

Yeme Bozukluğu Olan Çocuğa Yaklaşım

Approaching the Children with Feeding Problems

Esra Kurt, Emel Örün

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye



Öz

Çocukluk döneminde sık görülen yeme problemleri sağlıklı çocuklarda %25-45 oranında görülürken, gelişim geriliği olan çocuklarda bu oran %80'e kadar çıkmaktadır. Sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarda ebeveynlerin %20-60'ının çocuklarının yeteri kadar yemediğini düşündükleri belirtilmiştir. Yoğun tıbbi ve davranışçı tedavi gerektiren ciddi yeme bozuklukları çocukların %3-10'unda görülmektedir. Bu gözden geçirme yazısında yeme problemi ile getirilen çocuğun değerlendirilme ve izlenme süreçlerinden bahsedilmiştir.

Abstract

Feeding problems in childhood are common, occurring in 25-45% of healthy children and the ratio can be increased up to 80% in children with growth deficiency. Studies with healthy children reported that 20-60% of parents think that their children don't eat enough. Serious eating disorders which requires intensive medical and behaviour treatment is seen in 3-10% of children. In this review, approach and follow up of a child who was brought to the hospital with feeding problems was studied.

Anahtar kelimeler

Yeme problemi, iştah, çocuk

Keywords

Feeding problems, appetite, child

Geliş Tarihi/Received : 07.01.2015

Kabul Tarihi/Accepted : 10.09.2015

DOI:10.4274/jcp.82474

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Emel Örün, Özel Çankaya Yaşam Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 533 520 72 98
E-posta: emelurun@hotmail.com

©Güncel Pediatri Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

Bu makale "Creative Commons Atınlı-Gayriticari-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY-NC 4.0)" ile lisanslanmıştır.

Giriş

Yeme davranışı biyolojik ve sosyal içeriği olan karmaşık bir davranıştır (1). Çocukluk döneminde yeme problemleri sıktır. Sağlıklı çocuklarda %25-45 oranında görülürken, gelişim geriliği olan çocuklarda bu oran %80'e kadar çıkmaktadır (2). Sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarda ebeveynlerin %20-60'ının çocuklarının yeteri kadar yemediğini düşündükleri belirtilmiştir (3,4). Yoğun tıbbi ve davranışçı tedavi gerektiren ciddi yeme bozuklukları çocukların %3-10'unda görülmektedir (5).

Çocukluk çağı yeme bozukluklarını değerlendirirken organik/fonksiyonel ve davranışsal sorunlarına ve bunlar arasındaki etkileşime dikkat etmek gerekmektedir. Yeme bozukluklarının tamamen yapısal veya psikolojik süreçlere dayandırılması, çoğu olguda davranışsal sorunların gözardı edilmesine neden olabilmektedir. 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. Örneğin normal yemek yeme davranışı olan bir çocukta problem kazayla boğulma olayı/deneyimi ile başlayabilir, bu durum çocukta kaygıya yol açarak

gıdadan kaçınma davranışına yol açar. Bu olgunun boğulma fobisi olarak ele alınması uygun olacaktır. (6).

Yeme bozukluklarının çocuklarda büyüme geriliği ve malnütrisyonla sonuçlanması en istenmeyen durumdur. Yeme bozukluğu olan çocukların en fazla hekime başvurma nedeni seçici yeme ve az yeme şeklinde olmaktadır. Seçici yeme davranışı, belli besin gruplarını reddetmek ve yeni besinleri denemeye karşı isteksiz olmaktır (4). Tıbbi ve gelişimsel bozuklukları olan çocukların yanısıra normal gelişim gösteren çocuklar da seçici yeme davranışı gösterebilmektedir (7). Erken çocukluk dönemindeki seçici yemenin, adolesan ve erken erişkinlikteki yeme bozuklukları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (8).

Seçici yeme çocuklar arasında sık görülen bir durumdur. ABD’de yapılan bir çalışmada seçici yeme davranışı gösteren çocukların oranı dördüncü ay civarında %19 iken, 19-24 ay arasında %50’den fazla bildirilmiştir (3). İngiltere’de yapılan bir çalışmada ortalama yaşı 30 aylık 455 çocuğun %20’sinde yeme problemi olduğu ve ailelerin bu çocukların %42’sini seçici, %39’unu ise az yiyen olarak tanımladıkları gösterilmiştir. Çoğu çocuk yemek yemek yerine sıvı bir şeyler içmeyi tercih eder. Süt ve meyve suyu gibi sulu gıdaları aşırı tüketen bir çocuğun iştahı azalacaktır. (9).

Ebeveynler yemek seçiciliği olan çocuklarının çok az yediğini ve sağlıklı beslenemediğini düşünür (10). Seçici yeme ebeveynler ve bakım verende de anksiyeteye neden olmaktadır (9,11). Yemek seçiciliği olan çocukların sonraki dönemlerde kilo durumunu gösteren çalışmalar kısıtlıdır, ancak bu çocuklar az yer, yavaş yer ve yemeğe ilgileri azdır (12). Aileleri tarafından yeme problemleri bildirilen çocukların daha kısa boylu ve zayıf oldukları ve daha yavaş büyüdükleri bildirilmektedir. Bununla birlikte yapılan bir çalışmada yeme sorunu olan çocukların iki yaş vücut ağırlığı değeri beşinci persentilin altında kalma oranı %11 olarak belirtilmiştir (9).

Organik Hastalık Varlığının Saptanması

Yeme bozukluğu olan çocuklarda öncelikle iştahsızlığın altta yatan organik bir nedene bağlı olup olmadığı araştırılmalıdır (13). Bunun için iyi bir öykü alınması ve fizik muayene gerekmektedir. Gerekliliği

durumlarda bazı laboratuvar değerlendirmelerine (tam kan sayımı, idrar incelemesi, parazit araştırması gibi) başvurulabilir.

Pediyatrik yeme bozuklukları sıklıkla organik bozukluklara eşlik etmektedir (1). Yeme bozukluğu bazı durumlarda daha sık görülmektedir. Erken doğan infantların %40-70’inde ciddi yeme problemleri gelişebilmektedir (14). Sonda ile beslenme ihtiyacı olan çocuklarda, karın ağrısı, gastroözefageal reflü ve kusma gibi gastrointestinal problemi olan çocuklarda yeme bozukluğu daha sıktır. Sindirim problemlerine bağlı gelişen rahatsızlık ve azalmış iştah, besinden kaçma davranışlarına yol açabilmektedir. Örneğin gastroözefageal reflü hastalığı olan bir çocuk, yeme esnasında veya sonrasında özofajite bağlı ağrı veya rahatsızlık hissedebilir (2). Sıklıkla bulantı ve kusmaya neden olan kanser ilaçları, öncesinde normal yeme davranışı olan çocuklarda yeme sorunu doğurabilir (15). Down sendromu, kraniyofasiyal anomaliler ve kistik fibrozis yüksek oranda yeme bozuklukları ile ilişkili durumlardır (2,16,17). Yapısal problemler yeme bozukluğu gelişimine katkıda bulunur. Çiğneme, yutma ve sindirimi kapsayan herhangi bir yapısal anatomik anormallik süreci bozar ve ciddi problemlere neden olabilir. Yarık dudak-damak, makroglossi, ankiloglossi gibi dil anomalileri ve diş çürükleri gibi oral kavite anormallikleri yeme problemlerini arttırır. Farinks veya özefagus darlıkları veya anomalileri yutma güçlüğüne neden olmaktadır (18). Serebral palsi ve paralizi gibi nöromusküler bozukluklar ciddi yeme bozukluğuna neden olabilmektedir (19). Aynı şekilde beyin sapı glioması ve chiari malformasyonu gibi çiğneme ve yutma koordinasyonunu etkileyen durumlar da bazı yeme bozukluklarının diğer önemli nedenlerindedir (18).

Normal gelişim gösteren çocuklara göre otizmlili çocuklarda yeme problemleri daha sık görülmektedir. Otizmlili çocuklarda gıda reddinin ve kısıtlanmış gıda alımının daha sık olduğunu raporlayan birçok çalışma mevcuttur (17,20). Otizmi olan çocuklar hastalığın karakteristiği nedeniyle sıklıkla değişik yeme alışkanlıklarına sahiptir. Otizmin ana özelliği olan ritüel ve rutinlere sıkı bağlılık bunu açıklayabilir (21). Duyusal uyum problemi ve aşırı hassasiyet otizmlili çocuklardaki gıda seçiciliği davranışına neden oluyor olabilir (22). Bunların yanısıra otizmlili çocukların ebeveynleri organik bir neden saptanmamasına rağmen daha sık gastrointestinal semptomlar belirtmektedir (23,24).

Altta yatan organik patolojinin belirlenmesinde bazı semptom ve durumların varlığı klinisyeni uyarmalıdır (25). Bu semptom ve klinik durumlar arasında disfaji, odinofaji, koordine olmayan yutma fonksiyonu, ağlama ile yemenin kesilmesi, kusma veya diyare, egzama, büyüme geriliği, prematürite, konjenital anomali ve otizmi içeren gelişim anomalileri yer almaktadır (25). Disfaji ve odinofaji; gastroözofageal reflü, eozinofilik özofajit, enfeksiyon veya toksik yaralanmalara bağlı özofajiti akla getirmektedir. Kronik öksürüğü ve tekrarlayan pnömonisi olan çocuklarda, serebral palsy gibi nörolojik bozukluklarda koordine olmayan yutma fonksiyonu akla gelmelidir. İnfant sıvıyı istekle alıyor ancak birkaç yudum sonra ağrı ve ağlama ile kendini geriye atıyor ve yemeyi kesiyorsa bu durum üst gastrointestinal sistem patolojilerini akla getirmektedir. Ayrıca kilo kaybı, aftöz ülserasyon varlığında aile öyküsü sorgulanarak Çölyak hastalığı araştırılmalıdır. Unutmamak gerekir ki yeme sorunu olan bir çocukta fiziksel işaretlerin olmaması her zaman fiziksel bir nedeni dışlamamaktadır (18). Temel fizik muayeneye ek olarak yeme bozukluğunun altında yatan tıbbi nedenin tanımlanması için bazı olgularda invaziv işlemlere başvurmak gerekebilir. Videofloroskopik yutma çalışması gibi yutma fonksiyonunun gözlemine olanak sağlayan testler sindirim yolunda olan problemleri tanımlamaya yardımcı olmaktadır (26).

Büyümenin değerlendirilmesi çocuktaki iştahsızlığın derecesi ve ciddiyeti konusunda fikir sahibi olunmasına yardımcı olmaktadır (27). Ancak bilinmelidir ki büyümesi normal olan bir çocukta da yeme bozukluğu olabilmektedir. Antropometrik ölçümler ile büyüme geriliği tespit edilmiş bir çocukta konjenital anomali, intrauterin gelişme geriliği veya prematürite öyküsü, konstitüsyonel faktörler veya ailede büyüme geriliği hikayesi yoksa klinik değerlendirmede yemek yemeye ayrı bir yer ayrılmalıdır (25). 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, sosyal konum, aile geliri gibi aileye ait bazı faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır (27).

Yeme problemi olan çocukların çoğunda organik bir neden saptanamamaktadır. Altta yatan organik hastalığı

olan çocukta öncelikle mevcut hastalık tedavi edilme yoluna gidilmelidir. Tedavi ile yeme problemi ortadan kalkmayan ve altta yatan organik patolojisi olmayan grupta yeme alışkanlığı üzerinde odaklanılmalıdır (25).

Klinik Görüşme

Klinik görüşme; çocuğun mevcut olan yeme problemi ve yeme hikayesi, psikososyal ve gelişimsel faktörler ile ilgili bilgi edinmeye olanak vermektedir. Yeme probleminin başlangıcı ve gelişimi hakkında önemli bir bakış açısı sağlamaktadır (2).

Yeme problemlerinin daha iyi anlaşılması, normal yeme gelişiminin anlaşılmasını gerektirmektedir. Yeme süreci; besini ağza almak, çiğnemek, geriye doğru itmek ve yutmak gibi sıralı basamakları içerir. Yeme problemi bu süreç boyunca herhangi bir noktada oluşabilir. Gelişimin erken evrelerinde ortaya çıkan bir problem, yeme bozukluğunda temel olabilir. Örneğin anne sütünden katı gıdalara geçiş hızlı bir gelişimsel adaptasyon gerektirmektedir ve yemeyle ilişkili sorunlar bu dönemde ortaya çıkabilir (28). Bazen bu gelişim basamaklarının normal ilerlemesine rağmen, ebeveyn tutumları ve bazı kültürel inanışlar sorunların nedeni olabilir.

Klinik görüşmede sadece şu an mevcut olan probleme odaklanılmamalıdır. Yeme probleminin zaman içinde gelişiminin öğrenilmesi önemlidir. Hekim aspirasyon, karın ağrısı gibi yeme problemini tetikleyen herhangi bir olayın varlığını veya zorla yedirme gibi var olan problemi arttıran nedenleri tanımlamaya çalışmalıdır (6).

Çocuğun yemek yeme durumunun değerlendirilmesine ek olarak, çocuğun psikososyal ve gelişimsel değerlendirilmesi yapılmalıdır. Çocuğun mental sağlığının, duygudurum problemlerinin ve kaygı düzeyinin hekim tarafından bilinmesi hem yeme probleminin nedeninin anlaşılması hem de sorunun çözümü açısından önemlidir.

Çocuk-bakıcı ilişkisi, bakım verenin stresi ve psikososyal durumunu içeren konular da değerlendirilmelidir (2,29). Bazen yeme bozuklukları, bakım verenin yemeye ilişkin beklentileri doğrultusunda gelişebilmektedir. Kişisel ve kültürel faktörlerden etkilenen bu beklentiler çocuğun yeme davranışını etkileyebilmektedir. Klinik görüşmede değerlendirilmesi gereken konular aşağıda özetlenmiştir:

Bakım veren ile klinik görüşmede değerlendirilecek konular (6):

- 1- Gıda alım hikayesi;
 - Şu anki yeme durumu (kalori, çeşitlilik ve kıvamı içeren),
 - Tercih edilen ve edilmeyen gıdalar,
 - Öğün sıklığı, öğünler arası yeme,
 - İştah,
 - Yeme öyküsü, yemede herhangi bir değişikliğin başlaması,
- 2- Tıbbi hikaye;
 - 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,
- 3- Gelişimsel hikaye;
 - Gelişimsel basamakların zamanlaması,
 - Gelişim geriliği veya yetersizlikleri,
 - Yememin gelişimi, normal oral yememin kesintiye uğrayıp uğramadığı,
- 4- Davranışsal ve duygusal hikaye;
 - Karşıtlık ve kaygı gibi davranışsal ve duygusal problemlerin varlığı,
 - Psikiyatrik değerlendirme ve tanı,
 - Psikiyatrik tedavi hikayesi,
 - Psikiyatrik ilaç kullanımı,
- 5- Aile hikayesi ve şartları,
 - Yeme problemlerini içeren aile hikayesi,
 - Bakım veren kişideki psikopatoloji veya stres varlığı,
 - Şu anki veya geçmişteki ailesel stres faktörleri,
 - Yemek yeme ve kilo hakkında kültürel inanışları içeren bakım verenin yeme beklentisi,
- 6- Yemek esnasındaki davranışlar;
 - 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,
- 7- Yeme ile ilişkili travma öyküsü;
 - Aspirasyon, öğürme, kusma öyküsü,
 - Zorla yeme öyküsü,
 - Oral veya yüz cerrahilerini içeren yüz veya ağıza travma öyküsü,
 - Yeme ile ilişkili travmaya şahit olma (örneğin; bir aile bireyinin aspirasyonuna şahit olma),
 - Travmanın zamanı,
 - 8- Yeme çevresi;
 - Yememin yeri,
 - Yeme çevresindeki gürültü ve hareket durumu,
 - Yeme çevresinde çatışma varlığı.

Gözlemsel Değerlendirme

Klinik değerlendirmede ebeveynlerden alınan bilgiler önemlidir ancak bu bilgiler her zaman gerçeği yansıtmayabilir (30). Bu nedenle çocuğun yeme davranışının değerlendirilmesinde gözlemsel metotlar kullanılabilir. Bu metotta çocuk ve bakım verenin katıldığı taklit bir öğün düzenlenir (31). Taklit öğün esnasında çocuğun yanıtlarını gözlemek için tercih ettiği ve tercih etmediği besinler sunulur. Böylece hem çocuğun gıdayı kabul etme veya reddetme, tercihlere ilişkin iletişim, stres belirtileri gibi davranışları; hem de bakım verenin gıdaların sunumu, gıda reddine cevapları, uygun ve uygun olmayan davranışlara geri bildirimleri gibi davranışları gözlemlenir ve bunlara göre davranışsal yaklaşım için hedefler belirlenebilir (1).

Değerlendirme Ölçekleri

Değerlendirme ölçekleri yeme güçlüğünün ciddiyetinin belirlenmesinde klinik görüşme ve değerlendirmelerden elde edilen bilgilere yardımcı olabilmektedir. Bu ölçeklerden “Çocuklarda Yemek Yeme Davranışı Ölçeği” ve “Pediatrik Yeme Davranışsal Değerlendirme Skalası”nın uygun psikometrik araçlar olduğu kanıtlanmış ve klinik pratikte kullanışlı olabileceği vurgulanmıştır (30,32,33).

“Çocuklarda Yemek Yeme Davranışı Ölçeği” 1991 yılında Archer ve ark. (34) tarafından geliştirilmiş ebeveyn raporlarına dayalı bir ankettir. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve çocukluk çağı yemek yeme

problemlerinin anlaşılmasına yönelik geliştirilmiştir. Bu anket 40 madde içerir, maddeler çocukla ilgili olanlar ve ebeveynler/aile sistemi ile ilgili olanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Çocukla ilgili olan kısmı 28 maddeden oluşur. Bu kısımda çocukların besin tercihleri, motor becerileri ve davranışsal uyumları değerlendirmek amaçlanmışken, ebeveynlerle ilgili olan 12 maddelik kısmında ebeveynlerin davranışsal yaklaşımları, çocuğun yemesi konusundaki duygu ve düşünceleri ve aile bireyleri arasındaki etkileşimleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Her maddenin cevabı, davranışın sıklığını belirten 5 puanlı cevap sistemi üzerine kurulmuştur. Yine her madde için “Bu sizin için problem mi?” sorusu sorulmuş ve evet/hayır şeklinde cevaplanması istenmiştir. Yapılan güvenilirlik testleri bu ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

Diğer bir ölçek 2001 yılında van Strien T ve Oosterveld (35) tarafından geliştirilen “Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi”dir. Anne-babaların yanıtladığı, 35 maddeden oluşan bir ankettir. Her madde 5 puan üzerinden değerlendirilir. Anketteki maddeler yemek yeme tarzları ile ilgili önceki literatür bilgilerinden ve anne-baba ile görüşmelerden elde edilen veriler ile oluşturulmuştur. Bu anket çocuğun iştahını sekiz alt ölçekte belirlemeyi hedeflemiştir, bu alt ölçekler; gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme ve yemek seçiciliğidir.

1986 yılında Stark ve ark. (36) tarafından geliştirilen “Hollanda Yeme Davranışı Anketi”nin 2008 yılında 7-12 yaş çocuklar için adapte edilmiş uyarlaması yaygınlaşmıştır. 1986 yılında geliştirilen orjinal anket yetişkin ve adolesanlar için uygundur. Bu anket 33 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ankettir. Bu maddelerin 13 tanesi duygusal yeme, 10 tanesi dış yeme ve 10 tanesi ölçülü yeme üzerinedir. Adapte edilen uyarlamada ise orjinal anketteki 10 sorudan 6’sı korunmuş ve küçük yaş grubunun anlayabileceği şekilde uyarlanmıştır. Yedi-12 yaş arası çocuklar anketteki soruları kendileri yanıtlamıştır. Bu yaş grubundaki çocukların dikkat sürelerinin kısa olması gözönüne alınarak uyarlanan anket 20 maddeden oluşmaktadır; 8 madde duygusal yeme, 7 madde dış yeme ve 5 madde ölçülü yeme üzerinedir (36).

Besin Günlükleri

Pediyatrik yeme problemlerini değerlendirmede diğer bir araç besin günlükleridir. Ebeveynlerden

örneğin bir hafta gibi belli bir süreçte çocuklarının katı ve sıvı gıda alımlarını gözlemlemeleri ve kaydetmeleri istenir, tedavinin başında bu bilgiler temin edilir. Besin günlüklerinde tüketilen yiyecek ve içeceğin miktarı ve tipi, alım zamanları, yeme sırasındaki davranışlar, öğünün süresi, tüketim zamanındaki çevresel ortam (diğer aile bireylerinin varlığı, öğünün yeri) gibi çok çeşitli bilgiler kaydedilebilir. Bu kayıtlar yeme modelinin değerlendirilmesinde ve tüketilen gıdaların besin değerlerinin belirlenmesinde yardımcıdır (37,38).

Tedavi

Pediyatrik yeme bozukluklarının tedavisi konusundaki çalışmalar sonucunda iki ortak görüşe varılmıştır. İlki, yeme bozukluklarının tedavisinde davranışsal tekniklerin etkili olduğudur. İkincisi, ciddi ve kompleks olgularda en uygun tedavi sonuçlarının sağlanması için multidisipliner yaklaşımın gerekli olduğudur (6).

İştahın Düzenlenmesi

Yeme bozukluklarında davranışsal tedavinin başarılı olması için ilk basamak iştahın düzenlenmesidir. Bunun için çocuğun yemek yemeye motive edilmesi gerekir (30). Bu nedenle çocuğun iştahı kontrol edilmeli ve böylece öğün zamanlarında açlık uyarılmalıdır. İştahın düzenlenmesi öğünler arasında çocuğun kalori alımının kısıtlanmasını gerektirir. Sonda ile beslenme ihtiyacı olan çocuklar için, sondadan alınan besinlerin kalorisi kısıtlanmalıdır. Çünkü bu beslenmeler iştahı azaltabilir ve ağızdan gıda alımına olan isteği düşürebilir (6).

Öğün zamanında açlığı oluşturmak için, öğün aralarında gıda alımının kısıtlanmasına ek olarak, bazı durumlarda iştahı uyaran ilaçlar kullanılabilir. Ancak bu tür ilaçlar genelde kanser kaşeksisinde denenmiştir, başka problemi olmayan çocuklarda kullanımına yönelik çalışmalar mevcut değildir. Bu nedenle tüm iştahsız çocuklarda ilk adımda ilaç kullanılması uygun değildir. Bu ajanlar sadece ciddi olgularda denenebilir.

Siproheptadin hidroklorür antihistaminik olmasına rağmen ikinci etkisi iştah açmasıdır. Kistik fibrozis hastalarında iştahı açmak amaçlı dokuz aya kadar kullanılmasının yan etki açısından güvenilir olduğu bildirilmektedir. Etki mekanizması bilinmemektedir (39). Megestrol asetatın persistan hiperinsülinemik

hipoglisemisi olan bir çocukta kullanımı ile çocuğun iştahında gelişme olduğu bildirilmiştir. Megestrol asetatın diyabet gelişmesi, glukozüri, uykusuzluk, hiperaktivite, huzursuzluk, serum kolesterolünde düşme, testiküler yetmezlik ve adrenal yetmezlik gibi yan etkileri bildirilmiştir (40). Beyin tümörlü hayvanlarla yapılan çalışmalarda omega-3 yağ asitlerinin santral sinir sistemi üzerinden iştahı artırıcı etkisi olabileceğine yönelik bulgular saptanmıştır (41). Mide boşalmasında gecikme olduğu sintigrafik olarak gösterilen iştahsız çocuklarda trimebutin gibi prokinetik ajanların faydalı olabileceği bildirilmiştir (42).

İştahın düzenlenmesini hedefleyen programlarda hekim tarafından yakın takip yapılmalı, kilo ve kalori alım çizelgeleri sıkça kontrol edilmelidir. Hidrasyonun uygun düzeylerde sürdürülmesi için su tüketiminin önemi vurgulanmalıdır (30).

Davranışsal Düzenlemeler

Çocuğun iştahı öğün zamanında yemeye teşvik edecek şekilde düzenlendikten sonra çeşitli davranışsal modifikasyon teknikleri uygulanabilir. Esas olarak çocuğun yeme davranışının şekillendirilmesinde çocuk uygun davranış sergileyince olumlu geri bildirim vermek ve uygun olmayan davranışlarda ise geri çekilme yöntemini uygulamak uygundur (43). Bu yöntemde örneğin çocuk istenilen gıdayı yediğinde bakım veren çocuğa övgü şeklinde geri bildirim verir. Tersine çocuk yemekleri fırlatma gibi uygunsuz davranış sergilediğinde bakım veren bu davranışı görmezden gelir. Bu yaklaşımlar ödül sistemi ile desteklenebilir, bu çocuğun istenilen davranışı yapmasını kolaylaştırabilir. Besin tercihleri olan bir çocuk için, tercih etmediği bir gıdadan az miktarda yemesi, sevdiği bir gıda ile ödüllendirilebilir (2). Yıkıcı davranışlar gibi olumsuz davranışlar için ise mola cezası gibi hafif cezalar uygulanabilir (5).

Yeme sorunu olan çocuklar gıdadan kaçtıklarında bu davranışı pekiştirirler. Kaçma-sönme tekniğinin pediatrik yeme bozukluklarındaki kullanılabilirliği kanıtlanmıştır (44). Bu teknik çocuk gıdayı tüketene kadar sürekli sunumu içerir. Örneğin, bakım veren gıdayı çocuğun ağzına verdikten sonra çocuk tüketene kadar kaşığı ağzında tutabilir (45).

Yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalarda kombine davranışsal teknikler çalışılmış ve tedavide destek sağladığı tespit edilmiştir (43).

Multidisipliner Yaklaşım

Pediatrik yeme bozukluklarının başarılı tedavisi multidisipliner yaklaşımı gerektirmektedir (46). Hekim ve psikolog yanısıra kalori alımını takip etmek ve kalori hedeflerini belirlemek için diyetisyen, yemeye ilişkin motor ve duyuşsal sorunlara yönelik konuşma terapisti ve aileye gerekli kaynakları sağlamak için sosyal hizmet uzmanı takımın diğer önemli elemanlarıdır (1). Aynı zamanda multidisipliner yaklaşımın maliyet etkin olduğu gösterilmiştir (47). Çocuğun kilosu ve yeme durumu yoğun takip gerektirdiğinde ve ayaktan tedavi ile başarı sağlanamadığında olgunun hastaneye yatırılarak izlenmesi uygundur (2).

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Emel Öriin, Dizayn: Emel Öriin, Veri Toplama veya İşleme: Esra Kurt, Emel Öriin, Analiz veya Yorumlama: Esra Kurt, Emel Öriin, Literatür Arama: Esra Kurt, Emel Öriin, Yazan: Esra Kurt, Emel Öriin.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. J Clin Gastroenterol 2000;30:34-46.
2. Linscheid T, Budd K, Resnake L. Pediatric feeding problems. In: MC R (ed). Handbook of Pediatric Psychology. Newyork: Guilford Press; 2003. p. 523-42.
3. 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. J Am Diet Assoc 2004;104:s57-64.
4. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:76-84.
5. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. J Pediatr Psychol 1999;24:193-214; discussion 5-6.
6. Richard J SD. Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine. 1 st. edition. American Psychiatric Publishing; 2010.
7. Chatoor I AM. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: a Research Agenda for DSM-V: American Psychiatric Publishing; 2007. p. 227-43.

8. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:17-30.
9. 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:e1069-75.
10. Rydell AM, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *J Genet Psychol* 1995;156:217-29.
11. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav* 2010;11:253-7.
12. Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J, 3rd, Coletta F, Ott D. The phenomenon of "picky eater": a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr* 1998;17:180-6.
13. Chatoor I, Surles J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics* 2004;113:e440-7.
14. Hawdon JM, Beauregard N, Slattery J, Kennedy G. Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Dev Med Child Neurol* 2000;42:235-9.
15. Bernstein IL. Learned taste aversions in children receiving chemotherapy. *Science* 1978;200:1302-3.
16. Cooper-Brown L, Copeland S, Dailey S, et al. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:147-57.
17. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *J Autism Dev Disord* 2004;34:433-8.
18. Rudolph CD, Link DT. Feeding disorders in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 2002;49:97-112.
19. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:143-7.
20. Lockner DW, Crowe TK, Skipper BJ. Dietary intake and parents' perception of mealtime behaviors in preschool-age children with autism spectrum disorder and in typically developing children. *J Am Diet Assoc* 2008;108:1360-3.
21. Cascio CJ, Foss-Feig JH, Heacock JL, et al. Response of neural reward regions to food cues in autism spectrum disorders. *J Neurodev Disord* 2012;4:9.
22. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr* 2010;157:259-64.
23. Horvath K, Papadimitriou JC, Rabsztyń A, Drachenberg C, Tildon JT. Gastrointestinal abnormalities in children with autistic disorder. *J Pediatr* 1999;135:559-63.
24. Quigley EM, Hurley D. Autism and the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2154-6.
25. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;48:960-5.
26. Miller C BK, Santoro K. An interdisciplinary team approach to the management of pediatric feeding and swallowing disorders. *Child Health Care* 2001;30:201-18.
27. Temizel İ. İştahsız çocuk. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51:176-81.
28. Patel MR, Piazza CC, Martinez CJ, Volkert VM, Christine MS. An evaluation of two differential reinforcement procedures with escape extinction to treat food refusal. *J Appl Behav Anal* 2002;35:363-74.
29. Davies WH, Satter E, Berlin KS, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.
30. Linscheid TR. Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behav Modif* 2006;30:6-23.
31. Silverman A TS. Feeding and vomiting problems in pediatric populations. In: Roberts MC SR (ed). *Handbook of Pediatric Psychology*: Guilford Press; 2009. p. 429-46.
32. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:963-70.
33. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *J Dev Behav Pediatr* 2001;22:279-86.
34. Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. *J Pediatr Psychol* 1991;16:629-42.
35. van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *Int J Eat Disord* 2008;41:72-81.
36. Stark LJ, Knapp LG, Bowen AM, et al. Increasing calorie consumption in children with cystic fibrosis: replication with 2-year follow-up. *J Appl Behav Anal* 1993;26:435-50.
37. Wolper C, Heshka S, Heymsfield SB. Measuring food intake: an overview. In: D. A (ed). *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviours and Weight-Related Problems*. London: Sage Publications; 1995.
38. Homnick DN, Marks JH, Hare KL, Bonnema SK. Long-term trial of cyproheptadine as an appetite stimulant in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2005;40:251-6.
39. Alyaarubi S, Ramsay M, Rodd C. Megestrol acetate promotes euglycemia and appetite in a child with persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy. *Acta Paediatr* 2004;93:422-3.
40. 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;139:202-8.
41. Bekem O, Buyukgebiz B, Aydin A, et al. Prokinetic agents in children with poor appetite. *Acta Gastroenterol Belg* 2005;68:416-8.
42. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Treating chronic food refusal in young children: home-based parent training. *J Appl Behav Anal* 1993;26:421-33.
43. Kahng S, Boscoe JH, Byrne S. The use of an escape contingency and a token economy to increase food acceptance. *J Appl Behav Anal* 2003;36:349-53.
44. Patel MR, Reed GK, Piazza CC, Bachmeyer MH, Layer SA, Pabico RS. An evaluation of a high-probability instructional sequence to increase acceptance of food and decrease inappropriate behavior in children with pediatric feeding disorders. *Res Dev Disabil* 2006;27:430-42.
45. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol* 2008;33:612-20.
46. Lucas B NM, Feucht S. Cost considerations: the benefits of nutrition services for a case series of children with special health care needs in Washington State. *Dev Iss* 1999;17:1-4.