



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA EBEVEYNLİK STİLİNİN VE
EBEVEYN YEME ZAMANI DAVRANIŞININ ÇOCUĞUN YEME
DAVRANIŞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TUTKU BALCI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nihan Çakır Biçer

İSTANBUL-2024



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA EBEVEYNLİK STİLİNİN VE
EBEVEYN YEME ZAMANI DAVRANIŞININ ÇOCUĞUN YEME
DAVRANIŞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TUTKU BALCI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nihan Çakır Biçer

İSTANBUL-2024

Anabilim Dalı:	Beslenme ve Diyetetik
Program:	Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans
Tez Başlığı:	Epilepsili Çocuklarda Ebeveynlik Stilinin ve Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışının Çocuğun Yeme Davranışına Etkisinin Değerlendirilmesi
Öğrencinin Adı-Soyadı:	Tutku Balcı
Savunma Sınavı Tarihi:	15/05/2024

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı) Dr. Öğr. Üyesi Nihan Çakır Biçer
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar
Üniversitesi

Üye

Üye

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

15.05.2024

Tutku Balcı

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Çalışmamda tez konumun belirlenmesinden planlanma, yürütülme ve sonlandırılmasına kadar tüm aşamalarında bilimsel katkılarıyla ve sabrıyla bana destek olup aynı zamanda akademik olarak ilerlememde ışık tutan benim için en büyük yüksek lisans şansı değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nihan Çakır Biçer'e,

Yüksek lisans eğitim sürecinde tanışma fırsatı bulduğum Acıbadem Üniversitesinde yüksek lisans yapma hayalimi ilk paylaştığımda beni destekleyen Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Murat Baş'a ve tüm değerli bölüm hocalarıma,

Bu süreçte veri toplama aşamamda içtenlikleri, yol göstericilikleri hem de anlayışları ile bu alana ilgi duymamı sağlayan Doç. Dr. Hande Gazeteci Tekin'e ve Dr. Pınar Edem'e,

Tez yazımının zorlu ve en yorucu dönemlerinde bana güç veren en yakın arkadaşım Ilgım Eren'e

Bugünlere gelmemde en büyük desteği sağlayan, bana inanan ve güç veren en az bu süreçte benim kadar duyguları yoğun yaşayan annem Aynur Balcı'ya; her koşulda yanımda olan, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen ikinci annelik görevini başarı ile üstlenen ablam Duygu Balcı'ya beni ve başarılarımı gökyüzünde mutlulukla izlediğine emin olduğum babam Erdoğan Balcı'ya en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	iv
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
2 GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Epilepsi Tanımı ve Sınıflandırılması	6
2.2 Epilepsi Epidemiyolojisi	8
2.3 Teşhis ve Önleme.....	9
2.4 Pediatrik Grupta Epilepsi	10
2.5 Pediatrik Grupta İlaça Dirençli Epilepsinin Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	13
2.6 Epilepside Sosyal Boyutlar	17
2.7 Ebeveynlik Stili	19
2.8 Ebeveynlik Stili ve Çocuklarda Yeme Davranışı	20
2.9 Ebeveyn Beslenme Uygulamalarının Çocuklar Üzerinde Etkisi	21
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	23
3.2 Araştırmanın Yeri, Tarihi, Örneklem Büyüklüğü.....	23
3.3 Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	24
3.4 Veri Toplama Araçları	24
3.4.1 Demografik ve tıbbi özellikler	25
3.4.2 Antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi.....	25
3.4.3 Çocuklarda yeme davranışı anketi.....	26
3.4.4 Ebeveyn yemek zamanı davranışları ölçeği.....	27
3.4.5 Çok Boyutlu ebeveynlik stillerini değerlendirme ölçeği.....	27
3.4.6 Sağlıklı yeme indeksi -2015	28
3.5 İstatistiksel Analiz.....	29
4 BULGULAR.....	30
4.1 Ebeveynlerin Demografik Özellikleri.....	30
4.2 Çocukların Demografik ve Bazı Özellikleri.....	31
4.3 Ölçek ve HEI-2015 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	32
4.4 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	33

4.5 HEI-2015 Puanları ve BKİ Z Skoru ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	35
4.6 Epilepsili Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	36
4.7 Epilepsili Çocukların Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	40
5 TARTIŞMA.....	43
5.1 Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik ve Bazı Özellikleri	43
5.2 Ebeveynlik Stilinin Değerlendirilmesi.....	45
5.3 Ebeveynlik Stili ile Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	46
5.4 Ebeveynlik Stili ile Çocuğun Yeme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	47
5.5 Epilepsili Çocuklarda Uygulanan Farmakolojik Tedaviler ve Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	49
5.6 Ebeveynlik Stili ve Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışları ile Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	50
5.7 Ebeveynlik Stili ve Çocukların Yeme Davranışının Büyüme ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	53
6 SONUÇ	56
7 KAYNAKLAR	58
EK 1. Etik Kurul Onay Formu	67
EK 2. Aydınlatılmış Bilgilendirme Formu	69
EK 3. Veri Toplama Formu	70
9.ÖZGEÇMİŞ	76

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CNPP	Beslenme Politikası ve Teşviki Merkezi
Cu	Bakır
ÇBESDÖ	Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği
ÇYDA	Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi
EEG	Elektroensefalografi
EYZDÖ	Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği
Fe	Demir
HEI-2015	Sağlıklı Yeme İndeksi
ILAE	International League Against Epilepsy, Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği
MCT	Orta Zincirli Trigliserit
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
SD	Standart Sapma
SPECT	Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi
USDA	Amerika Tarım Bakanlığı
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
Zn	Çinko

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ketojenik diyetin epilepsi üzerinde olası mekanizmaları..... 14

Şekil 2. Ebeveynlik stillerinin sınıflandırılması 19



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Nöbetlerin sınıflandırılması.....	6
Tablo 2. BKİ Sınıflandırma (WHO).....	26
Tablo 3. Ebeveynlerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi	30
Tablo 4. Çocuğun demografik ve bazı özelliklerinin değerlendirilmesi	31
Tablo 5. Çalışma gruplarına göre ölçek ve HEI-2015 puanlarının değerlendirmesi	32
Tablo 6. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.....	34
Tablo 7. HEI-2015 puanları ve BKİ Z skoru ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	35
Tablo 8. Epilepsili çocukların bazı özelliklerine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi	38
Tablo 9. Epilepsili çocukların ebeveynlerinin bazı özelliklerine göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi	41

ÖZET

Epilepsili Çocuklarda Ebeveynlik Stilinin ve Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışının Çocuğun Yeme Davranışına Etkisinin Değerlendirilmesi.

Çocuklar birçok konuda ebeveynlerini örnek almaktadır. Ebeveynlerin çocuklarına yönelik geliştirdikleri ebeveynlik stilinin ve yemek zamanı davranışlarının, çocuğun yeme davranışı üzerindeki etkileri literatürde tartışılmaktadır. Kronik bir hastalığın bu etkileşim üzerindeki rolü hakkındaki çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı çocukluk çağıının en sık görülen kronik hastalıklarından olan epilepsili çocuklarda ebeveynlik stili ve yemek zamanı davranışlarının çocuğun yeme davranışı üzerindeki etkisinin incelenmesidir. İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen bu çalışmaya 4-9 yaş arası epilepsi tanılı çocuklar ile ebeveynleri ve kontrol grubu için kronik bir hastalığı olmayan sağlıklı çocuklar ile ebeveynleri dahil edilmiştir. Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği (ÇBEDSÖ), Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği (EYZDÖ), Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) ebeveynlere uygulanmış ve çocuğun 24 saatlik besin tüketim kaydı sonucunda Sağlıklı Yeme İndeksi (HEI)-2015 puanı hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda epilepsi ve sağlıklı grup arasında ebeveynlik stilleri arasında farka rastlanılmamıştır ($p>0,05$). Epilepsili çocukların ebeveynlerinin olumlu ebeveynlik stiline sahip olmaları, çocuklarının HEI-2015 puanlarında artışla ilişkilendirilmiş ($r=0,45$; $p=0,011$) kontrol grubunda ise fark görülmemiştir ($r=-0,207$; $p>0,05$). Hem epilepsi hem de kontrol grubunda olumsuz ebeveynlik stilinin duygusal olarak aşırı yeme isteğini tetiklediği saptanmıştır (sırasıyla, $r=0.449$ ve $r=0.367$; $p<0,05$). Ebeveynlik stillerinin sağlıklı çocukların beslenme davranışlarına etkisi olduğu kadar kronik bir rahatsızlığı olan çocukların hem hastalık semptomları üzerinde hem de yeme davranışları üzerinde etkileri olabilmektedir. Ebeveynlik stillerinin çocuk yeme davranışları ve farklı gruplardaki etkilerinin daha fazla çalışma ile desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Epilepsi, Çocuklarda yeme davranışı, Ebeveynlik stili, Ebeveyn yeme zamanı davranışları.

ABSTRACT

Evaluation of the Effect of Parenting Style and Parental Eating Mealtime Actions on the Eating Behavior of Children with Epilepsy.

Children take their parents as role models in many issues. The effects of parents' parenting style and mealtime behaviors on children's eating behaviors are discussed in the literature. Studies on the role of chronic disease on this interaction are very limited. The aim of this study was to examine the effect of parenting style and mealtime behaviors on children's eating behavior in children with epilepsy, one of the most common chronic diseases of childhood. In this study conducted at İzmir Bakırçay University Çiğli Training and Research Hospital, children diagnosed with epilepsy between the ages of 4-9 years and their parents and healthy children without chronic disease and their parents for the control group were included. The Multidimensional Assessment of Parenting Scale (MAPS), Parent Mealtime Action Scale (PMAS), Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) were applied, and Healthy Eating Index (HEI)-2015 score was calculated based on 24-hour food consumption records. As a result of the study, there was no difference in parenting styles between epilepsy and healthy groups ($p>0,05$). The positive parenting style of the parents of children with epilepsy was associated with an increase in the HEI-2015 scores of their children ($r=0,45$; $p=0,011$), whereas no difference was observed in the control group ($r=-0,207$; $p>0,05$). Negative parenting style was found to emotionally trigger overeating in both the epilepsy and control groups ($r=0.449$ and $r=0.367$, respectively; $p<0,05$). Parenting styles may influence the eating behaviors of healthy children as well as on the symptoms of illness and eating behaviors of children with a chronic illness. It is recommended that the effects of parenting styles on children's eating behaviors and different groups should be supported with more studies.

Keywords: Parenting style, Epilepsy, Parental eating time behavior, Child's eating behavior.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi, bebek ve çocuklarda en sık görülen nörolojik bozukluktur. 2017 yılında yayınlanmış bir meta-analiz çalışması, epilepsinin aktif dönem prevalansının dünya çapında 4,8/1000 ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 18 yaşın altındaki çocuklar için 0,94/1000 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, 18 yaş altındaki çocuklarda epilepsinin yaşam boyu yaygınlığı 7,2/1000 olarak tespit edilmiştir (1).

Çocukluk çağı epilepsisine en sık eşlik eden durumlar arasında depresyon, anksiyete, otizm spektrum bozuklukları, uyku bozuklukları, dikkat bozuklukları, kognitif bozukluk ve migren yer almaktadır. 2005-2007 yılları arasında doğan ve tamamı takipli çocuklara dayanan verilerden oluşan bir kohort çalışma sonucuna göre yaşamın ilk 10 yılında epilepsi tanısı alan çocukların %2'sinde bilişsel bozukluk olduğu tespit edilmiş ve tüm diğer kategorilerde bilişsel bozukluk prevalansının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2). Epilepsiye eşlik eden bir diğer durum ise uyku bozukluklarıdır. Epilepsi ve uyku durumları birbiriyle karmaşık, çift yönlü bir şekilde etkileşime giren iki durumdur. Epilepsi uyku bozukluklarına neden olabilir ve uyku bozuklukları epilepsiyi şiddetlendirebilmektedir (3).

Epilepsi hastalığı sadece birey açısından değil, ebeveyn ve kişinin sosyal çevresi açısından da önemlidir ve çeşitli sonuçlara sahiptir. Epilepsi tanısı alan aileler üzerinde yapılmış bir çalışma sonucuna göre epilepsili çocukların aile üyelerinin yüksek düzeyde depresyon, öfke, suçluluk ve sıklıkla çaresizlik ve hayal kırıklığı bildirdikleri bulunmuştur (4) Bir diğer çalışmada ise epilepsi hastalığına sahip çocukları olan ebeveynlerin sinirlenme durumları diğer kronik rahatsızlığa sahip çocukları olan ebeveyn grubuna göre daha anlamlı bulunmuştur (5). Epilepsili çocukların babalarının kontrol grubu çocukların babalarına göre daha tutarsız davrandığı görülmüştür (6).

Ebeveynler, çocukları için yaşamları boyunca sağlıklı geliştirici rol model ve eğitimci rolünde olan sosyalleşme ajanlarıdır. Çeşitli hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerin, sağlıklı çocukları olan ebeveynlere göre farklı davranışlar sergilemeleri olasıdır. Bu durum çocukların yeme davranışı üzerine geliştirebileceği farklı etkilere

neden olabilmektedir (7). Örneğin çocuklara yemek yeme konusunda baskı yapmak, ebeveynlerin istemediği sonuçlara yol açabilir. Az sayıda çalışma, baskı yapma davranışı ile sağlıklı beslenme arasında pozitif bir ilişki bulmuş olsa da daha fazla sayıda çalışma negatif yönlü bir ilişki bulmuştur (7)

Ebeveynlik stilleri, ebeveynlerin çocuklarına sağladığı fiziksel ve duygusal bakımı ifade etmektedir. Dört tür ebeveynlik stili vardır. Bunlar; otoriter ebeveynlik (sıcak ve katı kişilik), otoriter/kontrolcü ebeveynlik (küçük derecede sıcak/yüksek derecede kontrolcü kişilik), hoşgörülü ebeveynlik/hosgörülü ebeveynlik (dost canlısı ve iddiasız) ve ilgisiz ebeveynlik/ebeveynliği ihmal eden (sıcak değil, hiçbir şey talep etmez) şeklindedir (8).

Ebeveynlik stilleri ile çocukların yeme davranışı arasında da ilişki olduğu bildirilmektedir. Bu alanda yapılmış çalışmanın sonucuna göre hoşgörülü veya ilgisiz ebeveynlik stiline sahip ebeveynlerin çocuklarının öğleden sonra ve akşamları meyve, %100 meyve suyu, sebze ve süt ürünleri gibi besin açısından zengin gıda alımlarının daha az olduğu görülmüştür (9). Ebeveynlik stiline aile içi durumlardan etkilenebilmesi nedeniyle ebeveynlik stilleri kronik hastalıklarda farklı seyredebilmektedir. Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri, sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha fazla çocuk yetiştirme sorumluluğuyla karşı karşıyadır. Kronik tıbbi sorunu olan bir çocuğun ebeveynleri, çocuğun hastalığının getirdiği taleplerle baş etmede bunalmış ve yetersiz hissedebilmekte ve çocuklarına karşı davranışlarında farklılıklar oluşturabilmektedir (10). Bu durum, kronik hastalığa sahip çocukların yeme davranışlarını etkileyebilir.

Epilepsili bireylerde optimal diyet alımının sağlanması, nöbetler, ilaç kullanımı, sosyoekonomik dezavantaj ve terapötik diyetlerin kullanımıyla ilişkili psikolojik ve fiziksel eşlik eden hastalıklar nedeniyle engellenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada ilaç kullanımı ile folat emiliminde ve B1, B2, B6, B12 vitaminlerinin konsantrasyonlarında azalma görülmüştür. Bu gibi durumların sonucunda epilepsili bireylerde yetersiz beslenmeye bağlı besin ögesi ve gelişim yetersizliklerinin görülebileceği bildirilmektedir (11). Aynı zamanda, nöbet için serbest radikaller ile

antioksidan ajanlar arasındaki dengesizlik durumunun da beslenme durumuna bağlı nöbet patogenezinde rol oynadığı da rapor edilmektedir. Yapılan bir çalışmada ilaç tedavisine başlanmadan önce epilepsili çocuklarda inko (Zn) düzeyinde azalma ve bakır (Cu) düzeyinde artış görülürken, kızlarda serum demir (Fe) düzeyinde azalma görülmüştür. Antioksidatif normal fonksiyonda ihtiyaç duyulan Zn, Cu ve selenyum gibi bazı minerallerin diyetle alınması, nöronların normal fonksiyonu ve nöbet tedavisinde önemlidir. Bu sebeple epilepsili çocukların enerji ve besin ögesi gereksinimlerini karşılaması, gelişimlerinin yanı sıra epilepsi hastalığının doğası ve hastalık seyri açısından da önemlidir (12).

Bu çalışmada epilepsili çocuğa sahip ailelerin ebeveynlik stili ile sağlıklı çocuklara sahip ailelerin ebeveynlik stilinin çocukların yeme davranışı, büyümesi ve beslenme durumu üzerine etkisinin incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Epilepsi Tanımı ve Sınıflandırılması

Epilepsinin en güncel tanımı 2014 yılında Epilepsiye Karşı Uluslararası Birlik (International League Against Epilepsy) tarafından yapılmıştır (13). Epilepsi sınıflandırması için 2017 yılında nöbet tipi, epilepsi tipi ve epilepsi sendromu dahil olmak üzere üç tanısallık seviyesi tanımlanmıştır. Epilepsi, 24 saatten daha uzun bir süre arayla meydana gelen en az iki provoke edilmemiş (veya refleks) nöbetle tanımlanan bir beyin hastalığıdır. İki provoke edilmemiş nöbetten sonra genel tekrarlama riskine benzer (en az %60) başka nöbet olasılığı olması veya epilepsi sendromu varlığı tanı için önemlidir. Epilepsi kelimesi Yunanca epilambanein kelimesinden türemiştir ve “ele geçirilmek” anlamına gelmektedir. Bu hem hastalığı hem de saldırıyı kelimesini ifade etmek için kullanılmıştır. Bu terim, o dönemde epilepsili kişilerin kirli veya kötü olarak kabul edildiği ve epilepsiyle ilgili damganın yaratıldığı yönündeki düşünceleri somut şekilde ifade etmektedir. Genel tanım olarak öncü işlevlerde bozulma sonucu tüm vücudun kasılması şeklinde tanımlanabilir (14).

Nöbet kavramı, beyin nöronlarının aşırı, hipersenkron deşarjının neden olduğu nörolojik fonksiyonda paroksizmal bir değişikliktir. Fakat her nöbet epilepsi değildir. Örneğin, geri dönüşümlü bir olayla (ateş, hipoglisemi) tetiklenen bir nöbet, kronik bir durum değil, kısa süreli bir ikincil durum olduğundan epilepsi tanımına girmemektedir. Nöbetler fokal, genelleştirilmiş, bilinmeyen olarak üç sınıfa ayrılmaktadır (15). Tablo 1’de nöbet sınıflaması gösterilmiştir.

Tablo 1. Nöbetlerin sınıflandırılması (16)

Fokal Nöbetler	Jeneralize Nöbetler	Bilinmeyen
Farkındalık ve bilinç bozukluğu	Motor	Motor
Motor başlangıç	Motor olmayan	Motor olmayan
Motor olmayan başlangıç		Bilinmeyen
Fokal bilateral tonik klonik		

Fokal nöbetler, serebral korteksin küçük bir bölgesinde veya serebrumun daha derin bir yapısında meydana gelen nöbetlerdir. ILAE sınıflamasına göre; fokal nöbetler epilepsi olan kişinin algısının kaybolmadığı, algısının kaybolduğu, motor başlangıçlı, motor olmayan başlangıçlı, fokal ve iki taraflı tonik-klonik nöbetler olarak kategorilere ayrılmaktadır (16). Fokal nöbetler, bilinç korunuyorsa basit, bilinç etkileniyorsa karmaşıktır. Fokal nöbetler, genelleştirilmiş nöbetlere dönüşebilmektedir ve bilinç ön plandadır. Genelleştirilmiş tonik-klonik nöbetlerde tipik olarak genel ses tonu artışı, bilinç kaybı, düşmeler, çılgınlıklar, siyanoz, idrar ve dışkı kaçırmanın olduğu bir ilk aşama oluşabilmektedir. Bunu, nöbet sırasında vücuttaki tüm kasların klonik hareketlerinin olduğu bir aşama izlemektedir. Bazı kişilerde tükürük köpüğü oluşabilir ve dil ısırma görülebilir. Nöbet tipik olarak 1-1½ dakika sürer ve bunu genellikle birkaç saat süren bilincin yavaş yavaş yeniden kazanıldığı faz takip etmektedir (17).

Fokal epilepsinin altında yatan sık görülen yapısal patolojiler arasında travmatik beyin hasarı, tümörler, vasküler malformasyonlar, felç ve gelişimsel bozukluklar yer almaktadır. Fokal epilepsi hastalarının üçte birinde nöbet önleyici ilaçlar etkisizdir. Fokal nöbetler genelleştirilmiş nöbetlerden daha yaygındır. Kontrol altına alınmayan fokal nöbetler erken ölüm ile ilişkilidir. Medyan fokal nöbet görülme oranı yılda 30.4/100.000 iken, jeneralize nöbetlerde yılda 19.6/100.000'dir (18, 19, 20).

Genelleştirilmiş (yaygın) nöbetler, anormal elektriksel aktivitelerin eş zamanlı olarak hem sağ hem de sol serebral hemisferlerden başladığı ve daha sonra hastanın klinik görünümü veya elektroensefalografi (EEG) özellikleri ile kanıtlanan diğer beyin nöron ağlarına yayıldığı anlamına gelmektedir (21).

Üçüncü nöbet tipi kaynağı bilinmeyen nöbetler, uykuda veya hastanın yalnız olması veya tanığın tarif edememesi nedeniyle tarif edilemeyecek bir durumda ortaya çıkan nöbetlerdir. Ayrıca, klinisyenin verilen bilginin bir nöbet olayı olduğundan emin olması ancak, eksik bilgi nedeniyle bunu tanımlayamaması, sınıflandırılmamış bir nöbet olarak kabul edilir (21).

Çocuklarda epilepsi belirtileri ve nöbetler, beyin ortamında ifade edilir ve zamanla değişebilir. Ayrıca bu belirtiler (yani nöbet tipi) ile altta yatan nedenler, her zaman uyumlu olmayabilir. Örneğin, Dravet sendromu önceden bebeklik çağının şiddetli epilepsisi olarak bilinirken, yapılan çalışmalar sonucunda sodyum kanalı genindeki bir mutasyon neden olduğu görülmüştür. Önceki yıllarda hastaların çoğunda fokal başlangıçlı hemiklonik nöbetler teşhis edilmektedir ancak, Dravet sendromu, sadece fokal epilepsi değildir. Bazı belirtileri hastalığın erken seyrinde fokaldır ve epilepsi cerrahisi veya yetişkinlerde fokal nöbetlerin tedavisinde kullanılan yaygın ilaçların bu hastalık için etkili olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, epilepsi sadece fokal veya genelleştirilmiş nöbetler olarak adlandırılmamalı ve altta yatan etiyolojik sebepler bulunmaya çalışılmalıdır (22).

2.2 Epilepsi Epidemiyolojisi

Epilepsi, insanoğlunun bildiği en eski rahatsızlıklardan biridir ve her yaştan insanı etkileyen en yaygın nörolojik rahatsızlıktır. Epilepsi prevalansı, riskin yerel dağılımına ve etiyolojik faktörlere, tanı anındaki nöbet sayısına ve yalnızca aktif epilepsi (aktif prevalans) dikkate alınıp alınmadığına veya remisyondaki vakaların da dahil edilmesine (yaşam boyu prevalans) bağlı olarak ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Cinsiyete bağlı yapılmış çalışma sonuçlarına göre erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi bölgesel farklılıklar sebebiyle hastalığı kadınların gizlemiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Epilepsi prevalansı ve insidansı yaş, cinsiyet, ırk ve sosyoekonomik durum gibi demografik faktörlere göre farklılık göstermektedir (23).

Gelişmiş ülkelerde yaş arttıkça epilepsi görülme sıklığı da artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde epilepsi prevalansı genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde zirveye ulaşır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde bebeklik ve erken çocukluk döneminde epilepsi görülme sıklığı yüksektir (23). Kuzey Amerika ve Avrupa'da en yüksek epilepsi insidansı yaşamın ilk yılında olup, 100.000 kişi başına 90-212 olarak rapor edilmektedir (22). Türkiye'de 2008-2009 yıllarına ait bir çalışmada 140 hasta nöroloji polikliniğinde görülmüştür. 22 hastanın gerçek epileptik

nöbeti yokken, 118 hastada epilepsi tanısı konulmuştur. Epilepsi prevalans oranı binde 8,94 olarak hesaplanırken kentsel bölgede yaşayanların epilepsi prevalansı binde 7,55; kırsal bölgede ise 11,91 olarak hesaplanmıştır (24). Gelişmiş ülkelerde görülme sıklığı yaşlılarda erişkin yaş gruplarına göre birkaç kat daha fazladır. Nöbet tipine göre en baskın tip fokal nöbet tipidir (23).

2.3 Teşhis ve Önleme

Epilepsi tanısının hastalar, aileleri ve terapötik yönetim açısından önemli etkileri olabileceğinden tanının doğruluğu çok önemlidir. Klinik tablosu epilepsiye benzeyebilen çok sayıda paroksizmal durum mevcut olduğundan, epilepsi tanısı koymak zor olabilir. Akıllı telefonların yaygın kullanımı paroksizmal olayların teşhisini büyük ölçüde kolaylaştırmıştır. Olaylar tekrarlanıyorsa ve bunların doğası hakkında şüpheler varsa, ebeveynlerin bu nöbetleri videoya kaydetmesi önerilmektedir. ILAE, klinisyenlerin epileptik ve epileptik olmayan olayların video örneklerini görüntüleyebileceği çevrimiçi kaynak oluşturmuştur (25).

Çocukluk çağı epilepsilerinin tedavisindeki en büyük ilerleme, görüntüleme ve genetik testler yardımıyla altta yatan nedenin belirlenmesi olmuştur. Manyetik rezonans görüntülemedeki (MRI) ilerlemeler, ilaca dirençli epilepsisi olan birçok çocukta yapısal beyin malformasyonlarının saptanmasına olanak sağlamıştır. Altta yatan etiyolojilerin anlaşılmasının artmasıyla birlikte, yönetim ve tedavide yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin genetik testler, ayırıcı tanıya yardımcı olacak bir araç ve belirli epilepsi türlerine yatkınlığı tahmin etme aracı olmaktadır (26). Epilepside yaygın olarak kullanılan tanı yöntemlerinden biri de EEG'dir. Beyin, düşük şiddetli elektrik dalgaları üretebilmektedir ve bunları yayma işlemini gerçekleştirmektedir. Bu yöntemin bilgisayar ortamına aktarılma işlemi EEG çalışma metodunu yansıtır. EEG ölçümünde yan etki mevcut değildir. Ölçümde kafa derisine yerleştirilen metal elektrotlar kullanılır. Epilepsi sırasında meydana gelen deşarj boşalması EEG'de epileptik aktivitenin saptanmasına olanak sağlamaktadır (27).

Epilepside hastalığın uzman tarafından yönetimi önemlidir. Hastalığın endikasyonları, etkileşimleri ve yan etki profilleri de dahil olmak üzere farmakolojik tedavi seçenekleri mevcuttur. Farmakolojik olmayan tedavi, epilepsisi tıbbi tedaviye dirençli olan bazı çocukların nöbetten kurtulmasını sağlayabilir ve diğerlerinin nöbet yükünü önemli ölçüde azaltabilir. Epilepsiyi yönetmek, nöbetleri kontrol etmekten daha fazlasıdır ve multidisipliner bir ekip içindeki yönetim, çocuğun epilepsiyi ilgili tüm ihtiyaçlarını karşılamaya destek olur. Ekipte çocuk nöroloğu, nörofizyologlar, psikologlar, mesleki terapistler, fizyoterapistler, konuşma ve dil terapistleri, uzman hemşireler, diyetisyenler, radyologlar ve cerrahlar bulunmalıdır (28).

2.4 Pediatrik Grupta Epilepsi

Çocuklarda epilepsi görülme sıklığı 41-187/100.000 arasında değişmektedir. Her yıl yaklaşık 150.000 çocuk ve ergen ilk kez sebepsiz nöbet geçirmekte ve bunların yaklaşık 30.000'ine epilepsi tanısı konulmaktadır. Genel yaygınlık tahmini 1.000 çocuk başına 6,8 olduğunu ve 2012 yılı görülme sıklığı tahmininin pediatrik popülasyonun 100.000'i başına 104 olduğunu tahmin edilmektedir. Hekimin tanı koymada nöbet öyküsü dinlemesi tanı açısından ekstra önemlidir. Dinlerken öncelikle uyaran varlığını sorgulamalıdır. Bu uyaranlar; ışık, ses ve koku olabilmektedir. Aynı zamanda bilinç varlığı kontrol edilmelidir. Nöbet anına tanık kişiye yönelik sorularla detaylı anamnez almak nöbet çeşidini ve nedenini anlama konusunda oldukça önemlidir (29).

Epilepsi etiyolojisinin dayandığı bazı terimler mevcuttur. İdiyopatik nöbet, nedeni bilinmeyen ancak genetik olduğu varsayılan epilepsi anlamına gelmektedir. Semptomatik epilepsi, beyni etkileyen bir duruma bağlı epilepsi olarak bilinmektedir. Kriptojenik epilepsi, nedeni bilinmeyen ancak semptomatik olduğu varsayılan epilepsi anlamına gelmektedir. Yapılan güncelleme ile bu terimlerin yerine, genetik, yapısal-metabolik ve bilinmeyen gibi bazı ikameler önerilmiştir. İdiyopatik epilepsi, nörolojik bulgu vermez ve başlangıcı çocukluk çağındadır. İdiyopatik epilepsilerin bazı örnekleri çocukluk çağı absans epilepsisi ve juvenil miyoklonik epilepsidir. Absans nöbet, gün içinde onlarca kez yineleyen, kısa süreli, farkındalığın ortadan kalktığı ve

hareketlerde duraklamanın gözlemlendiği bilinç kaybı ile karakterize nöbet türüdür. Juvenil miyoklonik epilepsi ise ergenlik dönemine geçişte daha sık görülen özellikle kollarda olmak üzere bilateral tek veya tekrarlayan, düzensiz, aritmiler ile tanımlanabilen bir sendromdur (30).

Semptomatik (edinimsel) epilepsi, beyindeki tanımlanabilir yapısal aşınmalardan kaynaklanmaktadır. Edinilmiş epilepsinin nedenleri arasında beyin travması, beyin tümörü, beyin enfeksiyonu, hipokampal skleroz, serebrovasküler bozukluklar, serebral immünolojik bozukluklar ve perinatal ve infantil nedenler yer almaktadır (31).

3-13 yaş arası çocuklarda yapılmış çalışma sonucuna göre fokal nöbetler, tüm başlangıç yaşı kategorilerinde en sık görülen nöbet türü olup, çoğu farkındalığın bozulduğu fokal nöbetlerdir. Ayrıca, erken başlangıçlı epilepsilerin kanıtlanabilir bir nedeni olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. En yaygın olanlar yapısal ve genetik nedenler olarak görülmüştür. Bu, özellikle erken başlangıçlı epilepsilerde nörogörüntüleme ve genetik araştırmaların klinik bakıma dahil edilmesinin önemini göstermektedir. Beş yaşından sonra başlayan epilepsilerde fokal nöbetler baskın nöbet tipidir ve çoğu vakada altta yatan nedenler bilinmemektedir (32).

Çocukluk çağı epilepsilerinin tedavisindeki en büyük ilerleme, görüntüleme ve genetik yardımıyla altta yatan nedenin belirlenmesi olmuştur. MRI'daki ilerlemeler, ilaca dirençli epilepsisi olan birçok çocukta yapısal beyin malformasyonlarının saptanmasına olanak sağlamıştır (33). Tanı yöntemleri olarak kullanılan diğer yöntemler EEG, bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) ve genetik testler olarak yer almaktadır. Toksik ve metabolik ensefalopatilerin etiyolojisini tanımlamak için yararlı bir araç olabileceğinden basit kan testleri de yapılabilmektedir. Çalışmalar, EEG ve MR'ın epileptik nöbetlerin tanısında kullanılan iki temel teknik olduğunu göstermektedir. EEG yardımıyla nöbetin fokal mi yoksa jeneralize mi olduğu anlaşılabilmektedir. Epilepsinin etiyolojisi değişkendir ve bazen multifaktöriyeldir. Klinik seyir ve tedaviye yanıt büyük ölçüde nöbetlerin kesin etiyolojisine bağlıdır. Çocukluk çağı epilepsileri genellikle ilaç ile kontrol altına alınabilmektedir. Fakat ilaç

kombinasyonları ile kontrol altına alınamayan epilepsilerde beyinde yapısal bir sorun olabileceği düşünülmektedir. Bu yapısal sorunun tespitinde MRI, hassas ve spesifik olarak tespit kolaylığı sunmaktadır (34).

Epilepsili çocukların çoğu tedavi için kullanılan anti-epileptik ilaçlara yanıt vermektedir ancak bazı çocuklar, yeterli tıbbi müdahaleye rağmen nöbet geçirmeye devam edebilir. ILAE tarafından “tolere edilen, uygun şekilde seçilen ve kullanılan iki anti-epileptik ilacın yeterli denemelerinin başarısızlığı” olarak tanımlanan ilaca dirençli epilepsi gelişebilmektedir. İlaç seçimleri yaşa, epilepsi tipine, diğer endikasyonlara göre belirlenmektedir. Başlangıç yaşı, semptomatik epilepsi, anormal nörogörüntüleme bulguları, anormal EEG sonuçları, zeka geriliği öyküsü, nöropsikiyatrik bozukluklar, ateşli nöbet ilaca dirençli epilepsi riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır (35).

Pediyatrik grupta yapılmış diğer bir çalışmada ilaca dirençli grup ile yanıt veren grup karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak karışık nöbet tiplerine sahip olmak, status epileptikus öyküsü, günde birden fazla nöbet geçirmek, zihinsel engellilik, semptomatik etiyoloji ve MR anormallliği, ilaca dirençli epilepsi gelişimi için anlamlı belirleyiciler olarak görülmüştür (36).

İlaç ile kontrol altına alınamayan epilepsi grupları cerrahi tedavi için potansiyel adaylar arasında yer almaktadır. Genelde cerrahi sonuçlar, bebek ve çocuk grubu için fayda gösterebilmektedir. Şiddetli ve kontrol altına alınamayan epilepsi nöbetleri gelişimsel ve bilişsel açıdan negatif sonuçlar doğurabilmektedir. Çocuklara uygulanması planlanan bir cerrahi işlemin iyi planlanması şarttır. Uygulanan dört farklı cerrahi işlem mevcuttur. Bunlar; (1) hastanın alışılmış nöbetlerinden sorumlu olan epileptojenik bölgenin rezeksiyonu, (2) nöbetleri yayan yolların kesintiye uğraması, (3) sınırlayıcı bir etki uygulayan yapıları uyararak beynin uyarılabilirliğinin azaltılması, (4) nöronal senkronizasyonun önlenmesidir (37).

Epilepsi cerrahisi sonuçlarını karşılaştırmak üzere yapılmış tek merkezli bir çalışma sonucuna göre 18 yaş ve altındaki 116 hasta, uygun tıbbi tedaviyle birlikte

epilepsinin altında yatan nedene uygun beyin ameliyatı geçirmek veya tıbbi tedavi almak üzere rastgele atanmıştır. Medikal tedavi grubundaki hastalar ameliyat için bekleme listesine alınmışlardır. Çalışma sonucuna göre 12. ayda, ameliyat grubundaki 44 hastada (%77) ve tıbbi tedavi grubundaki 4 hastada (%7) nöbetlerin olmadığı görülmüştür. Bu tek merkezli çalışma sonucuna göre, ilaca dirençli epilepsisi olan ve epilepsi ameliyatı geçirmiş çocuk ve ergenlerde, tek başına tıbbi tedaviye devam edenlere göre anlamlı derecede daha yüksek nöbet geçirmeme oranı ve davranış ve yaşam kalitesi açısından daha iyi puanlar gösterdiği bildirilmiştir (38). İlaça dirençli epilepsi grubunda bir diğer kullanılabilecek yöntem yaşam tarzı ve diyet değişikliğidir (39).

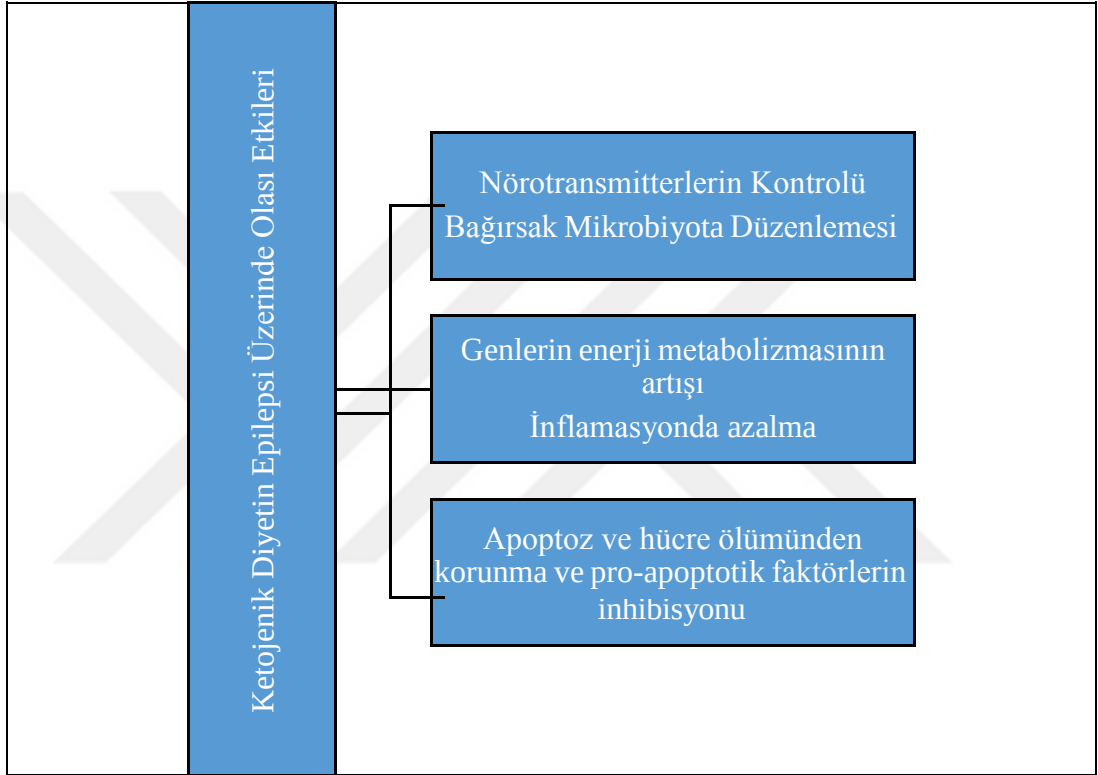
2.5 Pediatrik Grupta İlaça Dirençli Epilepsinin Tıbbi Beslenme Tedavisi

İlaça dirençli epilepsinin tedavisinde ketojenik diyet, dünya çapında giderek daha fazla kabul görmektedir. Ketojenik diyet, genellikle çocukluk çağı epilepsisinde, birden fazla ilacın nöbet kontrolünde başarısız olması sonrasında tedavi yöntemi olarak tercih edilmektedir (40).

Ketojenik diyetin epilepsi tedavisinde kullanımı 1920 yıllarına dayanmaktadır. Daha öncesinde açlığın epilepsi için belgelenen ilk modern kullanımı, 1911’de oruç tutmanın epilepsili 20 çocuk ve yetişkinin nöbetlerini başarılı bir şekilde iyileştirdiği zaman ortaya çıkmıştır. Daha sonrasında açlığı yağlı bir diyet ile desteklemenin daha etkili olabileceği keşfedilmiştir. En sık 1920-1930 yılları arasında kullanıldıktan sonra anti-epileptik ilaçların kullanıma sunulmasıyla daha geri plana geçmiştir. Tekrar modern çağda kullanımı ise ilaca dirençli epilepsi hastaları ile oluşmuştur (41).

Yağ asitlerinin beta-oksidasyonu ile keton cisimciklerinin oluşmasıyla sonuçlanan yüksek yağlı, düşük karbonhidratlı ve yeterli proteinli bir beslenme planıdır (41). Epilepsi üzerindeki mekanizması tartışmalı olsa da ketojenik diyetin antiepileptik etkisi öncelikle yağ asitlerinin parçalanmasının ardından üretilen keton cisimleriyle bağlantılıdır. Keton cisimleri, orta zincirli yağ asitleri (MCT)’in yardımıyla kan-beyin bariyeri yoluyla beyne taşınmakta ve epilepside anormal nöronal

aktivasyonu engellemek için sinaptik iletimle etkileşime girmektedir. Epilepsi sırasında tekrarlayan nöbetlerin oksidatif stresi ve nöroinflamatuvar değişiklikleri indüklediği de bilinmektedir. Ketojenik diyet metabolitleri, nöbetleri ve buna bağlı nöron hasarını baskılayan çoklu mekanizmalar aracılığıyla stres tepkisini ve inflamasyonu iyileştirdiği düşünülmektedir (42). Şekil 1’de ketojenik diyetin epilepsi üzerinde olası mekanizmaları özetlenmiştir.



Şekil 1. Ketojenik diyetin epilepsi üzerinde olası mekanizmaları (43)

Ketojenik diyetin epilepsi nöbet kontrolü üzerinde izlediği mekanizmalar tartışmalı olsa da çeşitli mekanizmalar ileri sürülmüştür. Bunlardan ilki nöbet sırasında değişen nörotransmitterlerin düzeltilmesi ve iyon kanalları üzerine etkisidir. Değişen nörotransmitterler nöbet önleyici etki gösterebilmektedir. Adenosin trifosfata duyarlı potasyum kanallarının ve çeşitli reseptörlerinin aktivasyonu yoluyla nöronal uyarılma oranlarını azaltır. Ketojenik diyet sonucu oluşan asetoasetat ayrıca voltaja bağlı kalsiyum kanallarını da inhibe ederek uyarıcı postsinaptik akımların azalmasına yol açmaktadır. İkinci mekanizma olarak mitokondriyal fonksiyonun artışı ve oksidatif stresin azaltılmasıdır. Bir diğer etki mekanizması bağırsak mikrobiyotası değiştirme

üzerinedir. Epilepsi hastalarının çoğunda disbiyoz gözlenmiştir. Bu da kısa zincirli yağ asitleri ve serotonin gibi nörotransmitterlerin üretiminin azalmasına yol açabilmektedir. Ketojenik diyeti bağırsak mikrobiyotasını değiştirdiği ve bileşenlerin oranı arttırabilmesi sebebiyle nöbet önleyici etkilere yol açabileceği düşünülmektedir (41). Ketojenik diyet tedavisi, dört farklı yapıda uygulanabilmektedir. Bunlar; klasik ketojenik diyet, orta zincirli trigliserit (MCT) diyeti, Modifiye Atkins Diyeti, düşük glisemik indeks tedavisidir (44).

Klasik ketojenik diyet en kısıtlayıcı model olarak kullanılmaktadır. Klasik ketojenik diyetle karbonhidrat ve yağın hesaplanması diyetin temelini oluşturduğundan, enerji gereksinimleri ve günlük protein alımı önceden tanımlanmalıdır. Makro besinler, gram cinsinden belirlendikten sonra miktarlar öğünlere ve atıştırmalıklara eşit olarak bölünerek her öğünde aynı olması sağlanır (43). Bu oranlar genelde 3 veya 4 g yağa karşılık 1 g protein denk gelecek şekilde planlanır ve enerjinin %90'ı yağlardan kalan %10'u ise hem protein hem karbonhidrattan sağlanmaktadır (45).

MCT ketojenik diyet, uzun zincirli yağ asitleri yerine MCT kaynaklarının kullanıldığı diyet modelidir. MCT, portal kanla doğrudan karaciğere taşındığından ve hücre içi taşınmasında karnitine ihtiyaç duymadığından, uzun zincirli yağ asitlerine göre daha verimli bir şekilde emilmektedir. MCT'ler kan-beyin bariyerini geçebilir ve beyin metabolizmasını doğrudan etkileyerek nöronlar için alternatif bir enerji kaynağı sağlayabilmektedir. Uzun açlığa gerek duymadan ketozisi tetiklemektedir (46). Ayrıca, MCT, uzun zincirli trigliseritlerden daha fazla keton üretme özelliğine sahiptir. Yüksek yağ içeriği (%30-60), düşük protein (%10) ve düşük karbonhidrat (%15-19) içeren bir diyettir. Klasik ketojenik diyetle kıyasla önemli ölçüde daha düşük toplam kolesterol/yüksek yoğunluklu lipoprotein oranlarına sahiptir (43).

Atkins diyeti, 1970 yılında yağ alımına izin verirken karbonhidratları kısıtlamaktadır. Ketojenik diyetin aksine protein alımını veya günlük enerji kısıtlanmaz. Modifiye Atkins diyeti %60 yağ, %30 protein ve %10 karbonhidrat içeren öğünlere izin vermektedir. Atkins diyeti, ABD Johns Hopkins Hastanesi'nde 2003

yılından beri dirençli epilepsisi olan çocuk ve yetişkinleri tedavi etmek için kullanılmaktadır. Azalan glikoz alımı, idrar ketozuna neden olabilmektedir. Günlük multivitamin ve kalsiyum karbonat takviyelerinin alınması önerilmektedir (47, 48).

Yapılan bir çalışmada klasik ketojenik diyet ve modifiye Atkins diyeti karşılaştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 40 hastadan 30'u çalışmayı tamamlamıştır. Her iki diyet türünün de nöbet kontrolünde etkili olduğu bulunmuştur. Klasik ketojenik grubunda hastaların %60'ı, modifiye Atkins grubunda %53,3'ü nöbetsiz hale gelmiştir ve kalan hastaların $\geq$ %50'sinde nöbetlerde azalması görülmüştür. Her iki grupta da lipit profili çalışma süresi boyunca kabul edilebilir seviyelerde kalmıştır. Olumsuz etkiler hafif bulunmuş ve çalışma dönemi boyunca büyüme parametrelerinde ve EEG'de iyileşme sağlanarak tıbbi olarak tedavi edilebilmiştir (47,48).

Düşük glisemik indeks tedavisi, epilepsi için geliştirilen en liberal diyet tedavisi seçeneğidir. Bu diyet ilk kez 2005 yılında ABD Massachusetts Genel Hastanesi'nde dirençli epilepsi tedavisi için kullanılmıştır. Bu diyetle et, süt ürünleri, bazı meyveler, tam tahıllar ve ekmek gibi glisemik indeksi 50'nin altında olan yiyeceklere izin verilmesi yönünden klasik ketojenik diyetten farklıdır. Diyet, yağ alımını teşvik etmesi açısından klasik ketojenik diyetle benzer fakat, daha yüksek günlük karbonhidrat ve protein alımına izin vermesi açısından klasik ketojenik diyetten farklıdır. Düşük glisemik indeks diyeti özellikle, yalnızca yemek sonrası kan glukozunu küçük dalgalanmalarla yavaş yavaş artıran karbonhidratların tüketimine izin vererek kan glukoz seviyelerini stabilize etmeye odaklanmaktadır çünkü kan glukoz düzeyindeki ani değişikliklerin nöbet eşiğini düşürdüğü bilinmektedir (49).

İlaça dirençli çocukluk çağı epilepsisinde ketojenik diyet kullanımı, nöbet kontrolü ve kullanılan ilaç sayısının azaltılması açısından fayda sağlamaktadır. Ancak bu diyet terapisi sıradan diyet kadar güvenli değildir ve potansiyel olarak farklı olumsuz olaylara sebep olabilmektedir. Kısa vadeli olumsuz sorunlar arasında kabızlık, kusma, ishal, açlık, karın ağrısı, gastroözofageal reflü ve yağlı ishali içeren gastrointestinal rahatsızlıklar yer almaktadır. Uzun vadede ise hastalarda ise böbrek

fonksiyonlarında bozulma, kemik mineral yoğunluğunda azalma, kan lipid düzeylerinde artış görülebilmektedir (43).

2.6 Epilepside Sosyal Boyutlar

Epilepsi tanısı sadece çocuğu değil, ailesini ve çevresini de etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, epilepsinin tanı alan çocukların ebeveynleri üzerindeki etkisinin diğer kronik hastalıklara göre daha belirgin olduğunu bildirmiştir (50). Ebeveynler, hastalık durumunu öğrendikten sonra mükemmel bir çocuğun kaybı, çocuklarının her zaman diğer çocuklardan farklı olabileceğinin farkına varma, damgalanma duyguları ve damgalanmanın diğer aile üyelerine yayılabileceği korkusu gibi duygu ve düşünceler yaşayabilmektedir. Bu duygu ve düşünceler, aile dinamiklerini değiştirmekte ve ebeveynin epilepsili çocuğa ve kardeşlerine yönelik davranışlarını etkilemektedir (51).

Epilepsi tanısı sıklıkla çevre tarafından olumsuz yorumlanmaktadır. Bunun sonucunda ise epilepsili bireyde başkaları tarafından olumsuz tepkiler, tutumlar bekleme ve bu beklentilerin desteklediği özel bir "epileptik kimlik" gelişmeye başlamaktadır. Aile üyeleri, özellikle de ebeveynler, epilepsili bireylerin hastalığı kabul etme sürecinde önemli kilit figürlerdir çünkü çocuklarındaki epilepsi tanısına verdikleri tepkiler, çocuğun bunun önemine dair kendi yorumunu hazırlamasına destek olmaktadır (51, 52).

Ebeveynlerin tepkilerinin olumsuz olduğu durumlarda çocuk, epilepsiyi utanç verici bir durum olarak düşünmeyi öğrenir. Ebeveynlerin epilepsinin çevre tarafından tepkiler çekeceği yönündeki tutumları karşısında çocuk, epilepsinin sessiz kalınması gereken bir durum olduğunu öğrenir ve damgalama ile tanışmaya başlar. Damgalanma, kültürel olarak "istenmeyen derecede farklı" ve dolayısıyla "derinden itibarsızlaştırıcı" olarak tanımlanan bir niteliğe, örneğin bir sağlık durumuna sahip olmaktan kaynaklanan statü kaybını ifade etmektedir (52).

Yapılan araştırmalar, epilepsisi olmayan adolesanlarda genel epilepsi bilgisinin genellikle sınırlı veya tamamen eksik olduğunu bulmuştur (53). Örneğin, Nijerya’da epilepsiye yönelik akran tutumlarını değerlendiren bir araştırmada, akranların yalnızca %24’ü epilepsi hastalığına sahip arkadaşlarını bir doğum günü partisine davet edeceklerini, %29’u ebeveynlerinin epilepsili çocuk ile arkadaşlığını onaylamayacağına inandığını bildirmiştir (54). Damgalama aynı zamanda akranları tarafından zorbalığa uğrama, alay edilme veya dışlanma riskine de sahiptir. Sonuç olarak, akranların olumsuz tepkileri ve tutumları epilepsi için daha fazla gizleme ve daha fazla sosyal izolasyona yol açmaktadır (55).

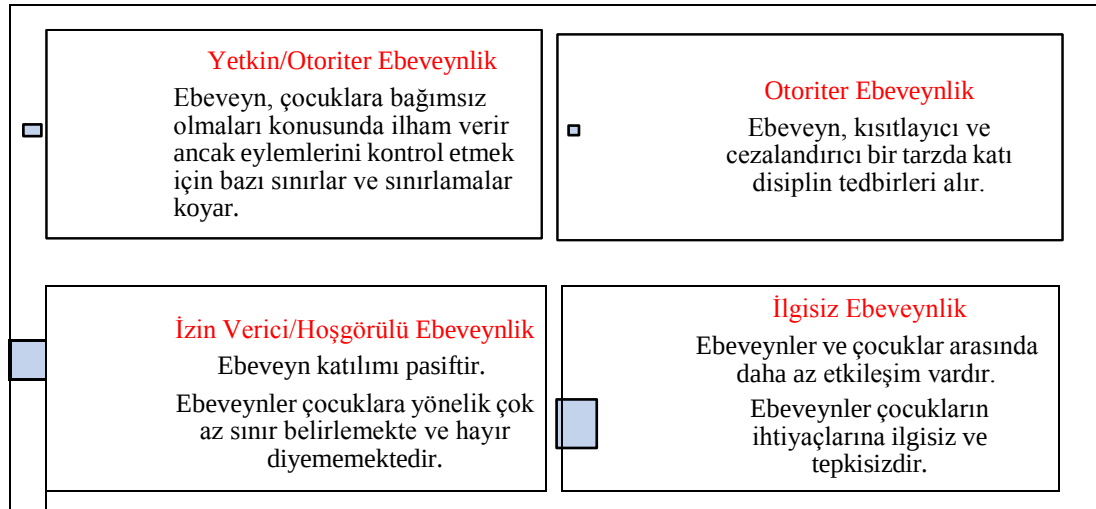
Epilepsili çocuklarına yönelik damgalanmayı algılayan ebeveynler, çocuklarını potansiyel olarak stresli durumlardan aşırı korumaya çalışmaktadırlar. Bu da çocuğın sosyal temasının kısıtlanmasının bir sonucu olarak duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirme riskini artırmaktadır. Örneğin Asyalı ebeveynlik tarzı, düşük destek (çok katı görünen) ve yüksek kontrol (çocukların sıkı izlenmesi ve aşırı korunması) ile karakterize edilmiştir. Özellikle Asyalı epilepsili çocukların batılı çocuklara göre daha pasif ve içine kapanık olma eğiliminde olduğu ve iç mekanlarda daha fazla zaman geçirmeye yatkın oldukları görölmüştür. Bu araştırmada Asyalı epilepsili ergenlerin ebeveynlerinden daha fazla etkilendiği bildirilmiştir (56).

Çocukluk çağı epilepsisinin öngörülemeyen doğası nedeniyle ebeveynler kendileri, çocukları ve aileleri için belirsiz bir gelecekle karşı karşıya olduklarını düşünmektedir. Bu belirsizlik, olumsuz ruh hallerine yol açarak stres düzeylerinde artışa, aynı zamanda başa çıkma becerilerinin azalmasına ve aile işleyişinin olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (51). Yapılan bir çalışmada epilepsi hastası çocukların bakım verenlerinin %25,7’sinin depresif ve kaygılı durumlar yaşadığı bulunmuştur (57). Başka bir araştırma, epilepsili çocukların ebeveynlerinin %53,3’ünün başkalarının tepkilerine ilişkin olumsuz algılara sahip olduğunu, sürekli öfke, kendilerini kınama, sosyal damgalanma, korku, kaygı ve depresyon hissettikleri için ailelerinin sosyal etkileşimlerini ve eğlence aktivitelerini kısıtladıklarını göstermiştir. Olumsuz duygular, hem ebeveynleri hem de epilepsili çocukları etkileyebilmekte, hastalık yüklerini arttırmakta ve yaşam kalitelerini azaltabilmektedir

(58). Genel olarak, ailelerin epilepsili çocuklara yönelik tutumları epilepsiyi sır olarak saklama isteği, ebeveynlerin çocuğun epilepsisi olduğunu inkar etme eğilimi, ebeveynlerin aşırı korumacılığı ve ebeveynlerin epilepsili çocuğa epilepsisi olmayan kardeşlere göre daha fazla kısıtlama getirme eğilimi gösterme şeklinde ortaya çıkmaktadır (59).

2.7 Ebeveynlik Stili

Ebeveynlik stili, ebeveyn tutumlarını, inanç ve davranışlarını içermektedir. Aynı zamanda ebeveyn sıcaklığının ve çocukların davranışlarına ilişkin kontrolün küresel bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir (60). Duyarlılık, ebeveynin yemek yeme ortamında çocuğun ihtiyaçlarına odaklandığı çocuk merkezli bir yaklaşımdır. Yemek zamanlarında duyarlı beslenme ve anne sıcaklığı, daha olumlu çocuk davranışları ve daha az yemek seçiciliği ile ilişkilendirilmiştir. Talepkarlık, ebeveynlerin yeme ortamı içerisinde çocuğun yeme davranışı üzerinde taleplerde bulunması ve çocuğun yemesini denetlemek gibi kontrol davranışlarını içermektedir (61). Duyarlılık ve talep etme boyutları dört beslenme stiline ayrılmıştır; (1) hoşgörülü (yüksek cevap verme, düşük talep etme), (2) otoriter (yetkin) (yüksek cevap verme, yüksek talep etme), (3) otoriter (düşük cevap verme, yüksek talep etme) ve (4) ilgisiz (düşük cevap verme, düşük talep etme) (61). Şekil 2’de ebeveynlik stillerinin sınıflandırılması gösterilmiştir.



Şekil 2. Ebeveynlik stillerinin sınıflandırılması (62).

2.8 Ebeveynlik Stili ve Çocuklarda Yeme Davranışı

Okul öncesi çocuklar üzerinde yapılmış bir çalışmada ebeveynlik stili ve çocukların diyet alımları araştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre yetkin/otoriter bir ebeveynlik tarzı okul öncesi çocuklar arasında daha sağlıklı beslenme diyet alımıyla ilişkili görülmüştür (63). Ebeveynlik tarzı ile çocuk beden kütle indeksi (BKİ) arasındaki ilişki, boylamsal çalışmalarda güçlü ve tutarlı bulunmuştur. İlgisiz, hoşgörülü veya son derece otoriter ebeveynlik stili, çocukta daha yüksek BKİ ile ilişkilendirilirken, otoriter/yetkin ebeveynlik tarzının sağlıklı vücut ağırlığı ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde beslenme davranışına yönelik tarzları için, hoşgörülü ebeveynlik, kesitsel çalışmalarda sürekli olarak obezite riskiyle ilişkilendirildiği görülmüştür (64).

Okul öncesi çocuklarda bakım verenler ve çocuklar arasındaki beslenme stilleri ve çocukların yiyecek tüketimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yetkili/otoriter ebeveynlik tarzı meyve ve sebzelerin mevcudiyeti ile pozitif olarak ilişkilirken; otoriter beslenme, meyve ve sebzelerin mevcudiyeti ile olumsuz olarak ilişkili görülmüştür. Yetkili ebeveynlik tarzının aynı zamanda çocuğun süt ürünleri, meyve ve sebze yemesini sağlamaya yönelik girişimlerle de pozitif olarak ilişkili olduğu ve çocukların süt ürünleri ve sebze tüketimini sağladığı rapor edilmiştir. Otoriter ebeveynlik stili ise çocuğun sebze tüketimiyle olumsuz yönde ilişkili görülmüştür (65).

Kronik hastalıkların yönetiminde de ebeveynlik stili oldukça önemlidir ve birçok farklı sonucu doğurmaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetli 100 ergenin ebeveynlerine yönelik değerlendirme testleri uygulanmıştır. Yetkin/otoriter ebeveynlik tarzı, çocukta daha iyi glisemik kontrol ve uyumu sağlarken, izin verici ebeveynlik tarzı, tip1 diyabet tedavisinde daha zayıf bağlılık göstermiştir (66). Birçok çalışma ebeveynlik tarzının çocukların kronik hastalık gelişimi ile ilişkisini incelemiştir ancak, sonuçlar tutarsız seyretmektedir. Ebeveynlik uygulamalarının aksine, ebeveynlik tarzı genel olarak ebeveyn-çocuk etkileşimlerini ifade ederken ebeveynlik uygulamaları belirli davranışlarla ilgilidir ve yemek kuralları gibi

durumlara yansımaktadır. Dolayısıyla ebeveynlik uygulamaları ebeveynlik stili bağlamı ile iç içedir (67).

2.9 Ebeveyn Beslenme Uygulamalarının Çocuklar Üzerinde Etkisi

Ebeveyn inançları ve beslenme uygulamaları çocukların yeme davranışlarının şekillenmesinde oldukça kritik bir rol oynamaktadır. Çocukların yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteleri, ebeveyn davranışlarından oldukça etkilenmektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi, sağlık bilgilerini işleyerek sağlıklı çocuk yetiştirme ile ilgili karar almalarını iyileştirmiştir. Örneğin; ebeveynler tutumlarını ve beslenme uygulamalarını, obeziteyi azaltmak için değiştirebilmektedirler (68).

Yapılan bir çalışmada 7-9 yaş arası çocuğu olan ebeveynlere Çocuk Beslenme Anketi uygulanmıştır ve ebeveynlerin çocuklarının kilolu, normal, zayıf olarak değerlendirmelerini ve çocuklarının gelecekte fazla kilolu olma durumları ile ilgili endişelerini puanlamaları istenmiştir. Kısıtlama, annenin aşırı kilo konusundaki kaygısıyla anlamlı ilişkili bulunmuştur (69).

Kısıtlama yönündeki ebeveyn besleme uygulamasının, özellikle okul öncesi çağıdaki çocuklarda aşırı yeme ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Boylamsal bir çalışmada 9 yaşındaki 173 kız çocuğunun seçici yeme davranışları ve diyeti üzerindeki annenin etkilerini değerlendirmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, çocuklarına yemek yemeleri için baskı yapma olasılığı daha düşük olan annelerin, çocuklarının yemek konusunda seçici olma veya fazla kilolu olma olasılığının daha düşük olduğu görülmüştür. Ebeveynler, çocuklarının sağlıklı alternatifleri seçmesini umarak enerji açısından yoğun gıdaları çocuklarının diyetinden oldukça kısıtladığında, çocukların genellikle bu yiyeceklere olan isteklerinin ve aç olmadıkları halde yönelimlerinin arttığı görülmüştür (70).

Ebeveynlerin beslenme uygulamaları, çocuklardaki yeme davranışının geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde etkileyen muhtemel faktörlerden biridir. Örneğin, ebeveynlerin istenen davranışları ödüllendirmek için yiyecek kullanması,

çocuklarda daha yüksek yiyecek seçiciliği ve duygusal yeme ile ileriye dönük olarak ilişkili bulunmuştur (71). Yapılan çalışmalar, çocukların yeme davranışlarını ebeveynlerin beslenme uygulamalarının etkilediğine işaret etmektedir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma sonucuna göre sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi/modellenmesi, sağlıklı gıdaların evde hazır bulundurulması ve atıştırma türü, yeri ve evde yemek kurallarının belirlenmesi gibi ebeveynlik uygulamalarının çocuk beslenme kalitesinin iyileştirilmesiyle bağlantılı olduğunu bulmuştur (72).

Ebeveynlerin çocuklar üzerindeki beslenme uygulamaları kadar kendilerinin beslenme davranışları da çocuklar üzerinde etkilidir. Endonezya'daki dört ilkokulda 126 çocuk arasında yürütülen kesitsel bir çalışma sonuçlarına göre çocukların kahvaltı alışkanlıklarının ebeveynlerin kahvaltı alışkanlıklarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucunda babaların %23'ü, annelerin %15,9'u her gün kahvaltı yapmadığını, çocukların ise %17'si sabah evde yiyecek olmadığı için kahvaltı yapmadıklarını bildirmiştir (73).

Ebeveynleri, çocuklarının yeme alışkanlıklarını kontrol etmek için daha fazla girişimde bulunduğunu bildiren çocukların, atıştırmalık tüketme olasılıkları daha yüksek görülmüştür (74). ABD'li çocuklarda gıda alımına ilişkin ulusal düzeyde temsili yapılmış araştırmalar sonucunda ebeveynlerin ve çocukların atıştırmalık tüketimi arasında pozitif bir ilişki olduğunu görülmüştür. Eğer ebeveynler gün boyunca daha fazla atıştırmalık yemeyi tercih ederse çocuklarında daha fazla atıştırmalık tüketme eğiliminde olduğu anlaşılmıştır (75).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Kesitsel tipteki bu çalışmanın amacı, epilepsi hastalığına sahip çocukların ebeveynleri ile bu sağlıklı çocukların ebeveynlerinin yeme zamanı davranışları ve ebeveynlik stillerinin çocukların yeme davranışı, büyümesi ve beslenme durumu üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

3.2 Araştırmanın Yeri, Tarihi, Örneklem Büyüklüğü

Araştırma, İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği ve Sağlam Çocuk Polikliniği'ne Eylül – Ocak 2023 tarihleri arasında başvuran 4-9 yaş arası çocukların ebeveynleri ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bu kliniklerden takipli çocuklar oluşturmaktadır. Araştırma örneklemi belirlemek için Güç Analizi G-Power (versiyon 3.1) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla araştırmanın başlangıcında dahil edilme kriterlerini sağlayan epilepsili çocuklar ve sağlıklı çocuklar ve ebeveynleri ile pilot çalışma yapılmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede yararlanılacak etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen tarafından geliştirilen hesaplama (d-değeri) yöntemi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü indeksi olan d değerini belirlemek için her iki araştırma grubunda 10 kişi olmak üzere toplam 20 katılımcı ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma verileri ışığında hasta ve sağlıklı çocuk ebeveynlerinin yemek yedirme ısrar düzeyinde yaklaşık $1,2 \pm 1,7$ birimlik bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu bulgudan hareketle araştırmada kullanılacak etki büyüklüğü düzeyi $d=0,785$ olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki nicel farklılık için $d=0,785$, %95 güven düzeyinde ($1-\alpha$), %80 test gücü ($1-\beta$) ile her grupta 28 olmak üzere toplamda 56 katılımcı örneklem grubu olarak hesaplanmıştır. Araştırmada olası kayıplar (yaklaşık %10) göz önünde bulundurularak araştırmanın toplam 62 katılımcı ile yapılmıştır. Epilepsili çocuklar epilepsi grubunu ($n=31$), sağlıklı çocuklar ($n=31$) ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmada ebeveynler (40 anne ve 22 baba) olarak dağılım göstermiştir.

Araştırma, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu (ATADEK) tarafından, 17 Ağustos 2023 tarih 2023/13 sayılı ATADEK toplantısında 2023-13/460 karar numarası ile tıbbi etik yönünden uygun bulunmuştur (EK 1). Ayrıca, araştırma öncesinde ebeveynlere araştırmanın amacı ve detayları hakkında bilgi verilmiş ve kendilerinin ve çocuklarının araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onamları alınmıştır (EK 2).

3.3 Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya Eylül – Ocak 2023 tarihleri arasında İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği ve Sağlıklı Çocuk Polikliniği'ne başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini sağlayan sağlıklı ve epilepsi hastası çocuklar ile ebeveynleri katılmıştır.

Tüm çocuklar ve ebeveynleri için dahil edilme kriteri; ebeveynlerin çalışmaya özel veri toplama formunu anlamalarına engel olacak psikiyatrik veya ruhsal bir rahatsızlığının olmaması ve ebeveynlerin araştırmaya katılmaya izin vermiş olmalarıdır. Ayrıca epilepsili gruba dahil edilme kriterleri arasında çocuğun 4-9 yaş arasında olması, epilepsi dışında herhangi bir hastalığının olmaması ve klasik ketojenik diyet dahil nöbet kontrolü için herhangi bir tıbbi beslenme tedavisi almaması (örneğin; MCT ketojenik diyet, modifiye Atkins diyeti ve düşük glisemik indeks tedavisi) kriterler arasındaydı.

Çalışmaya anne ve baba dışında bir ebeveyn ile katılacak çocuklar, nörolojik başka bir problemi veya eşlik eden bir fiziksel engeli olan çocukların ebeveynleri ve yaş grubu dışında yer alan çocukların ebeveynleri, psikiyatrik bir hastalığa sahip olan ebeveynler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırma, katılımcılara 6 bölümden oluşan bir veri toplama formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir (EK 3). Veri toplama formunun ilk bölümünde aile ile ilişkili

demografik bilgiler, ikinci bölümünde çocuğun demografik, antropometrik, medikal özellikleri ve beslenme alışkanlıklarına yönelik bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi (ÇBDA), dördüncü bölümde Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği, beşinci bölümde Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği, altıncı bölümde ise Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 puanının hesaplanabilmesi için besin tüketim kaydı formu bulunmaktadır.

3.4.1 Demografik ve tıbbi özellikler

Ebeveyn ve çocuğun yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, eş akrabalığı ve sağlık durumu gibi demografik özellikleri kaydedilmiştir. Çocukların ana öğün sayısı ve seçici yeme davranışı incelenmiştir. Ayrıca, epilepsili çocuğun tanı yaşı, farmakolojik tedavisi ve nöbet durumu gibi tıbbi bilgileri alınmıştır.

3.4.2 Antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi

Ebeveyn ve çocukların boy uzunluğu, hastane polikliniğinde bulunan stadiometre yardımı ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü, çıplak ayak baş dik konumunda ve gözler karşıya bakar durumda ve sırt yüzeye yaslanmış bir şekilde (Frankfort düzleminde) gerçekleştirilmiştir (76). Ebeveyn ve çocukların vücut ağırlığı ise poliklinikte bulunan tartı yardımıyla gerçekleştirilmiştir.

BKİ, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) önerilerine uygun olarak; $BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy (m)}^2$ formülü ile hesaplanmıştır. Ebeveynlerin BKİ, WHO önerilerine göre sınıflandırılmıştır (Tablo 2). Çocukların antropometrik ölçümleri WHO'nun yaşa ve cinsiyete özgü büyüme eğrileri ile değerlendirilmiş, Z skor değerleri hesaplanmıştır (77).

Tablo 2. BKİ Sınıflandırma (WHO) (77)

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırma
<18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25,0-29,9	Fazla kilolu
>30	Obez

3.4.3 Çocuklarda yeme davranışı anketi

Wardle ve ark. tarafından 2003 yılında yeme tarzının çeşitli yönlerindeki bireysel farklılıkların, çocuklarda ve yetişkinlerde ağırlık problemlerinin gelişiminde rol oynamakta olduğu bildirilmiştir (78). Çocuklarda yeme tarzının çeşitli boyutlarını değerlendirmek amacıyla Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) geliştirilmiştir. ÇYDA, ebeveynlerin yanıtladığı 35 maddelik, 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla, 5=her zaman) Likert tipi bir ankettir (78). Anketteki maddeler obezite ile ilgili önceki literatür bilgilerinden ve ebeveynler ile görüşmelerden elde edilen veriler ile oluşturulmuştur (78). Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz ve ark. tarafından 2008 yılında anaokulu ve anasınıflarına devam eden öğrencilerin ebeveynleri ile yapılmıştır (79). Anket; gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme, yemek seçiciliği olmak üzere 8 alt boyutta değerlendirilmiştir. Gıda heveslisi alt boyutu, (12, 14, 19, 20, 28. maddeler) çocuğun sürekli yemekle olan ilişkisine yönelik maddeler içermektedir. Duygusal aşırı yeme alt boyutu (2, 13, 15, 17. maddeler), duygu durumlarına bağlı olarak yeme davranışının artışına yönelik maddeler içermektedir. Gıdadan keyif alma alt boyutu (1, 3, 4, 5, 22. maddeler), iştah ve yemeyi sevmeye yönelik maddeleri ele almaktadır. İçme tutkusu alt boyutu (6, 29, 31. maddeler), içeceklere yönelik tutumu içermektedir. Tokluk heveslisi alt boyutu (7, 17, 21, 24, 26, 30, 33. maddeler), tabakta yemek bırakma, yemek bitmeden doyma, tadına bile bakmadan yemekten hoşlanmama gibi konuları ele almaktadır. Yavaş yeme alt boyutu (8, 18, 34, 35. maddeler), yemekte geçirilen sürenin uzunluğunu içermektedir. Duygusal az yeme alt boyutu (9, 11, 23, 25. maddeler), çocuğun duygularının sonucunda yeme davranışının azalmasına yönelik maddeleri içerir. Yemek seçiciliği alt boyutu (10, 16, 32. maddeler) ise yiyecek seçme davranışı kalıplarını içeren

maddelere sahiptir (79). Bu araştırmada YDA'nın Cronbach alfa (α) katsayı değeri 0,73 olarak bulunmuştur.

3.4.4 Ebeveyn yemek zamanı davranışları leği

Ebeveynlerin çocuklarını beslerken göstermiş oldukları davranışları değerlendirmeyi amaçlayan Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışları leği (EYZD), Hendy ve ark. (2009) tarafından geliştirilmiştir (80). Ölçeğin Türkçe dil uyarlaması Arslan ve Erol tarafından 2010-2011 yılları arasında yapılmıştır (81). EYZD, 31 maddeli, dokuz alt boyutlu ve l Likert tipindedir. Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır ve her alt boyut ayrıca değerlendirilebilmektedir (81). EYZD, 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Atıştırma miktarları alt boyutunda (25, 26, 27. maddeler) ebeveynlerin çocuklarının atıştırmalık sınırlamasına yönelik maddeler yer almaktadır. Olumlu ikna alt boyutunda (13, 14, 15, 16. maddeler), çocuklarına yemek yemenin faydalarına ilişkin söylemleri kullanmaları yer almaktadır. Günlük meyve sebze seçenekleri alt boyutu (17, 19, 20. maddeler) ebeveynlerin ve çocukların meyve sebze tüketimini ölçmektedir. Ödül kullanımı alt boyutu (1, 6, 7, 8. maddeler), ebeveynlerin çocuklarının yemesine ilişkin ödül kullanımına yönelik maddeler içermektedir. Yeme konusunda ısrar alt boyutu (28, 19, 30. maddeler), ebeveynlerin çeşitli durumlarda çocuklarının beslenmesine yönelik ısrarları içermektedir. Atıştırma modeli alt boyutu (21, 22, 23. maddeler), ebeveynlerin kendilerinin atıştırmalık tüketimini ölçmektedir. Özel yemekler alt boyutu (2, 3, 11, 31. maddeler), çocuğun ebeveynlerden ayrı yeme durumlarını incelemektedir. Hayvansal yağların azaltılması alt boyutu (12, 18, 24. maddeler), ebeveynlerin hem kendi yiyeceklerinde hem çocuklarına yönelik yiyeceklerde kullandıkları yağ durumunu ölçmektedir. Birden fazla yemek seçeneği alt boyutunda (4, 5, 9, 10. maddeler) ebeveynlerin çocukların kendi yemek seçimine izin vermelerine yönelik maddelere yer verilmiştir. Bu araştırmada EYZD'nn Cronbach alfa (α) katsayı değeri 0,60 olarak bulunmuştur.

3.4.5 Çok Boyutlu ebeveynlik stillerini değerlendirme leği

Çok Boyutlu Ebeveynlik Stillerini Değerlendirme leği (ÇBESDÖ) (Ebeveyn Formu), ebeveynlerin kendi ebeveynlik stillerini değerlendirmek üzere Parent ve

Forehand (2017) tarafından geliştirilmiştir (82). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Karababa (2019) tarafından yapılmıştır (83). ÇBESDÖ, 34 madde, 7 alt boyut içermektedir ve 5'li Likert (1. Hiçbir zaman, 5. Her zaman) tipindedir. Proaktif ebeveynlik alt boyutu (15, 19, 28, 32, 33, 34. maddeler), ebeveyn çocuk ilişkisinde oluşabilecek çatışmaların önlenmesine yönelik çocuğu merkez alan uygun tepkileri içermektedir. Olumlu pekiştirme alt boyutu (11, 18, 26, 30. maddeler), çocuğun kendine ait sorumlulukları yerine getirdiğinde ebeveynler tarafından kullanılan övgü, tebrik gibi davranışları içeren bir alt boyuttur. Samimi ilişki alt boyutu (1, 7, 21. maddeler), ebeveyn ve çocuk ilişkisinin sevgi şefkat düşkünlük duygularını barındırmasını içermektedir. Destekleyici yaklaşım alt boyutu (10, 17, 22. maddeler), ebeveynlerin çocuğun davranışlarını destekleme fikirlerini dinlemeye yönelik maddeleri içermektedir. Düşmanlık alt boyutu (4, 5, 6, 8, 13, 16, 29 maddeler), ebeveynin aşırı kontrolcü olma, çocuk ile tartışma yaşama, tehdit bağırma gibi söylemler kullanma, ebeveyn sinirlilik durumlarını içermektedir. Düşük kontrol alt boyutu (2, 3, 9, 12, 20, 23, 27 maddeler), ebeveynlerin çocuklarına yönelik kontrollerinin bulunmaması çocuklara izin verici tutum ve davranışı gösterme durumlarına yönelik maddeler içermektedir. Fiziksel kontrol alt boyutunda (14, 24, 25, 31. maddeler) ise ebeveynlerin çocuğa yönelik fiziksel disiplin kullanmalarına yönelik maddeler yer almaktadır. Ölçek, kapsamlı olumlu ebeveynlik (proaktif ebeveynlik, olumlu pekiştirme, samimi ilişki ve destekleyici yaklaşım) ve kapsamlı olumsuz ebeveynlik (düşmanlık, düşük kontrol ve fiziksel kontrol) olmak üzere iki boyutta da toplam puanlar hesaplanarak değerlendirilebilmektedir (83). Bu araştırmada ÇBESDÖ'nün Cronbach alfa (α) katsayı değeri 0,71 olarak bulunmuştur.

3.4.6 Sağlıklı yeme indeksi -2015

Çocukların diyet kalitesi Sağlıklı Yeme İndeksi (Healthy Eating Index, HEI-2015) ile değerlendirilmiştir. Ebeveynlerden 24 saatlik geriye dönük besin hatırlatma yöntemiyle çocuklarına ait besin tüketimleri alınmıştır. HEI-2015, Sağlıklı beslenmeye uyumu ölçen bir a priori endekstir ve değerlendirme yöntemi puan olarak 0 ile 100 arasında değişmektedir. Toplam puanı elde etmek için toplanan on iki bileşen puanından oluşmaktadır. Daha yüksek bir puan, HEI-2015'e daha fazla uygunluğu

göstermektedir (84). Amerikan Tarım Bakanlığı (USDA) Beslenme Politikası ve Teşviki Merkezi (CNPP) tarafından beslenme rehberlerine uyumu ölçmek için HEI geliştirilmiştir. HEI-2015 toplam 13 bileşenden oluşmaktadır ve 12 bileşenden ilk 9'u diyetin yeterliliğini, son 4'ü ise sınırlı tüketilmesi istenenleri belirlemektedir. HEI-2015 toplam puanı, yeterlilik ve sınırlı tüketim komponentleri toplanarak 100 puan üzerinden ifade edilmektedir. Bileşen puanları 0-5, 0-10 veya 0-20 aralığında olup toplamda %100'e denk gelen skor, önerilen miktarların karşılandığı veya geçildiği anlamına gelmektedir. Bireylerin diyet kalitesi, toplam HEI puanı ≤ 50 ise "kötü diyet kalitesi", 51-80 aralığında ise "geliştirilmesi gereken diyet kalitesi", >80 ise "iyi diyet kalitesi" olarak sınıflandırılmaktadır (85, 86).

3.5 İstatiksel Analiz

Çalışmada sürekli değişkenlerin normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Kategorik değişkenler frekans (n, %); sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları belirlenmiştir. Sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız örneklem t testi ile yapılmıştır. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyi Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler (aşırı beslenme davranış düzeyi) üzerindeki etkisinin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirilmiştir. Bütün istatistiksel hesaplamalar SPSS yazılımı versiyon 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır.

4 BULGULAR

4.1 Ebeveynlerin Demografik Özellikleri

Araştırmaya 31 epilepsi hastası çocuk, 31 sağlıklı çocuk ve toplam 62 ebeveyn katılmıştır. Epilepsi ve kontrol grubu ebeveynlerinin yaş ve BKİ ortalamaları benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Her iki grubun ebeveynlerinin medeni durumu, çalışma durumu, eşler arası akrabalık bağının olma durumu, gelir durumu ve tanı konmuş bir hastalık varlığı ile ilişkili dağılımları benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Kontrol grubundaki ebeveynlerin %51,6'sı ($n=16$), epilepsi grubundaki ebeveynlerin ise %29,0'u ($n=9$) üniversite mezunu olup, kontrol grubunun eğitim düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p=0,024$). Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Ebeveynlerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

	Epilepsi grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	p
	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl) ($\bar{X} \pm SD$)	37,71 $\pm$ 8,27	36,71 $\pm$ 7,19	0,532 ^a
BKİ (kg/m²) ($\bar{X} \pm SD$)	26,60 $\pm$ 4,39	25,78 $\pm$ 5,79	0,613 ^a
Cinsiyet			
Erkek	19 (61,3)	21 (67,7)	0,596 ^b
Kadın	12 (38,7)	10 (32,3)	
Medeni durum			
Evli	29 (93,5)	27 (87,1)	0,671 ^c
Bekar	2 (6,5)	4 (12,9)	
Eğitim düzeyi			
İlköğretim	15 (48,4)	5 (16,1)	0,024^{b*}
Lise	7 (22,6)	10 (32,3)	
Üniversite	9 (29,0)	16 (51,6)	
Çalışma durumu			
Evet	13 (41,9)	16 (51,6)	0,445 ^b
Hayır	18 (58,1)	15 (48,4)	
Eşler arası akrabalık bağı			
Evet	7 (22,6)	2 (6,5)	0,147 ^c
Hayır	24 (77,4)	29 (93,5)	
Gelir düzeyi			
Düşük	3 (9,7)	3 (9,7)	0,435 ^c
Orta	25 (80,6)	21 (67,7)	
Yüksek	3 (9,7)	7 (22,6)	
Tanı konmuş bir hastalık			
Hayır	23 (74,2)	26 (83,9)	0,349 ^b
Evet	8 (25,8)	5 (16,1)	

SD: Standart sapma; BKİ: Beden kütle indeksi

* $p<0,05$, a: Bağımsız Örneklem t testi, b: Pearson Ki-kare, c: Fisher testi

4.2 Çocukların Demografik ve Bazı Özellikleri

Epilepsi grubundaki ve sağlıklı çocuklara ait tanıtıcı özellikler Tablo 4'te sunulmuştur. Epilepsi grubunun %51,6'sı (n=16), sağlıklı çocukların %45,1'i (n=14) kızdır. Epilepsili ve sağlıklı çocukların ortalama yaşı ve BKİ Z skorları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arasında ana öğün sayısı ve besin seçiciliği durumu dağılımları farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Epilepsili çocukların tanı yaşı $62,29\pm32,98$ ay olarak belirlenmiştir. Epilepsili çocukların %74,2'sinin (n=23) hastalığı nedeniyle günlük en az bir ilaç aldığı, %58,1'inin (n=18) ayda en az bir defa nöbet geçirdiği, %29,0'unun (n=9) ailesinde bir bireyin epilepsi tanısı aldığı ve %61,3'üne (n=19) annenin bakım verdiği belirlenmiştir.

Tablo 4. Çocuğun Demografik ve Bazı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

	Epilepsi grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	p
	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl) ($\bar{X}\pm SD$)	7,03 $\pm$ 1,33	6,48 $\pm$ 1,37	0,114
BKİ Z skoru (kg/m²) ($\bar{X}\pm SD$)	0,28 $\pm$ 1,40	-0,27 $\pm$ 1,61	0,158 ^a
Tanı yaşı (ay) ($\bar{X}\pm SD$)	62,29 $\pm$ 32,98	N/A	N/A
Cinsiyet			
Kız	16 (51,6)	14 (45,1)	0,258
Erkek	15 (48,4)	17 (54,9)	
Kullanılan ilaç sayısı			
Tek	23 (74,2)	N/A	N/A
Birden fazla	8 (25,8)	N/A	
Farmakolojik tedavi sonrası nöbet geçirme durumu			
Nöbet geçirmeyen	13 (41,9)	N/A	N/A
Nöbet geçirmiş olan	18 (58,1)	N/A	
Ailede epilepsi öyküsü			
Evet	9 (29,0)	N/A	N/A
Hayır	22 (71,0)	N/A	
Primer bakım sağlayan kişi			
Anne	19 (61,3)	N/A	N/A
Anne ve Baba	9 (29,0)	N/A	
Diğer	3 (9,7)	N/A	
Ana öğün sayısı			
2 öğün	2 (6,5)	3 (9,7)	0,205 ^c
3 öğün	21 (67,7)	14 (45,2)	
3 öğünden fazla	8 (25,8)	14 (45,2)	
Besin seçme durumu			
Evet	20 (64,5)	19 (61,3)	0,793 ^b
Hayır	11 (35,5)	12 (38,7)	

SD: Standart sapma; BKİ: Beden kütle indeksi

* $p<0,05$, a: Bağımsız Örneklem t testi, b: Pearson Ki-kare, c: Fisher testi

4.3 Ölçek ve HEI-2015 Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 5’te epilepsi ve kontrol grubuna ait ölçek ve HEI-2015 puan ortalamalarına yer verilmiştir. ÇYDA alt boyut puanları, epilepsili ve sağlıklı grupta benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlıklı çocuk ebeveynlerine göre epilepsili çocuk ebeveynlerinin EYZDÖ atıştırma modeli alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ($p=0,044$), hayvansal yağların azaltılması alt boyut puan ortalaması ise düşük ($p=0,020$) olduğu saptanmıştır. Epilepsili çocuk ebeveynlerinin ÇBESDÖ olumlu ve olumsuz ebeveynlik stil puan ortalaması sırasıyla $93,55\pm 8,12$ ve $32,90\pm 7,38$ puan olarak; sağlıklı çocuk ebeveynlerinin $96,42\pm 6,36$ ve $35,55\pm 9,97$ puan olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). HEI-2015 puanları için iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Çalışma Gruplarına Göre Ölçek ve HEI-2015 Puanlarının Değerlendirmesi

	Epilepsi grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	p^a
	X$\pm$SD	X$\pm$SD	
ÇYDA			
Gıda Heveslisi	9,77 $\pm$ 4,04	11,00 $\pm$ 4,27	0,250
Duygusal Aşırı Yeme	6,65 $\pm$ 2,92	6,97 $\pm$ 2,63	0,649
Gıdadan Keyif Alma	15,61 $\pm$ 5,35	15,39 $\pm$ 4,91	0,863
İçme Tutkusu	9,84 $\pm$ 3,33	8,42 $\pm$ 3,97	0,132
Tokluk Heveslisi	21,81 $\pm$ 4,85	22,68 $\pm$ 5,83	0,525
Yavaş Yeme	9,90 $\pm$ 4,10	10,65 $\pm$ 4,55	0,503
Duygusal olarak az yeme	10,58 $\pm$ 4,49	12,00 $\pm$ 4,20	0,204
Yemek seçiciliği	8,16 $\pm$ 3,74	7,52 $\pm$ 3,23	0,471
EYZDÖ			
Atıştırma Miktarları	5,97 $\pm$ 1,92	6,55 $\pm$ 2,20	0,273
Olumlu İkna	9,26 $\pm$ 2,03	9,42 $\pm$ 1,63	0,731
Günlük Sebze Meyve Seçenekleri	7,45 $\pm$ 1,34	7,52 $\pm$ 1,48	0,858
Ödül Kullanımı	7,03 $\pm$ 1,87	7,19 $\pm$ 1,68	0,722
Yeme Konusunda Israr	5,06 $\pm$ 1,86	5,00 $\pm$ 1,63	0,885
Atıştırma Modeli	5,81$\pm$1,72	4,97$\pm$1,47	0,044*
Özel Yemekler	8,94 $\pm$ 1,15	8,74 $\pm$ 1,00	0,483
Hayvansal Yağların Azaltılması	3,65$\pm$1,14	4,48$\pm$1,59	0,020*
Birden Fazla Yemek Seçeneği	9,03 $\pm$ 1,76	8,65 $\pm$ 1,47	0,352
ÇBESDÖ			
Düşmanlık	13,45 $\pm$ 3,80	14,39 $\pm$ 5,18	0,421
Düşük Kontrol	14,65 $\pm$ 4,64	16,03 $\pm$ 5,98	0,312
Proaktif Ebeveynlik	25,23 $\pm$ 2,85	26,00 $\pm$ 2,63	0,271
Fiziksel Kontrol	4,81 $\pm$ 1,64	5,13 $\pm$ 2,06	0,498
Olumlu Pekiştirme	17,74 $\pm$ 2,86	18,29 $\pm$ 1,90	0,378

Tablo 5. Çalışma Gruplarına Göre Ölçek ve HEI-2015 Puanlarının Değerlendirmesi (devam)

	Epilepsi grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	p^a
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Destekleyici Yaklaşım	36,39±3,72	37,74±3,15	0,127
Samimi İlişki	14,19±1,28	14,39±0,99	0,507
<i>Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik</i>	93,55±8,12	96,42±6,36	0,127
<i>Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik</i>	32,90±7,38	35,55±9,97	0,240
HEI-2015	48,64±11,51	46,19±14,85	0,471

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, EYZDÖ: Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Değerlendirme Ölçeği, ÇBESDÖ: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği, HEI-2015: Sağlıklı Yeme İndeksi-2015, SD: Standart Sapma

*p<0,05, a: Bağımsız Örneklem t testi

4.4 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Tablo 6’da ÇBESDÖ sonucunda belirlenen olumlu ve olumsuz ebeveynlik stili alt boyut puanları ile diğer ölçeklerin alt boyut puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Epilepsi grubunda ÇBESDÖ olumlu ve olumsuz ebeveynlik stili alt boyut puanları ile EYZDÖ alt boyut puanları arasında herhangi bir ilişki görülmezken ($p>0,05$), kontrol grubunda olumsuz ebeveynlik puanı ile ebeveyn yeme zamanı davranışları ölçeği alt boyutu olan günlük sebze meyve seçeneği alt boyut puanı arasında negatif ($r=-0,404$; $p=0,024$) ilişki görülmüştür.

Kontrol grubunda olumsuz ebeveynlik puanı ile EYZDÖ’nün yeme konusunda ısrar ($r=0,455$; $p=0,010$) ve atıştırma modeli ($r=0,435$; $p=0,014$) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki görülmüştür.

Epilepsi grubunda ÇBESDÖ olumlu ebeveynlik stili alt boyut puanı ile ÇYDA alt boyutu olan tokluk heveslisi olma beslenme davranışı ($r=0,431$; $p=0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı olduğu saptanmıştır.

Epilepsi grubunda ÇBESDÖ olumsuz ebeveynlik stili alt boyut puanı ile ÇYDA alt boyutu olan gıda heveslisi ($r=0,472$; $p=0,007$), duygusal aşırı yeme ($r=0,449$;

p=0,011) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunda olumlu ebeveynlik stili ile ÇYDA duygusal olarak az yeme beslenme davranışı (r=0,372; p=0,040) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Ayrıca, kontrol grubunda olumsuz ebeveynlik stili ile ÇYDA duygusal aşırı yeme (r=0,367; p=0,042), duygusal olarak az yeme (r=0,445; p=0,012) arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamda anlamlı ilişki bulunmuştur. Kontrol grubunda olumsuz ebeveynlik stili ile ÇYDA alt boyutu olan gıdadan keyif alma beslenme davranışı arasında ise negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=-0,436; p=0,014).

Tablo 6. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

	Epilepsi grubu (n=31)				Kontrol grubu (n=31)			
	Olumlu Ebeveynlik		Olumsuz Ebeveynlik		Olumlu Ebeveynlik		Olumsuz Ebeveynlik	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ÇYDA								
Gıda Heveslisi	0,040	0,829	0,472	0,007*	-0,031	0,870	-0,020	0,917
Duygusal Aşırı Yeme	0,087	0,641	0,449	0,011*	0,107	0,568	0,367	0,042*
Gıdadan Keyif Alma	-0,260	0,157	0,075	0,688	-0,208	0,261	-0,436	0,014*
İçme Tutkusu	0,186	0,317	0,246	0,181	0,260	0,158	0,085	0,649
Tokluk Heveslisi	0,431	0,015*	-0,049	0,794	0,203	0,272	0,252	0,172
Yavaş Yeme	0,110	0,557	0,055	0,770	0,073	0,695	0,259	0,160
Duygusal Olarak Az Yeme	0,060	0,750	-0,022	0,905	0,372	0,040*	0,445	0,012*
Yemek Seçiciliği	-0,309	0,091	0,079	0,672	-0,025	0,892	-0,062	0,741
EYZDÖ								
Atıştırma Miktarları	0,202	0,276	0,225	0,223	-0,164	0,377	-0,099	0,596
Olumlu İkna	0,213	0,249	0,231	0,212	0,343	0,059	0,293	0,109
Günlük Sebze Meyve Seçenekleri	0,050	0,789	0,032	0,866	-0,300	0,101	-0,404	0,024*
Ödül Kullanımı	0,049	0,792	0,073	0,698	0,251	0,173	0,218	0,238
Yeme Konusunda Israr	-0,135	0,470	0,166	0,373	0,160	0,388	0,455	0,010*
Atıştırma Modeli	-0,204	0,270	0,030	0,873	-0,027	0,885	0,435	0,014*
Özel Yemekler	0,146	0,432	0,035	0,854	0,217	0,241	-0,270	0,142
Hayvansal Yağların Azaltılması	-0,011	0,955	0,043	0,817	-0,146	0,433	-0,171	0,358
Birden Fazla Yemek Seçeneği	-0,286	0,119	0,039	0,836	0,155	0,405	-0,034	0,856

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, EYZDÖ: Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Değerlendirme Ölçeği, ÇBESDÖ: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği, HEI-2015: Sağlıklı Yeme İndeksi-2015, SD: Standart Sapma

*p<0,05, r: Pearson Korelasyon Testi

4.5 HEI-2015 Puanları ve BKİ Z Skoru ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 7’de araştırma gruplarına göre HEI-2015 ve BKİ Z skorları ile ölçeklerin alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmaktadır. Epilepsi grubunda HEI-2015 skoru ile ÇBESDÖ kapsamlı olumlu ebeveynlik alt boyut puanları ile diğer alt boyutlardan olumlu pekiştirme ($r=0,360$; $p=0,47$) ve destekleyici yaklaşım ($r=0,376$; $p=0,037$) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise HEI-2015 skoru ile EYZDÖ alt boyutu olan atıştırma miktarları ($r=0,361$; $p=0,046$) ve günlük sebze meyve seçeneği ($r=0,427$; $p=0,017$) puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Epilepsili çocuklarda ÇYDA gıda heveslisi olma davranışı ($r=0,431$; $p=0,016$) ve gıdadan keyif alma ($r=0,470$; $p=0,008$) alt boyut puanları arttıkça, BKİ Z skorlarının da istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir.

Tablo 7. HEI-2015 Puanları ve BKİ Z Skoru ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	HEI-2015 Puanı				BKİ Z Skoru			
	Epilepsi grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)		Epilepsi grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
ÇBESDÖ								
Düşmanlık	0,108	0,562	-0,065	0,730	-0,053	0,776	-0,232	0,209
Düşük Kontrol	-0,068	0,716	-0,234	0,205	0,291	0,113	-0,141	0,450
Proaktif Ebeveynlik	0,316	0,084	0,003	0,987	-0,040	0,831	0,242	0,189
Fiziksel Kontrol	0,035	0,851	-0,170	0,360	-0,040	0,832	-0,140	0,453
Olumlu Pekiştirme	0,360	0,047*	-0,140	0,453	0,006	0,972	-0,088	0,638
Destekleyici Yaklaşım	0,376	0,037*	-0,268	0,144	-0,042	0,823	-0,152	0,415
Samimi İlişki	0,274	0,135	-0,214	0,248	0,087	0,642	-0,028	0,883
Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik	0,453	0,011*	-0,207	0,264	-0,017	0,927	-0,005	0,977
Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik	0,021	0,912	-0,209	0,259	0,147	0,431	-0,234	0,205
EYZDÖ								
Atıştırma Miktarları	0,169	0,365	0,361	0,046*	-0,007	0,970	-0,301	0,100
Olumlu İkna	0,183	0,325	-0,164	0,378	-0,338	0,063	-0,210	0,256
Günlük Sebze Meyve Seçenekleri	0,233	0,207	0,427	0,017*	-0,069	0,714	0,045	0,809
Ödül Kullanımı	0,083	0,659	0,132	0,480	-0,063	0,736	-0,314	0,085
Yeme Konusunda Israr	0,020	0,917	0,164	0,379	-0,263	0,153	-0,172	0,355
Atıştırma Modeli	-0,013	0,944	-0,118	0,528	-0,177	0,341	-0,153	0,412
Özel Yemekler	0,114	0,542	-0,006	0,974	0,243	0,188	0,122	0,514
Hayvansal Yağların Azaltılması	0,234	0,206	0,037	0,845	0,318	0,081	-0,163	0,381
Birden Fazla Yemek Seçeneği	-0,051	0,786	-0,181	0,329	0,249	0,177	0,242	0,190

Tablo 7. HEI-2015 Puanları ve BKİ Z Skoru ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (devam)

	HEI-2015 Puanı				BKİ Z Skoru			
	Epilepsi grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)		Epilepsi grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ÇYDA								
Gıda Heveslisi	0,054	0,772	0,242	0,189	0,431	0,016*	-0,018	0,922
Duygusal Aşırı Yeme	0,057	0,762	0,111	0,553	0,146	0,432	-0,024	0,899
Gıdadan Keyif Alma	-0,011	0,953	0,267	0,146	0,470	0,008*	0,342	0,059
İçme Tutkusu	0,135	0,469	-0,223	0,227	-0,027	0,887	0,199	0,282
Tokluk Heveslisi	0,260	0,158	-0,339	0,062	-0,347	0,056	-0,018	0,923
Yavaş Yeme	0,101	0,590	-0,019	0,918	-0,344	0,058	-0,271	0,141
Duygusal Olarak Az Yeme	0,085	0,647	-0,144	0,441	-0,147	0,430	-0,136	0,467
Yemek Seçiciliği	-0,298	0,104	0,329	0,071	0,227	0,219	0,207	0,263

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, EYZDÖ: Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Değerlendirme Ölçeği, ÇBESDÖ: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği, HEI-2015: Sağlıklı Yeme İndeksi-2015, SD: Standart Sapma

*p<0,05, r: Pearson Korelasyon Testi

4.6 Epilepsili Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 8’de epilepsili çocukların bazı özelliklerine göre ölçek ve HEI-2015 puanlarının değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Hastalık nedeniyle günlük iki ve daha fazla ilaç alan epilepsili çocukların ÇYDA alt boyutu olan yavaş yeme puanı ($7,25 \pm 3,37$) günlük tek doz ilaç alan epilepsi çocuklardan ($10,83 \pm 3,99$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p=0,031$). Çoklu ilaç kullanımı olan epilepsili çocukların ebeveynlerinde ise ÇBESDÖ alt boyutu olan destekleyici ebeveyn yaklaşım stili puanının ($38,63 \pm 3,62$) tek anti-epileptik kullanan çocukların ebeveynlerinkinden ($35,61 \pm 3,50$) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,046$).

Nöbet geçirmeyen çocuklara ($13,15 \pm 4,88$) göre ayda en az bir defa nöbet geçiren çocukların ($17,39 \pm 5,08$) ÇYDA gıdadan keyif alma alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek görülmüştür ($p=0,027$).

Besin seçtiği bildirilen epilepsili çocukların ÇYDA tokluk heveslisi olma puanının ($23,80 \pm 4,26$), besin seçmediği belirtilen epilepsili çocuklardan ($18,18 \pm 3,71$)

daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Ayrıca, besin seçtiği bildirilen epilepsili çocukların ÇYDA yemek seçiciliği alt boyut puanı ile ÇBESDÖ samimi ilişki alt boyut puan ortalaması ($10,27\pm2,33$ ve $14,75\pm0,44$), besin seçmediği belirtilen epilepsili çocuklardan ($7,00\pm3,91$ ve $13,18\pm1,66$) daha yüksek saptanmıştır ($p=0,007$ ve $p=0,011$). Besin seçtiği bildirilen çocukların ÇYDA gıdadan keyif alma alt boyut puanı ($14,10\pm5,58$) ise besin seçmediği belirtilen epilepsili çocuklardan ($18,36\pm3,72$) daha düşük bulunmuştur ($p=0,031$).



Tablo 8. Epilepsili Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	Yaş (Ay)		p	İlaç Sayısı (Adet)		p	Nöbet Geçirme		p	Besin Seçme		p
	≤65 ay	>65 ay		I	≥II		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	X±SD	X±SD		X±SD	X±SD		X±SD	X±SD		X±SD	X±SD	
ÇYDA												
Gıda Heveslisi	9,29±3,56	10,18±4,46	0,550	9,78±4,42	9,75±2,92	0,985	10,44±3,68	8,85±4,47	0,284	9,25±3,42	10,73±5,02	0,338
Duygusal Aşırı Yeme	6,50±3,06	6,76±2,88	0,806	6,87±3,27	6,00±1,51	0,477	6,61±2,87	6,69±3,09	0,941	5,90±1,83	8,00±4,00	0,124
Gıdadan Keyif Alma	15,21±4,74	15,94±5,93	0,713	15,17±5,98	16,88±2,80	0,448	17,39±5,08	13,15±4,88	0,027*	14,10±5,58	18,36±3,72	0,031*
İçme Tutkusu	9,57±3,55	10,06±3,23	0,692	9,74±3,51	10,13±2,95	0,783	9,83±3,57	9,85±3,11	0,992	10,25±3,55	9,09±2,88	0,362
Tokluk Heveslisi	22,07±4,27	21,59±5,41	0,788	22,30±5,17	20,38±3,70	0,341	20,78±3,98	23,23±5,72	0,169	23,80±4,26	18,18±3,71	0,001*
Yavaş Yeme	10,64±4,40	9,29±3,87	0,371	10,83±3,99	7,25±3,37	0,031*	9,33±4,06	10,69±4,19	0,372	10,35±4,67	9,09±2,81	0,357
Duygusal Olarak Az Yeme	11,07±4,81	10,18±4,31	0,589	10,61±4,64	10,50±4,31	0,954	10,72±4,61	10,38±4,48	0,840	10,65±4,34	10,45±4,95	0,910
Yemek Seçiciliği	8,21±3,31	8,12±4,17	0,944	8,17±3,89	8,13±3,52	0,975	9,11±3,20	6,85±4,16	0,097	10,27±2,33	7,00±3,91	0,007*
EYZDÖ												
Atıştırma Miktarları	5,36±1,87	6,47±1,88	0,110	6,00±1,95	5,88±1,96	0,877	6,11±1,91	5,77±2,01	0,633	5,65±1,69	6,55±2,25	0,221
Olumlu İkna	9,79±1,72	8,82±2,22	0,194	9,22±2,26	9,38±1,30	0,854	9,22±2,05	9,31±2,10	0,910	9,50±2,12	8,82±1,89	0,380
Günlük Sebze Meyve Seçenekleri	7,07±1,64	7,76±0,97	0,178	7,35±1,43	7,75±1,04	0,473	7,11±1,57	7,92±0,76	0,067	7,70±1,22	7,00±1,48	0,167
Ödül Kullanımı	7,00±1,62	7,06±2,11	0,932	6,91±2,04	7,38±1,30	0,556	6,78±1,99	7,38±1,71	0,382	7,40±1,85	6,36±1,80	0,143
Yeme Konusunda Israr	4,57±1,22	5,47±2,21	0,164	5,26±2,03	4,50±1,20	0,327	4,78±1,80	5,46±1,94	0,321	5,05±2,01	5,09±1,64	0,954
Atıştırma Modeli	6,14±1,56	5,53±1,84	0,332	6,00±1,78	5,25±1,49	0,296	5,89±1,64	5,69±1,89	0,759	5,80±1,82	5,82±1,60	0,978
Özel Yemekler	9,29±1,07	8,65±1,17	0,127	8,87±1,18	9,13±1,13	0,598	9,06±1,26	8,77±1,01	0,504	9,15±0,88	8,55±1,51	0,242
Hayvansal Yağların Azaltılması	3,50±1,02	3,76±1,25	0,530	3,61±1,03	3,75±1,49	0,769	3,83±1,25	3,38±0,96	0,288	3,50±0,95	3,91±1,45	0,348
Birden Fazla Yemek Seçeneği	9,00±2,00	9,06±1,60	0,928	9,13±1,79	8,75±1,75	0,607	9,33±1,28	8,62±2,26	0,316	9,05±2,06	9,00±1,10	0,930

Tablo 8. Epilepsili Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (Devam)

	Yaş (Ay)		p	İlaç Sayısı (Adet)		p	Nöbet Geçirme		p	Besin Seçme		p
	≤65 ay	>65 ay		I	≥II		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	X±SD	X±SD		X±SD	X±SD		X±SD	X±SD		X±SD	X±SD	
ÇBESDÖ												
Düşmanlık	12,57±2,79	14,18±4,42	0,249	13,61±3,99	13,00±3,42	0,703	12,56±2,75	14,69±4,75	0,124	13,65±3,50	13,09±4,46	0,702
Düşük Kontrol	13,71±4,20	15,41±4,98	0,319	14,83±5,19	14,13±2,70	0,720	14,67±4,64	14,62±4,84	0,976	15,10±4,12	13,82±5,60	0,472
Proaktif Ebeveynlik	25,07±3,25	25,35±2,57	0,789	24,96±2,85	26,00±2,88	0,381	24,61±2,81	26,08±2,78	0,161	25,55±3,09	24,64±2,38	0,402
Fiziksel Kontrol	5,29±2,02	4,41±1,18	0,143	4,48±1,16	5,75±2,43	0,192	4,89±1,84	4,69±1,38	0,748	4,40±0,99	5,55±2,30	0,141
Olumlu Pekiştirme	18,21±2,15	17,35±3,35	0,414	17,48±3,16	18,50±1,69	0,394	18,00±1,85	17,39±3,93	0,564	18,00±3,21	17,27±2,15	0,508
Destekleyici Yaklaşım	37,50±4,03	35,47±3,28	0,133	35,61±3,50	38,63±3,62	0,046*	36,72±3,36	35,92±4,27	0,564	36,40±3,78	36,36±3,80	0,980
Samimi İlişki	14,00±1,36	14,35±1,22	0,453	14,09±1,35	14,50±1,07	0,440	13,89±1,53	14,62±0,65	0,119	14,75±0,44	13,18±1,66	0,011*
<i>Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik</i>	94,79±8,71	92,53±7,72	0,451	92,13±8,44	97,63±5,78	0,100	93,22±7,07	94,00±9,69	0,798	94,70±8,36	91,45±7,61	0,295
<i>Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik</i>	31,57±5,29	34,00±8,75	0,371	32,91±8,22	32,88±4,58	0,990	32,11±5,08	34,00±9,87	0,491	33,15±5,07	32,45±10,68	0,807
HEI-2015	50,29±13,70	47,28±9,58	0,479	47,52±10,12	51,87±15,17	0,366	46,33±10,25	51,84±12,79	0,193	50,29±12,31	45,63±9,72	0,288

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, EYZDÖ: Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Değerlendirme Ölçeği, ÇBESDÖ: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği, HEI-2015: Sağlıklı Yeme İndeksi-2015, SD: Standart Sapma

*p<0,05, a: Bağımsız Örneklem t testi

4.7 Epilepsili Çocukların Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 9’da epilepsili çocukların ebeveynlerinin bazı özelliklerine göre ölçek ve HEI-2015 puanlarının değerlendirilmesi gösterilmiştir.

EYZDÖ alt boyutlarından olan atıştırma modeli puanı 40 yaş altı ebeveynlerde ($6,39 \pm 1,75$) 40 yaş ve üzeri ebeveynlere ($5,00 \pm 1,35$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,024$).

Kadınlara ($11,05 \pm 4,26$) kıyasla erkek ($7,75 \pm 2,73$) ebeveyni araştırmaya katılan epilepsili çocukların ÇYDA alt boyutu olan gıda heveslisi olma beslenme davranış düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,024$).

Lise ve üstü eğitim düzeyine sahip ebeveyni olan epilepsili çocukların ÇYDA tokluk heveslisi olma ve yavaş yeme alt boyut puanları ($23,69 \pm 5,08$ ve $11,31 \pm 4,14$), ilköğretim mezunu ebeveynlerden ($19,80 \pm 3,80$ ve $8,40 \pm 3,60$) yüksek bulunmuştur ($p=0,023$ ve $p=0,046$). Ayrıca ÇYDA yemek seçiciliği alt boyut puanı da lise ve üzeri eğitime sahip ebeveynlerde ($9,73 \pm 2,89$) ilköğretim mezunu ebeveynlere ($6,69 \pm 3,93$) göre daha yüksektir ($p=0,020$). Lise ve üstü eğitim düzeyine sahip ebeveyni olan epilepsili çocukların ÇYDA gıdadan keyif alma alt boyut puanının ($13,75 \pm 5,43$) ise ilköğretim mezunu ebeveynlerden daha düşük ($17,60 \pm 4,64$) olduğu belirlenmiştir ($p=0,043$).

İlköğretim mezunu ebeveynlere ($13,67 \pm 1,63$) göre lise ve üstü eğitim alan ebeveynlerin ($14,69 \pm 0,48$) ÇBESDÖ samimi ilişki kurma alt boyut puanının ($14,69 \pm 0,48$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,033$).

Tablo 9. Epilepsili Çocukların Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Ölçümler	Yaş (Yıl)		p	Cinsiyet		p	Eğitim		
	<40	≥40		Erkek	Kadın		İlköğretim	Lise ve üstü	p
	X±SD	X±SD		X±SD	X±SD		X±SD	X±SD	
ÇYDA									
Gıda Heveslisi	9,89±4,86	9,62±2,69	0,856	11,05±4,26	7,75±2,73	0,024*	10,60±4,44	9,00±3,60	0,278
Duygusal Aşırı Yeme	6,89±3,58	6,31±1,70	0,593	6,95±2,86	6,17±3,07	0,477	7,40±3,80	5,94±1,57	0,182
Gıdadan Keyif Alma	15,67±4,85	15,54±6,19	0,949	16,00±5,22	15,00±5,74	0,621	17,60±4,64	13,75±5,43	0,043*
İçme Tutkusu	10,78±3,10	8,54±3,31	0,063	10,37±3,04	9,00±3,72	0,272	10,27±3,22	9,44±3,48	0,497
Tokluk Heveslisi	22,33±4,64	21,08±5,24	0,486	21,84±4,57	21,75±5,48	0,960	19,80±3,80	23,69±5,08	0,023*
Yavaş Yeme	10,39±3,99	9,23±4,32	0,447	9,95±3,84	9,83±4,67	0,941	8,40±3,60	11,31±4,14	0,046*
Duygusal Olarak Az Yeme	9,67±3,85	11,85±5,13	0,186	11,68±4,30	8,83±4,39	0,085	10,93±4,77	10,25±4,33	0,679
Yemek Seçiciliği	8,06±3,40	8,31±4,31	0,857	8,42±3,73	7,75±3,89	0,635	6,69±3,93	9,73±2,89	0,020*
EYZDÖ									
Atıştırma Miktarları	6,17±1,98	5,69±1,89	0,507	6,16±1,80	5,67±2,15	0,498	6,40±1,96	5,56±1,86	0,232
Olumlu İkna	9,39±2,25	9,08±1,75	0,681	9,68±1,57	8,58±2,54	0,145	8,93±1,87	9,56±2,19	0,398
Günlük Sebze Meyve Seçenekleri	7,44±1,38	7,46±1,33	0,973	7,68±1,06	7,08±1,68	0,283	7,27±1,58	7,63±1,09	0,465
Ödül Kullanımı	7,06±1,89	7,00±1,92	0,937	7,37±1,83	6,50±1,88	0,213	6,93±2,28	7,13±1,46	0,781
Yeme Konusunda Israr	4,94±1,70	5,23±2,13	0,680	5,26±2,18	4,75±1,22	0,408	5,13±1,51	5,00±2,19	0,846
Atıştırma Modeli	6,39±1,75	5,00±1,35	0,024*	6,00±1,56	5,50±1,98	0,440	5,93±1,71	5,69±1,78	0,698
Özel Yemekler	8,83±1,25	9,08±1,04	0,570	8,79±0,92	9,17±1,47	0,384	9,00±1,36	8,88±0,96	0,769
Hayvansal Yağların Azaltılması	3,61±1,09	3,69±1,25	0,849	3,53±1,07	3,83±1,27	0,475	3,80±1,08	3,50±1,21	0,474
Birden Fazla Yemek Seçeneği	9,11±1,57	8,92±2,06	0,775	8,79±1,87	9,42±1,56	0,342	9,27±1,03	8,81±2,26	0,475

Tablo 9. Epilepsili Çocukların Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi (Devam)

Ölçümler	Yaş (Yıl)		p	Cinsiyet		p	Eğitim		p
	<40	≥40		Erkek	Kadın		İlköğretim	Lise ve üstü	
	X±SD	X±SD		X±SD	X±SD		X±SD	X±SD	
	ÇBESDÖ								
Düşmanlık	14,28±4,36	12,31±2,59	0,158	14,05±3,82	12,50±3,73	0,275	12,20±4,11	14,63±3,18	0,075
Düşük Kontrol	15,56±5,51	13,38±2,82	0,164	15,21±5,04	13,75±3,98	0,403	16,07±5,54	13,31±3,26	0,100
Proaktif Ebeveynlik	25,33±3,25	25,08±2,29	0,809	25,21±3,14	25,25±2,45	0,971	24,33±2,94	26,06±2,57	0,091
Fiziksel Kontrol	4,72±1,32	4,92±2,06	0,743	5,11±1,94	4,33±0,89	0,144	5,33±2,09	4,31±0,87	0,096
Olumlu Pekiştirme	17,50±3,33	18,08±2,14	0,588	18,21±1,75	17,00±4,05	0,258	17,60±2,10	17,88±3,50	0,794
Destekleyici Yaklaşım	35,83±3,73	37,15±3,72	0,338	37,11±3,26	35,25±4,25	0,181	36,27±3,94	36,50±3,63	0,865
Samimi İlişki	14,17±1,47	14,23±1,01	0,893	14,11±1,49	14,33±0,89	0,636	13,67±1,63	14,69±0,48	0,033*
Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik	92,83±8,96	94,54±7,03	0,573	94,63±6,98	91,83±9,75	0,359	91,87±8,40	95,13±7,79	0,272
Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik	34,56±8,39	30,62±5,16	0,145	34,37±7,78	30,58±6,30	0,168	33,60±9,17	32,25±5,42	0,619
HEI-2015	46,40±10,75	51,75±12,23	0,207	48,83±11,76	48,34±11,62	0,911	47,56±11,91	49,65±11,42	0,622

ÇYDA: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, EYZDÖ: Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Değerlendirme Ölçeği, ÇBESDÖ: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stili Değerlendirme Ölçeği, HEI-2015: Sağlıklı Yeme İndeksi-2015, SD: Standart Sapma

*p<0,05, a: Bağımsız Örneklem t testi

5 TARTIŞMA

Çocukluk çağı epilepsisi, çocukluk döneminde en sık görülen nöroloji temelli bir hastalıktır. Hastalık sadece nöbetlerle sınırlı kalmayıp, çocuğu ve aileyi de sosyal yönden etkileyebilmektedir. Çocuklardaki yeme davranışı çevresel birçok nedenden etkilenmektedir. Ebeveynler çocuklarına yiyecek ortamları ve deneyimleri sağlamaktadır. Çocuklar ebeveynlerinin yeme davranışlarını, yaşam tarzını, yemeyle ilgili tutumlarını ve beden imajına ilişkin memnuniyet veya memnuniyetsizliklerini kendilerine model alırlar (87). Epilepsi hastalığının getirdiği sosyal, psikolojik, maddi yüklerin ebeveynlerin davranışlarına yansıyabileceği ve dolaylı olarak çocuğun beslenme davranışını etkileyebileceği öngörülmektedir. Bu araştırmada epilepsi hastası çocukların ebeveynlerinin yeme zamanı davranışları ile ebeveynlik stillerinin çocuğun yeme davranışına, büyümesine ve beslenme durumuna etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

5.1 Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik ve Bazı Özellikleri

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 6-18 yaş arası epilepsili çocuğu olan ebeveynler değerlendirilmiş ve ebeveynlerin %53,3’ünün 34-48 yaş arasında olduğu %86,7’sinin evli ve %40’ının ortaokul ve lise mezunu olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin %73,3’ünün aktif bir işinin olduğu, %80’inin aylık gelirinin giderini karşıladığını %20’sinin eşi ile arasında akrabalık durumunun olduğu belirlenmiştir (88). Bu araştırmada epilepsi hastası çocuğa sahip ebeveyn yaşı ortalama 37,71±8,27 yıl olarak belirlenirken, ebeveynlerin %93,5’ünün evli olduğu, %22,6’ünün akraba evliliği yaptığı, %48,4’inin ilköğretim mezunu, %41,9’sinin aktif olarak bir işte çalıştığı, %80,6’inin gelirinin giderlerini karşıladığı görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada epilepsi hastası 8-18 yaş çocukların ebeveynleri ile kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin karşılaştırılmıştır. Ebeveynlerin eğitim durumları arasında epilepsi hastası grubun ilköğretim seviyesinde eğitim alma oranı, kontrol grubunun ise lise ve üstü eğitim alma oranı daha yüksek bulunmuştur (89). Bu

Çalışma için de benzer sonuçlar mevcuttur. Sağlıklı ocuk ebeveynlerin lise ve üzeri eğitim alma oranı daha fazladır ($p=0,024$).

Başka bir çalışmada 201 epilepsi hastası, 201 sağlıklı kontrol grubu araştırmaya dahil edilmiştir. Anne baba akrabalığı oranı epilepsi grubunda %74,1 iken kontrol grubunda bu oran %54,7 olarak grlmştir. Ayrıca olgular arasında ailede epilepsi öyküsü araştırma grubunda %24, kontrol grubunda %10 olarak araştırma grubunda yüksek bulunmuştur (90). Bu çalışmada ise epilepsi grubunun % 23'nde kontrol grubunun %7'sinde akraba evliliği grlmştir. Ayrıca araştırma grubunun %29'unun ailesinde bir bireyin epilepsi tanısı aldığı bulunmuştur.

Epilepsi grubunun ebeveynleri kontrol grubunun ebeveynlerinden daha düşük eğitim düzeyine sahiptir ($p<0,05$). Benzer şekilde, epilepsili ve sağlıklı çocukların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin yaş ortalaması açısından iki grup arasında bir fark gözlenmezken, sağlıklı grubun ebeveynleri epilepsili çocukların ebeveynlerinden daha yüksek eğitim düzeyine sahiptir. Bu çalışmanın tek bir merkezde yapılmış olması ve ebeveynlerin demografik özelliklerinin benzer olması, benzer sosyokültürel özelliklere sahip homojen bir grubun değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Sosyokültürel zelliklerin ebeveynlik tarzını ve yeme davranışlarını etkileyebileceği düşünüldüğünde, bu homojenlik davranışsal özelliklerin değerlendirilmesinde karıştırıcı faktörlerin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Esentürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2-6 yaş arası otizmli çocukların ebeveynleri ile çocukların beslenmesi üzerine gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 57 otizm tanılı ocuk ebeveyni katılmıştır. Çocukların %91'i  öğün beslenmekte, %28'inde besin seçme davranışı grlmştir (91). Bu çalışmada ise epilepsi hastası çocukların %68'i, sağlıklı grup çocukların ise %45'i  öğün beslenmektedir. Epilepsi hastası çocukların %65'i, sağlıklı grup için ise %61'i besin seçtiğini belirtmiştir. Gruplar arasında çocukların demografik bilgilerinde herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.2 Ebeveynlik Stilinin Değerlendirilmesi

Ebeveynin çocuğu ile etkileşimi sırasında gösterdiği çeşitli tutum, inanç ve davranışları ebeveynlik stili olarak tanımlanmaktadır. Olumlu ebeveynlik stilleri, olumlu katılım gibi sıcak ve yakın ilişkiler; olumsuz ebeveynlik stilleri ise otoriter ebeveynlik, cezalandırıcı, aşırı koruma ve reddetme gibi katılık veya çocukları şımartma ile karakterize edilmektedir (92).

Ebeveynin demografik özelliği ile ebeveynlik stili arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada okul öncesi çocukların ebeveynleri üzerinde yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin ebeveynlik stili türlerini belirlemek için Ebeveynlik Uygulamaları Anketi, Aktif Ebeveynlik Yayıncısı ve Çocuklar için Sullivan Duygusal Zeka Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucu, eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çoğunlukla otoriter ebeveynlik tarzını uyguladıklarını göstermektedir (93). Bu çalışmada ise ilköğretim mezunu ebeveynlere göre lise ve üstü eğitim alan ebeveynlerin samimi ilişki kurma ebeveynlik stili düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.033$).

Kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin olumlu ebeveynlik stiline sahip olmasının çocuğun sağlığı ile ilişkili parametrelerde olumlu etki yaratacağı öngörülmektedir. Kronik astım hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılmış bir çalışma sonucuna göre olumlu ebeveynlik tarzı, çocuğun genel öz-yeterliliği, ilaç uyumu ve astım kontrolü ile pozitif yönde; olumsuz ebeveynlik tarzı ise negatif ilişkili bulunmuştur (94). Çin’de 2019 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada 3-16 yaş arası kronik hastalık tanısı almış çocuğu olan 236 ebeveyn ile sağlıklı çocukları olan 98 ebeveynin ebeveynlik stili ve çeşitli ebeveyn kalıpları değerlendirilmiştir. Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde sağlıklı çocukların ebeveynlerinden daha düşük düzeyde otoriter ebeveynlik stili ve aile dayanıklılığı bulunmuştur (95). Bu çalışmada epilepsili çocuk ebeveynlerinin ÇBESDÖ olumlu ve olumsuz ebeveynlik stil puan ortalaması sırasıyla $93,55 \pm 8,12$ ve $32,90 \pm 7,38$ olarak hesaplanırken; sağlıklı çocuk ebeveynlerinin $96,42 \pm 6,36$ ve $35,55 \pm 9,97$ olarak hesaplanmıştır ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bir meta-analiz çalışmasında kronik hastalık tanısı almış çocuğu olan ailelerin ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynlik davranışları ve tarzları, sağlıklı çocukları olan ailelerle karşılaştırmıştır (94). Olumlu ebeveyn-çocuk ilişkilerinin kronik hastalığı olan çocuklarda daha düşük olma eğiliminde olduğu, bu ailelerde daha düşük ebeveyn duyarlılığı, daha yüksek talepkarlık ve aşırı koruyucu davranış düzeyleri gözlemlendiği bildirilmiştir. Ayrıca, sağlıklı çocuklara sahip ailelerde daha yüksek otoriter ve ihmalkâr ebeveynlik düzeyleri ve daha düşük otoriter ebeveynlik düzeyleri gözlenmiştir. Çeşitli kronik hastalıkları olan çocuklarla yapılan çalışmaları içeren bu meta-analiz, epilepsi, işitme bozukluğu ve astımı olan çocukların ailelerinin uygun koruyucu davranış, kontrol ve ebeveyn sıcaklığı düzeylerini belirlemek ve ebeveynler ile çocuklar arasında olumlu karşılıklı ilişkiler kurmak için mücadele ettiklerini öne sürmüştür (94). Bu çalışmada ise epilepsili ve sağlıklı çocuklarının ebeveynlerinin ÇBESDÖ alt boyut puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler açısından gruplar arası farklılıklar saptanmış olmakla birlikte, ebeveynlik stilleri arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonucun ebeveynlerin sosyokültürel açıdan benzer özelliklere sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, epilepsili ve sağlıklı çocukların ebeveynlerinin ÇBESDÖ alt ölçeklerinin puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişki açısından gruplar arasında farklılıklar görülmesine rağmen, ebeveynlik tarzları arasında bir fark gözlenmemiştir ($p>0,05$); bu durumun ebeveynlerin benzer sosyokültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

5.3 Ebeveynlik Stili ile Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Literatürde ölçme aracı olarak ÇBESDÖ ve EYZDÖ kullanarak ebeveynlik stilini ve yeme zamanı davranışlarını birlikte değerlendiren araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak, farklı değerlendirme araçlarının kullanıldığı çalışmalarda ebeveynlik stili ile ebeveynlerin yeme zamanı davranışları arasındaki ilişkiyel sonuçlar bulunabilmektedir.

Brezilya’da yapılan bir çalışmada 1-7 yaş arası olan sağlıklı çocukların ebeveynlerine Bakıcının Beslenme Stilleri Anketi, ebeveynlerin yemek zamanı

eylemleri EYZDÖ ile değerlendirilmiştir (96). Çalışmada belirli besin türleri için besin reddi, besin seçiciliği veya yeni ve tanıdık yiyeceklerin reddedilmesi, yalnızca dar bir yiyecek yelpazesinin kabul edilmesi için şemsiye bir tanım olarak sorunlu yeme kavramı olarak adlandırılmıştır. Hoşgörülü ebeveynlik stiline sahip ebeveynlerin çocuklarının daha az sorunlu beslenme davranışı sergilediği görülmüştür. Hoşgörülü ebeveyn tarzının, çocuğun yemek sırasında aileyle aynı menüyü paylaşma ve ebeveynlerin daha yüksek sıklıkta atıştırma sınırlama davranışının çocukların sorunlu beslenme davranışı göstermesi ile ters ilişkili olduğu bulunmuştur (96). Başka bir çalışmada 3-5 yaş arası çocuğu olan 715 ebeveyne Bakıcıların Beslenme Stilleri Anketi uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarında ebeveynlerin hoşgörülü beslenme tarzlarının, çocukların meyve, %100 meyve suyu, sebze ve süt ürünleri gibi besin ögesi açısından zengin gıda alımlarının azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (97).

Bu çalışmada epilepsi grubunda EYZDÖ alt boyutu olan atıştırma modeli puanları, kontrol grubunda ise hayvansal yağların azaltılması alt boyut puanları yüksek saptanmıştır. Bu sonucun epilepsili grubun ebeveynlerinin duygusal açıdan yaşadıkları stres nedeniyle kendilerinin atıştırma alışkanlıklarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kontrol grubunun ebeveynlerinin eğitim düzeyinin yüksek olmasının, beslenme okuryazarlıklarının da yüksek olmasını sağlayarak, özellikle hayvansal yağ tüketimini azalttığı ön görüşmüştür. Kontrol grubunda olumsuz ebeveynlik puanı ile EYZDÖ alt boyutu olan yeme konusunda ısrar, atıştırma modeli arasında pozitif, günlük sebze meyve seçeneği ile negatif ilişki göstermiştir. Literatürde tartışmalı sonuçların varlığına rağmen elde edilen bu sonuçlar, sağlıklı grupta olumsuz ebeveynlik uygulamalarının sağlıklı besin tüketiminin azalmasına yol açtığını gösteren çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.

5.4 Ebeveynlik Stili ile Çocuğun Yeme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Literatürde epilepsili çocukların ebeveynlik stili ve çocukların yeme davranışı arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, sağlıklı çocuklarla yapılan araştırmalarda duygusal olarak beslenme ve yemek yeme baskısının sağlıksız gıda alımının artması ve sağlıklı gıda alımının azalması yönünde olumsuz etkilere yol

açtığı; gizli kontrol, teşvik davranışlarının ise tam tersi yönde çocuğun beslenme davranışını etkilediği bildirilmiştir (98, 99, 100).

Okul öncesi dönemdeki (2-6 yaş) sağlıklı 511 çocuğun ÇYDA ve Alabama Ebeveynlik Anketi kullanılarak değerlendirilen bir çalışmada olumsuz ebeveynlik tarzlarının çocukların yeme davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (101). Olumsuz ebeveynlik stili alt boyutları ile duygusal aşırı yeme, daha yüksek besin seçiciliği, daha yüksek tokluk hevesliliği ve yavaş yeme arasında ilişki bulunmuştur. Olumlu ebeveynlik stilleri ve çocuk yeme davranışı arasında tutarlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (101).

Kuzey Carolina'da yaşayan 3,5 yaşında çocuğa sahip 162 ebeveyn ile yapılmış olan çalışmada ÇYDA, Bakıcının Beslenme Stilleri Anketi uygulanmış ve 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır. Çalışma sonucuna göre, ebeveynlerin beslenme tarzının yetkin/otoriter olduğu çocuklarda gıdaya daha fazla duyarlılık, daha yüksek beslenme kalitesiyle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Ebeveyn besleme tarzının sadece otoriter olduğu çocuklarda yemek yemede daha fazla yavaşlama, daha düşük beslenme kalitesiyle önemli ölçüde ilişkili; ebeveyn besleme tarzından bağımsız olarak, daha fazla yemek seçiciliği olan çocukların diyet kalitesi önemli ölçüde daha düşük olduğu bildirilmiştir (102).

Podlesak ve arkadaşları (2017), Yemek Zamanı Değerlendirme Anketi ve Ebeveynlik Tarzları ve Boyutları Anketi'ni kullanarak 2-5 yaş arası sağlıklı çocuklarda ve ebeveynlerinde ebeveynlik tarzı ile seçici yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemiştir (103). Otoriter ve izin verici ebeveynlik stilleri, çocuklarda seçici yeme davranışları ile pozitif ilişkili bulunmuştur (103).

Bu çalışmada ÇBDA yemek seçiciliği alt boyut puanları gruplar arasında farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ebeveynleri tarafından besin seçtiği ifade edilen epilepsili çocukların ÇBDA yemek seçiciliği ve tokluk heveslisi alt boyut puanları da besin seçmediği belirtilen çocukların puanından yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.007$ ve $p=0.001$) ve bu çocukların ebeveynlerinin ÇBESDÖ'ne göre samimi ilişki kurma ebeveynlik stili alt boyut puanı da daha yüksek saptanmıştır ($p=0.011$). Epilepsili

çocuklarda seçici yeme davranışı ve tabağında yemek bırakma, yeni besinleri yememe, çabuk doyma gibi davranışların daha fazla görülmesinin, ebeveynlerin çocukları ile hastalığın getirdiği yük nedeniyle samimi ilişki kurma çabalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde olumsuz ebeveynlik tutumu ile besin seçiciliği arasında saptanan pozitif ilişki, kronik hastalığı olan ebeveyn ve çocuklarda farklı seyredebildiği düşünülmektedir. Nitekim epilepsili grupta besin seçiciliği davranışına rağmen HEI-2015 puanları ve BKİ Z skorları, sağlıklı grup ile benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada epilepsili grupta olumsuz ebeveynlik stili ile gıda heveslisi ve duygusal aşırı yeme arasında; olumlu ebeveynlik stili ile de tokluk heveslisi olma davranışı arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise olumlu ebeveynlik davranışının duygusal olarak az yeme davranışı ile pozitif; olumsuz ebeveynlik davranışının ise gıdadan keyif alma davranışı ile negatif ve duygusal aşırı yeme davranışı ile pozitif yönlü ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, epilepsi grubunda olumsuz ebeveynlik stiline sahip ebeveynleri olan çocukların daha fazla besin alımına yöneldiğine işaret etmektedir. Bu durumun iki nedenden kaynaklanabileceği öngörülmektedir; epilepsili çocukların ebeveynleri, çocuklarının sağlıklı büyüme ve gelişime sahip olması açısından daha fazla besleme eğilimlerine sahip olabilmektedir. Bu yaklaşım, her iki grubun da HEI-2015 skoru ve BKİ ortalamalarının benzer olması ile desteklenmektedir. Öte yandan, beslenme biyopsikolojik bir kavramdır ve çocukta büyüme-gelişme açısından önemli olmasının yanı sıra besin tüketimi, hedonik bir role sahiptir. Bu açıdan da ebeveynlerin çocuğa yaklaşımları sonucu şekillenen beslenme davranışları, beslenmenin hedonik boyutu ile bağlantılı olabilir.

5.5 Epilepsili Çocuklarda Uygulanan Farmakolojik Tedaviler ve Yeme Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Epilepsi ve endokrin sistem arasında karmaşık ilişkilerin varlığı bildirilmektedir ve epilepsili çocuklarda büyüme gelişme geriliği beklenen bir durumdur (104). Epileptik atakların yönetiminde kullanılan antiepileptik ilaçlar, nörotransmisyon ve endokrin sistem başta olmak üzere multisistemik etkilere sahiptir. Bu etkileşim, birçok

besin ögesinin metabolizmasını, emilimini ve yeme davranışı sonuçlarını değiştirebilir. Bu nedenle epileptik hastalar besin eksikliği ve bunun istenmeyen etkileri açısından daha yüksek risk altında olabilir (105). Antiepileptik ilaç ve iştah ilişkisi hakkında yapılmış az sayıda çalışmada epilepsi tedavisinde özellikle sık kullanılan valproik asit (VPA) ile tedavi edilen ergenlik öncesi çocuklarda serum ghrelin düzeylerinin arttığını öne sürmektedir (104). Öte yandan bazı çalışmalar, VPA tedavisi alan epileptik erişkinlerde ve normal kilolu ergenlik öncesi çocuklarda ghrelin düzeylerinin azaldığını göstermiştir (106). Antiepileptik tedavi alan 35 hasta ile sağlıklı kontrol grubu ghrelin açısından karşılaştırılmıştır. Epilepsili gruplarda daha yüksek seyreden ghrelin seviyesi görülmüştür. Epilepside yüksek serum ghrelin düzeylerinin kökeni ve nöbetlerle ilişkisi tam olarak bilinmemektedir (107).

Yapılan farklı bir çalışmada ise ergenlik öncesi VPA tedavisi alan 20 epilepsi hastasının BKİ, açlık plazma glukoz, insülin, leptin, ghrelin ve adiponektin düzeyleri, lipid profilleri tedaviden önce ve 6 ve 12 aylık takip periyodunda değerlendirilmiştir. Tedavi öncesi değerler, 6 ve 12 ay sonundaki değerlerle karşılaştırıldığında ortalama BKİ, plazma insülin, leptin, düzeyleri artarken plazma ghrelin ve adiponektin düzeyleri, lipid profillerinde değişiklik görülmemiştir. VPA tedavisi sırasında ağırlık kazanımının insülin, leptin seviyelerindeki artışlarla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (108).

Bu çalışmada ilaç cinsi sorgulaması yapılmamış, ilaçlar tekli ve çoklu kullanım olarak sorgulanmıştır. Çalışmada iki ve daha fazla antiepileptik ilaç alan epilepsili çocuklarda yavaş yeme alt boyut puanı, tek antiepileptik alanlardan daha düşük ($p=0.031$), nöbet geçirmeyen çocuklara göre ayda en az bir defa nöbet geçiren çocukların gıdadan keyif alma beslenme davranış düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.027$).

5.6 Ebeveynlik Stili ve Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışları ile Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ebeveyn tutumları ve yemek zamanı davranışları ile şekillenen çocukların yeme davranışları, beslenmelerinin kalitesini ve dolayısıyla büyümelerini etkilemektedir.

Amerika’da 99 ebeveyn üzerinde yapılmış bir çalışmada ebeveyn-çocuk ilişkisi ve çocuk yeme davranışları arasındaki ilişki besin tüketim kaydı, Bakıcının Beslenme Tarzları Anketi ve antropometrik ölçümler aracılığıyla değerlendirilmiştir (109). Ebeveynlerin çocuğun isteklerine oldukça duyarlı olduğu ve çocuktan az talepte bulunduğu izin verici beslenme tarzının en yaygın ebeveyn beslenme tarzı olduğu görülmüştür. Bu beslenme tarzı, çocuğun düşük besin ögesi yoğunluklu gıdaların tüketimi ile ilişkilendirilmiştir (109).

Amerika’da yapılan diğer bir araştırmada 9-15 yaş arası çocukların diyet kalitesi HEI-2005 kullanılarak değerlendirilmiştir ve ebeveynlere Ebeveynlik Stilleri ve Boyutları Anketi uygulanmıştır (110). Otoriter ebeveynlik stili alt boyut puanları artış gösterdikçe, çocukların diyet kalitelerinin arttığı bildirilmiştir. Hoşgörülü davranışlar sergileyen ebeveynlerin çocuklarının HEI-2005 puanlarının daha düşük olduğu, çocukların yiyecek seçimine özgürlük tanınmasının sağlıksız yiyecekler seçmeleriyle sonuçlanabileceği bildirilmiştir (110).

Aile yemekleri çocukların beslenmesinde merkezi bir öneme sahiptir. Kalori alımlarının yaklaşık üçte ikisi evde hazırlanan yiyeceklerden gelmektedir ve öğünlerin çoğu aile ortamında yenir. Aile yemekleri bu nedenle çocukların yiyecek seçimlerini ve tercihlerini şekillendiren biçimlendirici bir öğrenme ortamı görevi görür. Aile yemeklerinde ebeveynlerin davranışları çocuğun yeme davranışı geliştirmesinde ve hayatına yansıtmasında önemlidir. Yemek sürecinde olumlu bir atmosfer yaratmak için yapılan eylemleri inceleyen bir çalışma sonucunda televizyon ile akıllı telefonları kapatmak en sık bildirilenler arasında yer almıştır. Aynı zamanda ebeveynlerin meyve ve sebze alımı ve olumlu bir yemek zamanı atmosferi yaratması, çocukların daha beslenme kalitesinde artışa (daha yüksek sebze ve meyve tüketimine) yardımcı olmuştur (111). Bu çalışmada da literatür ile benzer şekilde EYZDÖ günlük sebze meyve seçeneği alt boyut puanı, kontrol grubunun HEI-2015 puanları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Hollanda’da yapılmış bir çalışmada 3626 ebeveyn ve erken çocukluk dönemindeki çocukları arasında beslenme ve aile yemek zamanı uygulamaları ile çocukların beslenme kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır (112). Ebeveyn besleme

uygulamaları (izleme, yemek yeme baskısı ve kısıtlama) ve aile yemek zamanı uygulamaları (öğün atlama davranışları ve aile yemek sıklığı) ebeveyn anketleriyle değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda ebeveynlerin kısıtlama davranışları, çocuğun beslenme kalitesinde artış ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Öğün atlamayan çocuklarla karşılaştırıldığında, öğün atlayan çocukların diyet kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, aile yemeğini daha az sıklıkta yiyen çocukların, her gün aile yemeği yiyen çocuklara kıyasla beslenme kalitesi daha düşük bulunmuştur (112).

Çeşitli hastalıklarda ebeveynlik stili ve diyet kalitesi inceleyen araştırmalara literatürde rastlanmamıştır. Ancak yapılan bir araştırmada yaşları 2-17 arasında değişen 41 otizmli çocuğun ebeveyninden 24 saatlik besin tüketim kaydı alınarak HEI puanları değerlendirilmiştir (113). HEI alt boyut puanları arasında yer alan bütün meyve, toplam sebze, süt ürünleri, proteinli besinler, deniz ürünleri ve bitkisel protein için otizmli çocuklarda HEI bileşen puanları önemli ölçüde daha düşük; tam tahıllar, yağ asitleri, ilave şekerler ve rafine tahıllar ise daha yüksek skorlara sahip bulunmuştur. Ancak, HEI'nin 13 bileşeninin tamamı ve toplam HEI puanı otizmli çocuklar ve sağlıklı çocuklarda benzer saptanmıştır (113).

Otizmli grup ile yapılmış olan diğer çalışmada 3-6 yaş arası otizmli çocukları olan 65 aile ile yaş ve cinsiyet açısından eşleşen, tipik gelişim gösteren çocukları olan 65 ailenin çocukların yeme davranışları, Otizm Yemek Zamanı Davranış Envanteri ve ÇYDA kullanılarak değerlendirilmiştir (114). Diyet kalitesi ve çeşitliliği, Çin Çocuk Diyet Endeksi toplam puanı ve diyet çeşitliliği puanı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda otizmli çocukların, normal gelişim gösteren akranlarına göre daha fazla yeme ve yemek zamanı sorunu gösterdiği ve beslenme kaliteleri ve diyet çeşitliliklerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (114). Bu çalışmada ise epilepsili grupta ebeveyn yeme zamanı davranışları ölçek alt boyutları ve diyet kalitesi üzerinde anlamlı bir farka rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada HEI-2015 puanları, gruplar arasında farklılık göstermemekle beraber, EYZDÖ alt boyutu olan atıştırma miktarları puanları ile HEI-2015 puanları arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiştir. Ayrıca, epilepsi grubunda ÇBESDÖ olumlu pekiştirme, destekleyici yaklaşım ve kapsamlı olumlu ebeveynlik puanları ile HEI-

2015 skoru arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu sonucun sağlıklı çocuklardan farklı olarak kronik hastalığı olan ebeveyn-çocuk çifti arasındaki ilişki dinamiklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu araştırmada sağlıklı çocuklarda ebeveynlerin EYZDÖ atıştırma miktarları ve günlük sebze meyve seçeneği alt boyut puanları ile HEI-2015 skorları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Fakat literatürde başka bir çalışmada ebeveynlerin atıştırma miktarlarını sınırlamasının, sebze meyve tüketmeye yönlendirip baskı kurmasının, 5-11 yaş arası çocuklarda kısa vadede sebze alımını arttırsa da uzun vadede yenen yiyeceğin miktarını içsel tokluk ipuçlarıyla düzenleme yeteneğini azaltabileceği ve açlık olmadığında yemeyi arttırabileceği ve ağırlık artışına neden olabileceği bildirilmiştir (115).

5.7 Ebeveynlik Stili ve Çocukların Yeme Davranışının Büyüme ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yapılan araştırmalarda otoriter ebeveynlik biçimlerinin (ebeveyn sıcaklığı ve rehberliği ile karakterize edilen) daha hoşgörülü veya zorlayıcı ebeveynlik biçimlerine göre vücut ağırlığı ile ilgili daha olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu rapor edilmiştir (116, 117, 118, 119). Başka bir çalışma sonucuna göre olumlu ebeveynlik stili ile çocuklarda yemeye ilgili öz düzenlemenin iki bileşeni olarak bildirilen tokluk duyarlılığının azalması ve yiyecekten daha fazla keyif alma arasında ilişki bulunmuştur. Hoşgörülü beslenme tarzına sahip ebeveynlerin çocuklarının vücut ağırlıklarının da diğer beslenme tarzlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (120).

Okul öncesi çocuklar üzerinde yapılmış olan bir çalışmaya 81 ebeveyn dahil edilmiştir (121). Çalışma sonucuna göre çocukların yeme davranışları ile BKİ Z skorları arasındaki ilişkide ebeveynlerin hoşgörülü beslenme tarzının düzenleyici etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ebeveynin hoşgörülü bir beslenme tarzına sahip olması, özellikle gıdaya duyarlı okul öncesi çocuklarda sağlıksız ağırlık sonuçları açısından risk faktörü olabilmektedir. Fakat bu durum yemekten hoşlanan çocuklar için bu geçerli görülmemiştir (121).

Sağlıklı çocukların yeme davranışlarına ilişkin Brezilya'da 6-10 yaş arası çocuklar ile yapılmış bir çalışmada BKİ Z skorlarına göre yeme davranışları ÇYDA

ile değerlendirilmiştir. Fazla kilolu çocukların yiyecek yaklaşımı ile ilişkili alt boyutlarda daha yüksek, yiyecekten kaçınma ile ilişkili alt boyut puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (122). Diğer bir araştırmada ise 6-12 yaş arası sağlıklı çocukların yeme davranışları ÇYDA kullanılarak değerlendirilmiştir (123). Gıda tüketimine yönelik olumlu eğilimler ile ilişkili olan yiyecek yaklaşım puanları çocukluk çağı obezitesi ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunurken, duygusal aşırı yeme, içme isteği alt boyut puanları ile obezite arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Öte yandan, gıdadan kaçınma ile ilişkili olan tokluğa yanıt verme, yemede yavaşlık alt boyutları, çocukluk çağı obezitesi ile ters ilişkili bulunmuştur (123). Başka bir araştırmada ise 3-13 yaş arasında toplam 240 çocuğun ÇYDA puanları ile BKİ arasındaki ilişki incelenmiştir (124). Çalışma sonucunda BKİ Z skoru, gıda yaklaşım alt boyut puanları ile pozitif yönde; gıdadan kaçınma alt boyut puanları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (124).

Nörolojik bir hastalık olan Tourette sendromlu (TS) çocuklarda yapılmış bir çalışmada gıda yaklaşımı ve gıdadan kaçınma davranışlarındaki farklılıklar ve bunların ebeveyn yemek zamanı eylemleriyle ilişkisi EYZDÖ ve ÇYDA aracılığıyla değerlendirilmiştir (125). TS'li çocuklar kontrol grubuna kıyasla daha yüksek gıdaya yaklaşma davranışı, artan gıda duyarlılığı, duygusal aşırı yeme ve içme isteği sergilemiştir. İki grup arasında genel olarak gıdadan kaçınma davranışlarında önemli bir fark gözlenmemesine rağmen TS grubunda duygusal aşırı yeme ve telaşlanma eğilimi önemli ölçüde daha yüksektir. Gruplar arasında BKİ Z skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (125).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 2-12 yaş arası 520 sağlıklı çocuğun ebeveynlerine ÇYDA uygulanmış ve çocukların büyümesi değerlendirilmiştir. Yeme davranışı alt boyutları arasından normal ve zayıf çocuklarda bir fark görülmezken, zayıf grup ile karşılaştırıldığında aşırı kilolu çocuklarda yeme yavaşlığı ve yemek seçiciliği alt boyutları arasında ters ilişki görülmüştür. Tokluk heveslisi puanlarındaki artışın çocuğun fazla kilolu olma ihtimalini 1,3 kat arttırdığı görülmüştür (126). Epilepsili çocuklarda beslenme davranışını değerlendiren ve literatürde bu araştırmaya en yakın tasarıma sahip çalışma olan Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında 6-16 yaş arası epilepsili çocuklar sağlıklı kontrol grubunda yeme davranışı farklılıkları ÇYDA

kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ölçek alt boyutları arasında iki grup açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Diğer taraftan büyüme özellikleri (yaşa göre BKİ Z skoru) ve ÇYDA ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirilmemiştir (127).

Bu çalışmada epilepsili ve sağlıklı çocukların BKİ Z skorları ile ebeveynlik stili ve ebeveyn yemek zamanı davranışları arasında ilişki bulunmazken, çocukların beslenme davranışı değerlendirildiğinde ÇYDA gıda heveslisi ($r=0,431$; $p=0,016$) ve gıdadan keyif alma ($r=0,470$; $p=0,008$) alt boyut puanları epilepsili çocuklarda BKİ Z skoru ile pozitif yönde korale bulunmuştur. Ancak bu araştırmada epilepsili grup ile sağlıklı grup arasında büyüme açısından farklılık olmaması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir ve epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin de hastalığın ortaya çıkarabileceği olumsuz etkileri de önleyecek şekilde çocuklarının beslemeye çalıştıklarını düşündürmüştür.

6 SONUÇ

Bu araştırma, İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan, 4-9 yaş arası epilepsi hastası çocuğu olan ebeveynler ile sağlıklı çocuğu olan ebeveynler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma 31 epilepsi hastası, 31 sağlıklı çocuğun olmak üzere toplam 62 ebeveyn ile yürütülmüştür ve ebeveynlik stilleri ile ebeveyn yeme zamanı davranışlarının çocukların yeme davranışlarına, büyüme ve beslenme durumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada kronik bir hastalık olan epilepsili çocuklarda ebeveyn-çocuk ilişkisinin yeme davranışlarına yansımalarının sağlıklı çocuklardan farklı olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin olumsuz ebeveynlik tarzı, epilepsili çocuklarda gıda duyarlılığını, duygusal aşırı yemeyi ve gıdaya yaklaşma davranışını arttırırken, sağlıklı çocuklarda gıdadan keyif almayı olumsuz etkilemekte ve daha fazla gıdadan kaçınma davranışına yol açmaktadır.

Araştırmanın bazı sınırlılıkları olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi, ebeveynlik stili ve yeme davranışları açısından sosyodemografik ve kültürel özellikleri benzer bir örnekleme ulaşma imkanı sunmuş olsa da araştırma, sınırlı bir örnekleme sahiptir. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı farmakolojik tedavilere ait detayları ve biyokimyasal parametreleri içermemesidir. Epileptik ilaçların beyindeki nöramisyon ve nöroendokrinolojik sistem üzerine farklı etki olması ve hastaların bu açıdan değerlendirilmemiş olması limitasyon olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca ebeveyn dışı bakım verenlerin çalışmaya dahil edilmemiş olması ve 4-9 yaş arası çocukların eğitim durumlarının sorgulanmamış olması sınırlılıklar arasında yer almaktadır. Beslenme tarzlarının çocukların yeme davranışı ve obezite riskinin gelişimindeki rolünü destekleyen önemli kanıtlara rağmen, bu konu ile ilgili araştırmalarda gözlemsel çalışmalar çok sınırlıdır ve veriler validasyonu yapılmış anket ve ölçekler ile elde edilmektedir. Kullanılan bu ölçme araçları, ebeveynlerin ve bakım verenlerin kendi tutumlarına, kendilerinin ve çocuklarının beslenme davranışları hakkındaki beyanlarına dayanmaktadır. Bu tür

ölçme araçlarının kullanıldığı tüm araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada da ebeveynlerin kendi ve çocuklarının davranışları ile ilgili sosyal olarak arzu edilecek şekilde cevaplar verme, bazı davranışları ne sıklıkla yaptıklarını doğru hatırlayamama olasılığı bu araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak değerlendirilmektedir.

Bu araştırmanın mevcut sınırlılıklarının yanı sıra kronik bir hastalık olan epilepside çocuk yeme davranışlarının ebeveynlik stili ve ebeveyn yeme zamanı davranışları ile ilişkisinin değerlendirildiği literatürdeki ilk çalışma olması, araştırmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları, kronik hastalığı olan çocuklarda ebeveyn-çocuk ilişkisinin yeme davranışlarına yansımalarının sağlıklı çocuklardan farklı olabileceğine işaret etmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar, kronik hastalığı olan çocukların ebeveyn ve bakım verenlerinin yemek zamanlarında etkili bir ortam sağlamak ve sağlıklı beslenme davranışlarının gelişimini teşvik etmek amacıyla stratejilerin geliştirilmesine yönelik tasarlanabilir. Bu konuda yapılacak çalışmaların çocuğun diyet kalitesini geliştirmede, büyüme gelişmesini sağlamada ve ailenin yaşam kalitesini iyileştirmede rolü olacaktır. Kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynleri için etkili bir yemek ortamı sağlamaya ve sağlıklı yeme davranışlarının gelişimini teşvik etmeye yönelik stratejiler geliştirmeyi amaçlayan çalışmalara da ihtiyaç vardır.

7 KAYNAKLAR

1. Sharma, P., Hussain, A., & Greenwood, R. (2019). Precision in pediatric epilepsy. *F1000Research*, 8.
2. Sorg, A. L., von Kries, R., & Borggraefe, I. (2022). Cognitive disorders in childhood epilepsy: a comparative longitudinal study using administrative healthcare data. *Journal of Neurology*, 269(7), 3789-3799.
3. Holmes, G. L. (2021). Drug treatment of epilepsy neuropsychiatric comorbidities in children. *Pediatric Drugs*, 23(1), 55-73.
4. Austin, J. K., & McDermott, N. (1988). Parental attitude and coping behaviors in families of children with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 20(3), 174-179.
5. Voeller, K. K., & Rothenberg, M. B. (1973). Psychosocial aspects of the management of seizures in children. *Pediatrics*, 51(6), 1072-1082.
6. Carlton-Ford, S., Miller, R., Nealeigh, N., & Sanchez, N. (1997). The effects of perceived stigma and psychological over-control on the behavioural problems of children with epilepsy. *Seizure*, 6(5), 383-391.
7. Yee, A. Z., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 1-14.
8. Lanjekar, P. D., Joshi, S. H., Lanjekar, P. D., & Wagh, V. (2022). The effect of parenting and the parent-child relationship on a child's cognitive development: a literature review. *Cureus*, 14(10).
9. Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y., & Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 1-7.
10. Pinquart, M. (2013). Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 38(7), 708-721.
11. Thowfeek, S., Kaul, N., Nyulasi, I., O'Brien, T. J., & Kwan, P. (2023). Dietary intake and nutritional status of people with epilepsy: A systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 140, 109090.
12. Soltani, D., Pour, M. G., Tafakhori, A., Sarraf, P., & Bitarafan, S. (2016). Nutritional aspects of treatment in epileptic patients. *Iranian journal of child neurology*, 10(3), 1.
13. Patel P, Moshé SL. The evolution of the concepts of seizures and epilepsy: What's in a name? *Epilepsia Open*. 2020 Jan 10;5(1):22-35.
14. Patel, P., & Moshé, S. L. (2020). The evolution of the concepts of seizures and epilepsy: What's in a name?. *Epilepsia Open*, 5(1), 22-35.
15. Stafstrom, C. E., & Carmant, L. (2015). Seizures and epilepsy: an overview for neuroscientists. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 5(6), a022426.
16. Anwar H, Khan QU, Nadeem N, Pervaiz I, Ali M, Cheema FF. Epileptic seizures. *Discoveries (Craiova)*. 2020 Jun 12;8(2):e110

17. Sabers A, Kjær TW. Epilepsi [Epilepsy]. *Ugeskr Laeger*. 2014 Jun 23;176(26)
18. Stafstrom CE, Carmant L. Seizures and epilepsy: an overview for neuroscientists. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2015 Jun 1;5(6):
19. Bernasconi A, Bernasconi N. The Role of MRI in the Treatment of Drug-Resistant Focal Epilepsy. *Eur Neurol*. 2022;85(5):333-341.
20. Ioannou P, Foster DL, Sander JW, Dupont S, Gil-Nagel A, Drogon O'Flaherty E, Alvarez-Baron E, Medjedovic J. The burden of epilepsy and unmet need in people with focal seizures. *Brain Behav*. 2022 Sep;12(9)
21. Blume WT, Lüders HO, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde Boas W, Engel J Jr. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia*. 2001 Sep;42(9):1212-8.
22. Wilmschurst JM, Berg AT, Lagae L, Newton CR, Cross JH. The challenges and innovations for therapy in children with epilepsy. *Nat Rev Neurol*. 2014 May;10(5):249-60.
23. Beghi E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2020;54(2):185-191.
24. Tekeli, H., Yaşar, H., Kendirli, M. T., Şenol, M. G., Özdağ, F., & Saraçoğlu, M. (2012). Genç Türk erkeklerinde epilepsi prevalansı. *Epilepsi*, 18(1), 1-6.
25. Faust, O., Acharya, U. R., Adeli, H., & Adeli, A. (2015). Wavelet-based EEG processing for computer-aided seizure detection and epilepsy diagnosis. *Seizure*, 26, 56-64.
26. Cross, J. H., Kluger, G., & Lagae, L. (2013). Advancing the management of childhood epilepsies. *European journal of paediatric neurology*, 17(4), 334-347.
27. Zhunis, A. (2019). EEG işaretlerinde epilepsi nöbet tahmini ve tespiti (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü).
28. Zuberi, S. M., & Symonds, J. D. (2015). Update on diagnosis and management of childhood epilepsies. *Jornal de Pediatria*, 91, S67-S77.
29. Bashiri, F. A. (2017). Childhood epilepsies: What should a pediatrician know?. *Neurosciences Journal*, 22(1), 14-19.
30. Fisher, R. S., Boas, W. V. E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel Jr, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470-472.
31. Anwar H, Khan QU, Nadeem N, Pervaiz I, Ali M, Cheema FF. Epileptic seizures. *Discoveries (Craiova)*. 2020 Jun 12;8(2)
32. Aaberg KM, Surén P, Søråas CL, Bakken IJ, Lossius MI, Stoltenberg C, Chin R. Seizures, syndromes and etiologies in childhood epilepsy: The International League Against Epilepsy 1981, 1989, and 2017 classifications used in a population-based cohort. *Epilepsia*. 2017 Nov;58(11):1880-1891.
33. Wilmschurst JM, Berg AT, Lagae L, Newton CR, Cross JH. The challenges and innovations for therapy in children with epilepsy. *Nat Rev Neurol*. 2014 May;10(5):249-60.
34. Aygün D, , Totan M, Taşdemir HA. Çocukluk çağı epilepsilerinde magnetik rezonans görüntülemenin yeri. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 1999;16(2):92-99.

35. Kumar G. Evaluation and management of drug resistant epilepsy in children. *Current Problems In Pediatric And Adolescent Health Care.*. 2021;51(7)
36. Karaoğlu P, UY, AİP, MA, SH. Clinical predictors of drug-resistant epilepsy in children. *Turkish Journal Of Medical Sciences.*. 2021;51(3):1249-1252
37. Jayalakshmi S, Panigrahi M, Nanda SK, Vadapalli R. Surgery for childhood epilepsy. *Ann Indian Acad Neurol.* 2014 Mar;17(Suppl 1):S69-79.
38. Dwivedi R, Ramanujam B, Chandra PS, Sapra S, Gulati S, Kalaivani M, Garg A, Bal CS, Tripathi M, Dwivedi SN, Sagar R, Sarkar C, Tripathi M. Surgery for Drug-Resistant Epilepsy in Children. *N Engl J Med.* 2017 Oct 26;377(17):1639-1647
39. Ducis K, Guan J, Karsy M, Bollo RJ. Preoperative evaluation and surgical decision-making in pediatric epilepsy surgery. *Transl Pediatr.* 2016 Jul;5(3):169-179.
40. Goswami JN, Sharma S. Current Perspectives On The Role Of The Ketogenic Diet In Epilepsy Management. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019 Nov 25;15:3273-3285.
41. Ko A, Kwon HE, Kim HD. Updates on the ketogenic diet therapy for pediatric epilepsy. *Biomed J.* 2022 Feb;45(1):19-26.
42. Kumar A, Kumari S, Singh D. Insights into the Cellular Interactions and Molecular Mechanisms of Ketogenic Diet for Comprehensive Management of Epilepsy. *Curr Neuropharmacol.* 2022;20(11):2034-2049.
43. Verrotti A, Iapadre G, Di Francesco L, Zagaroli L, Farello G. Diet in the Treatment of Epilepsy: What We Know So Far. *Nutrients.* 2020 Aug 30;12(9):2645.
44. Wells J, Swaminathan A, Paseka J, Hanson C. Efficacy and Safety of a Ketogenic Diet in Children and Adolescents with Refractory Epilepsy-A Review. *Nutrients.* 2020 Jun 17;12(6):1809.
45. Ünalp A. Çocukluk çağı epilepsilerinde ketojenik diyet uygulamaları. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi.* 2017;7(3):169-177.
46. Lin TY, Liu HW, Hung TM. The Ketogenic Effect of Medium-Chain Triacylglycerides. *Front Nutr.* 2021 Nov 18;8:747284.
47. Wells J, Swaminathan A, Paseka J, Hanson C. Efficacy and Safety of a Ketogenic Diet in Children and Adolescents with Refractory Epilepsy-A Review. *Nutrients.* 2020 Jun 17;12(6):1809.
48. Sharma S, Jain P. The modified atkins diet in refractory epilepsy. *Epilepsy Res Treat.* 2014;2014:404202.
49. Kim SH, Kang HC, Lee EJ, Lee JS, Kim HD. Low glycemic index treatment in patients with drug-resistant epilepsy. *Brain Dev.* 2017 Sep;39(8):687-692.
50. Chiou H, Ms, Hsieh AL, Affiliations MAAA. Parenting stress in parents of children with epilepsy and asthma. *Journal Of Child Neurology.* 2008;23(3):301-6.
51. Kaşak M, Kurt ANÇ, Hesapçioğlu ST, Ceylan MF. Psychiatric comorbidity and familial factors in childhood epilepsy: parental psychopathology, coping strategies, and family functioning. *Epilepsy & Behavior .* 2023;148.
52. Jacoby A, Austin JK. Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia.* 2007

53. Fernandes PT, Cabral P, Araújo U, Noronha AL, Li LM. Kids' perception about epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005 Jun;6(4):601-3.
54. Ani C, Ola B, Coker R. School children's stigmatising attitude towards peers with epilepsy in nigeria. *Vulnerable Children And Youth Studies* . 2011;6(4):330-338.
55. Clifford LM, Brothers SL, Lang A. Self-Disclosure Patterns Among Children and Youth with Epilepsy: Impact of Perceived-Stigma. *Adolesc Health Med Ther.* 2023 Feb 5;14:27-43.
56. Jin Young S, Lee SA, Eom S, Kim HD; Korean QoL in Epilepsy Study Group. Emotional and behavioral profiles of adolescents with epilepsy: Associations with parental perception of epilepsy-related stigma. *Epilepsy Behav.* 2023 Jan;138:109014.
57. Pokharel R, Poudel P, Lama S, Thapa K, Sigdel R, Shrestha E. Burden and Its Predictors among Caregivers of Patient with Epilepsy. *J Epilepsy Res.* 2020 Jun 30;10(1):24-30
58. Wu Y, Zhang R, Tang J, Li X, Wang Y, Li T, Wu F, Dou X, Wang D, Jiang L. Multi-dimensional influence of pediatric epilepsy on children and their families: A cross-sectional study. *Epilepsy Behav.* 2023 Sep;146:109360.
59. O'Toole S, Benson A, Lambert V, Gallagher P, Shahwan A, Austin JK. Family communication in the context of pediatric epilepsy: A systematic review. *Epilepsy Behav.* 2015 Oct;51:225-39.
60. Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1p2), 1.
61. Baker, L. N., Witherspoon, D. O., Nicholson, J. S., & Fuglestad, A. J. (2023). The roles of child temperament, parent stress, and parenting style in family mealtimes. *Appetite*, 188, 106758.
62. Lanjekar, P. D., Joshi, S. H., Lanjekar, P. D., & Wagh, V. (2022). The effect of parenting and the parent-Child relationship on a Child's cognitive development: a literature review. *Cureus*, 14(10).
63. Burnett, A. J., Lamb, K. E., McCann, J., Worsley, A., & Lacy, K. E. (2020). Parenting styles and the dietary intake of pre-school children: A systematic review. *Psychology & health*, 35(11), 1326-1345.
64. Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4–12 year-old children: A systematic review of the literature. *Frontiers in psychology*, 6, 163321.
65. Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243-249.
66. Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., & Meyerovitch, J. (2011). Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 34(8), 1735-1737.
67. Van der Horst, K., Kremers, S., Ferreira, I., Singh, A., Oenema, A., & Brug, J. (2007). Perceived parenting style and practices and the consumption of sugar-sweetened beverages by adolescents. *Health education research*, 22(2), 295-304.
68. Ayine P, Selvaraju V, Venkatapoorna CMK, Geetha T. Parental Feeding Practices in Relation to Maternal Education and Childhood Obesity. *Nutrients*. 2020 Apr 9;12(4):1033.

69. Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur J Clin Nutr.* 2010 Mar;64(3):259-65.
70. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *J Am Diet Assoc.* 2005 Apr;105(4):541-8.
70. Galloway, A. T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of the American dietetic Association*, 105(4), 541-548.
71. Ayre, S. K., Harris, H. A., White, M. J., & Byrne, R. A. (2024). Food Parenting Practices and Child Eating Behaviors in Australian Families: A Cross-Sectional Sibling Design. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 124(1), 42-57.
72. Couch, S. C., Glanz, K., Zhou, C., Sallis, J. F., & Saelens, B. E. (2014). Home food environment in relation to children's diet quality and weight status. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(10), 1569-1579.
73. Irwanti, W., & Paratmanitya, Y. (2016). Children's breakfast habit related to their perception towards parent's breakfast habits (study in Sedayu District, Bantul Regency). *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 4(2), 63-70.
74. Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health education research*, 19(3), 261-271.
75. Piernas, C., & Popkin, B. M. (2010). Trends in snacking among US children. *Health affairs*, 29(3), 398-404.
76. Sellen, D. (1998). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 854. Pp. 452.(WHO, Geneva, 1995.) Swiss Fr 71.00. *Journal of Biosocial Science*, 30(1), 135-144.
77. Weisell, R. C. (2002). Body mass index as an indicator of obesity. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 11, S681-S684.
78. Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963-970.
79. Yılmaz, R., Esmeray, H., & Erkorkmaz, Ü. (2011). Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(4).
80. Hendy, H. M., Williams, K. E., Camise, T. S., Eckman, N., & Hedemann, A. (2009). The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. *Appetite*, 52(2), 328-339.
81. Arslan, N., & Erol, S. (2014). Ebeveyn yemek zamanı davranışları ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(3), 16-27.
82. Parent, J., & Forehand, R. (2017). The multidimensional assessment of parenting scale (MAPS): Development and psychometric properties. *Journal of Child and family Studies*, 26, 2136-2151.

83. Karababa, A. (2019). Çok boyutlu ebeveynlik stillerini değerlendirme ölçeği'nin (ÇBESDÖ)(ebeveyn formu) türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 46(46), 108-131.
84. Sanjeevi, N., Lipsky, L. M., & Nansel, T. R. (2018). Cardiovascular biomarkers in association with dietary intake in a longitudinal study of youth with type 1 diabetes. *nutrients*, 10(10), 1552.
85. Reedy, J., Lerman, J. L., Krebs-Smith, S. M., Kirkpatrick, S. I., Pannucci, T. E., Wilson, M. M., ... & Tooze, J. A. (2018). Evaluation of the healthy eating index-2015. *J Acad Nutr Diet* 118 (9): 1622–1633.
86. Miller, P. E., Reedy, J., Kirkpatrick, S. I., & Krebs-Smith, S. M. (2015). The United States food supply is not consistent with dietary guidance: evidence from an evaluation using the Healthy Eating Index-2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(1), 95-100.
87. Akay, A. P., Kurul, S. H., Ozek, H., Cengizhan, S., Emiroglu, N., & Ellidokuz, H. (2011). Maternal reactions to a child with epilepsy: depression, anxiety, parental attitudes and family functions. *Epilepsy research*, 95(3), 213-220.
88. YORULMAZ, D. S., ÇINAR, S., & KANBAY, Y. (2021). Epilepsi Tanısı Alan Çocukların ve Ailelerinin Deneyimleri ve Nöbet Yükleri: Fenomenolojik Bir Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 6(4).
- Gürsoy, F. E., Başgöl, Ş. S., & Saltık, S. (2020). Epilepsinin Aile İşlevlerine Etkisi. *Psikoloji Araştırmaları*, 1(1), 17-23.
90. Rafique, S., Sultan, T., & Ahmed, S. (2021). Consanguineous Marriage As Risk Factor for Idiopathic Generalized Epilepsy (IGE). *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 71(4), 1464-67.
91. Yılmaz G. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların beslenme davranışlarının annelerin yaşam kalitesine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi; 2021.
92. Niu, X., Li, J. Y., King, D. L., Rost, D. H., Wang, H. Z., & Wang, J. L. (2023). The relationship between parenting styles and adolescent problematic Internet use: A three-level meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(3), 652-669.
93. Isha, S. R., & Mamat, N. (2019, October). Comparing the relationship between parenting styles of high education level of parents with the level of emotional intelligence of preschool children. In *The 2nd International Conference on Sustainable Development and Multi-Ethnic Society* (pp. 12-17). Redwhite Pres.
94. Pinquart, M. (2013). Do the parent–child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 38(7), 708-721.
95. Power, T. G., Garcia, K. S., Beck, A. D., Goodell, L. S., Johnson, S. L., & Hughes, S. O. (2018). Observed and self-reported assessments of caregivers' feeding styles: Variable-and person-centered approaches for examining relationships with children's eating behaviors. *Appetite*, 130, 174-183.

96. Hasbani, E. C., Félix, P. V., Sauan, P. K., Maximino, P., Machado, R. H. V., Ferrari, G., & Fisberg, M. (2023). How parents' feeding styles, attitudes, and multifactorial aspects are associated with feeding difficulties in children. *BMC pediatrics*, 23(1), 543.
97. Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y., & Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 1-7.
98. Sleddens, E. F., Kremers, S. P., & Thijs, C. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 1-9.
99. Murashima, M., Hoerr, S. L., Hughes, S. O., & Kaplowitz, S. A. (2012). Feeding behaviors of low-income mothers: directive control relates to a lower BMI in children, and a nondirective control relates to a healthier diet in preschoolers. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1031-1037.
100. Rodenburg, G., Kremers, S. P., Oenema, A., & van de Mheen, D. (2014). Associations of parental feeding styles with child snacking behaviour and weight in the context of general parenting. *Public Health Nutrition*, 17(5), 960-969.
101. Leuba, A. L., Meyer, A. H., Kakebeeke, T. H., Stülz, K., Arhab, A., Zysset, A. E., ... & Messerli-Bürgy, N. (2022). The relationship of parenting style and eating behavior in preschool children. *BMC psychology*, 10(1), 275.
102. Cummings, J. R., Lipsky, L. M., Faith, M. S., & Nansel, T. R. (2024). Associations of Appetitive Traits and Parental Feeding Style with Diet Quality During Early Childhood. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*.
103. Podlesak, A. K., Mozer, M. E., Smith-Simpson, S., Lee, S. Y., & Donovan, S. M. (2017). Associations between parenting style and parent and toddler mealtime behaviors. *Current developments in nutrition*, 1(6), e000570.
104. Dag, E., Aydin, S., Ozkan, Y., Erman, F., Dagli, A. F., & Gurger, M. (2010). Alteration in chromogranin A, obestatin and total ghrelin levels of saliva and serum in epilepsy cases. *Peptides*, 31(5), 932-937.
105. Soltani, D., Pour, M. G., Tafakhori, A., Sarraf, P., & Bitarafan, S. (2016). Nutritional aspects of treatment in epileptic patients. *Iranian journal of child neurology*, 10(3), 1.
106. Ataie, Z., Golzar, M. G., Babri, S. H., Ebrahimi, H., & Mohaddes, G. (2011). Does ghrelin level change after epileptic seizure in rats?. *Seizure*, 20(4), 347-349.
107. Berilgen, M. S., Mungen, B., Ustundag, B., & Demir, C. (2006). Serum ghrelin levels are enhanced in patients with epilepsy. *Seizure*, 15(2), 106-111.
108. Tokgoz, H., Aydin, K., Oran, B., & Kiyici, A. (2012). Plasma leptin, neuropeptide Y, ghrelin, and adiponectin levels and carotid artery intima media thickness in epileptic children treated with valproate. *Child's Nervous System*, 28, 1049-1053.
109. Hennessy, E., Hughes, S. O., Goldberg, J. P., Hyatt, R. R., & Economos, C. D. (2012). Permissive parental feeding behavior is associated with an increase in intake of low-nutrient-dense foods

- among American children living in rural communities. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(1), 142-148.
110. Burke, M. P., Jones, S. J., Frongillo, E. A., Blake, C. E., & Fram, M. S. (2019). Parenting styles are associated with overall child dietary quality within low-income and food-insecure households. *Public health nutrition*, 22(15), 2835-2843.
 111. Knobl, V., Dallacker, M., Hertwig, R., & Mata, J. (2022). Happy and healthy: How family mealtime routines relate to child nutritional health. *Appetite*, 171, 105939.
 112. Mou, Y., Jansen, P. W., Raat, H., Nguyen, A. N., & Voortman, T. (2021). Associations of family feeding and mealtime practices with children's overall diet quality: Results from a prospective population-based cohort. *Appetite*, 160, 105083.
 113. Buro, A. W., Gray, H. L., Kirby, R. S., Berkman, K., Agazzi, H., & Shaffer-Hudkins, E. (2021). Diet quality in an ethnically diverse sample of children and adolescents with autism spectrum disorder compared with nationally representative data. *Disability and health journal*, 14(1), 100981.
 114. Yeung, S. S., Chan, R., Li, L., Chan, D., Leung, J., & Leung, T. F. (2021). Eating behaviors and diet quality in Chinese preschoolers with and without autism spectrum disorder: a case-control study. *The Journal of pediatrics*, 237, 258-266.
 115. Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.
 116. Sleddens, E. F., Kremers, S. P., Stafleu, A., Dagnelie, P. C., De Vries, N. K., & Thijs, C. (2014). Food parenting practices and child dietary behavior. Prospective relations and the moderating role of general parenting. *Appetite*, 79, 42-50.
 117. Rodenburg, G., Kremers, S. P., Oenema, A., & van de Mheen, D. (2014). Associations of parental feeding styles with child snacking behaviour and weight in the context of general parenting. *Public Health Nutrition*, 17(5), 960-969.
 118. Fuemmeler, B. F., Yang, C., Costanzo, P., Hoyle, R. H., Siegler, I. C., Williams, R. B., & Østbye, T. (2012). Parenting styles and body mass index trajectories from adolescence to adulthood. *Health Psychology*, 31(4), 441.
 119. Johnson, R., Welk, G., Saint-Maurice, P. F., & Ihmels, M. (2012). Parenting styles and home obesogenic environments. *International journal of environmental research and public health*, 9(4), 1411-1426.
 121. Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243-249.
 122. Passos, D. R. D., Gigante, D. P., Maciel, F. V., & Matijasevich, A. (2015). Children's eating behavior: comparison between normal and overweight children from a school in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Paulista de Pediatria*, 33, 42-49.

123. Santos, J. L., Ho-Urriola, J. A., González, A., Smalley, S. V., Domínguez-Vásquez, P., Cataldo, R., ... & Hodgson, M. I. (2011). Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition journal*, 10, 1-8.
124. Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. C. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British journal of nutrition*, 100(2), 445-450.
125. Smith, B. L., & Ludlow, A. K. (2022). An exploration of eating behaviours and caregiver mealtime actions of children with Tourette syndrome. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 933154.
126. Sanlier, N., Arslan, S., Buyukgenc, N., & Toka, O. (2018). Are eating behaviors related with by body mass index, gender and age?. *Ecology of food and nutrition*, 57(4), 372-387.
127. Coskun, O., Kipoglu, O., Karacabey, B. N., Kilic, M. A., Ceran, D. S., Yildiz, E. P., ... & Caliskan, M. (2021). Evaluation of eating behaviors in childhood epilepsy with centrotemporal spikes: Case-control study. *Epilepsy & Behavior*, 120, 108029.



8. EKLER

EK 1. Etik Kurul Onay Formu



EK 1. Etik Kurul Onay Formu (devam)



EK 2. Aydınlatılmış Bilgilendirme Formu

ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU		
Bu çalışma Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Hastanesi/Üniversitesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Nihan Çakır Biçer tarafından yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.		
Çalışmanın Adı: Epilepsili Çocuklarda Ebeveynlik Stilinin ve Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışının Çocuğun Yeme Davranışına Etkisinin Değerlendirilmesi		
Çalışmanın Amacı Nedir? Epilepsi hastalığına sahip çocukların ebeveynleri ile bu hastalığa sahip olmayan sağlıklı çocukların ebeveynlerinin yeme zamanı davranışları ve ebeveynlik stillerinin çocukların yeme davranışı üzerine etkisi karşılaştırılacaktır		
Bize Nasıl Yardımcı Olmanızı İsteyeceğiz? Araştırma Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğindeki aktif ayaktan tedavi alan epilepsi hastalarının ebeveynleri ve sağlıklı çocuğa sahip ebeveynler için hazırlanan anket çalışma forumunu doldurulması istenecektir. Anket sorularının dışında çocuğunuzun bir günlük besin tüketim kaydı tutulacaktır.		
Katılımınızla ilgili bilmeniz gerekenler: Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Herhangi bir yaptırıma veya cezaya maruz kalmadan çalışmaya katılmayı reddedebilir veya çalışmayı bırakabilirsiniz. Araştırma esnasında cevap vermek istemediğiniz sorular olursa boş bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılanlardan toplanan veriler tamamen gizli tutulacak, veriler ve kimlik bilgileri herhangi bir şekilde eşleştirilmeyecektir. Katılımcıların isimleri bağımsız bir listede toplanacaktır. Ayrıca toplanan verilere sadece araştırmacılar ulaşabilecektir. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel ve profesyonel yayınlarda veya eğitim amaçlı kullanılabilir, fakat katılımcıların kimliği gizli tutulacaktır.		
Riskler: • Bu çalışmaya katılmanız herhangi geçmiş ve gelecek açısından bir risk barındırmamaktadır.		
Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz: Çalışmayla ilgili soru ve yorumlarınızı araştırmacıya: Araştırmacı Adı Soyadı: Tutku Balcı İletişim: tutku.balci @ live.acibadem.edu.tr adresinden iletebilirsiniz.		
Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).		
İsim Soyad	Tarih	İmza
---/---/----		

EK 3. Veri Toplama Formu

**Epilepsili Çocuklarda Ebeveynlik Stilinin ve Ebeveyn Yeme Zamanı Davranışının
Çocuğun Yeme Davranışına Etkisinin Değerlendirilmesi Çalışması
Veri Toplama Formu**

Tarih:

Anket No:

1. EBEVEYNLE İLGİLİ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- Yaş(Yıl):.....
- Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
- Ebeveyn Medeni Durum:
 - 1. Evli 2. Bekar 3. Diğer:.....
- Ebeveyn Eğitim Durumu:
 - 1. Lisans 2. Lisansüstü 3. Lise 4 . Ortaokul/İlkokul
- Meslek:.....
- Eşler arasında akrabalık durumu mevcut mudur?
 - Evet 2. Hayır
- Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - Evet 2. Hayır

1. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime eşit
3. Gelirim giderimden fazla

2. Hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalığınız var mıdır?

1. Hayır
2. Evet. Lütfen belirtiniz.....

3. Ebeveyn boy/ vücut ağırlığı:

4. Çocuk boy/vücut ağırlığı/cinsiyet/ doğum tarihi:

EK 3. Veri Toplama Formu (devam)

1. ÇOCUĞUN DEMOGRAFİK, MEDİKAL ÖZELLİKLERİ ve BESLENME ALIŞKANLIKLARI

- Çocuğunuzun epilepsi dışında tanı konmuş başka bir hastalığı var mıdır?

1. Hayır

2. Evet. Lütfen belirtiniz.....

2. Kullanılan anti-epileptik ilaç sayısı;

1. Tek ilaç kullanımı

2. Birden fazla ilaç kullanımı

3. İlaç kullanımı bulunmamaktadır.

3. Epilepsi tanısı alma yaşı nedir?.....

4. Tanı konulup ilaç başlandıktan sonra nöbet geçirme sıklığı nedir?

1. Epilepsi nöbeti geçirmedi.

2. Epilepsi nöbeti geçirdi.

3. Mutlaka geçirir

4. Ayda

5. Haftada

6. Günde

5. Ailenin diğer üyelerinde epilepsi hastalığına sahip kişi var mıdır?

1. Evet

2. Hayır

6. Epilepsi tanılı çocuk ile primer bakım sağlayan kişi kimdir?

1. Anne

2. Baba

3. Her iki ebeveyn

4. Diğer

7. Çocuğunuzun ana öğün sayısı

8. Çocuğunuz besin seçer mi?

1. Evet 2. Hayır

EK 3. Veri Toplama Formu (devam)

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Aşağıdaki ifadeleri lütfen okuyunuz ve sizin çocuğunuzun beslenme davranışına en

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum çok iştahlıdır	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yavaş yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum kızginken, sinirliyken daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yorgunken daha az yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum sürekli yemek ister	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor.	☐	☐	☐	☐	☐

EK 3. Veri Toplama Formu (devam)

	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemeği bitmeden doyar	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemek yemekten hoşlanır	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğumun yemekle mutlu etmek zordur.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum çabuk doyar.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur)	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum şans verilirse gün boyu içecek (meşrubat, su, meyve suyu.) içecektir	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir.	☐	☐	☐	☐	☐
Çocuğum tadını bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.	☐	☐	☐	☐	☐
Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar.	☐	☐	☐	☐	☐
Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer.	☐	☐	☐	☐	☐

EK 3. Veri Toplama Formu (devam)

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği

		Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman
1.	Yemek yemeyi çocuğum için bir eğlenceye ya da oyuna dönüştürdüm.	1	2	3
2.	Çocuğuma verdiğim yemeğin aynısını ben de yedim.	1	2	3
3.	Çocuğumla masaya oturdum ama ben yemedim.	1	2	3
4.	Çocuğumun istediğini yemesine izin verdim.	1	2	3
5.	Çocuğuma yemeğine baharat, ketçap, mayonez vb. is tatlandırıcıları katmasına izin verdim.	1	2	3
6.	İyi davranışını ödüllendirilmek için, çocuğuma sevdiği bir yiyeceği verdim. Bu kısımlar net okunmuyor	1	2	3
7.	Çocuğuma yemeğini yemesi için ödül olarak sevdiği bir faaliyet ya da oyuncağı teklif ettim.	1	2	3
8.	Çocuğuma yemeğini yemesi için ödül olarak sevdiği bir tatlıyı vermeyi teklif ettim.	1	2	3
9.	Çocuğuma, istemediği bir yemek yerine sevdiği başka bir yemeği yemesine izin verdim.	1	2	3
10.	Çocuğuma, önerdiğim yemek seçeneklerinden istediğini seçmesine izin verdim.	1	2	3
11.	Çocuğuma, ailemizin yediği yemeklerden farklı özel bir yemek hazırladım.	1	2	3
12.	Çocuğumun aşırı yemek yemesini engelledim.	1	2	3
13.	Çocuğuma yemek yemeyi ne kadar çok sevdiğimi söyledim.	1	2	3
14.	Çocuğuma, eğer denerse yiyeceklerin tadının ne kadar güzel olduğunu fark edeceğini söyledim.	1	2	3
15.	Çocuğuma, arkadaşlarının ya da kardeşlerinin bu yemeyi ne kadar çok sevdiklerini söyledim.	1	2	3
16.	Çocuğuma yemeyin onu sağlıklı, akıllı ve güçlü yapacağını söyledim.	1	2	3
17.	Çocuğuma her gün meyve verdim.	1	2	3
18.	Çocuğumun yemeğindeki hayvansal yağları (margarin, kuyruk yağı, kaymak vb.) azalttım.	1	2	3

Bir hafta boyunca, aşağıdaki yemek zamanı davranışlarını hangi sıklıkta göstermektedirsiniz?

EK 3. Veri Toplama Formu (devam)

		Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman
19.	Her gün meyve yedim.	1	2	3
20.	Her gün sebze yedim.	1	2	3
21.	Her gün gazlı içecek (örn. Kola, fanta, gazoz vs.) içtim.	1	2	3
22.	Her gün tatlı yiyecekler ve şeker yedim.	1	2	3
23.	Her gün tuzlu atıştırmalıklardan (cips vb) yedim.	1	2	3
24.	Kendi yemeğimdeki hayvansal yağları (margarin, kuyruk yağı, kaymak vb.) azalttım.	1	2	3
25.	Çocuğumun bir günde yiyebileceği tatlı yiyecek miktarına sınırladım.	1	2	3
26.	Çocuğumun bir günde içebileceği gazlı içeceklerle sınır koydum.	1	2	3
27.	Çocuğumun bir günde yiyebileceği tuzlu atıştırmalıkların miktarına sınırladım.	1	2	3
28.	Çocuğum “aç değilim” dese bile ona yemek yemesi için ısrar ettim.	1	2	3
29.	Çocuğuma uykusu varken ve kendini iyi hissetmezken bile yemek yemesi için ısrar ettim.	1	2	3
30.	Çocuğuma duygusal olarak üzgün olduğu durumlarda da yemek yemesi için ısrar ettim.	1	2	3
31.	Çocuğuma her yemekten biraz verdim.	1	2	3

9.ÖZGEÇMİŞ





