

T.C.

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**İŞTAHSIZLIĞI OLAN 2- 10 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN
İNCELENMESİ VE SAĞLIKLI
BESLENME EĞİTİMİNİN
VERİLEREK EĞİTİM SONRASI
SONUÇLARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. HAFİZE SELMA ÇETİN

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. EMİNE ESİN YALINBAŞ

KÜTAHYA-2018

T.C.

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**İŞTAHSIZLIĞI OLAN 2- 10 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARIN VE AİLELERİNİN
İNCELENMESİ VE SAĞLIKLI
BESLENME EĞİTİMİNİN
VERİLEREK EĞİTİM SONRASI
SONUÇLARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. HAFİZE SELMA ÇETİN

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. EMİNE ESİN YALINBAŞ

KÜTAHYA-2018

TEŞEKKÜR

Asistanlığımı tamamlama sürecinde bilgilerinden faydalandığım, bana her zaman destek olan, cesaretlendiren ve klinik özveri ve deneyimleriyle örnek aldığım Sayın Yrd. Doç. Dr. E. Esin YALINBAŞ'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Saime ERGEN DİBEKLİOĞLU'na ve Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinin değerli hocalarına, uzmanlık eğitiminin temellerini atmama ve bilgiye ulaşmayı, bilgiyi değerlendirmeyi öğrenmeme yardımcı olan Katip Çelebi ve Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde görev yapan değerli hocalarıma ve uzmanlarıma teşekkür ederim.

Tezimin yazım aşamasında ve tamamlanmasında yol gösteren ve bilgileri ile katkıda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. E. Esin YALINBAŞ'a, Sayın Uzm. Dr. Rahmi ÖZDEMİR'e ve yardımlarından dolayı Sayın Dyt. Merve ÇANKAYA'ya ayrıca teşekkür ederim.

İhtisasım süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma ve her zaman dualarıyla ve destekleriyle yanımda olan sevgili aileme ve çok değerli eşime teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

İştahsızlığı Olan 2- 10 Yaş Arası Çocukların Ve Ailelerinin İncelenmesi Ve Sağlıklı Beslenme Eğitiminin Verilerek Eğitim Sonrası Sonuçların Değerlendirilmesi

İştahsızlık çocukluk çağında sık karşılaşılan bir problem olup, bu nedenle çocuk hekimlerine başvuru da sıktır. Organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta ailelere beslenme ve davranış önerileri verilerek çocuğun büyüme ve gelişiminin izlenmesi esastır. Bu araştırmada ailelere verilen beslenme önerilerinin çocuğun iştahsızlığını düzeltmede yarar sağladığının gösterilmesi hedeflenmiş olup, bu sayede çocukların sağlıklı beslenmesinin gerçekleştirilmesi ve de ailelerin iştahsızlık konusundaki kaygılarının giderilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Ağustos - Kasım 2017 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı DPÜ Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerine iştahsızlık şikayeti ile başvuran 2-10 yaş arası organik hastalık tanısı ve bulgusu olmayan 96 çocuk alındı. Çocukların gelişlerinde boy, kilo, vücut kitle indeksi ölçülerek, anket yoluyla beslenme özellikleri sorgulandı. Ailelerden çocukların üç günlük yemek listeleri alınarak çalışma başındaki boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), enerji ve protein alımları iki aylık davranış değişikliği sonrasındaki değerleriyle karşılaştırıldı. Ailelerin %84,3'ünün beslenme kurallarını uygulayabildiği ve bu ailelerden %79'unun kurallardan fayda gördüğü öğrenildi. Çocukların çalışma başındaki değerlerine göre çalışma sonunda alınan boy, kilo, VKİ, kalori değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı artış tespit edildi. Protein değerlerinde anlamlı artış saptanmadı. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde özellikle 8 yaş altındaki çocuklarda beslenme kurallarının uygulanabilir ve faydalı olduğu saptandı. Çalışma başında hesaplanan çocukların aldığı kalori değerlerinin almaları gereken miktardan ortalama %25 düşük olduğu ve bunun annenin bildirdiği iştah durumuyla uyumlu olduğu tespit edildi. Sonuç olarak organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta, davranış değişikliği uygulamasının özellikle 8 yaş altındaki çocuklarda faydalı olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: İştahsızlık, beslenme sorunları, beslenme kuralları, enerji alımı

ABSTRACT

Examination Of Children And Families Aged Between 2 And 10 Years With Poor Appetite And Evaluation Of Post-Training Results By Giving Healthy Nutrition Education

Poor appetite is a common problem in childhood and it is also common for pediatricians to apply. It is essential to monitor the growth and development of the child by giving nutrition and behavior advice to the parents in a poor appetite without organic disease. In this study, it was aimed to show that the nutritional advices given to the family helped the child to improve his appetite and it was aimed to provide the healthy nutrition of the children and to eliminate the anxieties of families. Ninety six children between 2-10 years old who has a poor appetite due to non-organic disease admitted pediatrics polyclinic of T.C Ministry of Health DPU Kütahya Evliya Çelebi Training and Research Hospital were enrolled in the study. Children's height, weight, body mass index (BMI) were measured at the arrival of the children and their feeding characteristics were questioned through questionnaires. Children's three-day dietary records were taken from the parents and the height, weight, BMI energy and protein intake were compared with those after two months behavior modification. It was learned that 84,3% of the families can apply the nutrition advices and 79% of these families benefit from the advices. A statistically significant increase in height, weight, BMI and calorie values at the end of the study was detected according to the values of the children at the beginning of the study. Protein values were not significantly increased. When evaluated according to age groups, it was determined that nutritional advices are applicable and useful especially in children under 8 years of age. It was found that the average caloric value of the children taken at the beginning of the study calculated was lower 25% than the amount required according to the age and that is compatible with the maternal reported appetite. As a result, in the case of loss of appetite due to non-organic disease behavior modification has been found to be beneficial, especially in children under 8 years of age.

Key words: Poor appetite, feeding problems, feeding principles, energy intake

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	vii
ŞEKİL DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beslenme.....	3
2.2. Yaşlara Göre Sağlıklı Beslenme.....	3
2.2.1. 0- 1 Yaş Arası Bebeğin Beslenmesi.....	3
2.2.2. 1- 2 Yaş Arası Beslenme.....	4
2.2.3. Oyun Çocuğu Beslenmesi.....	4
2.2.3. Okul Çocuğu Beslenmesi.....	5
2.2.4. Adölesan Beslenmesi.....	7
2.3. Beslenmenin Değerlendirilmesi.....	9
2.4. İştah ve İştahın Düzenlenmesi.....	14
2.5. Çocukluk Çağında İştahsızlık.....	19
2.6. İştahı Etkileyen Faktörler.....	19
2.6.1. Çocukla İlgili Faktörler.....	19
2.6.2. Aile İle İlgili Faktörler.....	20
2.6.3. Çevre İle İlgili Faktörler.....	22

2.7. İştahsız Çocuğa Yaklaşım.....	22
2.7.1. İştahsızlığın Sınıflandırılması.....	25
2.7.1.1. İştahın Az Olması.....	26
2.7.1.1.1.Ailesi Tarafından İştahsız Olarak Algılanan Normal Çocuk.....	26
2.7.1.1.2.Yemekle İlgilenmeyen Hareketli Çocuk.....	26
2.7.1.1.3.Yemeye Çok Az İlgi Gösteren Depresif Çocuk.....	26
2.7.1.1.4. Organik Hastalığa Bağlı İştahsız Çocuk.....	27
2.7.1.2. İleri Derecede Yemek Seçilmesi.....	27
2.7.1.3. Ağlamanın Beslenmeye Engel Olması.....	28
2.7.1.4. Beslenme Korkusu.....	28
2.7.2. İştahsız Çocuklar için Beslenme Önerileri.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Çalışma Grubu.....	31
3.2. Veri Toplama Yöntemi.....	32
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. KAYNAKLAR.....	66

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

CDC : Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi

FAO : Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü

UNU: Birleşmiş Milletler Üniversitesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

VKİ: Vücut kitle indeksi

GİS: Gastro intestinal sistem

SSS: Santral sinir sistemi

TNF- α : Tümör nekroz faktör alfa

POMC: Proopiomelanokortin

NPY: Nöropeptid Y

CART: Kokain ve amfetamin related transcript

α -MSH: α -Melanosit uyarıcı hormon

AGRP: Agouti-related protein

CCK: Kolesistokinin

MCR-3: Melanokortin reseptörü-3

MCR-4: Melanokortin reseptörü-4

MCH: Melanosit konsantre edici hormon

CRF: Kortikotropin salıcı faktör

GLP : Glukagon benzeri peptid

2-AG: 2 Arachidonayl Glycerol

CB-1: Kannabinoid reseptör tip-1

AST: Aspartat aminotransferaz

ALT: Alanin aminotransferaz

SPSS: Scientific Package for Social Sciences

AGA: Appropriate For Gestational Age- Gestasyon Haftasına Göre Normal Doğum Ağırlığı

SGA: Small For Gestational Age- Gestasyon Haftasına Göre Düşük Doğum Ağırlığı

LGA: Large For Gestational Age- Gestasyon Haftasına Göre Yüksek Doğum Ağırlığı

TABLolar DİZİNİ**Sayfa No**

Tablo 1. DSÖ/FAO/UNU önerilerine göre çocuklarda enerji gereksinimleri.....	7
Tablo 2. DSÖ/FAO/UNU önerilerine göre oyun ve okul çocuklarının protein gereksinimler.....	8
Tablo 3. DSÖ/FAO/UNU önerilerine göre adölesanlarda protein gereksinimleri.....	8
Tablo 4. Yaşlara göre yıllık büyüme hızları.....	10
Tablo 5. Gruplara göre kız ve erkek dağılımları.....	34
Tablo 6. Çocukların yaşlara göre vücut ağırlığı persentilleri dağılımı.....	35
Tablo 7. Çocukların yaşlara göre boy persentillerinin dağılımı.....	36
Tablo 8. Çocukların yaşlara göre vücut kitle indeksi persentilleri dağılımı.....	36
Tablo 9. Doğum haftalarına göre hasta dağılımları.....	37
Tablo 10. Doğum ağırlıklarına göre hastaların gruplandırılması.....	37
Tablo 11: Doğum şekillerine göre hastaların dağılımı.....	38
Tablo 12. Yaş gruplarına göre severek yenilen besinler	40
Tablo 13. Hastaların yemek istemedikleri besinlerin yaş gruplarına göre dağılımı.....	41
Tablo 14. Yaş gruplarına göre abur cubur tüketme oranları.....	41
Tablo 15. Yaş gruplarına göre süt tüketme oranları.....	42
Tablo 16. Yaş gruplarına göre kardeş sayıları ve kardeşlerde iştahsızlık şikayeti.....	43
Tablo 17. Yaş gruplarına göre ailede yemek seçen birey varlığı ve aile yapısı.....	44

Tablo 18. Yemek yenilen ortamda televizyon varlığı ve ceza uygulanıp uygulanmadığı.....	45
Tablo 19. Ailelerin gelir düzeyinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	45
Tablo 20. Yaş gruplarına göre anne eğitim düzeyleri ve çalışma durumları.....	46
Tablo 21. Çalışma öncesi ve sonrası kilo, boy, VKİ, kalori, protein sonuçlarının karşılaştırılmalı incelenmesi.....	49
Tablo 22. Ailelerin birinci ve ikinci sıklıkta fayda gördüklerini belirttikleri kurallar.....	50
Tablo 23. Ailelerin birinci ve ikinci sıklıkta uygulamakta zorlandıkları kuralların yaş gruplarına göre dağılımı.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ**Sayfa No**

Şekil 1. 2-20 yaş arası kızlarda VKİ persentilleri.....	12
Şekil 2. 2-20 yaş arası erkeklerde VKİ persentilleri.....	13
Şekil 3. Hipotalamusa vücudun çeşitli bölgelerinden iletilen sinyaller.....	15
Şekil 4. Enerji dengesinin kontrolü.....	17

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme, büyüme ve yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması için makro ve mikro besin öğelerinin vücuda alınması ve kullanılmasıdır. Diğer bir tanımla beslenme, besinlerin alınması sindirimi, emilimi, dokulara taşınması ve hücreler tarafından yararlanılmasının hepsidir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre de beslenme, vücudun besin ihtiyacını karşılamak için gıdaların tüketilmesidir (2).

Büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu dönem olan çocukluk döneminde beslenmenin diğer dönemlere göre ayrı ve daha kapsamlı bir önemi olup; bu dönemde görülen beslenme yetersizliklerinin ve hatalarının hastalıklara daha kolay yol açtığı, büyüme ve gelişme üzerine yapabileceği olumsuz etkilerinin ömür boyu görülebileceğinin bilinmesi gerekmektedir. Çocuklar kalıtsal potansiyellerine ancak yeterli ve dengeli beslenme ile erişebilirler. Çocukların besin öğelerine olan gereksinimleri erişkinlerden farklıdır. Besinin yeterli olduğu, çocuğun yaşına uygun büyüme ve gelişme göstermesi ile değerlendirilir. Çocuklarda bireysel farklılıkların yanı sıra yaş, cins, büyüme hızı, aktivite durumu çocuk için gerekli olan enerji ve besin miktarını belirler (3). Sağlıklı çocukların normal beslenme ihtiyaçlarının giderilmesi ve eğitimi, pediatrik sağlık planının bir parçası olmalıdır. Beslenmenin boy, kilo, vücut kitle indeksi gibi ölçümlerle, klinik muayene, diyet öyküsü ve endikasyonu halinde biyokimyasal verileri içeren dikkatli bir değerlendirmesi, yeterli büyüme ve iyi bir sağlık güvencesi için gereklidir (4).

İştah yemeklere karşı duyulan bilinçli istek olarak tanımlanmakta olup iştahsızlık ise bireyin açlık hissini algılayamamasıdır (5). Çocuklarda görülen iştahsızlık genel kapsamlı bir çok durumu ifade edebilmekte olup basitçe ikiye ayırmak gerekirse organik bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi organik bir hastalığa bağlı olmadan seçici yeme davranışı, az yemek yeme, zor beğenme gibi durumları da belirtmektedir.

İştahsızlık nedeniyle doktora başvuran normal çocukların oranı %20–35 arasında değişmekte olup gelişme geriliği olan çocuklarda ise %33–90 olarak bildirilmiştir (5). Yeme sorunu olan olguların %16–30'unda etiolojide organik nedenlerin rol oynadığı bildirilmiştir (6). Yeme bozukluklarının tamamen organik veya

psikolojik süreçlere dayandırılması, çoğu olguda davranışsal sorunların göz ardı edilmesine neden olabileceği gibi tam tersi tüm yeme problemlerinin davranışsal temelli olarak görülmesi, organik nedenlerin atlanmasına neden olabilmektedir. Başarılı tedavi sonuçlarının elde edilebilmesi için organik nedenlerin ve davranışsal sorunların birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (7).

Sağlıklı ocuklarda yapılan çalışmalarda ebeveynlerin %20-60'ının çocuklarının yeteri kadar iyi beslenemediğini düşündükleri belirtilmiştir (8, 9). ocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine iştahsızlık Şikayeti ile başvuran ebeveyn sayısı gerçekten de yadsınamayacak kadar fazla olup, bu hastalarda ilk önce süt çocukluğu dönemi ile birlikte ailenin yapısını, çocuğun beslenme Şeklini de içeren ayrıntılı bir öykü alınması, ardından fizik muayene yapılarak tetkiklerle de desteklenerek öncelikle altta yatan bir organik ya da ruhsal hastalığın dışlanması uygundur. Yapılan ayrıntılı değerlendirme sonucunda tetkiklerinde, öyküsünde, muayenesinde patoloji bulunmayan hastalara davranışsal tedavi uygulanabileceği bildirilmiştir (10-14).

İlk bir yaş içinde annenin bildirdiği iştahın çocuğun kalori ve kilo alımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Okul ağındaki Koreli ocuklarda yapılan bir çalışmada da ailenin bildirdiği iştah durumu ile kalori alımı ve ağırlık değişiminin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle ailenin özellikle annenin çocuğun iştah durumu hakkındaki saptamalarına güvenmek ve buna göre beslenme durumunun düzenlenmesi uygun görünmektedir (15).

Çalışmamızın amacı, iştahsızlık Şikayeti ile polikliniğe başvuran ve iştahsızlığı organik hastalığa bağlı olmayan 2–10 yaş arası çocukların ve ailelerinin sağlık ve yaşam özellikleri açısından ayrıntılı bir Şekilde incelenmesi ve bu çocukların kalori alımlarının yaşlarına göre yeterli düzeyde olup olmadığının belirlenmesi ve ailelerine beslenme kuralları öğretilerek, kuralların iştahsızlığı düzeltmede ne derece faydalı olduğunu ve kuralların yaşlara göre uygulanabilirlik düzeyini saptamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Beslenme

Yaşamın her evresinde sağlığın temelini oluşturan beslenme; büyüme, gelişme ve sağlıklı yaşamak için gerekli enerji ve besin öğelerini sağlayacak besinleri almak ve vücutta kullanmaktır. Beslenme tüm canlıların yaşamını sürdürebilmesi için vazgeçilmez bir ihtiyaçtır (16).

2.2.Yaşlara Göre Sağlıklı Beslenme

Her yaşta sağlıklı yaşamın devamı, hastalıklara karşı dirençte artış ve vücut fonksiyonlarının üst düzeyde devamı için sağlıklı beslenmenin önemi büyüktür. Bebeklik döneminde yeterli ve dengeli beslenme sağlık, büyüme ve gelişme için şarttır. Kötü beslenme hastalık riskini arttırır ve beş yaş altı ölümlerin 1/3'ünden sorumludur (17, 18). Kötü beslenme, çok önemli bir sağlık sorunu olan demir eksikliği anemisinin ortaya çıkışında da önemli bir rol üstlenmektedir. Erken dönemdeki besin eksiklikleri uzun dönemdeki sağlıklı yaşamla ilişkilidir. İlk iki yaştaki malnütrisyon boy kısalığına neden olarak, bu çocukların hedef boy potansiyellerine göre geride kalmalarına sebep olur (19). Bu sebeplerden dolayı çocukların yaşlarına uygun ve yeterli miktarda beslenmeleri çocuk sağlığının korunması ve devamlılığı açısından çocuk sağlığı ile uğraşan hekimlerin en önemli hedeflerinden biridir.

2.2.1. 0 – 1 Yaş Arası Bebeğin Beslenmesi

Yenidoğan bebeğin beslenmesi ilk 6 ay sadece anne sütü ile olmalı, eğer yetersizlik durumu varsa adapte mamalar ile desteklenmelidir (12). DSÖ sağlıklı term bebeklerde, sağlıklı bir anneden, doğumdan altı aya kadar anne sütü ile beslenmeyi sağlık için standart olarak kabul etmektedir. Anne sütü iki yaşına kadar desteklenmelidir ancak, altıncı aydan sonra çeşitli ve tamamlayıcı gıdaların eklenmesi önerilmektedir. Yapılan çok sayıdaki çalışmada D vitamini ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde demir eksikliği hariç olmak üzere anne sütünün ilk altı ayda gerekli besin gereksinimini sağladığı gösterilmiştir. Buna göre bebeğin protein ihtiyacının da anne sütünün içeriğine göre tayin edilmesi gerektiği belirtilmiştir (20).

Bebekler 4- 6 aylık olduktan sonra diyetlerinde ek besinlerin verilmesine uygundur. Bu dönemde bebeğin besinleri öne doğru püskürtme refleksi kaybolur ve dilin ucundan farekse itebilme becerisi kazanılır (21). Altıncı ayda meyve ya da sebze püreleri ile ek gıdalara geçiş yapılabilir. Besinler taze olup içerisine tuz, şeker, baharat eklenmemelidir. Yeni besinler verilirken aralarında birer hafta olmasına dikkat edilmelidir. Sekizinci ayda et, kıyma verilmeye başlanabilir. Onuncu ayda bebeklerin daha gelişmiş ısırma hareketleri var olup bu ayda parmaklarını da kullanabileceklerinden dolayı “parmak besinler” yiyebilecekleri şekilde küçük ve yumuşak parçalar halinde verilebilir. Amerikan Diyetetik Birliği sık karşılaşılan alerjenler olan yumurta akı, inek sütü, turuncgiller, buğday, çikolata, balık, kabuklu deniz ürünleri, fındık, fıstık gibi besinlere erken başlanmasını önermemekte olup; bu yiyeceklerin diyet 12-18 aydan önce eklenmelerinin duyarlı bebeklerde alerjik reaksiyonlara sebebiyet verebileceğini belirtmiştir (4).

2.2.2. 1- 2 Yaş Arası Beslenme

Bebek bu dönemde yardım almadan kendi yemeğe başlar, kaşık tutmaya başlar ve çevresini araştırma isteği dorukta olan bebek için yemek yeme işi de oyun ve araştırma gibidir. Besinleri eline alıp sıkmak ister. Bu aylarda boğazına kaçmayacak tüm katı besinleri yiyebilir. On beşinci aydan sonra yeme süresi kısılır, bardağı ve kaşığı daha iyi kullanmaya başlar. Bu dönemin son çeyreğinde çocuk tümüyle kendi elleri ile yeterli olarak yiyebilmekte, acıktığında belirtebilmekte, doyduğunda sofradan kalkabilmektedir. Bazı besinlere artmış ilgi ya da diğerlerini reddetme bu dönemde sık görülür (21). Bu dönemde anne sütüne de mevcutsa devam edilmeli ancak, beslenmenin büyük bölümü ek gıdalardan, kalan kısmı ise anne sütünden karşılanmalıdır.

2.2.3. Oyun Çocuğu Beslenmesi

İki yaş ile ergenlik dönemi arasındaki süreçte yılda 2-3 kg ağırlık ve 5-8 cm boy artışı olmaktadır. Okul öncesi dönemde büyümenin yavaşlamasıyla beraber

iştah daha önceki döneme kıyasla azalır, besin alımı düzensizleşir ve çocuğun bir öğünde yiyeceği miktarı önceden kestirmek güçleşir. Bu dönem çocuklarının en belirgin ortak özellikleri birkaç çeşit besini tercih etmeleri, pek çoğunun yemek yemek yerine süt içmeyi istemeleri, sebze meyve yemeyi reddetmeleri, şekerli besinleri istemeleri ve bir gün istediğini ertesi gün yememe şeklinde düzensiz besin tercihleridir. Bu dönemde aileler çocuklarının yedikleri yemek miktarlarını az bulup endişelenirler. Çocuk yeterli boy gelişimi ve kilo alımına sahipse bu endişelerin yersiz olduğunun aileye anlatılması gerektiği belirtilmektedir (21). Bu dönemde çocukların algılamaları ve motor fonksiyonları da daha iyi gelişmiş olduğu için yemeklerin ne zaman, ne kadar, nasıl yenmesi gerektiğini de çocuklar bu dönemde öğrenmekte olup, bu dönemde porsiyon büyüklüğü, annenin baskıcı tutumu, besin tercihleri gibi etmenlerin çocuğun beslenme tercihlerini etkileyeceği bildirilmiştir (22). Çocukların yiyecekleri anneleri ile birlikte yapmasına, yemeğin hazırlanmasına yardım etmesine, marketten alınırken katılımcı olmasına izin verilmesi besinleri sahiplenmesini, bu besinleri daha iyi tüketip sağlıklı besinler hakkında bilgi sahibi olmasını kolaylaştıracaktır.

Bu dönemde çocuklar aileleri ile birlikte sofraya oturup aynı besinleri yemeye alışmalıdırlar. Besinler çocukların da kolaylıkla tüketebileceği şekilde hazırlanmalıdır. Güvenli beslenme ortamı için öğün süresince çocuk gözlenmeli, televizyon kapalı olmalı, besinler çocuğun yutabileceği şekilde küçük parçalara bölünmüş ve yeterince pişmiş olmalı, çok küçük taneli ve aspirasyon riski olan gıdalar verilmemeli, arabada yolculuk ederken çocuk beslenmemelidir (21). Gece yatar pozisyonda beslenme de diş çürüğü gelişimine sebep olmasından dolayı ve yine aynı nedenden dolayı meyve suyu ve gazoz gibi şekerli içeceklerin günün herhangi bir saatinde verilmesinin doğru olmadığı bildirilmiştir (23).

2.2.3. Okul Çocuğu Beslenmesi

Okul çocukluğu dönemi 6–12 yaş arası olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde büyümede diğer dönemlere göre hafif bir yavaşlama görülmekle birlikte devam etmektedir (21). Pek çok bireysel ve toplumsal alışkanlık bu dönemde

kazanılmakla beraber, sağlıklı beslenme davranışı da bu dönemde gelişmektedir. Amerika'da yapılmış bir çalışmada okul çağı ve ergenlik döneminde ne kadar çok aileyle birlikte yemek yenirse, erken erişkinlik döneminde de aynı şekilde kahvaltı yapma, akşam yemek yeme alışkanlığının geliştiği; kendi ailesiyle beraber yemek yemenin daha sık olduğu; sebze, meyve, süt, lifli gıdalar gibi faydalı yiyeceklerin daha çok tüketildiği ve hazır yiyeceklerin o oranda az içildiği tespit edilmiştir (24). Ayrıca bu yaş grubunda yiyeceğin sağlıklı olması halinde tatsız olacağı inancı hakimdir (25). Okul çocuğuna meyvelerin ve sebzelerin sağlıklı olmalarından çok tadı için yendiği öngörüsü verilebileceği bildirilmiştir (21).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) okul çocuklarında beslenme ile ilgili olarak 2011 yılında bir rehber yayınlamıştır. Bu rehberde göre çocuklar tek besin öğesi ile değil, farklı yapı ve özellikteki gıdalarla beslenmelidir. Çocuklar bir günde üç ana öğün, çocuktan çocuğa geçecek şekilde iki ya da üç ara öğünle beslenmelidir. Gıdalar genel olarak beş ana gruba ayrılabilir; süt ve süttten üretilen gıdalar, et, tavuk, balık, hindi, yumurta gibi hayvansal gıdalar, ekme ve diğer tahıl ürünleri, meyve ve sebzeler, yağ ve şekerler (26). Çocuklar her gün farklı öğünlere dağılmış şekilde ilk dört besinden almalıdırlar. Yağlar besinlerin içine eklenerek verilir. Anne okulda çocuğunun ne yediğini denetlemeli buna göre akşam öğününde yemediği besin grubundan vermeye çalışmalıdır (21).

Dünya Sağlık Örgütü/ Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü/ Birleşmiş Milletler Üniversitesi (DSÖ/FAO/UNU) 2004 ve 2005 yıllarında yaptıkları ortak uzlaş toplantıları ile çocukların günlük enerji ve protein gereksinimlerini belirlemişlerdir (27, 28). Bunlar tablo 1, 2 ve 3' te belirtilmiştir.

Tablo 1:DSÖ/FAO/UNU önerilerine göre çocuklarda enerji gereksinimleri

Yaş(yıl)	Enerji gereksinimi*			
	Erkekler		Kızlar	
	kcal/g	kcal/kg/g	kcal/g	kcal/kg/g
1-2	950	82	850	80
2-3	1125	84	1050	81
3-4	1250	80	1150	77
4-5	1350	77	1250	74
5-6	1475	74	1325	72
6-7	1575	73	1425	69
7-8	1700	71	1550	67
8-9	1825	69	1700	64
9-10	1975	67	1850	61
10-11	2150	65	2000	58
11-12	2350	62	2150	55
12-13	2175	60	2275	52
13-14	2350	58	2375	49
14-15	2550	56	2450	47
15-16	2700	53	2500	45
16-17	2825	52	2500	44
17-18	2900	50	2500	44

*Enerji gereksinimleri orta düzeyde fiziksel aktiviteye göre hesaplanmıştır.

2.2.4. Adolesan Beslenmesi

Ergenlik döneminde büyümede ani bir artış olması besin ve enerji ihtiyacının artmasına sebep olmaktadır. Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme sadece sağlık için değil optimal büyüme, kemik gelişimi, kızlarda düzenli menstrüel siklus için de gereklidir. Bu dönemde çocukların besin seçimleri daha çok fastfood tarzı sağlıksız yiyecekler yönünde olmaktadır. Yüksek oranda yağ ve karbonhidrat içeren bu gıdalar obezite riskini arttırmaktadır (21). Adolesanların kalori protein hesabı yapılırken kiloya göre değil boya göre günlük kalori ihtiyacının belirlenmesi daha uygun olup, sağlıklı adolesan beslenmesi için adolesanın sebze, meyve, süt ürünleri, et, tavuk, yumurta gibi protein içeren gıdalardan, tahıl ve diğer nişastalı yiyeceklerden uygun oranda faydalanmalarına özen gösterilmelidir.

Tablo 2:DSÖ/FAO/UNU önerilerine göre oyun ve okul çocuklarının protein gereksinimleri

Yaş (yıl)	Protein ihtiyacı (gr/kg/g)			
	İdame için gereken	Büyüme için gereken	Ortalama gereksinim	Güvenli üst sınır(+1,96 SD)
1	0,66	0,29	0,95	1,14
2	0,66	0,13	0,79	0,97
3	0,66	0,07	0,73	0,90
4	0,66	0,03	0,69	0,86
5	0,66	0,06	0,69	0,85
6	0,66	0,04	0,72	0,89
7	0,66	0,08	0,74	0,91
8	0,66	0,09	0,75	0,92
9	0,66	0,09	0,75	0,92
10	0,66	0,09	0,75	0,91

Tablo 3:DSÖ/FAO/UNU önerilerine göre adolesanlarda protein gereksinimleri

Protein ihtiyacı (gr/kg/g)				
Yaş (yıl)	İdame için gereken	Büyüme için gereken	Ortalama gereksinim	Güvenli üst sınır (+1,96 SD)
Kızlar				
11	0.66	0.07	0.73	0.90
12	0.66	0.06	0.72	1.89
13	0.66	0.05	0.71	1.88
14	0.66	0.04	0.70	0.87
15	0.66	0.03	0.69	0.85
16	0.66	0.02	0.68	0.84
17	0.66	0.01	0.67	0.83
18	0.66	0.00	0.66	0.82
Erkekler				
11	0.66	0.09	0.75	0.91
12	0.66	0.08	0.74	0.90
13	0.66	0.07	0.73	0.90
14	0.66	0.06	0.72	0.89
15	0.66	0.06	0.72	0.88
16	0.66	0.05	0.71	0.87
17	0.66	0.04	0.70	0.86
18	0.66	0.03	0.69	0.85

2.3.Beslenmenin Değerlendirilmesi

Uygun beslenmenin istenilen hedefi, normal büyümedir. Yeterli beslenmeyi değerlendirmek için ayrıntılı tıbbi öykünün alınması, doğru yapılmış boy ve kilo ölçümleri, biyokimyasal veri incelemesi (özellikle serum proteinleri), klinik değerlendirme yapılması ve diyetin değerlendirilmesi gerekmektedir. Büyümede duraklamanın erken tespiti açısından büyüme kayıtlarının tutulması önem arz etmektedir (4).

Tıbbi öykü alınırken doğum ağırlığı, doğum şekli, geçirdiği hastalıklar ve kronik bir hastalık tanısının olup olmaması, anne sütü alım zamanı, nörolojik gelişim öyküsü, aşıları, beslenme öyküsü ayrıntılı sorgulanmalıdır.

Büyümenin normal olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir. Fizik inceleme sırasında saptanan boy ve yıllık büyüme hızının hesaplanması büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli kriterlerdir. Ölçülen değerler o ülke için hazırlanan standart tablolar baz alınarak belirlenir. Büyümenin en hızlı olduğu dönem anne karnında geçirilen dönemdir. Büyüme hızına bakıldığında gebeliğin 16-24 haftaları arasında 125 cm/yıl'a ulaşabilir. Doğuma doğru büyüme hızı azalır ve vücut ağırlığı artar. Doğumda boy ortalama 50 cm'dir. Büyüme hızı süt çocukluğu döneminde hala yüksek olmakla birlikte giderek azalır ve ilk yıl büyüme hızı yaklaşık 25 cm'dir. Dördüncü yaştan sonra büyüme hızı bir plato çizer, ergenliğin hemen öncesinde en düşük hıza (4,5-5 cm/yıl) ulaşır. Ergenlik döneminde seks hormonlarının da etkisiyle büyüme sıçraması görülür ve büyüme plaklarının kapanması ile son bulur. Erkekler ergenliğe 1-2 yıl daha geç girdikleri ve ergenlik süresince kızlara göre 4-5 cm daha fazla boy kazandıkları için erkeklerin son boyları kızlara göre 12-13 cm daha uzundur. Genellikle ilk 2 yaşa kadar büyüme etnik olarak fazla fark göstermeksizin sürer, iki yaştan sonra o toplum için ortalama değerlere ulaşır ve devam eder (29). Yaşlara göre yıllık büyüme hızları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Yaşlara göre yıllık büyüme hızları

0-6 ay	6-12 ay	1-2 yaş	2-3 yaş	3-4 yaş	4 yaş- Ergenlik	Ergenlik*
15-16 cm	7-8 cm	10-12 cm	7-8 cm	6-7 cm	5,5-7 cm	Erkekler:20- 30 cm Kızlar:15-25 cm

* Süreç boyunca toplam boy kazanımı. Bu tablo (29) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Ağırlık ilk haftalarda ve aylarda en önemli büyüme parametresidir. Yenidoğanlarda fizyolojik tartı kaybı ile ilk 7-10 günde doğum tartısının en fazla %7-10'u kaybedilir. Doğum ağırlığı 10-14. günde yeniden kazanılır. Ortalama günlük ağırlık artışı ilk 6 ay 20-30 gr olup, ikinci 6 ay 15 gramdır. İkinci yıl süresince ortalama ağırlık artışı her ay 200-250 gram kadardır. İki yaşından adolesan dönemine kadar ise yıllık ağırlık alımı 2,3 kilogramdır (30).

Baş çevresi ilk 2-3 yaşa kadar izlenir. Haftalık ortalama baş büyümesi 0-2 ay ortalama 0,5 cm, 2-6 ay arasında 0,25 cm'dir. Ortalama 0-3 ayda toplam baş büyümesi 5 cm, 3-6 ayda yaklaşık 4 cm, 6-9 ayda yaklaşık 2 cm ve 9 ay -1 yaş arası yaklaşık 1 cm'dir (30).

Antropometrik ölçümler yaşa uygun yapılmalıdır. Desteksiz ayakta durabilen çocuklar hassas terazi ile tartılmalı, boyları ölçülürken çocuk dik pozisyonda, topuklar birbirine ve arka platforma bitişik, baş dik ve karşıya düz bakacak şekilde olmalıdır. Topuklar, kalça, omzun arka yüzü ve başın arkası ölçüm platformuna değmelidir. İki yaşın altındaki çocukların boyları yatar pozisyonda, dizleri tam ekstansiyonda ve gövdeleri düzgün postürde iken ölçülmelidir (29, 31). Baş çevresi ölçümü yapılırken mezura kaşların hemen üstünden ve arkada occipital çıkıntının üzerinden geçecek şekilde yapılmalıdır (30). Ölçüm sonrası boy, kilo ve 3 yaş altı çocuklarda baş çevresi persentil değerlerine bakılarak kaydedilmelidir. Malnütrisyon riskinin değerlendirilmesi açısından boya göre ağırlık ya da vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmalı, aynı şekilde VKİ persentillerine bakılarak uygun aralıkta olup olmadığı kontrol edilmelidir.

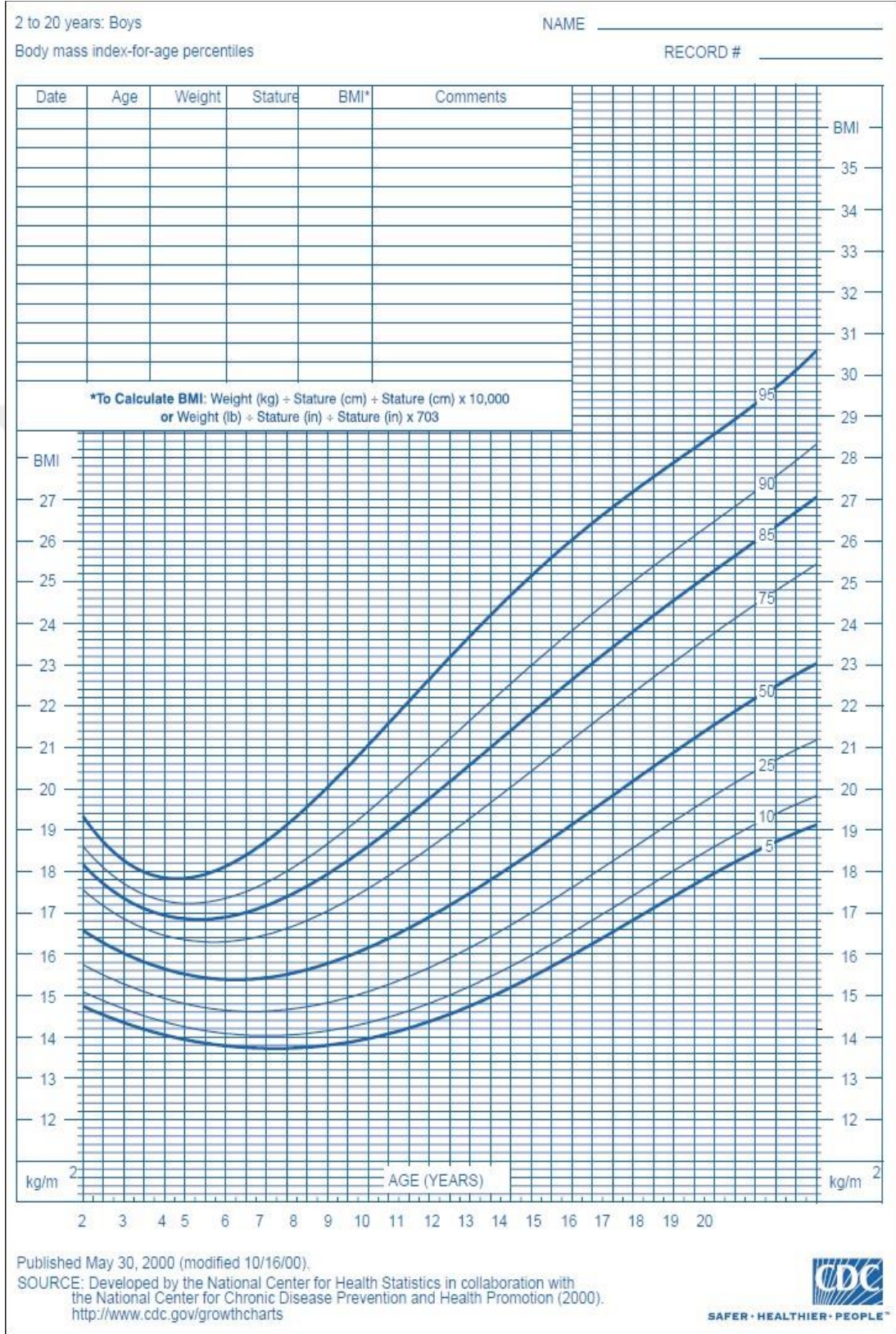
Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde çocuklar, kendi ülkelerinin yerel büyüme standartlarına göre değerlendirilmekte olup ülkemizde yaygın olarak Olcay Neyzi ve arkadaşlarının yapmış olduğu persentil eğrileri kullanılmaktadır. Buna göre 3 ve 97 persentil arası normal kabul edilmektedir. Olcay Neyzi ve arkadaşlarının yapmış olduğu yaşlara göre boy ve ağırlık persentil eğrileri EK-1-4'de sunulmuştur.

Boya göre uygun vücut ağırlığında olmayı değerlendirirken boya göre ağırlık ya da VKİ değerlendirilmesi kullanılır. Boya göre ağırlık değeri çocuğun ağırlığının boyuna göre ideal olan vücut ağırlığına bölünmesi ve 100 ile çarpılması ile hesaplanır. Buna göre %90-110 arası değerler boya göre normal vücut ağırlığını, %80-90 arası hafif malnütrisyonu, %70-80 arası orta derecede malnütrisyonu, %70 altı ağır malnütrisyonu gösterir, %110-120 arası aşırı kilolu olmayı, %120 üstü ise obeziteyi gösterir. Vücut kitle indeksi değerlendirmesinde CDC'nin yapmış olduğu 2-20 yaş arası cinsiyete göre vücut kitle indeksi persentilleri kullanılmaktadır. Buna göre 5-85 persentil arası normal, 85- 95 persentil arası fazla kilolu, 95 persentil üzeri obez olarak değerlendirilmektedir (32). CDC'nin VKİ persentilleri Şekil 1 ve Şekil 2'de sunulmuştur.

Biyokimyasal değerlendirme klinik muayenede, antropometrik ölçümlerde ve beslenme öyküsünde şüphelenilen hastalarda mutlaka yapılmalıdır. Serum total protein, albümin, serum üre nitrojeni, transferrin saturasyonu, hemoglobin ve hematokrit düzeyleri çocuğun ne kadar iyi beslendiği ya da verilen besinlerin vücut tarafından ne kadar iyi emildiği ile ilgili konularda temel bir değerlendirme yapılabilmesini sağlar (4).

Yeterli besin alımının değerlendirilmesi için çocuğun 3 günlük yediklerini içeren bir listenin alınması önerilmektedir (12, 13). Bu sayede hangi besin gruplarından hangi oranda beslendiği sağlıklı ve zararlı besin tercihleri, yeterli kalori ve protein alımının olup olmadığı incelenebilir.

Şekil 2: 2-20 yaş arası erkeklerde VKİ persentilleri



*CDC'nin internet sitesinden alınmıştır (<http://www.cdc.gov/growthcharts>).

2.4. İştah ve İştahın Düzenlenmesi

İştah yiyeceklere karşı duyulan istektir; diğer bir tanımla yemek yeme isteğidir. İştah bilinçli bir istek olup daha önce yiyecek ile olan deneyimlerden etkilenmektedir. Açlık ise daha çok fizyolojik bir süreç olup açlık hissini başlatan en önemli etmen gastrointestinal sistemden (GİS) salgılanan ghrelindir (13).

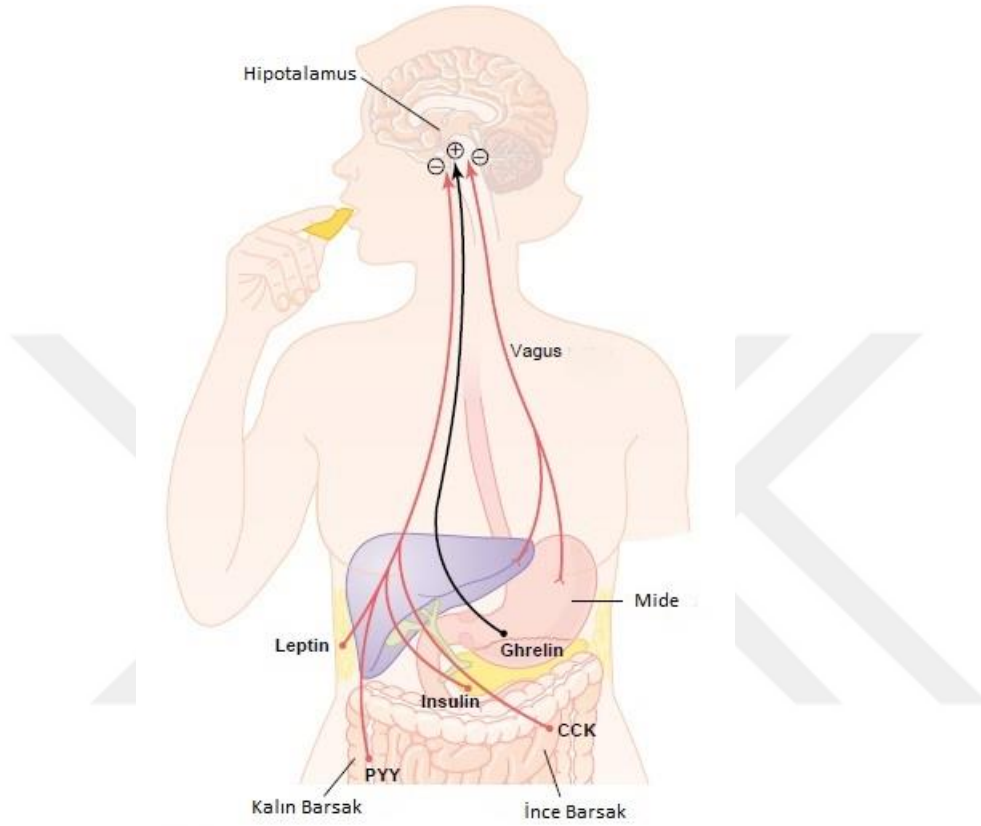
Vücuda alınacak besin miktarını belirleyen ve iştahı düzenleyen en önemli merkezler, santral sinir sisteminde (SSS) hipotalamusta bulunur. Hipotalamus, GİS ve yağ dokusu gibi periferik dokulardan ve SSS'nin çeşitli bölgelerinden gelen uyarıların koordine edilmesi ve bu uyarılara uygun cevabın oluşturulmasında anahtar rol oynamaktadır (13). Hipotalamus midenin doluluğu hakkında duyuşal bilgi sağlayan GİS'ten ve GİS hormonlarından, kandaki besin yapı taşlarından (glukoz, aminoasitler, yağ asitleri gibi) doygunluğu kesinleştiren kimyasal sinyaller, yağ dokusundan salınan hormonlardan ve beslenme davranışına dair serebral korteksten sinyaller alır (33). Hipotalamusa iletilen bu sinyallerden bazıları Şekil 3'de gösterilmiştir.

Hipotalamusun beslenme ve tokluk merkezleri nörotransmitterler için yüksek yoğunlukta reseptörler içerir. Deneysel çalışmalar sonucu belirlenen bu maddelerden beslenmeyi uyaran oreksijenik maddeler nöropeptit Y (NPY), agouti-related protein (AGRP), melanosit konsantre edici hormon (MCH), endorfinler, galanin, glutamat, gama aminobütirik asit, kortizol, oreksin A ve B, ghrelindir. Beslenmeyi baskılayanlar (anoreksijenikler) ise α -melanosit uyarıcı hormon (α -MSH), leptin, serotonin, norepinefrin, kortikotropin salgılayıcı hormon, insülin, kolesistokinin (CCK), glukagon benzeri peptid (GLP), kokain ve amfetamin related transcript (CART), peptid YY'dir (33). Bu hormon ve sitokinlerden her birinin iştahın ya da tokluğun oluşumuna belirli ölçüde katılımının olduğu ve enerji metabolizmasında belirleyici moleküller olarak rol oynadığı bildirilmektedir (34).

Hipotalamusun ventromedial bölgesinde "tokluk merkezi", lateral bölgesinde "açlık merkezi" bulunur ve bunlar birbirini karşılıklı olarak engellemektedir (34). Hipotalamusun lateral çekirdeğinin uyarılması aşırı yeme davranışına sebep olurken,

lateral hipotalamusun yıkıma uğraması besin isteğinde azalmaya, ilerleyici halsizliğe, kas güçsüzlüğüne ve azalmış metabolizmayla karakterize duruma neden olur(33).

Şekil 3: Hipotalamusa vücudun çeşitli bölgelerinden iletilen sinyaller.



Besin alımının geri bildirim mekanizması. Midedeki reseptörler Vagus sinirindeki duysal afferent yolları aktive eder ve besin alımını inhibe eder. Peptid YY (PYY), kolesistokinin (CCK), ve insülin besinin sindirilmesi ile salınan gastrointestinal hormonlar olup daha fazla besin alımını baskırlar. Ghrelin özellikle açlıkta mideden salınır ve iştahı uyarır. Leptin yağ dokusu hücrelerinin büyümesi ile bu hücrelerden artan miktarlarda üretilen bir hormondur ve besin alımını inhibe eder.

*Bu şekil (33) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Hipotalamusun ventromedial çekirdeği doyma merkezidir. Bu bölgenin elektriksel uyarımı iştah açıcı besin varlığında bile besini reddetme ve tamamen doyma hissine sebep olur. Bu bölgenin yakımı halinde obez oluncaya kadar yeme davranışı gözlenir (33).

Hipotalamusun paraventricüler, dorsomedial ve arkuat çekirdekleri de besin alımının düzenlenmesinde büyük role sahiptir. Örneğin paraventricüler çekirdek

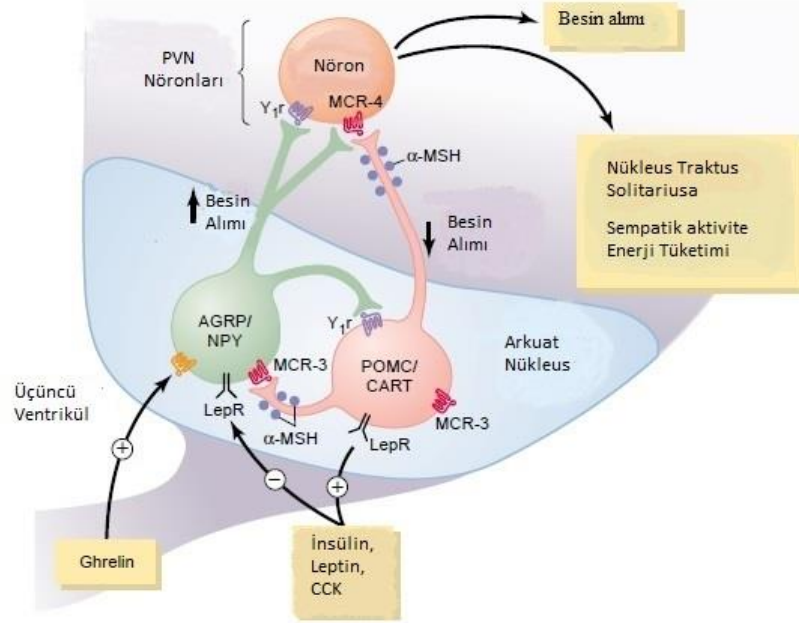
lezyonları aşırı yemeye sebep olurken tersine, dorsomedial çekirdek lezyonları genellikle yeme davranışını baskılar. Arkuat çekirdek GİS'ten ve yağ dokusundan salınan birçok hormonun besin alımını ve enerji tüketimini düzenlemek için birleştiği bölgedir (33).

Arkuat çekirdekte özellikle enerji alımında ve iştah kontrolünde önemli rolü olan iki farklı tip nöron grubu bulunur. Bunlardan biri pro-opiomelanocortin (POMC) nöronları olup, bunlar CART ile birlikte α -MSH üretirler. Diğer nöron grubu oreksijenik NPY ve AGRP üretir. POMC nöronlarının aktivasyonları besin alımını düşürürken enerji tüketimini artırır, tersine NPY-AGRP nöronlarının aktivasyonu besin alımını artırırken enerji tüketimini azaltır. Bu nöronların leptin, insülin, CCK de içinde bulunduğu iştahı düzenleyen birtakım hormonların işlevleri için birincil hedef yeri olduğu görülmektedir. Leptin, insülin, CCK, NPY ve AGRP nöronlarını inhibe edip, yan yana olan POMC, CART nöronlarını uyararak besin alımını azaltırlar. POMC nöronları özellikle paraventriküler çekirdeğin nöronlarında bulunan melanokortin reseptörlerini uyaran α -MSH salgılar. Besin alımında ve enerji dengesinin düzenlenmesinde rol oynayan melanokortin reseptörü-3 ve melanokortin reseptörü-4'ün (MCR-3 ve MCR-4) aktivasyonu besin alımını azaltırken enerji tüketimini artırır. Enerji tüketiminin artmasında MCR aktivasyonunun etkisi, en azından bir kısmı, paraventriküler çekirdekten traktus solitarius uzanan nöronal yolların aktivasyonu ile düzenlenmektedir (33). Arkuat çekirdekte yapılan enerji dengesinin kontrolü Şekil-4'de gösterilmiştir.

Hipotalamik melanokortin sistemi enerji dengesinin düzenlenmesinde güçlü bir rol oynamaktadır ve melanokortin yolunun hatalı uyarımı aşırı obezite ile bağlantılıdır. Tersine melanokortin sisteminin aşırı aktivasyonu iştahı azaltır. Bazı çalışmalar bu aktivasyonun ağır infeksiyonlarla ve kanserle ilişkili anoreksiyada rolünün olabileceğini belirtmektedir. Hipotalamusun oreksijenik nöronlarından salınan AGRP, MCR-3 ve MCR-4'ün doğal antagonistidir ve muhtemelen α -MSH'nin etkilerini baskılayarak beslenmeyi arttırmaktadır. Besin alımının normal fizyolojik kontrolünde AGRP'nin rolü belirsiz olsa da, insanlarda ve farelerde AGRP'nin gen mutasyonlarına bağlı artmış formasyonu aşırı beslenme ve obezite ile ilişkili

bulunmuştur. Ayrıca arkuat çekirdeğin oreksijenik nöronlarından NPY de salınır. Vücudun enerji depoları azaldığında oreksijenik nöronlar iştahı uyarır. NPY salınımını aktive ederler. Aynı zamanda işlev gören nöronların azalması melanokortin yolu ve diğer iştah uyarıcılarının aktivitelerini azaltır (33).

Şekil 4: Enerji dengesinin kontrolü



Enerji dengesinin kontrolü Arcuat Nükleusun iki tip nöronuyla olur:(1)Pro-opimelanocortin (POMC) nöronları bunlar α-melanosit stimulan hormon (α-MSH) ve cocain ve amfetamin regülatö transkript (CART), besin alımını düşürür ve enerji tüketimini artırır, ve (2) Agouti Related Protein (AGRP) üreten nöronlar ve Nöropeptit Y (NPY), besin alımını artırır ve enerji tüketimini azaltır. α-MSH salgılayan POMC nöronları paraventriküler nükleusta bulunan melanokortin reseptörlerini (MCR-3 ve MCR-4) uyarır, sonrasında bu uyarı Nükleus Traktus Solitarius'a yansıyan nöronal yolları aktive eder, sempatik aktiviteyi ve enerji tüketimini artırır. AGRP MCR-4'ün antagonisti şeklinde işlev görür. İnsülin, Leptin, Kolesistokin (CCK) AGRP-NPY nöronlarını inhibe eden hormonlardır ve yan yana olan POMC-CART nöronlarını uyarırlar, böylelikle besin alımını azaltırlar. Mideden salınan hormon olan Ghrelin AGRP-NPY nöronlarını aktive eder ve besin alımını uyarır. Lep R, Leptin reseptörü, Y1R, Nöropeptit Y1 reseptörü. (Redrawn from Barsh GS, Schwartz MW: Nature Rev. Genetics 3:589,2002)

*Bu şekil (33) numaralı kaynaktan alınmıştır.

Besinlerin vücuda alınımının düzenlenmesinde kısa dönem ve uzun dönemli kontrol söz konusudur. Kısa dönem kontrolünde GİS, pankreas, adrenaller ve santral sinir sistemi (SSS) rol oynarken; uzun dönem kontrolünde yağ dokusu rol oynar. Yağ dokusu besin alım kontrolünü leptin, adiponektin, rezistin, tümör nekroz faktör alfa (TNF-alfa) gibi endokrin ve parakrin mediatörler ile sağlar (13).

Kısa dönem kontrolde en etkili olduğu bilinen oreksijenik bir hormon olan ghrelin hormonu mide mukozasından ve GİS'ten salgılanmaktadır. Etkilerini ise

hipotalamusta, soliter trakt ve arkuat nükleuslar yoluyla göstermektedir. Ghrelinin santral ve periferik yolla verilmesi iştahı ve besin alımını arttırır. Yemek öncesi ghrelin düzeyleri en yüksekken, yemek sonrası düşer ve sonrasında tekrar artmaya başlar (13).

Leptin, yağ dokusunda sentezlenip kana salınan bir proteindir. Plazmadaki leptin hipotalamustaki reseptörleri üzerinden besin alımını azaltır. POMC'in ekspresyonunun leptin tarafından uyarıldığı bildirilmektedir. Anoreksijenik özellikte olup arkuat çekirdekte bulunan CART nöronları da leptin tarafından uyarılmaktadır. Leptin geninin mutasyonları ya da leptinin komple yetmezliği şiddetli obezite ile sonuçlanmaktadır. Diğer bir anoreksijenik madde olan kortikotropin salıcı faktör (CRF) katabolik etkili bir nöropeptid olup iştahsızlığa neden olan birçok sitokin CRF salınımını uyarmaktadır. Tokluğu uyararak, şişmanlığa karşı kullanılan bir dizi ilacın ana hedeflerinden birisi olan serotonin de anoreksijenik özellik taşımaktadır. Sibutramin, fenfluramin ve deksfenfluramin gibi ilaçların etkisiyle sinapslarda artan serotonin düzeylerinin gıda alımını engellediği ve vücut ağırlığını azalttığı bildirilmiştir (34).

Kolesistokinin sindirim kanalına yağ ve proteinlerin ulaşması sonucu duodenumdan salınan, peptid yapılı bir hormon olup insanlarda tokluğa benzer etkilerle birlikte kötü koku algılanmasına ve anksiyeteye yol açmasıyla potansiyel tokluk ajanı olarak tanımlanmıştır. CCK, peptid YY, insülin GİS'ten besinlerin sindirilmesi sonucu salınarak, daha fazla besin alımını engellemektedirler (34). CCK gerçek fizyolojik doyumluk mediatörü olarak kabul edilmektedir (13).

Yapılan çalışmalarda beyin ve periferik dokuda kannabinoid reseptörleri bulunmuş ve bu reseptörlere bağlanmayı sağlayan endojen ligandlar (endokannabinoidler) saptanmıştır. Bunların da iştah kontrolünde rol oynadıkları düşünülmektedir. Örnek olarak endokannabinoidlerden olan 2- arachidonoyl glycerol' ün (2-AG) anne sütünde yüksek oranda bulunup hipotalamik kannabinoid reseptör tip-1'i (CB1) uyararak emmenin başlamasını sağladığı bildirilmiştir (13, 35).

2.5. Çocukluk Çağında İştahsızlık

İştahsızlık besin alımına karşı isteksizlik olarak tanımlanabilir. İştahsız çocuk tanımı ise daha kapsamlı bir tanımlama olup, az beğenen, zor yiyen, seçici, isteksiz gibi pek çok davranış özelliğini ifade etmek için kullanılmaktadır (21). Çocukluk çağında yeme problemleri sık karşılaşılan bir şikayet olup, sağlıklı çocuklarda %25- 40 oranında görülebildiği, gelişim geriliği olanlarda ise %80'lere varan oranlarda görülebildiği bildirilmiştir (36). Başka bir çalışmada ise iştahsızlık ve yeme problemleri ile doktora başvuran çocukların oranı %20- 35, gelişme geriliğinde ise %33- 90 olarak bildirilmiştir (5).

2.6. İştahı Etkileyen Faktörler

Besin tercihleri doğuştan olabildiği gibi sonradan da öğrenilir. Çocuklar doğuştan bazı lezzetlere yatkın olabildikleri gibi bazılarında da (acı gibi) hoşlanmazlar (37). İştahın oluşmasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bunlar çocukla ilgili faktörler, aile ile ilgili faktörler, çevre ile ilgili faktörler olarak basitçe üçe ayrılarak incelenebilir (13).

2.6.1. Çocukla İlgili Faktörler

Bebeklik döneminden genç erişkinliğe kadar çocuklar, büyümenin farklı evrelerinde farklı beslenme davranışı gösterirler. İlk dönemde bebek sadece anne sütü ve anne sütü yetersizse mama ile beslenmelidir. Bu dönem bebeğin hemostaz evresidir. Bebeğin emme ve yutma fonksiyonları gelişirken, bebek açlık ve tokluk sinyalleri de vermeye başlar. Bu evreyi bağımlılık evresi takip eder. Bağımlılık evresinde bebek kendine bakan kişi ile iletişim yolları kurmaya başlar, ilişkiyi kurmada oluşabilecek sorunlar bebeğin mutluluktan yoksun bir ortamda büyümesine buna bağlı beslenmeye karşı ruminasyon ve kusma gibi patolojik davranışlar geliştirmesine sebep olabilir (13). Bunun ardından gelen ayrılma bireyselleşme evresinde çocuk otonomi kazanma ile bağımlılık arasında savaş verir. Bu dönemde çocukların duygusal ihtiyaçlarını yeme davranışı üzerinden gösterebileceği belirtilmiştir. Örneğin yemeği reddeden bir çocuk bunu otonomi kazandığı için ya da duygusal açıdan yoksun olarak annenin dikkatini çekme amaçlı yapıyor olabilir (38).

Çocuğun sahip olduğu organik bir hastalık iştahsızlığa sebep olabilir. Emilim bozukluğuna sebep olan hastalıklar özellikle çölyak hastalığı, kabızlık, gastroözefagal reflü hastalığı, karaciğer hastalıkları, böbrek fonksiyon bozuklukları, kardiyak ve solunumsal problemler, hipotiroidizm, nörolojik defisitler, demir eksikliği anemisi ve psikiyatrik hastalıklar iştahsızlığın primer nedeni olabilir. Bununla beraber çocuğun yemeğe karşı tavrı önemlidir. Ortalama yaşları 30 ay olan 455 çocukla yapılmış bir çalışmada çocukların %20'sinde yeme probleminin olduğu, bu çocukların da %42'sinin seçici, %39'unun ise aileleri tarafından az yiyen çocuklar olarak tanımlandıkları saptanmıştır(5). Yapılan diğer bir çalışmada seçicilik dört ay civarında %19 iken iki yaşına ulaşıldığında bu oranın %50'lere ulaştığı görülmüştür. Yaşa göre kilosu fazla olan bebeklerin daha az seçici olduğu, seçici bebeklere ise yeni bir besinin kabul ettirilebilmesi için 8- 15 kez denenmesi gerekebileceği bildirilmiştir (8). Dört ile 24 aylık arasındaki çocuklarda yapılan bir çalışmada da çocukların öğünden öğüne enerji alımlarının değiştiği fakat porsiyon olarak küçük besinler yiyorlar ise bu besinlerin daha çok enerjisinin yüksek olduğu, nihayetinde bu yaş grubu çocukların enerji alımlarını kontrol edebildikleri çocuğu beslenme konusunda zorlamanın bu kontrolü bozabileceği belirtilmiştir (39). Wright ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bazı seçici çocukların yemek yerine sulu gıdaları tercih ettikleri, süt ve meyve suyu tüketimlerinin fazla olduğu bunun da öğün atlanmasına sebep olduğu bildirilmiştir (5).

2.6.2. Aile İle İlgili Faktörler

Ailelerin sosyoekonomik düzeyleri, eğitim durumları, genişliği, aile içi bireylerin özellikleri ve çocuğa karşı tutumları beslenme davranışının şekillenmesinde ve davranışların devamında büyük bir rol oynamaktadır.

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan bir çalışmada 4-24 aylık 2500 bebeğin ve annelerinin beslenme sırasındaki davranışları ve beslenmeyi etkileyen faktörler incelendiğinde, beslenmeyi pozitif yönde etkileyen en önemli faktörün annenin eğitimi olarak bulunmuştur. Eğitimli annelerin bebeklerini emzirmeye başlamalarında ve bebeklerin devam beslenmesinde daha başarılı oldukları

bulunmuştur. Bu annelerin önerileri daha kolay, rahat uyguladıkları ve çocuklarının daha çok meyve tüketip, daha az zararlı yiyecek yedikleri bulunmuştur. Ayrıca annenin yaşlı ve evli olmasının beslenmeyi daha olumlu etkilediği gösterilmiştir. Bu durum deneyimin beslenmede yardımcı olduğunu göstermektedir. Yine bu çalışmada erken yaşta kreşe giden çocukların erken emzirmeden kesilmeleri ve zararlı besinlerle daha erken tanıştıkları belirtilmiştir (40). İlk bir yaş için ve okul çocukluğu döneminde annenin bildirdiği iştah durumunun çocuğun beslenmesi ile uyumlu olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (15). Bu nedenle annenin bildirdiği iştah durumuna güvenmenin uygun olduğu belirtilmiştir (13).

Anne-babanın çocukların diyetini kontrol etme yöntemlerinin çocuğun beslenmesine ve VKİ etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşlı, VKİ düşük, eğitilmiş ve evde yaşayan anne-babaların açık veya belirsiz diyet kontrolü yaptıkları görülürken; erkek, zenci ve çocukları küçük olanların daha çok zorlama yöntemini tercih ettikleri saptanmıştır. Sağlıksız atıştırmalar eğitimsiz ve zorlama kullanan ailelerde sık görülürken, sağlıklı atıştırmaların ailenin kontrol yöntemleriyle ilgisi olmadığı gözlenmiş ve diyet kontrol yöntemleri ile VKİ arasında bir ilişki de saptanmamıştır (41). Toplam 142 aile ve ortalama yaşları beş yıl olan çocukları akşam yemeği sırasında değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışmada; ailelerin %85'inin çocuğu daha fazla yemesi için zorladığı, %83 çocuğun bu nedenle daha fazla yediği saptanmıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeyli ailelerin anlatma, ödül verme ve benzeri yöntemleri kullandığı, babaların özellikle erkek çocuğa baskı, annelerin ise özellikle kız çocuğuna ödül vermeyi tercih ettiği izlenmiştir. Aynı sofraya oturma oranı %78, televizyon izletme oranı ise %20 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak bu çalışmada çocuklara yiyecekleri temin edip hangi besinden yiyeceği kararını çocuğa bırakmanın önemi vurgulanmıştır (42). Okul öncesi dönemde çocukların her konuda büyüklerini taklit edebilme durumları mevcut olduğu için bunun beslenme alanında da önemini azımsanmayarak, aile bireylerinin de beslenme davranışı konusunda seçici davranmamaları gerektiği vurgulanmıştır. Aile beslenmesinde yer alan besin öğelerinin, annenin farklı yeni besinlere bakış açısı ve yaklaşımı çocuğun bu besinleri kabul etmesinde büyük rol oynadığı belirtilmiştir (12).

2.6.3. Çevre İle İlgili Faktörler

Çocukların beslenme ve yeme davranışlarında bireysel ve aile özellikleri kadar çevrenin de etkili bir rol oynadığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Öğünlerde kalabalık ortamlarda bulunmanın çocuğun iştahı üzerine olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (43). Üç- 5 yaş grubundaki çocuklarda yapılan bir çalışmada; bu yaştaki çocuklarda yeterince otonomi gelişmediği için, çocukların aynı anda hem televizyon hem de yemek yeme işini yapamadıklarını, bu sırada bakıcının beslemek için çocuğu zorlamasının çocuğun beslenme kontrolünü kaybetmesine yol açabileceği belirtilmiştir (44). Televizyon karşısında beslenme ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise doygunluk sinyallerinin televizyon izlerken tam algılanamamasına bağlı olarak televizyon karşısında beslenmenin 280 kcal fazla alınmasına sebep olduğu ve bunun obeziteyi kolaylaştırdığı belirtilmiştir (45).

Bir günlük değil, özellikle düzenli egzersiz yapmanın (6 hafta) fiziksel aktiviteyi ve tüketilen enerjiyi arttırması nedeniyle iştah üzerine olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir.

2.7. İştahsız Çocuğa Yaklaşım

İştahsız çocuk değerlendirilirken, iştahsızlığın bir sonuç olduğu unutulmadan bunu ortaya çıkaran nedenlere yönelik araştırma yapılmalıdır. Öncelikle ayrıntılı bir tıbbi öykü alınması, olabilecek kronik hastalıklar açısından ayrıntılı bir fizik muayene yapılması, demir eksikliği anemisi ve muhtemel organ fonksiyonları hakkında bilgi sahibi olunabilmesi için biyokimyasal inceleme yapılması, çocuğun beslenme özellikleri, besin seçimleri, ailesel ve çevresel faktörlerin öğrenilmesi uygundur.

Tıbbi hikaye alınırken özellikle gelişim basamaklarının zamanlaması, gelişim geriliği veya yetersizlikleri, yemenin gelişimi, normal oral yemenin kesintiye uğrayıp uğramadığı, şu anki kilo durumu ve kilo eğrisi, hastalık, ameliyat, hastaneye yatışını içeren özgeçmişi, yeme problemlerini ve sonuçlarını değerlendirmek için yapılan medikal testler, ağrılı yutma, karın ağrısı, ağrılı defekasyon hikayesi, kullandığı ilaçlar öğrenilmelidir. Ayrıca duygu durumu, psikiyatrik bir rahatsızlığının olup olmadığı öğrenilmelidir. Beslenme davranışı ile ilgili bilgi alınırken mevcut yeme durumu

(kalori, çeşitlilik ve kıvamı içeren) tercih edilen ve edilmeyen gıdalar, öğün sıklığı, öğünler arası yeme, yemek esnasındaki davranışları, yemeğin süresi, yemek esnasındaki öfke nöbetleri veya karşıt davranışları içeren davranışsal problemler, aşırı çiğneme veya yemek esnasında aşırı sıvı alımı, yutma, boğulma, öğürme, kusma korkusu, ev ile ev dışındaki yeme farkları, yemede ebeveynlerin rolü, yeme problemlerini yönetmek için ebeveynlerin yöntemleri, yeme ile ilişkili kötü bir deneyim yaşayıp yaşamadığı, ailesinin yeme konusundaki görüşleri beklentileri ve bakım verenin psikolojik durumu gibi çocuğa dair ayrıntılı bir klinik görüşme yapılması gerekmektedir (46). Ayrıca beslenme öyküsü alınırken üç günlük ayrıntılı yeme öyküsü alınmalı; besinlerin nasıl hazırlandığı, nasıl verildiği, miktarı, kimin verdiği, televizyon, oyalama, ödül ve cezalandırma gibi yeme sırasında uygulanan yöntemler öğrenilmelidir. Bu değerlendirmede anne baba eğitimi, sosyoekonomik durum, aile geliri gibi aileye ait bazı faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır (13).

Fizik muayenede özellikle çocuğun antropometrik ölçümleri, büyüme hızının normal olup olmadığı, kardiyak, hepatik, renal, gastrointestinal hastalıklar açısından ayrıntılı fizik muayene yapılması uygundur. Altta yatan organik patolojinin belirlenmesinde bazı semptom ve durumların varlığı ayrıntılı araştırma için önem arz etmektedir (11). Bu semptom ve klinik durumlar arasında disfaji, odinofaji, ağlama ile yemenin kesilmesi, kusma, kabızlık veya diyare, egzama, büyüme geriliği, prematürite, konjenital anomali ve otizmi içeren gelişim anomalileri yer almaktadır (11). Disfaji ve odinofaji; ilk planda gastroözefageal reflüyü, nadir olarak eozinofilik özofajit, enfeksiyon veya toksik yaralanmalara bağlı özofajiti akla getirmektedir. Kronik öksürüğü ve tekrarlayan pnömonisi olan çocuklarda, gastroözefageal reflü olabileceği gibi, akla serebral palsi gibi nörolojik bozukluklarda koordine olmayan yutma fonksiyonu da gelmelidir. Çocuk sıvıyı istekle alıyor ancak birkaç yudum sonra ağrı ve ağlama ile kendini geriye atıyor ve yemeyi kesiyorsa bu durumun üst gastrointestinal sistem patolojilerinden kaynaklanması olasıdır. Ayrıca kilo kaybı, aftöz ülserasyon varlığında aile öyküsü sorgulanarak Çölyak hastalığı araştırılmalıdır (47).

Laboratuvar testleri açısından özellikle tam kan sayımı, C reaktif protein, sedimentasyon alınması kronik hastalıkların ve aneminin dışlanması açısından önemlidir. Bunun yanında vücut protein durumu için protein, albümin, renal fonksiyonlar açısından tam idrar tetkiki, kan üre nitrojeni ve kreatinin, karaciğer fonksiyonları için aspartat aminotransferaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) enzimlerine bakılması uygundur. Ayrıca özel hastalıklardan şüpheniildiğinde bunlara yönelik özel tetkikler uygulanabilir. Mesela, gaitada parazit tetkiki parazitten şüpheniilen hastada, yutma disfonksiyonu olan hastada videofloroskopik yutma çalışması, hipotiroidi ve hipertiroidi için tiroid fonksiyon testleri, akciğer hastalıkları açısından akciğer grafisi gibi tetkikler gerektiğinde istenebilir (4, 7, 48).

Tetkikler sonucunda iştahsızlığı altta yatan organik bir hastalığa bağlı olan çocuklarda, altta yatan hastalığın tedavisi yapılmalıdır. İştahsızlığı organik hastalığa bağlı olmayan çocukların tedavisinde çocukta vitamin ve mineral eksikliğine bağlı iştahsızlık düşünülüyorsa , vitamin şurupları verilebilir ancak; vitamin mineral eksikliği düşünülmeyen hastalarda rutinde vitamin şurubu kullanımı önerilmemektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada multivitamin kullananlar ile kullanmayan çocuklar arasında besin alımı ve iştah açısından bir fark gözlenmemiştir. Ayrıca vitamin kullanan iştahsızlığı olan çocuklarda A vitamini, çinko ve folat düzeylerinin vitamin kullanan grupta aşırı miktarlarda olduğu saptanmıştır (12, 49).

İştahı uyaran ilaçlar kanser kaşeksisinde denenmiştir, başka problemi olmayan çocuklarda kullanımına yönelik çalışmalar mevcut olmadığı için tüm iştahsız çocuklarda ilk adımda bu ilaçların kullanılması uygun değildir. Siproheptadin hidroklorür antihistaminik olup ikinci bir etkisi iştah açmasıdır. Kistik fibrozis hastalarında iştahı açmak amaçlı dokuz aya kadar kullanılmasının yan etki açısından güvenilir olduğu bildirilmekte olup etki mekanizması aydınlatılamamıştır (50). Megestrol asetatın persistan hiperinsülinemik hipoglisemisi olan bir çocukta kullanımı ile çocuğun iştahında gelişme olduğu bildirilmiştir fakat ilaç yan etkisi olarak diyabet gelişmesi, glukozüri, uykusuzluk, hiperaktivite, huzursuzluk, serum kolesterolünde düşme, testiküler yetmezlik ve adrenal yetmezlik gibi etkileri

bildirilmiştir (51). Beyin tümörü olan hayvanlarla yapılan çalışmalarda omega-3 yağ asitlerinin iştahı artırıcı etkisi olabileceğine yönelik bulgular saptanmıştır (52). Mide boşalmasında gecikme olduğu sintigrafik olarak gösterilen iştahsız çocuklarda, trimebutin gibi prokinetik ilaçların faydalı olabileceği bildirilmiştir (7, 53).

2.7.1. İştahsızlığın Sınıflandırılması

Ailenin bildirdiği iştahsızlığa yaklaşımda Kerzner' in 2009 yılında Chatoor' un beslenme bozukluğu sınıflamasından adapte ettiği sınıflandırma birçok araştırmacı tarafından önerilmektedir ve kullanılmaktadır (11, 21, 54, 55). Bu yaklaşıma göre öncelikle öyküsünde alarm semptomları olan çocuklar araştırılmalı, altta yatan patoloji tedavi edilmelidir. Altta yatan patoloji olmayan çocuklar ya da altta yatan patoloji tedavi edildiği halde iştahsızlığı devam eden çocuklar; beslenme korkusu, beslenme ile bağlantılı ağlama, ileri derecede seçici çocuklar, iştahın az olması şeklinde dört gruba ayrılır. İştahın az olması da kendi içinde; ailesi tarafından iştahsız algılanan normal çocuk, yemekle ilgilenmeyen hareketli çocuk, yemeye çok az ilgi gösteren içine kapanık çocuk ve organik hastalığa bağlı iştahsız çocuk olarak dört gruba ayrılmaktadır.

İştahsızlığın Sınıflandırılması

- 1. İştahın az olması**
 - a. Ailesi tarafından iştahsız algılanan normal çocuk
 - b. Yemekle ilgilenmeyen hareketli çocuk
 - c. Yemeye çok az ilgi gösteren depresif çocuk
 - d. Organik hastalığa bağlı iştahsız çocuk
- 2. İleri derecede yemek seçilmesi**
- 3. Beslenme ile bağlantılı ağlama**
- 4. Beslenme korkusu**

2.7.1.1.İştahın Az Olması

Bu grup dört alt başlığa ayrılır.

2.7.1.1.1. Ailesi Tarafından İştahsız Olarak Algılanan Normal Çocuk

Bu çocuklar yaşlarına uygun ve gereken beslenme ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar, aileleri bu çocukların daha fazla yemeleri konusunda ısrarcıdır. Bu çocukların aileleri bilgilendirilmeli, çocukların yaşlarına uygun yeterli düzeyde beslendikleri ve gelişimlerinin normal olduğu konusunda aileler ikna edilmeli, endişelerinin yersiz olduğu anlatılmalıdır (11, 21).

2.7.1.1.2.Yemekle İlgilenmeyen Hareketli Çocuk

Bu çocukların iştahı azdır. Çevreye ilgileri yüksek olup hareketli ve meraklıdırlar. Bu çocuklar yaşlarına uygun gelişim göstermektedir. Beslenme becerileri yeterlidir. Çevrelerine ilgileri yemeklerden daha fazla olduğu için yemek konusunda ilgisiz ve isteksiz olmaları annelerinin bu çocukları fırsat buldukları her vakitte yedirmeye zorlamaları şeklinde sonuçlanabilmektedir. Bu çocukların beslenmesi düzenlenirken açıklıklarını algılamaları sağlanacak şekilde üç ana gerekirse bir ara öğün verecek şekilde düzenlenmelidir. Yemek belli bir sürede yenilmeli, yemek sunulduktan en geç 15 dakika içinde başlanmalı, başladıktan sonra 20 dakikada bitirilmeli, çok fazla uzatılmamalıdır. Çocuk bu sürelerde yemeğe başlamazsa ya da bitirmezse yemek kaldırılmalıdır. Öğün aralarında bir sonraki öğüne kadar acıkmayı engelleyecek atıştırmalıklara ya da meyve sularına izin verilmemelidir. Bütün aile bireyleri öğünlerde bu kurallara uymalı, çocuğun istenmeyen davranışları olduğunda istenmeyen davranışın ortadan kalkması için kısa molalar verilmeli, yemeğin yenmesi için çocuk zorlanmamalıdır (11, 21).

2.7.1.1.3.Yemeye Çok Az İlgisi Gösteren Depresif Çocuk

Bu çocuklarda, tekdüze duygulanım mevcuttur. Çocuklar içine kapanık yemeye karşı isteksizdir. Bebeklik döneminde yeme davranışları gelişirken bebek ile

bakım veren arasında göz teması gülümseme gibi paylaşımlar az yapılmış olabilir. Çocuk, ona bakım verenin içinde bulunduğu çeşitli durumlara bağlı (sosyoekonomik durum, ruh sağlığı gibi) ihmal edilmiş olabilir. Bu çocuklar dikkatlice değerlendirilmeli gerekirse ailenin ya da bakım verenin psikiyatristlerden destek alması sağlanmalıdır (11, 21).

2.7.1.1.4. Organik Hastalığa Bağlı İştahsız Çocuk

Bu çocuklarda, iştahsızlık durumu araştırılırken alarm semptomlara sahip olmayıp mevcut tanısı konulamamış, yüksek şüpheyile araştırılıp tanı konulması gereken altta yatan bir organik hastalık mevcut olabilir. Her çocuğun öyküsü, beslenmesi ayrıntılı öğrenilmeli, fizik muayenesi dikkatlice yapılmalı, gelişim geriliği, büyümede duraksama gibi durumlar ihmal edilmemeli çölyak hastalığı, vitamin eksikliği gibi durumlar şüphelenildiğinde araştırılmalı altta yatan organik hastalık teşhis edilerek tedavi edilmelidir (11, 21).

2.7.1.2. İleri Derecede Yemek Seçilmesi

Bu çocuklar belirli tatlara, sunuluş şekillerine normal çocukların gösterdiklerinden daha fazla bir şekilde direnç gösterirler. Bu duruma sıklıkla farklı duyuşal zorluklar da eşlik eder: sestem korkma, kuma çıplak ayakla basamama, elinin kirlenmesinden rahatsız olma gibi. Seçici yeme davranışı bazı besinlerden yeterince faydalanılamamaya sebep olabilir: yumuşak olmayan gıdaların tüketilememesi gibi. Bu davranış ilerleyen dönemde sosyal çevreyle ilişkilerde sorun oluşturabilir. Bu çocukların beslenmesi düzenlenirken yeni besinleri önce aile üyeleri rol model oluşturacak şekilde tüketmeli, çocuğun yemeyi sevdiği besinlerin yanına bu besinlerden az miktarda konularak tadına bakması sağlanmalı, besin çocuğun yiyebileceği şekilde küçük parçalar halinde sunulmalı, yeni besin gerekirse farklı zamanlarda 10- 15 kez denenmeli, besin yenildikten sonra öğürme, kusma olursa çocuk zorlanmamalı, aile bu konularda sabırlı olmalıdır (11).

2.7.1.3. Ağlamanın Beslenmeye Engel Olması

Bu durum daha çok bebeklerde görülmekte olup, bu bebekler çeşitli nedenlerle ağlamaya başladıklarında sakinleşmeleri zor olur. Bu ağlama dönemleri anne tarafından açlık ağlaması olarak algılanarak çocuk beslenmeye zorlanabilir. Sonuçta anne bebek arasında çatışma çıkabilir. Ağlamaya neden olan kolik, konstipasyon, reflü gibi nedenler araştırılmalı ve dışlanmalıdır. Bu bebekler loş, sessiz ortamda uykuya dalma sırasında beslenmeli, anne bebek arasında ten teması, göz teması gibi bebeği rahatlatacak ortam sağlanmalı, bu bebeklere karşı sabırlı olunmalıdır (11).

2.7.1.4. Beslenme Korkusu

Bu bebeklerde çoğunlukla beslenmeden kaçma davranışı göstermelerine sebep olacak kötü bir deneyim söz konusudur: beslenirken boğaza bir şey kaçması zorla beslenme gibi. Bu bebeklerde yutmayı zorlaştıran altta yatan bir hastalık varsa tespit edilmelidir. Korkuya sebep olan durum hatırlatılmadan zaman içinde unutulması sağlanarak farklı koşullarda beslenme denenmelidir. Biberondan korkuyorsa kaşık ya da fincan, bardakla besleme gibi. Ayrıca bu bebekler loş, gürültüsüz ortamda beslenmeli yedirme işi tehdit edici, zorlayıcı tarzda olmamalıdır (11, 21).

2.7.2. İştahsız Çocuklar için Beslenme Önerileri

Organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta davranış değişikliği tedavisi önerilmektedir. Bu öneriler;

- Ebeveyn nerede, ne zaman, ne yenileceğine; çocuk miktarına karar vermeli, çocuk tabağındaki tüm yemeği bitirmesi için zorlanmamalı (11).
- Çocuk gürültüsüz ve dikkati dağıtacak unsurlardan uzakta (televizyon, tablet gibi) beslenmeli (12, 13, 44, 45).
- Çocuğun beslenme sandalyesi de yemek yenilen masaya bitleştirilmiş olmalı, yemek öncesi çocuğa seveceği bir oyuncak verilebilir fakat yemek yenilmeye başlanırken bu oyuncak uzaklaştırılmalı (11).

- Yemekler arasında 3- 4 saatlik besin alınmayan süreler olmalı, çocuğun acıkmasına izin verilmeli (11).
- Yemeklerden önce ve yemek aralarında çocuğun iştahını baskılayacak meyve suyu, süt ve abur cubur gibi atıştırma malzemeleri verilmemeli, susduğunda su alımına izin verilmeli (11-13).
- Yemek sofraya konulduktan 15 dakika içinde yemeye başlanmalı ve yemek yeme 30 dakikadan uzun sürmemelidir. Genellikle 20 dakika yeterlidir (11).
- Çocuklara yaşlarına uygun olacak kıvamda besinler sunulmalıdır. Küçük çocuklara aspirasyona sebep olacak katı ve küçük gıdalar verilmemesi, yeni çiğnemeye başlamış bebeklere daha yumuşak kıvamlı gıdaların verilmesi gerekmektedir (11).
- Çocuk yemeği kendisi yemesi konusunda cesaretlendirilmelidir (11).
- Yemek iyi davranış sonucunda ödül olarak verilmemelidir (11).
- Aile yemek esnasında normal davranmalı, aşırı heyecanlı ya da agresif, kızgın olmamalı, yemek esnasında huzur ortamı olmalıdır (11, 21).
- Yeni besin denendiğinde ve çocuk kabul etmediğinde ara verilerek farklı zamanlarda gerekirse 10 -15 kez denenmelidir (11, 12, 15, 39).
- Çocuğun yemek becerileri gelişirken yaşına uygun şekilde etrafı kirletmesine izin verilmeli, eliyle besinlere dokunmasına, yemesine izin verilmeli, yemek yerken olası yutma zorlukları açısından bebek yalnız bırakılmamalı, gözlenmelidir (11).
- Sağlıklı besin tükettiğinde çocuk cesaretlendirilmeli, övülmeli; tüketmediğinde kızılmamalıdır (11).
- Az miktarlarla hızlı doyan çocuklar sık aralarla küçük porsiyonda beslenmelidirler. Üç ana, çocuğun yeme durumuna göre üç ya da iki ara öğün verilebilir (8, 12).
- Çocuğun gelişimi yeterli ise her gün aynı gıdaları tüketmek istemesine kızılmamalıdır. Beslenmeye alışma döneminde bazı besinleri diğerlerine tercih etme sık görülen bir durum olup çocuğun gelişimi yeterli olduğu sürece bu durumdan endişe edilmemelidir (14, 48).
- Çocuğun yaşına uygun egzersiz aktivite yapması teşvik edilmelidir. Düzenli aktivite yapılması sonucu enerji ihtiyacı artışı vücudun metabolizmasını artırarak iştah artışı yapmaktadır (12, 43).

- Gereksiz yere uzun süre vitamin takviyelerinden kaçınılmalıdır. Yapılan çalışmalarda gereksiz vitamin takviyesinin bazı çocuklarda toksik olabileceği belirtilmiştir (49).
- Ailede yemek seçen bireyler olmamalı, aile bireyleri de sağlıklı beslenerek çocuklara rol model olduklarını unutmamalıdır (12, 41).
- Gerekğinde yemek tabağı çocuğun ilgisini çekecek şekilde süslenebilir (56).
- Yemek yapımına ve yiyecek alımına çocuğun da katılımı gerçekleştirilerek, çocuğun yiyeceklere karşı ilgisi arttırılmalı (57).
- Yemek saatleri düzenli olmalı, her gün aynı saatte beslenmeye özen gösterilmeli, sofraya ailecek oturulmalıdır. Yemek saatlerinde kalabalık ortamlarda beslenmenin çocukların iştahında pozitif etkilerinin olduğu gösterilmiştir (5, 12, 43).
- Beslenme önerileri evde ikamet eden herkes tarafından uygulanmalı, aile çocuğa gösterdiği davranış yönüyle aynı şekilde hareket etmelidir (12, 21).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel pediatri polikliniklerinde yapıldı. Çalışmaya Ağustos 2017 – Kasım 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel pediatri polikliniklerine iştahsızlık şikayeti ile başvuran 129 çocuk alındı. Çalışmaya katılan çocukların ailelerine aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Çalışma öncesinde yeterli sayıda denekle araştırmayı yürütmek için (organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlığın prevalansı %5–10 kabul edildiğinde) %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilerek güç analizi yapıldı. Araştırma prospektif deneysel araştırma olarak planlandı. Çalışma için 2015-KAEK-86/09-77 sayılı, 24/07/2017 tarihli etik kurul onayı alındı.

Çalışmaya alınma ölçütleri olarak:

- Çocukların 2- 10 yaş arası olması
- Ailenin bildirdiği mevcut iştahsızlık durumunun olması
- Çocuğun organik hastalık tanısı ve bulgusu olmaması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olunması esasları alındı.

Dışlanma kriterleri olarak:

- Çocuğun yaşının 2 yaşından küçük, 10 yaşından büyük olması
- Organik hastalığının olması
- Büyüme ve gelişme geriliğinin olması
- Psikiyatrik hastalığının olması
- Çalışma süresince vitamin, mineral içeren takviye grubu ilaçları kullanması
- Çalışma esnasında akut enfeksiyon geçirilmesi olarak belirlendi.

3.2. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve katılma koşullarına uyan hastaların ailelerine, araştırmacı tarafından hazırlanan, çocukların yaşını, doğum kilosu ve şeklini, anne sütü alma zamanını, hastane yatış öykülerini, sevdiği ve sevmediği besinleri içeren, günlük içecek tüketimlerini, aile özelliklerini, kardeş sayılarını, ailede yemek seçen birey varlığını, ailenin sosyoekonomik durumunu, annenin eğitim durumunu içeren 28 sorudan oluşan anket uygulandı. Ailelerden çocukların üç günlük yediklerini miktarlarıyla içeren beslenme çizelgesi tutmaları istendi. Beslenme çizelgesi getiren ailelere iştahsızlıkta davranış tedavisinin önemi anlatılarak; 13 kuraldan oluşan, araştırmacı tarafından, iştahsızlık üzerine yapılmış çalışmalarda tavsiye edilen önerilerden derlenerek hazırlanmış, ailelerin anlayacağı dilde basitleştirilerek yazılmış beslenme kuralları verildi. Ailelerden iki ay boyunca kurallara uymaları, bu sürede ek vitamin ve benzeri ilaçları kullanmamaları istendi. Çalışmaya alındıktan sonra iki ay içinde en az bir kez aileler ile sosyal medya veya telefon vasıtasıyla iletişime geçilerek kurallara uyup uymadıkları sorgulandı, uymayan aileler uymaları konusunda teşvik edildi. İki ay sonunda ailelere çalışmadan fayda görüp görmediklerinde dair, kurallarla ilgili 5 sorudan oluşan değerlendirme anketi yapıldı. Çocukların iki ay sonunda polikliniklerde ya da aile hekimliği merkezlerinde standartlara uygun şekilde ölçülmüş güncel boy ve kilo ölçümleri kaydedildi. VKİ'leri, CDC'nin persentillerinden hesaplandı. Ailelerden tekrar 3 günlük miktarlarıyla yazılmış beslenme çizelgeleri tutmaları istendi. Uygulanan anketlere ve ailelere verilen beslenme kurallarına EK 5-7 olarak çalışmanın sonunda yer verilmiştir.

Çalışmada uygulanan ankette çocuğa ait kişisel, ailesel bilgiler, çocuğun beslenme özellikleri, ailenin sosyoekonomik durumu, çocuğa bakan kişinin eğitim durumu gibi bilgiler sorgulandı.

Tüm çocukların ağırlıkları polikliniklerde hassas tartı ile, boyları sırtları ölçüm paneline paralel olup panele degecek şekilde ölçüm standartlarına uygun pozisyonda ölçüldü. VKİ, CDC'nin belirlemiş olduğu 2- 20 yaş arası kız ve erkek çocuklarında vücut

kitle indeksleri persentillerinden hesaplandı. İki ay sonundaki değerlendirmede çocukların, polikliniklerde ya da aile hekimliği merkezlerinde standartlara uygun şekilde ölçülmüş güncel boy ve kilo ölçümleri kaydedildi.

Çocuklardaki iştahsızlık tanısı ailenin bildirdiği, çocukta mevcut olan iştahsızlık durumu olarak tanımlandı (11). Çocuklarda iştahsızlığın ne zaman başladığı, hangi yiyeceklere karşı istekli hangilerine karşı isteksiz olduğu sorgulandı.

Ailelerin tuttuğu beslenme çizelgelerinden besinlerin miktarlarına uygun protein ve kalori hesabı TURKOMP sitesinden (Ulusal gıda kompozisyon veri tabanı) faydalanılarak hesaplandı.

Beslenme kuralları iştahsızlığın tedavisinde davranış değişikliği önerileri sunan araştırmalardan derlenerek, ailelerin anlayacağı dilde basitleştirilerek oluşturuldu (11, 14, 48).

3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesi 'Scientific Package for Social Sciences' (SPSS 20) programıyla yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu tablolar ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak incelendi. Davranış tedavisi öncesinde ve sonrasındaki değişkenlerin değerlendirilmesinde farklılık olup olmadığı kategorik değişkenlerde ki-kare, parametrik değişkenlerde ise normal dağılıma uyanlarda paired-t testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerde ise Wilcoxon sign rank testi kullanılarak hesaplandı. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson veya Spearman korelasyon testleri ile incelendi. İstatiksel olarak $p < 0,05$ olması anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Çalışmaya iştahsızlık şikayeti ile polikliniğe başvuran 129 çocuk dahil edildi. Bunlardan iki tanesi çalışma esnasında psikiyatrik hastalık nedeni ile takibe alındığı için, bir tanesinin tanı konma aşamasında olan şüpheli kronik hastalık öyküsü olduğu için, dört tanesi çalışma esnasında akut enfeksiyon geçirdiği için, altı tanesi antropometrik ölçümleri üç persentilin altında olması ve büyüme gelişme geriliği açısından takibe alınması nedeniyle, beş tanesi çalışma esnasında vitamin ilacı, beş tanesi de demir ilacı kullandığı için, on tanesi beslenme çizelgesi getirmemesi nedeniyle çalışmadan dışlandı.

Kalan 96 hastanın 44'ü (%45,8) kız, 52'si (54,2) erkekti. Yaş gruplarına göre hasta özelliklerinin ve davranış değişikliği etkinliğinin incelenmesi için hastalar 2-4 yaş, 5-7 yaş, 8- 10 yaş olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Gruplara göre bakıldığında; 2-4 yaş grubu 21 kız, 26 erkek toplam 47 hasta; 5-7 yaş grubu 17 kız, 17 erkek toplam 34 hasta; 8-10 yaş grubu 6 kız, 9 erkek olmak üzere toplam 15 hastadan oluşmaktaydı. Gruplara göre kız, erkek hasta dağılımları tablo 5'te belirtilmiştir.

Tablo 5: Gruplara göre kız ve erkek dağılımları

Yaş Grupları	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%*	n	%*	N	%*
2- 4 yaş	21	47,7	26	50	47	48,9
5- 7 yaş	17	38,6	17	32,6	34	35,4
8- 10 yaş	6	13,6	9	17,3	15	15,6
Toplam	44	100	52	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Vücut ağırlığının persentillere (p) göre dağılımına baktığımızda; 2-4 yaş arasında en fazla olgunun (grubun %34'ü) 25-50 p arasında, 5-7 yaş grubunda (grubun %26,4'ü) 50-75 persentilde olduğu, 8-10 yaş grubunda ise en fazla olgunun eşit olarak (grubun %40'i) 10-25 ve 25-50 persentillerde olduğu, toplamda (totalin %32,3'ü)

25-50 percentilde olduğu görüldü. Tüm gruplarda 97 ve üzeri percentilde ağırlığa sahip hiçbir hasta yoktu.

Tablo 6: Çocukların yaşlara göre vücut ağırlığı percentilleri dağılımı

Vücut ağırlığı percentili	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
3	5	10,6	5	14,7	0	0	10	10,7
3- 10	6	12,7	5	14,7	2	13,3	13	13,5
10- 25	12	25,5	6	17,6	6	40	24	25
25- 50	16	34	9	17,6	6	40	31	32,2
50- 75	5	10,6	9	26,4	0	0	14	14,5
75- 90	2	4,2	0	0	1	6,6	3	3,1
90- 97	1	2,1	0	0	0	0	1	1
97	0	0	0	0	0	0	0	0
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Boy percentillerine göre incelediğimizde; 1. grupta (2-4 yaş) en fazla olgunun (grubun %27,6'sı) 10-25 percentilde olduğu, 2. grupta (5-7 yaş) %35,2 oranı ile 50-75 percentil aralığında olduğu, 3. grupta (8-10 yaş) %40 oranla 50-75 percentil aralığında olduğu görüldü. Toplamda en fazla hastanın (totalin %30,2'si) 50-75 percentil aralığında olduğu görüldü.

Vücut kitle indeksine göre; en fazla hastanın tüm gruplarda (%67,7) 5-85 p (sağlıklı vücut kitle oranı) aralığında olduğu; ardından en fazla hasta grubunun (%29,1) 5 p altında (boyuna göre zayıf) olduğu saptandı. Sadece üç tane hastanın vücut kitle indeksinin 85 percentilin üzerinde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre çocukların vücut ağırlığı, boy, VKİ percentilleri sırasıyla tablo 6, tablo 7 ve tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 7: Çocukların yaşlara göre boy persentillerinin dağılımı

Boy persentili	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
3	0	0	1	2,9	0	0	1	1
3- 10	5	10,6	3	8,8	0	0	8	8,3
10- 25	12	25,5	5	14,7	4	26,6	21	21,8
25- 50	12	25,5	7	20,5	1	6,6	20	20,8
50- 75	11	23,4	12	35,2	6	40	29	30,2
75- 90	4	8,5	2	5,8	3	20	9	9,3
90- 97	2	4,2	3	8,8	1	6,6	6	6,2
97	1	2,1	1	2,9	0	0	2	2
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Tablo 8: Çocukların yaşlara göre vücut kitle indeksi persentilleri dağılımı

VKI persentili	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
5 ve altı	11	23,4	14	41,1	3	20	28	29,1
5- 85	34	72,3	19	55,8	12	80	65	67,7
85- 95	1	2,1	1	2,9	0	0	2	2
95 ve üzeri	1	2,1	0	0	0	0	1	1
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Hastaların doğum haftalarına göre dağılımlarına bakıldığında 2-4 yaş grubunda 38 hastanın term (grubun %80,8), 7 hastanın preterm (%14,8), 2 hastanın (%4,2) postterm; 5-7 yaş grubunda 29 hastanın term (grubun %85,2), 4 hastanın preterm (%11,7), 1 hastanın (%2,9) postterm; 8-10 yaş grubunda 13 hastanın term (grubun %86,6), 2 hastanın preterm (%13,3) doğduğu görüldü. Bu dağılımlar tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Doğum haftalarına göre hasta dağılımları

	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Preterm (36 hf+6 ve altı)	7	14,8	4	11,7	2	13,3	13	13,5
Term (37- 41hf +6)	38	80,8	29	85,2	13	86,6	80	83,3
Postterm (42 hf ve üzeri)	2	4,2	1	2,9	0	0	3	3,1
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Doğum ağırlıklarına göre hastalar incelendiğinde; 2-4 yaş grubunda 41 hastanın (%87,2) doğum haftasına göre uygun ağırlıkta olduğu (AGA - Appropriate for gestasional age), 3 hastanın (%6,3) doğum haftasına göre 10 persentilin altında doğduğu (SGA- Small for gestasional age), 3 hastanın da (%6,3) doğum haftasına göre ağırlığının 90 persentilin üzerinde doğduğu (LGA- Large for gestasional age); 5-7 yaş grubunda 33 hastanın (%97) AGA, sadece 1 hastanın (%2,9) SGA; 8-10 yaş grubundaki 15 hastanın hepsinin AGA doğduğu görüldü. Toplamda 89 hastanın (%92,7) AGA, 4 hastanın (%4,1) SGA, 3 hastanın (%3,1) LGA doğduğu saptandı. Tablo 10'da gruplara göre hasta dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 10: Doğum ağırlıklarına göre hastaların gruplandırılması

	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
SGA	3	6,3	1	2,9	0	0	4	4,1
AGA	41	87,2	33	97	15	100	89	92,7
LGA	3	6,3	0	0	0	0	3	3,1
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Tablo 11’de hastaların doğum şekilleri gösterilmiştir. Toplamda 43 hastanın (%44,7) spontan vajinal yol ile, 53 hastanın (%55,2) sezaryen yol ile doğduğu görüldü.

Tablo 11: Doğum şekillerine göre hastaların dağılımı

VKI persentili	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Spontan vajinal	21	44,6	14	41,1	8	53,3	43	44,7
Sezaryen	26	55,3	20	58,8	7	46,6	53	55,2
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Çalışmaya alınan çocukların anne sütü alım zamanlarına bakıldığında; 2-4 yaş grubundaki hastaların ortalama 15,8 ay (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 18 ay, 0-30 ay), 5-7 yaş grubunda ortalama 19,7 ay (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 24 ay, 0-42 ay), 8-10 yaş grubunda ortalama 17,6 ay (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 15 ay, 3- 42 ay) anne sütü aldıkları görüldü.

Ek gıdaya başlama zamanlarının, 2-4 yaş grubunda ortalama 5,5 ay (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 6 ay, 1,5- 8ay), 5-7 yaş grubunda ortalama 6 ay (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 6 ay, 4- 12 ay), 8-10 yaş grubunda ortalama 6,2 ay (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 6 ay, 4- 8 ay) olduğu görüldü.

İştahsızlık şikayetlerinin zamanları değerlendirildiğinde; 2-4 yaş grubunda ortalama 1,3 yıldır (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 1yıl, 0,1- 4,3 yıl), 5-7 yaş grubunda ortalama 1,9 yıldır (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 1 yıl, 0,5- 7 yıl), 8-10 yaş grubunda ortalama 3,6 yıldır (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 3, 5- 8,5 yıl) iştahsızlıklarının olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan hastaların sıklıkla ishal olma oranlarına bakıldığında sadece 6 hastanın (%6,2) sıklıkla ishal olduğu, 90 hastanın olmadığı görüldü. Sıklıkla ishal olan hastaların 4’ü 2-4 yaş grubunda idi.

Hastalardan 36'sı (%37,5) sıklıkla kabızlık şikayetine sahip olup, 60 hastada bu şikayet mevcut değildi. Yaş gruplarına göre bakıldığında 8- 10 yaş grubunda 8 hastanın (%53) sıklıkla kabızlığının olduğu görüldü. Diğer gruplarda (2-4 yaş ve 5-7 yaş) sırasıyla sıklıkla kabızlık şikayeti olanların tüm gruba oranları %29,7 ile %41 idi.

Çalışmaya alınan hastalardan 33'ünün (%34,3) kolaylıkla kusabildiği, 63'ünün böyle bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Çalışmaya alınan hastalar besin allerjisi yönünden sorgulandığında hastaların sadece 6'sında (%6,2) besin allerjisi öyküsünün olduğu öğrenildi. Kalan 90 hastada besin allerjisi öyküsü mevcut değildi.

Hastaneye yatış sayılarına göre hastalar incelendiğinde 41 hastanın (%42,7) hiç hastane yatışının olmadığı, 44 hastanın (%45,8) bir kere hastane yatışının olduğu; 6 hastanın (%6,2) iki kere hastane yatışının olduğu, 5 hastanın da (%5,2) üç veya üçten fazla hastane yatışının olduğu öğrenildi.

Çalışmaya katılan hastaların severek yediği besinler sorgulandığında; 2-4 yaş grubunda ilk sırada şeker oranı yüksek gıdaların seçildiği, ikinci sırada et, köfte gibi protein oranı yüksek besinlerin seçildiği; 5-7 yaş grubunda da aynı şekilde ilk sırada şekerli gıdaların ikinci sırada proteinli gıdaların seçildiği; 8-10 yaş grubunda ise en çok proteinli gıdaların seçildiği ikinci sırada hamburger tarzı fastfood gıdaların seçildiği öğrenildi. Hastaların yaş gruplarına göre severek yedikleri besin grupları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Yaş gruplarına göre severek yenilen besinler

Severek yenilen besinler	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Şeker oranı yüksek gıdalar	21	44,6	21	61,7	2	13,3	44	45,8
Protein oranı yüksek gıdalar	11	23,4	5	14,7	6	40	22	22,9
Sebze yemekleri	2	4,2	0	0	0	0	2	2
Fast food yiyecekler	3	6,3	3	8,8	4	26,6	10	10,4
Meyve	5	10,6	5	14,7	0	0	10	10,4
Yoğurt, süt, peynir	2	4,2	0	0	2	13,3	4	4,1
İçecekler	3	6,3	0	0	1	6,6	4	4,1
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yemek istemedikleri besinler sorgulandığında; tüm gruplarda ilk sırada sebze yemeklerinin olduğu görüldü. Toplamda 53 hastanın (%55,2) sebze yemeklerini sevmediği, ikinci sıklıkta 15 hastanın (%15,6) proteinli gıdaları sevmediği, üçüncü olarak 12 hastanın (%12,5) peynir, süt, yoğurt sevmediği ve 12 hastanın sevmediği besin sorusuna yok cevabını verdiği öğrenildi. Hastaların yemek istemedikleri besinlerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 13’de gösterildi.

Hastaların gün içinde abur cubur yeme miktarları sorgulandığında tüm gruplarda hastaların en fazla gün içinde birden fazla kez abur cubur tükettiği öğrenildi. Toplamda 58 hastanın (%60,4) birden fazla kez abur cubur tükettiği, 28 hastanın (%29,1) günde bir kez abur cubur tükettiği, 10 hastanın da (%10,4) hiç tüketmediği öğrenildi. Hiç abur cubur tüketmeyen grubun 8 hastası 2- 4 yaş grubundandı. Yaş gruplarına göre abur cubur tüketme oranları Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Hastaların yemek istemedikleri besinlerin yaş gruplarına göre dağılımı

Sevilmeyen besinler	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Şeker oranı yüksek gıdalar	0	0	1	2,9	0	0	1	1
Protein oranı yüksek gıdalar	8	17	4	11,7	3	20	15	15,6
Sebze yemekleri	23	48,9	21	61,7	9	60	53	55,2
Fastfood yiyecekler	0	0	1	2,9	0	0	1	1
Meyve	0	0	0	0	1	6,6	1	1
Yoğurt, süt, peynir	6	12,7	4	11,7	2	5,8	12	12,5
İçecekler	0	0	1	2,9	0	0	1	1
Yok	10	21,2	2	5,8	0	0	12	12,5
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Tablo 14: Yaş gruplarına göre abur cubur tüketme oranları

Abur cubur tüketimi	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Tüketmiyor	8	17	1	2,9	1	6,6	10	10,4
Günde bir kere	14	29,7	11	32,3	3	20	28	29,1
Birden fazla kez	25	53,1	22	64,7	11	73,3	58	60,4
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Abur cubur tüketenlerin çoğunluğunun meyve suyu da tükettiği görüldü ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,003).

Hastaların günlük süt, meyve suyu, çay, kola tüketimleri sorgulandığında, süt tüketiminde 31 hastanın hiç süt içmediği (%32,2), 24 hastanın (%25) günde bir bardak süt içtiği, 16 hastanın (%16,6) iki bardak süt içtiği, 15 hastanın yarım bardak süt içtiği (%15,6) ve 10 hastanın (%10,4) üç bardak süt içtiği öğrenildi. Yaş gruplarına göre süt tüketme oranları Tablo 15’de belirtilmiştir.

Tablo 15: Yaş gruplarına göre süt tüketme oranları

Günlük süt tüketimi	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Tüketmiyor	11	23,4	11	32,3	9	60	31	32,2
Yarım su bardağı	5	10,6	6	17,6	4	26,6	15	15,6
Bir su bardağı	12	25,5	11	32,3	1	6,6	24	25
İki su bardağı	11	23,4	4	11,7	1	6,6	16	16,6
Üç su bardağı	8	17	2	5,8	0	0	10	10,4
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Meyve suyu tüketimi sorgulandığında 38 hastanın (%39,5) günlük düzenli meyve suyu tüketmediği, 34 hastanın (%35,4) günde bir bardak meyve suyu içtiği, 11 hastanın (%11,4) iki bardak meyve suyu içtiği 10 hastanın (%10,4) yarım su bardağı meyve suyu içtiği, 3 hastanın da (%3,1) 3 su bardağı meyve suyu içtiği öğrenildi. Yaş gruplarına göre meyve suyu tüketiminin yaş grubu arttıkça azaldığı görüldü.

Çay tüketimleri sorgulandığında 46 hastanın (%47,9) düzenli çay tüketmediği, 25 hastanın (%26) günde bir bardak çay içtiği, 14 (%14,5) hastanın iki bardak çay içtiği, 4 hastanın (%4,1) yarım bardak çay içtiği, sadece 1 hastanın da (%1) üç bardak çay içtiği öğrenildi. Yaş arttıkça çay tüketme oranlarının da arttığı görüldü.

Kola tüketimleri sorgulandığında 84 hastanın (%87,5) düzenli olarak kola tüketmediği, 5’er hastanın (%5,2) günde bir ve iki bardak kola içtiği, sadece 2 hastanın

(%2) da günde 3 bardak kola içtiği öğrenildi. Günde üç bardak kola içen 2 hasta da 8-10 yaş grubundandı.

Meyve suyu tüketimi fazla olan çocuklarda, kola tüketiminin de fazla olduğu belirlendi. (p=0,005).

Çalışmaya katılan çocukların 58'i (%60,4) ilk çocuğu, ikinci sıklıkla 21 tanesi ikinci çocuk (%21,8), üçüncü sıklıkla 15 tanesi (%15,6) üçüncü çocuğu. Hastalardan 73'ünün (%76) kardeşinde iştahsızlık şikayeti olmayıp, 23'ünün kardeşinde de iştahsızlık şikayeti mevcuttu. Yaş gruplarına göre kardeş sayıları ve kardeşlerde iştahsızlık şikayetinin var olup olmadığı Tablo 16'da gösterildi.

Tablo 16: Yaş gruplarına göre kardeş sayıları ve kardeşlerde iştahsızlık şikayeti

Ailenin kaçınıcı çocuğu	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Birinci	32	68	19	55,8	7	46,6	58	60,4
İkinci	7	14,8	8	23,5	6	40	21	21,8
Üçüncü	6	12,7	7	20,5	2	13,3	15	15,6
Dördüncü	2	4,2	0	0	0	0	2	2
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100
Diğer kardeşlerde iştahsızlık şikayeti	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Var	7	14,8	12	35,2	4	26,6	23	23,9
Yok	40	85,1	22	64,7	11	73,3	73	76
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların 70'inin (% 72,9) ailesi çekirdek aile olup, 26'sının (%27) ailesi geniş aile idi. Ailede yemek seçen başka bir birey varlığı sorgulandığında tüm gruplarda (toplamda 58 kişi, %60,4) en çok "yok" cevabının alındığı, ikinci sıklıkla (toplamda 20 kişi, %20,8) babanın seçici olduğu belirtildi. Yaş gruplarına göre aile yapısı ve ailede yemek seçen birey varlığı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17: Yaş gruplarına göre ailede yemek seçen birey varlığı ve aile yapısı

Yemek seçen birey	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Yok	31	65,9	17	50	10	66,6	58	60,4
Anne	1	2,1	1	2,9	1	6,6	3	3,1
Baba	11	23,4	7	20,5	2	13,3	20	20,8
Kardeş	3	6,3	7	20,5	1	6,6	11	11,4
Diğer	1	2,1	2	5,8	1	6,6	4	4,1
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100
Aile Yapısı	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Çekirdek aile	36	76,5	22	64,7	12	80	70	72,9
Geniş aile	11	23,4	12	35,2	3	20	26	27
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Yemek yenilen ortamda televizyon varlığı sorgulandığında, 77 hastanın (%80,2) yemek yediği ortamda televizyon bulunduğu öğrenildi. Yemek yemediği için ceza verilip verilmediği sorgulandığında 70 hastaya (%72,9) ceza verilmediği öğrenildi. Yemek yenilen ortamda televizyon varlığı ve ceza uygulanıp uygulanmadığı Tablo 18'de belirtildi.

Çalışmaya katılan hastalara yemeği kendilerinin mi yediği yoksa annesi ya da çocuğa bakan kişi tarafından mı yedirildiği sorgulandığında 62 hastanın (%64,5) kendisinin yediği, 25 hastanın (%26) annesi ya da çocuğa bakan kişi tarafından yemek yedirildiği, 9 hastanın da bazen annesi ya da çocuğa bakan kişi yardımıyla bazen de kendisi yediği öğrenildi.

Tablo 18: Yemek yenilen ortamda televizyon varlığı ve ceza uygulanıp uygulanmadığı

Televizyon varlığı	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Var	41	87,2	25	73,5	11	73,3	77	80,2
Yok	6	12,7	9	26,4	4	26,6	19	19,7
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100
Cezalandırma uygulandı mı?	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Evet	10	21,2	12	35,2	4	26,6	26	27
Hayır	37	78,7	22	64,7	11	73,3	70	72,9
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Çalışmaya katılan ailelerin aylık gelir düzeyleri incelendiğinde iştahsızlığı olan hastaların ailelerinin en çok orta gelir düzeyinde olduğu görüldü. Çocuklardan 53 hastanın (%55,2) ailesinin gelir düzeyinin 1500- 5000 TL arasında olduğu, 34 hastanın (%35,4) gelir düzeyinin 1500 TL altında olduğu, sadece 9 ailenin (%9,6) gelir düzeyinin 5000 TL üzerinde olduğu belirlendi. Gelir düzeyi arttıkça süt içiminin de arttığı görüldü ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,04$). Ailelerin gelir düzeylerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Ailelerin gelir düzeyinin yaş gruplarına göre dağılımı

Gelir düzeyi	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
1500 TL altı	16	34	12	35,2	6	40	34	35,4
1500- 5000 TL	26	55,3	19	55,8	8	53,3	53	55,2
5000 TL üstü	5	10,6	3	8,8	1	6,6	9	9,3
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların annesinin çalışma durumu, eğitim düzeyi ve yaşı incelendiğinde; 76 hastanın (%79,1) annesinin çalışmadığı, sadece 20 hastanın (%20,8) annesinin çalıştığı; 58 hastanın (%60,4) annesinin ilkokul mezunu olduğu, 19 hastanın annesinin (%19,8) lise mezunu olduğu, yine 19 hastanın annesinin (%19,8)

üniversite mezunu olduğu öğrenildi. İştahsızlığı olan çocukların annelerinin büyük yüzdesinin (%60,4) eğitim düzeyinin ilkökul düzeyinde olduğu görüldü. Anne yaşı incelendiğinde; ortalama anne yaşının 31,6 yaş olduğu (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 31,5 yaş, 22 yaş-54 yaş) saptandı. Anne yaşı 2-4 yaş grubunda ortalama 29,5 yaş (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 29 yaş, 22 yaş-43 yaş), 5-7 yaş grubunda 32,4 (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 32,5 yaş, 23 yaş-47 yaş), 8-10 yaş grubunda 36,4 (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; 35 yaş, 30 yaş-54 yaş) idi. Yaş gruplarına göre anne eğitim düzeyleri ve çalışma durumları Tablo 20’de gösterildi.

Tablo 20: Yaş gruplarına göre anne eğitim düzeyleri ve çalışma durumları

Annesi çalışıyor mu?	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Evet	10	21,2	8	23,5	2	13,3	20	20,8
Hayır	37	78,7	26	76,4	13	86,6	76	79,1
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100
Annenin mezuniyet durumu	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
İlkokul	23	48,9	24	70,5	11	73,3	58	60,4
Lise	13	27,6	4	11,7	2	13,3	19	19,7
Üniversite	11	23,4	6	17,6	2	13,3	19	19,7
Toplam	47	100	34	100	15	100	96	100

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hastalardan 73’ünün (%76) önceden iştahsızlığı için vitamin takviyesi aldığı, 23’ünün (%23,9) vitamin takviyesi almadığı öğrenildi. Gruplara göre incelendiğinde; 2-4 yaş grubunda 32 hastanın (%68) vitamin takviyesi aldığı, 15 hastanın (%31,9) almadığı, 5-7 yaş grubunda 27 hastanın (%79,4) vitamin takviyesi aldığı, 7 hastanın (%20,5) almadığı, 8-10 yaş grubunda 14 hastanın (%93,3) vitamin takviyesi aldığı, sadece 1 hastanın (%6,6) hiç vitamin takviyesi almadığı saptandı.

Çalışmaya katılan hastalardan çalışmanın başında elde edilen üç günlük yemek listelerinden yaşlarına uygun olarak almaları gereken kalori ve protein yüzdesine göre

hesaplanan protein kalori değerleri incelendiğinde; tüm hastaların ortalama alması gereken kalorinin $75 \pm 26,8$ 'ini aldığı (en az ve en çok değerler sırasıyla; %34 ve %147), 2-4 yaşı grubundaki hastaların alması gereken kalorinin ortalama $76,4 \pm 27,5$ 'unu aldığı (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; %74, %34-%147), 5-7 yaşı grubundaki hastaların alması gereken kalorinin $75,4 \pm 24$ 'ünü aldığı (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; %72,5 , %35-%141), 8-10 yaşı grubundaki hastaların alması gereken kalorinin $73,8 \pm 28,6$ 'sını aldığı (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; %64, %42-%141) saptandı.

Çalışmaya katılan hastalardan iki aylık davranış değişikliği tedavisi sonrası alınan üç günlük yemek listelerinden yaşlarına uygun olarak almaları gereken kalori ve protein yüzdesine göre hesaplanan kalori değerleri incelendiğinde; tüm hastaların ortalama alması gereken kalorinin $81,1 \pm 27$ 'sini aldığı (en az ve en çok değerler sırasıyla; %12 ve %152), 2-4 yaşı grubundaki hastaların alması gereken kalorinin ortalama $81 \pm 30,1$ 'ini aldığı (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; %75, %12-%152), 5-7 yaşı grubundaki hastaların alması gereken kalorinin $84,5 \pm 23,7$ 'sini aldığı (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; %89,5 , %39-%135), 8-10 yaşı grubundaki hastaların alması gereken kalorinin $73,8 \pm 24$ 'ünü aldığı (ortanca, en az ve en çok değerler sırasıyla; %69, %40- %120) saptandı.

Çalışmanın başında alınan üç günlük yemek listelerinden elde edilen verilere göre hastaların aldıkları protein miktarları incelendiğinde; sadece 13 hastanın (%13,5) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, diğer 83 hastanın (%86,4) yeterli düzeyde protein aldığı saptandı. Gruplara göre incelendiğinde; 2-4 yaşı grubunda 6 hastanın (%12,7) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, 41 hastanın (%87,2) yeterli protein aldığı, 5-7 yaşı grubunda 5 hastanın (%14,7) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, 29 hastanın (%85,2) yeterli protein aldığı, 8-10 yaşı grubunda 2 hastanın (%13,3) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, 13 hastanın (%86,6) yeterli protein aldığı tespit edildi.

İki aylık davranış değişikliği tedavisi sonrası alınan üç günlük yemek listelerinden elde edilen verilere göre hastaların aldıkları protein miktarları

incelendiğinde; sadece 10 hastanın (%10,4) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, diğer 86 hastanın (%89,5) yeterli düzeyde protein aldığı saptandı. Gruplara göre incelendiğinde; 2-4 yaş grubunda 4 hastanın (%8,5) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, 43 hastanın (%91,4) yeterli protein aldığı, 5-7 yaş grubunda 4 hastanın (%11,7) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, 30 hastanın (%88,2) yeterli protein aldığı, 8-10 yaş grubunda 2 hastanın (%13,3) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, 13 hastanın (%86,6) yeterli protein aldığı tespit edildi.

Çalışmaya katılan hastalara iki ay sonrasında yapılan kontrol muayene, anket ve üç günlük beslenme çizelgelerinin sonuçları ilk verileriyle karşılaştırmalı olarak incelendiğinde; hastaların iki ay önceki kalori alımı yüzdelerinde, boy artışlarında, vücut kitle indeksi ve kilo artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Protein alımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,540$).

Yaşlara göre bakıldığında, 2-4 yaş grubunda çalışma sonrasında öncekine göre çocukların kilo, boy, kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken ($P<0,05$); VKİ ve protein artışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Çalışmaya katılan 5-7 yaş grubunda, çalışma sonrasında öncekine göre çocukların kilo, boy, VKİ, kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken ($p<0,05$); protein artışlarında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,745$). Çalışmaya katılan 8-10 yaş grubunda; çalışma sonrasında öncekine göre çocukların kilo ve boy artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken ($p<0,05$); VKİ, kalori, protein artışlarında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$). Karşılaştırmalı sonuçlar Tablo 21’de özetlendi.

Çalışmaya katılan ailelere iki ay sonrasında uygulanan ikinci anketteki sorulardan “Beslenme kurallarını uygulayabildiniz mi?” sorusuna 81 aile (%84,3) “evet” cevabını verirken, 15 aile (%15,6) “hayır” cevabını verdi. Hayır cevabını veren 15 ailenin, 5’i 2-4 yaş grubundan (grubun %10,6’sı), 4’ü 5-7 yaş grubundan (grubun %11,7’si), 6 tanesi 8-10 yaş grubundan idi (grubun %40’ı). Kuralları uygulayabilen ve iki aylık davranış değişikliği uygulaması sonrası çocuğunun iştahında olumlu yönde değişim olduğunu belirten ailelerin sayısı 64’tü (%79). Bununla birlikte kuralları

uygulayabilen ve iki aylık davranış değişikliği uygulaması sonrası çocuğunun iştahında değişim olmadığını belirten aile sayısı 17 idi (%21).

Tablo 21: Çalışma öncesi ve sonrası kilo, boy, VKİ, kalori, protein sonuçlarının karşılaştırmalı incelenmesi

Çalışma başındaki değer -1	Yaş grupları			
	2-4 yaş	5-7 yaş	8-10 yaş	Toplam
İki ay sonundaki değer- 2	Ortalama (Min.-max.)	Ortalama (Min.-max.)	Ortalama (Min.-max.)	Ortalama (Min.-max.)
Kilo- 1 (kg)	13,5 (9,5 – 22)	18,5 (12,5- 23)	26 (20- 34)	17,2 (9,5- 34)
Kilo-2 (kg)	14 (10 – 23)	19,5 (13-24)	26,8 (21- 34)	17,9 (10- 34)
<i>p</i> değeri*	<0,001	<0,001	0,009	<0,001
Boy-1 (cm)	95,1 (79- 118)	114,2 (86- 125)	132,4 (121- 142)	107,7 (79- 142)
Boy-2 (cm)	96,6 (81- 122)	115,7 (87- 130)	133,7 (121- 143)	109,2 (81-143)
<i>p</i> değeri*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
VKI-1 (kg/m2)	14,7 (12,5-18,5)	14,2 (12,3- 17,6)	14,7 (13,3-17,5)	14,5 (12,3- 18,5)
VKI-2 (kg/m2)	14,8 (12,3- 18,7)	14,5 (11,9- 17,7)	15 (14,2- 17,1)	14,7 (11,9- 18,7)
<i>p</i> değeri*	0,282	0,05	0,91	0,01
Kalori-1 (%)	76,4 (34 – 147)	75,4 (35- 141)	73,8 (42- 141)	75 (34 – 147)
Kalori-2 (%)	81 (12- 152)	84,5 (39- 135)	73,8 (40- 120)	81,1 (12- 152)
<i>p</i> değeri*	0,001	0,001	0,609	0,007
Protein-1 (%)	190 (69- 390)	158,7 (38- 320)	148,7 (52- 290)	172,6 (34- 390)
Protein-2 (%)	205 (72-457)	159 (58- 321)	132,9 (56- 217)	177,7 (56- 457)
<i>p</i> değeri*	0,247	0,745	0,222	0,540

*Üst iki satırdaki değerlerin arasındaki istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir.

Ailelerin en çok fayda gördükleri kurallar sorgulandığında, 27 aile (%28,1) en çok 2 numaralı kuraldan fayda gördüğünü, 8 aile (%8,3) en çok 3 numaralı kuraldan fayda gördüğünü, 7 aile (%7,2) en çok 7 numaralı kuraldan fayda gördüğünü belirtirken; 30 aile (%31) herhangi bir kural belirtmedi. Ailelerin en çok fayda gördükleri ikinci kural olarak 21 ailenin (%21,8) 10 numaralı kuraldan fayda gördüğü, 6 ailenin (%6,2) 7 numaralı kuraldan fayda gördüğü, 5 ailenin (%5,2) 8 numaralı

kuraldan fayda gördüğü öğrenildi. Ailelerin en çok fayda gördüklerini belirttikleri kuralların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Ailelerin birinci ve ikinci sıklıkta fayda gördüklerini belirttikleri kurallar

Kurallar	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n (%*)		n (%*)		n (%*)		n (%*)	
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
Kural 1	4 (8,5)	0 (0)	2 (5,8)	0 (0)	1 (6,6)	0 (0)	7 (7,2)	0 (0)
Kural 2	5 (31,9)	1 (2,1)	9 (26,4)	0 (0)	3 (20)	0 (0)	27 (28,1)	1 (1)
Kural 3	6 (12,7)	1 (2,1)	1 (2,9)	0 (0)	1 (6,6)	0 (0)	8 (8,3)	1 (1)
Kural 4	1 (2,1)	1 (2,1)	2 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3,1)	1 (1)
Kural 5	2 (4,2)	1 (2,1)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3,1)	1 (1)
Kural 6	1 (2,1)	1 (2,1)	1 (2,9)	2 (5,8)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	3 (3,1)
Kural 7	4 (8,5)	4 (8,5)	2 (5,8)	2 (5,8)	1 (6,6)	0 (0)	7 (7,2)	6 (6,2)
Kural 8	1 (2,1)	4 (8,5)	2 (5,8)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	3 (3,1)	5 (5,2)
Kural 9	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Kural 10	2 (4,2)	10 (21)	2 (5,8)	8 (23,5)	0 (0)	3 (20)	2 (2)	21 (21,8)
Kural 11	0 (0)	1 (2,1)	0 (0)	2 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3,1)
Kural 12	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Kural 13	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Kural belirtilmedi	9 (19,1)	23 (48,9)	12 (35,2)	19 (55,8)	9 (60)	12 (80)	30 (31,2)	54 (56,2)
Toplam	47 (100)	47 (100)	34 (100)	34 (100)	15 (100)	15 (100)	96 (100)	96 (100)

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

Ailelerin uygulamakta en çok zorlandıkları kurallar sorgulandığında; 43 ailenin (%44,7) uygulamakta zorlandığı bir kural belirtmediği, 22 ailenin (%22,9) 7 numaralı kuralı uygulamakta zorlandığı, 7 ailenin (%7,2) 2 numaralı, yine 7 ailenin (%7,2) 11 numaralı kuralı uygulamakta zorlandığı öğrenildi. İkinci sıklıkta uygulamakta zorlanılan kurallara baktığımızda 80 ailenin (%83) herhangi bir kural belirtmediği, 5 ailenin (%5,2) 10 numaralı kuralı uygulamakta zorlandığı, 4 ailenin (%4,2) 7 numaralı

kuralı, yine 4 ailenin (%4,2) 8 numaralı kuralı uygulamakta zorlandığı öğrenildi. Ailelerin uygulamakta zorlandığı kuralların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 23'de belirtildi.

Tablo 23: Ailelerin birinci ve ikinci sıklıkta uygulamakta zorlandıkları kuralların yaş gruplarına göre dağılımı

Kurallar	2-4 yaş		5-7 yaş		8- 10 yaş		Toplam	
	n (%*)		n (%*)		n (%*)		n (%*)	
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
Kural 1	1 (2,1)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	1 (6,6)	0 (0)	3 (3,1)	0 (0)
Kural 2	4 (8,5)	0 (0)	3 (8,8)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	7 (7,2)	1 (1)
Kural 3	3 (6,3)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (4,1)	0 (0)
Kural 4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Kural 5	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,6)	1 (1)	1 (1)
Kural 6	0 (0)	0 (0)	2 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)
Kural 7	13 (27,6)	3 (6,3)	6 (17,6)	1 (2,9)	3 (20)	0 (0)	22 (22,9)	4 (4,1)
Kural 8	3 (6,3)	2 (4,2)	1 (2,9)	2 (5,8)	1 (6,6)	0 (0)	5 (5,2)	4 (4,1)
Kural 9	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Kural 10	2 (4,2)	5 (10,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	5 (5,2)
Kural 11	5 (10,6)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	1 (6,6)	0 (0)	7 (7,2)	0 (0)
Kural 12	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Kural 13	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Kural belirtilmedi	15 (31,9)	36 (76,5)	19 (55,8)	30 (88,2)	9 (60)	14 (93,3)	43 (44,7)	80 (83,3)
Toplam	47 (100)	47 (100)	34 (100)	34 (100)	15 (100)	15 (100)	96 (100)	96 (100)

*Sütun yüzdesini belirtmektedir.

5.TARTIŞMA

İştahsızlık çocukluk çağında sık karşılaşılan bir problem olup, bu nedenle çocuk hekimlerine başvuru da sıktır. Organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta ailelere beslenme ve davranış önerileri verilerek çocuğun büyüme ve gelişiminin izlenmesi esastır. İştahsızlığı organik hastalığa bağlı olmayan 2-10 yaş arası çocuklarda yaptığımız bu çalışmada, ailelere beslenme kuralları verilerek kurallara uymaları istenmiştir. Çalışma esnasında aileler aranarak kurallara uymaları konusunda teşvik edilmiştir. Çalışma sonunda çalışmaya katılan 96 aileden 15 aile çalışma kurallarını uygulayamadıklarını belirtmiştir. Kuralları uygulayamadıklarını belirten 15 ailenin 6'sı (%40) 8- 10 yaş grubundan, 5'i (%10,6) 2-4 yaş grubundan, 4'ü (%11,7) de 5-7 yaş grubundandır. Kuralları uygulayabilen 81 aileden, çocuğunun iştahında olumlu yönde değişim olduğunu belirten aile sayısı 64' tür (%79). Çalışma başlangıcında ailelerden istenen üç günlük yemek listelerinin sonuçlarında hastaların ortalama alması gereken kalorinin %75±26,8'ini aldığı saptanmıştır. Bu sonuç ailelerin bildirdiği iştahsızlık durumu ile uyumlu bulunmuştur. İki aylık davranış tedavisi sonrası alınan üç günlük yemek listelerinin sonuçlarında hastaların alması gereken kalorinin %81,1±27'sini aldığı, ilk verilere göre %6,1'lik bir artış olduğu tespit edilmiş olup; bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Çalışma sonrası bakılan kilo, boy, VKİ, kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup toplamda ve tüm gruplarda protein artışında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında, 2-4 yaş arası grupta kilo, boy, kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup, VKİ artışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. 5-7 yaş grubunda kilo, boy, kalori, VKİ artışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. 8-10 yaş grubunda kilo ve boy artışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, kalori ve VKİ artışlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. 8-10 yaş grubu çalışmaya uyumun da en düşük olduğu gruptur. Bu durum 8 yaşından sonra davranış değişikliğine uyumun daha zor olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Davranış değişikliğinde en çok fayda görülen kurallara bakıldığında, ailelerin en fazla 2 numaralı kuraldan (%28,7), sonrasında (%8,3) 3 numaralı kuraldan, sonrasında da 1 ve 7 numaralı kurallardan (%7,2) fayda gördükleri tespit edilmiştir. (Kural 2: Abur cubur dediğimiz paketlenmiş market ürünlerinden tüketmesine izin vermeyin. Kural 3: Hangi besini hangi saatte yiyeceğine siz karar verin, miktarına çocuğunuz karar versin. Kural 1: Gün içerisinde fazla miktarda su hariç içecek tüketmesine izin vermeyin. Kural 7: Yemek yerken televizyon, tablet gibi dikkat dağıtıcı unsurlar kapalı olmalıdır).

Yapılan araştırmalarda, yeme problemi olan çocukların yemek yemeleri konusunda zorlanılmamaları, yemeğini yemeyen çocuğa bir sonraki öğüne kadar yemek verilmemesi ve tatlı yiyeceklerle ödüllendirilmemesi gerektiği belirtilmiştir (58, 59). Araştırmalarda özellikle sert uygulamalar ve zorlamalar sonucunda çocuğun üzülmeye ve sinirlenmesinin yeme miktarını azalttığı, bunun sonucunda ebeveynlerin daha kaygılı, baskıcı ve denetleyici tutum sergilediği gösterilmiştir (60). Yiyeceği besin miktarına çocuğun kendisinin karar vermesinin, annenin baskıcı tutumunun ortadan kalkarak daha huzurlu bir yemek ortamının oluşmasına ve anne çocuk çatışmasının azalmasına yol açarak faydalı olduğu düşünölmüştür.

Anne ve babanın uygun ve tutarlı beslenme rutinleri oluşturarak, uygun türde, uygun miktarda yiyecek seçeneği sunarak, bunun yanında çocuğun ne kadar yiyeceğine kendisinin karar verdiği, gerektiğinde ailenin davranışsal sınırlar koyduğu beslenme davranışının, çocukların kendi kendilerini beslemeye geçişlerine yardımcı olduğu, bu davranış basamaklarında aksaklıkların olması halinde beslenme sorunlarının ortaya çıkabildiği yapılan araştırmalarca gösterilmiştir (61). Bizim çalışmamızda da ailelerin en çok fayda gördüğü beslenme kurallarından biri olan çocuğun ne yiyeceğine ailenin, ne kadar yiyeceğine ise çocuğun karar vermesi kuralından ailelerin yüksek oranda fayda görmesi, yapılan araştırmalarla uyumlu bulunmuştur.

Yemek yenilen ortamda televizyon bulunan hasta sayısı 77 olup (%80,2), 7 numaralı kuraldan fayda görülmesi yine bu sonuçla uyumlu bulunmuştur.

Hastaların %60,5'u her gün düzenli meyve suyu tüketmekte olup, %52,1'i düzenli çay tüketmektedir. Bu sonuç da 1 numaralı kuraldan çoğunlukla fayda görülmesi ile uyumlu bulunmuştur.

Ailelerin uygulamakta zorlandıkları kurallara bakıldığında en fazla (%22,1) 7 numaralı kuralın belirtildiği ardından, (%7,2) 2 ve 11 numaralı kuralların belirtildiği tespit edilmiştir (Kural 7: Yemek yerken televizyon, tablet gibi dikkat dağıtıcı unsurlar kapalı olmalıdır. Kural 2: Abur cubur dediğimiz paketlenmiş market ürünlerinden tüketmesine izin vermeyin. Kural 11: Eğer çocuğunuz her gün aynı gıdaları tüketmek istiyorsa endişelenmeyin, çocuğunuzun yeterli miktarda kalori ve protein alması her gün aynı gıdayı tüketmesinden daha önemlidir).

Annelerin çoğu beslenme esnasında ağzını kapatan, yemek istemeyen çocuğuna televizyon karşısında dikkatini dağıtarak yemek yedirmektedir. Bu nedenle uygulanması en zor kuralın 7 numaralı kural olarak belirtildiği düşünülmüştür. Wright ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada iştahsızlığı olan çocukların daha çok televizyon, video seyrettiği belirtilmiştir (62). Yapılmış olan diğer çalışmalarda ise televizyon önünde daha çok atıştırma tarzı yemek yenildiğini ve bu yiyeceklerin protein ve yağ oranının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (63). İki-6 yaş arasındaki çocukların televizyon izleme ve beslenme alışkanlıkları arasındaki bağlantıyı araştıran 12 çalışmanın meta analizi sonuçlarında televizyon izleme ile sebze, meyve, lif tüketimi arasında belirgin negatif korelasyon olduğu; televizyon izleme süresi ile enerji, yağ alımının ve atıştırma miktarının artıp kalsiyum alımının azaldığı saptanmıştır (64). Beş yaş altı iştahsızlığı olan çocuklarla ilgili yapılmış olan bir çalışmada yemek yerken televizyon izleme oranı %94,6 bulunmuştur (65). Bizim çalışmamızda ise bu oran %80,2 bulundu.

Aileler yemek seçen, yemeklere karşı iştahsızlık gösteren çocuklarının aç kalacakları korkusu ile ara öğünlerde çocuklarının abur cubur yemelerine izin vermektedirler. Bazı çocuklar alması gereken kaloriyi bu gıdalardan karşılayarak yemeklere karşı isteksizlik gösterebilmektedirler. Bir süre sonra bu durum kısır bir döngü halini almaktadır. Günümüzde devamlı reklamları yapılan, tat, koku, görünüş açısından cazip hale getirilen bu paketlenmiş ürünler, çocuklar için faydalı ve sağlıklı

yemeklerin önüne geçmektedir. Ailelerin uygulamakta zorlandığı kurallar arasında 2 numaralı kuralın olmasının nedeni iştahsız çocuklarda abur cubur tüketiminin yüzdesinin yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Kerr ve arkadaşları tarafından İrlanda’da yapılan çalışmada 5- 8 yaş arası çocukların 7 günlük beslenme çizelgeleri alınmış ve çocukların %20’sinin atıştırma alışkanlığının olduğu belirlenmiştir (66). Çin’de yapılan diğer bir araştırmada ise 3- 17 yaş grubu için %13,2 tespit edilen atıştırma oranının 2004 yılında %35,1’e çıktığı bulunmuştur (67). Amerika’da yapılan diğer bir araştırmada da atıştırma alışkanlığının giderek artış gösterdiği bulunmuştur (68). Çalışmamızda da hastaların %60,4’ünün günde birden çok kez abur cubur tükettiği, %29,1’inin bir kez abur cubur tükettiği (toplamda hastaların %89,1’i) saptanmıştır. Birch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucunda gıda kısıtlaması yapmanın, gıda erişimi kolaylaştığında, bu gıdanın aşırı miktarda tüketileceğini ve kısıtlanan gıdanın diğer gıdalardan daha fazla ilgiye sebep olacağını, böylelikle aşırı tüketim sonucu obeziteye yol açabileceğini göstermişlerdir (69). Yeme sorunun çözümü için önerilen beslenme kurallarında ise abur cubur özellikle öğün öncesi iştah kapatıcı olabildiği için ve çocukların acıkmasını engellediği için önerilmemektedir (11, 48). Çalışmamız sonucunda ailelerin 2 numaralı kuralı uygularken zorlandıkları fakat bunun sonucunda çocukların iştahlarında düzelme olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 2 numaralı kural ailelerin en fazla fayda gördüklerini belirttikleri kuraldır.

İştahsızlık şikayeti ile polikliniğe başvuran aileler tedavi olarak iştahsızlığı geçirecek bir ilaç talebinde bulunup davranış değişikliği tedavisine uygulama olarak olumlu yaklaşmamaktadırlar. Çalışmamızın sonucunda önerdiğimiz davranış değişikliği tedavisinin faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Çalışmamızda özellikle tedaviye uyumun 8 yaş altında daha çok olduğu bulunmuştur. İştahsızlığı olan ailelere bu kuralların özellikle doğru zamanda uygulanması halinde fayda göreceklarının belirtilmesi ailelerin de kuralları uygulamaları konusundaki uyumunu arttıracaktır. Çalışmada tespit edilen ailelerin bildirdiği iştah durumu ile çocukların aldıkları kalori yüzdeleri uyumlu olarak düşük bulunmuştur. Bu sonuç polikliniklerde ailenin bildirdiği iştah durumunun dikkate alınmasının uygun olduğunu göstermiştir.

Saarilehto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aileleri tarafından iştahsız olarak bildirilen çocuklar ile normal iştaha sahip olarak bildirilen çocukların beslenme tarzları ve kilo alımları araştırılmış olup, iştahsız çocukların kalori alımlarını daha çok atıştırma maliklerinden aldıkları daha az sıklıkla sıcak yemeklerden aldıkları, fakat diğer çocuklarla karşılaştırıldıklarında günlük kilo alımlarında bir farklılık olmadığı bulunmuştur (70). Yeme problemi olan çocuklarla, olmayan sağlıklı çocukların incelendiği İsveç'te yapılmış olan bir başka çalışmada ise yeme problemi olan çocukların diğerlerine kıyasla daha düşük oranda enerji, karbonhidrat, protein, çinko ve B6 vitamini aldıkları gösterilmiştir (71). Bizim çalışmamızda da iştahsız çocukların Saarilehto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın aksine kalori alımlarının yaşlarına göre almaları gerekenden daha düşük olduğu bulunmuştur. Kalori alımları yaşlarına göre düşük olmasına rağmen, çocukların kilo olarak normal persentil aralığında oldukları saptanmıştır. Çalışmamıza katılan çocukların büyük çoğunluğunun vücut ağırlığı 25-50 persentil aralığında, VKİ %67,7 sıklıkla 5-85 persentil arasında, %29,1 sıklıkta 5 persentil altında bulunmuştur. Rydell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da seçici olarak iştahsızlık sergileyen çocukların kilo persentillerinin etkilenmediği belirtilmiştir (72). Dubois ve arkadaşlarının okul öncesi çocuklarda yaptığı çalışmada seçici olan çocukların, seçici olmayanlara göre 2 kat daha az kilolu oldukları saptanmıştır (73). Ekstein ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise özellikle seçicilik davranışı olan 3 yaş altındaki çocuklarda seçici olmayanlara göre daha az kilolu olma riskinin arttığı bulunmuştur. Seçicilik davranışı gösteren çocuklar arasında VKİ 5 persentil altında olanların yüzdesi %20,6 olarak bulunmuştur (74). Bizim çalışmamızda da buna benzer şekilde organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlığı olan ve seçicilik davranışı gösteren 2-4 yaş grubundaki çocukların %23,4'ünde VKİ 5 persentil altında saptanmıştır.

Ailenin birey sayısı da iştahsızlık üzerine etkili bulunmuştur. Geniş aileye sahip olan çocuklarda öğünün kalabalık ortamda yenmesi nedeniyle iştahsızlığın daha az görüldüğü bulunmuştur. Ailenin sahip olduğu çocuk sayısı arttıkça iştahsız olmanın 0,6 kat azaldığı yapılan diğer bir araştırmada tespit edilmiştir (43, 65). İştahsız

çocuklarla yaptığımız bu çalışmamızda hastalarımızın %72,9'unun ailesi çekirdek aile özelliğinde idi.

Ailede seçici birey varlığının çocuğa kötü rol model olması nedeniyle iştahsızlığa katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda seçici çocukların annelerinin de daha az çeşitte sebze tükettikleri, annelerinin sağlıklı yiyecekler için daha az zaman harcadıkları, çocuklarına daha az çeşitte sebze sundukları saptanmıştır (75). Diğer bir çalışmada ailede yemek seçen birey olmasının iştahsız olmayı 0,6 kat arttırdığı belirlenmiştir (49, 65, 76, 77). Bizim çalışmamıza katılan çocukların ailelerinde başka seçici birey varlığı %39,6 olarak bulunmuştur. En çok seçici davranış gösteren birey baba olarak saptanmıştır.

Beslenme ve iştahsızlık üzerine anne eğitiminin etkisine bakıldığında, yapılan çalışmalarda annenin eğitiminin olumlu yönde beslenmeyi etkilediği; eğitilmiş annelerin çocuklarına daha doğru beslenme davranışı verdikleri ve önerileri uyguladıkları ayrıca annenin yaşlı ve evli olmasının da beslenmeyi olumlu etkilediği bulunmuştur (40). Xue ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise seçici olan çocukların annelerinin daha zayıf, daha genç ve eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (78). Tümü iştahsız çocuklardan oluşan çalışmamızda da annelerin büyük çoğunluğunun (%60,4) ilkokul mezunu olduğu, sadece %19,8'inin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

İngiltere'de yeme problemi olan 4 yaşındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, yeme problemi olan çocukların sıklıkla ailelerinin ilk çocuğu olduğu bulunmuştur (79). Bizim çalışmamızda da hastaların %60,4'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu saptanmış olup bu durum annenin yaşının ve tecrübesinin çocuğunda iştahsızlık bulunması ile ters orantılı olduğunu göstermektedir. Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması 31,6 yaş olarak bulunmuştur.

Ailelerin ekonomik düzeylerinin iştahsızlığa etkisi incelendiğinde iştahsız çocukların değerlendirildiği bir çalışmada bu ailelerin kalabalık ve asgari ücret düzeyinde gelirlerinin olduğu bulunmuştur (80). Çalışmamızda ise bu çalışmanın sonucundan farklı bir şekilde ailelerin büyük çoğunluğunun gelir düzeylerinin 1500-

5000 TL arasında olduğu, bundan sonra ikinci sıklıkla 1500 TL altında olduğu bulunmuştur.

İştahsızlığı olan 1- 60 ay arası çocukların incelendiği bir çalışmada hastaneye yatış oranları %17,3 olarak saptanmışken, hastaneye yatan çocukların vücut ağırlığı diğerlerine göre daha düşük olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise hastaneye yatış oranları %57,3 olarak bulunmuştur (80).

Kusma ve gastroözefagial reflü de iştahsızlık için bir risk faktörü olup, yapılan çalışmalarda yeme problemi olan çocuklarda reflü saptanma oranları da yüksek bulunmuştur. İştahsızlıkla ilgili yapılan bir çalışmada bu oran %36 olarak bulunmuştur (80, 81). Bizim çalışmamıza katılan hastalar arasında da kolay kusabilen çocukların yüzdesi %34 olarak bulunmuştur. Ayrıca iştahsızlığı olan çocuklarda kabızlık da sık görülen bir sorun olarak bulunmuştur. Sağlıklı çocuklarda kabızlık görülme oranı %5-10 olarak bildirilmiş olup iştahsızlıkla ilgili yapılan diğer bir çalışmada iştahsızlığı olan çocuklarda bu oran %41,7 olarak bulunmuş ve bu çocuklarda vücut ağırlığının da diğer çocuklara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (79). Bizim çalışmamızda ise kabızlık şikayeti olanların yüzdesi %37,5 olarak tespit edilmiştir.

İştahsız çocukların değerlendirildiği bir çalışmada vücut ağırlığı düşük olan çocukların daha kısa süre anne sütü aldıkları bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin ek gıdaya geçiş sürelerine bakıldığında %53,3 hastada 3. ayda ek gıdaya geçildiği tespit edilmiştir (80). Yapılan bir diğer çalışmada 6 aydan önce ek gıda verilen çocuklarda 2,5 kat, 4 aydan önce ek gıdaya geçilenlerde ise 3,6 kat daha fazla yemek yeme korkusu oluştuğu ve bu durumun çocuklarda kısıtlı çeşitte yiyecek tüketmelerine neden olduğu saptanmıştır. Bu dönemdeki beslenme sırasındaki herhangi bir sorunun çocuklarda travmatik bir olaya dönüşerek, ileri yaşlarda seçicilik gelişmesine sebep olabileceği düşünülmüştür. Altı aydan daha uzun emzirilen çocuklarda ise yemek reddinin %81, yemek yeme korkusunun %75, yiyeceklerin hazırlanma şekliyle ilgili seçiciliğinin ise %78 oranında azaldığı tespit edilmiştir (82). Anne sütü ve seçicilikle ilgili yapılan diğer bir araştırmada ise anne sütü ile beslenen çocukların, anne sütü ile annenin aldığı besinlerin tadı ve kokusu ile tanışarak, ileride o besinlere karşı yeme reddi gibi davranışları daha az gösterdikleri tespit edilmiştir (83). İştahsız çocuklar

üzerine yaptığımız bu çalışmamızda ise anne sütü alımının ortalama 17,5 ay olduğu (ortanca, en düşük ve en yüksek değerler sırasıyla 19,5 ay, 0 ay, 42 ay), ek gıdaya geçiş süresinin ise ortalama 5,8 ay (ortanca, en düşük ve en yüksek değerler sırasıyla 6 ay, 1,5 ay, 12 ay) olduğu tespit edilmiştir.

Yeme isteksizliği olan çocukların besin tercihlerine bakıldığında, bu çocukların sıcak yemekler yerine atıştırmalıkları daha çok tercih ettiği, yapılan diğer bir çalışmada ise yine aynı şekilde nişastalı ve şekerli gıdaları daha çok tercih edildiği, bu çocukların en çok yemek istemedikleri besin grupları olarak sırasıyla sebzeler, meyveler ve proteinli gıdalar olduğu bulunmuştur (70, 80). Wright ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise oyun çocukluğu dönemi beslenmesinin belirgin özelliği, sebze ve meyveyi reddetme, şekerli gıdalar isteme olarak belirtilmiştir (62). Beş yaş altı çocuklarda iştahsızlığın incelendiği başka bir çalışmada ise, sebze, meyve ve proteinli gıdaların sevilme yüzdesinin yeme problemi olmayan çocuklarda daha sık olduğu bulunmuştur (65). Çalışmamızda da önceki çalışmalarla uyumlu olarak severek yenilen besin grupları sırası ile şekerli gıdalar, proteinli gıdalar ve fastfood ürünler olarak bulunmuştur. Bunun yanında yemede isteksizlik gösterilen besinler ise sırasıyla sebze yemekleri, protein oranı yüksek besinler, yoğurt, süt, peynir gibi kalsiyum içeren gıdalar olarak bulunmuştur. Erken çocukluk döneminde seçici davranış gösteren çocukların, adolesan dönemde de seçici davranışlarının devam ettiği, bu durumun adolesan dönemde de yeme bozukluklarına yol açabileceği yapılan diğer bir araştırmada belirtilmiştir (84).

Sıvı tüketimi ve iştahsızlık değerlendirildiğinde aşırı miktarda içecek tüketiminin de iştah üzerine olumsuz etkisinin olduğu, içecek tüketimi fazla olan çocukların annelerinin, içeceklerin kalorisiz olduğunu, bu nedenle içeceklerin çocuklarda tokluğa yol açarak yemek yemelerine engel olmayacaklarını, sık şekerli içecek ya da süt tüketiminin çocuklarında fazla kiloya yol açmayacaklarını düşündükleri gösterilmiştir (85). Bu içecekler çocuklarda kolay kalori alımı sağlayarak midelerini doldurmaktadır. İştahı az olan çocukların yemek vakitlerinden önce süt içmeyi tercih ettikleri yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (86). En çok fayda görülen davranış kuralları arasında olan çocukların gün içinde su hariç çok fazla içecek

tüketimine izin verilmemesi kuralının uygulanması ile çocukların iştahında artış görülmesi bu konudaki araştırmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada çocuğun yaşı büyüdükçe sıvı tüketiminin arttığı bulunmuştur (65). Bizim çalışmamızda ise süt ve meyve suyu tüketiminin yaş büyüdükçe azaldığı, tersine çay ve kola tüketiminin yaş büyüdükçe arttığı tespit edildi.

İştahsızlık için vitamin takviyesi yapılması ailelerin polikliniklerde doktorlardan özellikle talep ettikleri bir durum olup bizim çalışmamıza katılan hastaların da %76'sının önceden vitamin şurubu kullandığı öğrenilmiştir. Çocuklara destek amaçlı vitamin ve mineral verilmesi, bu vitamin ve minerallerin birikerek toksik etkilere sebep olabilmesi nedeniyle rutin önerilmemektedir (87).

Çalışmamızda 2-10 yaş aralığında iştahsızlığı olan 96 hasta yaş gruplarına göre gruplandırılarak ayrıntılı incelenmiştir. Literatürde yeme problemi olan çocukların aldığı kaloriler üzerine yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamız bu açıdan değerli olup, aynı zamanda annenin bildirdiği iştah durumunun doğru olduğunu da kanıtlamaktadır. Çalışmaya katılan çocukların ortalama aldıkları kalori miktarı yaşlarına göre almaları gereken miktardan yaklaşık %25 düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmamız sayesinde organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta ailelere verilen davranış değişikliği önerilerinin uygulandığı takdirde özellikle 8 yaş altı hastalarda faydalı olduğu bulunmuştur. Bu konuda 2004 yılında Finlandiya' da yapılan bir çalışmada, iştahsız çocukların kalori alımlarını daha çok atıştırma alışkanlıklarından karşıladıkları bulunmuştur (70). Bizim çalışmamızda bu sonuçla uyumlu olarak hastaların büyük yüzdesinde gün içinde abur cubur tüketme alışkanlığı mevcut olup, abur cubur tüketimlerinin kısıtlanması ile iştahlarında artış olmuştur. Bu sonuç iştahsızlık şikayetiyle polikliniğe başvuran çocukların dikkatlice değerlendirilmesi gerektiğini ve ailelerin bu konudaki kaygılarının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda çocukların özellikleri, geçmişi, beslenme durumu ve üç günlük yemek listeleri ebeveynlerinden alınan bilgilerden elde edilmiştir. Ailelerden üç günlük yemek listeleri ayrıntılı ve miktarlarıyla istenmiştir. Çocukların beslenmelerinin birebir gözlenerek elde edilmemesi bu çalışmanın kısıtlılığı olarak

düşünülmüştür. Çalışmamıza katılan hastaların aldıkları kalori miktarlarının yüzdesi, DSÖ'nün yaşa göre önerilen kalori miktarlarına göre hesaplanmıştır. Sağlıklı çocukları da içeren daha kapsamlı bir çalışma yapılarak sağlıklı Türk çocuklarının yaşlarına göre alması gereken kaloringin yüzde kaçını aldıklarının araştırılması iştahsız olduğu belirtilen çocuklarda yetersiz kalori alımının olup olmadığını göstermede daha doğru sonuçlara ulaşmamıza yardımcı olacaktır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan 2-10 yaş arası iştahsızlığı olan 2-4 yaş grubundaki hastaların ortalama vücut ağırlığının 10-25 persentil aralığında, ortalama boylarının 10- 25 persentilde olduğu, 5-7 yaş grubundaki hastaların ortalama vücut ağırlığının ve boylarının 50-75 persentil aralığında olduğu, 8-10 yaş grubundaki hastaların ortalama vücut ağırlığının 10-50 persentil aralığında, ortalama boylarının 50- 75 persentil aralığında olduğu tespit edildi. Hastaların %67,7'sinin VKİ'nin 5- 85p (sağlıklı vücut kitle oranı) aralığında olduğu, %29,1'inin 5p altında olduğu saptandı. Hastaların %83,3'ünün zamanında, %13,3'ünün zamanından önce doğduğu, %92,7'sinin haftasına uygun vücut ağırlığında doğduğu, %55,2'sinin sezaryen ile doğduğu öğrenildi. İki-4 yaş grubundaki hastaların ortalama 15,8 ay, 5-7 yaş grubundaki hastaların ortalama 19,7 ay, 8-10 yaş grubundaki hastaların ortalama 17,6 ay anne sütü aldıkları görüldü. Ek gıdaya başlama zamanlarının, 2-4 yaş grubunda ortalama 5,5 ay, 5-7 yaş grubunda ortalama 6 ay, 8-10 yaş grubunda ortalama 6,2 ay olduğu öğrenildi. İştahsızlık şikayetlerinin 2-4 yaş grubunda ortalama 1,3 yıldır, 5-7 yaş grubunda ortalama 1,9 yıldır, 8-10 yaş grubunda ortalama 3,6 yıldır olduğu öğrenildi. Çalışmaya katılan hastalardan sadece %6,2'sinin sıklıkla ishal olma şikayetinin olduğu ve bu hastaların %66,6'sının 2-4 yaş grubundan olduğu; tüm hastaların %37,5'unun sıklıkla kabızlık şikayetinin olduğu, hastaların %34,3'ünün kolaylıkla kusabildiği; hastaların sadece %6,2'sinde besin alerjisi öyküsünün olduğu öğrenildi. Hastaların %57,3'ünde hastaneye yatış öyküsü olduğu öğrenildi.

Çalışmaya katılan hastaların severek yediği besinlerin sırasıyla şekerli gıdalar, proteinli gıdalar ve fastfood ürünler olduğu, yemede isteksizlik gösterdikleri besinlerin sırasıyla sebze yemekleri, protein oranı yüksek besinler, yoğurt, süt, peynir gibi kalsiyum içeren gıdalar olduğu saptandı. Hastaların %89,6'sının her gün düzenli abur cubur tükettiği, abur cubur tüketenlerin çoğunluğunun meyve suyu da tükettiği ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Hastaların %67,8'inin günlük düzenli süt tükettiği, %60,4'ünün günlük düzenli meyve suyu tükettiği, %52'sinin günlük düzenli çay, %12,5 hastanın her gün kola içtiği ve meyve suyu tüketimi fazla olan çocuklarda, kola tüketiminin de fazla olduğu saptandı.

Hastaların % 72,9'unun çekirdek ailesinin olduğu, %27'sinin geniş ailesinin olduğu; %60,4'ünün ailesinde yemek seçen birey olmadığı, ailede seçici birey olanlarda en çok babanın seçici olduğu belirlendi. Hastaların %80,2'sinin yemek yediği ortamda televizyon bulunduğu öğrenildi. Hastaların %28,1'ine yemek yemediği için ceza verildiği öğrenildi. Hastaların büyük çoğunluğunun yemeği kendisinin yediği öğrenildi. Hastaların büyük çoğunluğunun (%55,2) aylık gelir düzeyinin 1500- 5000 TL arasında olduğu, gelir düzeyi arttıkça süt tüketiminin de arttığı görüldü. Çalışmaya katılan hastaların %79,1'inin annesinin çalışmadığı, annelerin büyük çoğunluğunun (%60,4) ilkokul mezunu olduğu ve ortalama anne yaşının 31,6 yaş olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan hastalardan %76'sının önceden vitamin takviyesi aldığı, %23,9'unun almadığı öğrenildi.

Çalışmaya katılan ailelerin %84,3'ü beslenme kurallarını uygulayabildiğini belirtirken %15,6'sı uygulayamadığını belirtti. Kuralları uygulayamayan grubun büyük yüzdesini 8-10 yaş grubundaki hastaların oluşturduğu tespit edildi. Kuralları uygulayabilen ve çocuğunun iştahında olumlu yönde değişim olduğunu belirten ailelerin sayısı 64'tü (%79). Bununla birlikte kuralları uygulayabilen ve iki aylık davranış değişikliği uygulaması sonrası çocuğunun iştahında değişim olmadığını belirten aile sayısı 17 idi (%21).

Çalışmanın başında elde edilen üç günlük yemek listelerinden hesaplanan kalori değerleri incelendiğinde; hastaların ortalama alması gereken kaloringin %75±26,8'ini aldığı saptandı. İki aylık davranış değişikliği tedavisi sonrası alınan üç günlük yemek listelerinden yaşlarına uygun olarak almaları gereken kalori yüzdesine göre hesaplanan kalori değerlerine göre; hastaların ortalama alması gereken kaloringin %81,1±27'sini aldığı ve bu sonucun çalışmanın başında hesaplanan ortalama kaloriye göre artmış olduğu ve sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu tespit edildi. Hastaların aldıkları protein miktarları incelendiğinde; sadece 13 hastanın (%13,5) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, diğer 83 hastanın (%86,4) yeterli düzeyde protein aldığı saptandı. İki aylık davranış değişikliği tedavisi sonrası alınan üç günlük yemek listelerinden elde edilen verilere göre hastaların aldıkları protein miktarları

incelendiğinde; sadece 10 hastanın (%10,4) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, diğer 86 hastanın (%89,5) yeterli düzeyde protein aldığı saptandı. Protein alım artışında çalışma öncesinde ve sonrasında anlamlı bir değişiklik saptanmadı.

Çalışmaya katılan hastalara iki ay sonrasında yapılan kontrol muayene, anket ve üç günlük beslenme çizelgelerinin sonuçları ilk verileriyle karşılaştırmalı olarak incelendiğinde; hastaların iki ay önceki kalori alımı yüzdelerinde, boy artışlarında, vücut kitle indeksi ve kilo artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluştuğu görüldü. Yaşlara göre 2-4 yaş grubunda çalışma sonrasında öncekine göre kilo, boy, kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken; VKİ ve protein artışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Beş-7 yaş grubunda, çalışma sonrasında öncekine göre kilo, boy, VKİ, kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken; protein artışlarında anlamlı bir fark gözlenmedi. Sekiz-10 yaş grubunda; kilo ve boy artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken; VKİ, kalori, protein artışlarında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Ailelerin en çok fayda gördükleri kuralların sırasıyla 2, 3, 7 numaralı kurallar olduğu tespit edildi. Ailelerin en çok fayda gördükleri ikinci kuralların sırasıyla olarak 10, 7, 8 numaralı kurallar olduğu tespit edildi.

Ailelerin uygulamakta en çok zorlandıkları kuralların 7, 2, 11 numaralı kurallar olduğu öğrenildi. İkinci sıklıkta uygulamakta zorlanılan kuralların sırasıyla 10, 7, 8 numaralı kurallar olduğu öğrenildi.

Çalışmanın kısıtlılığı soruların sadece ailenin beyanına dayalı olarak alınması, üç günlük beslenme çizelgelerinin birebir gözlenerek değil anne beyanıyla alınmış olmasıydı. Annenin bildirdiği iştahsızlığı olan çocukların kalori yüzdelerinin almaları gereken kalori miktarının normalin altında saptanması, annenin bildirdiği iştah durumuna güvenmemiz gerektiğini ortaya koymuştur. Bununla beraber sağlıklı çocuklardan oluşan bir kontrol grubundan elde edilecek üç günlük verilerle bu sonucun karşılaştırılması annenin bildirdiği iştah durumunun ne derece doğru olduğunu daha güvenilir şekilde açıklığa kavuşturacaktır.

Ebeveynler çocuklara beslenme konusunda rol model olmalı, sağlıklı beslenmeli ve çocukları sağlıklı besin tükettiğinde onları desteklemeli, tüketmediğinde kızmamalı cezalandırmamalıdır. Ebeveynler ve çocuğun bakımından, beslenmesinden sorumlu olan kişiler çocuklara karşı hoşgörölü, sabırlı, uyumlu ve sağlıklı beslenmeyi teşvik edici, özendirici şekilde davranmalıdır.

Ek gıda başlanma döneminde, çocuk tarafından reddedilen ek gıdalar uygun aralarla gerektiğinde 10-15 kez denenmeli, çocuğun beslenmesinden sorumlu olan kişi bu konuda sabırlı olmalıdır. Çocuk yemeği kendisi yeme becerisi kazandığında çocuğun yemeği kendi kendine yemesi teşvik edilmelidir.

Sofrada huzur ortamı olmalı, yemek yerken dikkat dağıtıcı unsurlar kapalı olmalı, her gün aynı saatlerde yemek toplu bir şekilde yenilmeli ve yemek sofraya konulduktan en geç 30 dakika sonra sofradan kaldırılmalıdır. Yenecek besinlere ve yemeklere çocuğun beslenmesinden sorumlu kişi karar verirken, ne kadar yiyeceğine çocuk karar vermeli ve tabağının hepsini bitirmesi için zorlanmamalıdır.

Faydalı gıda alımını kısıtlayan ve besinsel değeri olmadan mide dolduran abur cubur dediğimiz paketlenmiş market ürünlerinden tüketim olabildiğince en az düzeye indirilmeli ve yemek öncesinde iştahi kapatacak bu besinler çocuğa verilmemelidir. Yemek öncesi mideyi doldurup iştahi kapatan meyve suları çocuklara verilmemelidir.

Sağlıklı beslenme davranışı çocuklara beslenme kurallarına uyumun yüksek olduğu 8 yaşından önce kazandırılmalıdır. Ayrıca çocukların düzenli fiziksel aktivite yapmaları desteklenmelidir.

Sonuç olarak; organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlığı olan hastalarda ebeveynler doğru davranış şekillerini benimsemeli, çocuklarına karşı sağlıklı beslenme konusunda baskıcı olmadan kararlı, sevgi dolu ve teşvik edici olmalılardır.

7.KAYNAKLAR

1. Merdol Kutluay T. Beslenme eğitimi ve danışmanlığı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara. 2008.
2. Özen H. Soru ve cevaplarla çocuk beslenmesi. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2015. 1 p.
3. Neyzi O. Pediatri Nobel Tıp Kitabevi; 2002. 183- 201 p.
4. Osborn L, DeWitt T, First L, Zenel J. Pediatri. 1. 1 ed: Güneş Kitabevi; 2007. p. 145-51.
5. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: A population-based survey. Child: care, health and development. 2000;26(1):5-16.
6. Benoit D. Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. Handbook of infant mental health. 2000;2:377-91.
7. Kurt E, Örün E. Yeme bozukluğu olan çocuğa yaklaşım. Journal of Current Pediatrics/Güncel Pediatri. 2016;14(3).
8. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. Journal of the American Dietetic Association. 2004;104:57-64.
9. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2003;42(1):76-84.
10. Shaw RJ, DeMaso DR. Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine. 2010(1).
11. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. Clinical pediatrics. 2009;48(9):960-5.
12. Ünal F. İştahsız çocuklara klinik yaklaşım. Güncel Pediatri. 2011;1(9):79-84.
13. Temizel İNS. İştahsız çocuk. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:176-81.
14. Bithoney W. Failure to thrive/growth deficiency. Pediatr Rev. 1992;12:453-60.

15. Lee K, Song Y-M. Parent-reported appetite of a child and the child's weight status over a 2-year period in Korean children. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(4):678-80.
16. Baysal A. Genel Beslenme. 11.baskı ed: Hatipoğlu Yayınları; 2010.
17. WHO. The global burden of disease :2004 update. Geneva; 2008.
18. Black R, Allen L, Bhutta Z. Maternal and child undernutrition:global and regional exposures and health consequences. *Lanset*. 2008:60.
19. Martorell R, Khan LK, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *European journal of clinical nutrition*. 1994;48:S45-57.
20. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel Pediatri. 1. Baskı ed. Hasanoğlu A, editor. Ankara: Güneş Kitabevi; 2010. 27-8 p.
21. Selimoğlu MA. Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi. 1 ed. İstanbul Akademi Yayınevi; 2014.63-95 p.
22. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American journal of clinical nutrition*. 2000;71(5):1054-61.
23. American Academy of Pediatrics CoN. The use and misuse of fruit in pediatrics. *Pediatrics*. 2000:3.
24. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(9):1502-10.
25. Wardle J, Huon G. An experimental investigation of the influence of health information on children's taste preferences. *Health education research*. 2000;15(1):39-44.
26. Control CfD, Prevention. School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports*. 2011;60(RR-5):1.
27. WHO/FAO/UNU. Expert Consultation : Human energy requirements. Rome; 2004.

28. WHO/FAO/UNU. Expert Consultation. Protein and amino acid requirements in human nutrition Geneva Switzerland; 2007. Contract No.: WHO Technical Report Series.
29. Derneği TMP. Türkiye Milli Pediatri Derneği Çocuk Endokrinolojisi Ve Diyabet Derneği Ortak Kılavuzu. 2014.
30. Furuncuoğlu Y. Pediatri Akıl Notları. 1. ed. Güneş Kitabevi; 2013. 460-1 p.
31. Rogol AD, Hayden GF. Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. The Journal of pediatrics. 2014;164(5):S1-S14. e6.
32. Devocioğlu Ö, Çıtak A. Pediyatride Rutinler. 3. ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014. 285-6 p.
33. Guyton A, Hall j. Textbook of Medical Physiology. 11. ed: Elsevier Saunders; 2006. 867-72 p.
34. Arıkan Ş. İnsanlarda açlık ve tokluk hissinin oluşumu.
35. Fride E, Bregman T, Kirkham TC. Endocannabinoids and food intake: newborn suckling and appetite regulation in adulthood. Experimental Biology and Medicine. 2005;230(4):225-34.
36. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric Feeding Problems. 2003.
37. Foster GD. Clinical implications for the treatment of obesity. Obesity. 2006;14(S7).
38. Chatoor I, Schaefer S, Dickson L, Egan J. Non-organic failure to thrive: a developmental perspective. Pediatric Annals. 1984;13(11):829-35, 38, 40-2.
39. Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razafindrakoto C, Ziegler P. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self-regulation. Journal of the American Dietetic Association. 2006;106(1):77-83.
40. Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. Journal of the American Dietetic Association. 2006;106(1):135-48.
41. Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. Appetite. 2008;50(2):252-9.

42. Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. "Just three more bites": An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*. 2007;48(1):37-45.
43. King NA, Hester J, Gately PJ. The effect of a medium-term activity-and diet-induced energy deficit on subjective appetite sensations in obese children. *International journal of obesity*. 2007;31(2):334-9.
44. Francis LA, Birch LL. Does eating during television viewing affect preschool children's intake? *Journal of the American Dietetic Association*. 2006;106(4):598-600.
45. Bellissimo N, Pencharz PB, Thomas SG, Anderson GH. Effect of television viewing at mealtime on food intake after a glucose preload in boys. *Pediatric Research*. 2007;61(6):745-9.
46. Shaw RD, David. *Textbook of pediatric psychosomatic medicine: American Psychiatric Pub*; 2010.
47. Rudolph CD, Link DT. Feeding disorders in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49:97-112.
48. Duryea TK, Motil KJ. Poor weight gain in children older than two years of age: Uptodate; 2017 [updated 28.11.2015. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/poor-weight-gain-in-children-older-than-two-years-of-age/print>.
49. Briefel R, Hanson C, Fox MK, et al. Feeding infants and toddlers study: do vitamin and mineral supplements contribute to nutrient adequacy or excess among US infants and toddlers? *Journal of the American Dietetic Association*. 2006;106(1):52. e1-. e15.
50. Homnick DN, Marks JH, Hare KL, Bonnema SK. Long-term trial of cyproheptadine as an appetite stimulant in cystic fibrosis. *Pediatric pulmonology*. 2005;40(3):251-6.
51. Alyaarubi S, Ramsay M, Rodd C. Megestrol acetate promotes euglycemia and appetite in a child with persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy. *Acta Paediatrica*. 2004;93(3):422-3.

52. Goncalves CG, Ramos EJ, Romanova IV, Suzuki S, Chen C, Meguid MM. Omega-3 fatty acids improve appetite in cancer anorexia, but tumor resecting restores it. *Surgery*. 2006;139(2):202-8.
53. Bekem O, Buyukgebiz B, Aydin A, Ozturk Y, Tasci C, Arslan N, et al. Prokinetic agents in children with poor appetite. *Acta gastro-enterologica Belgica*. 2005;68(4):416-8.
54. Rybak A. Organic and nonorganic feeding disorders. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2015;66(Suppl. 5):16-22.
55. Chatoor I, Ammaniti M. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V. 2007:227-42.
56. Kral TV, Stunkard AJ, Berkowitz RI, Stallings VA, Brown DD, Faith MS. Daily food intake in relation to dietary energy density in the free-living environment: a prospective analysis of children born at different risk of obesity. *The American journal of clinical nutrition*. 2007;86(1):41-7.
57. Van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*. 2012;58(2):567-74.
58. Ünlü G, Aras Ş, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem Ö. Yeme reddi olan çocukların annelerinde kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtileri ve aile işlevleri. 2006.
59. Carruth BR, Skinner J, Houck K, et al. The phenomenon of "picky eater": a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *Journal of the American College of Nutrition*. 1998;17(2):180-6.
60. Black MM. Commentary: feeding problems: an ecological perspective. *Journal of pediatric psychology*. 1999;24(3):217-9.
61. Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı ed2005. 3217-27. p.
62. 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):e1069-e75.

63. Byrne LK, Cook KE, Skouteris H, Do M. Parental status and childhood obesity in Australia. *Pediatric Obesity*. 2011;6(5-6):415-8.
64. Ford C, Ward D, White M. Television viewing associated with adverse dietary outcomes in children ages 2–6. *obesity reviews*. 2012;13(12):1139-47.
65. Vatandas N. Beş Yaş Altı Çocuklarda İştahsızlık Örüntüsü. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ufuk Beyazova)
66. Kerr MA, McCrorie TA, Rennie KL, et al. Snacking patterns according to location among Northern Ireland children. *Pediatric Obesity*. 2010;5(3):243-9.
67. Yu D, Zhang B, Zhao L, Wang H. Snacks consumption in Chinese children and adolescents at the ages of 3-17 years. *Wei sheng yan jiu= Journal of hygiene research*. 2008;37(6):710-3.
68. Jahns L, Siega-Riz AM, Popkin BM. The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *The Journal of pediatrics*. 2001;138(4):493-8.
69. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American journal of clinical nutrition*. 2003;78(2):215-20.
70. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, et al. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. *The Journal of pediatrics*. 2004;144(3):363-7.
71. Lindberg L, Östberg M, Isacson IM, Dannaeus M. Feeding disorders related to nutrition. *Acta Paediatrica*. 2006;95(4):425-9.
72. Rydell A-M, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *The Journal of genetic psychology*. 1995;156(2):217-29.
73. Dubois L, Farmer A, Girard M, et al. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2007;4(1):9.
74. Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does picky eating affect weight-for-length measurements in young children? *Clinical pediatrics*. 2010;49(3):217-20.

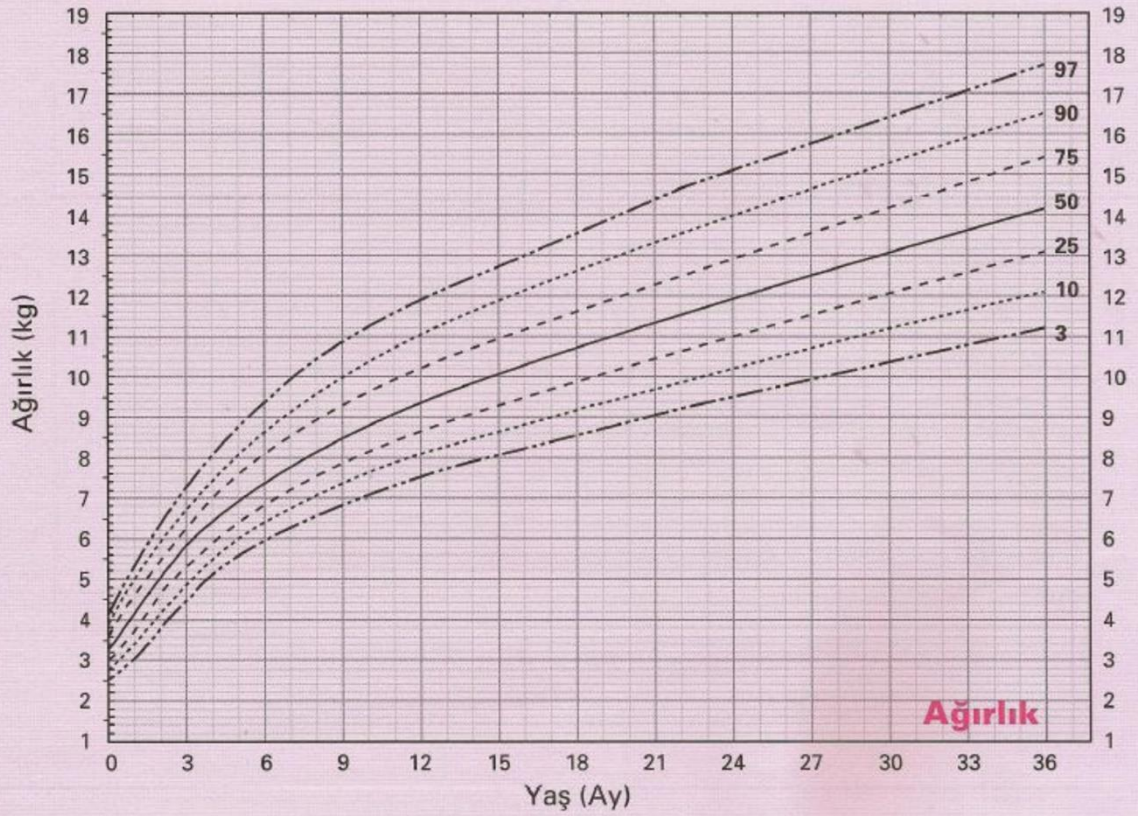
75. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003;103(6):692-8.
76. Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA, et al. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1994;15(4):278-91.
77. Finney JW. Preventing common feeding problems in infants and young children. *Pediatric Clinics of North America*. 1986;33(4):775-88.
78. Xue Y, Lee E, Ning K, et al. Prevalance of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with antropometric parameters and intelligence quotient. A cross sectional study. . *Appetite* 2015;(91):248-55
79. Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychological medicine*. 2000;30(1):69-77.
80. Karadag K. İştahsız Çocukların Büyüme, Gelişme Ve Yemek Seçimi İle Anne Bilgi Düzeyi Ve Duygusal Durumunun Birlikte Değerlendirilmesi. Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Gülşen Köse)
81. Mathisen B, Worrall L, Masel J, et al. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: A controlled study. *Journal of paediatrics and child health*. 1999;35(2):163-9.
82. Shim JE, Kim J, Mathai RA, Team SKR. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *Journal of the American Dietetic Association*. 2011;111(9):1363-8.
83. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50(2):181-93.
84. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, et al. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of nutrition education and behavior*. 2002;34(6):310-5.

85. Sweetman C, Wardle J, Cooke L. Soft drinks and desire to drink in preschoolers. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2008;5(1):60.
86. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2001;42(7):963-70.
87. Bailey RL, Fulgoni VL, Keast DR, et al. Do dietary supplements improve micronutrient sufficiency in children and adolescents? *The Journal of pediatrics*. 2012;161(5):837-42.

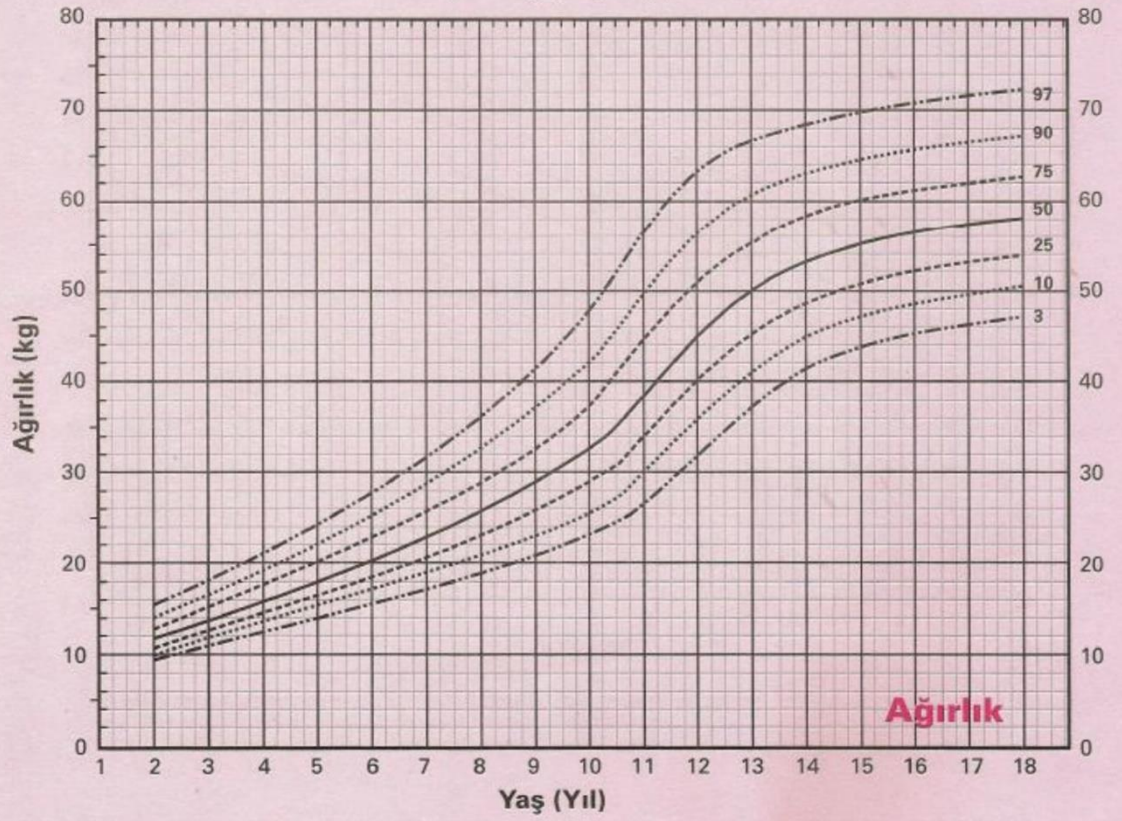
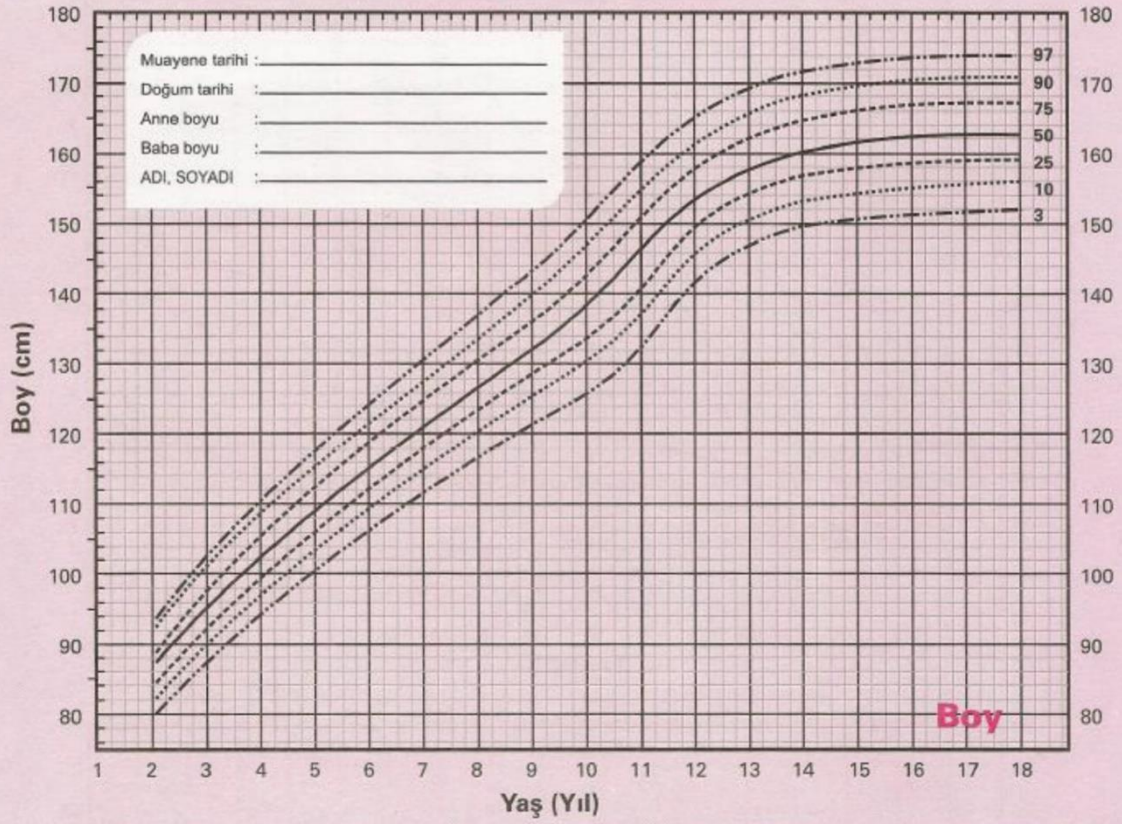




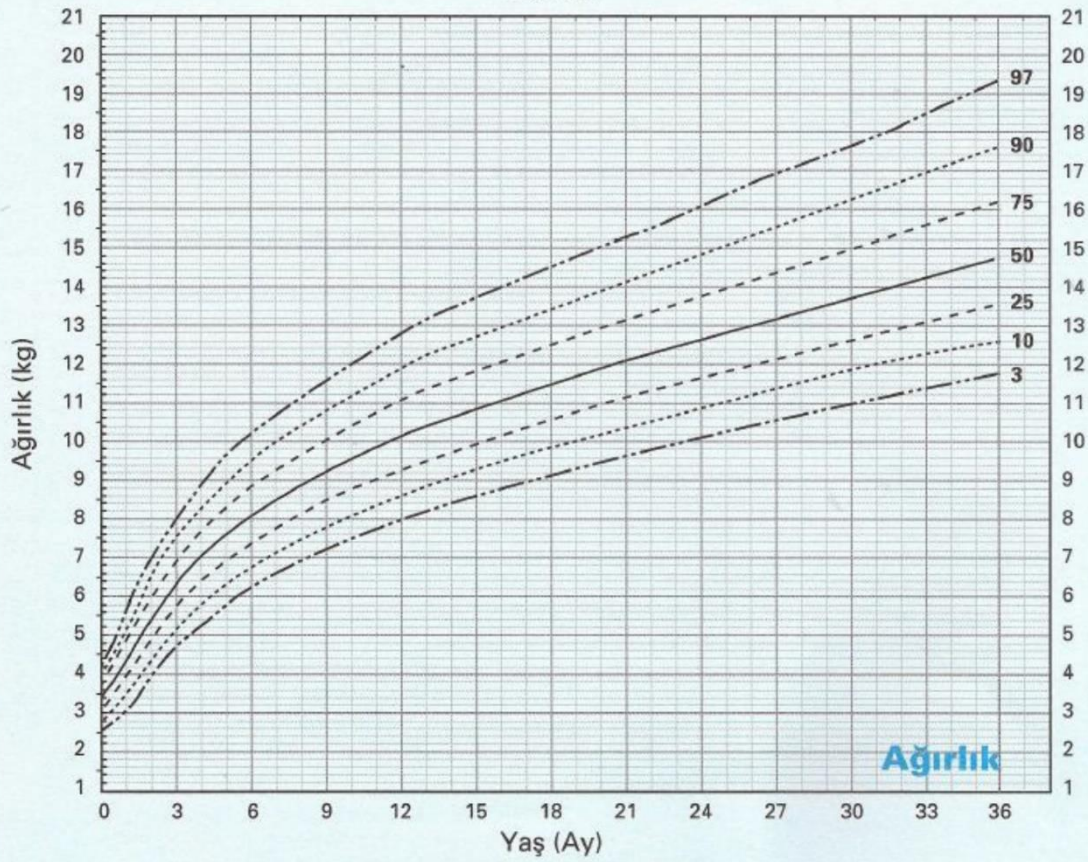
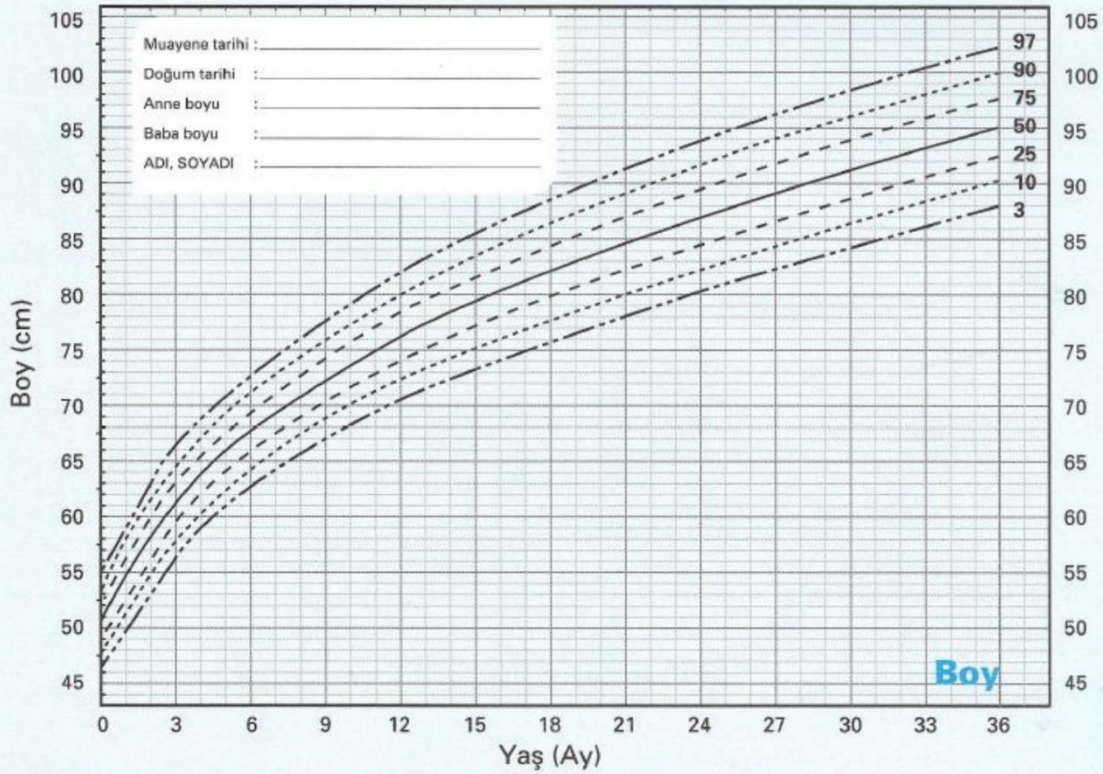
KIZ ÇOCUK



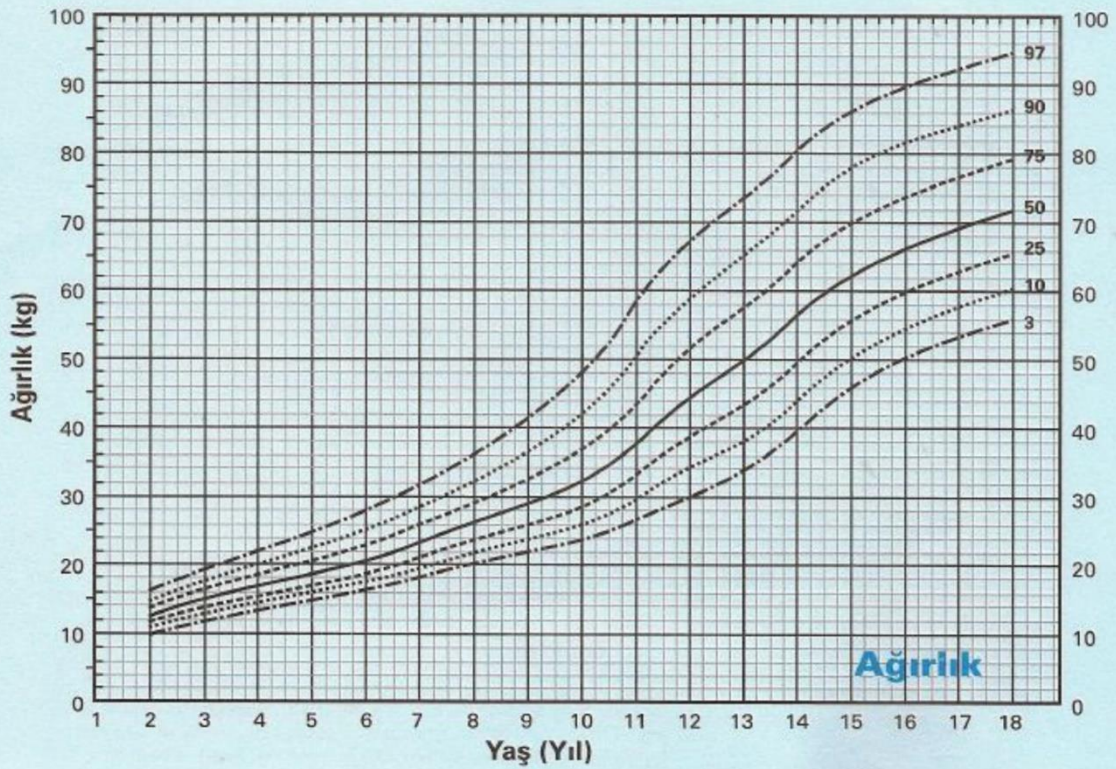
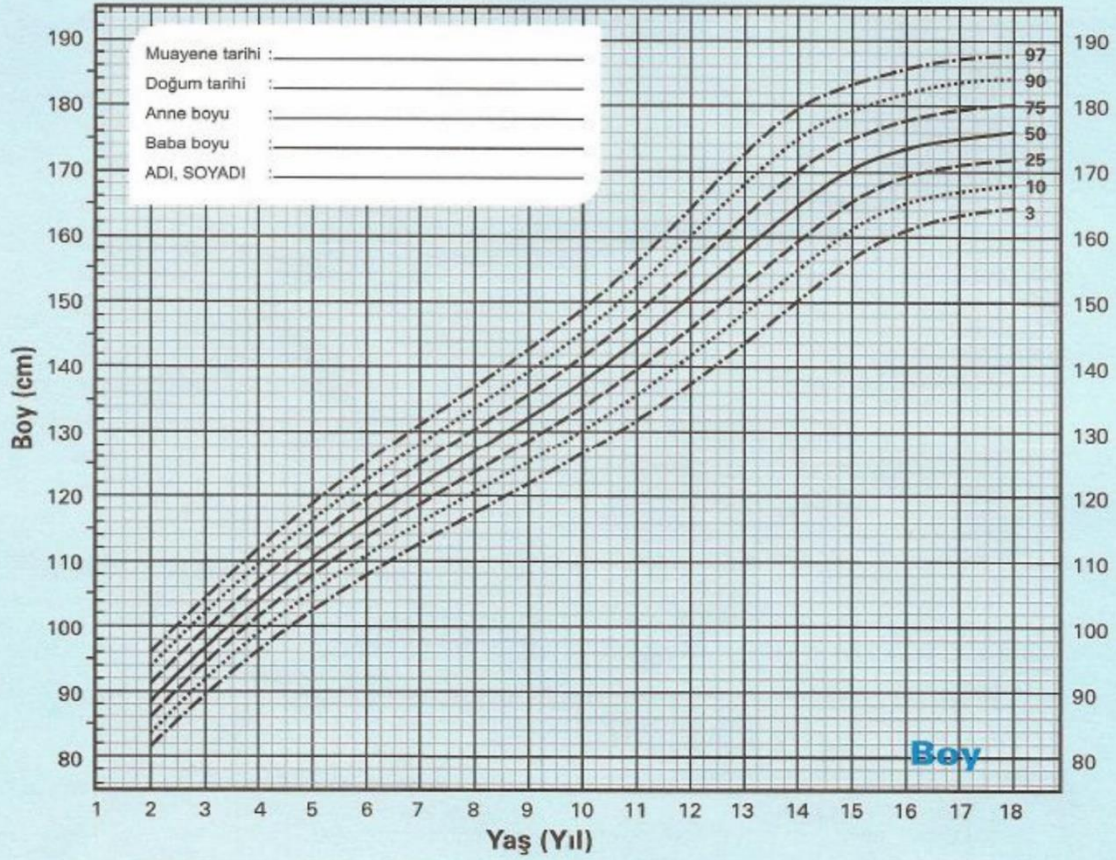
2-18 YAŞ KIZ ÇOCUK



ERKEK ÇOCUK



2-18 YAŞ ERKEK ÇOCUK



Dosya no:

Ad-Soyad:

Yaş:

Telefon:

Boy: () **Kilo:** () **BMI:**

Doğum haftası, kilosu, şekli:

Anne sütü alma zamanı:

Ek gıdaya başlangıç zamanı:

İştahsızlık başlangıç zamanı:

Sıklıkla ishal oluyor mu? Evet , Hayır **Sıklıkla kabız oluyor mu ?** Evet, Hayır

Kolay kusabilen bir çocuk mu? Evet , Hayır **Besin allerjisi var mı ?**

Geçirdiği önemli hastalıklar: **Hastane yatışı oldu mu?**

Severek yediği besinler: **Sevmediği Besinler:**

Gün içinde abur cubur tüketiyor mu ? Tüketmiyor, Bir kez tüketiyor , Birden çok tüketiyor

Günde kaç bardak süt içiyor?

Meyve suyu, çay, kola tüketiyor mu? Miktarı?

Kaçıncı çocuk? **Diğer kardeşlerinde iştahsızlık problemi var mı?**

Aile yapısı çekirdek aile mi; geniş aile mi?

Ailede yemek seçen başka kişi var mı? (Anne, baba, kardeş, dede, nine v.s.)

Yemek yemediği için hiç cezalandırıldı mı?

Yemek yenilen ortamda televizyon gibi dikkat dağıtacak unsurlar var mı?

Yemeği kendisi mi yiyor, başkası mı yediyor?

Ailenin aylık gelir düzeyi: 1500 TL ve altı 1500 -5000 TL 5000 TL ve üstü

Annenin eğitim durumu: Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu **Yaşı:**

Anne çalışıyor mu? Anne çalışıyorsa çocuğa kim bakıyor?

İştahsızlığı için hiç vitamin takviyesi aldı mı?

Günlük ortalama aldığı kalori (3 günlük beslenme çizelgesinden):

Günlük ortalama aldığı protein :

Laboratuvar sonuçları:

Dosya no:

Boy: () VA: () VKI: ()

1.Beslenme kurallarını uygulayabildiniz mi? Evet Hayır

2.Ne kadarını uygulayabildiniz? Hepsini Bir kısmını Hiç birini

3.En çok hangi kurallardan fayda gördünüz?

4.Hangi kuralı uygulamakta zorlandınız?

5.Uyguladığınız kurallar sayesinde çocuğunuzun iştahında bir değişim oldu mu?

6.Günlük ortalama aldığı kalori:

7.Günlük ortalama aldığı protein:

Değerli anneler;

Günümüzde iştahsızlığı geçiren herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalarda iştahsızlık için verilen vitamin ilaçlarının, vitamin eksikliği olmayan bazı çocuklarda bir takım zararlı ve toksik etkilere sebep olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle iştahsızlık tedavisinde vitamin ilaçlarının kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu iştahsızlık tedavisi için faydalı olacak beslenme önerileri tespit edilmiştir. Elinizde bulunan beslenme kuralları çalışmalar sonucu ortaya çıkan önerileri içermektedir. Çocuğunuzun iştahsızlık problemini çocuğunuza karşı kararlı ve sevgi dolu bir tutum sergileyerek beslenme kurallarına en az 1 ay düzenli uymanız halinde aşacağınıza inanıyoruz.

BESLENME KURALLARI

1.Gün içerisinde fazla miktarda (su hariç) içecek tüketmesine izin vermeyin.

Gün içerisinde çok fazla içecek tüketen çocuklar acıkmazlar ve yemek yemek istemezler. Bu nedenle çocuğunuza yemek aralarında meyve suyu, çay, kola ve benzer meşrubatlardan vermeyin. Eğer çok istiyorsa yemeklerden sonra günde en fazla bir kez olmak üzere bir bardak verilebilir. Süt en fazla iki bardak verilebilir.

2.Abur cubur dediğimiz paketlenmiş market ürünlerinden tüketmesine izin vermeyin.

Paketlenmiş market ürünlerinin besleyicilik değerleri çok düşük olup vücuda az miktar kalori sağlarken mideyi doldurmaktadır. Karnı bu gıdalarla doyan çocuklar kaliteli gıdalardan alacakları protein ve kaloriden mahrum kalmaktadırlar. Bu nedenle bu gıdalar yemek aralarında ve özellikle yemeklerden önce verilmemelidir.

3.Hangi besini hangi saatte yiyeceğine siz karar verin; miktarına çocuğunuz karar versin.

Çocukların mide kapasiteleri yetişkinlere göre daha küçük olduğu için fazla yemesi konusunda ısrarcı olmayın.

4.Sağlıklı besin tükettiğinde onu övün; tüketmediğinde kızmayın cezalandırmayın, başka çocuklarla ya da kardeşleriyle karşılaştırmayın.

5.Kendisinin yemesine izin verin, kendisi yerken ortalığa dökmesine kızmayın.

Böylece beslenme saatleri daha huzurlu geçecek, çocuğunuz dilediğince severek yemek yiyecektir.

6.Beslenme saatlerinde aile olarak hep beraber sofraya oturun ,sofrada huzur ortamı olsun, diğer aile bireyleri de yemek seçiciliği yapmasın.

Tüm diğer aile bireyleri çocuklar için bir rol modelidir. Bu yüzden diğer aile bireyleri de yemek konusunda örnek olacak şekilde doğru beslenmelidir.

7.Yemek yerken televizyon tablet gibi dikkat dağıtıcı unsurlar kapalı olmalıdır.

8.Her gün aynı vakitlerde yemek yemeye özen gösterin.

9.Çocuğunuz az miktarlarda yiyebiliyorsa 2-3 saatte bir olacak şekilde 3 ana, 3 ara öğün verebilirsiniz. Ara öğünde meyve, yoğurt, süt gibi sağlıklı atıştırmalıklardan verebilirsiniz. Öğün aralarında iştahını kaçırarak tatlı (şeker ve çikolata) besinleri vermeyin. Bu konuda tüm aile bireyleri kararlı olsun.

Yemek yemediğinde; yemek yerine abur cubur tüketebileceğini bilen çocuk ,yemekten hoşlanmadığı bir besin olduğunda direk o besini reddeder.

10.Yemekten bir-iki saat öncesinde (su hariç) yiyecek ve içecek vermeyin; çocuğunuz yemek saatine kadar acıksın.

11.Eğer çocuğunuz her gün aynı gıdaları tüketmek istiyorsa endişelenmeyin. Çocuğunuzun yeterli miktarda kalori ve protein alması her gün aynı gıdayı tüketmesinden daha önemlidir.

Yeterli miktarda protein ve kalori aldığı sürece çocuğunuzun aynı gıdaları tüketmesi sizi endişelendirmesin.(örn. köfte patates)

12.Yemek saatini sıkıcı olacak şekilde uzun tutmayın. Genellikle 15-20 dk yeterlidir.

13.Çocuğunuzun düzenli spor yapabileceği bir aktiviteye ya da kursa (futbol, basketbol, yüzme gibi) katılmasını sağlayın.

Yapılan çalışmalarda bir günlük aktivite uygulamanın enerji dengesini ve iştahı etkilemediği; uzun süreli ve düzenli aktivitenin (altı hafta) iştahı arttırdığı tespit edilmiştir.

Beslenme önerilerimizi çocuğunuzu överek, cesaretlendirerek uygulayın, evde huzur ortamı oluşturun ve çocuğunuzun kendine yetecek miktarda besini aldığına inanın, endişelenmeyin. Siz rahat ve mutlu olduğunuz sürece çocuğunuza da bu yansiyacaktır 😊

Kerzner B, Clinical investigation of feeding difficulties in young children: A practical approach. Clinical Pediatrics vol.xx 2009

Bithoney WG, Dubowitz H, Egan H. Failure to thrive/ growth deficiency. Pediatr Rev 1992; 13:453

Frank DA, Zeisel SH. Failure to thrive. Pediatr Clin North Am 1988; 35:1187

Frank D, Silva M, Needlman R. Failure to thrive: Mystery, myth and method. Contemp PAediatr 1993; 10:114

Temizel I, İştahsız çocuk. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi 2008; 51:176-181

Unal F, İştahsız çocuklara klinik yaklaşım Güncel Pediatri 2011 ;9: 79-84

