

İştahsız Çocuklara Klinik Yaklaşım

Clinical Approach to Children with Low Appetite

Fatih Ünal

Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları
Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji,
Hepatoloji ve Beslenme Kliniği,
Bursa, Türkiye

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Fatih Ünal,
Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve
Beslenme, Bursa/ Türkiye
Tel: +90 224 275 20 00/2151
Faks: +90 224 275 20 05
E-posta: drunalfa@yahoo.com.tr

Geliş Tarihi/Received: 30/07/2010
Kabul Tarihi/Accepted: 21/04/2011

© Güncel Pediatri Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
© The Journal of Current Pediatrics, published by Galenos Publishing.

ÖZET

İştah yiyeceğe karşı duyulan bilinçli istektir ve iştah kontrolü başta gastrointestinal sistem olmak üzere santral sinir sistemi, pankreas ve adrenal bezler tarafından sağlanır. İştahsızlık çocukluk çağında sık görülen bir semptomdur ve değerlendirilmesinde gelişim, beslenme ve aile öyküsü önemlidir. İştahsızlık beslenme bozukluklarının bir belirtisi olabilir. Beslenme bozuklukları organik ve fonksiyonel olarak ayrılabilir ve biyolojik, davranışsal ve sosyal faktörlerden etkilenir. Kişisel, ailevi, ekonomik, çevresel ve sosyo-kültürel faktörler iştahı etkileyebilir. Bu yazıda aile ve hekim için zor hasta olan iştahsız çocuğa yaklaşım konusunda literatür bilgileri ışığı altında önerilerde bulunulmuştur. (*Güncel Pediatri 2011; 9: 79-84*)

Anahtar kelimeler: Çocuk, nutrisyon, iştah.

SUMMARY

Appetite is a conscious desire for food and it is regulated mainly by the gastrointestinal system, pancreas and adrenal glands. Poor appetite is a common problem in childhood. For assessment, history of development, nutrition and family are important. Poor appetite may also be a symptom of feeding disorders. Even though the etiology of feeding disorders may be classified as organic or functional, it indeed reflects the complex interaction of biological, behavioral and social factors. Personal, familial, economic and sociocultural factors may affect appetite. In this review, approaches to a child with low appetite who presents a difficult problem for his/her family and doctor are discussed in the light of recent literature. (*Journal of Current Pediatrics 2011; 9: 79-84*)

Key words: Child, nutrition, appetite

Giriş

İştahı basitçe besinlere karşı duyulan istek olarak tanımlayabiliriz. İştah bilinçli bir istek olup besin maddesinin görünümünden ve daha önceden yiyecek ile olan deneyimlerden etkilenmektedir. Bireyin açlık hissinin algılayamaması ise iştahsızlık olarak tanımlanabilir. İştahsızlığın çocuklar için en önemli sonucu, büyümenin olumsuz yönde etkilenmesidir. Çocukluk çağında iştahsızlık ve yeme problemleri nedeniyle doktora başvuran sağlıklı çocukların oranı %20-35 arasında değişmektedir. Büyüme ve gelişme geriliği olan çocuklarda ise bu oran %33-90 olarak bildirilmektedir (1). Çocuklarda yeme ve iştahsızlık problemleri gittikçe artmaktadır. Belirli besin öğeleri ile beslenen, beslenmeyi reddeden çocukların beslenmelerinin yeniden düzenlenmesi, belirli bir zaman ve uğraşı gerektirmektedir.

İştahın Kontrolü

Çocuklar yaş gruplarına ve gereksinimlerine göre değerlendirildiklerinde değişken iştaha sahiptirler. Besinlerin alımının kısa dönem kontrolü gastrointestinal sistem (GİS), santral sinir sistemi (SSS), adrenaller ve pankreas tarafından sağlanmaktadır. Uzun dönem besin alımının kontrolünde ise leptin, adiponektin, rezistin ve tümör nekrozis faktör (TNF)- α gibi endokrin ve parakrin faktörler salgılayan yağ dokusu rol alır (2).

Gastrointestinal sistem: GİS'te beslenme sonrası midenin distansiyonu gerilme reseptörlerini ve mekanoreseptörleri aktive ederek beyine doyumluk sinyalleri ulaştırır. Ghrelin hormonu mideden salgılanır ve açlık hissi uyandırır. Ghrelin plazma düzeyi öğün öncesi en yüksek düzeye ulaşır ve yemek sonrası plazma düzeyi düşer. Ghrelin bu özelliği ile öğün başlatıcı olmaktadır. Bu etkisi-

ni arkuat ve soliter trakt nükleus yoluyla hipotalamusta gerçekleştirir. Ghrelin ayrıca besinlerden alınan enerji ile vücudumuzun harcamış olduğu enerji arasında dengeyi kurmada da rol oynamaktadır. Ayrıca kısa ve uzun dönemde vücut ağırlığının düzenlenmesinde de rol alır. Ghrelin'in dolaşımdaki düzeyi obes kişilerde düşüktür, bu düzey vücut kitle indeksi ile negatif bir ilişki gösterir (2). Ghrelin'in açlık sırasında GİS motilitesini artırıcı etkisi de vardır. Kolesistokinin (CCK), glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) ve peptid YY anoreksijenik (doygunluk) özellik taşırlar. Gerçek doygunluk mediatörü olan CCK beslenme sonrası duodenum ve jejunumda bulunan endokrin hücrelerinden salgınır. Ghrelin ile birlikte CCK, GLP-1 ve peptid YY; gastrointestinal sistem, endokrin sistem ve santral sinir sisteminin uyum içinde eksiksiz çalışmasına, açlık ve tokluk hissinin uyarılmasına ve hepsinden de önemlisi iştah üzerine düzenleyici etki yaparlar (2).

Santral sinir sistemi: Hipotalamusta arkuat nükleus periferden gelen uyarıları alırken, beyin sapında bulunan soliter trakt nükleusu da GİS'ten gelen uyarıları alan merkezlerdir. Arkuat nükleusta iki hücre grubu yer alır ve birbirleriyle ters yönde etki gösterirler. Bunlardan neuropeptid-Y (NPY) salgılayan grup iştah artırıcı, proopiomelanokortin (POMC) salgılayan grup ise iştah azaltıcı etki gösterir. Bu hücreler üzerinde bulunan peptid hormon reseptörleri ile leptin ve insülin tarafından da kontrol edilirler. Leptin düzeyinin sağlıklı kişilerde artmasıyla birlikte NPY'nin iştah artırıcı etkisi inhibe edilirken aynı zamanda POMC uyarılır. Bu karmaşık sistemin eksiksiz olarak çalışması iştahın kontrolü için önemlidir (2).

Endokannabinoid sistem: "Cannabis sativa" yani hint keneviri/esrarın eskiden beri bilinen iştah artırıcı etkisinden yola çıkılarak yapılan çalışmalar sonucunda etken maddenin Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) olduğu bulunmuştur. Beyin ve periferik dokuda kannabinoid reseptörleri (CB1 ve CB2) ve bu reseptörlere bağlanmayı sağlayan endojen ligandlar (endokannabinoidler) saptanmıştır. Anne sütünde bulunan en önemli endokannabinoid ise 2-arachidonoyl glycerol (2-AG) olup, bebekte hipotalamik CB1 reseptörlerini uyararak emmenin başlamasına yardımcı olur (3).

İştahı Etkileyen Faktörler:

1. Çocukla ilgili faktörler
2. Aile ile ilgili faktörler
3. Çevre ile ilgili faktörler olarak üçe ayrılabiliriz.

1. İştahı Etkileyen Çocukla İlgili Faktörler

Yenidoğan bebeğin beslenmesi ilk 4-6 ay sadece anne sütü ile olmalı, eğer yetersizlik durumu varsa adapte mamalar ile bebek desteklenmelidir. Yenidoğan bebeğin veya süt çocuğunun beslenmesinin yeterli olup olmadığı

büyüme eğrilerinden kolayca takip edilebilir. İlk 6 ay bebeğin kilo alımı ve boy uzamasının en hızlı olduğu dönemdir. Bebeğin büyüme hızında azalma altıncı aydan sonra gözlenmektedir. Dolayısı ile de bebek daha az besin tüketme eğilimine girer. Çocuğun daha az besin tüketmesi nedeniyle, büyüme hızının yavaşlaması ailenin çocuğun beslenmesi üzerine daha fazla odaklanmasına neden olmaktadır (4). Sonuçta anne-bebek çatışması gelişir, yani anne çocuğu beslemek için daha fazla çaba harcar, çocuk ise beslenmeye red yanıtı verir. Tamamlayıcı beslenmeye geçiş dönemi ise yeni oral, duyuusal deneyimleri de beraberinde getirir. Bebek anne sütü dışında yeni gıdaları almakta isteksizlik gösterir (3). Bu dönemde meyvelere, sebzelere ve tahıllara başlamak zaman almaktadır. Bu dönemde çocuğun iştahına saygılı olunarak ek gıdaları başlamak gereklidir. Çocuğun hasta olmadığı, yeni gıdaları almak için istekli olduğu zamanda tamamlayıcı beslemeye geçilmelidir. Yeni başlanmış olan besinin bebek tarafından tadının beğenilmesi bazen 10-15 kez denemeden sonra olabileceği unutulmamalıdır (7). Ayrıca tamamlayıcı beslenmeye geçme zamanının belirlenmesi tamamen çocuğun motor gelişimi ile ilgilidir. Genellikle bu zaman çocuğun sofradaki gıdalara eliyle uzandığı 4-6 ay arası herhangi bir zamandır. Bebek bu dönemde aile bireyleri ile aynı zamanda sofraya oturmalıdır. Bu zorlu geçiş dönemi toplumun kültürel yapısı, gelenek ve göreneklerinden etkilenmektedir.

Bebek büyüdükçe değişen besin öğelerine yönelik değişik davranışsal veya sözel tepkisi de olur. Bu dönemde bebek anneye bağımlıdır. Emme ve yutma fonksiyonları gelişirken, anne ve bakıcısı ile iletişim içinde olma yollarını öğrenir. Bu dönem çocukla çevredekiler arasında dengenin olduğu hemostaz evresidir. Bu evrede bebek aç ve tok olduğunu belirtmeye çalışır. Beğenmediği besinlere başını çevirme, ağlama, öğürme refleksi, fazla beslenme sonrası kusma davranışı geliştirir. Bu evreyi bağımlılık evresi takip eder. Bebeğin duyuusal gereksinimlerinin giderilmesi, anneye güveninin artması beslenmeyi olumlu etkilerken, bebekte endişe yaratan davranışlar, huzursuz ortam ise beslenmeyi olumsuz etkiler. Bu dönemde bebek beslenirken yeterince şefkat gösterilmeli, kendisine değer verildiği hissettirilmelidir. Bu dönemleri ayrılma ve bireyselleşme evresi takip eder. Bebek bu dönemde hem otonomi kazanma hem de bağımlılık arasında savaş verir. Duyuusal gereksinimlerini yeme ile gösterir. Çocuk, duyuusal gereksinimlerini, otonomi kazandığını anneye ve çevresindekilere bildirmek ve dikkat çekmek için beslenmeyi reddediyor olabilir (5,6).

İştahsızlığın ve Yemek Seçiciliğinin Nedenleri

İştahsız çocuklar;

• **Picky Eaters (Yemek seçiciler):** Bazı bebekler aileleri tarafından seçici bebek olarak tanımlanmaktadır.

Seçicilik yaşamın dördüncü ayında %19 iken, iki yaş civarında %50'lere çıkmaktadır. Yaşa göre kilosu fazla olan bebekler ise daha az yemek seçmektedir.

- Blender baby (Çiğneme ve yutma sorunu olanlar)
- Yavaş çiğneyenler
- Çabuk doyanlar
- Primer hastalıklarına bağlı iştahsız olanlar olarak alt gruplara ayrılabilirler (7).

Wright ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ortalama yaşları 30 ay olan 455 çocuğun %20'sinde yeme problemi olduğu ve ailelerin bu çocukların %42'sini seçici, %39'unu da az yiyen olarak tanımladıkları saptanmıştır. Seçici çocuklar yemek yerine genellikle sulu gıdaları içmeyi tercih ederler. Sonuçta; Süt ve meyve suyu gibi sulu gıdaları tüketilmesi ile çocukların iştahlarında azalma görülmüştür. Yine çocukların %47'si jöle kıvamlı besinleri, %30'u ise tadını bilmediği besinleri yemek istememektedirler. Aileleri tarafından yeme problemleri bildirilen çocukların daha kısa ve zayıf oldukları ve iki yaşa kadar %5 persantilin altında kilosu olan çocukların oranının %11 olduğu bildirilmiştir (6). Fox ve arkadaşlarının 4-24 ay arası çocuklarda yapmış oldukları çalışmada çocukların yeme sıklığı ve porsiyon büyüklükleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada 11 aylığa kadar enerji içeriği ile porsiyon büyüklüğünün ters orantılı olduğu bulunmuştur. Yani çocuk yemek yemiyorsa, enerji içeriği yüksek ve küçük porsiyon tüketiyor demektir. Sonuç olarak bu yaş grubu çocuklarının kendi enerji alımlarını kontrol edebildikleri ve çocuğu beslemeye çalışmanın bu kontrolü bozabileceği belirtilmiştir (8). Benzer bir çalışmada da Kral ve arkadaşları 3-6 yaş grubundaki çocukların kendi enerji alımlarını kontrol edebildiğini göstermişlerdir (9). Bekem ve arkadaşları, iştahsızlık yakınması ile başvuran 36 çocuk üzerinde yapmış oldukları çalışmada, ailelerin sadece %16,7'sinin çocuklarının beslenmesi için yeterli zaman ayırabildiklerini vurgulamışlardır (10).

2. İştahı Etkileyen Aile İle İlgili Faktörler

Hendricks ve arkadaşları 4-24 aylık 2500 bebeğin ve annelerin beslenme sırasındaki davranışlarını inceledikleri çalışmanın sonucunda; beslenmeyi pozitif yönde etkileyen en önemli faktörün annenin eğitimi olduğunu belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada eğitilmiş anne bebeklerinin emzirmenin başlaması ve devamında daha başarılı oldukları gösterilmiştir. Eğitilmiş anneler anlatılanları daha kolay pratiğe yansıtmakta ve doğal olarak çocukları da daha çok meyve ve daha az zararlı besinler tüketmektedir. Anne yaşı ne kadar fazla ise tecrübesi de o oranda artmakta sonuçta beslenme de bundan olumlu etkilenmektedir. Yine bu çalışmada çocuk kreşe ne kadar erken verilmiş ise, zararlı

besinlerle o kadar erken tanışmaktadır (11). İlk bir yaşta annenin bildirdiği iştah durumunun çocuğun kalori ve kilo alımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Okul çağındaki Koreli çocuklarda Lee ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada annenin bildirdiği iştah durumu ile kalori ve kilo alımının uyumlu olduğunu belirtilmiştir. Bu çalışmada ailenin iştah durumu ile ilgili saptamalarına güvenmek gerektiği ve buna göre beslenme durumunun düzenlenmesinin doğru olacağı vurgulanmıştır (12). İngiltere'den Wright ve arkadaşları, 913 bebeği doğumdan itibaren 13 aya kadar beslenmeleri, kilo alımları, iştahları, oral-motor fonksiyonla ve besin reddetme davranışları açısından değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda ise bebeklerin (a) yaşamın ilk 6 haftasında kilo alımlarının iştah ve oro-motor disfonksiyon ile ilişkili olduğu (b) altı hafta ve 12. ayda belirtilen iştahın 12. aydaki kilo için belirleyici olduğu (c) onikinci ayda görülen besin reddetme davranışlarının kilo alımını ve duraksamasını etkilemediği, ancak bakıcı veya annenin bu duruma gösterdiği tepkinin kilo alımını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışmada iştah azalmasının büyüme için risk faktörü olduğu, annenin çocuğu beslemeye zorlamasının da kilo alımını olumsuz etkileyen bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (13). Yine 142 aile üzerinde yapılan bir çalışmada 5 yaşındaki çocuklar akşam yemekleri sırasında değerlendirilmiş, %85 ailenin çocuklarını daha fazla yemek için zorladıkları, %83 çocuğun da bu nedenle fazla yemek yediği saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi iyi olan ailelerin beslenmeye teşvikte anlatma, ödül verme gibi yöntemler kullandığı, babaların özellikle erkek çocuğa baskı, annelerin ise kız çocuğa ödül vermeyi tercih ettikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada aile bireyleri ile çocukların aynı masaya oturma oranı %78, televizyon izleme oranı ise %20 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak çocuklara yiyecekler teklif edilmeli, hangi besinden yiyeceği kararı ise çocuğa bırakılmalıdır (14).

3. İştahı Etkileyen Çevresel Faktörler

Bellissimo ve arkadaşları 9-14 yaş grubunda televizyon izleyen çocukların bir önceki öğünden beslenme ile ilgili doygunluk hissi uyandıran sinyalleri algılamada gecikmeleri sebebi ile 280 kalori fazladan aldıklarına dikkati çekmek istemişlerdir (15). Francis ve arkadaşları 3-5 yaş grubundaki çocukların yeterince otonomi gelişmediği için aynı anda hem televizyon hem de yemek yeme işini yapmadıklarını, bu sırada bakıcının beslemek için çocuğu zorlaması nedeniyle, çocuktaki beslenme kontrolünün kaybedilmesine yol açabileceğini belirtmişlerdir (16).

Egzersiz ve aktivite artınca enerji açığı oluşur, bunu kapatmak için de iştah ve dolayısı ile besin alımı artmaktadır. Uzun süreli ve düzenli aktivite (altı hafta) yapmanın iştah üzerine pozitif etkisi olduğu gösterilmiştir (17).

İştahsız Çocuğa Yaklaşım

Eğer çocukta büyüme ve gelişme geriliği de varsa mutlaka altta yatan organik bir sebebin olup olmadığı araştırılmalıdır. Bu konuda ailenin vereceği anamnez son derece önemlidir. Burada ailenin sosyoekonomik durumu, ailenin psiko-sosyal ve kültürel özellikleri hakkında bilgi edinilmeye çalışılmalıdır. Ayrıca çocuğun gelişim kartından büyüme ve gelişmesinin izlenmesi bize iştahsızlığın derecesi ve ciddiyeti konusunda ön bilgi verebilir. Çünkü birçok çocuk normal gelişime sahip olmasına rağmen, ailenin istekleri çocuk tarafından reddedildiği için hekime getirilmektedir. Aileden çocuğun üç günlük yediklerini içeren bir liste istenmeli, ayrıntılı beslenme öyküsü alınmalıdır. Besinlerin hazırlanış şekli, kimin hazırladığı, televizyon izleme, ödüllendirme ve cezaların olup olmadığı, beslenme için uygulanan yöntemler öğrenilmelidir. İştahsız çocuk değerlendirilirken her çocuğun gelişim hızının farklı olduğu, bu kapasitenin genetik faktörlerden de etkilenebileceği unutulmamalıdır. Bebeğin beslenme miktarı çocuğun gereksinimlerine göre ayarlanmalı ve beslemede çocuğun iştahına da saygılı olunmalıdır.

Tam bir fizik muayene ve kliniğe göre istenecek laboratuvar tetkikleri bize tanı koymada yardımcı olabilir.

Geçirilmiş akut ve kronik hastalıklar ile enfeksiyonlar sırasında salgılanan sitokinler iştah merkezini etkileyerek iştahsızlığa neden olurlar (1).

Demir eksikliği anemisi (DEA) çocukluk çağında en sık görülen nutrisyonel anemi olup, ilk klinik bulgulardan birisi de iştah azalmasıdır. İştah açıcı ghrelin düzeyi ile serum demir düzeyi arasında pozitif bir korelasyon vardır. DEA'da iştahsızlığın ghrelin düzeyindeki düşüklük sebebi ile olabileceği bildirilmiştir (18). Amerika'da yapılan bir çalışmada multivitamin kullananlar ile kullanmayan çocuklar arasında besin alımı ve iştah açısından bir fark gözlenmemiştir. Ayrıca vitamin kullanan iştahsızlığı olan çocuklarda A vitamini, çinko ve folat düzeylerinin vitamin kullanan grupta aşırı miktarlarda olduğu saptanmıştır (19). Özetle vitamin ve mineral desteği yapılmasının iştahı olumlu etkilediğine dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır, hatta gereksiz vitamin ve mineral kullanımı toksik etkilere neden olabilir (19).

Malabsorbsiyon sendromları, özellikle çölyak hastalığı, kabızlık, gastroözefageal reflü hastalığı, özefajit, gastrit ve duodenal ülserler, karaciğer hastalıkları, böbrek fonksiyon bozuklukları, kardiyak ve solunumsal problemler, hipotiroidizm, kısıtlı beslenme rejimleri, tüberküloz ve malign hastalıklar çocuklarda iştahsızlığa neden olabilirler. Büyüme ve gelişmesi geri olan bir hastanın anamnezinden yola çıkarak bu nedenler ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Tablo 1'de iştahsızlığa sebep olabilecek nedenler görülmektedir (4).

Herhangi bir sağlık problemi olmayan bir çocuk yemek öğünlerinde fizyolojik açlık duyarak yemeklerini iştahla yiyebilir. Çocuğun beslenmesindeki tutum hataları bazı besinlerde çocuğu seçiciliğe itebilir veya beslenmeyi reddetmesine neden olabilir. Bu dönemde çocuk masada oturan bireyleri taklit eder. Aile bireyleri beslenme sırasında beslenmeyi olumsuz etkileyecek davranış içinde olmamalı ve kendileri de seçici davranmamalıdır. Beslenme için masaya hep birlikte oturulup hep birlikte kalkılmalı, çocuğun tabağı süslenmeli, çocuğu kendisinin el ve kaşıkla yemeğini yemesine ortam hazırlanmalıdır.

Tamamlayıcı beslenme döneminde, çocuğun beslenmesine, iştahına saygı gösterilerek farklı tatlar denenmelidir. Bu tatlar çocuğa beslenme sırasında sunulmalıdır. Aile beslenmesinde yer alan besin öğeleri, annenin farklı yeni besinlere bakış açısı ve yaklaşımı çocuğun bu besinleri kabul etmesinde rol oynar. Yeni besin öğelerine geçiş esnasında çocuğa yapılan soysal övgüler beslenmeyi pozitif etkilemektedir. Tamamlayıcı beslenme sırasında ödüllendirme ve cezalandırmalardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

Öğün aralarında meyve suları, süt gibi gıdaların tüketilmesi çocuğun çabuk doymasına, kalori alımlarının bu gıdalarla pratik olarak alınmasına ve dolayısı ile de öğün atlamasına neden olur (20). Ailenin tüm bireylerine mümkün olduğunca bu gıdalara çocuklarını özendirmemeleri gerektiği anlatılmalıdır. Düzenli uzun süreli aktiviteler iştahı artırırken, yemek öncesi ağır ve yorucu aktiviteler iştahı azaltmaktadır. Beslenme televizyon seyrederken ve oyun oynama sırasında yapılmaya başlanırsa, diğer

Tablo 1. Çocuklarda iştahsızlık nedenleri (4)

1. Yanlış beslenme yöntemleri ve alışkanlıkları
2. Dışkılama bozukluğu: kabızlık
3. Psikolojik sorunlar
4. Ailenin eğitim eksikliği
5. Kronik hastalıklar <ul style="list-style-type: none"> • Sindirim sistemi Hastalıkları , gastrit, ülser, karaciğer hastalıkları, barsak hastalığı, gastroözefageal reflü hastalığı, kabızlık, karın ağrısı • Anemi • Vitamin ve demir eksikliği • Diğer hastalıklar
6. Kısıtlı beslenme rejimleri <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Çölyak hastalığı • Besin alerjisi • Süt alerjisi • Galaktozemi • Fenilketonüri • Metabolik hastalıklar • Hiperkolesterolemi

öğünlerde çocuk aynı davranışı bekleyebilir (17). Çocuğun beslenme sırasında aile masasında diğer bireylerle aynı öğünde yemek yemesi uygun beslenme alışkanlığının gelişmesi açısından gereklidir. Öğünlerde çocuğun kalabalık ortamlarda bulunmasının, beslenme üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (17).

Okul öncesi dönemde çocuklar büyüklerini taklit ederek beslenme davranışı geliştirirler. Anne, baba veya aile bireylerinden birisi seçici ise, titiz davranıyor ise çocuğun beslenmesi bundan olumsuz olarak etkilenir. Ayrıca çocuk beslenmesinde gıdaların birbiriyle karıştırılması (özellikle sabah kahvaltısında) çocuğun besinlerin tadının farkına varmasını engeller. Çocuklar yedikleri gıdaları tanımak için dokunmak isterler. Çocukların besinleri aspirasyonu engelleyecek şekilde küçük parçalar halinde, tabakları süslenmiş şekilde sunulmalıdır (19).

Bazı çocuklar iştahla sofraya otururlar, ancak kısa sürede doyarlar. Bu çocuklar için az miktarda ve sık öğünler hazırlanmalı, öğünün içeriği yağ ve karbonhidratlar ile zenginleştirilmez.

Vitamin ve mineral eksikliği olmayan çocuklara gereksiz vitamin yüklemeleri yapılmamalıdır. Aksi halde toksik etkiler görülebileceği unutulmamalıdır (19).

İştah açıcı ilaçlar ancak kistik fibrozis (KF), kansere sekonder kaşeksi gibi durumlarda faydalı olabilir. İştah açmak için megestrol asetat ve siproheptadin hidroklorür (SH), kannabinoidler, hidrazine sülfat, anabolik hormonlar ve büyüme hormonları kullanılmıştır. KF hastalarında SH'nin dokuz aya kadar kullanılmasının güvenilir olduğu görülmektedir. Hastaların iştah artışı yanında solunum fonksiyonlarında da düzelmeler gözlenmiştir (21). İlacın en önemli yan etkisi uyuşukluk yapmasıdır (21). Doğum ağırlığı düşük olan çocuklarda büyüme hormonu tedavisi uygulamasının hem iştah üzerine hem de büyüme üzerine olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar vardır (22). Beyin tümörü olan hayvanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmalarda omega-3 yağ asitlerinin santral sinir sistemi üzerinden iştah artırıcı etkisi olabileceğine yönelik bulgular saptanmıştır (23). Genelde iştah açmak için kullanılan ilaçlar kanser kaşeksinde denenip, iştahsızlığı olan ve başka hiç bir problemi olmayan çocuklarda kullanımlarına yönelik çalışmalar mevcut değildir. Bu nedenle iştahsız çocuklarda ilaç kullanılması uygun görülmemektedir (21,23).

Büyükgebiz ve arkadaşları iştahsız çocuklarda mide boşalmasında gecikmenin olduğunu, bu nedenle trimebutin gibi prokinetik ajanların davranış tedavisi ile birlikte uygulandığında iştahsızlık tedavisinde faydalı olabileceğini göstermişlerdir (24).

İştahsızlığın ve beslenme bozukluğunun sebebi belirlenmeli ve sorun giderilmelidir. Büyüme ve gelişme

yakından izlenmeli, persantillerde düşüş olursa beslenme tekrar değerlendirilmeli iştahsızlığa ve neden olabilecek hastalıklar açısından araştırmalar yapılmalıdır.

Sonuç Olarak İştahsız Çocuk İzleminde Ailelere Yapılacak Önerileri Şu Şekilde Özetleyebiliriz;

- Süt, kola, meyve suları, çay, su gibi içeceklerin tüketim sıklığı ve miktarı belirlenmeli yemek öncesi ve yemek sırasında alımları kısıtlanmalıdır (6,17).

- Besinler çocukların yiyebileceği türden ve çocuğun öncelikleri dikkate alınarak hazırlanmalı ve yemek sırasında çocuğun kendisinin yemesi teşvik edilmelidir (8).

- Yemek porsiyonları çocuğun isteğine göre ayarlanmalıdır (7,8).

- Öğün sırasında teklif edilmiş olan bir besin çocuk tarafından reddedilmiş ise farklı besin denenmeli ve ısrarcı olunmamalıdır. Besin belirli aralıklarla, zaman içinde çocuğa tekrar teklif edilmelidir (8,12).

- Çocuğun öğün saatleri düzenli olmalı, çocuk aile bireyleri ile aynı anda sofraya oturmalıdır. Öğün aralarında iştahını kaçırarak tatlı (şeker ve çikolata) besinler verilmemelidir. Bu konuda aile bireyleri kararlı olmalıdırlar (6).

- Çocuğun tabağı çocuğun ilgisini çekecek şekilde süslenmeli, kendisinin seçim yapmasına izin verilmelidir (9).

- Yemek sırasında çocuğun yemeğe ilgisini azaltan televizyon kapalı tutulmalıdır (15,16).

- Çocuğun beslenmesinin kalabalık ortamda, çocuklarla birlikte yapılması beslenmeyi olumlu etkileyebilir.

- Vitamin ve minerallerin eksiklik durumları dışında verilmesi önerilmemektedir (19).

- Az yiyen çocuklar için öğün sayısı artırılmalıdır. Gerekirse öğün içeriği modüler beslenme ürünleri ile zenginleştirilmelidir (7).

- Çocuğun bakımını üstlenen kişilere eğitim verilmeli, beslenmede yanlışlar uygun bir şekilde anlatılmalıdır. Anne ve bakıcı kişi bebek beslenmesinde çocukla devamlı ilişki içinde olmalı ve beslenme sağlıklı şekilde sürdürülmelidir (11,15,16).

İştahsız çocuğun klinik izleminde, büyümede duraklama veya persentilde düşme belirlenirse beslenme tekrar gözden geçirilmeli ve iştahsızlığa neden olabilecek organik sebepler irdelenmelidir. Gerektiğinde de çocuk gastroenteroloji uzmanının önerisi ile gerek modüler ürünler gerekse enteral beslenme destek ürünleri kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. Child Care Health Dev 2000;26:5-16.
2. Naslund E, Hellström PM. Appetite signalling: from gut peptides and enteric nerves to brain. Physiol Behav 2007;92:256-62.

3. Temizel İNS. İştahsız çocuk. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:176-81.
4. Kutluk G, Ertem D, Pehlivanoğlu E. Bebek ve çocuklarda önemli bir beslenme sorunu: İştahsızlık. Clinic Pediatric 2008;4:32-6.
5. Chatoor I, Schaefer S, Dickson L, Egan J. Non-organic failure to thrive: a developmental perspective. Pediatr Ann 1984;13:829-35.
6. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How to toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? Pediatrics 2007;120:1069-75.
7. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Pervallence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. J Am Diet Assoc 2004;104:57-64.
8. Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razarnorakoto C, Ziegler P. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self regulation. J Am Diet Assoc 2006;106:77-83.
9. Kral TV, Stunkard AJ, Berkowitz RI, Stallings VA, Brown DD, Faith MS. Daily food intake in relation to dietary energy density in the free-living environment: a prospective analysis of children born at different risk of obesity. Am J Clin Nutr 2007;86:41-7.
10. Bekem Ö, Öztürk Y, Arslan N, Büyükgebiz B. İştahsız çocuklarda beslenme özelliklerinin anket çalışması ile değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi 2003;1:181-91.
11. Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. J Am Diet Assoc 2006;106:135-48.
12. 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.
13. Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. How does maternal and child feeding behavior relate to weight gain and failure to thrive? Data from a prospective birth cohort. Pediatrics 2006;117:1262-9.
14. Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. "Just three more bites": an observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. Appetite 2007;48:37-45.
15. Bellissimo N, Pencharz PB, Thomas SG, Anderson GH. Effect of mealtime on food intake after a glucose preload in boys. Pediatr Res 2007;61:745-9.
16. Francis LA, Birch LL. Does eating during television viewing affect preschool children's intake. J Am Diet Assoc 2006;106:598-600.
17. King NA, Hester J, Gately PJ. The effect of a medium-term activity- and diet- induced energy deficit on subjective appetite sensations in obese children. Int J Obes (Lond) 2007;31:334-9.
18. Isguven P, Arslanoğlu I, Erol M, Yıldız M, Adal E, Erguven M. Serum levels of ghrelin, IGF-I, IGFBP-3, insulin thyroid hormones and cortisol in prepubertal children with iron deficiency. Endocr J 2007;54:985-90.
19. Briefel R, Hanson C, Fox MK, Novak T, Ziegler P. Feeding Infants and Toddlers Study: Do vitamin and mineral supplements contribute to nutrient adequacy or excess among US infants and toddlers? J Am Diet Assoc 2006;106:52-65.
20. Ahmed T, Haboubi M. Assessment and management of nutrition in older people and its importance health. Clin Interv Aging 2010;5:207-16.
21. Homnick DN, Marks JH, Hare KL, Bomnema SK. Long term trial of cyproheptadine as an appetite stimulant in cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol 2005;40:251-6.
22. Boonstra VH, Arends NJ, Stijnen T, Blum WF, Akkerman O, Hokken-Koelega AC. Food intake of children with short stature born small for gestational age before and during a randomized GH trial. Horm Res 2006;65:23-30.
23. 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.
24. Bekem Ö, Büyükgebiz B, Aydın A, Öztürk Y, Taşçı C, Arslan N, et al. Prokinetic agents in children with poor appetite. Acta Gastroenterol Belg 2005;68:416-8.