

İştahsız Çocuk ve Beslenme Tedavisi Yaklaşımları

Low Appetite Child and Nutrition Therapy Approaches

Kadriye Toprak¹, Gülhan Samur²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

ÖZ

İştahsızlık, yemek seçiciliği ve besin fobisi gibi beslenme davranışları, özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda çok yaygın görülen sağlık problemleridir. Her bir beslenme davranışının altında önemli fizyolojik sebepler olabileceği gibi psikolojik sebepler de olabilmektedir. Tedavide öncelikli amaç iştahsızlık ve diğer beslenme sorunlarının altında yatan nedenlerin saptanmasıdır. Altta yatan organik bir neden varlığında öncelikli tedavi bu nedenin ortadan kaldırılması olmalıdır. Diğer önemli yaklaşımlardan birisi de çocukta beslenme güçlüğü'nün türünün saptanmasıdır. Bu durum tedavi yaklaşımlarının etkinliği açısından önem taşımaktadır. Saptanan beslenme sorunlarında çocuk veya bebeğin yaşına uygun beslenme ilkeleri, pratikte beslenme sorununun etkili bir şekilde tedavi edilmesini destekleyebilir. Beslenme güçlüğü'nün türünün belirlenerek tedavi yöntemlerinin buna yönelik olarak planlanması tedavinin etkinliği açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: iştahsız çocuk, sınırlı iştah, yemek seçme, besin fobisi, yeme reddi

SUMMARY

Lack of appetite and nutritional difficulties such as food selection and food phobia are common health problems in childhood, especially in infants and young children. Under each nutritional behavior, there can be important physiological causes as well as psychological reasons. The primary aim of treatment is to determine the underlying causes of loss of appetite and other nutritional problems. In the presence of an underlying organic cause, priority treatment should be elimination of this cause. One of the other important approaches is the identification of nutritional problems. This situation is important for the effectiveness of treatment approaches. Nutritional principles appropriate for the age of the child or baby may support the effective treatment of nutritional problems in practice. Determination of the nutritional strength of the patient and the planning of treatment methods for it are important for the effectiveness of the treatment.

Keywords: low appetite, limited appetite, picky eaters, food neophobia, food rejection

Yayın hakları Güncel Pediatri 'ye aittir.

Sorumlu yazar yazışma adresi: Kadriye TOPRAK, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Giriş

Yiyeceklere karşı duyulan istek olarak tanımlanan iştah, bilinçli bir istek olup daha önce yiyecek ile olan deneyimlerden ve besinin görünümünden olumlu veya olumsuz olarak etkilenmektedir (1). İştahsızlık ise, klinik olarak iştah azlığı veya iştah kaybı ve yiyecek alımının azalması ile karakterize, yaygın görülen bir durumdur. İştahsızlık, her yaş grubu çocukta görülebilmekle beraber, özellikle 1 ila 6 yaş arasındaki çocuklarda sık görülmektedir (2). Normal büyüyen çocukların %30'unda, büyüme-gelişme problemleri olan çocukların ise %80'inde iştahsızlık görülebilmektedir (3, 4).

İştahsızlık birbirine bağlı pek çok karmaşık faktör sonucu olarak ortaya çıkabilmekle beraber altında yatan neden ciddi bir hastalık da olabilmektedir (5). Bu nedenle iştahsız olduğu düşünülen çocuklar uzman gözü ile değerlendirilmeli, iştahsızlık altında yatan nedenler araştırılmalı ve tedavi ona göre planlanmalıdır (6). İştahsızlık nedenleri genellikle organik veya organik olmayan-psikolojik kaynaklı nedenler olarak iki şekilde sınıflandırılabilir (5).

İştahsızlık ve Beslenme Güçlüğü Nedenleri

Organik Nedenler: İştahsızlığın altında yatan organik nedenler çeşitli fiziksel nedenleri içermektedir. Konjenital kalp hastalıkları, nörolojik problemler, kronik enfeksiyonlar, gastroözefajiyal reflü, malabsorbsiyon, kistik fibrozis gibi hastalıklar iştahsızlığa sebep olabilecek organik nedenler olarak sayılabilmektedir (7). İştahsızlık gelişiminin, yarıdan daha az bir kısmının organik nedenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir (8). Çeşitli tanı ve laboratuvar testleri ile iştahsızlığın altında organik bir neden varlığı sorgulanmalı ve var ise öncelikli hedef bu hastalığın tedavisi olmalıdır. Organik nedenler, aşağıda farklı başlıklar altında incelenmiştir.

Endokrinolojik Bozukluklar: Endokrin sistem, iştah kontrolü ile yakından ilişkilidir ve vücudun çeşitli organlarından salgılanan bazı hormonların iştahın düzenlenmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Mideden salgılanan ve oreksijenik özelliği bulunan ghrelin hormonu iştahı artırıcı özelliكتedir. Ghrelin seviyeleri öğün alımı sonrası düşerken, öğünden önce yüksek seviyelere ulaşmaktadır (9). İştahsız çocuklarda ghrelin seviyelerinin düşük olduğu öne sürülmüş ancak şu ana kadar yapılan çalışmalardan herhangi bir fikir birliği sağlanmamıştır. Araştırmaların bazılarında ghrelin ve iştahsızlık arasında ilişki saptanırken (10, 11), bazılarında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (12, 13). İştahsız ve normal iştahı olan ve herhangi bir gelişim geriliği olmayan çocuklar ile yapılan bir çalışmada her iki grupta da ghrelin seviyeleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucu elde edilmiştir (14).

İştahı düzenleyen diğer moleküllerden biri olan Nesfatin-1, merkezi sinir sisteminde yaygın olarak dağılmış besin alımı, enerji homeostazı ve metabolizmanın düzenlenmesinde rol oynayan anoreksijenik bir peptittir (15). Hem santral hem de periferik dokularda eksprese edilmekle beraber hipotalamustaki melanokortin sinyali ile ilişkili olan ve gıda alımını azaltan tokluk molekülüdür (16). Çocuklarda (2 ve 8 yaş grubu) yapılan bir çalışmada iştah kaybı olan çocukların kontrol grubuna göre nesfatin-1 düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (15).

Parazit / Gastrointestinal Sistem Enfeksiyonları: Bağırsak parazitleri anoreksiya, malabsorpsiyon, kilo kaybı, malnütrisyon ve anemi ile sıklıkla ilişkilendirilmektedir (17-19). Parazitlerin diyareye neden olarak beslenme durumunu olumsuz etkilemesinin yanında iştahı azaltıcı etki yaratmasının sebebinin adipoz dokudan salgılanan bazı adipokinler üzerindeki etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (19). Parazitlerin bağırsak mukozal enfeksiyonuna neden olması, adipoz dokuya komşu mezenterik lenf nodlarını aktive etmekte ve aktive edilen bu lenf nodlarının işleyişi için gereken enerji adipositlerin çeşitli adipositokinleri salgılaması ile sağlanmaktadır (17). Leptin ve adiponektin adipoz dokudan salgılanan bu önemli adipositokinlerdendir (19). Ob geni tarafından kodlanan ve sitokin benzeri bir hormon olan leptin, hipotalamusu etkileyerek enerji dengesi, iştah ve açlığın düzenlemede önemli bir rol oynamakta, adiponektinin de enerji regülasyonu ve iştah üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir (18). Leptin aynı zamanda bağırsak mukozasında lokal inflamasyonları kontrol etmek için pro-inflamatuar sitokinlerle etkileşimde bulunmaktadır (20). Bu sitokinlerin artışının iştahsızlığı tetiklediği belirtilmektedir. Parazite bağlı iştahsızlık/anoreksia, leptin sentezinin sitokin indüksiyonu yoluyla enfeksiyona karşı akut faz yanıtı olduğu savunulmaktadır (21). Parazit kaynaklı malnütrisyonu olan çocuklarda leptin ve adiponektin ilişkisini araştırmak için yürütülen bir vaka kontrol çalışmasında farklı parazit enfeksiyonları olan 81 pediatrik hasta ve 35 sağlıklı kontrol olgusu incelenmiş, çalışma sonucunda bağırsak parazitleri ile leptin ve adiponektin arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (19).

Disfaji: Yutma gücü olarak bilinen disfaji, yutma sırasında gelişen ağrı (odinofaji) veya aspirasyon, özellikle bebek ve henüz konuşamayan çocuklarda iştahsızlık ve besin reddinin önemli sebebi olabilmektedir (22). Disfaji veya odinofajinin kaynağı, alerjik, eozinofilik veya gastroözofajial reflü hastalığı ile indüklenen özafagus iltihabı veya üst gastrointestinal sistemin yapısal anomalileri veya ilaç kullanımı olabilmekle beraber, herhangi bir gıdanın alınması durumunda ağrı tetikleneceğinden çocuklarda yeme reddine ve iştahsızlığa yol açabilmektedir (23).

Gelişimsel Gerilik: Kromozomal, mitokondrial veya nörolojik hasardan dolayı yapısal bir bozukluğu olan çocuklarda iştahsızlık ve yemek seçimi görülebilmektedir (24). Yiyeceklere karşı olan bu aşırı seçicilik ve isteksizlik motor fonksiyonların gelişiminin gecikmesinden kaynaklanabilmektedir (25). Gelişim kusurları nedeniyle yemek seçen ve bazı yiyeceklere karşı iştahsızlık geliştiren çocuklar genellikle her tür yiyeceği ağızlarına alabilir ancak ağza alınan yiyecek yapısının kendine uygun olmayan/ beklentinin dışında bir nesne olması nedeniyle kusma eğiliminde olabilirler. Gelişimsel geriliği olan çocukların genellikle katı gıdaları reddetme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (26).

Anemi/ Demir Eksikliği: Çocuklarda demir eksikliğinin bir sonucu olarak da iştah azalması görülebilmektedir (27). Türkiye’de yürütülen ve iştahsızlığı olan çocuklarda demir eksikliği anemisinin araştırıldığı bir çalışmada iştahsızlık nedeni ile hastaneye başvuran çocukların %30,1’inin anemik olduğu sonucu elde edilmiştir (28). Demir eksikliğinin iştahsızlık üzerindeki etki mekanizmasının araştırıldığı çalışmalar sınırlı sayıdadır (29, 30). Önerilen mekanizmalar arasında demir eksikliğinin iştah düzenleyici hormonlar ile etkileşimlerinden kaynaklı bir iştahsızlık gelişimi

yer almaktadır (30). Demir eksikliği olan çocukların ghrelin, obestatin ve nesfatin açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada nesfatin ve ghrelin seviyelerinde her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ve bütün istatistiksel değerlendirilmelerin sonucunda demir eksikliği anemisinde görülen iştahsızlığın, iştah baskılayıcı hormon olan nesfatinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (30). Buna karşılık başka bir çalışmada demir eksikliği anemisinden kaynaklanan iştahın plazma leptin seviyelerinden bağımsız olduğu ancak demir suplementasyonu ile iştahın geliştirilebileceği belirtilmektedir (29).

Çinko Eksikliği: Hücre büyümesi, farklılaşması ve bağışıklık sisteminde önemli rol oynayan bir element olan çinkonun eksikliğinin bebek ve çocuklarda iştah kaybına neden olduğu bilinmektedir (31). Çinko eksikliği belirtileri arasında iştahsızlık sıklıkla yer almaktadır. 3-5 yaş arası çocuklar ile yapılan bir çalışmada çocukların % 75.7'nin besin alımı ve serum çinko düzeyleri boy ve kiloları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (32). Büyümede başarısız olan 114 çocukta yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 6 aylık çinko desteğinin zayıf çocuklarda yaşa göre ağırlık Z skorunu ve serum çinko seviyesini %5.5 arttırdığı saptanmıştır (31). Bu bulgular çinko desteğinin, büyümede gecikmesi olan bebek ve çocukların büyümesi için yararlı etkileri olabileceğini ve büyümedeki gecikme derecesine göre çinko desteğinin gerekli olacağını düşündürmektedir (31).

Organik Olmayan Psikolojik Nedenler: Organik olmayan nedenler tanımlayıcı özellikte olan ve herhangi bir fiziksel hastalıkla ilişkisi olmayan nedenlerdir (33). Ailenin yetersiz beslenme bilgisi, bakım eksikliği veya bakım veren kişi ile çocuk arasındaki bozukluk gibi psikososyal faktörler örnek olarak verilebilir. Çocuğun iştahsızlığı, yeme reddi ve besinlere karşı gösterdiği isteksizlik bu gibi çeşitli psikolojik nedenlerden kaynaklanabilmektedir (8). Bu gibi olgularda aslında bir yeme bozukluğu durumu gelişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) beslenme bozukluğu/iştahsızlık durumunu; herhangi bir organik patolojisi olmayan, çocuklar için yeterli bakımın ve yeterli besin kaynağının varlığında görülebilen beslenme güçlüğü, besin reddi ve aşırı seçicilik olarak tanımlamaktadır (34). İştahsızlığın altında yatan nedenler duygusal olarak anne bakımına gereksinimden, anneye öfke göstererek dikkatini çekmekten ya da yaşla beraber artan özerklik gösterme ihtiyacından da kaynaklanabilmektedir (35). Bu çocuklarda uygun beslenme davranışlarını yerleştirme girişimlerinden önce psikolojik doyum sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra, psikolojik nedenlere bağlı olarak gelişen iştahsızlık ve yeme bozukluğu durumunun sıklıkla aile veya bakım veren kişi ya da kişiler tarafından yapılmış anormal beslenme uygulamaları ile başladığı belirtilmektedir. Bu uygulamaların devam etmesi çocuktaki iştahsızlığı daha da arttırarak kısır bir döngü oluşmasına neden olmaktadır (8). Ebeveyn veya bakım veren kişi tarafından uygulanan ve iştahsızlığa yol açabilecek beslenme davranışları şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Gece Beslenme: Uyanırken yiyecekleri reddedeceği / az miktarlarda tüketeceği için uyurken beslemek
- Baskıcı Yaklaşım (Persecutory feeding): Reddetmeye rağmen sürekli beslemeye, başka bir parça daha vermeye çalışma

- Zorla Besleme: Ağzını açması için çocuğu zorlama (güç uygulayarak vs..)
- Mekanik Besleme: Düzenli olarak planlanan zamanlarda (saat başı, 3 saatte bir vs.) açlık işaretlerini görmezden gelerek besleme/ yemek sırasında çocuğu cansız bir nesne gibi düşünme.
- Koşullu Dikkat Dağınıklığı: Yemekleri dikkat dağıtarak yedirme, çocuk dikkat dağınıklık olmadan yemek olmaz ve gıdaya ilgi göstermez.
- Uzatılmış Yemekler: Bakım verenin anormal beslenme davranışları olsun-olmasın, başarı eksikliğine rağmen yedirmeye/yemeye devam eder. Genellikle 30 dakikadan fazla sürmektedir.

Bebek ve çocuğun doğuştan gelen gıda tercihleri ve tat algılamasının gelişimi, belirli gıdaları kabul etmede dahili bir engel oluşturabilmektedir. Dolayısıyla, bir çocuğun kendisine sunulan yeni gıdaları reddettikleri zaman tüketmeleri için baskı yapmak ters etki yaratabilmektedir (36). Stresli bir beslenme ortamı, çocuğun yeni gıdalara olumlu yanıt vermesini engellemektedir. Bununla birlikte pozitif besleme tarzı, çocuğun yeni gıdaları denemesinin ayrılmaz bir parçasıdır (37). Mei ve ark. (38) herhangi bir hastalığı bulunmayan normal çocukların büyüme eğrilerindeki düşüşün bakım veren kişiler veya aile tarafından açlık ve tokluk varlığı sorgulanmadan, sıklıkla besleme gibi müdahaleci davranışların çocuğun besin reddi geliştirmesine neden olarak büyüme eğrilerinde düşüslere neden olduğunu saptamışlardır.

Çocukta İştahsızlık İle Sıklıkla Karıştırılan Diğer Tanımlamalar: Altında yatan neden ne olursa olsun çocuklar yeme davranışlarına göre iştahsız, yemek seçen ve beslenme korkusu (food neofobi) olan çocuk olmak üzere 3 temel sınıfta toplanabilmektedir. Her kategorinin altında yatan nedenler birbirine benzerlik gösterebilir veya farklı da olabilir. Ancak çocuğun yemeğe gösterdiği tepkiler farklıdır (5). Bununla beraber sıklıkla iştahsızlık olarak düşünülen kavramlardır. Bu kavramlardan biri olan beslenme korkusu, kalıtsal ve uyumsal bir kişilik özelliği olarak görülmekte ve çocuğun tadını bilmediği yeni gıdalara karşı besin reddi olarak tanımlanmaktadır (39). Çocuğun beslenme çeşitliliğini arttırmaya yönelik en güçlü psikolojik engeller gıda fobisidir (37). Yaygınlığının %40-60 arasında değiştiği bildirilmiştir (40).

Seçici yeme (picky eating) ise food neofobi ile genellikle benzer ancak çocuğun hem tanıdığı hem de yeni olan/ilk defa denenen bir çok gıdaya karşı reddi olarak tanımlanmaktadır. Genellikle besin çeşitliliği olmayan diyetlerin bir sonucu olduğu belirtilmektedir (39). Bu davranış biçimi de yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmaktadır (36). Yaygınlığının %5.8 ve 59 arasında değiştiği bildirilmiştir (40). Her iki kavram da birbiri ile ilişkilidir ve her iki sınıfta değerlendirilen çocuklar da iştahsız olarak kabul edilmektedir. Yaş ve cinsiyete bağlı değişmekte ve doğru bir yaklaşım ile düzeltilebilmektedir (37).

İştahsızlık ve Benzer Yeme Güçlüğü Durumlarına Temel Yaklaşımlar: İştahsızlık ve benzeri beslenme güçlükleri aileleri en çok endişelendiren durumlardan biri olduğundan ebeveynler bu konunun çözümü için sıklıkla uzmana danışmaktadır (5). İştahsız olduğu düşünülen bir çocuğa tıbbi

beslenme tedavisi yaklaşımındaki ilk adım, diyetsel öyküsünün alınarak beslenme ile ilgili davranışları hakkında aileden bilgi alınması ve mümkünse gözlem yapılmasıdır. Beslenme problemlerinin taranması ve tespitinde ebeveynler veya bakıcılardan kapsamlı öykü alınmasını sağlayan, standartlaştırılmış anketlerden yararlanılabilir. Bunun yanı sıra altta yatan organik hastalık veya malnütrisyon varlığının tespiti için yapılan fiziksel muayenenin yanı sıra vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi gibi antropometrik ölçümlerin alınması önemlidir (41).

İştahsızlık sorunu bulunan çocukta izlenecek diğer bir tedavi adımı ise, çocuğun iştahsızlığının sağlık profesyonellerince kategorize edilmesi ve altında yatan nedenin ne olduğunu saptanmaya çalışılmasıdır. Hafif derecede nitelendirilen zorluklar çocuk doktoru ile çözümlenebilir ancak orta ve ağır iştahsızlık durumları mutlaka multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (5). Üç temel beslenme güçlüğü olan ve iştahsızlık olarak kabul edilen iştahsızlık, yemek seçme ve beslenme korkusu durumlarının ayırımı iyi yapılmalı altında yatan nedenler gerek fiziki muayene gerek laboratuvar testleri gerekse ailenin ve/veya bakım verenin gözlemi yapılmalıdır. Her bir durumun ayrı ayrı görülebileceği gibi aynı anda da görülebilmektedir (5).

İştahsızlık tedavisinde öncelikle ebeveyn çocuğun kendi açlık tokluk algısının olduğuna ikna edilmelidir (5). Sonrasında iştahsızlığın altında yatan organik bir neden varlığı değerlendirilmeli buna göre tedavi ve beslenme planı belirlenmelidir (42). Organik bir neden varlığı yok ise, çocuğun büyüme ve gelişme durumuna, karakteristik özelliklerine ve iştahsızlık sınıflanmasına göre çeşitli beslenme önerilerinde bulunulabilir. İştahı kısıtlı enerjik bir çocuk için açlığı teşvik edici beslenme programı uygulanabilir. Ana ve ara öğün sayıları en fazla 5 öğün olacak şekilde planlanmalı, ve öğün aralarında su dışında herhangi bir sıvı verilmemelidir. Aile yemek zamanı ve düzeni konusunda rol model olmalıdır ve çocuğa da bu konuda çeşitli sınırlamalar koymalıdır (43). İçeriden kaynaklanan bir iştahsızlık durumu da yetersiz beslenmeye ve yetersiz kilo alımına neden olabilmektedir. Bebek ve çocuklar genellikle depresif, yemeye ve çevreye ilgisi az, göz teması kurmayan yapıya sahiptir (41). Bu durumlarda deneyimli ve beslenme konusunda yeterli bir bilgiye sahip bir birey tarafından beslenme önerilmektedir. Özellikle çocuğun sevdiği bir kişi tarafından besleme çocuğu yemeye özendirilebilir (5). Bu tür yapıya sahip iştahsız bebek anneleri için de ayrıca duygusal destek tedavisinin yararlı olabileceği bildirilmiştir (41).

Seçici beslenme davranışı olan bir çocukta sorunun çözümünde bir yiyeceği 8-15 kez zorlamadan sunmanın işe yaradığı belirtilmektedir. Yiyecekleri çocuğun dikkatini çekebilen, sevdiği şekiller vererek hazırlama; hatta hazırlama aşamasında çocuğu da dahil etme genellikle fayda sağlamaktadır. Bunun yanı sıra hafif seçiciliği olan bir çocuğa bazı sebzeler çeşitli soslar ile sunmanın da yararı olabilmektedir (44, 45). Buna karşılık yüksek derecede seçiciliği olan çocukta daha yoğun ve sistematik bir yaklaşım gerekebilir. Davranışsal terapi yöntemini uygulayan terapistlerin de içinde olduğu multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Temel öncelik besin çeşitliliğini artırma olmalıdır. Bu anlamda birbiri yerine geçen gıdalar denenebilir (46).

Diğer bir beslenme güçlüğü olarak tanımlanan beslenme korkusu (food neofobi) bulunan çocuklarda sorunu çözmedeki temel amaç, beslenme / yeme ile ilgili kaygıyı azaltma olmalıdır. Özellikle bebeklerde ve henüz konuşamayan küçük çocuklarda ağlama nedeninin beslenme kaynaklı olup olmadığına dikkat edilmelidir. Yanlış algılanan ağlama durumlarında bebeğin ihtiyacı güven duygusunun artırılmasıdır. Bunu yanı sıra ailenin ve bakım verenin de bu konu ile ilgili kaygılarının azaltılması önemli bir yaklaşım olacaktır. Ciddi ve aşırı düzeydeki beslenme korkusunda korku nedeninin bulunması en temel sebep olmalıdır. Beslenme tedavi sürecinin başlangıcında, bebek uykuya dalmaya başladığında, yeterli beslenmeyi sağlamaya izin verilebilir (47). Bunun yanı sıra beslenme ortamının, ekipmanının değiştirilmesi de besinlerin kabul edilmesinde fayda sağlayabileceği belirtilmektedir. Bazı çocuklarda, katı yiyeceklere daha erken geçiş yararlı olabilmektedir (5). Daha büyük çocuklarda beslenme korkusuyla iyileşme anahtarı güvencedir. İlk danışmanlık başarısız olursa, anksiyolitik ilaç (SSRI) kullanımı (48), ödülleri ile olumlu güçlendirme, bilişsel davranışçı terapi veya psikiyatrik başvuru gerekebilir (49). Ek olarak, dokular kademeli olarak ilerledikçe çocuğun beslenmesini desteklemek için sıvı oral takviyeler sıklıkla gereklidir (5).

Fiziksel ve nörolojik muayeneleri normal olan, standart büyüme eğrilerinde normal büyüme aşamaları kaydedilen çocuklarda rutin laboratuvar tetkikleri yapılmamaktadır. Altta yatan medikal bir durumdan şüphelenilen çocuklarda; tam kan sayımı (beyaz kan hücresi sayımı, lenfosit sayıları, hemoglobin ve hematokrit seviyeleri), bazı kimya testleri (serum protein ve albümin, demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, karaciğer ve böbrek paneli), inflamatuvar belirteçler gibi laboratuvar testleri (eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein) ve idrar tahlili gibi testlerden faydalanılabilir. Organik bir hastalık varlığından şüpheleniliyorsa, önce temel tıbbi şartlar tedavi edilmelidir (41).

Beslenme güçlüğü şikayeti ile başvuran bebek ya da çocuğun ebeveyninin klinikten ayrılırken çocuğunun beslenme sorununun sınırlı bir iştah, seçicilik, beslenme korkusu veya bunların bir bileşimi olup olmadığını anlamalıdır. Bunun yanı sıra yemek düzen ve saatlerinin nasıl olması gerektiği, beslenme uygulamalarında ne gibi yanlışlar yapıldığını ve nasıl düzeltilmesi gerektiği anlatılmalıdır. Özellikle beslenmesi ile ilgilenen ebeveyn veya bakım verene zorlayıcı beslenme türlerinin neler olduğunu ve sonuçlarının neler olabileceği anlatılması önem gerektiren konulardır (5).

Sonuç: İştahsızlık, yemek seçiciliği ve besin fobisi gibi beslenme güçlükleri, özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda, çocuklukta çok yaygın sağlık problemleridir. Her bir beslenme güçlüğünün altında önemli fizyolojik sebepler olabileceği gibi psikolojik durumlardan da kaynaklanabilmektedir. Sorunun altında yatan nedenlerin çoğunluğunun nonorganik etiyolojilerden kaynaklanmasına rağmen, özellikle büyümekte olan küçük çocuklarda, öncelikle detaylı bir beslenme öyküsü alınarak, semptomlar ve belirtiler değerlendirilerek, derinlemesine inceleme ve fizik muayene yoluyla altta yatan herhangi bir organik neden varlığı elimine edilmelidir. Organik nedenlerin saptanması durumunda öncelikli tedavi amacı bu nedenlerin ortadan kaldırılması olmalıdır. Bunların yanı sıra, gelişen beslenme sorunlarında çocuğun yaşına uygun enerji ve besin öğelerini içeren bir beslenme programı, pratikte beslenme sorununun etkili bir şekilde tedavi edilmesini destekleyebilir. Beslenme güçlüğünün türünün

belirlenerek tedavi yöntemlerinin bu duruma göre belirlenmesi gibi bir sistematik yaklaşımda bulunmak tedavi etkinliği olumlu etkileyecek en önemli yaklaşımlardan biridir.

Sonuç olarak, çocukluk döneminde görülen ve erken dönemde müdahale edilmeyen iştahsızlık durumu, ilerleyen yaşlarda hem beslenme tarzını hem de beslenme ile ilgili davranış biçimlerini etkilemektedir (50). Bu nedenle, iştahsızlığa neden olacak etkenler erken dönemde belirlenmeli, çocuğun büyümesi ve gelişmesi yakından izlenmelidir. İştahsızlık sorununun çözümünde doktor, diyetisyen, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı aile ile birlikte çok yönlü bir yaklaşım içinde birlikte hareket etmelidir. Ayrıca gebelik ve laktasyon döneminde annelere, çocukları için sağlıklı beslenme eğitimleri verilmesi altta yatan bir hastalık olmadan oluşan iştahsızlık şikayetlerinin önüne geçmede etkili bir yaklaşım olacaktır.

Kaynaklar

1. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: A population-based survey. *Child Care Health Dev* 2000;26(1):5-16.
2. Yang L, Bian Y, Shao J, Sheng W, Li W, Zeng L. Efficacy and safety of chiropractic therapy in infantile anorexia: A systematic review. *EuJIM* 2016;8(2):106-12.
3. Aldridge VK, Dovey TM, Martin CI, Meyer C. Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. *Journal of Child Health Care* 2010;14(3):261-70.
4. Schädler G, Süss-Burghart H, Toschke AM, Von Voss H, Von Kries R. Feeding disorders in ex-prematures: causes-response to therapy-long term outcome. *EJPE* 2007;166(8):803-8.
5. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015;135(2):344-53.
6. Bıçlıoğlu Y, Eliaçık K, Astarçioğlu G, Sarıtaş S, Bakİler AR. Are parents right? Evaluation of risk factors and growth in a child with poor appetite. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2015;5(2):95-100.
7. Essex C, Southall A, Southall A. Children with feeding difficulties: medical and nursing perspectives. In: Southall A, Martin C (eds). *Feeding Problems in Children: a practical guide*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2010. p.26-50.
8. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *JPGN* 2009;48(3):355-62.
9. Albarran-Zeckler RG, Sun Y, Smith RG. Physiological roles revealed by ghrelin and ghrelin receptor deficient mice. *Peptides* 2011;32(11):2229-35.
10. El-Eshmawy MM, Aal IAA. Association of ghrelin and leptin with reproductive hormones in constitutional delay of growth and puberty. *Reprod Biol Endocrinol* 2010;8(1):153.

11. Iñiguez Gn, Ong K, Peña V, Avila A, Dunger D, Mericq V. Fasting and post-glucose ghrelin levels in SGA infants: relationships with size and weight gain at one year of age. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(12):5830-3.
12. Şen TA, Şimşek DG, Darcan Ş, Çoker M. Ghrelin levels in children with constitutional delay of growth and puberty. *JCRPE* 2010;2(3):117.
13. Stawerska R, Smyczynska J, Czkwianianc E, Hilczer M, Lewinski A. High concentration of ghrelin in children with growth hormone deficiency and neurosecretory dysfunction. *Neuro Endocrinol Lett.* 2012;33:331-9.
14. Razzaghy-Azar M, Latifi M, Ilbeygi D, Larijani B, Nourbakhsh M. Total And Acylated Ghrelin Levels In Children And Adolescents With Idiopathic Short Stature And Poor Appetite. *Acta Endocrinol* 2015;11(3).
15. Kaba S, Karaman K, Kömüroğlu U, Bala K, Demir N, Kocaman S, et al. Role of circulating nesfatin-1 in the underweight children with poor appetite. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015;19(24):4703-6.
16. Ramanjaneya M, Addison M, S Randeva H. Possible Role of NUCB2/nesfatin-1 in Adipogenesis. *Curr Pharm Design* 2013;19(39):6976-80.
17. Desreumaux P, Ernst O, Geboes K, Gambiez L, Berrebi D, Müller-Alouf H, et al. Inflammatory alterations in mesenteric adipose tissue in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1999;117(1):73-81.
18. Anagnostis P, Vakalopoulou S, Charizopoulou M, Kazantzidou E, Chrysopoulou T, Moka E, et al. Is there any association between leptin levels and bone mineral density in haemophiliac men? *Archives of medical science: AMS* 2013;9(3):459.
19. Yahya RS, Awad SI, Kizilbash N, El-Baz HA, Atia G. Enteric parasites can disturb leptin and adiponectin levels in children. *Archives of Medical Science.* 2018;14(1):101.
20. Matarese G, Moschos S, Mantzoros CS. Leptin in immunology. *J Immunol* 2005;174(6):3137-42.
21. Kyriazakis I, Tolkamp B, Hutchings M. Towards a functional explanation for the occurrence of anorexia during parasitic infections. *Animal behaviour* 1998;56(2):265-74.
22. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14(2):118-27.
23. Wu YP, Franciosi JP, Rothenberg ME, Hommel KA. Behavioral feeding problems and parenting stress in eosinophilic gastrointestinal disorders in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2012;23(8):730-5.
24. Hyman P. Role of development in infant and toddler food refusal. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)* 2010;19(3):64-7.
25. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Acad Nutr Diet* 2010;110(2):238-46.

26. Palmer MM, Heyman MB. Assessment and treatment of sensory-versus motor-based feeding problems in very young children. *Infants and Young Children*. 1993;6(2):67-73.
27. Ibrahim A, Atef A, Magdy RI, Farag MA. Iron therapy and anthropometry: A case-control study among iron deficient preschool children. *Gaz Egypt Paediatr Assoc* 2017;65(3):95-100.
28. Küçük Ö, Göçmen AY, Biçer S. İştahsızlığı Olan Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisi Sıklığı. *Bozok Medical Journal* 2013;3(2):37-41.
29. Topaloglu AK, Hallioglu O, Canim A, Duzovali O, Yilgor E. Lack of association between plasma leptin levels and appetite in children with iron deficiency. *Nutrition* 2001;17(7):657-9.
30. Altıntaş S. Çocuklarda demir eksikliği anemisinde girelin, obestatin, nesfatin düzeyi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2017.
31. Park S-G, Choi H-N, Yang H-R, Yim J-E. Effects of zinc supplementation on catch-up growth in children with failure to thrive. *Nutr Res and Pract* 2017;11(6):487-91.
32. Yu KH. A study on the nutrient intakes and zinc nutritional status of preschool children in Ulsan. *Korean J Nutr* 2007;40(4):385-94.
33. Briggs S, Priddis L. Feeding difficulties in infancy and childhood: psychoanalytic perspectives. In: Southall A, Martin C (eds). *Feeding Problems in Children: a practical guide*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2010. p.59-76.
34. WHO. World health Organization: International classification of diseases (ICD). Available from: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
Accessed 4 Dec 2018
35. Kaymaz N, Bulur N, Yildirim S, Cevizci S, Topaloglu N, Tekin M, et al. Poor Appetite in School Children: Is It a False Perception of Parents? *J Pediatr Res* 2015;2(1):11-6.
36. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc* 2003;103(6):692-8.
37. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite* 2008;50(2-3):181-93.
38. Mei Z, Grummer-Strawn LM, Thompson D, Dietz WH. Shifts in percentiles of growth during early childhood: analysis of longitudinal data from the California Child Health and Development Study. *Pediatrics* 2004;113(6):e617-e27.
39. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite* 2015;95:349-59.
40. Brown CL, Vander Schaaf EB, Cohen GM, Irby MB, Skelton JA. Association of picky eating and food neophobia with weight: a systematic review. *J Child Obes* 2016;12(4):247-62.
41. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J Pediatr* 2017;60(12):379-84.
42. Stratton R, Elia M. The effects of enteral tube feeding and parenteral nutrition on appetite sensations and food intake in health and disease. *Clin Nutr* 1999;18(2):63-70.

43. Linscheid TR. Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behav Modif* 2006;30(1):6-23.
44. Zampollo F, Kniffin KM, Wansink B, Shimizu M. Food plating preferences of children: The importance of presentation on desire for diversity. *Acta Paediatr* 2012;101(1):61-6.
45. Leahy KE, Birch LL, Fisher JO, Rolls BJ. Reductions in entree energy density increase children's vegetable intake and reduce energy intake. *Obesity* 2008;16(7):1559-65.
46. Fraker C, Fishbein M, Cox S, Walbert L. *Food Chaining: The Proven 6-Step Plan To Stop Picky Eating, Solve Feeding Problems and Expand Your Child's Diet*. New York, NY:Marlowe Company; 2007.
47. Chatoor I. *Diagnosis and Treatment Of Feeding Disorders In Infants, Toddlers, and Young Children*. Washington, DC: Zero To Three; 2009.
48. Banerjee SP, Bhandari RP, Rosenberg DR. Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26(2):123-7.
49. Okada A, Tsukamoto C, Hosogi M, Yamanaka E, Watanabe K, Ootyou K, et al. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Med Okayama* 2007;61(5):261.
50. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *Int J Eat Disord* 2012;45(2):272-80.