Sadece anne sütü alma süresi ile emzik kullanma süresi arasında istatistikçe anlamalı ters yönlü ilişki saptadık. Bu istatistiksel veriye paralel olarak çalışmamıza dahil ettiğimiz 211 çocuğun toplam anne sütü alma süreleriyle de emzik kullanım süreleri arasında istatistikçe anlamlı ters yönlü ilişki saptadık. Bakiler ve arkadaşları 2005 yılında İzmir'de 12-24 ay arası 526 çocuk ile yapmış olduğu çalışmada çalışmamızdaki verilere paralel olarak 6 aydan az anne sütü alan bebeklerde emzik kullanım oranını istatistiksel olarak daha yüksek saptamıştır (80). ABD'de 281 çocuk ile yapılmış bir çalışmada emzik kullanımı emzirmeyi erken bırakma ile ilişkili bulunmuştur (81). Emzik kullanımının ve kullanım süresinin anne sütü alım sürelerine olan bu olumsuz etkisi bebeğin emme içgüdüsünün fiziksel olarak emzik üzerinden karşılanıp emziğin anne memesinin yerini alıyor olması olabilir.

Benzer şekilde biberon kullanım süreleri ile sadece anne sütü alma süreleri ve toplam anne sütü alma süreleri arasında istatistikçe anlamlı ters yönlü ilişki saptadık. Bu istatistiksel veriler anne sütü almayan bebeklerde biberonun çok yaygın kullanılan bir besleme yöntemi olması ve biberon kullanımının kolaylığı nedeniyle bebeğin emmeyi bırakması gibi nedenler olabilir.

ÇYDA'nın kullanıldığı farklı çalışmalarda anne sütü alım süreleri ile alt ölçekler arasındaki ilişkiler farklı bulunmuştur. Çalışmamızda sadece anne sütü alım süreleri ile ÇYDA alt ölçekleri arasında ilişki bulamadık. Ancak toplam anne sütü alım süreleri ile gıda heveslisi puanları arasında ters yönlü ilişki saptadık. Taşpınar 2016'da 4-6 yaş arası 305 çocuk ile yaptığı çalışmada sadece anne sütü ile beslenen çocukların duygusal aşırı yeme ve yemek seçiciliği puan ortalamaları mama ve karma beslenen çocuklara göre daha düşük bulmuştur (82). Aksu tıpta uzmanlık

tezinde hiç anne sütü almayan çocuklarda 6-12 ay arası anne sütü alan çocuklara göre içme tutkusu puanlarını yüksek bulmuştur (64). Anne sütü ile beslenen bebeklerde özdüzenleme kontrolü daha iyi gelişir, anne sütü bebeklerin beslenme alışkanlıklarını ve iştah denetimini kısa ve uzun dönemde etkiler (83). Emzirilen bebeklerin süt alımı kontrolünü daha iyi öğrendiği ve geliştirdiği, buna karşın biberonla beslenmenin ise bu beceriyi sınırlayıcı etki gösterdiği saptanmıştır (84). Bu bilgiler ışığında çalışmalarda iştahlılığı gösteren alt boyut puanlarının anne sütü alan bebeklerde daha düşük bulunması veya anne sütü almayan bebeklerde daha yüksek bulunması anlaşılabilir bir durumdur.

Çalışmamıza katılan 211 çocuğun ÇYDA alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları GH: 10,43 (K:9,84 E:11385), DAY: 6,90 (K:6,84 E:7,0), GKA: 14,38 (K:13,88 E:15,16), İT: 8,78 (K:8,68 E:8,95), TH: 22,45 (K:22,89 E:21,78), YY: 11,49 (K:12,11 E:10,55), DAZ: 11,64 (K:11,23 E:12,30) ve YS: 7,45 (K:7,32, E:7,65) olarak bulunmuştur. ÇYDA'nın kullanıldığı başka çalışmalarda alt ölçek puan ortalamaları çalışmamıza paralel bulunmuştur. Özdoğan ve arkadaşlarının 2018 yılında Ankara'da 2-6 yaş arası çocuğu olan 255 anne ile gerçekleştirdiği çalışmada ÇYDA alt ölçek puan ortalamaları GH: 10,4 (K:10,2 E:10,5), DAY: 5,6 (K:5,7 E:5,6), GKA: 13,6 (K:13,4 E:13,8), İT: 7,2 (K:7,1 E:7,3), TH: 21,1 (K:21,1 E:21,1), YY: 9,4 (K:9,7 E:9,1), DAZ: 11,6 (K:11,7 E:11,6) ve YS: 7,8 (K:7,8, E:7,8) olarak bulunmuştur (85). Yine Aksu'nun 153 çocuk ile gerçekleştirdiği Annelerin Çocuklarının İştah ve Beden Algısı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi konulu tıpta uzmanlık tezi çalışmasında ÇYDA alt ölçek puan ortalamaları GH: 10,22, DAY: 5,99, GKA: 13,70, İT: 8,72, TH: 22,58, YY: 10,65, DAZ: 11,10 ve YS: 7,52 hesaplanmıştır ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir (64). Sönmez de 2019'da 4-6 yaş arası 500 çocuk ile yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde alt ölçek puan ortalamalarını GH: 8,75, DAY: 6,07, GKA: 13,58, İT: 7,61, TH: 22,55, YY: 11,32, DAZ: 11,64 ve YS: 7,32 vermiştir (86).

Alt ölçek puan ortalamaları ve bunların çocuğun cinsiyetine göre değerlendirmeleri incelendiğinde çalışmamızın verilerinin Yılmaz ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÇYDA Türkçe uyarlama çalışmasında elde edilen verilerle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Çalışmamızda ölçek alt boyutlarını cinsiyete göre

karşılaştırdığımızda gıda heveslisi ve duygusal az yeme puanlarını kızlara kıyasla erkeklerde istatistikçe anlamlı daha yüksek, yavaş yeme puanlarını erkeklere kıyasla kızlarda istatistikçe anlamlı daha yüksek bulduk. ÇYDA Türkçe uyarlama çalışmasının cinsiyetler arasında alt ölçekler açısından farklılıkları değerlendirildiğinde gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme ve içme tutkusu puan ortalamaları erkeklerde kızlardan, yavaş yeme puan ortalamaları kızlarda erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ve verilerin çalışmamızla paralel olduğu görülmektedir (66). Sönmez yüksek lisans tezinde gıda heveslisi puanlarının ortalamasını çalışmamızın aksine erkeklere kıyasla kızlarda anlamlı olarak yüksek bulmuştur (86). Yine çalışmamızın aksine Aksu tıpta uzmanlık tezinde duygusal az yeme puan ortalamasını erkeklere kıyasla kızlarda yüksek bulmuştur (64). Wardle ve arkadaşları tarafından yapılan CEBQ anketinin geliştirilme çalışmasında alt ölçekler arasında cinsiyetler açısından verilen anlamlı tek farklılık içme tutkusu puanının erkeklerde kızlardan daha yüksek olmasıdır (65). Bunların yanında Özer ve arkadaşları obezite tanılı çocuklarda yeme davranışını değerlendirdikleri ve 217 obez ve 149 obez olmayan çocuk ile yaptıkları çalışmada obez olmayan çocuklarda kızların ve erkeklerin ÇYDA alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık saptamamışlardır (72). Benzer şekilde Özdoğan ve arkadaşları da 2018'de Ankara'da 255 çocuk ile yaptıkları çalışmada ÇYDA'yı kullanmışlar ve cinsiyetler açısından alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır (85). Görüldüğü üzere ÇYDA alt boyut puanları açısından karşılaştırdığında cinsiyetler arasındaki farklılıklar için yapılan çalışmalar muhtelif sonuçlar vermektedir. Cinsiyetin çocuklarda yeme davranışına etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ÇYDA'da ele aldığımız alt boyutlardan GH, DAY, GKA ve IT iştahı gösterirken, TH, YY, DAZ ve YS daha çok iştahsızlığı göstermektedir (67). Çalışmamızda çocukların iştah tipini belirlemede objektif bir ölçek olan ÇYDA'yı kullanmamızın yanı sıra annelere çocuklarının iştahları konusundaki algılarını ölçmek için "sizce çocuğunuzun iştahı nasıl?" sorusunu sorduk. Annelerin 22'si (%10,4) çocuğunun iştahını fazla, 133'ü (%63,0) normal, 56'sı (%26,5) az olarak değerlendirmekteydi. Bu cevaplar ÇYDA alt ölçekleri ile karşılaştırıldığında iştahı gösteren alt ölçekler olan gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma ve

içme tutkusu ve iştahsızlığı gösteren alt ölçeklerden biri olan yemek seçiciliği puanları "çocuğumun iştahı fazla" diyen annelerin çocuklarında normal veya az diyenlere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İştahsızlığı gösteren alt ölçekler olan tokluk heveslisi ve yavaş yeme puanları "çocuğumun iştahı az" diyen annelerin çocuklarında normal veya fazla diyenlere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bunların yanında iştahsızlığı gösteren alt boyutlardan biri olan duygusal az yeme alt ölçeği ile annelere sorulan "sizce çocuğunuzun iştahı nasıl" sorusu arasında istatistikçe anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çeşitli değişkenlerin ÇYDA alt boyutlarını ve çocuğun şu anki ağırlığını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizlerinde annelerin çocuklarının iştahına yönelik algısının tüm alt boyutları ve çocuğun ağırlığını istatistikçe anlamlı olarak yordamakta olduğu görüldü. Bu veriler ışığında çalışmamıza katılan annelerin çocuklarının iştahı hakkındaki öznel algılarının çocukların iştahını değerlendirdiğimiz nesnel anket sonuçları ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda emzik kullanımı ile çocuğun ağırlık persentili arasında istatistikçe anlamlı farklılık ve emzik kullanım süresi ile çocuğun ağırlık persentili arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Benzer şekilde biberon kullanımı ile çocuğun ağırlık persentili arasında istatistikçe anlamlı farklılık ve biberon kullanım süresi ile çocuğun ağırlık persentili arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hoffman ve arkadaşları 279 bebek ve annesi ile yaptığı çalışmada bebeklerin 1, 4, 6 ve 9. 12 ve 24. aylarda boy ve kilo ölçümleri yapılmış ve emzik kullanım süresi ile ağırlık persentilleri ve boya göre ağırlık durumu arasında ayrı ayrı pozitif ilişki saptamıştır (87). Bizim çalışmamız 2-6 yaş arası çocuklar ile yapılmışken söz konusu çalışmaya dahil edilen çocuklar 0-2 yaş aralığındadır ve iki çalışmanın verilerinin birbirinden farklı olması bu yaş grubu farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda emzik kullanımı ile ÇYDA alt ölçekleri arasında istatistikçe anlamlı farklılık ve emzik kullanım süresi ile alt ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Benzer şekilde biberon kullanımı ile ÇYDA alt ölçekleri arasında istatistikçe anlamlı farklılık ve biberon kullanım süresi ile alt ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde emzik ve biberon kullanımı ile ilgili yapılmış pek çok çalışma varken çocukların yeme davranışını nesnel bir ölçüt ile değerlendirerek emzik ve biberon kullanımının yeme davranışına etkilerini araştıran

herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak çalışmamıza en yakın bulduğumuz 3-7 yaş arası iştahsız ve iştah problemi olmayan şeklinde 2 gruba ayrılan 182 çocuk ile Mardin'de yapılan ve emzik ve biberon kullanımının daha sonra yeme davranışına etkisini araştıran bir çalışmadır. Bu çalışmada emzik ve biberon kullanıp kullanmama ve kullanım süreleri ile iştah ayrı ayrı karşılaştırılmış ve 2 grupta da anlamlı farklılık bulunamamıştır. Emzik kullanan ve kullanmayan çocuklarda ortalama VKİ persentilleri benzer bulunmuştur. İştahlı ve iştahsız grup arasında toplam emzirme süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmamışken emzik kullananlarda emzirme süreleri anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Sadece anne sütü alma süresi iştahsız grupta anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Aynı çalışmada anneleri tarafından iştah problemi olduğu söylenen çocukların diğer çocuklara oranla VKİ persentil ortalamaları anlamlı şekilde düşük saptanmıştır (90). Paralel olarak biz de çalışmamızda çocuğumun iştahı fazla diyen annelerin çocuklarının ağırlık persentillerini normal veya az diyenlere kıyasla anlamlı şekilde yüksek bulduk. Bu çalışma ve bizim çalışmamıza göre annelerin çocuklarının iştahları hakkındaki öznel algıları isabetlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul Bahçelievler Şirinevler Aile Sağlığı Merkezi 34.06.087 nolu aile hekimliği birimine herhangi bir sebeple başvuran 2-6 yaş arası çocukların sosyodemografik, beslenme ve çocuk izlem verileri incelenmiş ve çocukların iştah durumları nesnel bir ölçek olan ÇYDA ile değerlendirilmiştir.

6.1. SONUÇLAR

Çalışmamızda emzik kullanan ve kullanmayan çocuklar arasında ÇYDA alt boyut puanları açısından istatistikçe anlamlı farklılık saptanmadı. Yine emzik kullanmış olmak ile kullanmamış olmak arasında çocuğun şu anki kilo persentili açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Emzik kullanım süresi ile ÇYDA alt boyut puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Benzer şekilde emzik kullanım süresi ile çocuğun şu anki ağırlık persentili arasında istatistikçe anlamlı korelasyon bulunmadı.

Biberon kullanmış olmak ile kullanmamış olmak arasında ÇYDA alt boyut puanları açısından istatistikçe anlamlı farklılık saptanmadı. Yine biberon kullanan ve kullanmayan çocuklar arasında çocuğun şu anki kilo persentili açısından anlamlı farklılık bulunmadı. Emzik kullanım süresi ile ÇYDA alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmadı. Benzer şekilde emzik kullanım süresi ile çocuğun şu anki ağırlık persentili arasında istatistikçe anlamlı korelasyon yoktu. Emzik kullanım süresi ile biberon kullanım süresi arasında pozitif yönlü ilişki saptandı.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda emzik ve biberon kullanımının ve kullanım sürelerinin çocukların yeme davranışına ve kilo alımına herhangi bir etkisini saptamadık. Taradığımız kadarıyla literatürde emzik ve biberon kullanımının çocuklarda yeme davranışına ve kilo alımına etkisini objektif ölçütler ile araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda daha geniş katılımcı sayısı ile yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca DSÖ ve UNICEF'in başarılı emzirme için önerdiği 10 maddenin 9.'sunda belirtildiği gibi annelere emzik ve biberon kullanımı ve potansiyel riskleri ile ilgili danışmanlık verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Kurt E, Örün E. Yeme bozukluğu olan çocuğa yaklaşım. Guncel Pediatr. 2016;14(3):129–35.
2. Rydell AM, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. J Genet Psychol. 1995;156(2):217–29.
3. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? Pediatrics. 2007;120(4).
4. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children's eating behaviours. Nutrients. 2018;10(6):1–17.
5. De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early taste experiences and later food choices. Nutrients. 2017;9(2):1–9.
6. Uludağ ME, Namlı Emiroğlu H. Emzik Kullanımı Hakkında Anne Görüşlerine Dayalı Nitel Bir Değerlendirme. Elektron Eğitim Bilim Derg. 2020;9(18):188–206.
7. Uğurlu ES, Çakal MM, Avşar A. Annelerin 0-1 Yaş Arası Bebeklerinde Emzik Kullanma Durumları. ACU Sağlık Bil Derg. 2017;1:10–5.
8. Ünsal H, Atlihan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. The tendency to breastfeed in a certain population and influential factors | Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Cocuk Sagligi ve Hast Derg. 2005;48(3):226–33.
9. Bodrumlu EH, Avşar A. Erken çocukluk dönemi çürükleri. GÜ Diş Hek Fak Derg. 2011;28(2):131–9.
10. Zimmer S, Zuralski H, Bizhang M, Ostermann T, Barthel CR. Anterior open bite in 27 months old children after use of a novel pacifier - A cohort study. J Clin Pediatr Dent. 2016;40(4):328–33.
11. Haylı M, Avcı MZ. Nutritional Problems in Children and Solutions. Int Anatolia Acad online J. 220AD;6(1):101–8.
12. World Health O. Nutrition Po Re. Nutrition for Health and Development. 2000.
13. Ünal F. Clinical approach to children with low appetite. Guncel Pediatr. 2011;9(2):79–84.
14. Nur İ, Temizel S. İştahsız Çocuk. 2008;176–81. Available from: http://cshd.org.tr/csh/pdf/pdf_CSH_309.pdf
15. Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. Am J Clin Nutr. 2011;94(6):2006–11.

16. Özçetin M, Yılmaz R, Erkorkmaz Ü, Esmeray H. Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Pediatr Arşivi. 2011;45(2):124–31.

17. Muazzam Nasrullah 2018. The Relationship between Infant Facial Expressions and Food Acceptance. Physiol Behav. 2016;176(1):139–48.

18. Steinle NI, Hsueh WC, Snitker S, Pollin TI, Sakul H, St Jean PL, et al. Eating behavior in the Old Order Amish: Heritability analysis and a genome-wide linkage analysis. Am J Clin Nutr. 2002;75(6):1098–106.

19. Smith AD, Fildes A, Cooke L, Herle M, Shakeshaft N, Plomin R, et al. Genetic and environmental influences on food preferences in adolescence. Am J Clin Nutr. 2016;104(2):446–53.

20. Vandeweghe L, Moens E, Braet C, Van Lippevelde W, Vervoort L, Verbeken S. Perceived effective and feasible strategies to promote healthy eating in young children: Focus groups with parents, family child care providers and daycare assistants. BMC Public Health [Internet]. 2016;16(1):1–12. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3710-9

21. Niermann C, Krapf F, Renner B, Reiner M, Woll A. Family health climate scale (FHC-scale): Development and validation. Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]. 2014;11(1):1–14. Available from: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity

22. Zarychta K, Mullan B, Luszczynska A. It doesn't matter what they say, it matters how they behave: Parental influences and changes in body mass among overweight and obese adolescents. Appetite [Internet]. 2016;96:47–55. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.040

23. Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2016;92(3):S2–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.006

24. Maccoby, E.; Martin J. Socialization in the Context of the Family: Parent–child Interaction. In: Hetherington E, editor. Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development. 4th ed. New York; 1983. p. 1–101.

25. Pearson N, Atkin AJ, Biddle SJH, Gorely T, Edwardson C. Parenting styles, family structure and adolescent dietary behaviour. Public Health Nutr. 2010;13(8):1245–53.

26. Kremers SPJ, Brug J, De Vries H, Engels RCME. Parenting style and adolescent fruit consumption. Appetite. 2003;41(1):43–50.

27. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. Pediatrics. 2006;117(6):2047–54.

28. Duff Putu, Jean Shoveller., Julio Montaner., Cindy Feng., Rachel Nicoletti., Kate Shannon . GO. Father Involvement in Feeding Interactions with Their Young Children. Physiol Behav. 2016;176(1):139–48.

29. Finnane JM, Jansen E, Mallan KM, Daniels LA. Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2017;49(1):11-18.e1. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007

30. van Ansem WJC, Schrijvers CTM, Rodenburg G, van de Mheen D. Maternal educational level and children's healthy eating behaviour: Role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study). Int J Behav Nutr Phys Act. 2014;11(1):1–12.

31. Wen X, Kong KL, Eiden R Das, Sharma NN, Xie C. Sociodemographic differences and infant dietary patterns. Pediatrics. 2014;134(5):e1387–98.

32. Story M, French S. Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. Int J Behav Nutr Phys Act. 2004;1:1–17.

33. Kovács E, Hunsberger M, Reisch L, Gwozdz W, Eiben G, De Bourdeaudhuij I, et al. Adherence to combined lifestyle factors and their contribution to obesity in the IDEFICS study. Obes Rev. 2015;16(December):138–50.

34. Liang T, Kuhle S, Veugelers PJ. Nutrition and body weights of canadian children watching television and eating while watching television. Public Health Nutr. 2009;12(12):2457–63.

35. Altundağ Y. Çocuklarda Parmak Emme Davranışı. Ege Bilim Araştırmalar Derg. 2018;1(1):28–36.

36. Foster, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants (Review) Summary Of Findings For The Main Comparison. 2016;(10).

37. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. BMC Oral Health. 2018;18(1):1–10.

38. Eidelman AI. Routine pacifier use in infants: pros and cons. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2019;95(2):121–3. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.03.002

39. Canadian Paediatric Society. Recommendations for the use of pacifiers. Paediatr Child Health (Oxford). 2003;8(8):515–9.

40. Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. Am Fam Physician. 2009;79(8):681–5.

41. Güncel Türkçe Sözlük ve Yazım Kılavuzu Çalışma Grubu. Türkçe Sözlük. 11th ed. Ankara:

Türk Dil Kurumu Yayınları; 2019. 330 p.

42. Mathew OP. Science of bottle feeding. J Pediatr. 1991;119(4):511–9.

43. Kotowski J, Fowler C, Hourigan C, Orr F. Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review. Matern Child Nutr. 2020;16(2):1–20.

44. Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University of Population Studies, T.R. Ministry of Health, Ankara T. Turkey Demographic and Health Survey [Internet]. Hacettepe University of Population Studies. 2018. 148–149 p. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

45. World Health Organization. Complementary feeding. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009. 3 p.

46. World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initative. Implementation Guidance. 2018. 1–56 p.

47. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Fifthy-fourth world Heal Assem. 2003;(1):8.

48. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Child B, et al. How many child deaths can we prevent this year? Child Survival II. Lancet. 2003;362(July 5):65–71.

49. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. 2021. Available from: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/

50. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet [Internet]. 2016;387(10017):491–504. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2

51. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

52. Buccini S, Pérez R, Lopes C, Sonia A, Venancio I, Paulino LM. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding : Systematic review and meta - analysis. Matern Child Nutr. 2016;13(August):1–19.

53. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: A prospective cohort study. J Paediatr Child Health. 2001;37(1):58–63.

54. Lock FB, Baum JD. Development of Co-Ordination of Sucking , Swallowing and Breath I Ng : Ultrasound Study of Term and Preterm Infants. In: Developmental Medicine and Child

Neurology. 1990. p. 669–78.

55. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento M do DSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2018;94(6):596–601. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.10.005

56. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services. 1989. 1–36 p.

57. Alves JGB, Alves GV. Effects of physical activity on children's growth. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2019;95:72–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.11.003

58. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, et al. Weight, height, head circumference and body mass index references for Turkish children. Cocuk Sagligi ve Hast Derg. 2008;51(1):1–14.

59. Evliyaoğlu N. Well baby follow-up. Turk Pediatr Ars. 2007;42(SUPPL.):6–10.

60. Topal Y, Topal H, Battaloğlu İnanç B, Özkoç HH. Türkiye'de Sağlam Çocuk İzlemi Verilerinin Değerlendirilmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Derg [Internet]. 2017;4(2):6–10. Available from: http://dergipark.gov.tr/muskutd/issue/36904/420954

61. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk,Ergen İzlem Protokolleri. Ankara; 2018.

62. Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15days to 60months. Child Care Health Dev. 2008;34(4):454–63.

63. CDC. About Child & Teen BMI [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html

64. Aksu SB. Tıpta Uzmanlık Tezi. Annelerin Çocuklarının İştah ve Beden Algısı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama Merkezi; 2019.

65. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2001;42(7):963–70.

66. Yilmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması Adaptation study of the Turkish Children ' s Eating Behavior Questionnaire. Anadolu Psikiatri Derg. 2011;12:287–94.

67. Erkorkmaz Ü, Ad B, Ad ÇH, Ad B, Ad ÇH. Çocuklarda Yeme Davranışı ile Ebeveyn Besleme Tarzı Arasındaki İlişkinin Kanonik Korelasyon Analizi ile İncelenmesi. Turkiye Klin J Med Sci. 2013;33(1):138–48.

68. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th ed. Needham Heights: Allyn and Bacon; 2001.

69. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. 2014.

70. Webber L, Hill C, Saxton J, Jaarsveld CHM Van, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. Int J Obes (. 2009;33:21–8.

71. Spence JC, Carson V, Casey L, Boule N. Examining behavioural susceptibility to obesity among Canadian pre-school children : The role of eating behaviours. Int J Pediatr Obes. 2011;6(November 2009):501–7.

72. Özer S, Bozkurt H, Sönmezgöz E, Bilge S, Yılmaz R, Demir O. Obezite Tanılı Çocuklarda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi. Çocuk Derg. 2015;14(2):66–71.

73. ÇALIK KY, ÇETİN FC, ERKAYA R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2017;6(3):80–91.

74. Ata Yüzügüllü D, Aytaç N, Akbaba M. Investigation of the factors affecting mother's exclusive breastfeeding for six months. Turk Pediatr Ars. 2018;53(2):96–104.

75. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bulbul A, Arslan S, Celik M, et al. Factors Affecting Breast Feeding in the First Six Months of Life. Tuberculin Ski Test Child. 2013;11(1):5–13.

76. AKCAY N, UZŞEN H, BULDUR E. Emzirme Sürecinde Olan Annelerin Emzirme Davranışlarını Yönlendiren Tutumlarının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2021;5(1):84–92.

77. KAMAN A, POLAT E, KARACAN CD. Üçüncü Basamak Bir Hastanede Çocukların Büyümelerine Etkili Faktörlerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Pediatr Pract Res. 2019;7(Ek):371–6.

78. Akova S. Evaluation of growth and development in breast-fed infants throughout 0-36 months. Dicle Med J / Dicle Tip Derg. 2012;39(4):542–6.

79. Kondolot M, Yalçin SS, Yurdakök K. The factors that affect exclusive breastfeeding status. Cocuk Sagligi ve Hast Derg. 2009;52(3):122–7.

80. Bakiler AR, Salih Ö, Özer EA. Anne sütü ile beslenmeyi etkileyen faktörler. İzmir Tepecik Hastan Derg. 2005;15(2):111–5.

81. Benis MM. Are pacifiers associated with early weaning from breastfeeding? Adv Neonatal Care. 2002;2(5):259–66.

82. Taşpınar A. 0 – 6 Ay Beslenme Özelliklerinin Çocuklarda Obezite ve Yeme Davranışları

Üzerine Etkisi : Kesitsel Bir Araştırma. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 2020;9:171–8.

83. Aktaç Ş. Anne Sütü Hormonları ve Obezite İlişkisi. Turkiye Klin J Nutr Diet-Special Top. 2017;3(2):80–7.

84. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? Pediatrics. 2010;125(6).

85. BALABAN S, ÖZDOĞAN Y, UÇAR A. Annelerin Çocuk Besleme Uygulamaları ve Çocukların Yemek Yeme Davranışları. Nevşehir Bilim ve Teknol Derg. 2018;7(20 18):1–13.

86. Sönmez BS. Yüksek Lisans Tezi. Okul Öncesi Çocukların Yemek Yeme Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ; 2019.

87. Hohman EE, Savage JS, Birch LL, Beiler JS, Paul IM. Pacifier Use and Early Life Weight Outcomes in the Intervention Nurses Start Infants Growing on Healthy Trajectories Study. Child Obes. 2018;14(1):58–66.

88. Cevasco AM, Grant RE. Effects of the pacifier activated lullaby on weight gain of premature infants. J Music Ther. 2005;42(2):123–39.

89. Ziegler A, Maron JL, Barlow SM, Davis JM. Effect of Pacifier Design on Nonnutritive Suck Maturation and Weight Gain in Preterm Infants: A Pilot Study. Curr Ther Res - Clin Exp [Internet]. 2020;93:100617. Available from: https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2020.100617

90. Kaymaz N, Yıldırım Ş, Cevizci S, Bulur N, Topaloğlu N, Binnetoğlu FK, et al. Prolonged pacifier usage in infancy does not cause eating behavior problem later. Turk J Pediatr. 2015;57(5):487–91.

EKLER

EK 1. TEZ ANKET FORMU

İSTANBUL İLİ BAHÇELİEVLER İLÇESİ'NDE BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 2-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA EMZİK VE BİBERON KULLANIMININ İŞTAH VE KİLO ALIMINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.Çocuğun cinsiyeti	1.Kız 2.Erkek
2.Çocuğun doğum tarihi	
3.Annenin yaşı	
4.Annenin mesleği nedir?	1.Çalışmıyor (Ev hanımı/emekli/işsiz…) 2.Beyaz yaka (Ofiste, masa başı iş, idareci…) 3.Mavi yaka (işçi olarak, fabrika, temizlik…)
5.Babanın mesleği nedir?	1.Çalışmıyor (emekli/işsiz…) 2.Beyaz yaka (Ofiste, masa başı iş, idareci…) 3.Mavi yaka (işçi olarak, fabrika, temizlik…)
6.Annenin eğitim düzeyi nedir?	1.Okuryazar değil 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu 5.Üniversite ve üzeri
7. Doğum ağırlığı?	
8. Doğum yeri sağlık kuruluşu mu?	1. Evet 2. Hayır
9. Doğum şekli	1. Vajinal doğum 2. Sezaryen
10. İlk çocuk mu?	1.Evet 2.Hayır
11. Kaç ay sadece anne sütü aldı?	
12. Kaç aya kadar anne sütü aldı?	

13. Bebek-çocuk izlemlerine düzenli getirilmiş mi?	1.Evet 2.Hayır
14. Anne gebelik izlemlerine düzenli gelmiş mi?	1.Evet 2.Hayır
15. Anne emzirme eğitimi almış mı?	1. Evet 2. Hayır
16. Çocuk emzik kullandı mı?	1. Evet 2. Hayır
17. Kullandı ise kaç aya kadar?	
18.Çocuk biberon kullandı mı?	1. Evet 2. Hayır
19.Kullandı ise kaç aya kadar?	
20. Çocuğun şu anki kilo persentili	
21. Sizce çocuğunuzun iştahı normal mi?	1. Az 2. Normal 3. Fazla

EK 2. ÇOCUKLARDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her zaman	
1. Çocuğum yiyecekleri sever.	☐	☐	☐	☐	☐	GKA
2. Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAY
3. Çocuğum çok iştahlıdır.	☐	☐	☐	☐	☐	GKA
4. Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.	☐	☐	☐	☐	☐	GKA
5. Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir.	☐	☐	☐	☐	☐	GKA
6. Çocuğum sürekli içeçcek birşey ister.	☐	☐	☐	☐	☐	IT
7. Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
8. Çocuğum yavaş yer.	☐	☐	☐	☐	☐	YY
9. Çocuğum kızgınken daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAZ
10. Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐	YS*
11. Çocuğum yorgunken daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAZ
12. Çocuğum sürekli yemek ister.	☐	☐	☐	☐	☐	GH
13. Çocuğum sıkıntılı, rahatsızken daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAY
14. İzin verilirse çocucuğum çok fazla yiyecektir.	☐	☐	☐	☐	☐	GH
15. Çocuğum huzursuzken, endişeliyken daha fazla yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAY
16. Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐	YS*
17. Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
18. Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürer.	☐	☐	☐	☐	☐	YY

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıksık	Her zaman	
19. Şans verilirse çocuğum zamanının çoğunu yemek yiyerek geçirir.	☐	☐	☐	☐	☐	GH
20. Çocuğum öğün zamanlarını sabırsızlıkla bekler.	☐	☐	☐	☐	☐	GH
21. Çocuğum yemeği bitmeden doyar.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
22. Çocuğum yemek yemekten zevk alır.	☐	☐	☐	☐	☐	GKA
23. Çocuğum mutluyken daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAZ
24. Çocuğumu yemeklerle memnun etmek zordur.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
25. Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAZ
26. Çocuğum çabuk doyar.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
27. Çocuğum yapacak birşeyi olmadığında daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐	DAY
28. Çocuğum tok olsa bile sevdiği yeyeceğe midesinde yer vardır.	☐	☐	☐	☐	☐	GH
29. Şans verilirse çocuğum gün boyu sürekli birşeyler (meşrubat, su,meyve suyu) içecektir.	☐	☐	☐	☐	☐	IT
30. Çocuğum yemekten önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
31. Şans verilirse çocuğum daima içecek birşeyler bulacaktır.	☐	☐	☐	☐	☐	IT
32. Çocuğum daha önceden bilmediği tatları tatmayı sever.	☐	☐	☐	☐	☐	YS*
33. Çocuğum daha tadına bile balmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.	☐	☐	☐	☐	☐	TH
34. Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar.	☐	☐	☐	☐	☐	YY
35. Yemek süresi boyunca çocuğum çok yavaş yer.	☐	☐	☐	☐	☐	YY