

# İştahsızlıkta Davranış Değişikliği Tedavisi ve Etkinliği

## Evaluation of Behavioral Modification for Children with Poor Appetite

<sup>1</sup>Selma Hafize Çetin, <sup>2</sup>Emine Esin Yalınbaş, <sup>2</sup>Saime Dibeklioglu

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

**Özet:** İştahsızlık çocukluk çağında sık karşılaşılan bir problem olup, tedavide ortak bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı; organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta önerilen davranış değişikliği tedavisinin uygulanabilirlik ve etkinliğini araştırmaktır. Aynı zamanda uygulama sonrası ailelerden alınan geri bildirimlerle çocukların günlük kalori alımlarında artışa neden olup olmadığını değerlendirmektedir. Çalışmaya Ağustos- Kasım 2017 tarihleri arasında hastanemiz çocuk polikliniklerine iştahsızlık şikayeti ile başvuran ve yapılan değerlendirme sonucu organik hastalık tanısı olmayan iki-on yaş arası 96 çocuk alındı. Çocukların antropometrik değerleri ölçülerek, anket yoluyla beslenme özellikleri sorgulandı. Ailelerden çocukların üç günlük yemek listeleri alınarak; uygulamaları için beslenme kuralları verildi. İki ay sonunda ailelere tekrar hangi kurallardan fayda gördüklerine dair anket uygulandı. Çalışma başındaki kalori ve protein alımları iki aylık davranış değişikliği sonrasındaki değerleriyle karşılaştırıldı. Ayrıca çocuklar iki- dört yaş, beş- yedi yaş, sekiz- on yaş olmak üzere üç gruba bölünerek davranış değişikliği tedavisinin yaşlara göre uygulanabilirliği saptandı. Ailelerin %84,3'ünün beslenme kurallarını uygulayabildiği ve bu ailelerden %79'nun kurallardan fayda gördüğü öğrenildi. Çalışma başında hesaplanan çocukların aldığı kalori değerlerinin almaları gereken miktardan ortalama %25 düşük olduğu ve bunun annenin bildirdiği iştah durumuyla uyumlu olduğu saptandı. Çocukların başlangıçtaki değerlerine göre çalışma sonunda alınan kalori değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu gözlemlendi. Organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlığı olan çocuklarda kalori alımının annenin bildirdiği iştah durumuyla uyumlu olarak yaşa göre düşük olduğunu saptadık. Davranış değişikliği uygulamasının tedavide etkili olduğu, ailelerin uygulamadan fayda gördüğü ve davranış değişikliği tedavisinin özellikle sekiz yaşından önce uygulandığında faydalı olabileceği sonucuna vardık.

**Anahtar Kelimeler:** iştahsızlık, davranış değişikliği, beslenme kuralları, enerji alımı

**Abstract:** Poor appetite is a frequent problem in childhood and there is no common approach for treatment. The aim of this study is to investigate the feasibility and effectiveness of the treatment of behavioral modification proposed for the poor appetite in the absence of organic disease. Concurrently, in the light of feedback received from the families, it is evaluated whether children have an increase in their daily calorie intake. A total of 96 children aged between two to ten years old who referred to the outpatient clinics of our hospital with the complaint of poor appetite between August-November 2017. The ones who were not diagnosed with an organic disease were included in the study. Anthropometric values of children were measured and nutrition characteristics were investigated through questionnaire. Three-day meal lists of children were obtained from families; and then, nutrition rules were given to families to apply for two months. At the end of two months, a questionnaire was administered to the families to investigate which rules they benefited from. Calories and protein intake at the beginning of the study were compared with the values attained after two months of behavioral modification. In addition, children were divided into three groups as two-four-year-old, five-seven-year-old, eight-ten-year-old, and the feasibility of the behavioral modification was analyzed according to age. It was found that 84.3% of the families could apply the nutritional rules and 79% of the families benefited from them. According to the results, the calorie intake of the children calculated at the beginning of the study were 25% lower than the amount they should take and this was consistent with the appetite status reported by the mother. Compared with the initial values of the children, there is a statistically significant increase in caloric values obtained at the end of the study. We found that calorie intake in children with poor appetite unrelated to an organic disease was low in terms of the age of the children, compatible with the statement of the mother. We concluded that behavioral modification is effective in treatment, families benefit from practice, and behavior modification treatment may be beneficial especially when administered before the age of eight.

**Keywords:** poor appetite, behavioral modification, nutrition rules, energy intake

**ORCID ID of the authors:** S.H.Ç. 0000-0001-7823-4112; E.E.Y. 0000-0002-3944-7972; S.D. 0000-0003-2412-8837

Received 20.12.2018

Accepted 04.02.2019

Online published 05.02.2019

**Correspondence:** Emine Esin YALINBAŞ- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye  
e-mail: [esinylbns@gmail.com](mailto:esinylbns@gmail.com)

**Cite this article as:**

*Cetin SH, Yalinbas EE, Dibeklioglu E. Evaluation of Behavioral Modification for Children with Poor Appetite, Osmangazi Journal of Medicine, 2020;42(1):54-60*

**Doi:** 10.20515/otd.500245

## 1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre beslenme, vücudun besin ihtiyacını karşılamak için gıdaların tüketilmesidir. Çocuklar kalıtsal potansiyellerine ancak yeterli ve dengeli beslenme ile erişebilirler (1). Beslenmenin boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi ölçümlerle, klinik muayene, diyet öyküsü ve gerekliliği halinde biyokimyasal verileri içeren dikkatli bir değerlendirmesi, yeterli büyüme ve iyi bir sağlık güvencesi için gereklidir (2). Çocuklarda görülen iştahsızlık genel kapsamlı birçok durumu ifade edebilmekte olup 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. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine iştahsızlık şikayeti ile başvuran hastalarda 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 öyküsünde, muayenesinde ve tetkiklerinde patoloji bulunmayan hastalara davranışsal tedavi uygulanabileceği bildirilmiştir (3-6). İlk bir yaş içinde annenin bildirdiği iştahın çocuğun kalori ve kilo alımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Okul çağındaki Koreli çocuklarda 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 (7).

Bu çalışmada amacımız, iştahsızlık şikayeti ile polikliniğe başvuran ve yapılan değerlendirme sonucu iştahsızlığı organik hastalığa bağlı olmayan iki-on yaş arası çocukların ve ailelerinin anket yoluyla incelenmesinin ardından, çocuklara davranış değişikliği tedavisi uygulanması, ailelerin tedaviden fayda görüp görmediğinin saptanması ve çocukların kalori alımlarının tespit edilerek davranış değişikliği tedavisinin

organik hastalığa bağlı olmayan iştahsızlıkta etkili olup olmadığının saptanmasıdır.

## 2. Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ağustos-Kasım 2017 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel çocuk polikliniğine iştahsızlık şikayeti ile başvuran iki-on yaş arası organik hastalık tanısı ve bulgusu olmayan 96 çocuk alındı. Çalışmaya katılan çocukların ailelerinden ve ebeveylelerinden aydınlatılmış onam formu alındı. Çalışma için Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan etik kurul onayı alındı. Çocuklarda ailenin bildirdiği mevcut iştahsızlık durumunun olması, değerlendirme sonucu çocuğun organik hastalık tanısı ve bulgusunun olmaması, çalışmaya katılmaya gönüllü olunması çalışmaya alınma kriteri olarak; çocuğun yaşının iki yaşından küçük, on yaşından büyük olması, organik hastalığının olması, büyüme ve gelişme geriliğinin olması, psikiyatrik hastalığının olması, çalışma süresince vitamin, mineral içeren takviye grubu ilaçları kullanması ve çalışma esnasında akut enfeksiyon geçirmesi dışlanma kriterleri olarak belirlendi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve katılma koşullarına uyan hastaların ailelerine, çocukların yaşını, doğum kilosu ve şeklini, beslenme özelliklerini, aile yapısını ve ailenin sosyoekonomik durumunu içeren 28 sorudan oluşan anket uygulandı. Ailelerden çocukların üç günlük yediklerini miktarlarıyla içeren beslenme çizelgesi getirmeleri istenerek; beslenme çizelgesi getiren ailelere iştahsızlıkta davranış tedavisinin önemi anlatıldı ve 13 kuraldan oluşan, tarafımızca 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 beş sorudan oluşan değerlendirme anketi yapıldı. Ailelerden tekrar üç günlük miktarlarıyla yazılmış beslenme çizelgeleri tutmaları istendi. Çocuklardaki iştahsızlık tanısı ailenin bildirdiği, çocukta mevcut olan iştahsızlık durumu olarak tanımlandı. Organik hastalığa bağlı iştahsızlığı dışlamak için önceden tanı almış kronik ve psikiyatrik hastalık tanısı sorgulamasının ardından poliklinikte fizik muayene yapıldı ve demir eksikliği anemisini, kronik hastalıkları, karaciğer ve böbrek hastalıklarını ve enfeksiyon hastalıklarını dışlamak için hemogram, ferritin, karaciğer enzimleri, üre, kreatinin, sedimentasyon, tam idrar tetkiki laboratuvar tetkiklerine bakıldı. Muayenesinde ve tetkik sonuçlarında patoloji olmayanlar çalışmaya alındı. Ailelerin tuttuğu beslenme çizelgelerinden besinlerin miktarlarına uygun protein ve kalori hesabı TURKOMP sitesinden (Türkiye Ulusal Gıda Kompozisyon Veri Tabanı) faydalanılarak hesaplandı. Günlük kalori alım miktarları üç günlük kalori alımlarının ortalaması alınarak ve günlük kalori alım yüzdeleri Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlara ve cinsiyete göre belirlenen günlük enerji alımları ile oranlanarak hesaplandı. Beslenme kuralları iştahsızlığın tedavisinde davranış değişikliği önerileri sunan araştırmalardan derlenerek, ailelerin anlayacağı dilde basitleştirilerek oluşturuldu.

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 signrank testi kullanılarak hesaplandı. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson veya Spearman korelasyon testleri ile incelendi. İstatiksel olarak  $p < 0,05$  olması anlamlı kabul edildi.

### 3. Bulgular

Çalışmaya katılan 96 hastanın 44'ü (%45.8) kız, 52'si (%54.2) erkekti. Yaş gruplarına göre hasta özelliklerinin ve davranış

değişikliği etkinliğinin incelenmesi için hastalar iki-dört yaş, beş-yedi yaş, sekiz-on yaş olmak üzere üç gruba ayrıldı. Gruplara göre bakıldığında; iki-dört yaş grubu 21 kız, 26 erkek toplam 47 hasta; beş-yedi yaş grubu 17 kız, 17 erkek toplam 34 hasta; sekiz-on yaş grubu 6 kız, 9 erkek olmak üzere toplam 15 hastadan oluşmaktaydı. 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 %75.0±26.8'ini, iki-dört yaş grubundaki hastaların alması gereken kalorinin ortalama %76.4±27.5'unu, beş-yedi yaş grubundaki hastaların alması gereken kalorinin %75.4±24.0'ını, sekiz-on yaş grubundaki hastaların alması gereken kalorinin %73.8±28.6'sini aldığı saptandı. İki aylık davranış değişikliği tedavisi sonrasında alınan üç günlük yemek listelerinden hesaplanan kalori değerleri incelendiğinde; tüm hastaların ortalama alması gereken kalorinin %81.1±27.0'ını, iki-dört yaş grubundaki hastaların %81.0±30.1'ini, beş-yedi yaş grubundaki hastaların %84.5±23.7'sini, sekiz-on yaş grubundaki hastaların alması gereken kalorinin %73.8±24.0'ını aldığı 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; iki-dört yaş grubunda altı hastanın (%12.7), beş-yedi yaş grubunda beş hastanın (%14.7), sekiz-on yaş grubunda iki hastanın (%13.3) yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, diğerlerinin 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; iki-dört yaş grubunda dört hastanın (%8.5) beş-yedi yaş grubunda dört hastanın (%11.7), sekiz-on yaş grubunda iki hastanın (%13.3)

yeterli protein alımı sınırının altında kaldığı, diğerlerinin 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 istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0.05$ ). Protein alımlarında bir fark saptanmadı ( $p=0.540$ ).

Yaşlara göre bakıldığında, iki-dört yaş ve beş-yedi yaş gruplarında çalışma sonrasında öncekine göre çocukların kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken ( $p<0.05$ ), sekiz-on yaş grubunun kalori artışında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ( $p=0.609$ ). Protein alımı artışlarına bakıldığında tüm grupların protein artışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ( $p>0.05$ ). Karşılaştırmalı sonuçlar Tablo 1’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, beşi iki- dört yaş grubundan (grubun %10.6’sı), dördü beş- yedi yaş grubundan (grubun %11.7’si), altı tanesi sekiz- on yaş grubundan idi (grubun %40.0’ı). Kuralları uygulayabilen ve iki aylık davranış değişikliği uygulaması sonrası çocuğunun iştahında olumlu yönde değişim olduğunu belirten ailelerin sayısı 64’tü (%79.0).

Ailelerin en çok fayda gördükleri kurallar sorgulandığında, 27 aile (%28.1) en çok iki numaralı kuraldan, sekiz aile (%8.3) en çok üç numaralı kuraldan fayda gördüğünü belirtirken; 30 aile (%31.0) herhangi bir kural belirtmedi. Ailelerin uygulamakta en çok zorlandıkları kurallar sorgulandığında; 43 ailenin (%44.7) uygulamakta zorlandığı bir kural belirtmediği, 22 ailenin (%22.9) yedi numaralı kuralı uygulamakta zorlandığı öğrenildi. Bu sonuçlara göre, ailelerin en çok fayda gördüklerini belirttikleri kurallar sırasıyla iki, üç, bir, yedi, 10 ve sekiz numaralı kurallar olarak, ailelerin uygulamakta en çok zorlandıkları kurallar ise yedi, iki, 11, 10 ve sekiz numaralı kurallar olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 1.**Çalışma öncesi ve sonrası kalori ve 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± sd (Min.-max.)	Ortalama± sd (Min.-max.)	Ortalama± sd (Min.-max.)	Ortalama± sd (Min.-max.)
Kalori-1 (%)	%76.4±27.5 (34 – 147)	%75.4±24.0 (35- 141)	%73.8±28.6 (42- 141)	%75.0±26.8 (34 – 147)
Kalori-2 (%)	%81.0±30.1 (12- 152)	%84.5±23.7Ö (39- 135)	%73.8±24.0 (40- 120)	%81.1±27.0 (12- 152)
<i>p</i> değeri*	<b>0.001</b>	<b>0.001</b>	0.609	<b>0.007</b>
Protein-1 (%)	190.0 (69- 390)	158.7 (38- 320)	148.7 (52- 290)	172.6 (34- 390)
Protein-2 (%)	205.0 (72-457)	159.0 (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.

#### 4. Tartışma

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 iki-on yaş arası çocuklarda yaptığımız bu çalışmada, ailelere beslenme kuralları verilerek kurallara uymaları

istenmiştir. Çalışma sonunda çalışmaya katılan 96 aileden 15 aile (%15.6) verilen beslenme kurallarını uygulayamadıklarını belirtmiştir. Kuralları uygulayabilen 81 aileden (%84.3), çocuğunun iştahında olumlu yönde değişim olduğunu belirten aile sayısı 64'tür (%79.0). Çalışma başlangıcında ailelerden istenen üç günlük yemek listelerinin sonuçlarında hastaların ortalama alması gereken kaloringin  $75.0 \pm 26.8$ '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 kaloringin  $81.1 \pm 27$ 'sini aldığı, ilk verilere göre %6.1'lik bir artış olduğu tespit edilmiş olup; bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Çalışma sonrası bakılan kalori artışlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup toplamda ve tüm gruplarda protein artışında fark gözlenmemiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında, iki- dört yaş ve beş- yedi yaş gruplarında çalışma sonrasında öncesine göre çocukların kalori alımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olup, sekiz- on yaş grubunun kalori artışında fark gözlenmemiştir. Bu durum sekiz yaşından sonra davranış değişikliğine uyumun daha zor olduğu şeklinde yorumlanmıştır ve iştahsızlıkta davranış değişikliği uygulamasının özellikle çocuk sekiz yaşına gelmeden uygulanmasının faydalı olacağı sonucuna varılmıştır.

Saarilehto ve ark. (9) yaptığı çalışmada aileleri tarafından iştahsız olarak bildirilen beş yaşındaki çocuklar ile normal iştaha sahip olarak belirtilen aynı yaştaki çocukların beslenme tarzları, kalori ve kilo alımları araştırılmış olup, iştahsız çocukların kalori alımlarını daha çok atıştırmalıklardan, daha az sıklıkla sıcak yemeklerden karşıladıkları, yaşlılarına göre daha az enerji aldıkları fakat diğer çocuklarla karşılaştırıldıklarında günlük kilo alımlarında bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Yeme problemi olan çocuklarla, olmayan sağlıklı çocukların incelendiği Lindberg ve ark. (10) tarafından yapılmış olan bir başka çalışmada ise yeme problemi olan çocukların diğerlerine kıyasla daha düşük oranda enerji aldıkları gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da iştahsız çocukların kalori

alımlarının yaşlarına göre almaları gereken değerlerden daha düşük olduğu bulunmasına rağmen, çocuklar kilo olarak normal persentil aralığındadır.

Davranış değişikliğinde en çok fayda görülen kurallara bakıldığında, ailelerin en fazla iki numaralı kuraldan (%28.1), sonrasında (%8.3) üç numaralı kuraldan, sonrasında da bir ve yedi numaralı kurallardan 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 zorlanmamaları, yemeğini yemeyen çocuğa bir sonraki öğüne kadar yemek verilmemesi ve tatlı yiyeceklerle ödüllendirilmemesi gerektiği belirtilmiştir (11,12). Ebeveyn tutumlarının çocukların beslenme davranışları ve kilo alımları üzerine etkili olduğu bildirilmektedir. Araştırmalarda özellikle sert uygulamalar ve zorlamalar sonucunda çocuğun üzülmesi ve sinirlenmesinin yeme miktarını azalttığı, bunun sonucunda ebeveynlerin daha kaygılı, baskıcı ve denetleyici tutum sergilediği gösterilmiştir (13). 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 düşünülmüştür.

Anne ve babanın uygun ve tutarlı beslenme rutinleri oluşturarak, uygun türde ve 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 (14). 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.

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 (15). Bu içecekler çocuklarda kolay kalori alımı sağlayarak midelerini doldurmaktadır. İştahı az olan çocukların yemek vakitlerinden önce süt içmeyi tercih ettikleri yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (16). 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.

Ailelerin uygulamakta zorlandıkları kurallara bakıldığında en fazla yedi (%22.9) numaralı kuralın belirtildiği ardından, iki (%7.2) numaralı kuralın belirtildiği tespit edilmiştir.

Annelerin çoğu beslenme esnasında ağzını kapatan, yemek istemeyen çocuğuna televizyon karşısında dikkatini dağıtarak yemek yedirmektedir. Bu nedenle uygulanması en zor kuralın yedi numaralı kural olarak belirtildiği düşünülmüştür. Wright ve ark. (17) yaptığı bir çalışmada iştahsızlığı olan çocukların daha çok televizyon, video seyrettiği belirtilmiştir. 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 (18). İki-altı 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 (19). Bizim çalışmamızda da televizyon ve tablet karşısında yemek yeme oranı yüksek saptanmış olup aileler bu kuralı uygulamakta zorlansa da sonucunda fayda görmüşlerdir.

Aileler yemek seçen, yemeklere karşı iştahsızlık gösteren çocuklarının aç kalacakları korkusu ile ara öğünlerde çocukların 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 iki numaralı kuralın olmasının nedeni iştahsız çocuklarda abur cubur tüketiminin yüzdesinin yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Kerr ve ark. (20) tarafından yapılan çalışmada beş-sekiz yaş arası çocukların yedi günlük beslenme çizelgeleri alınmış ve çocukların %20'sinin atıştırma alışkanlığının olduğu belirlenmiştir. Yu ve ark. (21) tarafından yapılan diğer bir araştırmada ise 3-17 yaş grubu için %13,2 tespit edilen atıştırma oranının 2004 yılında %35.1'e çıktığı bulunmuştur. Yeme sorununun çözümü için önerilen beslenme kurallarında abur cubur özellikle öğün öncesi iştah kapatıcı olabildiği için ve çocukların acıkmasını engellediği için önerilmemektedir (22). Bizim çalışmamızda da ailelerin abur cubur tüketiminin kısıtlanması ile ilgili olan 2 numaralı kuralı uygularken zorlandıkları fakat bunun sonucunda çocukların iştahlarında düzelme olduğu tespit edilmiştir.

İştahsızlık şikayeti ile polikliniğe başvuran aileler tedavi olarak iştahsızlığı geçirecek bir ilaç talebinde bulunup davranış değişikliği tedavisine uygulama olarak olumlu yaklaşmamaktadırlar. Sonuçta önerdiğimiz davranış değişikliği tedavisinin faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Çalışmamızda özellikle tedaviye uyumun sekiz yaş altında daha çok olduğu bulunmuştur. İştahsızlığı olan ailelere

bu kuralların özellikle doğru zamanda uygulanması halinde fayda göreceklerinin belirtilmesi ailelerin de kuralları uygulamaları konusundaki uyumunu arttıracaktır. 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. Literatürde yeme problemi olan çocukların aldığı kaloriler üzerine yapılmış sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca beslenme kurallarının uygulanabilirliği ve faydaları üzerine yapılmış az sayıda çalışmalardan biri olmuştur.

Çalışmamızda çocukların özellikleri, geçmiş, beslenme durumu ve üç günlük yemek

listeleri ebeveynlerinden ya da çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerden alınan bilgilerden elde edilmiştir. Ailelerden üç günlük yemek listeleri ayrıntılı ve miktarlarıyla gün içinde su hariç tüm yedikleri ve içtikleri dahil olacak şekilde kaydedilmesi istenmiştir. Çocukların beslenmelerinin ailelerin kayıtlarıyla elde edilmesi, birebir gözlenerek elde edilmemesi bu çalışmanın kısıtlılığı olarak düşünülmüştür. Çalışmamıza katılan hastaların aldıkları kalori miktarlarının yüzdesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği yaşa göre önerilen kalori miktarlarına göre hesaplanmıştır. Sağlıklı çocukları da içeren daha kapsamlı bir çalışma yapılması iştahsız olduğu belirtilen çocuklarda yetersiz kalori alımının olup olmadığını göstermede daha doğru sonuçlara ulaşmamıza yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Neyzi O. Pediatri: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
2. Osborn L, DeWitt T, First L, et al. Pediatri. 1 ed: *Güneş Kitabevi*; 2007; p. 145-51.
3. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48:960-5
4. Temizel İNS. İştahsız çocuk. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51: 176-81.
5. Bithoney W. Failure to thrive/growth deficiency. *Pediatr Rev*. 1992;12: 453-60.
6. Ünal F. İştahsız Çocuklara Klinik Yaklaşım. *Güncel Pediatri*. 2011;1: 79-84.
7. Lee K, Song YM. Parent-reported appetite of a child and the child's weight status over a 2-year period in Korean children. *J Am Diet Assoc*. 2007 ;107:678-80
8. WHO/FAO/UNU. Expert Consultation: Human energy requirements. Rome; 2004.
9. Saarihehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, et al. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. *J Pediatr*. 2004 ;144:363-7.
10. Lindberg L, Östberg M, Isacson IM, et al. Feeding disorders related to nutrition. *Acta Paediatr*. 2006 Apr;95(4):425-9.
11. Ünlü G, Aras Ş, Güvenir T, Büyükgebiz B, Bekem Ö. Yeme Reddi Olan Çocukların Annelerinde Kişilik Bozuklukları, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ve Aile İşlevleri. 2006.
12. Carruth BR, Skinner J, Houck K, et al. The phenomenon of "picky eater": a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr*. 1998 ;17:180-6.
13. Nyberg G, Elinder LS, Berlin A. Parental strategies for influencing the diet of their children - A qualitative study from disadvantaged areas. *Appetite*. 2018; 125:502-11
14. Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. ed 2005. 3217-27. p.
15. Sweetman C, Wardle J, Cooke L. Soft drinks and desire to drink in preschoolers. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008;5:60.
16. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42:963-70
17. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics*. 2007; 120:1069-75.
18. Byrne LK, Cook KE, Skouteris H, Do M. Parental status and childhood obesity in Australia. *Pediatric Obesity*. 2011; 6:415-8.
19. Ford C, Ward D, White M. Television viewing associated with adverse dietary outcomes in children ages 2-6. *Obes Rev*. 2012;13:1139-47
20. Kerr MA, McCrorie TA, Rennie KL, Wallace JM, Livingstone MBE. Snacking patterns according to location among Northern Ireland children. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5:243-9.
21. 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*. 2008;37:710-3
22. Ickes SB, Hossain M, Ritter G, et al. Systematic Review of Tools and Methods to Measure Appetite in Undernourished Children in the Context of Low- and Middle- Income Countries. *Adv Nutr*. 2018;9:789-812