

Bölüm 14

ÇOCUKLUK ÇAĞI BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Elif Deniz KAÇMAZ¹

Şeyda BİNAY YAZ²

GİRİŞ

Beslenme ve yeme bozuklukları, çocukluk çağında sık görülen sağlık sorunlarıdır (Alpaslan, 2020; Gonzales et al., 2007; Stabouli et al., 2021; Tunç, 2020). Yeme bozukluklarının çocukluk çağında ortaya çıkması büyüme ve gelişme geriliği ve malnütrisyonla sonuçlanabilmektedir (Kurt & Örün, 2016). Çocukların fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişiminin optimize edilebilmesi için yeterli besin alımı, dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur (Bryant-waugh, 2019). Çocuklarda beslenme ve yeme güçlükleri, genellikle normal gelişimin bir parçası olarak ortaya çıkabilmekte ve ebeveynler bu dönemde, çocuklarının az yeme, aşırı yeme, seçici yeme gibi davranışlarının olduğunu bildirebilmektedir. Ancak, bazı çocuklar için sorunlu yeme alışkanlıkları klinik eşiğe ulaşarak yeme bozuklukları oluştururken, bazı çocuklarda ise daha sonradan yeme ve kilo problemlerine yatkınlık yaratabilecek yeme alışkanlığı haline gelebilmektedir (Bryant-waugh, 2019; Jacobi et al., 2004). Beslenme sorunu olan çocuklarda, böyle durumların etiolojisinde organik bir hastalık olup olmadığı ayırt edilmelidir. Nörolojik bozukluklar, yapısal anomaliler, kalp-akciğer sorunları, metabolik hastalıklar ve gastrointestinal hastalıklar gibi organik hastalıklardan kaynaklı ortaya çıkan beslenme bozukluklarında altta yatan hastalığın tanınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (Demircan Tulacı, 2020). Çocukluk çağında ortaya çıkan yeme bozuklukları yaşam boyu süren fiziksel ve psikolojik etkiye sahiptir (Hornberger et al., 2021). Dolayısıyla, çocukluk çağı beslenme ve yeme bozuklukları ile, hem çocuk sağlığı hem de ruh sağlığı hizmetlerinde karşılaşılacak-

¹ Arş. Gör., İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD, elifdenizkacmaz@gmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, seydabinay80@gmail.com

tadır (Mairs & Nicholls, 2016). Beslenme ve yeme bozuklukları, yıllar içinde görülme sıklığının artması, ciddi mortalite ve morbidite riskine sebep olması ve başlangıç yaşının giderek düşmesi nedeniyle çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir konudur.

BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

Çocukluk çağında sağlıklı beslenme, optimal düzeyde büyüme ve gelişmeyi hedeflemektedir. Yeterli ve dengeli beslenme, sağlığı korunması, geliştirilmesi ve çeşitli hastalıkların önlenmesine yardımcı olmaktadır (Törüner & Büyükgönenç, 2017). Çocukların büyüme ve gelişmesinin devam etmesi nedeniyle esansiyel besinlere gereksinimleri yetişkinlerle karşılaştırıldığında daha fazladır. Çocuklarda yeterli besin öğeleri alınmadığı durumlarda beslenme bozuklukları daha sık görülmektedir (Bal Yılmaz & Bolşık, 2018).

Beslenme ve yeme bozuklukları, anormal yeme veya kilo kontrol davranışları ile karakterize ciddi psikiyatrik bozukluklardır (Özaslan, 2020). Yeme bozuklukları, psikiyatrik ve tıbbi komorbiditeye neden olan ve yaşamı tehdit eden önemli bir ruhsal hastalık grubudur (Günaydın & Koç, 2021; Yalnızoğlu Çaka et al., 2018).

Epidemioloji

Biyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok etkenin bir araya gelmesi sonucu, yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı artarken, hastalığın başlangıç yaşının giderek düştüğü belirtilmektedir (Yalnızoğlu Çaka et al., 2018). Beslenme ve yeme ile ilgili sorunlar, normal gelişim gösteren çocukların %25-45'inde, gelişim geriliği görülen çocukların yaklaşık %80'inde görülmektedir (Demircan Tulacı, 2020; Kurt & Örün, 2016). Sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerin %20-60'ının çocuklarının yeterince yemediğini düşündükleri belirtilmektedir. Tedavi gerektirecek düzeyde ciddi yeme bozuklukları çocukların %3-10'unda görülmektedir (Kurt & Örün, 2016). DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflamasına göre beslenme ve yeme bozukluklarının tamamı çocuklarda görülebilir ancak 13 yaşın altındaki çocuklarda bu bozukluğun prevalansı ve insidansı hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır (Bryant-waugh, 2019). Beslenme ve yeme bozuklukları prevalansı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Kız çocuklarında zayıf görünme isteği 10-14 yaşları aralığında artış göstermektedir (Günaydın & Koç, 2021). Ergenlik döneminde yeme bozukluklarının kızlarda %5,7-15,2, erkeklerde %1,2-2,9 aralığında olduğu belirtilmektedir (Yalnızoğlu Çaka et al., 2018). Yeme bozukluklarının başlangıcı en sık 14-19 yaşları arasında görülmekte

ve obezite ve astımdan sonra en yaygın görülen kronik hastalıktır (Gonzales et al., 2007; Smink et al., 2012). Anoreksiya nervoza, tüm yeme bozuklukları arasında ölüm oranı en yüksek ruhsal hastalıktır (Günaydın & Koç, 2021).

Etiyoloji

Çocukların yeterli ve dengeli olarak besin öğelerini alamaması sonucunda beslenme bozukluklarının görülme oranı artmaktadır (Bal Yılmaz & Bolışık, 2018). UNICEF-Çocuk, Besin ve Beslenme 2019 raporuna göre; 5 yaşın altındaki üç çocuktan en az biri yetersiz beslenmekte veya fazla kilolu, her iki çocuktan biri gizli açlık çekmektedir. Bu durum milyonlarca çocuğun büyüme ve gelişme potansiyellerine ulaşma kapasitesini olumsuz etkilemektedir (UNICEF, 2019).

Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok etkenin neden olabileceği görüşü benimsenmektedir (Günaydın & Koç, 2021; Önal Sönmez, 2017; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019; Yalnızoğlu Çaka et al., 2018). Biyolojik faktörler arasında; yeme bozukluklarında genetik aktarımın olabileceğini gösteren ikiz çalışmaları bulunmaktadır. Nöro-anatomik açıdan değerlendirildiğinde, yeme bozukluğu olan bireylerin beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında beyin yapısında değişiklikler olduğu ve beyin hacminde azalma olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluklarının hipotalamik, hormonal veya biyokimyasal bozukluklardan kaynaklanabildiği belirtilmektedir (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Kadın cinsiyet yeme bozukluklarının önemli bir yordayıcısıdır (Günaydın & Koç, 2021; Siyez, 2006). Psikodinamik açıdan değerlendirildiğinde, anne bebek etkileşiminde yaşanan sorunların bedene yansıdığı görüşü öne çıkmaktadır (Günaydın & Koç, 2021; Taşdemir, 2016) Kişilik yapısı olarak, kaygı düzeyi yüksek, benlik saygısı düşük bireylerin yeme bozuklukları açısından riskli olduğu belirtilmektedir (Günaydın & Koç, 2021). Sosyokültürel olarak, güzelliğin zayıf bedenle eşleştirilmesi, görsel medya ile bu unsurların desteklenmesi, beden memnuniyetsizliklerine yol açmakta ve özellikle genç kız çocuklarında yeme bozukluklarının ortaya çıkmasındaki önemli risk faktörlerinden biridir (Alfoukha et al., 2017; Günaydın & Koç, 2021; Yalnızoğlu Çaka et al., 2018). Çocukluk çağında, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmış olmanın, yeme bozukluklarının görülme riskini arttırdığı belirtilmektedir (Günaydın & Koç, 2021). Aile; beslenme tutumları ve vücut ağırlığı açısından çocuğa önemli bir rol model olmaktadır (Yalnızoğlu Çaka et al., 2018). Ailenin, aşırı koruyucu, eleştirel, çocuğun bireyselleşmesini desteklemeyen, mü-kemmeliyetçi özelliklere sahip olması, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında

önemli bir faktördür (Günaydın & Koç, 2021). Ailenin yanı sıra, akran baskısı da yeme bozukluğunun önemli yordayıcılarından biridir (Alfoukha et al., 2017).

Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Sınıflandırması

Beslenme bozuklukları sınıflandırması ilk kez DSM-IV'te yer almıştır. DSM-IV'te Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar kategorisi altında Pika, Ruminasyon Bozukluğu ve Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV'te yer alan "Bebeklik ve Erkek Çocukluktaki Beslenme ve Yeme Bozuklukları" ile "Yeme Bozuklukları" bölümleri, DSM-V'te "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığında birleştirilmiştir (American Psychiatric Association, 2013; Bryant-waugh, 2019; Demircan Tulacı, 2020; Mairs & Nicholls, 2016). DSM-V'te yer alan beslenme ve yeme bozuklukları, çocuklukta görülen yeme bozukluğu görünümüne uyarlanabilmektedir (Tunç, 2020). DSM-V'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları; Anoreksiya Nervoza, Bulumia Nervoza, Tikanırcasına Yeme Bozukluğu, Pika, Ruminasyon Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Tür Beslenme ve Yeme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 1). (American Psychiatric Association, 2013).

BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

Anoreksiya Nervoza

Bulumia Nervoza

Tikanırcasına Yeme Bozukluğu

Pika

Ruminasyon Bozukluğu

Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Tür Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Şekil 1. DSM-V Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013. Şekil yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya nervoz kilo alma ya da şişmanlama korkusu ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Mortalite riski yüksektir. 10-20 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır (Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Anoreksiya nervoz tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre koyulmaktadır ve kriterler Şekil 2’de gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Anoreksiya nervoz, kısıtlayıcı tip yeme ve tıkanırmasına yeme/çıkarma olarak iki tipte görülmektedir. Kısıtlayıcı tip yemede diyet yapma, az beslenme, aşırı spor yapma gibi davranışlarla kilo kaybı olurken, tıkanırmasına yeme/çıkarma tipi yeme de, tıkanırmasına yedikten sonra laksatif, diüretik kullanma, kendini kusturma gibi davranışlar görülmektedir (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Bireyin kilosu ya da beden görüntüsü ile ilgili yargısı bozulmaktadır (Önal Sönmez, 2017). Beden imgesinde bozulma, zayıf olan bir bireyin kendisi şişman algılamasıyla başlar. Çocukluk çağında olan birey cinsiyete ve yaşa göre beklenen en düşük vücut ağırlığından daha düşük kilodadır (Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Anoreksiya nervoz tanılı bireylerin %55.2’sinin en az bir ruhsal hastalık tanısı aldığı belirtilmektedir (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Çocuklarda anoreksiya nervoz için önerilen tedavi, tıbbi izlem, aile temelli psikolojik müdahaleler, büyüme ve gelişme ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamaya yönelik ek diyetleri içermektedir. Tipik olarak ilaç tedavisi önerilmemekte ancak eş tanı olarak ortaya çıkan anksiyete veya duygudurum bozukluklarının yönetiminde yardımcı olabilmektedir (Bryant-waugh, 2019).

DSM-V	Tanı Kriterleri
Anoreksiya Nervoz	A. Yaşı, cinsiyeti, gelişim dönemi ve fiziksel sağlığı açısından düşük beden ağırlığında olmasına rağmen enerji alımını kısıtlama, anlamlı düzeyde düşük kilo ya da çocuk ve ergenlerde beklenen en düşük kilodan düşük kilo
	B. Beklenen altında vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da şişman olmaktan aşırı korkma ya da kilo almayı engelleyen davranışları sürekli gösterme
	C. Kişinin vücut ağırlığını algılamasında bozukluk olması, kendilik değerlendirmesinde vücut ağırlığının yersiz bir etkisi olması ya da vücut ağırlığının düşük olmasının önemini kabul etmeme
Hastalığın şiddet düzeyi; Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre belirlenmektedir.	
Hafif: BKİ ≥ 17 kg/m ²	Şiddetli: BKİ 15-16,99 kg/m ²
Orta: BKİ 16-16,99 kg/m ²	Çok Şiddetli: BKİ < 15 kg/m ²

Şekil 2. DSM-V Anoreksiya Nervoz Tanı Kriterleri

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.

Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa atak şeklinde gelen aşırı yemek yeme ve bu atakları takip eden kilo alımını durdurmaya yönelik davranışlar ile karakterize yeme bozukluğudur. Tıkanırcasına yeme epizotlarından sonra kilo almamak için laksatif, diüretik kullanma, kendini kusturma gibi davranışlar görülmektedir (Baysan Arabacı & Taş, 2020; Önal Sönmez, 2017; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Bulimia nervosa tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre doğrultusunda koyulmaktadır ve kriterler Şekil 3'de gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Bulimia nervosa, çocukluk çağında diğer yeme bozukluklarına göre daha nadiren, geç ergenlik döneminde daha sık görülmektedir (Bryant-waugh, 2019; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Birey, kilosu ve beden görüntüsü ile aşırı uğraşı halindedir. Bireyin özsaygısı, beden algısı ile orantılı olarak değişmektedir (Önal Sönmez, 2017; Yalnızoğlu Çaka et al., 2018). Kızlarda erkeklerden 10 kat fazla görülmektedir (Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019).

DSM-V	Tanı Kriterleri
Bulimia Nervosa	A. Tekrarlayan sık yeme epizotlarının olması. Bir tıkanırcasına yeme döneminde aşağıdakilerden her ikisi de ortaya çıkar. - Aynı sürede ve benzer koşullarda çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği yeme - Bu atak sırasında yeme kontrolünün kalktığı duygusunun olması (yemeyi durduramama ne yediği ve ne kadar yediğini kontrol edememe) B. Kilo almamak için, kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanma, hiç yemek yememe, aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz telafi davranışlarda bulunma C. Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz telafi davranışlarının her ikisi de üç ay süreyle ortalama en az haftada bir kez olması D. Kendilik değerlendirmesinde aşırı derecede vücut biçimi ve kilosundan etkilenme E. Bu bozukluk yalnızca anoreksiya nervosa dönemlerinde ortaya çıkmaz
Hastalığın şiddet düzeyi; uygunsuz telafi davranışlarının sıklığına göre belirlenmektedir.	
Hafif: Haftada ortalama 1-3 epizot	Şiddetli: Haftada ortalama 8-13 epizot
Orta: Haftada ortalama 4-7 epizot	Çok Şiddetli: Haftada ortalama 14 epizot ve üzeri

Şekil 3. DSM-V Bulimia Nervosa Tanı Kriterleri

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, bireyin yiyebileceğinden fazlasını yeme, durdurulamayan yeme atakları ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Bireyler bu tıkanma nöbetlerinden sonra utanç ve suçluluk hissetmektedirler (Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Tıkanırcasına yeme bozukluğu tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre koyulmaktadır ve kriterler Şekil 4’de gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Çocukluk çağı prevalansının %1-3 arasında olduğu ve görülme oranının gittikçe arttığı ilk görülme yaşının beşe kadar düştüğü belirtilmektedir (Altınsoy & Yılmaz Yavuz, 2021). Diğer yeme bozukluklarına kıyasla erkeklerde daha yaygındır (Smink et al., 2012). Çocukluk çağında, aşırı hızlı yeme, duygusal açıdan sıkıntılıken ya da bunalınca yiyecek arama, yaşına uygun olmayan kilo alımı ve tıbbi bir durumla açıklanamayan kilo dalgalanmaları belirtileri var ise dikkatli olunmalıdır (Altınsoy & Yılmaz Yavuz, 2021).

DSM-V	Tanı Kriterleri
Tıkanırcasına Yeme	A. Tekrarlayan aşırı yeme nöbetlerinin olması. Bir tıkanırcasına yeme döneminde aşağıdakilerden her ikisi de ortaya çıkar. - Aynı sürede ve benzer koşullarda çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği yeme - Bu atak sırasında yeme kontrolünün kalktığı duygusunun olması (Yemeyi durduramama ne yediği ve ne kadar yediğini kontrol edememe) B. Tıkanırcasına yeme nöbetleri aşağıdaki maddelerden en az üçü ile ilişkilidir. - Normalden çok daha hızlı yeme - Kendini rahatsız eder düzeye ulaşana kadar yeme - Fiziksel olarak kendini aç hissetmediği halde aşırı yeme - Ne kadar yediği ile ilgili utandığı için yalnız başına yeme - Yeme sonrası kendinden tiksime, çökkünlük ya da suçluluk hissetme C. Tıkanırcasına yeme stres artışına neden olur D. Tıkanırcasına yeme üç ay boyunca haftada en az bir kez görülür. E. Tıkanırcasına yeme, uygunsuz telafi davranışları görülmez ve anoreksiya nervoza ya da bulimia nervoza sırasında ortaya çıkmaz.
Hastalığın şiddet düzeyi; tıkanırcasına yeme epizotunun sıklığına göre belirlenmektedir.	
Hafif: Haftada ortalama 1-3 epizot	Şiddetli: Haftada ortalama 8-13 epizot
Orta: Haftada ortalama 4-7 epizot	Çok Şiddetli: Haftada ortalama 14 epizot ve üzeri

Şekil 4. DSM-V Tıkanırcasına Yeme Tanı Kriterleri

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.

Pika

Pika, besin olmayan ya da besleyici değeri olmayan maddelerin düzenli ve aşırı miktarda tüketilmesiyle karakterize bir yeme bozukluğudur (Alpaslan, 2020; Bryant-waugh, 2019). Pika tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre koyulmaktadır ve kriterler Şekil 5’de gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Potansiyel olarak toksik, zararlı ve sindirilemeyen maddelerin yutulması nedeniyle, zehirlenme, abdominal perforasyon gibi ciddi tıbbi sonuçlar doğurabilir (Bryant-waugh, 2019). İki yaşından önce besin değeri olmayan maddelerin yenmesi, normal gelişimin bir parçası olarak değerlendirilir (Demircan Tulacı, 2020). Pika her yaş grubunda görülse de en sık çocukluk çağında ortaya çıktığı belirtilmektedir (Kaçar & Hocaoglu, 2019). Pika, çocukluk çağında sıklıkla otizm spektrum bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve mental retardasyonla komorbidite göstermektedir (Alpaslan, 2020).

DSM-V	Tanı Kriterleri
Pika	A. En az bir ay süreyle besleyici olmayan, besin olmayan maddeleri yeme
	B. Besleyici olmayan ve besin olmayan maddeleri yeme örüntüsü, bireyin gelişimi ile uyumlu değildir
	C. Bu yeme davranışının kültürel dayanağı yoktur ya da toplumsal olarak olağan sayılacak bir uygulama değildir
	D. Başka bir ruhsal hastalık kapsamında ortaya çıkıyorsa (otizm spektrum bozukluğu, şizofreni gibi) ek bir değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır

Şekil 5. DSM-V Pika Tanı Kriterleri

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.

Ruminasyon (geri çıkarma/geviş getirme) Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu, istem dışı veya alışkanlık haline gelen gıda regürjasyonu ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Alpaslan, 2020; Kaçar & Hocaoglu, 2019). Çaba sarf etmeden yiyeceğin yutulduktan sonra ağza gelmesi, tekrar çiğneme ve yutma ya da tükürme davranışı olarak görülür. Tıbbi bir nedene bağlı kusmadan ayırt edilmelidir (Bryant-waugh, 2019). Ruminasyon bozukluğu tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre koyulmaktadır ve kriterler Şekil 6’da gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Ruminasyon

sağlıklı ergenlerde ve yetişkinlerde de görülebileceği gibi bebek ve çocuklarda, gelişim geriliği olan bireylerde daha sık görülebileceği vurgulanmaktadır (Bryant-waugh, 2019; Kaçar & Hocaoglu, 2019). İhmal ve istismara maruz kalmış çocuklarda ve normal gelişim gösteren çocuklarda da ortaya çıkabilmektedir (Bryant-waugh, 2019). Ruminasyon bozukluğu, zeka geriliği, yaygın anksiyete bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu ile komorbidite göstermektedir (Alpaslan, 2020). Sıklıkla çocuk stres ya da kaygı yaşadığında artış göstermektedir (Bryant-waugh, 2019). Kalıcı bir mide asidi kokusu, dış minesinin aşınması, dış çürümesi, gibi belirtilerin yanı sıra, malnütrisyon, dehidratasyon, hastalıklara karşı direncin azalması, gastrointestinal kanama gibi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Bryant-waugh, 2019; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019).

DSM-V	Tanı Kriterleri
Ruminasyon Bozukluğu	A. En az bir ay süreyle bireyin yediği yiyecekleri sık sık geri çıkarması. Çıkarılan yiyecekler tekrar çiğnenebilir, yutulabilir ya da tükürülebilir
	B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir gastrointestinal sistem hastalığına ya da başka bir sağlık sorununa bağlanamaz
	C. Bu yeme bozukluğu, sadece anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tikanırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkar
	D. Başka bir ruhsal hastalık kapsamında ortaya çıkıyorsa (nörogelişimsel bozukluk gibi) ek bir değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır

Şekil 6. DSM-V Ruminasyon Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.

Kısıtlı (Kaçınan) Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu bireyin beslenme durumunun besin ya da enerji gereksiniminin karşılamaması ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu tanısı DSM-V tanı kriterlerine göre koyulmaktadır ve kriterler Şekil 7’de gösterilmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Çocukluk çağında yaygın olarak görülen kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun temel belirtileri yemeden kaçınma ve kısıtlı beslenmedir ve diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi olumsuz beden algısı görülmemektedir (Ayaz & Yılmaz, 2020; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Akut dönem-

de ortaya çıkan bir kilo kaybı yerine kronik olarak düşük kiloda olma durumu vardır (Keery et al., 2019). Önemli düzeyde psikososyal işlev kaybı ortaya çıktığı için çocukluk çağında büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Ayaz & Yılmaz, 2020).

DSM-V	Tanı Kriterleri
Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	A. Aşağıdakilerden biri ya da fazlasının eşlik ettiği, enerji gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren yeme ya da beslenme bozukluğu (yiyeceklerle karşı açıkça ilgi göstermeme, yiyeceklerin duyuşsal özelliklerinden kaçınma, yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili kaygılanma - Belirgin kilo kaybı - Belirgin beslenme eksikliği - Enteral beslenmeye ya da besin takviyelerinde bağlı kalma - Ruhsal toplumsal işlevselliğin belirgin düzeyde düşmesi B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile açıklanamaz C. Yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bireyin vücut ağırlığını nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin kanıt yoktur D. Eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Başka bir bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağırdır ve klinik açıdan ek olarak ele almayı gerektirir

Şekil 7. DSM-V Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kaynak: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Köroğlu E, editor. Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.

DSM-V beslenme ve yeme bozuklukları sınıflandırmasında yer almayan ancak çocukluk çağında görülen beslenme ile ilişkili bozukluklar arasında obezite ve ortoreksiya nervoza yer almaktadır.

Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya nervoza, bireyin sağlıklı olduğuna inandığı şekilde beslenme tercihi ile karakterize bir yeme davranışıdır (Uzdil et al., 2019). Özellikle ergenlik döneminde, yeme bozukluklarıyla örtüşebilecek ve bunları gizleyebilecek diyet

uygulamaları yapar (Hornberger et al., 2021). Bu yemek tercihi, obsesyon halindedir ve birey saf ve organik besinleri bulabilmek için çok çaba sarf etmektedir. Ortoreksik bireylerin obsesyonları, yemeğin miktarı yerine içeriği ve kalitesi ile ilişkilidir (Hornberger et al., 2021; Şengül & Hocaoglu, 2019). Ortoreksiya nervozada bireyler sağlıksız olduğuna ya da doğal olmadığına inandıkları için çeşitli gıdaları tamamen diyetlerinden çıkarırlar ve kilo kaybı ve beslenme yetersizliği yaşayabilmektedir (Bağcı Bosi et al., 2007; Donini et al., 2004; Hornberger et al., 2021). Ortoreksiyanın fiziksel sağlığını yanı sıra, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Şengül & Hocaoglu, 2019).

Obezite

Obezite vücutta depolanan yağ miktarının fazla olmasıyla ortaya çıkan enerji metabolizması bozukluğudur (Erkuran & Karadeniz, 2019). Çocukluk çağında obezite prevalansı dünya çapında artmış ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Giuseppe et al., 2019; Yıldız et al., 2015). Gelişen teknolojiyle birlikte, çocukların fiziksel aktivite sürelerinin azalması, beslenme alışkanlıklarının ve besin tercihlerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Deleş, 2019). Çocukluk çağında başlayan obezite yetişkinlikte de devam etmektedir. Obezite; diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık gibi pek çok hastalığa neden olmakla beraber, bireylerin öz saygısını azaltmakta ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Erkuran & Karadeniz, 2019; Yıldız et al., 2015; Yılmazbaş et al., 2018). UNICEF 2019 raporuna göre, 41 ülkede 5-19 yaş çocuklarda her beş çocuktan dördü ya da daha fazlası aşırı kilolu olduğu ve bu oranın Türkiye’de %29,55 olduğu belirtilmiştir (UNICEF, 2019). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, beş yaş altı çocukların %8’inin fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, n.d.). Çocukluk çağında görülen obezite yeme bozukluklarının gelişme riskini artırır ve pek çok psikopatoloji için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Giuseppe et al., 2019; Taşdemir, 2016). Çocukluk çağında obezite tedavisinde, beslenme yönetimi, davranışsal psikoterapi yoluyla yaşam tarzı değişikliği oluşturarak kilo verme, psikiyatrik komorbidite tedavisi gibi yaklaşımlar benimsenmektedir (Stabouli et al., 2021). Çocukluk çağında görülen obeziteye yönelik hemşirelik yaklaşımında, sağlığı geliştirme, fiziksel aktiviteyi artırma, boy-kilo takibi, çocuğun beslenme durumunu etkileyen ailenin tutumunu belirleme ve aile ile işbirliği yapmak ve gereksinimlere duyarlı olmak önemli yer tutmaktadır (Yıldız et al., 2015).

Çocukluk Çağı Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Beslenme ve yeme bozukluklarında erken tanı ve erken müdahale çok önemlidir. Yeme bozukluğu olan bireylerin üçte birinin tanı ve tedavi aldığı belirtilmektedir (Günaydın & Koç, 2021). Literatüre göre beslenme ve yeme bozukluğu olan hastaların yardım istememesi, belirtilerin gizlenmesi, yeme bozukluklarının hafife alınması, çocuk rutin muayenesinde tespit edilip yönlendirilmesinde gözden kaçan vakalar olması nedeniyle erken tanı ve tedavi gecikmeler yaşanabilmektedir (Eeden et al., 2021).

Yeme bozukluklarının tedavisinde amaç hastanın beslenme durumunun normale dönmesidir (Günaydın & Koç, 2021; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Tedavi sürecinde davranışsal müdahaleleri içeren ve bakım verenlerin ya da ailenin tedavi sürecine aktif katılımın sağlandığı davranış değişikliği tedavisi, bireysel terapi ve aile terapisinin hastalığın takip sürecinde etkili olduğu belirtilmektedir (Herpertz-Dahlmann, 2017; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Yeme bozukluğu olan çocukta, yaşa ve cinsiyete göre beklenen vücut ağırlığının %75 altında olması, dehidratasyon, hipokalemi, hiponatremi, hipopotasemi gibi elektrolit dengesizlikleri, ciddi bradikardi, hipotermi, kan basıncında düşme, büyüme ve gelişmede gecikme, ayaktan tedaviye yanıt alınamama, yemeyi reddetme, başa çıkılamayan kusma, malnütrisyonu bağlı tıbbi tedavi gereksinimi, ciddi depresyon var ise, hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir (Gonzales et al., 2007; Güleç Öyeçkin & Şahin, 2011). Çocukluk çağı beslenme ve yeme bozukluklarının tedavi sürecinde, psikiyatrist, çocuk doktoru, aile terapisti, diyetisyen ve hemşireden oluşan multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Hasta ile terapötik ittifak kurulmalıdır (Heruc et al., 2020; Mairs & Nicholls, 2016).

Yeme bozukluklarının neden olduğu ölüm riski nedeniyle erken tanınması ve müdahalesi hayat kurtarıcıdır (Güleç Öyeçkin & Şahin, 2011). Çocuklarda beslenme bozukluğunun anlaşılabilmesi büyüme gelişmeye yönelik antropometrik ölçümler yapılması gerekmektedir. Bu ölçümlerin arasında vücut ağırlığı, boy uzaması, beden kitle indeksi, üst orta kol çevresi ve deri altı yağ dokusu kalınlığı gibi ölçümler yer almaktadır. Ayrıca çocuğun beslenmesinin değerlendirilmesinde; boy/ tartı oranı, göğüs çevresi/baş çevresi oranı gibi indeksler, persantil eğrilerinin takibi ve laboratuvar testleri de yer almaktadır (Bal Yılmaz ve Bolışık, 2018). Hemşirelerin, yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin erken tanınması, takip, tedavi ve rehabilitasyonunda önemli rolleri

vardır (Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019). Çocukluk çağında yeme bozukluklarının gelişimini önlemeye yönelik, sağlıklı yeme davranışı geliştirmek ve sağlıklı kilo kontrolü amaçlı okul tabanlı önleme programları mevcuttur (Yalınzoğlu Çaka et al., 2018). Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu izleminin doğumdan ergenlik döneminin sonuna kadar sürdürülmesi ve değerlendirilmesine yönelik politikalar gereklidir. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırabilmek için aileler ve öğretmenlere yönelik, eğitimler verilmesi önemlidir (Deleş, 2019). Ek olarak ebeveynlerin, sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirilmesinde çocuklara rol model oldukları unutulmamalıdır (Giuseppe et al., 2019).

Yeme bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergene yönelik hemşirelik yaklaşımında öncelikle tedaviye uyum için terapötik iletişim kurulmalı, güven, empati, saygı ve kabul görme değerleri benimsenmelidir (Günaydın & Koç, 2021). Hemşireler, yeme bozukluğu olan hasta ile olan etkileşimi geliştirmek ve hastayı terapötik ilişkiye teşvik etmek için birlikte sanat etkinliği ve yemek yapma gibi etkinlikler planlanması önerilmektedir. Terapötik ilişki kurulduğunda hastalar güven konusunda daha rahat olacak ve verilen bakımın kalitesi artacaktır (Seah et al., 2018). Yeme bozukluklarının oluşumunda, hangi faktörlerin önemli rol oynadığını belirlemek, sürecin yönetimi açısından önemlidir (Günaydın & Koç, 2021; Siyez, 2006). Hemşire, yeme bozukluğu olan çocuk ve ailesiyle görüşmeler yaparak, hastanın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik tanımlarını belirler, girişimlerini planlar ve uygular (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Çocukluk çağında görülen beslenme ve yeme bozukluklarında olası hemşirelik tanımları Şekil 8'de verilmiştir (Tunç, 2007; Özasan, 2020; Günaydın & Koç, 2021; Deleş, 2019; Yılmazbaş, Gökçay & Çağı, 2018).

Yeme bozukluklarında görülen kusma, diüretik, laksatif kullanma gibi nedenlerle ortaya çıkan elektrolit dengesizliklerine ilişkin semptomları hemşire yakından takip etmelidir. Sıvı elektrolit dengesizliği, düşünce sürecini ve bilişsel yetileri olumsuz etkileyebilmektedir. Kusma ve aşırı kilo kaybına bağlı oluşabilecek sıvı volüm eksikliğine yönelik aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Kaybedilen kilonun yerine konması için hasta ve ailesi ile iş birliği yapılmalıdır. Yeme bozukluğu olan çocuk, tedavi ve bakım sürecinde kendisinin şişmanlatılmak istendiği düşüncesiyle bakıma katılmak istemeyebilir. Yemeklerden sonra kusma eğilimi olabileceği için, yeme davranışları gözlenmeli, ana ve ara öğünlerinde birlikte olunmalı, yemekten sonraki bir iki saatte hasta gözlenmelidir. Çocuğa yeme davranışları ile ilgili olumlu geri bildirimler verilerek pekiştirilmelidir. Günde birden fazla tartılmasına izin verilmemeli, tartılma es-

nasında manipülatif davranışların ortaya çıkmaması için gözlem yapılmalıdır. Kilo kontrolü için günlük egzersiz programı yapılabilir. Beden ağırlığı ve beden imajı ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine yardımcı olunmalıdır. Beden imajındaki bozulmanın altında yatan stresör belirlenmeli ve bu stresörle baş etmesi konusunda desteklenmelidir. Yaşadığı kaygı, korku gibi duyguları paylaşması için cesaretlendirilmeli, mevcut baş etme stratejileri değerlendirilmelidir. Anksiyete düzeyini azaltmak için yaşa uygun gevşeme teknikleri, nefes egzersizlerinin öğretilmesi gibi teknikler kullanılmalıdır. Çocuğun kişisel güçleri, ilgileri ve amaçlarını tanımlamasına yardımcı olunmalı ve özgüveni artırılmaya çalışılmalıdır. Çocuk, başkalarıyla sosyal etkileşim kurma konusunda desteklenmelidir. Çocuğun ailesi tedavi ve bakım sürecine katılmalı, bilgi eksiklikleri giderilmelidir (Baysan Arabacı & Taş, 2020; Erdemir & Ergün, 2021; Gördeles Beşer, 2016; Günaydın & Koç, 2021; Özyazıcıoğlu & Aydın, 2019; Serin & Şanlıer, 2018).

Anksiyete	Beden imgesinde rahatsızlık	Benlik saygısında rahatsızlık	Beslenmede dengesizlik: gereksinimden az
Bilgi eksikliği	Büyüme ve gelişmede gecikme	Düşünce sürecinde değişim	Elektrolit dengesizliği riski
Etkisiz baş etme	Etkisiz inkar	Fazla kilolu olma riski	İntihar riski
Konforda bozulma	Obezite	Rol performansında etkisizlik	Sağlığı yönetmede etkisizlik
Sıvı-volüm eksikliği/riski	Sosyal etkileşimde bozulma	Ümitsizlik	

Şekil 8. Çocukluk Çağında Görülen Beslenme ve Yeme Bozukluklarında Olası Hemşirelik Tanıları

Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Beslenme ve yeme bozukluklarının rehabilitasyon sürecinde, aile ve çevrenin desteği ile beslenme alışkanlıklarını değiştiren bütüncül bakımı sürdürmek gerekmektedir (Baysan Arabacı & Taş, 2020). Ebeveynlerin çocukların yeme davranışı üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak, beslenme düzeni, besleyici yiyeceklerin sağlanması, fiziksel aktivitenin güçlendirilmesi, hareketli yaşam tarzı sağlanması konusunda ailenin sürece katılımı etkili bir yöntemdir (Giuseppe et al., 2019). Hemşire bireyin öz bakımını iyileştirerek, yaşam kalitesini arttırmayı öğretmelidir. Çocuğun yaşadığı güçlüklerle başa çıkma becerileri konusunda desteklemeli ve gelişimini gözlemlemelidir (Günaydın & Koç, 2021). Remisyonun kalıcı olarak sürdürülmesi için önleyici tedbirler alınmalı, psikoeğitimler aracılığı ile nüksler önlenmeye çalışılmalıdır (Baysan Arabacı & Taş, 2020; Herpertz-Dahlmann, 2017).

SONUÇ

Yeme bozuklukları kronik ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır. Çocukluk çağında ortaya çıkan yeme bozukluğu bireyin ileriki yaşamını da biyo-psyko-sosyal açıdan olumsuz etkileyecektir. Her geçen gün çocukluk çağı beslenme ve yeme bozukluklarında artış olduğu düşünüldüğünde, önleyici girişimlerin planlanması ve erken tanılamanın gerekliliğini önem kazanmaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin, koruyucu çocuk ruh sağlığı uygulamalarında yeme bozukluklarına yer vermesinin, riskli bireylerin belirlenmesi ve müdahale edilmesi önemlidir. Okul sağlığı hizmetlerinde yeme bozukluklarına yönelik taramaların yapılması ve okul ve aile iş birliklerinin sağlanması önemlidir. Yeme bozukluklarının önlenmesi için, çocukluk çağında yaşa uygun yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik eğitimler verilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Alfoukha, M., Hamdan-Mansour, A. M., & Banihani, M. A. (2017). Social and Psychological Factors Related to Risk of Eating Disorders Among High School Girls. *The Journal of School Nursing*, 35(3), 169–177. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1059840517737140>
- Alpaslan, A. H. (2020). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Komorbidite. *Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları Türkiye Klinikleri*, 54–58.
- Altınsoy, C., & Yılmaz Yavuz, A. (2021). Çocuklardaki Gizli Tehlike : Tikanırcasına Yeme Bozukluğu. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 433–448.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Tam Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (E. Köroğlu (ed.)). Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- Ayaz, M., & Yılmaz, M. (2020). Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu. *Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları Türkiye Klinikleri*, 40–46.
- Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D., & Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite*, 49, 661–666.
- Bal Yılmaz, H., & Bolışık, B. (2018). Çocuklarda Beslenme. In Z. Conk, Z. Başbakal, H. B. Yılmaz, & B. Bolışık (Eds.), *Pediatric Hemşireliği* (pp. 233–270). Akademisyen Kitabevi.
- Baysan Arabacı, L., & Taş, G. (2020). Beslenme ve Yeme Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı. In L. Baysan Arabacı (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı* (pp. 377–390). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bryant-waugh, R. (2019). Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 157–167. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005>
- Deleş, B. (2019). Çocukluk Çağı Obezitesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 17–31. <https://doi.org/10.21020/husbfd.483107>
- Demircan Tulacı, Ö. (2020). Bebeklik ve Erken Çocukluk Çağında Beslenme ve Yeme Bozuklukları. In *Çocukluktan Yetişkinliğe Yeme Bozuklukları ve Terapileri* (pp. 67–83).
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa : A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(June), 151–157.
- Eeden, A. E. Van, Hoeken, D. Van, & Hoek, H. W. (2021). Incidence , prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 34(6), 516–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Erdemir, F., & Ergün, G. (2021). *Hemşirelik tanıları el kitabı*. Nobel Medical Bookstore.
- Erkuran, H., & Karadeniz, H. (2019). Çocukluk Çağında Obezite. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 12–19.
- Giuseppe, R. De, Napoli, I. Di, Porri, D., & Cena, H. (2019). Pediatric Obesity and Eating Disorders Symptoms : The Role of the Multidisciplinary Treatment . A Systematic Review. *Frontiers in Pediatrics*, 7(April), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00123>
- Gonzales, A., Kohn, M. R., & Clarke, S. D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36(8), 614–619.
- Gördeles Beşer, N. (2016). Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. In *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği* (pp. 663–694). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Güleç Öyeçkin, D., & Şahin, E. M. (2011). Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1), 29–35.
- Günaydın, N., & Koç, M. (2021). Beslenme-Yeme Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı. In *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 245–257). Nobel Tıp Kitabevleri.

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (n.d.). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2017). Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 438–445. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000357>
- Heruc, G., Hurst, K., Casey, A., Fleming, K., Freeman, J., Fursland, A., Hart, S., Jeffrey, S., Knight, R., Robertson, M., Roberts, M., & Shelton, B. (2020). ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *Journal of Eating Disorders*, 1–9.
- Hornberger, L. L., Lane, M. A., & On, C. (2021). Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 147(1), 1–23. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040279>
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M. De, Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders : Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin Journal*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Kaçar, M., & Hocaoglu, Ç. (2019). Pika, Geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 347–354. <https://doi.org/10.5505/kpd.2019.50570>
- Keery, H., Lemay-russell, S., Barnes, T. L., Eckhardt, S., Peterson, C. B., Lesser, J., Gorrrell, S., & Grange, D. Le. (2019). Attributes of children and adolescents with avoidant / restrictive food intake disorder. *Journal of Eating Disorders*, 7(31), 1–9.
- Kurt, E., & Örün, E. (2016). Yeme Bozukluğu Olan Çocuğa Yaklaşım. *The Journal of Current Pediatrics*, 14, 129–135. <https://doi.org/10.4274/jcp.82474>
- Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 1168–1175. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309481>
- Önal Sönmez, A. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301–316. <https://doi.org/10.18863/pgy.288643>
- Özaslan, A. (2020). Ergenlerde Yeme Bozukluğu ve Obezite. In H. Kara & D. Türkoğlu (Eds.), *Çocukluktan Yetişkinliğe Yeme Bozuklukları ve Terapileri* (pp. 99–109). Akademisyen Kitabevleri.
- Özyazıcıoğlu, N., & Aydın, A. İ. (2019). Adölesanda Yme Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Adölesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımları Türkiye Klinikleri*, 31–37.
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., & Yobas, P. (2018). Archives of Psychiatric Nursing Nurses ' perception of knowledge , attitudes and reported practice towards patients with eating disorders : A concurrent mixed-methods study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 133–151. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.011>
- Şengül, R., & Hocaoglu, Ç. (2019). Ortoreksiya Nervoza nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101–104.

- Serin, Y., & Şanlıer, N. (2018). Derleme Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 135–146. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.23600>
- Siyez, D. (2006). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Ergenler Etiyolojisi İle İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme Ve Tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 21–27.
- Smink, F. R. E., Hoeken, D. Van, & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders : Incidence , Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskiene, A., & Lurbe, E. (2021). Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents : The Bidirectional Link. *Nutrients*, 13(4321), 1–12.
- Taşdemir, G. (2016). Yeme Bozuklukları. In C. T. Özcan & N. Gürhan (Eds.), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları* (pp. 584–607).
- Törüner, E., & Büyükgönenç, L. (2017). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tunç, P. (2020). Bebek ve Çocuklarda Beslenme/Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri*, 18–25.
- UNICEF, T. S. of T. W. C. (2019). *Children, Food And Nutrition*. <https://www.unicef.org/media/60806/file/SOWC-2019.pdf>
- Uzdil, Z., Kayacan, A. G., Özyıldırım, C., Kaya, S., Kılınç, G. E., Asal Ulus, C., & Sökülmez Kaya, P. (2019). Adölesanlarda Ortoreksiya Nervoza Varlığı ve Yeme Tutumunun İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 8–13.
- Yalnızoğlu Çaka, S., Çınar, N., & Sevin, A. (2018). Adölesanlarda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 7(1), 203–209.
- Yıldız, D., Fidancı, B., & Suluhan, D. (2015). Çocukluk dönemi obezitesi ve önleme yaklaşımları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(4), 338–345. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1418368929>
- Yılmazbaş, P., Gökçay, G., & Çağı, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Obezitesi ve Önlenmesi. *Çocuk Dergisi*, 18(3), 103–112. <https://doi.org/10.5222/j.child.2018.59389>