

# İştahsız Çocuklarda Beslenme Özelliklerinin Anket Çalışması ile Değerlendirilmesi

EVALUATION OF FEEDING CUSTOMS IN CHILDREN WITH POOR APPETITE BY A QUESTIONNAIRE

Özlem BEKEM, Yeşim ÖZTÜRK, Nur ARSLAN, Benal BÜYÜKGEBİZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

## ÖZET

**Amaç:** İştahsızlık çocukluk çağında sık görülen bir semptomdur ve değerlendirilmesinde gelişim, beslenme ve aile öyküsü önemlidir. Bu yazıda, kendi ünitemize iştahsızlık yakınması ile başvuran çocuklarda beslenme özelliklerinin anket çalışması ile araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Çalışmaya, Temmuz 2001 ve Haziran 2002 tarihleri arasında iştahsızlık yakınması ile başvuran 36 çocuk alındı. Olguların antropometrik ölçümleri hesaplandı ve anket aracılığıyla beslenme öyküleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Çocukların 17 (%47,2)'si kız, 19 (%52,8)'u erkek ve yaşları 1,2-12,9 yıl (ortalama  $5,8 \pm 3,0$  yıl) arasında idi. Olguların %63,9'unda malnütrisyon saptandı. Uygun beslenme süresi çocukların ancak %16,7'sinde mevcuttu. Beslerken oyun oynama, atıştırma alışkanlığı ve yemek sırasında televizyon seyretme yüksek oranda saptandı.

**Sonuç:** İştahsızlığın önlenmesi ve yeterli beslenmenin sağlanması için doğumdan itibaren çocuğun yaşına uygun beslenme önerilerine uyulmalıdır. Karşılaşılan uygunsuz yeme davranışlarını değerlendirirken ise ayrıntılı bir beslenme öyküsü alınması gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** İştahsızlık, beslenme, malnütrisyon, beslenme sorunları

## SUMMARY

**Objective:** Poor appetite is a common problem in childhood. For assessment, history of development, nutrition and family is important. The aim of this study is to evaluate feeding customs of children with poor appetite by a questionnaire.

**Material and method:** Thirty-six children who presented with poor appetite to our clinic between July 2001 and June 2002 were enrolled in the study. The anthropometrical measurements were calculated and feeding histories were evaluated by a questionnaire.

**Results:** Of these cases 17 (47.2 %) were girls, 19 (52.8 %) were boys and their ages were between 1.2-12.9 years (mean  $5.8 \pm 3.0$  years). Malnutrition was found in 63.9 % of the cases. Appropriate feeding time was found only in 16.7 % of the cases. Playing games during feeding, snacking on between meals and watching television during meals were seen frequently.

**Conclusion:** To prevent poor appetite and sustain adequate nutrition, feeding recommendations according to age should be obeyed from birth on. For evaluation of feeding disorders a detailed feeding history should be taken.

**Key words:** Poor appetite, nutrition, malnutrition, feeding problems

Özlem BEKEM

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

35340, Inciraltı- İZMİR

Tel: 0 (232) 4123623

Faks: 0 (232) 2788413

e-posta: obekem@yahoo.com

Beslenme, çocuğun büyüme ve gelişiminde temel etkenidir. Çocuklar yıllar içinde katı gıda alımını öğre-

nirler, daha fazla çeşitlilikte besinler almaya ve kendi kendilerini beslemeye başlarlar (1). Bu süreç içinde be-

lirli zamanlarda motor gelişiminin tamamlanması gereklidir. (2). Eğer gelişim evrelerinde sorun yaşanırsa uygunsuz yeme davranışları ortaya çıkabilir (3-5). Uygunsuz yeme davranışlarının organik nedenleri arasında malabsorbsiyon, gastroözofajial reflü, gastroenterite bağlı kusma ve ishal, oral-motor anatomik defektler, disfaji, yüksek damak, makroglossi, maloklüzyon, metabolik hastalıklar, gastrik motilite bozuklukları ve kronik hastalıklar sayılabilir (6-8). İştahsızlık nedenlerinden olan mide boşalma zamanında uzamayı düşündüren yakınmalar ise bulantı, tekrarlayan kusma, karın ağrısı, karında şişkinlik/gaz, midede ağrı/rahatsızlık hissi, erken tokluk hissi, kabızlık, ishal, yemek sonrasında şişkinlik/gaz ve tekrarlayan gğirmedir (9-12).

Sınırlı gıda alımı, yemek seçme, yemeğin uzun sürmesi, yüküci öğün davranışları, gıda reddi, yutma güçlüğü, kusma, kendini besleyememe, öğün sırasında öfke nöbetleri, iştahsızlık, yemeklere karşı isteksizlik, yaşa göre uygunsuz gıda alımı, yedirilmeye karşı direnme, öğürme ve regürjitasyon uygunsuz yeme davranışları olarak tanımlanmaktadır (3,6,7,13). Bunların içerisinde iştahsızlık belki de en sık rastlanılan yakındır. Aileler tarafından uygunsuz yeme davranışları yaklaşık olarak iki yaşında %24, üç yaşında %19, dört yaşında ise %18 oranında bildirilmektedir (7).

Uygunsuz yeme davranışlarının değerlendirilmesinde gelişim, beslenme ve aile öyküsü önemlidir (3,14,15). Beslenme öyküsü; anne sütü veya formüla ile nasıl beslendiğini, katı gıdaya geçiş zamanını, bebeği besleyen kişiyi, ailenin beslenmeye ilişkin bilgilerini, bebeğin pozisyonunu ve beslenmeyle ilişkili dışkılama veya kusma özelliklerini içermelidir (6,15). Oyun çağındaki bir çocuk için ise günde kaç kez beslendiği, kimin beslediği, her öğünün ne kadar sürdüğü öğrenilmelidir (14). Genel olarak sorulması gereken sorular çocuğun sevdiği ve sevmediği yiyecekler, bir öğünün süresi, beslenmenin kaç defa bölündüğü, ne tür ara öğünleri tercih ettiği ve ne kadar sıklıkla anıstırdığıdır (16).

Bu yazıda, kendi ünitemize iştahsızlık yakınması ile başvuran çocuklarda beslenme özelliklerinin anket çalışması ile araştırılması amaçlanmıştır.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmaya, Temmuz 2001 ve Haziran 2002 tarihleri arasında iştahsızlık yakınması ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji ve Beslenme-Metabolizma Polikliniğine başvuran ve sözel olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 36 çocuk alındı.

Olguların öyküsünde iştahsızlığın başlangıç zamanı, kilo kaybı, beslenme alışkanlıkları, acıkma süresi, atıştırma alışkanlığı, sıvı tüketimi, yemek seçimi, öğün sırasındaki davranışlar, uzamış mide boşalma zamanını düşündüren yakınmalar anket aracılığıyla sorgulandı. Doğum ağırlığı, beslenme öyküsü, aile yapısı, ailenin eğitim düzeyi ve yemek alışkanlıkları öğrenildi (Tablo 1). Anket çalışması olguların %69,5'inde anne ile, %19,4'ünde anne ve baba ile, %8,3'ünde baba ile ve %2,8'inde anne ve ailenin diğer fertleri ile yapıldı.

Tüm olguların vücut ağırlığı, boyu, baş çevresi, triseps deri kıvrım kalınlığı (TSF) ve orta kol çevresi (MAC) ölçüldü. Vücut kitle indeksi (BMI), aynı yaş ve cinsite sağlıklı bir çocuğun 50 persantildeki standart (standart) değerleri ile karşılaştırarak vücut ağırlığı %standart, boya göre vücut ağırlığı (Wt/Ht) %standartı, boy %standartı, TSF %standartı ve BMI %standartı parametreleri hesaplandı. Malnütrisyon, Waterlow sınıflaması (17) kriterlerine göre değerlendirildi.

İştahsızlığa neden olabilecek organik nedenleri elemek amacıyla tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, idrar kültürü, sol el bilek grafisi, tiroid fonksiyon testleri, dışkıda parazit incelenmesi, dışkıda yağ, redükta madde ve alfa 1 antitripsin tetkikleri uygulandı.

İstatistiksel değerlendirme "Scientific Package for Social Sciences" (SPSS 10.0) programı ile yapıldı. Sayımla belirlenen verilerin gruplandırılmış olarak karşılaştırılması için  $\chi^2$  testi kullanıldı. Bağımsız iki grubun ölçüm değerleri "Mann-Whitney U" testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

Tablo I: İştahsızlık yakınması ile başvuran çocukların değerlendirilmesinde kullanılan anket soruları

1.	Cinsiyet
2.	Doğum tarihi
3.	İştahsızlığın başlangıç zamanı
4.	Kilo kaybı öyküsü
5.	Beslenme saatlerinin düzeni
6.	Acıkma süresi
7.	Bir öğündeki beslenme süresi
8.	Kendi kendine yiyebilme ve başlangıç zamanı
9.	Yemek aralarında atıştırma alışkanlığının varlığı, atıştırma sıklığı ve neler atıştırıldığı
10.	Sıvı veya püre şeklindeki gıdaların katı gıdalara tercih edilmesi
11.	Sevmediği yiyecekler
12.	Yemek sırasında TV seyretme alışkanlığı varlığı
13.	Çocuğu kimin beslediği
14.	Annenin çocuğu beslerken oyun oynayıp oynamadığı
15.	Çocuğun yemek sırasında gösterdiği davranışlar
16.	Çocukta mide moritite bözukluğunu düşündüren yakınmaların varlığı
17.	Çocuğun nerede beslendiği
18.	Beslenme süresince masa veya mama sandalyesinde oturup oturmadığı
19.	Beslenmenin masadan sonra ayakta gezinerek devam edip edmediği
20.	Anne sütü alma süresi
21.	İlk gıdaya geçiş zamanı
22.	Çekirdek aile olup olmadığı
23.	Anne ve babanın yaşı ve eğitim durumu
24.	Ailede organik veya ruhsal hastalık öyküsü
25.	Ailenin yemek alışkanlıkları
26.	Beslenme problemi olan başka kardeşin varlığı

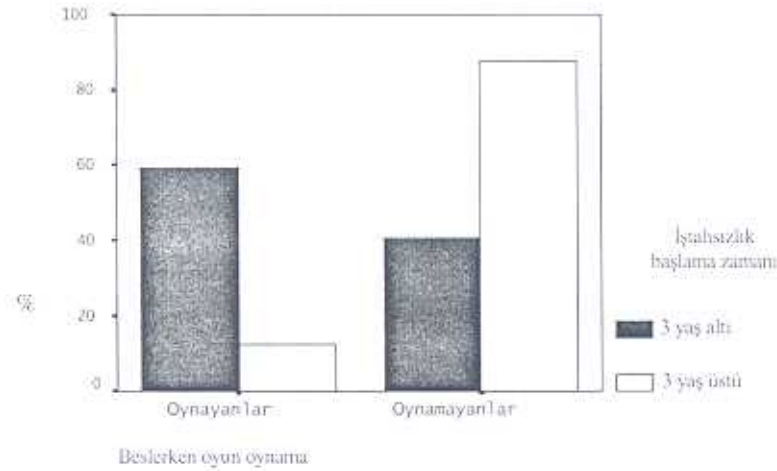
## BULGULAR

Temmuz 2001 ve Haziran 2002 tarihleri arasında iştahsızlık yakınması ile çalışmaya alınan 36 çocuğun 17 (%47,2)'si kız, 19 (%52,8)'u erkek ve yaşları 1,2-12,9 yıl (ortalama±SS 5,8±3,0 yıl) arasında idi. Olgularda fizik inceleme ve laboratuvar bulgularıyla herhangi bir hastalık saptanmadı. İştahsızlık yakınması, olguların 18 (%50)'ünde doğumdan itibaren (homeostaz döneminde), dördünde (%11,1) iki-yedi ay arasında (bağımlılık döneminde), beşinde (%13,9) yedi ay-üç yaş arasında (ayrılma ve bireyselleşme döneminde) ve dokuzunda (%25) üç yaşından sonra başlamıştı.

Olguların 17 (%47,2)'sinin annesi çocuğu beslerken oyun oynamaktaydı. Çocuğu beslerken oyun oynamıyorsa iştahsızlık %94,1 oranında üç yaşın altında

başlamaktaydı (Fisher's  $p=0,041$ ) (Şekil 1). İştahsızlık yakınması, ailesi hep beraber sofraya oturarak yiyen 32 olgunun 23 (%71,9)'ünde, ailesi ayrı ayrı yiyen dört olgunun tümünde üç yaşın altında başlamaktaydı (Tablo II).

Çocukların 19 (%52,8)'u hiç acıkılmı söylemezken dokuzu (%25) beş saatten uzun sürede, beşi (%13,9) üç ile beş saat arasında, üçü (%8,3) de üç saatten kısa sürede acılmaktaydı. Çocukların 35 (%97,2)'i kendi kendine yiyebiliyordu ve 25 (%71,4)'i iki yaşından, dokuzu (%25,7) üç yaşından, biri (%2,9) dört yaşından sonra kendini beslemeye başlamıştı. Kendi kendini beslemeye başlama yaşı için üzerinde ise kilo kaybı öyküsü daha yüksek oranda bulunmaktaydı (Fisher's  $p=0,027$ ) (Tablo III).



Şekil I. Annenin çocuğu beslerken oyun oynayıp oynamamasına göre iştahsızlığın başlangıç yaşının dağılımı.

Tablo II. Ailenin yemek alışkanlıklarının iştahsızlığın başlangıç zamanına etkisi

Ailenin yemek alışkanlıkları	İştahsızlığın başlangıç zamanı	
	3 yaş altı n (%)	3 yaş üstü n (%)
Beraber, düzenli	23 (71,9)	9 (28,1)
Ayrı ayrı	4 (100,0)	-

Tablo III. Kendini beslemeye başlama yaşına göre kilo kaybı öyküsü varlığı

Kendini beslemeye başlama yaşı	Kilo kaybı öyküsü		P
	Var n (%)	Yok n (%)	
Üç yaş altı	3 (12)	22 (88)	0,027
Üç yaş üzeri	5 (50)	5 (50)	

Atıştırma alışkanlığı değerlendirildiğinde, 21 (%58,3) olgunun çoğunlukla çips, çerez, çikolata ve bisküvi olmak üzere yemek aralarında atıştırdığı ve bu çocukların ikisinde (%9,5) kilo kaybı öyküsü olduğu öğrenildi. Atıştırma alışkanlığı olan olgularda kilo kaybı öyküsünün anlamlı olarak daha az olduğu saptandı (n=36, Fisher's  $p=0,046$ ) (Tablo IV). Olguların 12 (%33,3)'si düzenli saatlerde en az üç öğün yerken 11 (%30,6)'ı düzensiz besleniyor, sekizi (%22,2) düzenli olarak aynı saatlerde ama bir-iki öğün yiyordu ve beşi-

nin (%13,9) ne zaman düzenli ne zaman düzensiz yiyeceği belli olmuyordu. Günde bir-iki defa atıştıran 13 çocuğun altısı (%46,2) düzensiz beslenmekte, beşi (%38,5) belirli saatlerde en az üç öğün, ikisi (%15,4) yine belirli saatlerde ancak bir-iki öğün yemektedir. Günde üç-dört defa atıştıran sekiz çocuğun beşi (%62,5) düzensiz beslenirken üçü (%37,5) belirli saatlerde bir-iki öğün yemektedir.

Tablo IV. Atıştırma alışkanlığına göre kilo kaybı öyküsünün varlığı

Atıştırma alışkanlığı	Kilo kaybı öyküsü		P
	Var n (%)	Yok n (%)	
Var	2 (9,5)	19 (90,5)	0,046
Yok	6 (40,0)	9 (60,0)	

İştahsızlığı olan çocukların bir öğündeki beslenme süresi 19 (%52,8)'unda 30 dakikadan uzun, 11 (%30,6)'ında 15 dakikadan kısa ve altısında (%16,7) 15-30 dakika arasında idi.

Otuz altı olgunun dördü (%11,1) her tür yiyeceği sevmekteydi. Süt, et, meyve, sebze, yoğurt, peynir, yumurta, ekmek, pilav, makarna, patates gruplarından çoğunlukla sebze ve süt sevilmemekteydi. Yemek sıra-

sında televizyon (TV) seyretme alışkanlığı 36 olgunun 29 (%55,6)'sinde mevcuttu. Olguların 10 (%27,8)'u kendisi yemekten 26 (%72,2)'sini anne veya anneye beraber diğer kişiler beslemekteydi. İki olguda çocuğu baba da beslemekteydi, ancak hiçbirinde baba tek başına değildi.

Yemek sırasında başını çevirme, ağzını açmama, yemekle oynama, uzun süre yemeği ağzında tutma, yemek seçme, isteksizlik, yemek süresinin uzaması, yemeği reddetme / karşı koyma, tükürme, kusma, öğürme, masayı terk etme ve öfke nöbetleri sorgulandığında tüm vakalarda bu davranışlardan en sık olarak sırasıyla yemek seçme (%86,1), ağzını açmama (%83,3), başını çevirme (%80,6) ve yemeğe karşı isteksizlik (%80,6) görülmekteydi. Gastrointestinal motilite bozukluğunu düşündürecek yakınmalardan ise en sık erken tokluk hissi görülmekteydi (%86,1).

Olguların 21 (%58,3)'i yerde oturarak, 18 (%50)'i masada, üçü (%8,3)'ü koltuk vb. bir yerde, üçü (%8,3) ayakta gezerik yemekten. Çocukların 18 (%50)'i beslenme süresince masada oturuyor, 10 (%28,6)'unda beslenme masadan sonra ayakta gezinerek devam ediyordu.

Otuz altı olgunun 10 (%27,8)'u altı-on iki ay arasında, dokuzu (%25) 12 aydan fazla, dokuzu (%25) dört aydan az ve sekizi (%22,2) dört-altı ay arasında anne sürü almıştı. Ek gıdaya geçiş zamanı 14 (%38,9) olguda altı-dokuz ay arası, 13 (%36,1)'ünde dört-altı ay arası, beşinde (%13,9) iki-dört ay arası, üçünde (%8,3) dokuz aydan sonra ve birinde (%2,8) bir yaşın üzerinde idi. Ek gıdaya geçiş zamanı beslenme saatlerinin düzeyini, sıvı veya püre şeklindeki gıdaları katı gıdalardan daha fazla tercih etmesini etkilememekteydi ( $p>0,05$ ).

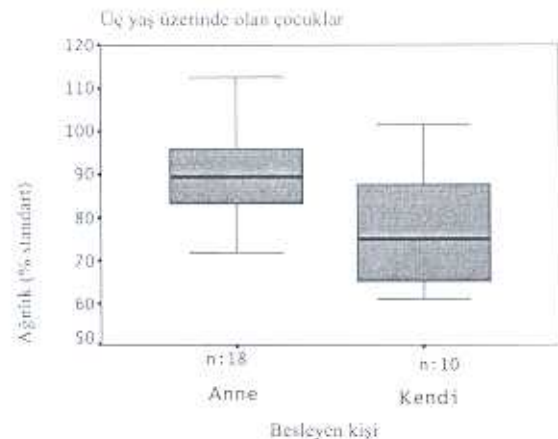
Olguların 26 (%72,2)'sini çekirdek ailede yaşamakta idi. Ailelerin 32 (%88,9)'sini tüm aile sofraya oturarak, düzenli olarak yerken, dördü (%11,1) ayrı ayrı yemekten. Sahip olunan kardeş sayısı çocukların 15 (%41,7)'inde bir, 11 (%30,6)'inde iki, birinde (%2,8) üçü ve dokuzunun (%25) kardeşi yoktu. Olguların sadece birinde (%2,8) anne baba ayrı idi. Çocukların doğum ağırlıkları 1300-4300 g (ortalama  $\pm$  SS: 3097,1  $\pm$  685,3 g) arasında idi.

Çocukların annelerinin yaşı 23-45 yıl (ortalama 33,3 $\pm$ 1,0 yıl), babalarının yaşı ise 26-50 yıl (ortalama 38,7 $\pm$ 1,1 yıl) arasında idi. Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin dağılımı Tablo V'de verilmiştir.

Tablo V. Olguların ebeveynlerin eğitim düzeyi dağılımları

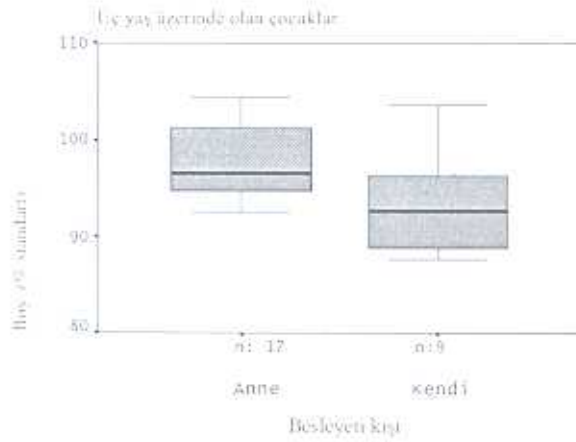
Eğitim Düzeyi	Anne n (%)	Baba n (%)
İlkokul	11 (30,6)	1 (2,9)
Ortaokul	8 (22,2)	7 (20,0)
Lise	9 (25,0)	11 (31,4)
Yükseköğrenim	8 (22,2)	16 (45,7)

Üç yaşın üzerinde olan çocuklardan kendi yiyenler ve anneleri tarafından beslenenlerin ağırlık %standartı ( $p=0,019$ ) ve boy %standartı ( $p=0,034$ ) ortalamaları dışında diğer nutrisyonel antropometrik verileri arasında fark saptanmadı. Annesi tarafından beslenenlerin ağırlık %standartı ortalamaları %89,0 $\pm$ 10,3 (%71,9-112,5), kendi yiyenlerin ise %76,7 $\pm$ 13,2 (%61,2-101,5) idi (Şekil 2). Olguların boy %standartı ortalamaları da annesi besleyenlerde %97,9 $\pm$ 4,2 (%92,6-104,4) ve kendi beslenenlerde %93,6 $\pm$ 5,3 (%87,6-103,6) bulundu (Şekil 3).



Şekil 2. Annesi tarafından beslenen ve kendi yiyenlerin ağırlık %standartı ortalamalarının karşılaştırılması

Olguların Wt/Ht %standart ve boy %standart değerlerine göre, 23 (%63,9)'ünde malnütrisyon saptandı. İştahsızlık yakınıması ilk iki ay içinde başlayan çocukların %77,8'inde ve iki-yedi ay içinde başlayanların %75'inde malnütrisyon mevcutken yedi ay-üç yaş arasında başlayanların %40'ında ve üç yaşından sonra başlayanların %44,4'ünde malnütrisyon saptandı ( $n=36$ ,  $\chi^2=4,431$ ,  $SS=3$ ,  $p=0,219$ ) (Tablo VI).



Şekil 3. Annesi tarafından beslenen ve kendi yiyeceklerini yiyenlerin boy % standart ortalamalarının karşılaştırılması.

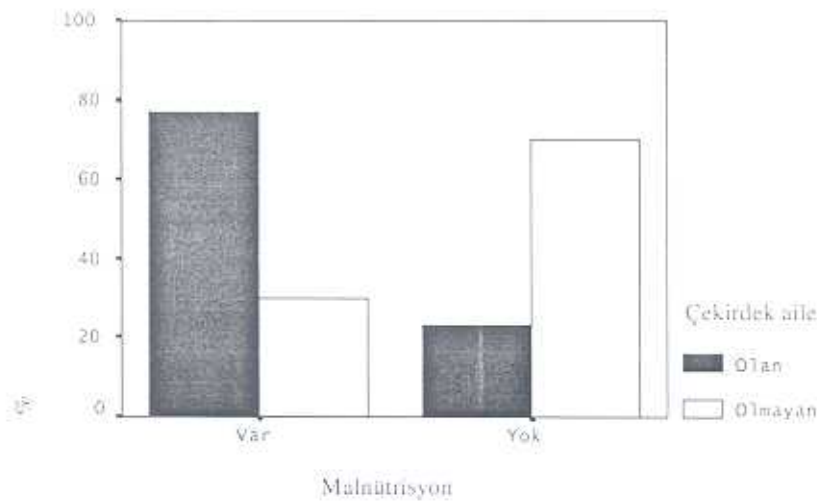
Tablo VI. İştahsızlığın başlangıç zamanına göre malnütrisyon varlığı

İştahsızlığın başlama zamanı	Malnütrisyon		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
İlk iki ay	14 (77,8)	4 (22,2)	0,219
İki-yedi ay	3 (75,0)	1 (25,0)	
Yedi ay-üç yaş	2 (40,0)	3 (60,0)	
Üç yaşından sonra	4 (44,4)	5 (55,6)	

Üç yaşın üstünde olup annesi tarafından beslenen 18 çocuğun dokuzunda (%50,0) ve kendisi yiyen 10 çocuğun dokuzunda (%90) malnütrisyon mevcuttu ( $n=28$ , Fisher's  $p=0,048$ ) (Tablo VII). Çekirdek aile olan 26 çocuğun 20 (%76,9)'sinde ve olmayan 10 çocuğun üçünde (%30) malnütrisyon vardı, çekirdek ailede yaşayan çocuklarda malnütrisyon daha yüksek oranda bulundu (Fisher's  $p=0,018$ ) (Şekil 4).

Tablo VII. Beslenme sırasında yardım alma ile malnütrisyon ilişkisi

Beslenme şekli	Malnütrisyon		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
Annesi tarafından beslenen	9 (50,0)	9 (50,0)	0,048
Kendisi yiyenler	9 (90,0)	1 (10,0)	



Şekil 4. Malnütrisyon olan ve olmayan olgularda çekirdek aile olma yüzdesi

## TARTIŞMA

İştahsızlık çocukluk çağında sık görülen bir semptomdur. Özellikle annelerin dile getirdiği bu yakınma, çocuk hekimleri tarafından zaman zaman gözardı edilmektedir. Çalışmamızda iştahsızlık yakınması ile başvuran çocukların beslenme alışkanlıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Beslenme, özellikle yaşamın erken dönemlerinde çocuk ve ona bakan kişi -genellikle anne- arasındaki iletişimden etkilenmektedir. Anne ve çocuk arasındaki sağlıklı ilişki çocuğun gelişim dönemlerinin sorunsuz geçmesini sağlamaktadır. Bu gelişim dönemleri homeostaz (ilk iki-üç ay), bağıklık (iki-altı/sekiz ay), ayrılma ve bireyselleşme (altı-onuz altı ay) olarak adlandırılmaktadır (4,5). Bizim çalışmamızda da iştahsızlığın, özellikle homeostaz döneminde olmak üzere çoğunlukla üç yaşın altında başladığı saptanmıştır.

Çocuğun doğru beslenme alışkanlıkları edinmesi için, beslenme sırasında oyun oynanmaması önerilmektedir (3). Ancak çalışmamızda annelerin %51,4'ü çocuğunu çeşitli oyunlarla beslemeye çalışmaktaydı. Önerilmeyen bu davranışın iştahsızlığın başlangıç yaşını daha erkene çektiğini gördük.

Uygunsuz yeme davranışları gelişiminin önlenmesi amacıyla öğün saatlerinin düzenli olması ve mümkün olan en erken yaşta çocuğun aileyle beraber sofraya oturtulması önerilmektedir (3,16). Çalışmamızda ayrı zamanlarda yiyen, belirli sofraya alışkanlığı olmayan ailelerin çocuklarının tümünde iştahsızlığın üç yaşın altında başladığını saptadık. Bu bulgu gelişim dönemlerinde beslenme önerilerinin titizlikle uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. İştahsız çocukların çoğu ya acıktığını söylememekte ya da uzun süre acıkmamaktaydı.

Çocuklar genellikle kendi kendini beslemeye iki yaş civarında başlar (2). Çalışmamızda kendini beslemeye iki yaşından daha geç başlayanlarda herhangi bir nörolojik hastalık veya fiziksel kısıtlılık olmaması, bunun ailenin verdiği beslenme eğitimine, çocuğun kendini beslemesine izin verilmemesine ve kendi yeme davranışının cesaretlendirilmemesine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Kendi kendini beslemeye üç yaşın-

dan sonra başlayanlarda kilo kaybı öyküsünün daha fazla bulunması çocuğun hazır olduğu en erken zamanda kendi kendini beslemeye izin verilme fikrini desteklemektedir (3,4).

Literatürde düzenli öğün zamanları oluşturulması ve planlı ara öğünler dışında atıştırmaya izin verilmemesi önerilmektedir (3). Olgularımızın %58,3'ünde atıştırma alışkanlığının olması, ailelerin çocukların alımının yetersiz olması endişesi ile atıştırmaya izin verdiğini düşündürmektedir. Atıştırmanın kalori almında artışla pozitif ilişkili olduğu obesite çalışmalarından da bilinmektedir (18). Bizim verilerimizde de atıştırma alışkanlığı olanlarda kilo kaybı öyküsünün anlamlı olarak daha az olması bu düşüncüyü desteklemektedir.

Uygunsuz yeme davranışı ile başa çıkabilmek için düzenli öğün zamanları oluşturulmalıdır (3). Çalışmamızda olguların ancak %55,5'inde beslenme saatleri düzenli ancak öğün sayısı farklı idi. Yemek aralarında atıştıran çocukların düzensiz besleniyor olması, atıştırmaya izin verilmesinin düzenli beslenme saatleri oluşturulmasını engellediğini göstermektedir. Bu da düzenli öğün zamanları ve atıştırma hakkında daha önce vurgulanan fikirleri desteklemektedir (3).

Öğün zamanları ile ilgili önerilerin arasında beslenme süresi olarak 15-25 dakika gibi uygun bir zaman belirlenmesi mevcuttur (16). Olgularımızın sadece %16,7'si bu süreye uymaktaydı. Beslenme sorunu olan çocukların çoğunluğunda bir öğündeki beslenme süresi ya çok kısa ya da çok uzundu.

Öğün zamanında yaşanan sorunlardan biri de çocukların yemek yeme yerine TV seyretmesidir. Bu nedenle yemek sırasında TV'nin kapatılması önerilmektedir (16). Bizim çalışmamızda da yemek sırasında TV seyretme alışkanlığı oldukça yüksek oranda idi.

Olgularımızın çoğu annesi tarafından beslenmekte, kendisi yiyenlerin bir kısmına da anneleri yardımcı olmaktaydı. Toplumumuzda çocuk beslenmesinde, çalışan anne oranının artmasına, anne ve babanın eğitim düzeylerinin yükselmesine rağmen halen annenin rolünün çok önemli olduğu bir kez daha görüldü.

Uygunsuz yeme davranışı olan çocuklarda en sık dile getirilen yakınma ise, çocukların yemek seçtiği idi. Öğün zamanlarının hoş zamanlar olması, çevrede uygun davranışlarla model oluşturan kişiler olması, çocuğun yemek stresasındaki davranışlarını ve yemek seçimlerini etkilemektedir (1,16). Yemek seçiciliğinin önlenmesinde bu yönde öneriler getirilmelidir.

Beslenme süresince çocuk masada oturmalı, arkasından dolaşarak beslemeye çalışılmamalıdır (13,16). Olgularımızın yarısı masada yiyor ve beslenme süresince oturuyordu, %28,6'sında ise, beslenme, masadan sonra ayakta gezinerek devam ediyordu. İştahsızlık yakınması olan olgularımızın bir kısmı, uygunsuz yeme davranışlarında beklenildiği gibi bu öğün zamanı önerisine de ters düşmekteydi.

Anne sütünün yüksek besinsel değerinin olması, ekonomik ve kontaminasyon riskinin düşük oluşu gibi birçok nedenden ötürü anne sütü alımının önemi bilinmektedir (19). Angelsen'in (20) çalışmasında anne sütünün üç aydan az alınmasının, hem 13 aylık hem de beş yaşında iken yapılan mental gelişim testlerinde daha düşük puan alınması ile ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca anne sütü ile beslenen bebeklerin, ek gıdaya ilk geçişte alımlarının daha fazla olduğu, bunun da anne sütü ile geçen farklı tatlara bağlı olduğu öne sürülmüştür (21). Bizim çalışmamızda anne sütü alımı %47,2 oranında ıltı aydan azdı. Ancak anne sütü alma süresinin, ankerimizde sorgulanan uygunsuz yeme davranışlarının varlığına etkisi görülmedi.

Olgularımızın %36,1'i ek gıdaya uygun dönemde başlamıştı. Çoğunda ise ek gıdaya geçiş altıncı aydan sonra idi. Ancak beklenenin aksine, çalışmamızda ek gıdaya geçiş zamanının sıvı veya püre şeklindeki gıdaları katı gıdalara tercih etme ve beslenme saatlerinin düzeni üzerine etkisi saptanmamıştır. Bu sonuç olgularımızın sayısının az olmasına bağlı olabilir. Uygun beslenme davranışlarının edinilmesi için ailenin belirli zamanlarda ve beraber oturarak yemesi önerilmektedir (3,16). Çalışmaya alınan çocukların çoğunun ailesi düzenli olarak beraber yemekteydi.

İştahsızlık yakınması olmasına rağmen olguların %63,9'unda malnütrisyonun bulunması beslenme so-

runlarının büyüme ve gelişme geriliği olanlar kadar normal gelişen çocuklarda da görüldüğü fikrini desteklemektedir (2). Tunçbilek ve arkının (22) 1993'te yaptığı bir çalışmada kronik malnütrisyon %21, akut malnütrisyon %3 oranında bulunmuştur. Kronik malnütrisyon oranı şehirde %16 iken kırsal kesimlerde %27 olarak saptanmıştır (22). Bu oranın bizim çalışmamızda daha yüksek bulunması, çalışmaya toplumu yansıtan bir örnek grup yerine iştahsızlık yakınması ile başvuran çocukların alınması ile açıklanabileceği gibi bunun referans hastane konumunda olmamızdan kaynaklandığı da düşünülebilir. Malnütrisyonun, iştahsızlık yakınması yedi aydan önce başlayanlarda daha yüksek oranda görülmesi, beslenme sorununun süresinin etkili olduğunu düşündürmektedir ancak bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kendisi yiyen çocukların ağırlık %standart ve boy %standart değerlerinin anneleri tarafından beslenenlerinkinden daha düşük olması annelerin çocukları daha iyi beslediğini düşündürmektedir. Malnütrisyon üzerine çocuğu kimin beslediği ve çekirdek aile yapısı etkili bulundu. Kendisi yiyen çocuklarda malnütrisyonun anlamlı olarak daha fazla olması, ağırlık %standart ve boy %standart değerlerinde olduğu gibi annelerin çocukları daha iyi beslediği düşüncesini desteklemektedir.

Yiyeceğin sunulduğu sosyal çevre çocuğun gıda seçimini etkilemektedir. Eğer çocuğun zevk alacağı bir ortam oluşturulursa gıda alımı artmaktadır (16,23). Çocuğun gıda seçimi ve alımında ailenin iyi örnek oluşturması da olumlu etkiye sahiptir. Hem gıda tercihleri hem de örnek model oluşturmaları açısından ailenin beraber yemesi önemlidir. Yemek zamanlarının hoş aile zamanları haline getirilmesi önerilmektedir (16). Çalışmamızla çekirdek ailede yaşayan çocuklarda malnütrisyonun daha fazla görülmesi ve çocukların kendilerini daha geç beslemeye başlaması kalabalık ailelerin oluşturduğu sosyal çevre ve örneklerin olumlu etkisini göstermektedir.

İştahsızlık, hekimlerin çok sık karşılaştığı bir yakınmadır. İştahsızlığın önlenmesi ve yeterli beslenmenin sağlanması için doğumdan itibaren çocuğun



yaşına uygun beslenme önerilerine uyulmalıdır. Karşılaşılan uygunsuz yeme davranışlarını değerlendirirken ise ayrıntılı bir beslenme öyküsü alınması gereklidir.

#### KAYNAKLAR

1. Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA et al. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:278-291.
2. O'Brien S, Repp AC, Williams GI, Christophersen LR. Pediatric feeding disorders. *Behav Modif* 1991;15:394-418.
3. Arvedson JC. Behavioral issues and implications with pediatric feeding disorders. *Semin Speech Lang* 1997; 18:51-69.
4. Satter H. The feeding relationship: problems and interventions. *J Pediatr* 1990;117:181-189.
5. Chatoor I, Schaefer S, Dickson L, Egan J. Non-organic failure to thrive: a developmental perspective. *Pediatr Ann* 1984;13:829-835.
6. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:34-46.
7. Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychol* 1993;12:64-73.
8. Mathisen B, Skuse D, Wolke D, Reilly S. Oral-motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Dev Med Child Neurol* 1989;31:293-302.
9. Heyman S. Gastric emptying in children. *J Nucl Med* 1998;39:865-869.
10. Reynolds JC, Putnam PF. Prokinetic agents. *Gastroenterol Clin North Am* 1992;21:567-596.
11. Hyman PF, Napolitano JA, Diego A et al. Antroduodenal manometry in the evaluation of chronic functional gastrointestinal symptoms. *Pediatrics* 1990;86:39-44.
12. Chen JDZ, Lin Z, Pan J, McCallum RW. Abnormal gastric myoelectrical activity and delayed gastric emptying in patients with symptoms suggestive of gastroparesis. *Dig Dis Sci* 1996;41:1538-1545.
13. Douglas J. Chronic and severe eating problems in young children. *Health visitor* 1991;64:334-336.
14. Cahagan S, Holmes R. A stepwise approach to evaluation of undernutrition and failure to thrive. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:169-187.
15. Zenil MJ Jr. Failure to thrive: a general pediatrician's perspective. *Pediatr Rev* 1997;18:371-378.
16. Finney JW. Preventing common feeding problems in infants and young children. *Pediatr Clin North Am* 1986;33:775-788.
17. Waterlow JC. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. *Br Med J* 1972;3:566-569.
18. Berteus Forslund H, Lindroos AK. Meal patterns and obesity in Swedish women—a simple instrument describing usual meal types, frequency and temporal distribution. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:740-747.
19. Jason J. Breast-feeding in 1991. *N Engl J Med* 1991; 325:1056-1057.
20. Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeg LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child* 2001;85:183-188.
21. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994;93:271-277.
22. Tunçbilek F, Unalan T, Coşkan T. Indicators of nutritional status in Turkish preschool children: results of Turkish Demographic and Health Survey 1993. *J Trop Pediatr* 1996;42:78-84.
23. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 1995;42:931-953.