

Ebeveynler haklı mı? İştahsız çocukta risk faktörlerinin ve büyümenin değerlendirilmesi

Are parents right? Evaluation of risk factors and growth in a child with poor appetite

Yüksel BICILIOĞLU, Kayı ELİAÇIK, Görkem ASTARCIOĞLU, Serdar SARITAŞ, Ali Rahmi BAKİLER

Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir

ÖZET

Amaç: Ailede ciddi kaygılara yol açan iştahsızlık, sık karşılaşılan önemli bir sorundur. Bu olgu-kontrol çalışmasıyla; ailesi tarafından “iştahsız” olarak tanımlanan çocukların büyüme ve gelişmesini, beslenmeyi etkileyen faktörleri ve iştahsızlık için risk faktörlerini irdeledik.

Yöntemler: Olgu grubunu (n=147) iştahsızlık ile başvuran kronik hastalığı olmayan 2-12 yaşları arasındaki çocuklar, kontrol grubunu (n=59) akut üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle başvuran sağlıklı çocuklar oluşturdu.

Bulgular: Hasta grubunun; boy ve kilo persentilleri anlamlı ölçüde daha düşük, hane halkı geliri daha az, sadece anne sütü ile beslenme süresi 6 aydan kısa (p<0,05) ve katı gıdaya başlama zamanı daha geçti. Annenin örgün eğitim almaması, kısa süreli anne sütü alımı, katı gıdaya geç başlanması iştahsızlık riskini arttırırken; büyük aile yapısı ve gelir düzeyi yüksekliği koruyucu faktörlerdi.

Sonuç: Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde yapılan beslenme hatalarının çocukların iştahsız olmasında önemli olduğunu ve bu konuda ailelere daha fazla destek olunması gerektiği sonucuna varıldı. Bu nedenle iştahsızlık nedeniyle başvuran çocuklar dikkatle değerlendirilmeli ve ailenin çocuğun beslenme ve büyümesi ile ilgili kaygıları gözardı edilmemelidir.

Anahtar kelimeler: İştahsızlık, çocuk, aile

ABSTRACT

Objective: Poor appetite is an important and frequently encountered problem which leads to serious concerns in the family. In this case-control study, we examined the risk factors affecting nutrition, growth and development for the children who is described as ‘having poor appetite’ by the family.

Methods: The patient group consisted of children between 2-12 years of age (n=147) who admitted with poor appetite without any chronic disease, and the control group (n=59) consisted of healthy children admitted with acute upper respiratory tract infection.

Results: In the patient group; height, weight percentiles, and household income were significantly lower, duration of only breastfeeding was less than 6 months and starting time for intake of solid foods was delayed (p<0.05). Specific training received by the mother, short-term breastfeeding, delayed switch to solid food intake increase the risk poor appetite, however large family structure and high income level are protective factors.

Conclusion: In particular, mistakes in child feeding in regions with lower socio-economic level are important factors in the development of anorexia in children and it was concluded that more support should be provided for the families with anorectic children. Therefore, children who suffer from anorexia needs a careful evaluation and the family’s concerns should not be ignored.

Key words: Poor appetite, child, family

Alındığı tarih: 26.03.2015

Kabul tarihi: 08.06.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Yüksel Bıçlıoğlu, Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Güney Mahallesi 1140/1 Sokak No:1, Yenışehir-Konak-İzmir

e-mail: ozcelebiyüksel@hotmail.com

GİRİŞ

İştahsızlık ve yemek yemeyi reddetme çocuklarda sık karşılaşılan önemli bir sorundur. Ailede ve sıklıkla bakım veren annede ciddi kaygılara yol açar. İştahsızlık terimi ebeveynler tarafından beklenenden az besin tüketen, zor ve seçici yemek yiyen çocuklar için kullanılır. Dünya Sağlık Örgütü, bebek ve çocukta beslenme bozukluğunu, altta yatan organik patolojisi olmayan çocuklar için mantıklı ve yeterli bakım veren birinin varlığında, beslenme güçlüğü veya besini reddetme ya da uygun ve yeterli besin kaynakları varlığında aşırı seçicilik olarak tanımlamıştır ⁽¹⁾. Seçici yemek yeme davranışı; belirli gıda türlerinin reddi, yalnızca belirli tür gıdaların kabulü, yeni gıdaları denemeye isteksizlik gibi davranışları içerir. Seçici yemek yeme normal gelişim gösteren çocuklarda olabildiği gibi tıbbi veya gelişimsel hastalığı olanlarda da oluşabilir. Burada en önemli sorunlardan biri ailenin çocuğun kilosu ve yeme alışkanlıklarının çocuğun gelişimini ve ilerideki yaşam tarzını etkileyebileceği yönündeki olumsuz algılarıdır ⁽²⁾. Klinisyen yemek yedirme sırasında yaşanan sorunları anlamaya çalışmalı, tutum ve davranışlarında anneye destek olmalıdır ⁽³⁾.

İştahsız çocukta değerlendirilmesi gereken önemli noktalar; altta yatan organik hastalık varlığı, ailenin bu konudaki algısının gerçeği yansıtmadığı, ailenin beslenme ile ilgili tutum ve davranışları ve bu durumdan çocuğun büyüme ve gelişmesinin ne kadar etkilendiğidir. Buradan yola çıkarak kliniğimize iştahsızlık yakınmasıyla başvuran olguları bu açıdan değerlendirme gereksinimi duyduk. Planladığımız olgu-kontrol çalışmasıyla; ailesi tarafından “iştahsız” olarak tanımlanan çocukların gerçek beslenme durumunu, aile tarafından “iştahsız ve zayıf” olarak algılanan çocukların gerçek büyüme ve gelişmesini, beslenme koşullarını etkileyen faktörleri ve iştahsızlığa neden olabilecek risk faktörlerini irdeledik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Haziran 2013 - Haziran 2014 tarihleri arasında hastanemiz Çocuk Dahiliye Polikliniğinde yapıldı.

Olgu-kontrol tipi olarak planlanan çalışmada olgu grubunu iştahsızlık yakınması ile başvuran bilinen kronik hastalığı olmayan 2-12 yaşları arasındaki çocuklar oluşturdu. Kontrol grubunu ise iştahsızlık yakınması ve bilinen kronik hastalığı olmayan ve akut üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle kliniğimize başvuran sağlıklı çocuklar oluşturdu.

Çalışmaya alınan çocukların ailelerine aydınlatılmış onam formu imzalatıldı.

Veriler 18 soruluk bir anket yardımıyla ve yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Ankette olguların sosyodemografik özellikleri, anne yaşı, eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, çocuğa bakım veren kişi, doğum öyküsü, doğumdan itibaren beslenme alışkanlıkları, günlük beslenme programı, beslenme hataları ve iştah için ilaç kullanımı sorgulandı. Tüm çalışma grubunun boy ve kiloları ölçülerek persentil eğrileri çıkarıldı. Ayrıca olgu grubunun hemogram, ferritin, üre, kreatin, alanin aminotransferaz, total protein ve albumin değerleri ölçüldü. Hemoglobin (Hb) konsantrasyonunun o yaş grubu için belirlenen normal değerlerin altında olması anemi olarak değerlendirildi. Ferritin düzeyleri değerlendirilirken yaşına göre normal değerler kullanıldı. Tam idrar tahlili ve gaitada parazit incelemesi yapıldı. Yapılan incelemeler sonucunda altta yatan hastalık şüphesi ve paraziti olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

İstatistiksel analizler %95 güven aralığında %5 hata payı göz önüne alınarak ve SPSS for Windows 18 programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde dağılımı ve ortalama ve standart sapma ile ifade edildi. Sayım verilerinin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi, ölçüm verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanıldı.

İştahsızlık için risk faktörlerini belirlemek amacıyla Lojistik Regresyon analizi yapıldı. Lojistik Regresyon modeline çocuğun yaşı, doğum kilosu,

anne eğitim düzeyi, ek gıdaya başlama zamanı, katı gıdaya başlama zamanı, evin gelir düzeyi ve aile tipi alındı. Analiz için kurulan modelin uygunluğu Hosmer and Lemeshow Test ile incelendi (4).

BULGULAR

Çalışmaya toplam 147 iştahsızlık yakınması olan hasta alındı. Bunların 77'si (%52,4) erkekti. İştahsızlık yakınması olan hastaların yaklaşık yarısının ilk çocuk olduğu, asgari ücret ve altında ev geliri olanların çoğunluğu oluşturduğu, çoğunluğun çekirdek ailede olduğu, yalnızca 7'sinin bakıcısı olduğu (%4,8) tespit edildi (Tablo 1).

İştahsızlık yakınması olan hastalar ile bu şikayeti olmayanlar; cinsiyet, aile tipi, anne eğitim durumu, ek gıdaya başlama zamanı, kaçınıcı çocuk olduğu gibi değişkenler açısından karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 1).

İştahsızlık yakınması olan çocukların katı gıdaya başlama zamanı ortalamasının (11,6±0,4 ay) iştahsızlığı olmayan çocukların ortalamasına (8,5±0,2 ay) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$). Altı aydan daha az süre ile yalnızca anne sütü ile beslenenlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla iştahsızlık yakınması görüldü ($p<0,001$). Ayrıca yine iştahsızlık yakınması olan çocukların ev halkı gelirinin diğerle-

rine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu (asgari ücret ve altında) tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 1).

İştahsızlık yakınması olan hastaların doğum kilosu 3155±595 g, yaş ortalaması 72±34 ay, vücut kitle indeksi 14±1, anne yaşı ortalaması 33,3±6,4 yıl, ek gıdaya başlama zamanı 6,5±3,1 ay, katı gıdaya başlama zamanı 11,6±4,5 ay idi. Beşte birinin boyu ve 1/3'inin kilosu 10 persentilin altındaydı. İştahsızlık yakınması olanların boy ve kilo persentilleri olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla 10 persentilin altında bulundu ($p<0,001$). Doğduğundan beri iştahsız olanların boyları ve kilo-ları son bir yıldır iştahsızlığı olanlara göre anlamlı olarak daha fazla 10 persentilin altındaydı (sırasıyla $p=0,03$, $p=0,001$).

İştahsız çocukların yarısından fazlasının (%69) günde bir defadan fazla abur cubur yediği görüldü. Bu gruptaki çocukların önemli bir oranda temel gıda maddelerinden bazılarını hiç tüketmediği saptandı (Tablo 2). İştahsızlık yakınması olan çocukların %48,9'unda demir eksikliği anemisi saptandı.

Tablo 2. İştahsız çocukların tüketmediği gıdalar.

Sebze	%50
Kırmızı et	%38
Yoğurt	%29
Yumurta	%26
Bunların hiçbiri	%4

Tablo 1. İştahsızlık sorunu olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması.

	İştahsızlık Var (olgu)	İştahsızlık Yok (kontrol)	p
Kız/Erkek*(%)	47,6/52,4	47,5/52,5	0,983
Çekirdek aile/Büyük aile*(%)	84,4/15,6	93,2/6,8	0,088
Anne örgün eğitim almamış/Anne örgün eğitim almış*(%)	12,3/87,7	22,0/78,0	0,079
Asgari ücret ve daha az gelir/Asgari ücretin üzerinde gelir*(%)	86,3/13,7	52,5/47,5	$p<0,001$
Altı aydan az yalnızca anne sütü alanlar/6 ay ve üzerinde yalnızca anne sütü alanlar*(%)	71,4/28,6	42,4/57,6	$p<0,001$
Kilo < 10 p / Kilo >10 p*(%)	36,6/63,4	10,2/89,8	$p<0,001$
Boy < 10 p / Boy >10 p*(%)	20,4/79,6	6,8/93,2	0,017
Ek gıdaya başlama (ay)**	5,7±0,1	6,5±0,3	0,510
Katı gıdaya başlama (ay)**	11,6±0,4	8,5±0,2	$p<0,001$
Kaçınıcı çocuk**	1,8±0,1	1,7±0,1	0,825

*% dağılımları, Pearson ki-kare testi

**ortalama±SEM, Mann Whitney-U testi

Ailelerin %80'i iştah şurubu kullandıklarını belirtti. Sık görülen beslenme hataları incelendiğinde, %1,4'ü bir litre üzerinde süt ve %12'si üç bardağın üzerinde meyve suyu tüketiyordu.

Lojistik Regresyon analizi sonuçlarına göre iştahsızlığı annenin örgün eğitim almamış olması 14 kat, 6 aydan kısa süreli yalnızca anne sütü almak 16 kat, katı gıdaya başlama zamanının gecikmesi 2 kat arttırmakta idi. Aile tipinin büyük aile olması ve ev gelirinin asgari ücretin üzerinde olmasının koruyucu olduğu görüldü. Aile tipinin büyük aile olması iştahsızlık riskini 5 kat, evin gelirinin asgari ücretin üzerinde olması 6 kat azaltılmakta idi.

TARTIŞMA

Anne sütü ile beslenme sırasında annenin diyetindeki çeşitli tat ve kokular süt yoluyla bebeğe geçer ve bu durum bebeğin katı gıdaya geçiş döneminde yeni gıdalara adaptasyonunu hızlandırır ^(5,6). Emzirme süresi ve yoğunluğunun özellikle anne dengeli beslendiğinde seçici ve az yemek yeme davranışına karşı koruyucu olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir ⁽⁷⁻⁹⁾. Burnier ve ark. ⁽¹⁰⁾ ise 3 ay ve üstünde yalnızca anne sütü ile beslenmenin ileride sebze tüketiminde belirleyici faktör olduğunu fakat okul öncesi çocukta yalnızca anne sütü ile beslenme süresi ile sebze tüketimi arasında doğrusal ilişki olmadığını söylemişlerdir. Çalışmamızda iştahsızlığı olan hastaların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha kısa süre anne sütü aldığını gördük. Dört-altı aydan ek gıdaya başlanması, gastrointestinal sistem maturasyonu yeterli olmadığından gastrointestinal rahatsızlık ve besin alerjisi riskini artırır. Bu durumun çocuklarda ileride yeni ve çeşitli gıda alımında sorunlara yol açtığına dair çeşitli çalışmalar mevcuttur ⁽¹¹⁻¹³⁾. Çalışmamızda iki grup arasında ek gıdaya başlama zamanları arasında fark yoktu fakat iştahsız çocukların katı gıda ile beslenmeye, sofrada diğer aile bireyleri ile ortak yemek yemeye geç başladıkları bulundu. Uzun süre yarı katı püre kıvamında ve çeşitli yiyeceklerin karışık olarak verilmesinin iştahsızlık ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda, annenin örgün eğitim almamasının iştahsızlık riskini 14 kat arttırdığını gördük. Ülkemizden yapılan bir başka çalışmada, annenin eğitim düzeyi ile yeme sorunları arasında ilişki bulunmamıştır ⁽¹⁴⁾. Hendricks ve ark. ⁽¹⁵⁾ 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.

Ülkemiz koşullarında okuma yazma oranının düşük olması, bebek beslenmesi konusunda eğitimin az olmasının beslenme hatalarına yol açtığını bunun da iştahsızlık yakınmasını arttırdığını düşünüyoruz. Ailenin yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgisiz olması çocukların yetersiz beslenmesine neden olmaktadır.

Demir eksikliği anemisi çocukluk çağında en sık görülen nütrisyonel anemidir. En belirgin klinik bulgularından biri iştahsızlıktır ⁽¹⁶⁾. Çalışmamızda iştahsızlık yakınması olan çocukların yarısında anemi saptandı. Ailelerin %80'i iştah şurubu (multivitamin, balık yağı vb.) kullandıklarını belirttiler. Yapılan çalışmalarda destek amaçlı verilen vitamin ve minerallerin iştahı olumlu yönde etkilediğine dair kesin veriler yoktur. ABD'de yapılan bir çalışmada, multivitamin kullanan ve kullanmayan grupların arasında besin alımı veya iştah açısından fark bulunamamış, aksine A vitamini, çinko ve folat düzeylerinin vitamin kullanan grupta aşırı miktarda olduğu saptanmıştır ⁽¹⁷⁾. İştahsız çocuklarda yalnızca eksik olan vitamin ve minerallerin yerine konması uygun görülmektedir. Çalışmamızda ailelerin çocuklara iştah arttırmak amacıyla bilinçsiz şekilde çeşitli multivitamin preparatları verdiği görüldü.

Çalışmamızda iştahsız çocukların büyük çoğunlu-

ğunda evin geliri asgari ücret ve altındaydı. Geniş aile yapısını ve gelir düzeyi yüksekliğini iştahsızlığa karşı koruyucu faktörler olarak bulduk. Gelişmekte olan ülkelerde beslenme yetersizliği sorunları daha çok gelir düzeyi düşük ailelerin çocuklarında görülmektedir. Çevre koşullarının sağlıksız olması, enfeksiyon hastalıklarını artırır bu durum da çocuğun beslenmesini olumsuz etkiler. Ailenin geliri düştükçe, bitkisel kaynaklı besinlerle beslenme oranı arttıkça, demir eksikliği anemisi yaygın olarak görülür⁽¹⁸⁾.

Çocukluk çağında iştahsızlık ve yeme sorunları nedeniyle doktora getirilen sağlıklı çocukların oranı %20-35 arasında değişmektedir. Bu durum hekimler tarafından sıklıkla normal durumun abartılması olarak değerlendirilir⁽¹⁹⁾. Çocuğun beslenmesi ve büyümesi ile ailelerin beklentileri çoğu kez farklı olabilir.

Bazı çalışmalar az ve seçici yemek yediği belirtilen çocukların bu durumdan büyüme ve sağlık durumlarının etkilenmediğini gösterirken^(20,21) bazı çalışmalar bu çocukların yaşlarına göre daha yavaş büyüdüklerini göstermiştir. Bizim de çalışmamızda, iştahsız olduğu belirtilen çocukların boy ve kiloları kontrol grubuna daha düşük bulunmuştur.

Aileler tarafından iştahsızlık ve büyümeme nedeniyle hastaneye getirilen çocuklar dikkatle değerlendirilmeli, ailenin kaygıları gözardı edilmemelidir.

Annenin örgün eğitim almaması, kısa süreli anne sütü alımı, katı gıdaya geç başlanması iştahsızlık riskini arttırırken, büyük aile yapısı ve gelir düzeyi yüksekliği koruyucu faktörlerdir. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde anne sütü ve sonrasında ek gıda ve katı gıdaya geçiş döneminde yapılan hataların çocukların iştahsız olmasında önemli olduğunu düşünüyoruz. Hamilelik döneminde kadın doğum hastalıkları uzmanı ile aile hekimlerinin, doğum sonrasında ise çocuk hekimleri ve aile hekimlerinin anneyi anne sütü konusunda bilgilendirmeleri, ek gıda ve katı gıdaya geçiş döneminde de özellikle birinci basamakta çalışan sağlık personelinin aileye daha fazla destek olması gerekmektedir. Anne her sağlık kuruluşuna başvurduğunda bu fırsat değerlendirilmeli, çocuğun beslenmesi hakkında bilgi alınır

doğru yönlendirmeler yapılmalıdır.

Sonuç olarak, iştahsızlık yakınması ile gelen hastaların boy ve kilo persentilleri olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha düşük, ev halkı geliri daha az ve sadece anne sütü ile beslenme süresi 6 aydan daha kısadır. İştahsızlık yakınması olan çocukların diğerlerine göre daha geç aylarda katı gıdaya başladığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur fakat iştahsızlığın büyüme ve gelişmeye etkisi ile ilgili daha geniş serilerde uzun dönem çalışmalara gereksinim olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. World health Organization: International classification of diseases (ICD). Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en/#/F98.2> Accessed 2 May 2012.
2. Jaballas E, Clark-Ott D, Clasen C, Stolfi A, Urban M. Parent's perceptions of their children's weight, eating habits, and physical activities at home and at school. *J Pediatr Health Care* 2011;25:294-301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.05.003>
3. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Gau JM, Joiner TE Jr, Striegel-Moore R, Bear P, et al. Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *Int J Eat Disord* 2005;38:208-219. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20175>
4. Hosmer D. W, Lemeshow S. A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. *Communications in statistics* 1980;A10:1043-1069. <http://dx.doi.org/10.1080/03610928008827941>
5. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994;93:271-277.
6. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clin Nutr* 2008;27:849-857. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2008.08.002>
7. Beauchamp GK, Mennella JA. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48(Suppl 1):25-30. <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819774a5>
8. Cooke L, Wardle J, Gibson EL. Relationship between parental report of food neophobia and everyday food consumption in 2-6-year-old children. *Appetite* 2003;41:205-206. [http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00048-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00048-5)
9. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc* 2003;103:692-698. <http://dx.doi.org/10.1053/jada.2003.50134>
10. Burnier D, Dubois L, Girard M. Exclusive breastfeeding duration and later intake of vegetables in preschool children. *Eur J Clin Nutr* 2011;65:196-202. <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2010.238>
11. Ziol-Guest KM, Hernandez DC. First- and second-trimester WIC participation is associated with lower rates of breast-

- feeding and early introduction of cow's milk during infancy. *J Am Diet Assoc* 2010;110:702-709.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2010.02.013>
12. Mattes RD. Learned food aversions: A family study. *Physiol Behav* 1991;50:499-504.
[http://dx.doi.org/10.1016/0031-9384\(91\)90536-W](http://dx.doi.org/10.1016/0031-9384(91)90536-W)
 13. Fortunato JE, Scheimann AO. Protein-energy malnutrition and feeding refusal secondary to food allergies. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47:496-499.
<http://dx.doi.org/10.1177/0009922807310937>
 14. Örün E, Erdil Z, Çetinkaya S, Tufan N, Yalçın S. Problematic eating behaviour in turkish children aged 12-72 months: Characteristics of mothers and children. *Cent Eur J Public Health* 2012;20:257-261.
 15. 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.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2005.09.035>
 16. Akarsu S, Plasma ghrelin levels in various stages of development of IDA. *J Pediatr Hematol Oncol* 2007;29:384.
<http://dx.doi.org/10.1097/MPH.0b013e3180645170>
 17. 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.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2005.09.041>
 18. 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.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2006.06.006>
 19. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child Care Health Dev* 2000;26:5-16.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00135.x>
 20. McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *J Dev Behav Pediatr* 2008;29:197-205.
<http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e318163c388>
 21. Rydell AM, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *J Genet Psychol* 1995;156:217-229.
<http://dx.doi.org/10.1080/00221325.1995.9914818>