

# IDENTIFICATION & MANAGEMENT OF FEEDING DIFFICULTIES - IMFeD -

**Chandhita Pruksananonda**

Chulalongkorn University

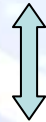
July 21, 2011

DBP short course at Pramongkut

# Feeding- mutual interactions between child & caregiver




**Child's temperament**  
**State regulation**  
**Physiologic variables**  
**Behavioral organization**



**Mom's temperament**  
**Psychological health**  
**Characteristic of mom**  
**Perspective on parenting**  
**Social support**



**Child- parent dyad**  **nurturing encounter**

## 20-60% reported - not eating optimally

- too selective or “picky “
- eat too little
- fail to advance to more complex food
- eat “ junk food”
- unusual food habits
- poor meal time behavior

→ **force** → negative consequences  
→ compromise parent-child interaction  
→ suboptimal development





## **Normal development of feeding**

Milk → smooth textures → lumpy foods  
→ finger food → adult food

## **Normal development of**

**Head & neck control**

**Oral- motor skills**

**Fine motor skills of hands & fingers**

**Communication skills**



## **Introduction of solid food 4-6 mo**

**Head & trunk control - to sit upright**

**Reach for & grasp object ( pincer grasp )**

**(hand-eye coordination skill )**



**explore new textures, tastes, smells, colors**



# Self discovery & mastery

Exploration & experimentation → messy table, messy kids





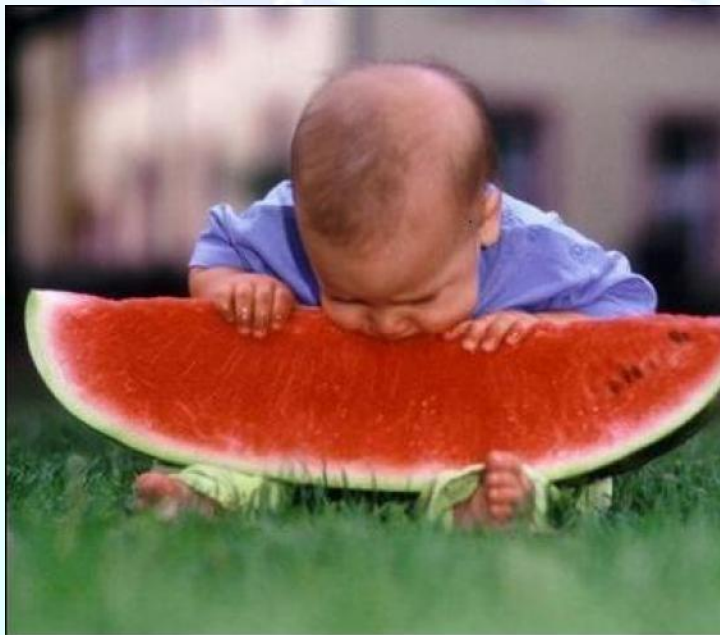
**Feeding-**

**Development of autonomy**

**Motor skill**

**Language skill**

**Psychological development**



# Independent feeding

**Self regulation**

**Self determination**

**Psychosocial separation**

***Occurs at different rates***



## Opportunities for preventing of feeding problems

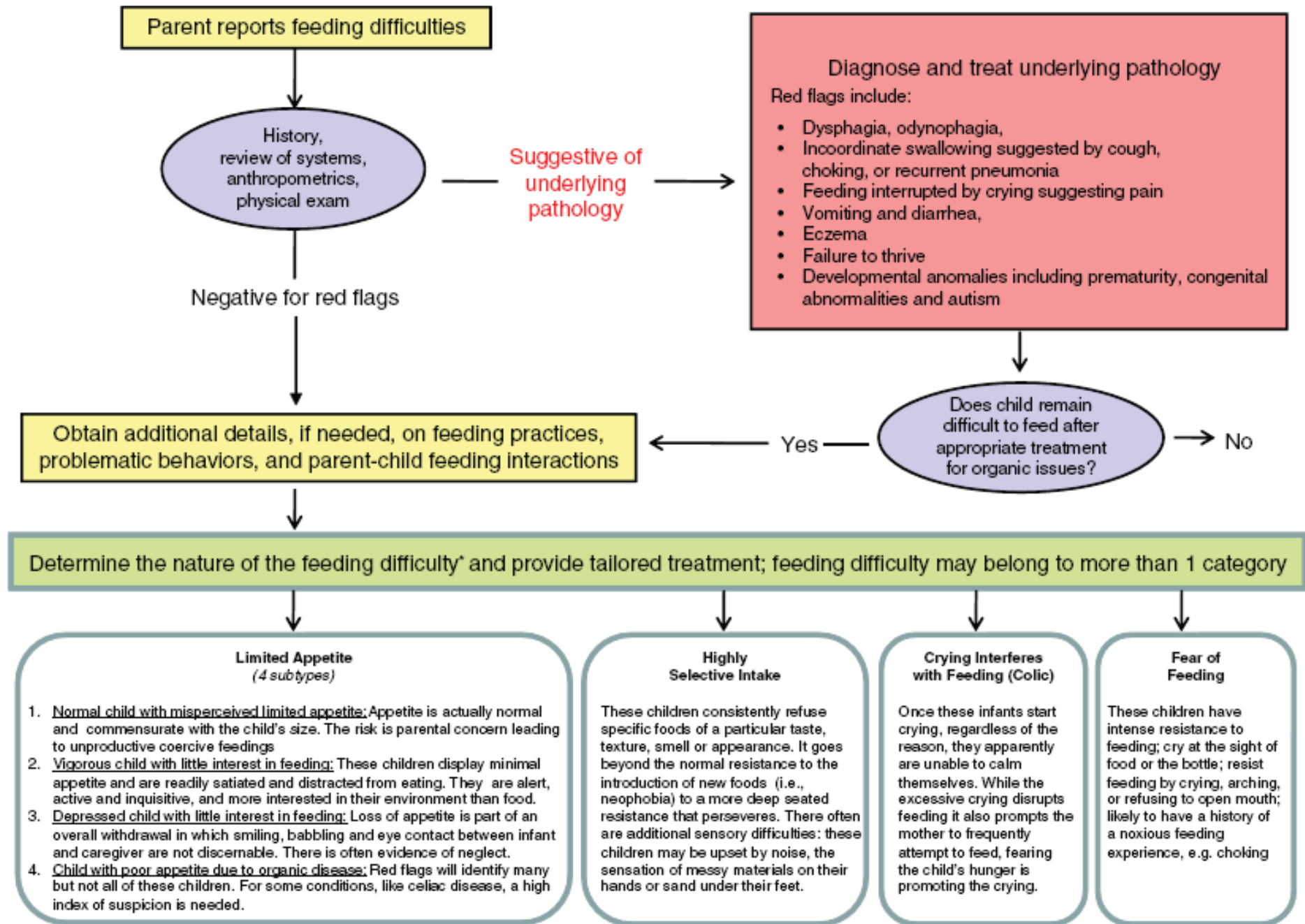
***Anticipatory guidance :***  
respond to a child's cues & needs  
at a particular developmental age





# **Parental concerns about feeding**





**Kerzner B. Clin Pediatr. 2009;48:960-965.**

# Diagnose and treat underlying pathology

Red flags include:

Taking a few sips, rearing back in pain, crying, discontinuing feeding

*Dysphagia, odynophagia – esophagitis due to GER,  
infection, toxic injury*

Chronic cough, choking, recurrent pneumonia

*Poorly coordinated swallowing – CP*

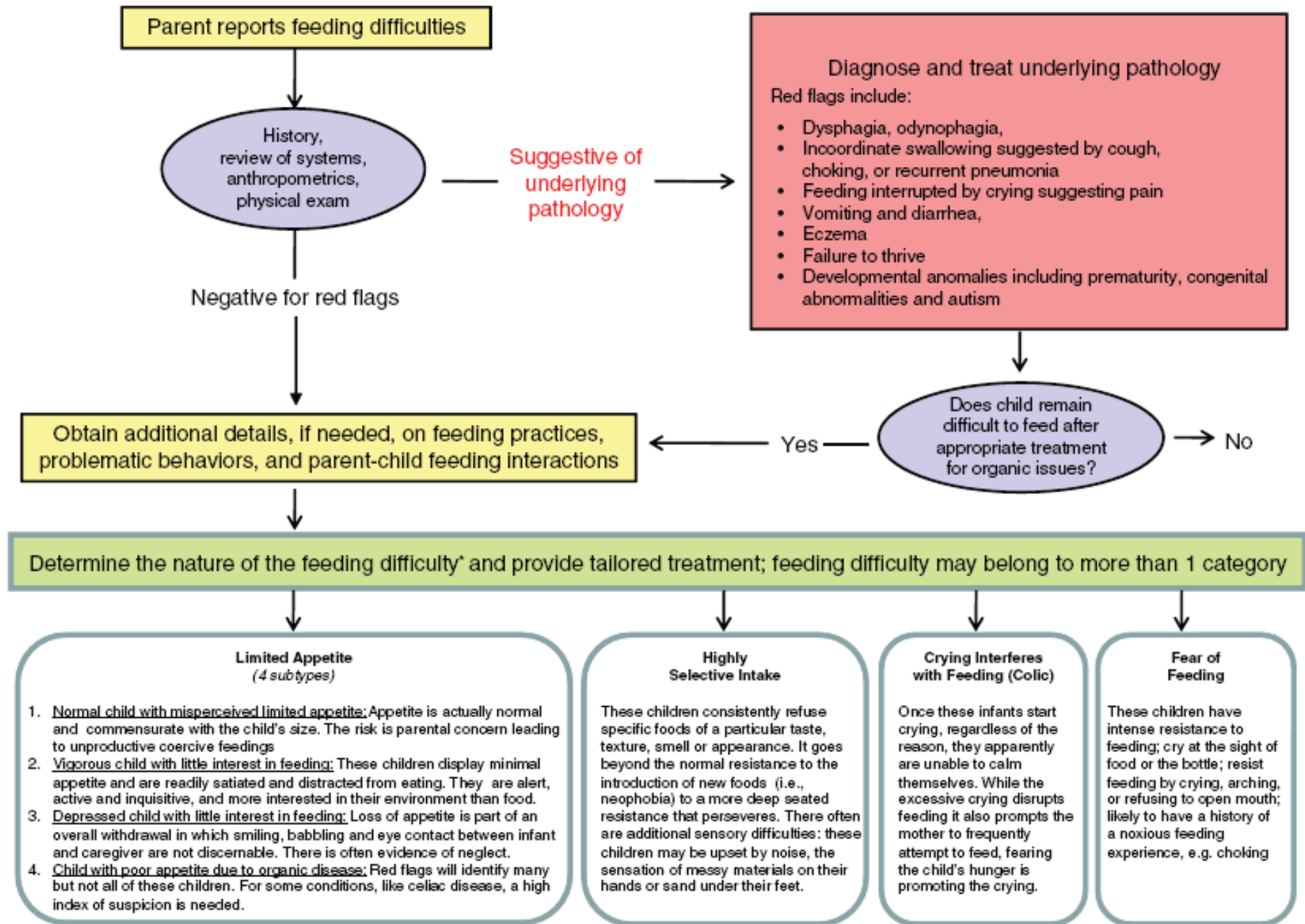
Anorexia, fever, weight loss, aphthous ulcer, vomiting, diarrhea

*Illnesses*

***FTT***

*Developmental anomalies – prematurity,*

*congenital abnormalities, autism*



**Kerzner B. Clin Pediatr. 2009;48:960-965.**

## Limited Appetite (4 subtypes)

1. Normal child with misperceived limited appetite: Appetite is actually normal and commensurate with the child's size. The risk is parental concern leading to unproductive coercive feedings
2. Vigorous child with little interest in feeding: These children display minimal appetite and are readily satiated and distracted from eating. They are alert, active and inquisitive, and more interested in their environment than food.
3. Depressed child with little interest in feeding: Loss of appetite is part of an overall withdrawal in which smiling, babbling and eye contact between infant and caregiver are not discernable. There is often evidence of neglect.
4. Child with poor appetite due to organic disease: Red flags will identify many but not all of these children. For some conditions, like celiac disease, a high index of suspicion is needed.



Parental concern about feeding

***“My child is not gaining enough weight”***

Obtain additional details on feeding practices

Weight, height → growth curve → ***normal,***  
***mid-parental height***

***Educate about appropriate expectations for  
feeding, growth, nutrition***

**Promote healthy eating habits**  
**Feeding principles**



***Underfeeding* + milder form of weight loss → evaluation**  
**Infections-** sick, fever, irritable, sore mouth, anorexia

**Observe- parent-child interaction**  
**2 days nutrition diary**

**Clear explanation of the effect of illness on appetite & temporary weight loss**



**If parent's fear of malnutrition or impaired growth & dev**  
**→ forceful feeding → nutritional supplement**

**FTT : cross > 2 major percentile, <-2 SD**

***“My baby is spitting up all the time.”***

**spitting up ( regurgitation )- common during infancy**

**No projectile vomiting & poor weight gain**

## **Gastroesophageal reflux**

**(transient lower esophageal relaxation, common maturational process )**

**Occurs at least once dairy in**

**50% < 3 mo**

**67% 4 mo**

**20% 6 mo**

**<5% 12 mo**

**Spitting every meal + irritable**

**Normal growth & PE → GER**



## **Treatment:** show diagram

**Meal modification: Smaller, more frequent feeds,**

**Proper positioning :upright positioning**

**Thickening a formula with rice cereal**

**Medications, surgery**

**formula change → not indicated , unless allergic Hx**

**Severe → esophagitis, “ heartburn”**

**dramatic arching of trunk & neck**





***“My baby is spitting up all the time”***

## **Aerophagia**



## **Over feeding :**

**weight > 1 oz/day**

**Milk > 35 oz/day**

***“My baby is so fussy.  
The formula isn’t satisfying him.”***



*“I know she’s growing, you ’ve shown me her growth chart. But she only eats a few preferred foods and refuses most of the food we serve. It’s very frustrating.”*

## **Food fussiness**

**Picky eating** ( limited food preference)

- developmental expectation
- parent-child interaction





No parent has ever won “ a battle ” over food intake or preferences.

By encourage choice in the diet,  
parents promote autonomy,  
mastery and self esteem.

Keeping health food in the home  
for meal & snack.

- eat with other family member
- eat with friends

no TV  
no forcing



**Promote healthy eating**



# Feeding principles

## 1. Maintain appropriate boundaries

*parent* decides *where, when, & what* the child eats

*child* decides *how much* is eaten

## 2. Avoid distraction

free of noise & distraction

use high chair

sit at the table

may offer a toy to get the child settled → removed once the meal starts

## 3. Feed to encourage appetite

allow 3-4 hours intervals between meals

avoid snack, juice, milk ( only water for thirst)

time the meal to coincide with parent's meal ( 3 meals+ 1snack )

# Feeding principles

## **4. Maintain neutral attitude**

not get overly excited or animated  
never angry

## **5. Limit duration**

eating begin within 15 minutes of the start of the meal  
< 30-35 minutes  
not become a short-order cook

## **6. Serve age-appropriate food**

## **7. Systematically introduce new food**

offer repetitively 10-15 times  
reward with praise or stickers  
not use food as reward

# Feeding principles

**8. Encourage independent feeding**

**9. Tolerate age- appropriate mess**

**use a bib, sheet**

**not irritate the child by wiping the mouth each mouthful**

***“My child will always choose  
junk foods over good foods”***

**Food preference is a learned behavior.  
Food advertising**

**Educate parents  
Role model  
No TV**





## Limited Appetite (4 subtypes)

1. Normal child with misperceived limited appetite: Appetite is actually normal and commensurate with the child's size. The risk is parental concern leading to unproductive coercive feedings
2. Vigorous child with little interest in feeding: These children display minimal appetite and are readily satiated and distracted from eating. They are alert, active and inquisitive, and more interested in their environment than food.
3. Depressed child with little interest in feeding: Loss of appetite is part of an overall withdrawal in which smiling, babbling and eye contact between infant and caregiver are not discernable. There is often evidence of neglect.
4. Child with poor appetite due to organic disease: Red flags will identify many but not all of these children. For some conditions, like celiac disease, a high index of suspicion is needed.

# Vigorous child with little interest in feeding

**Child-** alert, active, inquisitive,  
more interest in environment than food

**Parent-** anxious & encourage “ grazing ”  
further inhibits appetite  
coercive with feeding → power struggle

**Minimal appetite**  
**Readily satiated**  
**Easily distracted from eating**  
→ ***Infantile anorexia***



## **Treatment – increase appetite by promoting hunger**

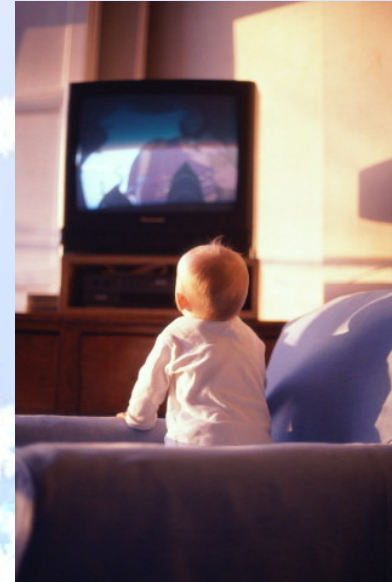
- Ensure 3 meals & afternoon snack**
- Begin eating within 15 minutes of presenting food, meal should end 20 minutes later**
- Not start or finish within that time→ remove meal**
- Do not be tempted to encourage “grazing” or offer juices ; allow only water between meals**

**Minimize distractions during feeding**

**Time-out to discourage disruptive behavior**

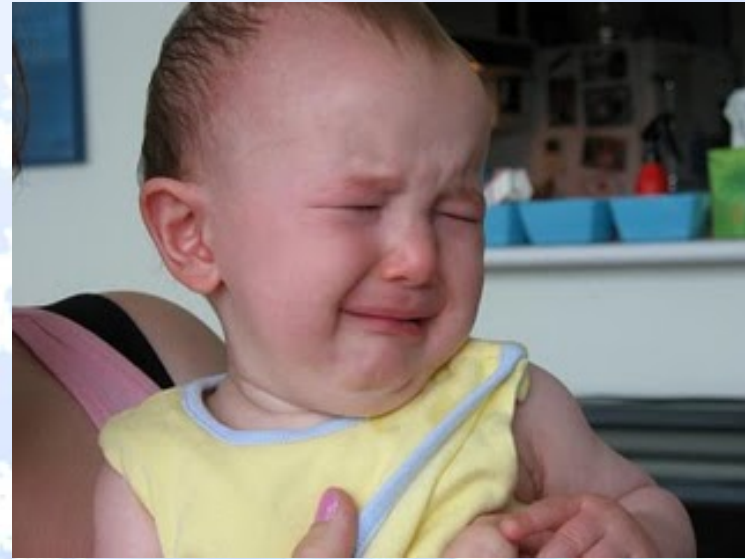
**Select high-calorie food,  
nutritional balanced, 30-calories-per-ounce supplement  
Cyproheptadine +--**

***Parents & family members are in agreement & mutually support  
Consistent***



# Depressed child with little interest in feeding

flat affect,  
show little interest in eating  
withdrawn, loss appetite



***“disorder of reciprocity”***  
break-down in the communication  
between mother & child  
Neglected



## Depressed child with little interest in feeding

### ***Treatment:***

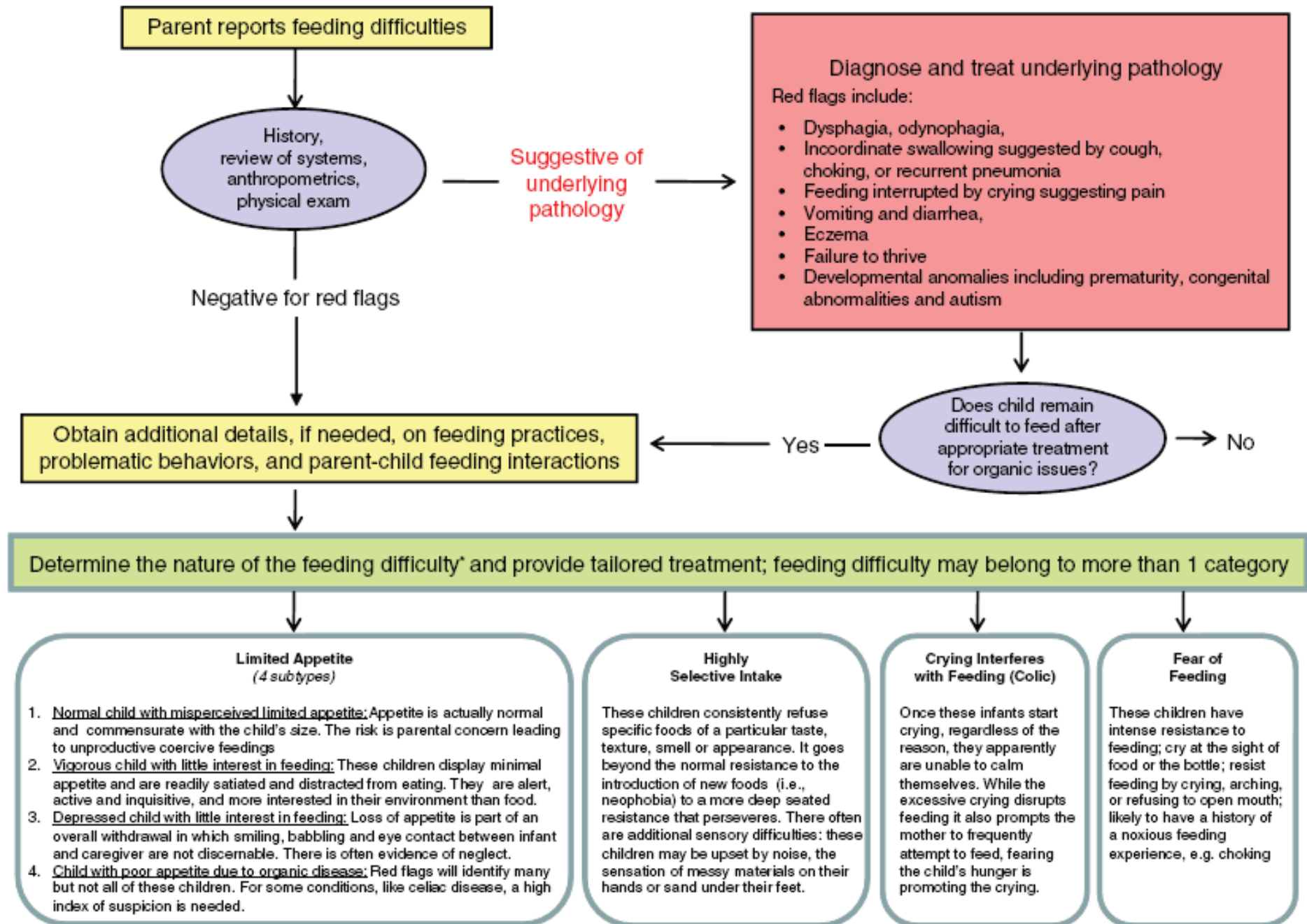
- response positively to an enthusiastic & experienced feeder
- admission →to induce a positive feeding environment



# Child with poor appetite due to organic disease

Treat any underlying pathology







## **Highly Selective Intake**

**These children consistently refuse specific foods of a particular taste, texture, smell or appearance. It goes beyond the normal resistance to the introduction of new foods (i.e., neophobia) to a more deep seated resistance that perseveres. There often are additional sensory difficulties: these children may be upset by noise, the sensation of messy materials on their hands or sand under their feet.**



**Highly selective eating** → limit essential nutrients

– vitamins. Iron, zinc

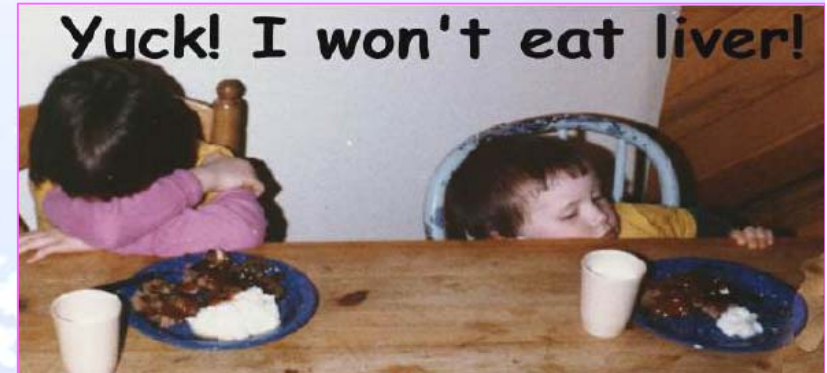
May lack some developmentally acquired feeding skills

Difficulty socially

***“ sensory food aversions ”***



**Treatment:**  
***systematic introduction of  
new food items, one at a time***



- Serve minimal quantities**
- Expose repeatedly (10-15 times)**
- Leave food within reach without offering it (in control)**
- Parent model eating with pleasure,  
not offer food until he expresses interest**
- Mix very small amounts of new food with accepted food  
& gradual shift the ratio**
- If gagging or vomiting → withdraw the food  
& try something more resemble a preferred food**
- Remain neutral & relaxed about his intake**

# **Excessive or irrational fear of feeding** ***“ Post traumatic feeding disorder”***

**Hx of noxious oral experiences**

**Treatment:**

**Desensitize → feed when half asleep & relaxed**

**Not threatening**



# Feeding difficulties in disabled children

1/3

The *direct effect of impairment* on feeding

- Oral motor impairment- muscle spasticity or hypotonia
  - delayed maturation of skill
  - retention of primitive reflexes
- Anatomical abnormality
- Medical & psychological dysfunction

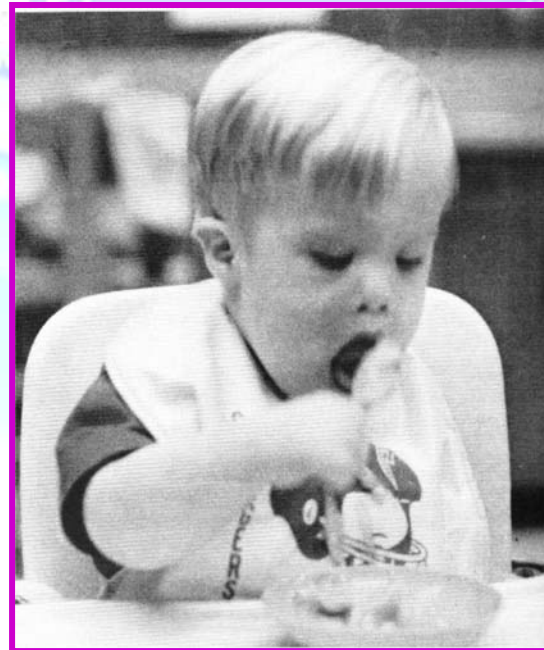
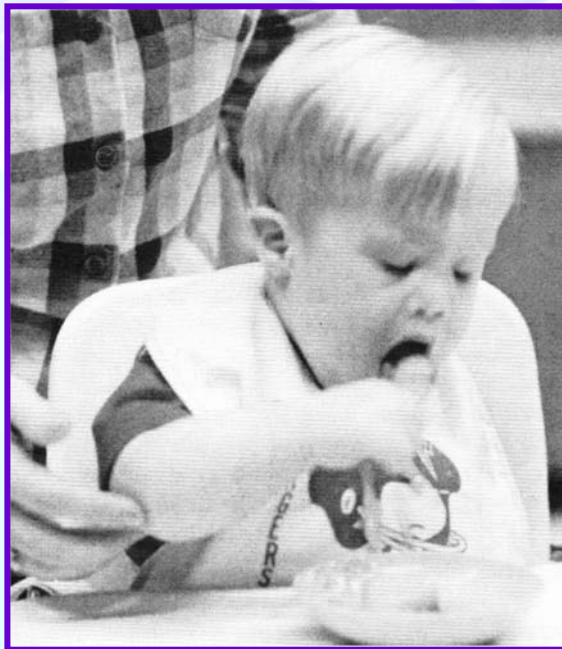
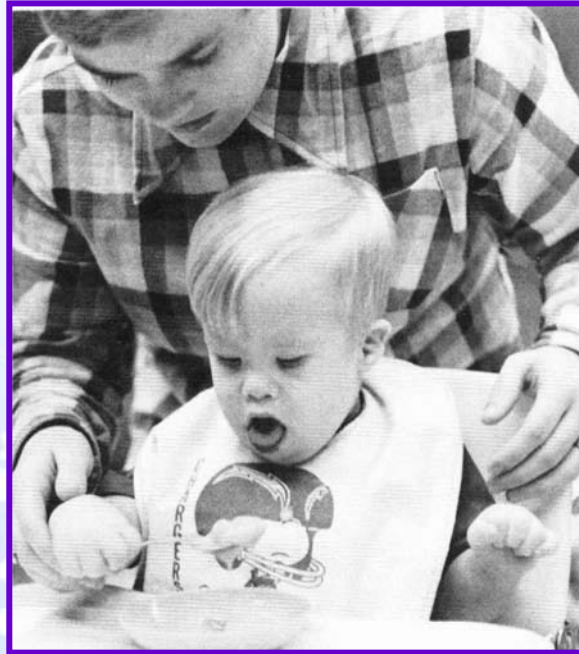
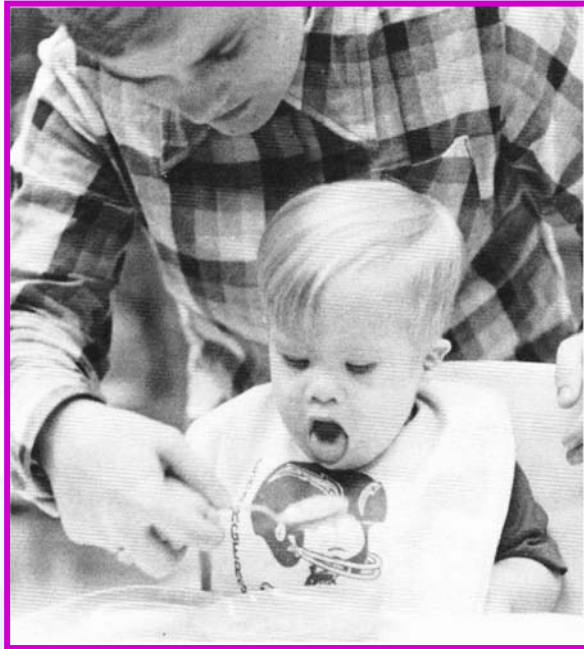




# Hypotonia & delayed maturation of feeding skill

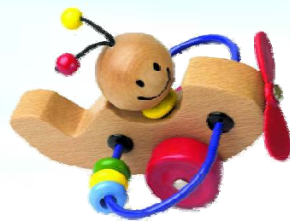
May improve with time & feeding experience







## Prader Willi





**The child's fine motor & adaptive  
→ choice of utensils & level of independence at meal time**

**Effective caregiver-child communication during mealtime is crucial.**





# Co-existing medical condition

## **CHD - gut dysmotility**

- increased energy requirement
- early fatigability

**Chronic lung disease – raised work of feeding & increased oxygen requirement**

**Cleft lip & palate - cannot develop sufficient negative intra-oral pressure to suck well**  
**- may have oral hypersensitivity & GER**

**Medication – anticonvulsant**  
**Infection**



# The indirect effects of disability on feeding & attitude to meal times

**Social function – reluctant to eat out  
( eat slowly, messy, vomit, drool)**

**Behavioral problems – poor attention& concentration  
- frustration, chronic high stress**



# Pica: eat non-food substances

**< 2 years**

**Normal hand- to- mouth exploratory behavior**

**>2 yr, toxic substance**

**MR , Autistic, Psychological problem,  
sensory impaired , lack of stimulation**





IMFeD  
for children



---

Identification and management  
of feeding difficulties





# Procedures

<b>Acknowledge</b> <b>รับฟังปัญหา</b>	<b>Investigate</b> <b>หาสาเหตุของปัญหา</b>	<b>Identify</b> <b>ระบุชนิดของภาวะการกินลำบาก</b>	<b>Manage</b> <b>การรักษา</b>
<p>การรับฟัง ผู้เลี้ยงดูรายงานว่าเด็กกินยากและบิดามารดาเองมีความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของเด็ก</p>	<p>หาสาเหตุของปัญหาและมองหาโรคทางกาย ถ้ามี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการกิน โดยการซักประวัติ การซักประวัติทุกระบบ การตรวจร่างกายและ การประเมินการเจริญเติบโต (anthropometrics)</li> <li>หาความเป็นไปได้ของพยาธิสภาพที่ซ่อนอยู่เมื่อพบสัญญาณเตือน (red flag)*</li> <li>พยายามมองหาถ้าสงสัยหรือมีร่องรอยของโรคที่มีอาการและอาการแสดงน้อย เช่น Celiac disease และ ภูมิแพ้ทางลำไส้ (allergic enteropathy)</li> <li>หาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานอาหารของเด็กและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและเด็กระหว่างมื้ออาหาร</li> </ul> <p>* ถ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาดู “ตัวอย่างของสัญญาณเตือนซึ่งทำให้เกิดถึงโรคทางกายที่ซ่อนอยู่”</p>	<p>ระบุชนิดของภาวะการกินลำบากเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ความอยากอาหารน้อย</li> <li>ภาวะที่เด็กเสี่ยงไม่รับประทานอาหารบางชนิด เนื่องจากปัญหาด้านประสาทสัมผัส</li> <li>ปัญหาโรคทางกาย</li> <li>เด็กกลัวที่จะกิน</li> <li>เด็กถูกทอดทิ้ง</li> <li>ภาวะที่บิดามารดาที่มีความกังวล กรุณาดูใน “คำอธิบายภาวะการกินลำบากที่พบบ่อย” สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของภาวะการกินลำบาก เด็กบางคนอาจมีภาวะการกินลำบากมากกว่าหนึ่งชนิด</li> </ul>	<p>การรักษาในเด็กแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของเด็กและความต้องการของผู้เลี้ยงดูตามชนิดของภาวะการกินลำบาก สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาดูใน “การรักษาภาวะการกินลำบากตามลักษณะของเด็ก”</p>

# Questionnaire 1/2

Questionnaire (1/2)

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อเล่นลูก (ค.ร./ค.ญ.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_  
w/w255ป

น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ถ้าท่านเป็นห่วงว่าบุตรของท่านรับประทานอาหารได้ยาก  
เลือกรับประทานอาหารหรือต่อต้านการรับประทานอาหาร  
กรุณากรอกแบบสอบถามนี้เพื่อรับคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ของท่าน

1. บุตรของท่านยังมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้าใช่ กรุณากรอกเครื่องหมาย

ลงในกล่องหน้าข้อความ (สามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งช่อง)

- |  |   |
|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> กลืนลำบากหรือกินแล้วเจ็บ                   | h. <input type="checkbox"/> มีผื่นขึ้น            |
| b. <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด/น้ำหนักไม่ขึ้น/เลี้ยงไม่โต/ผอมลง | i. <input type="checkbox"/> มีอาการหอบ            |
| c. <input type="checkbox"/> อาเจียน                                    | มีเสียงรืดระหว่างหายใจ                            |
| d. <input type="checkbox"/> ท้องเสีย                                   | j. <input type="checkbox"/> แพ้อาหารหรือไม่สามารถ |
| e. <input type="checkbox"/> ท้องผูก                                    | รับประทานอาหารบางอย่างได้                         |
| f. <input type="checkbox"/> ปวดท้อง                                    | (โปรตีนชนิดของอาหาร)                              |
| g. <input type="checkbox"/> ลมพิษ                                      | _____   |

2. กรุณากรอกเครื่องหมาย  ในกล่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความ  
ที่อธิบายบุตรของท่านอย่างใกล้เคียงที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น

- บุตรของท่าน
- มักเริ่มกินอาหารอย่างกระตือรือร้นในช่วงแรกจากนั้นเริ่มแสดงความกังวล, ความหงุดหงิด อย่างมากระหว่างรับประทานอาหารและปฏิเสธที่จะกินอาหารต่อ
- บุตรของท่าน
- มักปฏิเสธอาหารหลายชนิดเนื่องจากกลิ่น รสชาติ ลักษณะหรือเนื้อของอาหาร
  - กินอาหารเพียงไม่กี่ชนิด
  - ปฏิเสธอาหารถ้าไม่ได้เตรียมพิเศษหรือไม่ได้มาจากร้านที่เฉพาะเจาะจง
  - ไม่ชอบลองอาหารชนิดใหม่ๆ

- บุตรของท่าน
- แสดงความหิวและสนใจอาหารทั้งที่ตามปกติแล้วมักมีความอยากอาหารไม่มากนัก
- บุตรของท่าน
- ดูเหมือนไม่สนใจอาหารและไม่แสดงความหิว
  - มักสนใจเรื่องเล่นหรือบุคคลอื่นมากกว่าการกิน
  - มักจะกินอาหารเพียงไม่กี่คำและปฏิเสธที่จะกินต่อ
  - มักจะพยายามลุกจากเก้าอี้สูงสำหรับบิอนอาหารเด็ก หรือโต๊ะอาหารในระหว่างมือ
- บุตรของท่าน
- มีอาการซึมเศร้า คุซึมเศร้า เคยเมเย
  - มีความอยากอาหารน้อยจนถึงไม่อยากอาหาร ไม่หิว
  - แสดงความสนใจในการรับประทานอาหารน้อย
  - ไม่ยิ้มหรือส่งเสียงอ้อแอ้ พูดคุยน้อยกว่าที่ควร
- บุตรของท่าน
- ดูเหมือนจะกลัวและต่อต้านต่อการรับประทานอาหาร และ/หรือดื่มจากขวดหรือถ้วยอย่างรุนแรง
  - แสดงความกลัวเมื่อถูกจัดอยู่ในท่าเพื่อเตรียมรับประทานอาหารหรือเห็นอุปกรณ์การรับประทานอาหารหรืออาหาร

# Questionnaire 2/2

Questionnaire (2/2)

ข้อมูลในกรอบนี้สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

## 3. โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติม

- ส่วนสูงของมารดาของเด็ก \_\_\_\_\_
- ส่วนสูงของบิดาของเด็ก \_\_\_\_\_
- เด็กคลอดก่อนกำหนดหรือไม่  
 ใช่  ไม่ใช่
- คุณพ่อหรือคุณแม่เคยมีประวัติเจ็บไตหรือเข้าวัยรุนช้ากว่าวัยหรือไม่  
 เคย  ไม่เคยมีประวัติ

## 4. บุตรของท่านกินสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

- ผลไม้  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด \_\_\_\_\_
- ผัก  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด \_\_\_\_\_
- เนื้อสัตว์หรือตัว  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด \_\_\_\_\_
- นมและผลิตภัณฑ์ของนม เช่น โยเกิร์ต, ชีส  
 ไม่กิน  กิน ระบุชนิด \_\_\_\_\_
- ธัญพืช  
 ไม่กิน  กิน ระบุชนิด \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

น้ำหนักของเด็ก \_\_\_\_\_ กก.

เปอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ \_\_\_\_\_  
(Weight-for-Age Percentile)

ส่วนสูงของเด็ก \_\_\_\_\_ ซม.

เปอร์เซ็นต์ไทล์ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ \_\_\_\_\_  
(Height-for-Age Percentile)

น้ำหนักที่เหมาะสมกับความสูง (Weight-for-Height Percentile) \_\_\_\_\_

ความสูงที่คิดว่าจะเป็นเมื่อเด็กอายุ 20 ปีถ้าเด็กยังคงเติบโตตาม  
เปอร์เซ็นต์ไทล์เดิมของส่วนสูงตามอายุ \_\_\_\_\_ ซม.

การคำนวณความสูงกึ่งกลางของพ่อแม่

เด็กชาย:  $\frac{(\text{ความสูงของพ่อ} + \text{ความสูงของแม่} + 13)}{2} =$  \_\_\_\_\_ ซม.

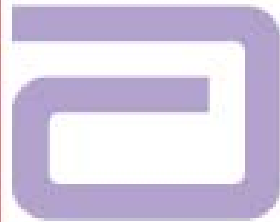
เด็กหญิง:  $\frac{(\text{ความสูงของพ่อ} + \text{ความสูงของแม่} - 13)}{2} =$  \_\_\_\_\_ ซม.

ความแตกต่างของส่วนสูงที่คาดเดาเทียบกับความสูงกึ่งกลาง  
ของพ่อแม่ที่คำนวณได้ มีความแตกต่าง > 5 ซม. หรือไม่

- มีความแตกต่าง  ไม่มีความแตกต่าง



# Flipchart



## Identification and Management of Feeding Difficulties for Children



# Flipchart

กลุ่มอาการแสดงแบบสองด้านประนีประนอมพฤติกรรมของเด็กที่นี่

- a. กลืนลำบากหรือกลืนแล้วเจ็บ
- b. น้ำหนักลด
- c. อาเจียน
- d. ท้องเสีย
- e. ท้องผูก
- f. ปวดท้อง
- g. ลมพิษ

- h. มีผื่นขึ้น
- i. มีอาการหอบ มีเสียงวี๊ดระหว่างหายใจ
- j. แพ้อาหารหรือไม่สามารถรับประทานอาหารบางอย่างได้ (เจาะจงชนิดของอาหาร)

แนะนำปัญหา [Organic Disease] ความเจ็บปวดหรือแน่นอึดอัดขณะกิน ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก ปัญหาโรคทางกายหรือพยาธิสภาพที่มีอยู่ รวมทั้งท้องผูก แพ้อาหาร และกรดไหลย้อน

แนะนำปัญหา [Highly selective Intake] เลือกกินอย่างมาก (รวมทั้งการรับรู้ต่อรสชาติ กลิ่นรูปร่างของอาหารที่ไวเกินไป) เด็กมักมีการเจริญเติบโตปกติแต่มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารบางอย่างเพื่อยืนยันการวินิจฉัยควรถามข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

- เด็กควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่หรือไม่ (ให้ดูจากแบบสอบถามด้านหลัง)
- มีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ไวเกินหรือไม่ (เช่น ไม่ชอบเสียงดัง, หงุดหงิดเมื่อมือเปื้อน, หรือเศษหูกัดได้เท่า)
- ถ้ามีความอยากอาหารน้อยหรือการเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ ให้ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

แนะนำปัญหา [Parental Misperception] พ่อแม่ที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความต้องการโภชนาการของเด็ก เด็กอาจมีความอยากอาหารน้อย เพราะเป็นเด็กตัวเล็กตามพันธุกรรมซึ่งยืนยันการวินิจฉัยโดยหาข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

- การเจริญเติบโตของเด็ก เป็นไปตามพันธุกรรมของพ่อแม่หรือไม่ (คำนวณจากความสูงกึ่งกลางของพ่อแม่)
- ทบทวนอาหารของเด็กว่าเหมาะสมหรือไม่ (ดูแบบสอบถามด้านหลัง)
- เด็กดูมีสุขภาพแข็งแรงกระฉับกระเฉงหรือไม่
- ถ้าเด็กมีการเจริญเติบโต โภชนาการ และทำกิจกรรมได้ตามปกติให้นึกถึงว่า พ่อแม่กังวลเกินกว่าเหตุ

แนะนำปัญหา [Fundamentally Vigorous] ความอยากอาหารน้อยในเด็กที่ชนเคลือบไวอย่างมากบางครั้งเรียกว่า อาการเบื่ออาหาร (Infantile Anorexia) เด็กมักไม่แสดงความหิว อิ่มง่าย และถูกเบนความสนใจจากการกินอาหารได้ง่าย เด็กจะดูตื่นตัว กระฉับกระเฉง อยากรู้อยากเห็น และสนใจในการเล่น และมีการปฏิสัมพันธ์กับคนได้มากกว่าสนใจการกินอาหาร การกินอาหารไม่เพียงพอ อาจทำให้น้ำหนักลดลงได้ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยควรถามข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

- เด็กดูอยากรู้อยากเห็น กระฉับกระเฉง ชนหรือไม่
- มีการเจริญเติบโตปกติหรือไม่ (ให้ดูเปอร์เซ็นต์ไทล์บนกราฟการเจริญเติบโตว่าเป็นไปตามแนวเดิมหรือไม่ และ เหมาะสมกับความสูงของพ่อแม่หรือไม่)
- ทบทวนอาหารที่เด็กกินว่าเป็นอย่างไร (ดูด้านหลังแบบสอบถาม)
- ถ้าพบว่าเด็กปฏิเสธอาหาร เพราะอาหารมีกลิ่นรส หรือสัมผัสบางอย่างให้หาข้อมูลเพิ่มเติมว่า เด็กเลือกกินอย่างมากหรือไม่ต่อไป

แนะนำปัญหา [Apathetic and Withdrawn] ความอยากอาหารน้อย (เบื่ออาหาร) ในเด็กที่ดูเฉื่อยเมย ซึมเศร้า การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู จะทำให้เด็กกินอาหารได้ไม่พอ และเลี้ยงไม่โต เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ควรถามข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

- เด็กดูหงุดหงิด หรือเฉื่อยเมย ไม่สนใจเล่นหรือไม่
- เด็กมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติหรือไม่ (ให้ดูเปอร์เซ็นต์ไทล์บนกราฟการเจริญเติบโตว่าลดลง) และเหมาะสมกับความสูงที่คาดเดาจากความสูงของพ่อแม่ หรือไม่)
- มีร่องรอยทางร่างกายที่แสดงถึงการปล่อยปละละเลยหรือการกระทำทารุณกรรมในเด็กหรือไม่ (เช่น ผมหงอกหลังร่วง หรือสูชชอนามัยไม่ดี)

แนะนำปัญหา [Fear of Feeding] เด็กกลัวที่จะกิน ซึ่งรวมถึงเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือจากการให้อาหารในอดีต (Post Traumatic Feeding Disorder) เด็กต่อต้านการป้อนอาหารโดย ร้องไห้ แอ้งตัว หรือไม่ยอมอ้าปาก การเริ่มปฏิเสธอาหาร อาจเป็นพื้นที่หลังเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง หรือเกิดตามหลังการบาดเจ็บซ้ำๆ ต่อช่องปาก หรือทางเดินอาหารในรายที่เป็นรุนแรง เด็กอาจขาดน้ำ ขาดอาหารและเลี้ยงไม่โต ในเด็กที่ต่อต้านอาหารอย่างรุนแรง เช่นเด็กที่จำเป็นต้องป้อนอาหารทางสายยาง ต้องส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการให้อาหารเด็ก ในการยืนยันการวินิจฉัย ควรถามข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

- เด็กเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือบาดเจ็บจากการให้อาหารทางปากหรือไม่ (เช่น ล้าล้า ขยอ้น อาเจียน ถูกบังคับให้กิน มีกรดไหลย้อน ต้องให้อาหารทางสายยาง)
- เด็กเลี้ยงไม่โต น้ำหนักลด หรือมีการลดลงของเปอร์เซ็นต์ไทล์หรือไม่ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูงเหมาะสมหรือไม่
- ใน 1-3 วันที่ผ่านมา เด็กกินอาหารอะไรบ้าง ปริมาณเท่าไร

# Questionnaire 1/2

Questionnaire (1/2)

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ชื่อเล่นลูก (ค.บ./ค.ญ.) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_  
ร/พ/255ป  
น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ถ้าท่านเป็นห่วงว่าบุตรของท่านรับประทานอาหารได้ยาก  
เลือกรับประทานอาหารหรือต่อต้านการรับประทานอาหาร  
กรุณากรอกแบบสอบถามนี้เพื่อรับคำปรึกษาจากกุมารแพทย์ของท่าน

1. บุตรของท่านยังมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้า)ใช่ กรุณากรอกเครื่องหมาย

ลงในกล่องหน้าข้อความ (สามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งช่อง)

- |  |   |
|--|---|
| a. <input type="checkbox"/> กลืนลำบากหรือกลืนแล้วเจ็บ                  | h. <input type="checkbox"/> มีผื่นขึ้น            |
| b. <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด/น้ำหนักไม่ขึ้น/เลี้ยงไม่โต/ผอมลง | i. <input type="checkbox"/> มีอาการหอบ            |
| c. <input type="checkbox"/> อาเจียน                                    | มีเสียงวีระระหว่างหายใจ                           |
| d. <input type="checkbox"/> ท้องเสีย                                   | j. <input type="checkbox"/> แพ้อาหารหรือไม่สามารถ |
| e. <input type="checkbox"/> ท้องผูก                                    | รับประทานอาหารบางอย่างได้                         |
| f. <input type="checkbox"/> ปวดท้อง                                    | (โปรตีนชนิดของอาหาร)                              |
| g. <input type="checkbox"/> ลมพิษ                                      | _____   |

2. กรุณากรอกเครื่องหมาย  ในกล่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความ  
ที่อธิบายบุตรของท่านอย่างใกล้เคียงที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น

บุตรของท่าน

- มักเริ่มกินอาหารอย่างกระตือรือร้นในช่วงแรกจากนั้นเริ่มแสดงความกังวล, ความหงุดหงิด อย่างมากระหว่างรับประทานอาหารและปฏิเสธที่จะกินอาหารต่อ

บุตรของท่าน

- มักปฏิเสธอาหารหลายชนิดเนื่องจากกลิ่น รสชาติ ลักษณะหรือเนื้อของอาหาร
- กินอาหารเพียงไม่กี่ชนิด
- ปฏิเสธอาหารถ้าไม่ได้เตรียมพิเศษหรือไม่ได้จากร้านที่เฉพาะเจาะจง
- ไม่ชอบลองอาหารชนิดใหม่ๆ

บุตรของท่าน

- แสดงความหิวและสนใจอาหารทั้งที่ตามปกติแล้วมักมีความอยากอาหารไม่มากนัก

บุตรของท่าน

- ดูเหมือนไม่สนใจอาหารและมักไม่แสดงความหิว
- มักสนใจเรื่องเล่นหรือบุคคลอื่นมากกว่าการกิน
- มักจะกินอาหารเพียงไม่กี่คำและปฏิเสธที่จะกินต่อ
- มักจะพยายามลุกจากเก้าอี้สูงสำหรับบิอนอาหารเด็กหรือโต๊ะอาหารในระหว่างมื้อ

บุตรของท่าน

- มีอาการซึมเศร้า คุซิมเศร้า เอยเมย
- มีความอยากอาหารน้อยจนถึงไม่อยากอาหาร ไม่หิว
- แสดงความสนใจในการรับประทานอาหารน้อย
- ไม่ยิ้มหรือส่งเสียงอ้อแอ้ พูดคุยน้อยกว่าที่ควร

บุตรของท่าน

- ดูเหมือนจะกลัวและต่อต้านต่อการรับประทานอาหารและ/หรือดื่มจากขวดหรือถ้วยอย่างรุนแรง
- แสดงความกลัวเมื่อถูกจัดอยู่ในท่าเพื่อเตรียมรับประทานอาหารหรือเห็นอุปกรณ์การรับประทานอาหาร

# Questionnaire 2/2

Questionnaire (2/2)

ข้อมูลในกอบนี้-สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

### 3. โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติม

- ส่วนสูงของมารดาของเด็ก 158 cm
- ส่วนสูงของบิดาของเด็ก 170 cm
- เด็กคลอดก่อนกำหนดหรือไม่  
 ใช่  ไม่ใช่
- คุณพ่อหรือคุณแม่เคยมีประวัติเคี้ยวหรือเข้าวัยรุ่นช้ากว่าวัยหรือไม่  
 เคย  ไม่เคยมีประวัติ

### 4. บุตรของท่านกินสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

- ปลา  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด ก๊วย
- ผัก  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด ผักใบเขียว
- เนื้อสัตว์หรือไข่  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด ปลา
- นมและผลิตภัณฑ์ของนม เช่น โยเกิร์ต, ชีส  
 ไม่กิน  กิน ระบุชนิด นมเปรี้ยว
- ไข่  ไม่กิน  กิน ระบุชนิด ไข่

วันที่ \_\_\_\_\_

น้ำหนักของเด็ก \_\_\_\_\_ กก.

เปอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ \_\_\_\_\_  
(Weight-for-Age Percentile)

ส่วนสูงของเด็ก \_\_\_\_\_ ซม.

เปอร์เซ็นต์ไทล์ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ \_\_\_\_\_  
(Height-for-Age Percentile)

น้ำหนักที่เหมาะสมกับความสูง (Weight-for-Height Percentile) \_\_\_\_\_

ความสูงที่คิดว่าจะเป็นเมื่อเด็กอายุ 20 ปี ถ้าเด็กยังคงเติบโตตาม  
เปอร์เซ็นต์ไทล์เดิมของส่วนสูงตามอายุ \_\_\_\_\_ ซม.

การคำนวณความสูงกึ่งกลางของพ่อแม่

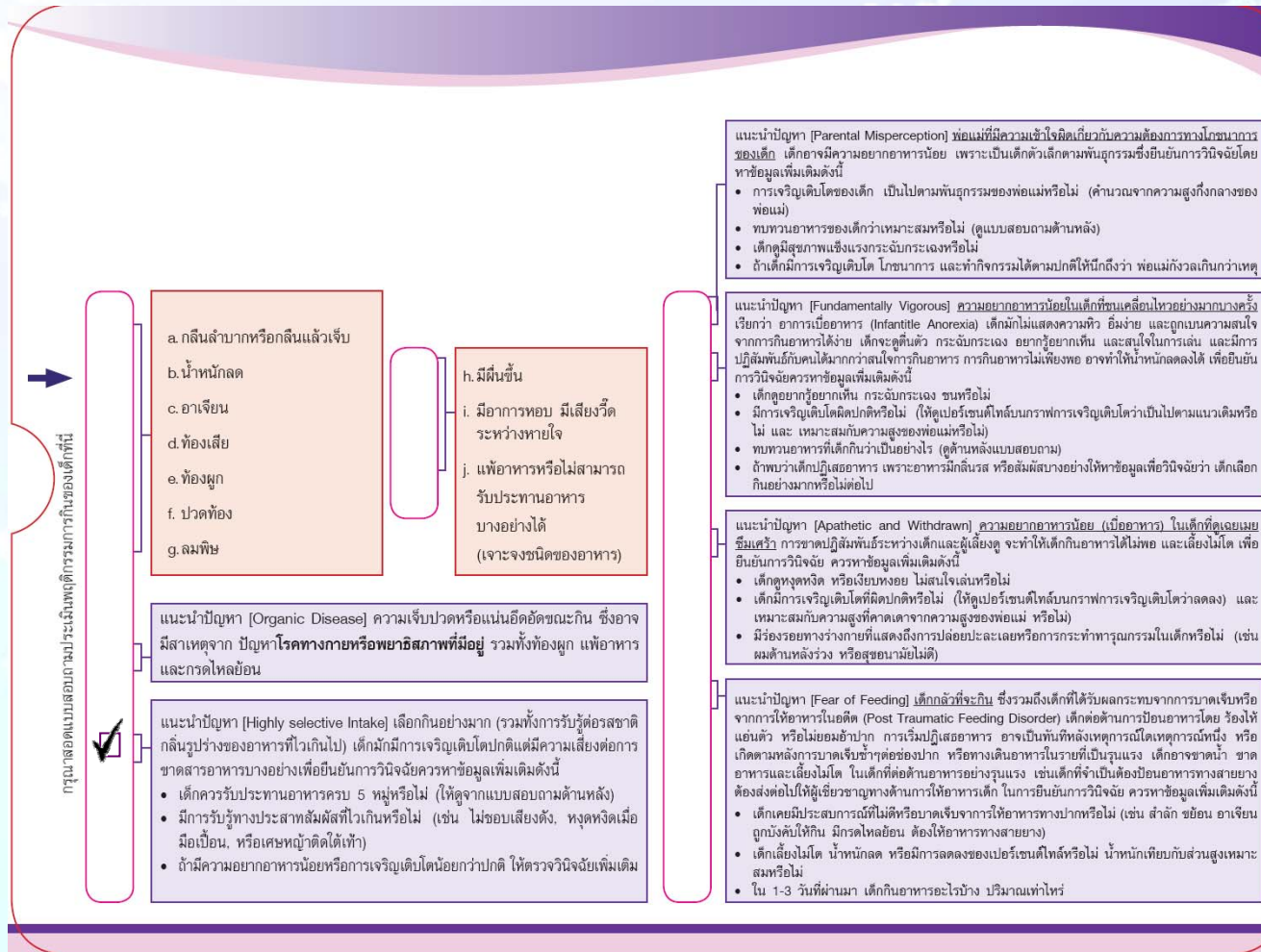
เด็กชาย:  $\frac{\text{ความสูงของพ่อ} + \text{ความสูงของแม่} + 13}{2} =$  \_\_\_\_\_ ซม.

เด็กหญิง:  $\frac{\text{ความสูงของพ่อ} + \text{ความสูงของแม่} - 13}{2} =$  \_\_\_\_\_ ซม.

ความแตกต่างของส่วนสูงที่คาดเดาเทียบกับความสูงกึ่งกลาง  
ของพ่อแม่ที่คำนวณได้ มีความแตกต่าง > 5 ซม. หรือไม่  
 มีความแตกต่าง  ไม่มีความแตกต่าง



# Flipchart



# Flipchart

## เด็กเลือกกินอย่างมาก เนื่องจากปัญหาด้านประสาทสัมผัส (Sensory Food Aversion)

- เด็กไม่ยอมกินอาหารบางชนิดที่มีรส กลิ่น ผิวสัมผัส หรือ ลักษณะเฉพาะบางอย่าง
- เด็กอาจแสดงความกังวลถ้าให้กินอาหารที่ไม่ชอบ
- บ่อยครั้งที่ประสาทสัมผัสทางด้านอื่นก็อาจมีปัญหาด้วย เช่น เด็กอาจไม่ชอบเสียงดัง หรือ ไม่ชอบเวลาที่เท้าสัมผัสกับ หน้าหรือทราย



Highly Selective Intake

# Brochure

1

## การดูแลเด็กที่มีความอยากอาหารน้อย

เด็กที่มีความอยากอาหารน้อย กระฉับกระเฉงตื่นตัว มีความคิดเป็นของตัวเอง สัตว์หรือสัตว์เลี้ยงอาจส่งผลให้เด็กไม่สนใจรับประทานอาหาร ผู้ปกครองควรกระตุ้นให้เด็กรู้สึกหิวและสร้างความพึงพอใจเพื่อทำให้เด็กมีใจรับรับประทานอาหาร

### การรับพฤติกรรมมารวมกัน

- จัดและปรับตารางมื้ออาหารเพื่อกระตุ้นความรู้สึกหิวและความอยากอาหาร
  - จัดมื้ออาหารเป็น 3 มื้อร่วมกับอาหารว่างในเวลากลาง โดยไม่อนุญาตให้เด็กกินระหว่างมื้อ ยกเว้นในบางโอกาส
  - ลดสิ่งรบกวนที่ดึงความสนใจของเด็กเช่น ทีวี เสียง หรือที่โทรศัพท์ ใช้ซีดี เก็บอาหารเมื่อหมดเวลาเพื่อลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ระหว่างมื้อ
  - ให้เด็กกินนมแม่อยู่ประมาณ 20-30 นาที โดยแต่ละมื้อไม่กินนานเกิน 30 นาที

### การให้โภชนาการเสริม

- เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตเหมาะสม อาจให้**อาหารเสริมโภชนาการที่มีพลังงานสูง**เพิ่มเติมจากอาหารปกติ



คำแนะนำเพิ่มเติม



2

## การดูแลเด็กที่เลือกรับประทานอาหารบางชนิดเนื่องจากประสาทสัมผัส (รู้สึก) ivo

เด็กบางคนมีประสาทสัมผัสต่อสิ่งกระตุ้นไวกว่าเด็กทั่วไป ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารบางชนิด ผู้ปกครองควรสังเกตและทำความเข้าใจโดยอย่าบังคับหรือขู่ให้เด็กกิน แต่พยายามทำให้เด็กสนใจที่จะลองอาหารใหม่ๆ

### การรับพฤติกรรมมารวมกัน

- เริ่มด้วยอาหารที่เด็กชอบรับประทานได้ก่อน
- ต้องยอมรับว่าเด็กไม่ชอบอาหารนั้น พยายามให้เด็กลองกินแต่อย่างค่อยๆ
- ให้ผู้ปกครองรับประทานอาหารชนิดใหม่ด้วยตัวเองโดยไม่ใส่เด็กหรือไม่ให้อาหารในปากเด็ก ให้เด็กชิมเล็กน้อย โดยไม่ต้องแสดงว่าพอใจหรือไม่พอใจกับการที่เด็กจะชอบอาหารชนิดนั้นหรือไม่

### การให้โภชนาการเสริม

- แนะนำให้ให้อาหารเสริมโภชนาการที่มีวิตามินและแร่ธาตุ (ในกรณีที่ไม่ต้องการลดการขาดสารอาหาร) หรือ วิตามินและแร่ธาตุเสริม



คำแนะนำเพิ่มเติม



3

## การดูแลเด็กที่มีปัญหาโรคทางกาย

ปัญหาความผิดปกติหรือโรคทางกายซึ่งอาจซ่อนอยู่ อาจเป็นอุปสรรคต่อการกินของเด็ก สัญญาณเตือนที่สำคัญได้แก่ การกลืนอาหารแล้วเจ็บ, มีการไอหรือสำลักกระหว่างรับประทานอาหาร, สำรอก/อาเจียนและ/หรือความผิดปกติอื่นๆ

### การปรึกษาโรคทางกายที่ซ่อนอยู่

- การปรึกษาโรคทางกายจะมีปัญหาหรือการกินยากในเด็กบางคน
- สำหรับเด็กบางคนพบว่าพฤติกรรมที่กินยากได้คิดเป็นนิสัยและยังคงอยู่แม้ว่าโรคทางกายจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม
- อาจจำเป็นต้องให้ความสนใจและการกินยากบางชนิดเป็นพิเศษ (เช่น ความรู้สึกเจ็บใน หรือ เด็กที่สำลัก)



คำแนะนำเพิ่มเติม



4

## การดูแลเด็กกลัวที่จะกิน

ผู้ปกครองควรให้กำลังใจเด็ก และไม่บังคับให้เด็กกิน พยายามสังเกตหาชนิดของอาหาร, เวลา, สถานที่, และสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่เด็กไม่กล้า

### การรับพฤติกรรมมารวมกัน

- ไม่บังคับให้เด็กกิน
- ลดความรู้สึกกลัวของเด็ก โดยให้อาหารในช่วงที่เด็กรู้สึกผ่อนคลาย หรือเล่นเครื่องเล่น
- เปลี่ยนอาหารด้วยอุปกรณ์การกินชนิดอื่นแทนขวดนม เช่น ถ้วย หรือช้อน

### การให้โภชนาการเสริม

- เด็กที่กินได้อาหารอย่างรุนแรงต้องการอาหารเสริมโภชนาการเพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม

### การปรึกษาเพิ่มเติม

- ไปปรึกษาก่อนเด็กมีความรู้สึกไม่สบายหรือเจ็บปวด
- ในกรณีที่เด็กที่จำเป็นคือให้อาหารทางสายยาง การปรึกษาที่เหมาะสมรวมถึงการส่งต่อให้กับคุณผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาพฤติกรรมมารวมกัน



คำแนะนำเพิ่มเติม



5

## การดูแลเด็กเมื่ออาหาร ดูเฉยเมย ซึมเศร้า

- เด็กที่ถูกทอดทิ้งมักจะซ่อนเร้นคือปัญหาอาหารประเภทการมีและเอาใจใส่เด็ก
- อาจจำเป็นต้องทำการปรึกษาในโรงพยาบาลเพื่อร่วมสังเกตอาการที่ผิดปกติ

### สาเหตุของอาการถูกทอดทิ้ง

- หาปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว, พยาธิสภาพทางจิตของมารดา หรือผู้เลี้ยงดูและ ความผิดปกติทางระบบประสาทในเด็ก

### การปรึกษาเพิ่มเติม

- ไปปรึกษาก่อนเด็กมีความรู้สึกไม่สบายหรือเจ็บปวด
- ในกรณีที่เด็กที่จำเป็นคือให้อาหารทางสายยาง การปรึกษาที่เหมาะสมรวมถึงการส่งต่อให้กับคุณผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาพฤติกรรมมารวมกัน



คำแนะนำเพิ่มเติม



6

## การดูแลเด็กที่มีคามารามี่ความกังวล

ให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องการเจริญเติบโตและโภชนาการตามวัยของเด็ก และแนะนำวิธีปฏิบัติพื้นฐานของการกิน

### การให้โภชนาการเสริม

- แนะนำให้โภชนาการเสริมเพื่อลดความกังวลและลดการรับน้ำหนักอาหาร

### การปรึกษาเพิ่มเติม

- เข้ารับการปรึกษาร่วมกับเด็กกินเนื่องจากกลัวรสชาติของอาหารหรือจะมีปัญหาด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ควรแนะนำให้โภชนาการเสริม เพื่อลดความกังวลและลดการรับน้ำหนักอาหาร



คำแนะนำเพิ่มเติม



**Prevention is more  
important**



**ANTICIPATORY  
GUIDANCE**



**T  
H  
A  
N  
K  
Y  
O  
U**

