

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN YEME
TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ

ARŞ. GÖR. DR. İLAYDA DEMİRCİ ULUTAŞ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN YEME
TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ**

ARŞ. GÖR. DR. İLAYDA DEMİRCİ ULUTAŞ

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖMER KARDAŞ

ETİK KURUL ONAYI: 23.10.2023 KÜGOKAEK

2023/329

2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ	VI
TABLolar DİZELGESİ	VII
ŞEKİL DİZELGESİ	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	9
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	11
2.1.1. Tanım Ve Tarihçe	11
2.1.2. DSM-V DEHB Tanı Kriterleri	12
2.1.3. Epidemiyoloji	14
2.1.4. Etiyoloji.....	15
2.1.4.1. Genetik Etkenler.....	15
2.1.4.2. Nöroanatomik Ve Nörofizyolojik Etkenler	16
2.1.4.3. Çevresel Etkenler	17
2.1.5. Klinik Görünüm Ve Değerlendirme	18
2.1.6. Eş Tanı Ve Ayırıcı Tanı	19
2.1.7. Tedavi	20
2.1.8. Gidiş Ve Sonlanım.....	21
2.2. DUYGU DÜZENLEME VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ	222
2.2.1. Duygu Düzenleme	22
2.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü	23
2.2.3. DEHB Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü	23
2.3. YEME TUTUMLARI	25
2.3.1. DEHB Ve Yeme Tutumları.....	25
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	28

3.1. Örneklem	28
3.2. Yöntem	29
3.3. Veri Toplama Araçları.....	29
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	29
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)	30
3.3.3. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK).....	30
3.3.4. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ)	31
3.3.5. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA).....	31
3.4. İstatistiksel Analiz	31
4. BULGULAR.....	33
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	33
4.2. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler	36
4.3. Katılımcıların ebeveynlerine ait özellikler	37
4.4. Olgu grubundaki katılımcılara ait tanısal özellikler	40
4.5. Ölçek puanlarına ait veriler	41
4.5.1. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK).....	41
4.5.2. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ)	42
4.5.3. Çocuk Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)	43
4.6. Katılımcılara ait ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki.....	46
4.7. Katılımcılarda Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanları ve Çocukların Yeme Davranışları Arasındaki İlişkide Duygu Ayarlamanın Aracı Rolü	51
4.8. Olgu grubuna ait ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki.....	54
4.9. DEHB Alt Tipleri ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkide Duygu Ayarlamanın Aracı Rolü	58
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73

7. ÖZET.....	75
8. ABSTRACT.....	77
9. EKLER.....	79
10. KAYNAKLAR	94



TEŞEKKÜR

Hem uzmanlık eğitimim hem de tez çalışmam boyunca benden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, her türlü anlayışı gösteren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş'a,

Kıymetli bilgilerinden çokça faydalandığım, kendimi geliştirmem adına katkılarını fazlaca hissettiğim Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, değerli hocalarım; Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen ve Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kardaş'a,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisiyle birlikte çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim Prof. Dr. Bülent Kara'ya ve tüm yandal uzmanlarına,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Aslıhan Polat, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı ve Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Geniş'e,

Asistanlığa başladığım ilk günden beri yanımda olan, aynı yolu yürümekten çok keyif aldığım ve desteklerini her zaman hissettiğim eşkıdemlerime,

Uzmanlık eğitimim boyunca tanımaktan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına,

Sevgilerini ve desteklerini doğduğum günden bu yana hissettiğim, benim için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her kararında bana güvenip arkamda olan canım anneme ve babama,

Bu hayattaki en büyük şansım, ablası olmaktan büyük mutluluk duyduğum canım kardeşime,

Üniversite yıllarımdan beri bana yol arkadaşlığı yapan, sabırla eğitim sürecimdeki bütün sıkıntılara ortak olan, sevgisiyle beni güçlü ve geleceğe dair umutlu hissettiren, hayatımı keyifli hale getiren canım eşim Tunay Ulutaş'a

Sonsuz sevgi, minnet ve teşekkürlerimle...



KISALTMALAR DİZELGESİ

CADÖ-YK	Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği – Yenilenmiş Kısa Formu
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
ÇYDA	Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi
DAÖ	Duygu Ayarlama Ölçeği
DAY	Duygusal Aşırı Yeme
DAZ	Duygusal Az Yeme
DB	Davranım Bozukluğu
DD	Duygu Düzenleme
DDG	Duygu Düzenleme Güçlüğü
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic Statistical Manual
ED	Emosyonel Disregülasyon
GH	Gıda Heveslisi
GKA	Gıdadan Keyif Alma
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
İT	İçme Tutkusu
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	Majör Depresif Bozukluk
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖB	Özgül Öğrenme Bozukluğu
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
TH	Tokluk Heveslisi
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
VKİ-p	Vücut Kitle İndeksi Persentili
YS	Yemek Seçiciliği
YY	Yavaş Yeme

TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Tablo 3: Katılımcıların Annelerine Ait Özellikler

Tablo 4: Katılımcıların Babalarına Ait Özellikler

Tablo 5: Olgu Grubundaki Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

Tablo 6: Cinsiyet- DEHB Klinik Görünümü İlişkisi

Tablo 7: Olgu ve Kontrol Gruplarında CADÖ-YK Puanları

Tablo 8: DEHB Alt Tipine Göre CADÖ-YK Puanları

Tablo 9: Olgu ve Kontrol Gruplarında DAÖ Puanları

Tablo 10: Olgu Grubunda DEHB Alt Tipine Göre DAÖ puanları

Tablo 11: Olgu Grubunda KOKGB Eş Tanı Durumuna Göre DAÖ puanları

Tablo 12: VKİ-p ile ÇYDA Arasındaki İlişki

Tablo 13: Olgu ve Kontrol Gruplarında ÇYDA Puanları

Tablo 14: Olgu Grubunda DEHB Alt Tipine Göre ÇYDA Puanları

Tablo 15: Olgu Grubunda KOKGB Eş Tanı Durumuna Göre ÇYDA Puanları

Tablo 16: Tüm Katılımcıların Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 17: İçme Tutkusu İçin Hiyerarşik Regresyon Tablosu

Tablo 18: Duygusal Az Yeme İçin Hiyerarşik Regresyon Tablosu

Tablo 19: Olgu grubunda ölçek puanları arasındaki korelasyon

Tablo 20: ÇYDA İçin Hiyerarşik Regresyon Tablosu

ŞEKİL DİZELGESİ

Şekil 1. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanlarının İçme Tutkusu Üzerine Etkisinde Duygu Ayarlamamanın Aracı Rolü

Şekil 2. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Duygusal Az Yeme Üzerine Etkisinde Değişkenlik/Olumsuzluğun Aracı Rolü

Şekil 3. Bileşik Tip DEHB’li Çocuklardaki Anormal Yeme Davranışlarına Değişkenlik/Olumsuzluk Puanlarının Aracı Etkisi



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Belirtiler okul öncesi dönemde başlar ve büyük oranda yetişkinlikte de devam eder.¹

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara göre çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığı %3-13 arasında değişmektedir.^{1,2} Erkeklerde görülme sıklığı kızlardan 2-3 kat daha fazladır. DEHB klinik görünüm açısından üç şekilde karşımıza çıkar: dikkat eksikliğinin baskın olduğu görünüm, hiperaktivite-dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm ve bileşik görünüm.¹

DEHB bilişsel ve akademik alanların yanı sıra sosyal iletişim alanında da zorluklara neden olmaktadır.³ Bu sosyal zorlukların temel nedeninin DEHB olgularının yaklaşık %30'unda bozukluğa eşlik eden duygu düzenleme güçlüğü (DDG) olduğu düşünülmektedir.^{3,4}

Duygu düzenleme güçlüğü; duyguların fark edilememesi, duruma uygun duygu ayarlama stratejilerinin kullanılamaması, olumsuz duygular yaşanırken davranış ve dürtülerin kontrol edilmesinde zorluk olarak tanımlanır.⁵ Bu güçlüğü kliniğe yansıyan halleri ise öfke, irritabilite ve agresyon şeklindedir.⁴

Duygu düzenleme güçlüğü sadece DEHB ile değil birçok psikopatoloji ile birlikte olabilir, aynı zamanda DDG olan çocukların zaman içinde bir psikopatoloji (karşıt olma karşı gelme bozukluğu, anksiyete, depresyon, yeme bozukluğu gibi) geliştirme riski çok fazladır.^{4,6} DEHB tanısına ek olarak DDG olan 79 çocuğun, DEHB tanısı mevcut olup da DDG olmayan olgularla ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada; 4 yıl sonra DEHB'ye DDG eşlik eden olgularda psikiyatrik komorbidite, DEHB'nin süregenliği, işlevselliğin bozulması daha yüksek oranda bulunmuştur.⁶ Birçok çalışma, DEHB'li çocuklarda DDG'nin, dikkat eksikliğinden ziyade hiperaktivite- dürtüsellik baskın tip ve bileşik tiple alakalı olduğunu göstermiştir.⁷ Duygu düzenleme güçlüğü'nün eşlik ettiği DEHB'li hastalarda, DEHB çekirdek belirtilerini hedef alan medikal tedavilere ek olarak davranışsal müdahalelerin uygulanması önerilir, çünkü bu kombinasyon, duygusal düzensizliğin sebep olduğu içselleştirme ve dışsallaştırma semptomlarına etkilidir.⁴

DEHB tanılı bireylerde küçük yaşlardan itibaren beslenme-emme bozuklukları, sık sık sofradan kalkma, öğün tamamlamanın uzun sürmesi, düzensiz öğün zamanları, sık abur-cubur ve fast food tüketimi, duygusal aşırı yeme ve yemek için aşırma görülebilir. DEHB ile sık birlikte bulunan karşıt olma-karşı gelme bozukluğu da gençlerdeki aşırı yeme ile ilişkilendirilmiştir. Bu eş tanıya sahip çocuklarda küçük yaşlarda az yeme de belirgin olabilir.^{8,9}

DEHB'nin varlığı çocukluk çağında bozuk yeme tutumlarının gelişimi açısından risk faktörü iken, adolesan ve erişkin grupta hem bozuk yeme tutumları hem de yeme bozukluğu için risk yaratmaktadır.^{10,11} Yapılan bir çalışmaya göre DEHB tanısı konmuş çocuklardaki dürtüsellik, hiperaktivite, dikkat eksikliği semptom kümelerinin üçü de geç ergenlikteki yeme sorunları ile ilişkilendirilmiştir.¹¹

DEHB'li çocuklardaki yürütücü işlev eksiklikleri, sirkadiyen ritim bozuklukları, spordan kaçınma, boş zamanları değerlendirmede yaşanan sorunlar, duygu düzenleme güçlükleri, dikkat eksikliği nedeniyle açlık ve tokluk sinyallerini algılayamama ve bunun sonucunda az veya fazla yeme, yeterli ve etkin DEHB tedavisi almama; obezite gelişiminde önemli etmenler olabilirler.⁸

DEHB semptomları ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin erken yaşlarda tanınması, obezite gibi ileride karşılaşılabilecek olumsuz sonuçları azaltmak için yararlı müdahalelerin ve önleme stratejilerinin uygulanmasına yardımcı olabilir.¹²

Literatür incelendiğinde; DEHB'de yaygın olarak görülen bozulmuş yeme tutumlarının yine DEHB'ye sıklıkla eşlik eden duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisini inceleyen kısıtlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, DEHB tanısı bulunan hastaların sağlıklı kontrollere göre duygu düzenlemede yaşadığı güçlüklerin ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve yeme tutumları ile duygu düzenlemede yaşanan güçlükler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım Ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); kişinin gelişim düzeyiyle uyumsuz olan ve işlevselliğini bozan dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellikle karakterize nöro gelişimsel bir bozukluktur.¹ DEHB önemli derecede sosyal, akademik ve psikiyatrik sorunlara neden olur ve bu olumsuz etkiler yaşam boyu sürebilmektedir.¹³

“Dikkat Eksikliği” tanımından ilk kez 1770 yılında Dr. Weikard tarafından yazılan bir tıp kitabında söz edilmiştir. 1790 yılında Dr. Crichton küçük çocuklarda dikkat sorunlarından bahsetmiştir.¹⁴

Hoffman 1845’te yayınladığı “Kıpır kıpır Philip” adlı şiirinde epilepsisi olan hareketli ve dürtüsel bir çocuğu tarif etmiştir.¹⁵ 1902’de George Still bu çocukları aşırı hareketli, dikkati dağınık, öğrenme güçlüğü ve davranış sorunları olan çocuklar olarak tanımlamış ve bu tabloyu “ahlaki yetersizlik” olarak adlandırmıştır.¹⁶

Birinci dünya savaşı sonrasında yaşanan viral ensefalit epidemisinde ensefalit geçiren çocuklarda aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve davranış sorunları görülünce bu durumun beyin zedelenmesi sonrası ortaya çıktığı düşünülmüş ve “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” terimi kullanıldı. Ancak 1960’lı yıllarda nörolojik bozukluğun saptanamaması nedeniyle tanım “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak değiştirilmiştir.¹⁴

Bir tanı sınıflamasında DEHB ilk kez 1965 yılında yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi (ICD) Versiyon 9’da “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” olarak tanımlanmış, 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatri hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (DSM) II’de de aynı şekilde yer almıştır. DSM-III’te (1980) ise “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” ismiyle adlandırılmış ve “hiperaktivitenin eşlik ettiği veya etmediği” olmak üzere iki alt grup tanımlanmıştır.¹⁷ 1987 yılında DSM-III-R’de ilk kez “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” ismini almıştır.¹⁸

DSM-IV ile DEHB “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” grubundaki “Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında yer

almıştır. Dikkat eksikliği baskın tip, hiperaktivite-dürtüsellik baskın tip ve bileşik tip olmak üzere üç alt tip belirlenmiştir.¹⁹

2013'te yayınlanan DSM-V'te aynı tanımlar kullanılmıştır ancak DSM-IV'e göre bazı değişiklikler yapılmıştır. DEHB "Nörogelişimsel Bozukluklar" başlığı altına alınmıştır. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ile DEHB'nin aynı anda olabileceği belirtilmiştir. Hastalık başlangıç yaşı 7 yaşından 12 yaşına çıkarılmış ve alt tipler zamanla birbirine dönüşebileceğinden bu terim yerine "klinik görünüm" ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. 17 yaş sonrası olgularda tanı konulması için 6 yerine 5 belirtinin yeterli olacağı kabul edilmiştir.¹

2.1.2. DSM-V DEHB Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) veya (2) ile belirlenen işlevselliği ya da gelişimi bozan sürekli dikkatsizlik ve/ veya aşırı hareketlilik- dürtüsellik davranış örüntüsü:

1) **Dikkatsizlik:** Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) gelişimsel düzeyle uyumsuz derecede en az 6 ay sürmüştür ve toplumsal, eğitsel/ mesleki etkinlikleri doğrudan olumsuz etkiler. 17 yaşından büyükler için en az beş belirti gereklidir.

a. Çoğu zaman dikkati ayrıntılara veremez ya da okul çalışmalarında, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.

b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmekte zorluk yaşar.

c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da iş yerindeki görevleri tamamlayamaz.

e. Üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede çoğu zaman zorluk çeker.

f. Sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden çoğu zaman kaçınır, bunları sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g. Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri çoğu zaman kaybeder.

h. Dikkati dış uyaranlarla çoğu zaman kolaylıkla dağılır (geç ergenliktekiler ve erişkinler için ilgisiz düşünceleri içerebilir).

i. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unuttandır.

2) **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Aşağıdaki belirtilerden altısı (ya da daha fazlası) gelişimsel düzeyle uyumsuz derecede olarak en az altı ay sürmüştür ve toplumsal eğitsel/ mesleki etkinlikleri doğrudan olumsuz etkiler. 17 yaşından büyükler için en az beş belirti gereklidir.

a. Çoğu zaman kıpır kıpırdır, ellerini ve ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b. Oturması beklenen durumlarda çoğu zaman oturduğu yerden kalkar.

c. Çoğu zaman uygun olmayan durumlarda ortalıkta koşuşturur veya tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları olması yeterlidir).

d. Oyun oynamak ya da zaman geçirme etkinliklerine sessiz biçimde katılmakta çoğu zaman zorluk çeker.

e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor takmış gibi davranır.

f. Çoğu zaman çok konuşur.

g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevap verir.

h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. Aşırı dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin birçoğu 12 yaşından önce görülür.

C. Dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin birçoğu iki ya da daha fazla ortamda (örn: evde, okulda ya da işte; arkadaşlarla ya da akrabalarla, diğer etkinliklerde) kendini gösterir.

D. Bu belirtilerin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler yalnızca şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla (örn: duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu) daha iyi açıklanamaz.

Klinik görünüm:

Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde sadece A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmıştır.

Aşırı hareketliliğin/ dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde sadece A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmıştır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmuştur.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma “ağır olmayan” - “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için birçok ve özellikle de ağır belirtiler vardır ve işlevsellikte bozulma ileri derecedir.

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB; çocukluk çağıının en sık görülen ve üzerine en fazla çalışma yapılan psikiyatrik bozukluklarından.

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı %3-7 arasında değişmektedir.²⁰ Yetişkinlerde ise yaygınlık % 2.5-3.4 arasında bildirilmektedir.²¹

Polanczyk ve ark.'nın 2015 yılında yaptığı bir metaanaliz çalışmasında tüm dünyada çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansı yaklaşık %3,4 olarak saptanmıştır.²² Ülkemizde Ercan ve ark.'nın yaptığı toplum temelli bir çalışmada psikiyatrik tanı oranı %17,1 olarak saptanmış ve en sık görülen tanı %12,4 prevalans oranı ile DEHB olmuştur.²³

Çalışma sonuçlarındaki bu prevalans farkının DEHB için kesin bir tanı testi olmaması ve zaman içinde tanı kriterlerinde değişimler olması, çalışmanın yapıldığı toplumun özellikleri, çalışmaların metodolojik özellikleri nedeni ile olduğu düşünülmektedir.²⁴

Hem toplum örnekleminde hem de klinik örneklemlerde DEHB görülme sıklığı erkeklerde kızlardan fazladır. Toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda erkek/kız oranı 1/1 ile 3/1 arasında iken, klinik çalışmalarda 9/1 civarındadır.²⁴ Klinik örneklemdaki DEHB sıklığının erkeklerde kızlara göre daha fazla olmasında erkeklerin daha fazla dışa yönelim belirtileri göstermesi ve bu nedenle tedavi arayışı için kliniğe daha fazla başvurmalarının etkisi olduğu düşünülmektedir.²⁵

Araştırmalarda DEHB klinik görünümünden en sık dikkat eksikliği baskın görünümün izlendiği, sonrasında bunu sırasıyla bileşik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın görünümün seyrettiği bulunmuştur. Erkeklerde her üç klinik görünüm de kızlara göre daha sık iken, kızlarda dikkat eksikliği baskın görünüm daha fazla saptanmıştır.²⁴

Erişkinlerde ise erkek/ kadın oranının yaklaşık 1 ile 1,5 arasında olduğu, bileşik görünümün sıklıkla erişkinlikte devam edebilmesi nedeniyle iki cinsiyette de en sık görülen klinik görünüm olduğu bildirilmiştir.²⁶

2.1.4. Etiyoloji

DEHB etiyojisi üzerine pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen bozukluğun nedeni net olarak aydınlatılamamıştır. Genetik ve çevresel etkenlerin kombinasyonu, bozukluğun patogeneze ve heterojen fenotipine katkıda bulunmaktadır.²⁷

2.1.4.1. Genetik Etkenler

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen sonuçlar, DEHB'nin oldukça kalıtsal ve poligenik bir bozukluk olduğunu güçlü bir şekilde göstermiştir.²⁸ İkiz çalışmalarının metaanalizi DEHB'nin kalıtsallığını %76 olarak bildirmektedir.²⁹

Aile çalışmalarında, ailede DEHB öyküsü olmayanlarda prevalans % 5- 10 arasındayken, ailede DEHB tanısı olanlarda bu oranın kardeşlerde %50, kuzenlerde ise % 25'e kadar çıkabildiği gösterilmiştir.³⁰ Ebeveynler arasında genetik geçiş farklılıkları incelendiğinde, annenin DEHB tanılı olmasının çocuklarda DEHB riskini daha çok artırdığı ve kız çocuklarda bu riskin daha da belirgin olduğu bildirilmiştir.³¹

Erken dönem moleküler genetik çalışmaları ile DEHB'nin etiyojisinde yer aldığı düşünülen bazı olası genler anlaşılmaya çalışılmıştır. DEHB'yi tedavi eden ilaçlar dopaminerjik veya noradrenerjik sistemi hedef aldığından, birçok çalışma bu yollardaki "aday genleri" incelemiştir.²⁸

Literatürde dopaminerjik: Dopamin D4 Reseptör (DRD4), Dopamin Taşıyıcı-1 (DAT1), Dopamin D5 reseptör (DRD5); noreadrenerjik: Dopamin beta hidroksilaz (DBH); serotonerjik: 5-Hydroxytryptamine transporter (5HTT), Serotonin 1B reseptörü (HTR1B), Serotonin 2A reseptörü (5HTR2A); santral sinir sistemi gelişim yollarında ise Brain-

Derived Neurotrophic Factor (BDNF) ve Synaptosomal-Associated Protein-25 (SNAP25) genleri üzerinde durulmaktadır.^{32,33} Ayrıca Katekol-o-metil transferaz (COMT) ve Monoaminoksidaz (MAO)-A, B ve tirozin hidroksilaz genlerinin de bozukluk ile ilişkisinin olduğu gösterilmiştir.³⁴

Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS); DEHB ile ilişkili 6q12, 16p13, 11q22, 17p11, 4q13.1, 7p13 15q15, 4q13.2, 5q33.3 gibi yüzden fazla gen bölgesi bildirilmiş olup, DEHB'nin yalnızca tek bir gen bölgesiyle ilişkili olmadığını göstermektedir.^{28,34}

2.1.4.2. Nöroanatomi Ve Nörofizyolojik Etkenler

DEHB'nin nörobiyolojisine yönelik ilk görüntüleme çalışmaları daha çok ön beyinde birkaç bölgeye odaklanırken son bulgular karmaşık beyin bölgeleri arası çok yönlü bir morfolojik değişiklik olduğunu göstermektedir.³⁵

DEHB'li bireylerde sağlıklı kontrollere göre toplam beyin hacminin %2,5, toplam gri cevher hacminin ise %3 daha az olduğu gösterilmiştir.³⁶ Yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında, özellikle sağ hemisferde ve prefrontal bölge, korpus kallosum, splenium, sağ kaudat nükleus ve serebellar vermiş başta olmak üzere toplam beyin hacminde azalma tutarlı olarak bildirilmiştir.³⁷

Kortikal kalınlığın incelendiği bir araştırmada; DEHB'li çocukların en yüksek düzeyde serebral kortikal kalınlığa ulaşma yaşlarının, normal gelişim gösteren çocuklara göre 2-5 yıl geciktiği (normal gelişim gösteren çocuklarda ortalama 7.5 yaş, DEHB'si olan çocuklarda ortalama 10.5 yaş) ve bu gecikmenin de en belirgin olarak prefrontal bölgede izlendiği belirtilmiştir.³⁸

DEHB tanılı çocukların bazal ganglion (özellikle sağ globus pallidus, putamen ve bilateral kaudat nükleus) hacimlerinin daha düşük olduğu ve bu farklılıkların yaş ve stimulan tedavisi ile azalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir.³⁹ 2017 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında bazal gangliyonlara ek olarak amigdala, nükleus akumbens ve hipokampusta da hacim düşüklüğü bildirilmiş olup stimulan tedavisi veya komorbidite varlığının sonuçları etkilemediği belirtilmiştir. Amigdaladaki hacim azlığının DEHB'de yaşanan duygu düzenleme sorunlarını açıklamaya katkıda bulunacağı düşünülmüştür.⁴⁰

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) çalışmalarının dahil edildiği bir derlemede, kognitif kontrol gerektiren görevlerde frontostriatal, frontoparietal ve frontoserebellar yolaklarda hipoaktivasyon; vizüel, oksiptal, somatomotor alanlarda ve default mode devrelerinde hiperaktivasyon tespit edildiği bildirilmiştir.^{37,41} Başka fMRG çalışmalarında ise prefrontal korteks, striatum ve anterior singulat girusta metabolik aktivite ve kan akımının azaldığı, metilfenidat tedavisi ile prefrontal korteks bölgesel kan akımının normale döndüğü gösterilmiştir.^{42,43}

DEHB'li bireylerde motor inhibisyon, zamanlama ve dikkat gerektiren görevlerde saptanan hipoaktivasyonun yaş ilerledikçe gerilediği ve bunun, DEHB'de görülen beyin gelişimindeki yapısal gecikmenin yanı sıra fonksiyonel gecikme de olduğuna işaret ettiği öne sürülmektedir.⁴¹

2.1.4.3. Çevresel Etkenler

DEHB'nin etiolojisinde; çeşitli prenatal ve perinatal risk etkenleri, çevresel toksinler, diyet etkenleri ve psikososyal etkenlerin yer aldığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.⁴⁴

Prenatal dönemde ileri ve genç anne yaşı, gebelikte bazı toksik maddelere maruz kalmak (poliklorinat bifenil ve heksaklorobenzen gibi), tütün, alkol ve madde kullanımı, uzun süre asetaminofen kullanımı, enfeksiyon geçirmek, düşük folik asit düzeyi, annenin yaşadığı stres DEHB ile ilişkilendirilmiş risk faktörleridir.^{45,46} Doğum anında yaşanan travmalar, düşük doğum ağırlığı ve prematüritenin de DEHB ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.⁴⁷

Çocukluk çağında geçirilen viral enfeksiyonlar, menenjit, ensefalit, kafa travmaları, epileptik nöbetler, anemi, kurşun, organofosfat gibi toksinlere maruziyet DEHB için risk oluşturmaktadır.⁴⁸

Besin yetersizlikleri (örn; çinko, magnezyum, çoklu doymamış yağ asitleri), şeker ve yapay gıda renklendiricileri içeren besinlerin fazla tüketimi ve IgG'si düşük ya da yüksek gıdaların da DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁴⁹

Psikososyal etkenlerden düşük gelir düzeyi, ebeveynler arası geçimsizlik, düşmanca ebeveynlik stili, büyük aile yapısı, ebeveynin suça karışmış olması ve maternal psikopatoloji ile DEHB arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.^{50,51} Bununla birlikte erken dönemde ve ağır şiddette yaşanan sosyal yoksunluğun da DEHB ile ilişkili bir etken olabileceği düşünülmüştür. Hayatlarının ilk yıllarından itibaren kurumlarda yetişen ve

yoksunluk çeken çocukların; evlat edinildiklerinde DEHB benzeri belirtileri ergenlik döneminde de devam edecek şekilde gösterdikleri saptanmıştır.⁵²

1-3 yaş arasında izlenen televizyon süresi ile dikkat ve hiperaktivite problem şiddeti arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada doğru orantılı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.⁵³

Bahsedilen çevresel risk etkenleriyle DEHB arasında bir ilişkinin olduğu gösterilmekle birlikte, karıştırıcı faktörler nedeniyle kesin bir nedensellikten bahsedilemeyebilir. Bu alanda yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.⁵⁴

2.1.5. Klinik Görünüm Ve Değerlendirme

DEHB nörogelişimsel bir bozuluktur ve klinik görünümü yaşla birlikte değişebilmektedir.⁵⁵

Okul öncesi dönemde çocuklarda; öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları, fiziksel zarar verici davranışlar, kazalara yatkınlık, uyku bozuklukları, oyunlarda sırasını bekleyememe, yaşıtlarından daha kısa dikkat süresi, kreşte ya da anaokulunda kurallara uymakta zorluk görülebilmektedir.¹⁴

Okul dönemi, kliniğe başvurunun en sık olduğu dönemdir. Okula başlamayla sınıfta ders dinlemekte zorlanma, ders esnasında ayağa kalkma ve konuşma, teneffüste aşırı bir düzeyde koşturma, akranları ve yetişkinlerle olan ilişkilerde sorun yaşama, eşyalarını sık kaybetme, ödevlerini tamamlayamama gibi belirtiler ortaya çıkar.¹⁴

Çocuklukta DEHB tanısı almış bireylerin en az %65'inin ergenlik döneminde de DEHB belirtilerinin devam ettiği, çocuklukta görülen hareketliliğin azalarak daha çok "iç huzursuzluk" şeklinde görüldüğü bildirilmektedir.⁵⁶ Bu bireylerde duygu düzenlemede ve dürtü kontrolünde zorluk, aile ile çatışma, akran ilişkilerinde sorunlar, okula devam etmeme, akademik başarısızlık, disiplin cezaları, günlük hayattaki işleri planlayamama, riskli davranışlara yatkınlık (erken cinsel deneyim, sigara ve madde kullanımı, trafik kazaları vs.) görülebilir.^{14,57}

Erişkinlik döneminde hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin azaldığı, dikkat eksikliğinin ise devam ettiği bildirilmektedir. Erişkin DEHB'lilerde dikkat problemleri, unutkanlık, işleri planlayamama ve zamanında yetiştirememe, çok konuşma, iç huzursuzluğu gidermek için alkol/madde kullanımı, öfke patlamaları, ani ve sık iş

değişiklikleri, evlilik sorunları, riskli cinsel deneyimler gibi sorunlar görülebilmekte ve kişilerin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir.⁵⁸

DEHB değerlendirmesi; çocuk/ergen ve bakımverenler ile psikiyatrik görüşme yapılması, çocuk/ergenin gelişimsel ve tıbbi öyküsüne dair detaylı anamnez alınması, öğretmenlerden bilgi alınması ve eş tanı varlığının değerlendirilmesi ve gerektiğinde ek inceleme veya testlerin yapılmasını içermektedir.¹⁴ DEHB tanısı klinik değerlendirme ile konulmaktadır ve bu süreçte ölçekler sorunlu davranışların tanımlanmasında klinisyen için yol göstericidir.²⁷

2.1.6. Eş Tanı Ve Ayırıcı Tanı

DEHB'ye diğer psikiyatrik hastalıkların sık olarak eşlik ettiği saptanmış olup, eş tanı varlığının DEHB seyrini olumsuz etkilediği ve tedavi planlamasında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir.⁵⁹

4-17 yaş arası DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin dahil edildiği büyük örneklemli bir araştırmada komorbid psikiyatrik durumlar değerlendirilmiş ve katılımcıların %52'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk, %26'sında ise 2 veya daha fazla psikiyatrik bozukluk görüldüğü tespit edilmiştir.⁶⁰ DEHB'ye sıklıkla eşlik eden psikiyatrik durumlar; Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) gibi yıkıcı davranım bozuklukları, duygudurum ve kaygı bozuklukları, tik bozukluğu, zihinsel gerilik, otizm spektrum bozukluğu (OSB), madde kullanım bozuklukları ve yeme bozukluklarıdır.⁶¹

KOKGB, DEHB'li bireylerin yaklaşık %60- 70 kadarında eş tanı olarak bulunmaktadır ve DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluktur.⁶² Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB tanısı olan çocukların %54-84'ünün KOKGB tanı kriterlerini karşıladığı ve bu grubun büyük çoğunluğunun ileride DB tanısı alabileceği bildirilmiştir.⁶³ KOKGB ve DB özellikle DEHB'nin kombine ve hiperaktivitenin baskın olduğu klinik görünümüne eşlik etmektedir.⁶⁴

Anksiyete bozuklukları, DEHB tanısına yaklaşık % 18- 50 oranında eşlik etmekte ve yaşla birlikte bu oranda artış görülmektedir. DEHB'si olan olgularda MDB gelişme riskinin 2,5- 5,5 kat arttığı ve % 12- 50 oranında DEHB- MDB birlikteliğinin görüldüğü bildirilmiştir.⁶⁴ DEHB tanılı bireylerde unipolar depresyonun bipolar depresyona dönme

riski %28 iken DEHB tanısı olmayanlarda bu risk %6'dır. DEHB-bipolar bozukluk komorbiditesinin %11-22 arasında görüldüğü, bipolar bozukluğu olan bireylerde ise DEHB komorbiditesinin %60-90 arasında olduğu bildirilmiştir.⁶⁵

DEHB tanılı çocuklarda %20-30 oranında artmış OSB belirtileri görülme riski varken, OSB tanılı çocukların %30-50'sinde eşlik eden DEHB mevcuttur.⁶⁶ Diğer bir nörogelişimsel bozukluk olan özgül öğrenme bozukluğunun DEHB'ye eşlik etme oranı ise %25-35 arasında bulunmuştur.⁶⁷ DEHB ile tik bozuklukları komorbiditesini araştıran farklı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmakla birlikte, yapılmış bir derlemede bu oran %20-30 arasında bildirilmiştir.⁶⁸

Çocukluk çağında DEHB tanısı almış bireylerin, ergenlik ve erişkinlik döneminde nikotin, alkol, uyuşturucu madde ve diğer ilaçları kötüye kullanma ve bağımlılık gibi durumları geliştirme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ek olarak DEHB'li çocukların herhangi bir madde kullanım bozukluğu geliştirme riskinin 1,5 kat; nikotin bağımlılığının ise 3 kattan fazla arttığı bildirilmiştir.⁶⁹

Literatürde, DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları komorbidite sıklığını araştıran az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. 2016 yılında DEHB ve yeme bozuklukları ilişkisinin araştırıldığı bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, çocukluk çağındaki DEHB'nin bozulmuş yeme davranışları ile ilişkili olduğu, ergenlik ve erişkinlikte görülen DEHB'nin ise yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.⁷⁰ Yapılmış toplum temelli çalışmada, DEHB olan genç yetişkinlerde yeme bozuklukları eş tanısı oranı %4.2 olarak bulunmuştur.⁷¹

DEHB birçok belirti grubunu içerdiği ve sıklıkla eş tanı aldığı için değerlendirmede dikkatli olunmalıdır. Ayırıcı tanıda; öğrenme bozuklukları, zekâ gerilikleri, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, uyum bozuklukları, tik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, epilepsi, frontal lob tümörleri, işitsel ve görsel sorunlar, tiroid fonksiyon bozuklukları, kurşun ve çinko gibi çevresel toksin maruziyeti, steroidler, semptomimetikler, teofilin, antihistaminikler, fenobarbital gibi ilaç kullanımları yer almaktadır.⁷²

2.1.7. Tedavi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde farmakoterapi, davranışçı ebeveyn eğitimi, psikososyal girişimler, bilişsel davranışsal tedavi sık kullanılan yöntemlerdir. DEHB'nin biyolojik temellerine dayanarak uygulanan farmakoterapi çekirdek semptomlara en etkili tedavi yöntemi iken psikososyal müdahaleler eşlik eden sorunlarda daha etkilidir.⁷³

Farmakoterapide en sık kullanılan ilaçlar psikostimülanlar, bunların içinde ilk tedavi seçeneği metilfenidattır. Diğer bir psikostimülan grubu olan amfetaminler tedavi kılavuzlarında yer almakta ancak ülkemizde bulunmamaktadır.⁷³ Metilfenidat olguların yaklaşık %70-80'inde etkin semptom kontrolü sağlıyor olsa da %20-30'unda yetersiz etki veya yan etkiler nedeniyle tedavi devam ettirilememektedir.⁷⁴ Yan etki olarak; uykusuzluk, karın ağrısı, iştahsızlık, çarpıntı, baş dönmesi ve baş ağrısı gibi şikâyetler ayrıca daha az sıklıkta anksiyete artışı, huzursuzluk ve duygudurum dalgalanmaları (emosyonel labilite) görülebilir.⁷⁵ Metilfenidatın büyümeye etkisine bakıldığında ise, yapılan çalışmalarda kullanım esnasında büyüme hızının yavaşlayabildiği, ancak tedavinin nihai boy uzunluğuna olumsuz etki etmediği veya 1-2 cm kadar etki edebildiği gösterilmiştir.⁷⁶

Stimülan olmayan ilaçlardan atomoksetin DEHB tedavisinde FDA onaylı bir ilaçtır. Atomoksetin, DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları, tik bozukluğu veya aktif madde kötüye kullanımı olan durumlarda psikostimülanlara göre öncelikli olarak tercih edilebilir.⁶⁷ Atomoksetin kullanımı sırasında iştah azalması, mide bulantısı, ağız kuruluğu, kabızlık, uyku sorunları (aşırı uyuma veya uykusuzluk), emosyonel labilite gibi yan etkiler görülebilir. Bu yan etkiler psikostimülanların yan etkilerine benzer şekilde tedavinin başlanmasından sonraki birkaç ay içerisinde kaybolabilmektedir.⁷⁵

Alfa-2 agonistlerden guanfasin ve klonidin, tek başına veya stimulanlara ek olarak DEHB tedavisinde kullanımı için FDA onayı almıştır. Atipik antipsikotiklerden risperidon ve aripiprazol, aşırı hareketlilik/dürtüsellik semptomları üzerinde etkileri olan, yıkıcı davranış bozukluklarının eşlik ettiği DEHB'de düşük doz kullanabilen ilaçlardır. Ayrıca tedavide trisiklik antidepresanlardan imipramin ve desipramin, dopamin-noradrenalin geri alım inhibitörü bupropion ve modafinil gibi ilaçlar da kullanılabilmektedir.^{75,77,78}

Farmakolojik tedavi ile birlikte en etkili olan yaklaşım, ebeveyn eğitim programıdır. Davranışçı tedaviler de özellikle okul öncesi ve ilköğretim çağı çocuklarında DEHB tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır.¹⁴ Bilişsel davranışçı terapi, öfke kontrolünü sağlama

ve problem çözme becerisini geliştirme faydalıdır. Bu yöntemlerin dışında egzersizin bilişsel fonksiyonlar üzerine olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir.⁷⁹

2.1.8. Gidiş Ve Sonlanım

Çocuklukta tanı alan DEHB olgularının %60-80'i ergenlik döneminde, %40-60'ı da erişkinlik döneminde tanı almaya devam etmektedir. Bu kişiler önemli psikiyatrik, akademik ve sosyal sorunlarla karşılaşma riski ile karşı karşıyadır.⁶⁷

Prognozu belirleyen en önemli etkenler; düşük IQ, yüksek DEHB şiddeti, eş tanı varlığı, tedaviye geç başlama veya eş tanısı olanlarda uygun tedavi alamama, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk bulunması ve düşük sosyoekonomik düzeydir.⁸⁰

2.2. DUYGU DÜZENLEME VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

2.2.1. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme (DD), kişinin bir amaca yönelik davranışları organize etmek için duygusal durumunu çevresel şartlara uygun olarak düzenleme yeteneği olarak tanımlanmaktadır.⁸¹ DD ile sadece negatif duyguların (korku, kaygı, stres) azaltılması değil, negatif ve pozitif duyguların hedefe uygun bir şekilde azaltılması, artırılması ya da korunması sağlanır.⁸²

Gross ve Thompson; duygu düzenlemenin bilinçli ya da bilinçsiz, kontrollü ya da kontrolsüz bir şekilde gerçekleşebileceğini ve duygu deneyimleme, duyguları ifade etme gibi süreçleri farklı biçimlerde etkileyebileceğini belirtmiştir.⁸³

Duygu düzenleme becerisi bebeklikten başlayarak yaşam boyu gelişen bir süreç olup, bu gelişimde genetik ve çevresel faktörler etkilidir.⁸⁴

Duygu düzenlemede içsel ve dışsal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Dışsal duygu düzenleme, kişinin çevresindekilerin yardımıyla duygularını düzenlemesidir. Erken çocukluk döneminde temel DD biçimi dışsal duygu düzenlemedir. Çocuk büyüdükçe ebeveynlerin duygu düzenleme stratejilerinin model alma yoluyla öğrenilmesi, çocuğun duygularını gösterme davranışlarına verilen tepkiler, sosyal çevre, akran ve kültür etkisi gibi çeşitli etkenler duygu düzenlemeyi etkiler. Ergenlik dönemine geçildiğinde ise özellikle olumsuz yaşam olayları karşısında giderek daha sık planlama yaparak problem

çözmeye, davranışsal ve bilişsel stratejileri kullanarak içsel duygu düzenleme ile kendi duygularını düzenlemeye başlarlar.^{85,86}

Gross, geliştirdiği “Duygu Düzenlemede Süreç Modeli” ile beş temel duygu düzenleme stratejisine açıklık getirmiştir, bunlar;

- **Durum seçimi:** Bireyin duygu uyandırması olası bir durumda olup, olmamayı seçmesidir. Kişi, yer ve nesnelere yaklaşma veya uzaklaşma davranışı buna bir örnektir.
- **Durum değişimi:** Kişinin bir durumu, o durumun yaratacağı duygusal etkinin değişmesi hedefiyle modüle etmesidir. Sıkıntılı bir durum yerine yeni bir durum oluşturma sürecidir.
- **Dikkat kaydırılması:** Belli bir durumda duygusal yanıtı düzenleme amacıyla, dikkat odağını değiştirme yöntemlerini kullanmasıdır.
- **Bilişsel değerlendirme:** Durumun yarattığı duygusal etkiyi yönetmek için yapılan bilişsel değerlendirmelerin düzenlenmesidir.
- **Cevap düzenlenmesi:** duygu oluşuktan sonra ortaya çıkan davranışsal cevabı değiştirme uğraşısıdır. Diğer duygu düzenleme stratejileri öncül odaklı iken cevap düzenlemesi yanıt odaklı bir tekniktir.⁸⁷

2.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duyguları hedefe uygun olarak değiştirip istenilen duyguya ulaşmayı sağlayan adaptif süreçler bozulduğunda duygu düzenleme güçlükleri (DDG) ortaya çıkar. Duygu düzenlemede güçlük; sosyal normlar ve bulunulan duruma göre fazla veya uygun olmayan duygusal ifade ve deneyimler, duygulardaki hızlı ve kontrolü güç değişimler (labilite), duygusal uyarana verilen anormal dikkat şeklinde olabilir.⁴ Yaşanan bu güçlükler kişinin topluma uyumunu, insanlarla ilişkisini olumsuz etkileyerek işlevselliğini ve hayat kalitesini bozmaktadır.⁸⁸

Duygu düzenleme güçlüğü birçok psikopatoloji ile birlikte olabilir, aynı zamanda DDG olan çocukların yaşamının ilerleyen döneminde bir psikopatoloji geliştirme riski de daha fazladır.⁸⁹ Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde kullanım

bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu gibi birçok psikopatolojide DDG önemli rol oynamaktadır.⁹⁰

2.2.3. DEHB Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

DEHB’de yürütücü işlevlerde (planlama, çalışma belleği, ortama uygun tepki geliştirebilme) sorunlar yaşanmaktadır. Duygu düzenleme becerisi, yürütücü işlevlerin duygusal süreçlerini kapsar ve DEHB tanısı alan bireylerin bu süreçlerinde güçlükler yaşadığı bilinmektedir.⁴

Alanyazında; yaşanan bu duygu düzenleme güçlüklerinden genellikle “emosyonel disregülasyon” (ED) terimi ile bahsedildiği görülmektedir. DEHB yazınında ED terimi ile patlayıcı duygudurum, afektif instabilite, emosyonel labilite, öfke patlamaları, irritabilite, emosyonel impulsivite, düşük engellenme toleransı gibi kavramlar belirtilmektedir.⁹¹

Literatür incelendiğinde; yapılan popülasyon temelli bir çalışmada DEHB tanısı alan çocukların %38’inin duygu labilitesi yaşadığı ve bunun normal popülasyondan 10 kat fazla olduğu, klinik temelli çalışmalarda ise DEHB tanılı çocuk ve gençlerdeki DDG prevalansının %24-50 arasında saptandığı görülmüştür.^{4,92} DEHB tanılı erişkinlerin ise %34-70’inin duygu düzenlemede zorluklar yaşadığı bildirilmiştir.⁹³ Barkley, emosyonel disregülasyon varlığının DEHB tanısının erişkinlik döneminde devam etmesi açısından kuvvetli bir öngörücü olduğunu belirtmiştir.⁹¹

DEHB’li çocukların düzenlemekte en çok zorlandıkları duygunun öfke olduğu, bunun yanında üzüntü, mutluluk ve korku duygularını da düzenlemekte zorluk yaşadıklarını belirtilmektedir.⁹⁴

Birçok çalışmada, DEHB’li çocuklarda ve yetişkinlerde ED’nin, dikkat eksikliğinden ziyade hiperaktivite- dürtüsellik ve bileşik görünümle alakalı olduğu bildirilmiştir.^{7,95} Başka bir çalışmada ise ED’nin yaygın olarak DEHB’nin her iki belirti kümesiyle de ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁹⁶

Emosyonel disregülasyonu olan DEHB tanılı hastaların akran ve aile ile ilişkilerinde, akademik hayatlarında sadece DEHB tanılı olan kişilere göre anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadığı gösterilmiştir.⁹⁷ Yapılan bir çalışmada; çocukların yaşadığı duygusal sorunların, iyilik hali ve benlik saygısı üzerine olan olumsuz etkisinin DEHB’nin çekirdek belirtilerinden daha fazla olduğu saptanmıştır.⁹⁸

Duygu düzenleme, davranışsal ve psikolojik işlevlerle de etkileşerek; DEHB tanılı çocuklarda anksiyete, depresyon, KOKGB, DB, yeme bozukluğu gibi komorbid hastalıkların ortaya çıkmasında ortak bir risk etkeni olarak yer alabilir.⁹⁹ Taşkiran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; duygu düzenleme güçlüğü bulunan DEHB tanılı çocuklarda KOKGB'nin hem belirti hem tanı düzeyinde daha sık görüldüğü, davranış sorunlarının daha fazla bulunduğu ve bu çocukların çoğunun bileşik tip DEHB görünümünde oldukları belirtilmiştir.¹⁰⁰

DEHB'de yaşanan duygu düzenleme güçlüklerinin birçok farklı düzeydeki sorundan kaynaklandığı düşünülmektedir. En temel düzeyde, duygusal uyarılara yönelmede ve ödül değerlendirmede; yani 'aşağıdan yukarıya işleme süreci'nde anormallikler bulunmaktadır. Aşağıdan yukarıya işleme sürecine aracılık eden beyin bölgeleri; amigdala, ventral striatum, orbitofrontal kortekstir ve bu bölgelerdeki işlev bozukluğundan bahsedilebilir. Bununla birlikte; dikkatin duygusal uyarana verilmesi gibi 'yukarıdan aşağıya işleme süreci'nde de sorunlar olabilmektedir. Bu süreçte medial ve ventrolateral prefrontal korteks arasındaki kortikal bağlantıdaki disfonksiyon etkilidir. Aynı zamanda, çalışma belleği ve yanıt inhibisyonundaki eksiklikler gibi bilişsel süreçlerdeki problemler de duygu düzenleme güçlüğünün ortaya çıkmasında etkili olabilir.^{4,101,102}

Çevresel faktörler arasında ise, belirgin olumsuz erken mizaç özelliklerinin daha sonra gelişecek DEHB ve duygu düzenleme güçlüğüyle bağlantılı olduğu düşünülmüştür.¹⁰³ Bunun yanında, yüksek düzeyde ebeveyn eleştirisi ve düşmanca tutum da hem DEHB olan çocuklarda davranış sorunlarının ortaya çıkmasıyla hem de davranış sorunları olan okul öncesi çocuklarda çocukluk çağı DEHB'nin gelişmesiyle ilişkili bulunmuştur.^{104,105}

2.3. YEME TUTUMLARI

Yeme tutumu; bireyin yeme alışkanlıklarının bilişsel, davranışsal ve emosyonel açıdan anlaşılmasına yardımcı bir araçtır.¹⁰⁶ Bebeklik ve çocukluk döneminde, erişkinlikte de devam eden yeme alışkanlıkları gelişmektedir. Bu alışkanlıklar, bireyin yaşamının tüm dönemlerinde sağlık durumu üzerine doğrudan etkili olabilmektedir.¹⁰⁷

Bozulmuş yeme tutumları, yeme bozukluğu tanısını karşılamayan problemlili yeme davranışları olarak tanımlanmıştır. Bozulmuş yeme tutumlarının, yeme bozukluğu

tanılarından daha sık görülebildiği ve yeme bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir.⁷⁰

2.3.1. DEHB Ve Yeme Tutumları

DEHB tanısının varlığı çocukluk çağında bozulmuş yeme tutumlarının gelişimi açısından, adölesan ve erişkin grupta ise yeme bozukluğu gelişimi açısından risk yaratmaktadır. 2016 yılında yapılan bir meta analizde DEHB’li bireylerde bozuk yeme tutumlarına ve yeme bozukluğuna, kontrol grubundan daha sık rastlandığı bildirilmiştir.^{10,108}

DEHB’li bireylerde küçük yaşlardan itibaren beslenme-emme bozuklukları, sık sık sofradan kalkma, öğün tamamlamanın uzun sürmesi, düzensiz öğün zamanları, sık abur-cubur ve fast food tüketimi, duygusal aşırı yeme ve yemek için aşırma görülebilir.^{8,9} Yakın dönemde 6-10 yaşlarındaki DEHB’li erkek çocuklarla yapılan bir çalışmada, bu çocukların gün içerisinde düzensiz ve beş kereden fazla öğün tükettikleri ve yüksek miktarda şekerli içecek tükettikleri bildirilmiştir.¹⁰⁹

DEHB’ye eşlik eden karşıt olma-karşı gelme bozukluğu durumunun, küçük yaşlarda az yeme ile ergenlikte ise aşırı yeme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.^{8,9}

DEHB’de yaşanan dikkat sorunlarının, düzenli beslenme davranışlarını bozarak bozulmuş yeme davranışlarına yol açabildiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada; DEHB tanısı alan kişilerin standart bilişsel görevleri yerine getirme sırasındaki fazla bilişsel çabalarının iştah artışına ve uzun dönemde kilo alımına neden olabileceği öngörülmüştür. Başka bir çalışmada, DEHB’li bireylerin hoşlandıkları aktivitelerle uğraşları sırasında içsel açlık ve tokluk sinyallerini fark edemedikleri ve sonrasında uzamış açlık ile aşırı yemek yedikleri gösterilmiştir.^{110,111}

DEHB’nin diğer bir ana komponenti olan dürtüsellik, yeme bozukluklarının da karakteristik bir özelliğidir ve DEHB-obezite ilişkisini açıklamada önemli bir faktördür.¹¹² Dürtüsellğin temel özellikleri olan hazza meyil, dürtü kontrol mekanizmalarında eksiklik ve zayıflamış uzun dönemli karar verme mekanizması, aşırı yeme davranışına katkıda bulunur.¹¹³ 2017 yılında yapılan bir gözlem çalışmasında; DEHB tanısı olan erkek çocuklarındaki hiperaktivite belirtilerinin kısıtlayıcı tip beslenme ile her iki cinsiyetteki

dürtüsellik belirtilerinin ise aşırı yeme-çıkarma davranışlarının gelişimi ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir.¹¹⁴

Yapılan bir çalışmaya göre DEHB tanısı konmuş çocuklardaki dürtüsellik, hiperaktivite, dikkat eksikliği semptom kümelerinin üçü de geç ergenlikteki yeme sorunları ile ilişkilendirilmiştir.¹¹

DEHB'nin fiziksel aktivite, metabolizma ve yeme alışkanlıklarını etkilemesi ve dolayısıyla enerji alımı ile harcanması arasındaki dengenin bozulması sonucu obezite gelişme riski artar.¹¹⁵ 9,619 ergenle yapılan bir çalışmada, DEHB'li ergenlerde obezite görülme sıklığı %17,6 olarak bulunmuş, obezite görülme riskinin ise 1,2 kat arttığı gösterilmiştir.¹¹⁶ Çin'de 6-16 yaşlarındaki DEHB'li çocuk ve ergenler ile yapılan başka bir çalışmada; DEHB'de obezite

prevalansının artmış olduğu ve bileşik tip DEHB'li olguların diğer alt tiplerle karşılaştırıldığında daha sık obez ve aşırı kilolu oldukları bildirilmiştir.¹¹⁷

DEHB'si olan ve olmayan erişkin obez hastalardaki anormal yeme davranışlarının oranını araştıran bir çalışmada, DEHB'si olan obez hastalarda daha yüksek oranda anormal yeme davranışı gözlenmiştir. Bu sonuçlar DEHB'nin, obezite ve obez hastaların tedavisini olumsuz etkileyecek anormal yeme alışkanlıklarının gelişimi için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.¹²

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olmak isteyen gönüllülere davet posterleri aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmadan önce araştırmacı tarafından çocuklara ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilmiş, ebeveynlerden ve okuma-yazma bilen tüm çocuklardan gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır. Çalışma Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 23.10.2023 tarih ve 2023/329 karar numarası ile onaylanmıştır.

3.1. Örneklem

Ekim 2023 ile Aralık 2023 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde ilk kez DSM-V'e göre DEHB tanısı alan ve/veya daha önce DEHB tanısı alıp, DEHB'ye yönelik son 3 aydır tedavi almamış 6-9 yaş arası çocuklar, çalışmanın olgu grubunu oluşturmuştur. Dahil olma kriterlerini karşılayan 36 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir.

Kontrol grubu ise Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin çeşitli yerlerine asılan davet posterleri sonucu tarafımıza başvuran, herhangi bir psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalığı olmayan, DEHB grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 37 çocuktan oluşmuştur.

Olgu grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İlk kez DEHB tanısı almış olmak ve/veya daha önce DEHB tanısı alıp, DEHB'ye yönelik son 3 aydır tedavi almamış olmak,
- 6-9 yaşlar arasında olmak.

Olgu grubu için çalışmadan dışlama kriterleri;

- Nörolojik bozukluk, organik beyin hasarı, otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyon ek tanılarının olması,

- Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılarının olması,
- İletişimi bozacak düzeyde işitme veya konuşma sorununun olması,
- Bilinen metabolik-endokrinolojik bir bozukluğun olması.

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 6-9 yaşlar arasında olmak,
- Bilinen herhangi bir psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalığın olmaması.

3.2. Yöntem

Çalışmayı kabul eden olgu ve kontrol grubundaki tüm çocukların ebeveynlerinden Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK), Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ), Çocukluk Çağı Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) doldurmaları istenmiştir. Sosyodemografik veri formu aileden ve çocuktan alınan bilgilerle doldurulmuştur. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY) ile yapılan klinik görüşme sonucu olgu grubu için DEHB tanısı doğrulanmış ve eş tanıları belirlenmiştir. Kontrol grubunda ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı kriterini karşılayan çocuklar çalışmadan çıkarılmıştır. Zeka değerlendirmesi tez sahibi tarafından klinik görüşme üzerinden yapılmış ve zeka geriliği şüphesi olan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri, beslenme ve yaşam alışkanlıkları hakkında bilgi toplamak amacıyla, bu çalışma için alan yazın temel alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form ile; çocuğun yaşı, cinsiyeti, doğum zamanı,

doğum kilosunu, kaçınıcı sınıfta okuduğı, son 1 yıldaki okul başarısı, daha önce psikiyatri ilaç kullanımı olup olmadığı, günlük uyku miktarı, fast food tüketim sıklığı, ekran karşısında yeme alışkanlığı, kardeş sayısı, aile tipi, ailesinin gelir durumu, anne ve babasının yaşları, eğitim durumu, meslek durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır. Çocuk ve ebeveynle yapılan görüşmede çocuğun “boy” ve “vücut ağırlığı” aynı cihazla ölçülmüş. “Vücut kitle indeksi” (VKİ) hesaplanarak, VKİ persentili belirlenmiştir.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

ÇDŞG-ŞY-T, DSM-IV ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerin şimdiki ve geçmişteki psikopatolojilerini tespit etmek amacıyla, Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur.¹¹⁸ Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm ise özgül psikiyatrik semptomların sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini barındırmaktadır. Tarama görüşmesinde pozitif belirtiler varsa daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Üçüncü bölüm katılımcının değerlendirme sırasındaki işlerlik düzeyini bulmak amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹¹⁹

3.3.3. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)

Çocukların davranışlarının anne- babaları tarafından değerlendirilmesi amacıyla Conners ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.¹²⁰ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹²¹

Anne babalar tarafından çocuktaki belirtiler göz önünde bulundurularak doldurulmaktadır. DEHB’nin yanı sıra, çocukluk ve ergenlikteki diğer sorun davranışların değerlendirilmesinde de standart bir ölçüm yapmaktadır.

CADÖ-YK, 27 maddeden oluşmaktadır; “karşı gelme alt ölçeği”, “bilişsel problemler/dikkatsizlik alt ölçeği”, “hiperaktivite alt ölçeği”, “DEHB indeksi alt ölçeği” puanları hesaplanabilmektedir. Her madde için puan değeri 0-3 arasında değişen 4 yanıt seçeneği vardır; hiçbir zaman doğru değil 0 puan, biraz doğru 1 puan; oldukça doğru 2

puan, çok doğru 3 puan. Yüksek puan çocuğun CADÖ-YK’da tanımlanan problemlere o kadar çok sahip olduğunu göstermektedir.

3.3.4. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ)

Shield ve Cicchetti tarafından geliştirilmiş olan Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) 24 maddeden oluşmaktadır.¹²² Ölçek Türkçe’ye Kapçı, Uslu, Akgün ve Acer tarafından uyarlanmıştır.¹²³

6-13 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerin duygu ayarlama becerilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 24 maddeden oluşan ölçek, Değişkenlik/Olumsuzluk ile Duygu Ayarlama olarak adlandırılan iki alt ölçeğe sahiptir. Ölçek soruları ebeveynler tarafından doldurulmaktadır. Maddeler, dörtlü likert tipi ölçek (1=hiçbir zaman, 4=her zaman) üzerinden puanlanmaktadır. Ölçeklerden alınan toplam puanın yüksekliği, duygu ayarlamayla negatif korelidir.

3.3.5. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA), anne-babaların yanıtladığı, 35 maddeden oluşan ve 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla, 5=her zaman) Likert tipi bir ankettir. Wardle ve ark. tarafından geliştirilen anketteki maddeler anne-baba ile yapılan görüşmelerden ve obezite ile ilgili önceki literatür bilgilerinden elde edilen veriler ile oluşturulmuştur.¹²⁴ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2-9 yaş arası çocuklarda Yılmaz ve ark. tarafından yapılmıştır.¹²⁵

Çocuğun iştahını belirlemeyi amaçlayan anket; yemeyi çok fazla isteme ve fazla yeme “Gıda heveslisi” (GH), endişeliyken ve huzursuzken fazla yeme “Duygusal Aşırı Yeme” (DAY), yemeğe önem verme ve yemekten hoşlanma “Gıdadan Keyif Alma” (GKA), sürekli içecek isteme “İçme Tutkusu” (İT), yemek istememe ve çabuk doyma “Tokluk Heveslisi” (TH), yemek yerken yavaş davranma ve bekleme “Yavaş Yeme” (YY), mutlu ya da mutsuzken, endişeliyken az yeme “Duygusal Az Yeme” (DAZ), yeni ve çeşitli yiyeceklerden hoşlanmama “Yemek Seçiciliği” (YS) olmak üzere sekiz alt başlıktan oluşmaktadır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın örnek hacminin belirlenmesinde, 0,05 hata payı, 0,90 güç ve 0,77 etki büyüklüğü için iki grup arasında ilgili ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı

bir fark bulabilmek adına G*Power 3.1.9.2 programına göre çalışmaya olgu grubuna 36, kontrol grubuna 37 olmak üzere toplam 73 gönüllü alınmıştır.

Veri analizinde SPSS 24 programı kullanılmıştır. Çocuklarla ilgili ve aile ile ilgili demografik kategorik değişkenler ile çocukların grupları arasındaki ilişki için ki-kare analiz yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların gruplarına göre (olgu/kontrol) ölçek puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi parametrik yöntemi kullanılırken, veri sayısını gruplarda yeterli olmadığı ($N < 30$) demografik değişkenlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normalliğinde çarpıklık ile basıklık değerlerine bakılmıştır. Bu değerler veri sayısı $N > 50$ olduğunda normallik testleri yerine kullanılması önerilmiştir.¹²⁶ Bu değerler ± 2 arasında olduğunda puan dağılımı normaldir.¹²⁷ Tüm ölçek puanları normal dağılım gösterdiği için Pearson korelasyon yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Baykul, korelasyon katsayısının yorumlanmasında; korelasyon katsayısı olan r değeri 0,70'den büyükse yüksek düzey, 0,40 ile 0,70 arasındaysa orta düzey ve 0,40'dan küçükse düşük düzeyde ilişki olduğunu belirtmiştir.¹²⁸ Hiyerarşik regresyon için Baron ve Kenny yaklaşımı kullanılmıştır ve bu yaklaşıma göre aracılıktan söz edilebilmesi için bağımsız ve bağımlı değişken arasında ilişki olması gerekir ve bu model 1'i gösterir. Ayrıca bağımsız ve aracı değişken arasında da ilişki olmalıdır ve bu da model 2'yi gösterir. Eğer bağımsız ve aracı değişken arasında ilişki yok ise aracılıktan söz edilmez. Son olarak aracı değişken model 1'e eklenir ve nihai model olan model 3'ün anlamlı olması gerekir. Model 3 için açıklanan varyanstaki anlamlı değişim aracılık olduğunu gösterirken, model 1'e göre bağımsız ve bağımlı değişken arasındaki regresyon katsayısı anlamlılığını yitirmişse tam aracılık, hala anlamlıysa ama etkisi azalmışsa kısmi aracılık söz konusudur.¹²⁹

İstatiksel analizler için $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi incelenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmamıza 36 olgu, 37 kontrol olmak üzere toplam 73 katılımcı alınmıştır. Olgu grubundaki çocukların 23'ü erkek (%63,9), 13'ü kız (%36,1) iken, kontrol grubundaki çocukların 22'si erkek (%59,5) ve 15'i kızdır (%40,5). Olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre dağılım farkı bulunmamıştır ($p=0,697$).

Olgu grubundaki çocukların yaş ortalaması $7,42\pm 1,13$ ve kontrol grubundaki çocukların yaş ortalaması $7,54\pm 1,07$ olarak elde edilmiştir. Olgu ve kontrol grubundaki çocukların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0,632$).

Katılımcıların doğum haftaları sorgulandığında; olgu grubundaki çocukların %47,2'si zamanında, %30,6'sı zamanından önce ve %22,2'si zamanından sonra doğmuş olup, kontrol grubundaki çocukların %83,8'i zamanında, %8,1'i zamanından önce ve %8,1'i zamanından sonra doğmuştur. Olgu ve kontrol grupları arasında doğum zamanları açısından anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,004$). Her iki grupta da zamanında doğan çocukların oranı en fazladır. Ayrıca kontrol grubunda zamanında doğan çocukların oranı olgu grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek iken, zamanından önce doğan çocukların oranı ise olgu grubunda anlamlı şekilde yüksektir.

Olgu grubundaki çocukların %77,8'inin doğum kilosu normal, %16,7'sinin yüksek ve %5,6'sının düşük olup, kontrol grubundaki çocukların %91,9'unun doğum kilosu normal, %2,7'sinin yüksek ve %5,4'ünün düşüktür. Olgu ve kontrol grupları arasında doğum kilosu açısından anlamlı ilişki yoktur ($p=0,234$).

Olgu grubundaki çocukların %44,4'ünün okul başarısı iyi, %36,1'inin orta ve %19,4'ünün zayıf olarak saptanmış olup, kontrol grubundaki çocukların %94,6'sının okul başarısı iyi ve %5,4'ünün orta olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında son bir yıldaki okul başarısı açısından anlamlı ilişki vardır ($p<0,001$). Kontrol grubunda son bir yıldaki okul başarısı iyi olan çocukların oranı olgu grubuna göre anlamlı şekilde yüksek iken, olgu grubunda son bir yıldaki okul başarısı orta ve zayıf olan çocukların oranı kontrol grubundaki çocukların oranından anlamlı şekilde fazladır.

Uyku miktarına göre olgu grubundaki çocukların %61,1'i 8-10 saat, %30,6'sı 6-8 saat, %5,6'su 10 saatten fazla ve %2,8'i 4-6 saat olarak belirtmiş olup, kontrol grubundaki

çocukların %89,2'si 8-10 saat, %8,1'i 6-8 saat ve %2,7'si 10 saatten fazla olarak belirtmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında günlük uyku miktarı açısından anlamlı ilişki vardır ($p=0,044$). Buna göre kontrol grubundaki çocuklar için günlük uyku miktarı 8-10 saat olanların oranı olgu grubundakilerinden anlamlı şekilde daha yüksektir. Olgu grubundaki çocuklar için ise günlük uyku miktarı 6-8 saat olanların oranı kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı şekilde daha fazladır.

Olgu grubundaki çocukların %75'i uykusunun bölünmediğini %25'i ise bölündüğünü belirtmiş olup, kontrol grubundaki çocukların %67,6'sı uykusunun bölünmediğini %32,4'ü ise bölündüğünü belirtmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında uyku bölünmesi yaşanması açısından anlamlı ilişki yoktur ($p=0,483$).

Katılımcıların VKİ persentilleri incelendiğinde, olgu grubundaki çocukların %41,7'si 5-84 aralığında, %36,1'i ≥ 95 , %11,1'i 5-8 aralığında ve %11,1'i < 5 olarak elde edilmiş olup, kontrol grubundaki çocukların %67,6'sı 5-84 aralığında, %18,9'u ≥ 95 , %10,8'i 85-94 aralığında ve %2,7'si < 5 olarak bulunmuştur. VKİ persentilleri ile çocukları gruplarına ilişkin oranlar arasında ilişki yoktur ($p=0,107$).

Aylık fastfood tüketim sıklığına göre incelendiğinde; olgu grubundaki çocukların dağılımı 4 kez ve daha az tüketenler %72,2, 5-8 kez arası tüketenler %11,1, 9 kez ve daha fazla tüketenler %8,3 ve hiç tüketmeyenler %8,3 olarak saptanmış olup, kontrol grubunda ise bu dağılım 4 kez ve daha az tüketenler %59,5, 5-8 kez arası tüketenler %16,2, 9 kez ve daha fazla tüketenler %10,8 ve hiç tüketmeyenler %13,5 olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında aylık fastfood tüketim sıklığı açısından anlamlı ilişki yoktur ($p=0,714$).

Olgu grubundaki çocukların %91,7'si ekran karşısında atıştırdığını, %8,3'ü ise atıştırmadığını belirtmiş olup, kontrol grubundaki çocukların %73'ü ekran karşısında atıştırdığını, %27'si ise atıştırmadığını belirtmiş. Çocukların ekran karşısında atıştırma durumları için bakıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,037$). Buna göre olgu grubunda ekran karşısında atıştıran çocukların oranı kontrol grubundakilerden anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri

Değişken	Grup	Olgu (N=36)	Kontrol (N=37)	p
		N (%)	N (%)	
Cinsiyet	Kız	13(36,1)	15(40,5)	0,697*
	Erkek	23(63,9)	22(59,5)	
Yaş (Ort+SS)		7,42±1,13	7,54±1,07	0,632**
Doğum haftası	Zamanından Önce	11(30,6) ^a	3(8,1) ^b	0,004*
	Zamanında	17(47,2) ^a	31(83,8) ^b	
	Zamanından Sonra	8(22,2) ^a	3(8,1) ^a	
Doğum kilosu	Düşük	2(5,6)	1(2,7)	0,234*
	Normal	28(77,8)	34(91,9)	
	Yüksek	6(16,7)	2(5,4)	
Okul başarısı (son bir yıl)	İyi	16(44,4) ^a	35(94,6) ^b	<0,001*
	Orta	13(36,1) ^a	2(5,4) ^b	
	Zayıf	7(19,4) ^a	0(0) ^b	
Günlük uyku miktarı	4-6saat	1(2,8) ^a	0(0) ^a	0,044*
	6-8saat	11(30,6) ^a	3(8,1) ^b	
	8-10saat	22(61,1) ^a	33(89,2) ^b	
	10 saatten fazla	2(5,6) ^a	1(2,7) ^a	
Uyku bölünmesi	Hayır	27(75)	25(67,6)	0,483*
	Evet	9(25)	12(32,4)	
VKİ-p	<5	4(11,1)	1(2,7)	0,107*
	5-84	15(41,7)	25(67,6)	
	85-94	4(11,1)	4(10,8)	
	>=95	13(36,1)	7(18,9)	
Fastfood tüketim sıklığı (ayda)	Yok	3(8,3)	5(13,5)	0,714*
	<=4	26(72,2)	22(59,5)	
	5-8 Arası	4(11,1)	6(16,2)	
	>=9	3(8,3)	4(10,8)	
Ekran karşısında atıştırma	Hayır	3(8,3)	10(27)	0,037*
	Evet	33(91,7)	27(73)	

*Ki-kare testi; **Bağımsız gruplar t testi, ^{a,b}:Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi :farklı küçük harfe ilişkin oranlar arasında fark vardır.

VKİ-p: Vücut Kitle İndeksi Persentili

4.2. Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Katılımcıların aile tipleri sorgulandığında; olgu grubundaki çocukların %83,3'ünün aile tipi çekirdek aile, %8,3'ünün geniş aileye sahip olduğu ve %8,3'ünün boşanmış/ayrı olarak saptanmış, kontrol grubundaki çocukların ise %89,2'sinin aile tipi çekirdek aile ve %10,8'inin geniş aileye sahip olduğu belirtilmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında çocukların aile yapıları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p=0,195$).

Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde; olgu grubundaki çocukların %50'sinin 2 kardeşi, %27,8'inin 1 kardeşi, %22,3'ünün 3 ve daha fazla kardeşi olduğu, kontrol grubundaki çocukların ise %59,5'inin 2 kardeşi, %24,3'ünün 1 kardeşi, %13,5'inin 3 ve üzerinde kardeşi olduğu %2,7'sinin ise kardeşinin olmadığı belirtilmiştir. Gruplar arasında çocukların kardeş sayısı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,473$).

Olgu grubundaki çocukların %91,7'sinin anne-babası arasında akraba evliliği olmadığı, %8,3'ünde ise akraba evliliği olduğu belirtmiş olup, kontrol grubundaki çocukların %89,2'sinin anne-babası arasında akraba evliliği olduğu, %10,8'inin ise akraba evliliği olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasında anne-baba arasındaki akraba evliliği durumları açısından anlamlı ilişki yoktur ($p=0,719$).

Ailelerin aylık gelirleri sorgulandığında; olgu grubundaki ailelerin %44,4'ü 20000 TL üzeri, %38,9'u 12001-20000 TL ve %16,7'si 12000 TL ve altı olarak belirtmiş olup, kontrol grubundaki ailelerin %81,1'i 20000 TL üzeri, %13,5'i 12001-20000 TL ve %5,4'ü 12000 TL ve altı olarak belirtilmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında aylık gelir açısından anlamlı ilişki vardır ($p=0,005$). Aile aylık geliri 12001-20000 TL arası olanların oranı olgu grubunda daha yüksek iken, 20000 TL üzeri olanların oranı kontrol grubunda olgu grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,005$) (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Ailelerine Ait Özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		N (%)	N (%)	
Aile yapısı	Çekirdek	30(83,3)	33(89,2)	0,195*
	Geniş	3(8,3)	4(10,8)	
	Boşanmış/Ayr 1	3(8,3)	0(0)	
Kardeş sayısı	0	0(0)	1(2,7)	0,473*
	1	10(27,8)	9(24,3)	
	2	18(50)	22(59,5)	
	3 ve üzeri	6(22,3)	5(13,5)	
Anne-baba arasında akraba evliliği	Hayır	33(91,7)	33(89,2)	0,719*
	Evet	3(8,3)	4(10,8)	
Ailenin aylık gelir	<12000 TL	6(16,7) ^a	2(5,4) ^a	0,005*
	12001-20000 TL	14(38,9) ^a	5(13,5) ^b	
	>20000 TL	16(44,4) ^a	30(81,1) ^b	

*Ki-kare Testi, ^{a,b}:Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi; farklı küçük harfe ilişkin oranlar arasında fark vardır.

4.3. Katılımcıların ebeveynlerine ait özellikler

Olgu grubundaki çocukların anne yaş ortalaması 27,75±5,35 ve kontrol grubundaki çocukların anne yaş ortalaması 29,97±4,8 olarak elde edilmiştir. Olgu ve kontrol grubundaki çocukların anne yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur (p=0,066).

Katılımcıların annelerinin eğitim durumu incelendiğinde; olgu grubundaki çocukların %47,2'sinin anne eğitim düzeyi üniversite, %36,1'i lise ve %16,7'si ilköğretim iken kontrol grubundaki çocukların %64,9'unun anne eğitim düzeyi üniversite, %29,7'si lise ve %5,4'ü ilköğretimdir. Gruplar arasında anne eğitim durumları açısından anlamlı ilişki yoktur (p=0,187).

Olgu grubundaki çocukların %69,4'ünün annesi çalışmamakta, %30,6'sının annesi çalışmakta iken kontrol grubundaki çocukların %35,1'inin annesi çalışmamakta %64,9'unun annesi çalışmaktadır. Olgu ve kontrol grubu arasında anne çalışma durumu açısından anlamlı fark saptanmıştır (p=0,003). Kontrol grubunda annesi çalışan çocukların oranı olgu grubuna göre anlamlı şekilde daha fazladır.

Olgu grubundaki çocukların %86,1'inin annesinde ruhsal hastalık bulunmazken, %8,3'ünde MDB, %5,6'sında kaygı bozukluğu mevcuttur. Kontrol grubunda ise çocukların %89,2'sinin annesinde ruhsal hastalık bulunmazken %2,7'sinde DEHB ve %8,1'inde kaygı bozukluğu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların annelerinin bilinen ruhsal hastalık durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,236) (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Annelerine Ait Özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		N (%)	N (%)	
Anne olma yaşı, Ort±ss		27,75±5,35	29,97±4,8	0,066**
Anne eğitim durumu	İlköğretim	6(16,7)	2(5,4)	0,187*
	Lise	13(36,1)	11(29,7)	
	Üniversite	17(47,2)	24(64,9)	
Anne çalışma durumu	Hayır	25(69,4)	13(35,1)	0,003*
	Evet	11(30,6)	24(64,9)	
Annenin ruhsal hastalık durumu	Hayır	31(86,1)	33(89,2)	0,236*
	DEHB	0(0)	1(2,7)	
	MDB	3(8,3)	0(0)	
	Kaygı Bozukluğu	2(5,6)	3(8,1)	

*Ki-kare Testi, **Bağımsız gruplar t testi

Olgu ve kontrol grubundaki çocukların baba olma yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır (p=0,043). Olgu grubundaki çocukların baba olma yaş ortalaması

31,28±4,82 ve kontrol grubundaki çocukların baba olma yaş ortalaması 33,65±4,96 olarak elde edilmiştir.

Olgu grubundaki çocukların %38,9'unun baba eğitim düzeyi üniversite, %44,4'ünün lise ve %16,7'sinin ilköğretim iken, kontrol grubundaki çocukların %48,6'sının baba eğitim düzeyi üniversite, %40,5'i lise ve %10,8'i ilköğretimdir. Katılımcıların baba eğitim durumları açısından gruplar arasında anlamlı ilişki yoktur ($p=0,653$).

Kontrol grubundaki çocukların %94,4'ünün babası çalışmakta %5,6'sının babası çalışmamakta iken kontrol grubundaki çocukların hepsinin babası çalışmaktadır. Gruplar arasında baba çalışma durumları açısından anlamlı ilişki yoktur ($p=0,146$).

Katılımcıların babalarındaki bilinen ruhsal hastalık durumu sorgulandığında; olgu grubundaki çocukların %94,4'ünün babasında ruhsal hastalık bulunmazken %2,8'inde DEHB, %2,8'inde kaygı bozukluğu var iken kontrol grubundaki çocukların %97,3'ünün babasında ruhsal hastalık bulunmazken %2,7'sinde OKB olduğu saptanmıştır. Çocukların babasında bilinen ruhsal sağlık durumları ile gruplarına ilişkin oranlar arasında ilişki yoktur ($p=0,385$) (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Babalarına Ait Özellikler

Değişken	Grup	Olgu	Kontrol	p
		N (%)	N (%)	
Baba olma yaşı, Ort±ss		31,28±4,82	33,65±4,96	0,042**
Baba eğitim durumu	İlköğretim	6(16,7)	4(10,8)	0,653*
	Lise	16(44,4)	15(40,5)	
	Üniversite	14(38,9)	18(48,6)	
Baba çalışma durumu	Hayır	2(5,6)	0(0)	0,146*
	Evet	34(94,4)	37(100)	
Babada ruhsal hastalık durumu	Hayır	34(94,4)	36(97,3)	0,385*
	DEHB	1(2,8)	0(0)	
	Kaygı Bozukluğu	1(2,8)	0(0)	
	OKB	0(0)	1(2,7)	

*Ki-kare anlamlılık değeri; **Bağımsız gruplar t testi anlamlılık değeri

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

4.4. Olgu grubundaki katılımcılara ait tanısal özellikler

Çalışmamızda olgu grubunda yer alan DEHB çocukların ÇDSG-ŞY ve CADÖ-YK ölçeğine göre DEHB klinik görünümeleri araştırıldığında sırasıyla grubun %58,3'ü bileşik, %41,7'si dikkat eksikliği baskın görünümde saptanmış olup hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüme araştırmamızda rastlanmamıştır.

Olguların eş tanıları araştırıldığında, %41,7'sinin bir eş tanıya sahip olmadığı, %44,4'ünün KOKGB, %11,1'inin ÖÖB, %2,8'inin enürezis eş tanılarının mevcut olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 5: Olgu Grubundaki Katılımcılara Ait Tanısal Özellikler

		Olgu N (%)
DEHB klinik görünümü	Bileşik	21(58,3)
	Dikkat eksikliği baskın	15(41,7)
	Hiperaktivite/dürtüsellik baskın	0(0)
Eş tanı	Yok	15(41,7)
	KOKGB	16(44,4)
	ÖÖB	4(11,1)
	Enürezis	1(2,8)

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **ÖÖB:** Özgül Öğrenme Bozukluğu

Olgu grubundaki kızların %46,2'si dikkat eksikliği baskın, %53,8'i bileşik görünümdeyken, erkeklerin %39,1'i dikkat eksikliği baskın, %60,9'u bileşik görünümdeydi. Cinsiyetler açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,681$) (Tablo 6).

Tablo 6: Cinsiyet- DEHB Klinik Görünümü İlişkisi

Değişken	Grup	Kız	Erkek	P
		f(%)	f(%)	
DEHB klinik görünümü	Dikkat eksikliği baskın	6(46,2)	9(39,1)	0,681
	Bileşik	7(53,8)	14(60,9)	

**Kİ-Kare Testi*

4.5. Ölçek puanlarına ait veriler

4.5.1. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK)

Olgu ve kontrol grubundaki çocukların CADÖ-YK toplam puanları ve tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,001$). Olgu grubundaki çocukların CADÖ-YK toplam puanları ve tüm alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubundaki çocuklardan daha yüksektir (Tablo 7).

Tablo 7: Olgu ve Kontrol Gruplarında CADÖ-YK Puanları

Ölçek Puanları	Olgu (N=36)	Kontrol (N=37)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Karşı gelme	8,08±4,04	3,65±2,2	<0,001*
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	11,36±3,76	1,86±1,92	<0,001*
Hiperaktivite	8,58±3,71	1,86±2,12	<0,001*
DEHB indeksi	21,97±5,33	6±3,96	<0,001*
CADÖ-YK toplam	44,56±11,64	12,68±7,64	<0,001*

Bağımsız Gruplar T Testi

CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Olgu grubunda CADÖ-YK toplam puanları ve alt ölçek puanları DEHB klinik görünümüne göre değerlendirilmiş; bileşik klinik görünümde olan çocukların karşı gelme, hiperaktivite/dürtüsellik, DEHB indeks alt ölçek ve CADÖ-YK toplam puan ortalamaları, dikkat eksikliği baskın gruptaki çocuklardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 8).

Tablo 8: DEHB Alt Tipine Göre CADÖ-YK Puanları

Ölçüm	Dikkat Eksikliği Baskın Tip	Bileşik Tip	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Karşı gelme	4,93±3,28	10,33±2,87	<0,01*
Dikkatsizlik	10,4±3,4	12,05±3,93	0,197
Hiperaktivite	5,33±2,58	10,9±2,43	<0,01*
DEHB indeks	18,33±3,58	24,57±4,87	<0,01*
CADÖ-YK Toplam	34,27±5,99	51,9±8,7	<0,01*

Mann-Whitney U Testi

CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.5.2. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ)

Olgu grubundaki çocukların DAÖ toplam puanı ve değişkenlik olumsuzluk alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubundaki çocuklardan daha yüksektir ve bu fark anlamlıdır ($p<0,001$). Ancak olgu ve kontrol grubundaki çocukların duygu ayarlama alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9: Olgu ve Kontrol Gruplarında DAÖ Puanları

Ölçek Puanları	Olgu (N=36)	Kontrol (N=37)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Değişkenlik/Olumsuzluk	33,44±6,47	25,19±4,43	<0,001*
Duygu Ayarlama	17,44±3,4	17,11±4,57	0,723
DAÖ Toplam	50,89±7,69	42,3±7,42	<0,001*

Bağımsız Gruplar T Testi

DAÖ: Duygu Ayarlama Ölçeği

Olgu grubunda DEHB klinik görünümüne göre çocukların DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$).

DEHB bileşik tip olan çocukların DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt boyut puan ortalamaları DEHB dikkat eksikliği baskın gruptaki çocuklardan daha yüksektir (Tablo 10).

Tablo 10: Olgu Grubunda DEHB Alt Tipine Göre DAÖ puanları

Ölçüm	Dikkat Eksikliği Baskın Tip	Bileşik Tip	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Değişkenlik/Olumsuzluk	29,93±4,62	35,95±6,51	0,005*
Duygu Ayarlama	17,67±3,92	17,29±3,07	0,897
DAÖ Toplam	47,6±6,9	53,24±7,51	0,033*

Mann –Whitney U Testi, DAÖ: Duygu Ayarlama Ölçeği

Olgu grubunda KOKGB eş tanı durumuna göre çocukların DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$). DEHB’li çocuklarda KOKGB eş tanısına sahip çocukların DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puan ortalamaları KOKGB eş tanısı olmayan çocuklardan daha yüksektir (Tablo 11).

Tablo 11: Olgu Grubunda KOKGB Eş Tanı Durumuna Göre DAÖ puanları

Ölçüm	KOKGB (-)	KOKGB (+)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Değişkenlik Olumsuzluk	30,58±4,35	36,65±7,04	0,009*
Duygu Ayarlama	17,53±3,75	17,35±3,08	0,937
DAÖ Toplam	48,11±6,59	54±7,82	0,032*

Mann –Whitney U Testi

DAÖ: Duygu Ayarlama Ölçeği, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

4.5.3. Çocuk Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

Katılımcıların VKİ-p değerleri ile ÇYDA alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. VKİ-p değerleri ile gıda heveslisi ($r=0,411$, $p<0,01$), duygusal aşırı yeme ($r=0,330$, $p<0,01$),

gıdadan keyif alma ($r=0,364$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Katılımcıların gıdaya yaklaşımı gösteren gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme ve gıdadan keyif alma alt ölçek puanları arttıkça VKİ-p değerleri artmakta ya da tam tersidir. Ayrıca VKİ-p değerleri ile tokluk heveslisi ($r=-0,332$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde; yavaş yeme alt ölçeği ($r=-0,276$, $p<0,05$) ile düşük düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Katılımcıların gıdadan kaçınmasını gösteren tokluk heveslisi ve yavaş yeme alt ölçek puanları arttıkça VKİ-p değerleri azalmakta ya da tam tersidir (Tablo 12).

Tablo 12: VKİ-p ile ÇYDA Arasındaki İlişki

Ölçek Puan	VKİ-P
	r
Gıda Heveslisi	0,411**
Duygusal Aşırı Yeme	0,330**
Gıdadan Keyif Alma	0,364**
İçme Tutkusu	0,083
Tokluk Heveslisi	-0,332**
Yavaş yeme	-0,276*
Duygusal Az Yeme	-0,008
Yemek seçiciliği	-0,091

*Pearson Korelasyon Testi; ** $p<0,01$; * $p<0,05$*

ÇYDA: Çocuk Yeme Davranışı Anketi, **VKİ-p:** Vücut Kitle İndeksi Persentili

Olgu grubunun ÇYDA toplam puanları ile gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu ve tokluk heveslisi alt ölçek puanları kontrol grubuna göre daha fazladır ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak olgu ve kontrol grupları arasında gıdadan keyif alma, duygusal az yeme ve yemek seçiciliği alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Olgu ve Kontrol Gruplarında ÇYDA Puanları

Ölçek Puanları	Olgu (N=36)	Kontrol (N=37)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Gıda Heveslisi	12,17±5,15	9,35±4,59	0,016*
Duygusal Aşırı Yeme	6,19±2,59	4,78±1,51	0,006*
Gıdadan Keyif Alma	15,92±6,13	13,59±5,23	0,086
İçme Tutkusu	8,5±3,49	6,05±2,45	0,001*
Tokluk Heveslisi	15,25±4	13,41±3,51	0,039*
Yavaş yeme	9,89±4,43	8,59±3,02	0,148
Duygusal Az Yeme	10,75±4,09	9,24±4,25	0,127
Yemek seçiciliği	6,25±3,11	7,57±3,1	0,074
ÇYDA Toplam	84,92±13,42	72,59±11,88	<0,001*

Bağımsız Gruplar T Testi**ÇYDA:** Çocuk Yeme Davranışı Anketi

Olgu grubunda DEHB klinik görünümüne göre ÇYDA toplam ve gıdadan keyif alma alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). DEHB bileşik tip olan çocukların ÇYDA toplam ve gıdadan keyif alma alt ölçek puan ortalamaları dikkat eksikliği baskın gruptan daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14: Olgu Grubunda DEHB Alt Tipine Göre ÇYDA Puanları

Ölçüm	Dikkat Eksikliği Baskın Tip	Bileşik Tip	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Gıda Heveslisi	10,2±3,97	13,57±5,52	0,068
Duygusal Aşırı Yeme	5,47±1,77	6,71±2,99	0,255
Gıdadan Keyif Alma	13,6±6,77	17,57±5,18	0,032*
İçme Tutkusu	8,13±3,52	8,76±3,53	0,572
Tokluk Heveslisi	14,53±4,44	15,76±3,67	0,617
Yavaş yeme	10,67±3,54	9,33±4,98	0,208
Duygusal Az Yeme	9,53±3,85	11,62±4,12	0,087
Yemek seçiciliği	5,87±3,09	6,52±3,17	0,486
ÇYDA Toplam	78±8,38	89,86±14,31	0,015*

Mann –Whitney U Testi; ÇYDA: Çocuk Yeme Davranışı Anketi

Olgu grubunda KOKGB eş tanı durumuna göre çocukların sadece duygusal az yeme alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0,05$). DEHB'li çocuklarda KOKGB eş tanısına sahip çocukların duygusal az yeme alt ölçek puan ortalamaları KOKGB eş tanısı olmayan çocuklardan daha yüksektir (Tablo 15).

Tablo 15: Olgu Grubunda KOKGB Eş Tanı Durumuna Göre ÇYDA Puanları

Ölçüm	KOKGB (-)	KOKGB (+)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Gıda Heveslisi	11,26±4,41	13,18±5,84	0,426
Duygusal Aşırı Yeme	6,16±2,67	6,24±2,59	0,807
Gıdadan Keyif Alma	14,95±5,77	17±6,52	0,272
İçme Tutkusu	9,16±3,45	7,76±3,49	0,196
Tokluk Heveslisi	14,42±3,13	16,18±4,71	0,176
Yavaş yeme	10,26±3,4	9,47±5,44	0,3
Duygusal Az Yeme	9,21±3,88	12,47±3,69	0,016*
Yemek seçiciliği	5,84±2,27	6,71±3,87	0,773
ÇYDA Toplam	81,26±11,41	89±14,64	0,106

Mann –Whitney U Testi; **ÇYDA:** Çocuk Yeme Davranışı Anketi

4.6. Katılımcılara ait ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki

CADÖ-YK karşı gelme alt ölçek puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,507$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca karşı gelme alt boyut puanları ile DAÖ değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ($r=0,672$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Karşı gelme alt ölçek puanları arttıkça tüm katılımcılar için ile DAÖ toplam ile değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

Karşı gelme alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,599$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca karşı gelme alt ölçek puanları ile gıdadan keyif alma ($r=0,425$, $p<0,01$) ve duygusal az yeme alt ölçek puanları ($r=0,410$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde ilişki var iken; gıda heveslisi ($r=0,385$, $p<0,01$), duygusal aşırı yeme ($r=0,326$, $p<0,01$) ve tokluk heveslisi ($r=0,252$, $p<0,05$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Karşı gelme alt ölçek

puanları arttıkça hasta gruptakiler için ÇYDA toplam puanları ile anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

CADÖ-YK dikkatsizlik alt ölçek puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,520$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca dikkatsizlik alt boyut puanları ile DAÖ değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ($r=0,630$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Dikkatsizlik alt ölçek puanları arttıkça tüm gruptakiler için ile DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

Dikkatsizlik alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,528$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca dikkatsizlik alt ölçek puanları ile duygusal aşırı yeme ($r=0,400$, $p<0,01$) ve içme tutkusu ($r=0,427$, $p<0,01$) alt boyut puanları arasında orta düzeyde; gıda heveslisi ($r=0,379$, $p<0,01$), gıdadan keyif alma ($r=0,277$, $p<0,05$) ve duygusal az yeme ($r=0,246$, $p<0,05$) alt ölçek puanları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Dikkatsizlik alt boyut puanları arttıkça tüm gruptakiler için ÇYDA toplam ve anlamlı olan bu alt boyut puanları artmakta ya da tam tersidir. Ayrıca dikkatsizlik alt boyut puanları ile yemek seçiciliği ($r=-0,324$, $p<0,01$) alt boyut puanları arasında düşük düzeyde negatif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Dikkatsizlik alt ölçek puanları arttıkça tüm katılımcılar için yemek seçiciliği alt ölçek puanları düşmekte ya da tam tersidir.

CADÖ-YK hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,540$, $p<0,01$) ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ($r=0,694$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları arttıkça tüm katılımcılarda DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam ($r=0,497$, $p<0,01$) ve içme tutkusu ($r=0,403$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ilişki var iken; gıda heveslisi ($r=0,300$, $p<0,01$), gıdadan keyif alma ($r=0,277$, $p<0,05$), duygusal aşırı yeme ($r=0,364$, $p<0,05$) ve duygusal az yeme ($r=0,323$, $p<0,05$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları arttıkça tüm gruptakiler için ÇYDA toplam ve anlamlı olan bu alt boyut puanları artmakta ya da tam tersidir. Ayrıca hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek punları ile yemek seçiciliği alt

ölçek puanları ($r=-0,290$, $p<0,05$) arasında düşük düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları arttıkça tüm gruptakiler için yemek seçiciliği alt boyut puanları düşmekte ya da tam tersidir.

CADÖ-YK DEHB indeks alt ölçek puanları ile DAÖ toplam ($r=0,569$, $p<0,01$) ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ($r=0,679$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. DEHB indeks alt boyut puanları arttıkça tüm gruptakiler için ile DAÖ toplam ile değişkenlik/olumsuzluk alt boyut puanları artmakta ya da tam tersidir.

DEHB indeks alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam ($r=0,587$, $p<0,01$) ve gıda heveslisi ($r=0,407$, $p<0,01$), duygusal aşırı yeme ($r=0,432$, $p<0,01$), içme tutkusu ($r=0,465$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ilişki vardır. DEHB indeks puanları ile gıdadan keyif alma ($r=0,319$, $p<0,05$), tokluk heveslisi ($r=0,280$, $p<0,05$) ve duygusal az yeme ($r=0,299$, $p<0,05$) alt ölçek puanları arasında ise düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. DEHB indeks alt boyut puanları arttıkça tüm katılımcılarda ÇYDA toplam puanları ile anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir. Ayrıca DEHB indeks puanları ile yemek seçiciliği alt ölçek puanları ($r=-0,340$, $p<0,01$) arasında düşük düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki vardır. DEHB indeks alt boyut puanları arttıkça tüm gruptakiler için yemek seçiciliği alt boyut puanları düşmekte ya da tam tersidir.

CADÖ-YK toplam puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,597$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca CADÖ-YK toplam puanları ile duygu ayarlama ölçeğinin değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek ($r=0,738$, $p<0,01$) puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Tüm katılımcılar için CADÖ-YK toplam puanları arttıkça DAÖ toplam puanları ile değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersi şekilde CADÖ-YK toplam puanları azaldıkça DAÖ toplam puanları ile değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları azalmaktadır.

CADÖ-YK toplam puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,614$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. CADÖ-YK toplam puanları ile ÇYDA'nın gıda heveslisi ($r=0,405$, $p<0,01$), duygusal aşırı yeme ($r=0,426$, $p<0,01$) ve içme tutkusu ($r=0,432$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ilişki var iken; gıdadan keyif alma ($r=0,338$, $p<0,01$), tokluk heveslisi ($r=0,300$, $p<0,01$) ve duygusal az yeme ($r=0,346$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Tüm katılımcılar için CADÖ-YK toplam puanları arttıkça, ÇYDA toplam puanları ve gıda

heveslisi, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu, gıdadan keyif alma, tokluk heveslisi, duygusal az yeme alt ölçek puanları artar ya da tam tersi şekilde CADÖ-YK toplam puanları azaldıkça bu ölçek puanları azalır. Ancak CADÖ-YK toplam puanları ile ÇYDA'nın yemek seçiciliği alt ölçek puanları ($r=-0,287$, $p<0,05$) arasında düşük düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki vardır. CADÖ-YK toplam puanları arttıkça katılımcıların yemek seçiciliği alt ölçek puanları azalmakta ya da tam tersi şekilde CADÖ-YK toplam puanları azaldıkça katılımcıların yemek seçiciliği alt ölçek puanları artmaktadır.

DAÖ toplam puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,506$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca DAÖ toplam puanları ile içme tutkusu ($r=0,472$, $p<0,01$) alt ölçek puanları ile orta düzeyde ilişki var iken; duygusal aşırı yeme ($r=0,295$, $p<0,01$), duygusal az yeme ($r=0,338$, $p<0,01$) ve tokluk heveslisi ($r=0,289$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. DAÖ toplam puanları arttıkça, tüm gruptakiler için ÇYDA toplam puanları ve anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersi şekilde DAÖ toplam puanları azaldıkça ÇYDA toplam ve anlamlı olan alt ölçek puanları azalmaktadır.

DAÖ'nin değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,595$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ile duygusal az yeme ($r=0,425$, $p<0,01$) ve içme tutkusu ($r=0,423$, $p<0,01$) alt ölçek puanları ile orta düzeyde ilişki var iken; gıda heveslisi ($r=0,286$, $p<0,05$), duygusal aşırı yeme ($r=0,332$, $p<0,01$), gıdadan keyif alma ($r=0,310$, $p<0,01$) ve tokluk heveslisi ($r=0,257$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları arttıkça tüm gruptakiler için ÇYDA toplam puanları ile anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersi şekilde değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları azaldıkça ÇYDA toplam ve anlamlı olan alt ölçek puanları azalmaktadır.

DAÖ'nin duygu ayarlama alt ölçek puanları ile ÇYDA alt ölçeklerinden sadece içme tutkusu ($r=0,292$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Duygu ayarlama alt ölçeğinin puanları arttıkça tüm gruptakiler için içme tutkusu alt ölçek puanları artmakta ya da duygu ayarlama alt ölçeğinin puanları azaldıkça içme tutkusu alt ölçek puanları azalmaktadır (Tablo 16).

Tablo 16: Tüm Katılımcıların Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Tüm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.Karşı gelme	1																
2.Dikkatsizlik	,592**	1															
3.Hiperaktivite	,668**	,764**	1														
4.DEHB indeksi	,670**	,936**	,831**	1													
5.CADÖ-YK Toplam	,788**	,924**	,900**	,973**	1												
6.Değişkenlik/Olumsuzluk	,672**	,630**	,694**	,679**	,738**	1											
7.Duygu Ayarlama	-0,058	0,041	-0,026	0,064	0,021	0,209	1										
8.DAÖ Toplam	,507**	,520**	,540**	,569**	,597**	,892**	,629**	1									
9.Gıda Heveslisi	,385**	,379**	,300*	,407**	,405**	,286*	-0,009	0,223	1								
10.Duygusal Aşırı Yeme	,326**	,400**	,364**	,432**	,426**	,332**	0,068	,295*	,623**	1							
11.Gıdadan Keyif Alma	,425**	,277*	0,225	,319**	,338**	,310**	-0,112	0,194	,651**	,406**	1						
12.İçme Tutkusu	0,187	,427**	,403**	,465**	,432**	,423**	,292*	,472**	,347**	,440**	,236*	1					
13.Tokluk Heveslisi	,252*	0,223	,298*	,280*	,300**	,257*	0,183	,289*	-,347**	-0,137	-,372**	0,039	1				
14.Yavaş yeme	0,019	0,197	0,119	0,164	0,147	0,184	0,074	0,18	-,381**	-0,169	-,394**	0,01	,534**	1			
15.Duygusal Az Yeme	,410**	,246*	,323**	,299*	,346**	,425**	0	,338**	0,122	0,197	0,172	0,115	,331**	,306**	1		
16.Yeme seçiciliği	-0,026	-,324**	-,290*	-,340**	-,287*	-0,15	-0,123	-0,176	0,1	0,014	0,174	-0,086	-,402**	-,332**	-0,15	1	
17.ÇYDA Toplam	,599**	,528**	,497**	,587**	,614**	,595**	0,072	,506**	,666**	,629**	,646**	,550**	0,138	0,112	,613**	0,069	1

** $p < .01$; * $p < .05$

Pearson korelasyon testi

CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği, **ÇYDA:** Çocuk Yeme Davranışı Anketi, **DAÖ:** Duygu Ayarlama Ölçeği,

4.7. Katılımcılarda Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanları ve Çocukların Yeme Davranışları Arasındaki İlişkide Duygu Ayarlamasının Aracı Rolü

CADÖ-YK toplam puanları ile ÇYDA alt ölçeklerinin her biri arasında DAÖ toplam ve duygu ayarlama ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçekleri ile hastaların gruplarının aracılık rolleri incelenmiş, sadece içme tutkusu ve duygusal az yeme alt ölçekleri için anlamlı sonuçlar saptanmıştır. Anlamlı çıkan bu iki yeme davranışı alt ölçeği için model 2' için gerekli olan varsayım korelasyon tablosuna bakılarak sağlanmıştır; başka bir ifade ile bağımsız değişken ile modelde yer alan aracı değişken arasında anlamlı ilişki olduğu elde edilmiştir.

Model 1'deki CADÖ-YK puanlarının içme tutkusuna etkisine yönelik kurulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=16,332$ $p<0,01$). İçme tutkusu puanlarındaki değişkenliğin %18,7'si CADÖ-YK toplam puanları ile açıklamaktadır ve içme tutkusu puanları için pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,432$, $t=4,010$, $p<0,01$).

Model 2'deki CADÖ-YK puanlarının DAÖ toplam puanlarına etkisine yönelik kurulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=39,259$ $p<0,01$). Duygu ayarlama toplam puanlarındaki değişkenliğin %35,6'sı CADÖ-YK toplam puanları ile açıklamaktadır ve DAÖ toplam puanları için pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,597$, $t=6,266$, $p<0,01$).

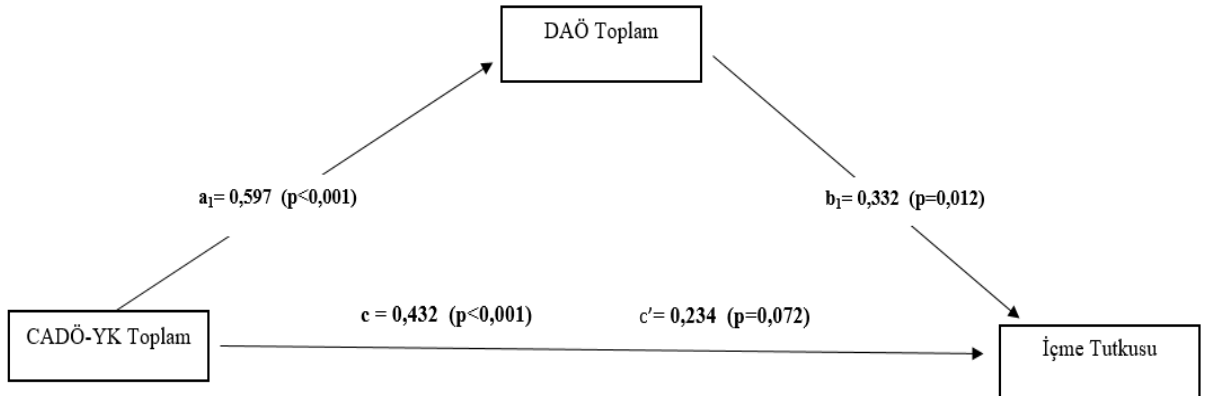
Model 3 ise model 1'e DAÖ toplam puanlarının eklendiği ve aracılığın incelendiği nihai model olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=8,029$ $p<0,01$). İçme tutkusu puanlarındaki değişkenliğin %25,8'i modeldeki bağımsız değişkenler ile açıklanır. DAÖ toplam puanları, içme tutkusu puanlarını pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,332$, $t=2,586$, $p<0,05$). Ancak katılımcıların CADÖ-YK toplam puanlarının nihai modelde içme tutkusuna olan etkisi anlamlı değildir ($p>0,05$). Model 3'te açıklanan varyanstaki değişim %7,1 olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Anlamlı çıkan tek aracı değişken olduğu için tam aracılık söz konusudur. CADÖ-YK toplam puanları ile içme tutkusu ilişkisinde, DAÖ toplam puanlarının tam aracı etkisi vardır (Tablo 17) (Şekil 1).

Tablo 17: İçme Tutkusu İçin Hiyerarşik Regresyon Tablosu

Model	Bağımlı	Bağımsız	β	T	p	Model İstatistikleri
Model 1	İçme Tutkusu	CADÖ-YK Toplam	0,432	4,041	<0,001	F=16,332*; R ² =0,187
Model 2	DAÖ Toplam	CADÖ-YK Toplam	0,597	6,266	<0,001	F=39,259*; R ² =0,356
Model 3	İçme Tutkusu	CADÖ-YK Toplam	0,234	1,827	0,072	F=12,165*; R ² =0,258; $\Delta R^2=0,071$; p<0,05
		DAÖ Toplam	0,332	2,586	0,012	

*p<0,01 ; CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği, DAÖ: Duygu Ayarlama Ölçeği

Şekil 1: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanlarının İçme Tutkusu Üzerine Etkisinde Duygu Ayarlamanın Aracı Rolü



Model 1’deki CADÖ-YK toplam puanlarının duygusal az yeme değişkenine etkisine yönelik kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=9,628, p<0,01). Duygusal az yeme puanlarındaki değişkenliğin %11,9’u CADÖ-YK toplam puanları ile açıklamaktadır. CADÖ-YK puanları duygusal az yeme puanları için pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,346$, t=3,103, p<0,01).

Model 2’de CADÖ-YK toplam puanlarının değişkenlik-olumsuzluk alt boyut puanlarına etkisine yönelik kurulan regresyon modeli anlamlıdır (F=85,101, p<0,01). Değişkenlik-

olumsuzluk alt boyut puanlarındaki değişkenliğin %54,5'i CADÖ-YK toplam puanları ile açıklamaktadır. CADÖ-YK puanları değişkenlik-olumsuzluk puanları için pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,738$, $t=9,225$, $p<0,01$).

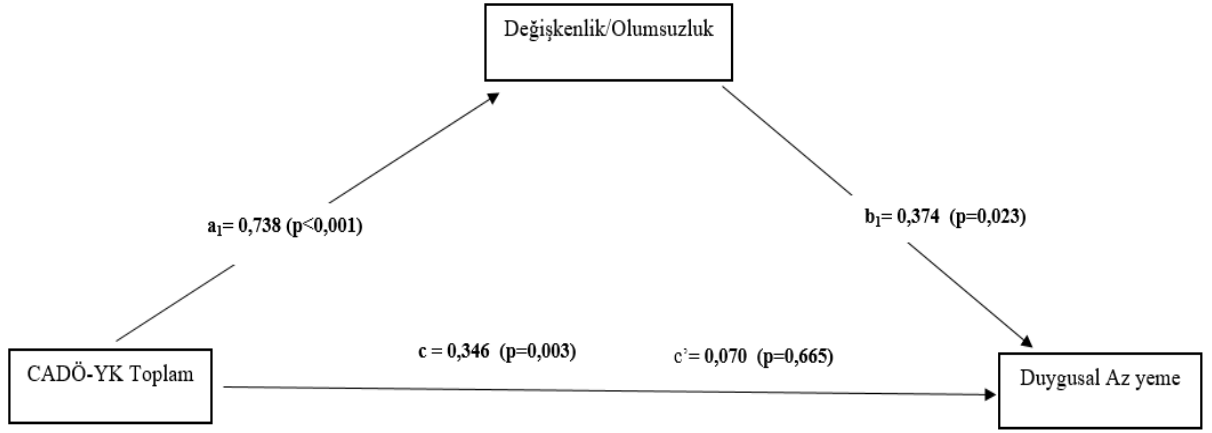
Model 3 ise model 1'e değişkenlik-olumsuzluk alt boyut puanlarının eklendiği ve aracılığın incelendiği nihai model olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=7,834$ $p<0,01$). Duygusal az yeme puanlarındaki değişkenliğin %18,3'ü modeldeki bağımsız değişkenler ile açıklanır. Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları duygusal az yeme puanları için pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,374$, $t=2,232$, $p<0,05$). Ancak katılımcıların CADÖ-YK toplam puanlarının nihai modelde duygusal az yeme değişkenine olan etkisi ise anlamlı değildir ($p>0,05$). Model 3'te açıklanan varyanstaki değişim %6,3 olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). CADÖ-YK toplam puanları ile duygusal az yeme ilişkisinde, değişkenlik/olumsuzluk puanlarının tam aracı etkisi vardır (Tablo 18) (Şekil 2).

Tablo 18: Duygusal Az Yeme İçin Hiyerarşik Regresyon Tablosu

Model	Bağımlı	Bağımsız	B	t	p	Model İstatistikleri
Model 1	Duygusal az yeme	CADÖ-YK Toplam	0,346	3,103	0,003	$F=9,628^*$ $R^2=0,119$
Model 2	Değişkenlik/Olumsuzluk	CADÖ-YK Toplam	0,738	9,225	<0,001	$F=85,101^*$ $R^2=0,545$
Model 3	Duygusal az Yeme	CADÖ-YK Toplam	0,07	0,435	0,665	$F=7,834^*$ $R^2=0,183$
		Değişkenlik/Olumsuzluk	0,374	2,332	0,023	$\Delta R^2=0,063$ $p<0,05$

*** $p<0,01$ CADÖ-YK: Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği**

Şekil 2: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Duygusal Az Yeme Üzerine Etkisinde Değişkenlik/Olumsuzluğun Aracı Rolü



4.8. Olgu grubuna ait ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki

CADÖ-YK karşı gelme alt ölçek puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,385$, $p<0,01$) arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca karşı gelme alt boyut puanları ile duygu ayarlama ölçeği değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ($r=0,553$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Karşı gelme alt boyut puanları arttıkça, olgu grubu DAÖ toplam puanları ile değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir. Karşı gelme alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,511$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca karşı gelme alt boyut puanları ile duygusal az yeme alt ölçek puanları ($r=0,502$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde ilişki var iken; gıda heveslisi ($r=0,371$, $p<0,01$) ve gıdadan keyif alma ($r=0,379$, $p<0,05$) alt boyut puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Karşı gelme alt boyut puanları arttıkça hasta gruptakiler için ÇYDA toplam puanları ile anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

CADÖ-YK dikkatsizlik alt ölçek puanları ile DAÖ toplam ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Dikkatsizlik alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,419$, $p<0,01$) ve gıda heveslisi alt ölçek puanları ($r=0,438$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Dikkatsizlik alt ölçek puanları arttıkça olgu grubundakiler için ÇYDA toplam puanları ile gıda heveslisi alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

CADÖ-YK hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,365$, $p<0,01$) arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki var iken, değişkenlik/olumsuzluk alt boyut puanları ($r=0,467$, $p<0,01$) ile arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları arttıkça olgu grubundakiler için DAÖ toplam puanları ile değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,387$, $p<0,01$) ve duygusal az yeme alt ölçek puanları ($r=0,371$, $p<0,05$) arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçek puanları arttıkça olgu grubundakiler için ÇYDA toplam puanları ve duygusal az yeme alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

CADÖ-YK DEHB indeks alt ölçek puanları ile DAÖ değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ($r=0,356$, $p<0,01$) arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. DEHB indeks alt ölçek puanları arttıkça olgu grubunun değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir. DEHB indeks alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,576$, $p<0,01$), gıda heveslisi ($r=0,554$, $p<0,01$) ve gıdadan keyif alma ($r=0,466$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ilişki var iken; duygusal aşırı yeme ($r=0,360$, $p<0,05$) ve içme tutkusu ($r=0,398$, $p<0,05$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca DEHB indeks alt ölçek puanları arttıkça, olgu grubundakiler için ÇYDA toplam puanları ve anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

CADÖ-YK toplam puanları ile DAÖ toplam puanları ($r=0,424$, $p<0,01$) ve değişkenlik/olumsuzluk ($r=0,561$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. CADÖ-YK toplam puanları arttıkça olgu grubundakiler için DAÖ toplam puanları ile değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir. CADÖ-YK toplam puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,633$, $p<0,01$) ve gıda heveslisi ($r=0,512$, $p<0,01$), gıdadan keyif alma ($r=0,441$, $p<0,01$) duygusal az yeme ($r=0,433$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ilişki var iken; duygusal aşırı yeme ($r=0,336$, $p<0,01$) alt ölçek puanları arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. CADÖ-YK toplam puanları arttıkça olgu grubundakiler için ÇYDA toplam puanları ile anlamlı olan bu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

DAÖ toplam puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,388$, $p<0,01$) arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca DAÖ toplam puanları ile içme tutkusu ($r=0,382$, $p<0,01$) alt ölçek puanları ile düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. DAÖ toplam puanları arttıkça, olgu grubundakiler için ÇYDA toplam puanları ile içme tutkusu alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

DAÖ değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam puanları ($r=0,548$, $p<0,01$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ile duygusal az yeme ($r=0,343$, $p<0,01$) düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki vardır. Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları arttıkça, olgu grubunda ÇYDA toplam ve duygusal az yeme alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersidir.

DAÖ duygu ayarlama alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Olgu grubunda ölçek puanları arasındaki korelasyon

Hasta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.Karşı gelme	1																
2.Dikkatsizlik	0,243	1															
3.Hiperaktivite	,454**	0,292	1														
4.DEHB indeksi	,445**	,755**	,526**	1													
5.CADÖ-YK Toplam	,728**	,696**	,741**	,889**	1												
6.Değişkenlik/Olumsuzluk	,553**	0,325	,467**	,356*	,561**	1											
7.Duygu Ayarlama	-0,182	-0,006	-0,062	-0,064	-0,107	0,132	1										
8.DAÖ Toplam	,385*	0,27	,365*	0,271	,424**	,899**	,553**	1									
9.Gıda Heveslisi	,371*	,438**	0,222	,554**	,512**	0,261	-0,184	0,138	1								
10.Duygusal Aşırı Yeme	0,178	0,25	0,237	,360*	,336*	0,213	-0,078	0,144	,666**	1							
11.Gıdadan Keyif Alma	,379*	0,315	0,178	,466**	,441**	0,327	-0,232	0,172	,750**	,464**	1						
12.İçme Tutkusu	-0,123	0,308	0,307	,398*	0,293	0,328	0,241	,382*	0,262	,367*	0,091	1					
13.Tokluk Heveslisi	0,1	-0,04	0,173	-0,013	0,088	0,084	0,223	0,169	-,573**	-,330*	-,577**	-0,013	1				
14.Yavaş yeme	-0,092	0,045	-0,051	-0,079	-0,067	0,055	-0,053	0,022	-,492**	-,376*	-,407*	-0,041	,584**	1			
15.Duygusal Az Yeme	,502**	0,142	,371*	0,266	,433**	,343*	-0,261	0,173	0,26	0,11	0,201	0,079	0,193	0,167	1		
16.Yeme seçiciliği	0,176	-0,294	-0,226	-0,318	-0,183	0,105	-0,016	0,081	0,065	0,1	0,173	-0,222	-0,281	-0,327	0,023	1	
17.ÇYDA Toplam	,511**	,419*	,387*	,576**	,633**	,548**	-0,164	,388*	,685**	,591**	,653**	,429**	-0,067	0,021	,656**	0,113	1

** $p<0,01$; * $p<0,05$

Pearson korelasyon testi

CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği, **ÇYDA:** Çocuk Yeme Davranışı Anketi, **DAÖ:** Duygu Ayarlama Ölçeği

4.9. DEHB Alt Tipleri ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkide Duygu Ayarlamasının Aracı Rolü

Bileşik tip DEHB'nin, çocuklarda bozulmuş yeme davranışına etkisinde değişkenlik/olumsuzluğun aracılık etkisi tablo 20'de ve şekil 3'te gösterilmiştir.

Model 1'deki DEHB alt tipinin ÇYDA toplam puanına etkisine yönelik kurulan regresyon modeli anlamlıdır ($F=8,239$, $p<0,01$). ÇYDA toplam puanlarındaki değişkenliğin %19,5'i DEHB alt tipi ile açıklamaktadır. Bileşik tip DEHB bozulmuş yeme davranışı için anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,442$, $t=2,87$, $p<0,01$). DEHB alt tipi bileşik olanların dikkat bozukluğu baskın olanlara göre ÇYDA toplam puanları 0,442 birim daha yüksektir.

Model 2 ise bağımsız ve aracı değişken arasındaki modeldir. DEHB alt tipinin değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeğine olan etkisi anlamlıdır ($F=9,406$, $p<0,01$). Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanlarındaki değişkenliğin %21,7'si DEHB alt tipi ile açıklamaktadır. Bileşik tip DEHB, değişkenlik/olumsuzluk puanları için anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,466$, $t=3,067$, $p<0,01$).

Model 3 ise model 1'e aracı değişken olan değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanlarının eklendiği ve aracılığın incelendiği nihai model olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=8,668$, $p<0,01$). ÇYDA toplam puanlarındaki değişkenliğin %34,4'ü modeldeki bağımsız değişkenler ile açıklanır. Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları, ÇYDA toplam puanları için pozitif yönde ve anlamlı bir yordayıcıdır ($\beta=0,437$, $t=2,742$, $p<0,05$). Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanlarında 1 birim arttığında ÇYDA toplam puanlarında 0.437 birim artış olur. Ancak bileşik tip DEHB'nin model 3'teki ÇYDA toplam puanına olan direkt etkisi anlamlı değildir ($p>0,05$).

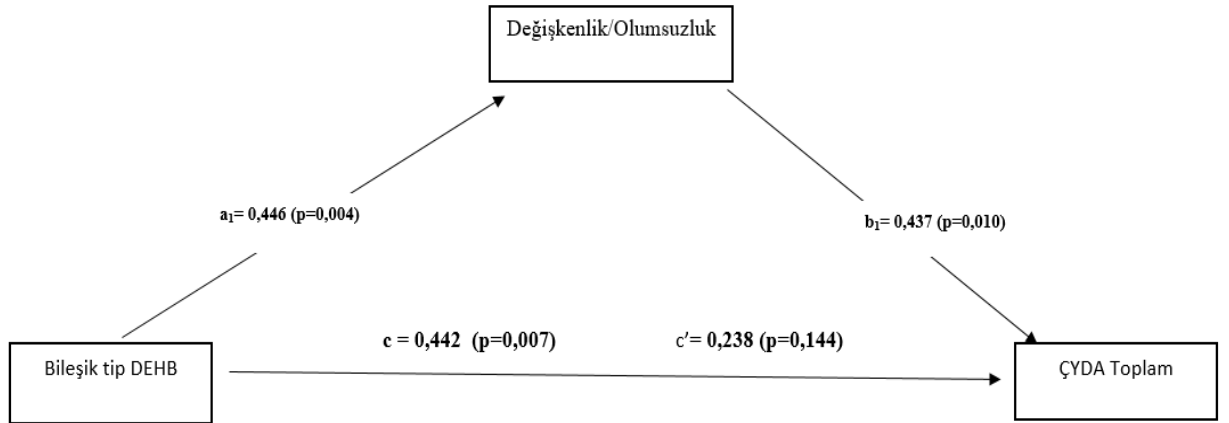
Model 3'te açıklanan varyanstaki değişim %14.9 olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Dolayısıyla aracılık söz konusudur. DEHB'nin bileşik tipi ile bozulmuş yeme davranışları ilişkisinde, duygu ayarlamasının değişkenlik/olumsuzluk alt boyutunun aracı rolü vardır.

Tablo 20: ÇYDA İçin Hiyerarşik Regresyon Tablosu

Model	Bağımlı	Bağımsız	β	t	p	Model İstatistikleri
Model 1	ÇYDA toplam	Bileşik tip DEHB	0,442	2,87	0,007	F=8,239*; R ² =0,195
Model 2	Değişkenlik/olumsuzluk	Bileşik tip DEHB	0,466	3,067	0,004	F=9,406*; R ² =0,217
Model 3	ÇYDA toplam	Bileşik tip DEHB	0,238	1,497	0,144	F=8,668*; R ² =0,344;
		Değişkenlik/olumsuzluk	0,437	2,742	0,010	$\Delta R^2=0,149$; ; p<0,05

*p<.0,01 ÇYDA: Çocuk Yeme Davranışı Anketi

Şekil 3: Bileşik Tip DEHB’li Çocuklardaki Anormal Yeme Davranışlarına Değişkenlik/Olumsuzluk Puanlarının Aracı Etkisi



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, DEHB tanısı almış 6-9 yaş hastaların, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrollere göre duygu düzenlemede yaşadığı güçlüklerin ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi, yeme tutumları ile duygu düzenlemede yaşanan güçlükler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu grubu ve sağlıklı kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından benzer bireylerden oluşturulmuştur. Bu değişkenlerin gruplar arasında farklılık göstermiyor olması, araştırılan değişkenler açısından güvenilir sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırmaktadır.

DEHB görülme sıklığının cinsiyetler açısından farkına bakıldığında; toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda erkek/kız oranı 1/1 ile 3/1 arasında iken, klinik çalışmalarda 9/1 civarındadır.²⁴ Bizim çalışmamızda ise erkek/kız oranı 1,7/1 olarak saptanmıştır ve bu oran toplum örneklemine benzerdir. Klinik örneklemden farklı olması ise örneklem grubumuzun sayısından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların doğum kiloları olgu ve kontrol grubunda benzer iken doğum haftaları incelendiğinde, DEHB grubundaki zamanından önce doğanların sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur. Preterm doğumun DEHB için risk etkenlerinden biri olduğu ileri sürülmüştür.¹³⁰ Ask ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, erken doğan çocuklarda (<34 hafta) 40.gebelik haftasında doğan çocuklara kıyasla DEHB belirtilerinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır.¹³¹ Prenatal risk faktörlerinin DEHB üzerindeki etkisinin incelendiği bir metaanalizde, çalışmalardaki metodolojik etkenlerden dolayı kanıtların yeterince güçlü olmadığı ancak yine de en güçlü kanıtın prematürite ile ilgili olduğu bildirilmiştir.⁵⁴ Alanyazında DEHB ve doğum ağırlığı ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde ise farklı sonuçlar ile karşılaşmıştır. Yapılan bir araştırmada, düşük doğum ağırlığının DEHB gelişiminde özellikle dikkatsizlik belirtileri için güçlü bir rol oynadığı belirtilmiştir.¹³² Öte yandan yapılan başka çalışmalarda, DEHB ile doğum ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı gösterilmiştir.^{133,134}

Çalışmamıza katılan çocukların son 1 yıldaki okul başarıları incelendiğinde, DEHB'li çocukların okul başarısının sağlıklı çocuklardan anlamlı şekilde daha düşük olduğu

saptanmıştır. Bu bulgu alanyazınla uyumludur. Yapılan araştırmalarda DEHB'nin hem çocuklukta hem de yaşamın ilerleyen dönemlerinde zayıf okul performansı ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.¹³⁵ Hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat sürdürmede yaşanan güçlükler, çocukların öğrenme yetilerini de olumsuz etkiler.¹³⁶ Çalışmamızı tedavi almayan olgular ile yapmamız, bu olumsuzlukları daha net gözlemlememizi sağladı. Ayrıca DEHB'ye sıklıkla eşlik eden özgül öğrenme bozukluğu gibi ek durumlar da bu duruma katkı sağlıyor olabilir.

Okul çağı çocuklarında günlük uyku süresi 10-11 saat arasındadır.¹³⁷ Çalışmamızdaki katılımcıların uyku süreleri ve uyku kalitesi incelendiğinde uyku bölünmesi açısından gruplar arasında fark olmamasına karşı, DEHB'li çocukların uyku sürelerinin daha az olduğu bulunmuştur ve bu bulgu literatür ile uyumludur. Literatürde DEHB'li çocuk ve ergenlerin %25-50'sinin uyku problemleri yaşadığı bildirilmektedir. DEHB'nin çekirdek belirtilerinin uyku bozukluğunda rol oynadığı öne sürülür. Bu kişilerde yatakta düşüncelere dalma, uykuya geçiş süresinin uzaması gibi durumlar görülebilir.¹³⁸ 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada, dopaminerjik sistem ve prefrontal korteks disfonksiyonunun hem uyku sorunlarında hem DEHB'de rol oynadığı, DEHB tanısı olan çocukların sağlıklı çocuklara göre daha fazla uyku sorunu yaşadığı bildirilmiştir.¹³⁹ Yaşanan uyku problemleri mevcut DEHB belirtilerini kötüleştirebilmekte, ilerleyen dönemde ise obezite ve ilişkili sağlık problemlerine yol açabilmektedir.^{140,141}

Çalışmamızda katılımcıların beslenme alışkanlıkları ve VKİ'leri değerlendirildiğinde; VKİ persentilleri olgu grubunda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Sağlıksız beslenme ölçütü olarak sorulan fast food tüketim sıklığı iki grup arasında benzer oranlardayken, ekran karşısında atıştırma davranışı DEHB'li çocuklarda anlamlı derecede daha fazla saptandı. 9-13 yaş aralığındaki 785 ilkokul öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, DEHB semptomları olan çocukların, olmayanlara göre ekran karşısında yemek yemeyi daha fazla tercih ettikleri gösterilmiştir.¹⁴² Halt ve ark. tarafından Kuzey Finlandiya Doğum Kohortu'na ait verilerle yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada; DEHB'li çocuk ve ergenlerin VKİ'leri sağlıklı kontrollere benzer bulunmuş, DEHB'li ergenlerde sık fast food tüketimi, az meyve sebze tüketimi gibi sağlıksız beslenme alışkanlıkları kontrollerden daha fazla saptanmıştır.

DEHB'li çocuklardaki beslenme alışkanlıklarının ise sağlıklı grupla benzerlik gösterdiği bildirilmiştir.¹⁴³ Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da bu çalışmalarla uyumluydu. Ancak literatürde DEHB'li çocuklardaki obezite ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili farklı sonuçlar da bildirilmiştir. Doğumdan itibaren uzunlamasına takip edilen 1799 ergende DEHB ile beslenme tercihleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, DEHB ile batı tipi beslenme (yüksek oranda yağ, doymuş yağ, işlenmiş şeker ve sodyum içeren hazır ve işlenmiş yiyecek ve içecek tüketimi) arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁴ 2013 yılında Çinli 6-16 yaş grubundaki 158 DEHB'li çocuk ve ergenin kilo-boy-VKİ z skorları ve persentilleri, referans Çinli çocuk ve ergen değerlerine göre karşılaştırmıştır. Çalışmaya klinik görüşme ile DSM-IV kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş, ek tıbbi ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve DEHB için ilaç tedavisi almayan olgular dahil edilmiştir. DEHB'li olgularda aşırı kiloluluk (VKİ-p= 85-95) sıklığını %17,1, obezite (VKİ-p> 95) sıklığını %12, düşük kiloluluk (VKİ-p< 5) sıklığını %8,23 olarak saptamışlar ve toplum referanslarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.¹⁴⁵ Ülkemizde 2014 yılında klinik örnekleme yapılan bir çalışmada DEHB tanısı alan 5-15 yaş aralığındaki 362 olgu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 390 sağlıklı olguda VKİ-p değerleri karşılaştırılmış, DEHB grubunda obezite ve aşırı kiloluluk oranları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada DEHB olgu grubunda %8,3 oranında epilepsi eş tanısı olduğu, grubun %16'sının stimulan tedavisi kullandığı bildirilmiştir.¹⁴⁶ Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, örneklem grubumuzun sayısı, ilaç tedavisi almaması ve preadölesan yaş grubundan oluşması gibi metodolojik farklılıklar literatür sonuçlarıyla farklı sonuçlar bulmamıza neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda olgu grubunun gelir düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Aile gelirinin düşük olması, ebeveynlerin çocukları için daha az kaynak ayırmasına, yaşadıkları stres sebebiyle çocuklarıyla daha az etkileşimde bulunmasına ve çocuklarda daha fazla davranış sorununun ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiştir.¹⁴⁷ Literatürde çalışmamıza benzer şekilde, düşük gelir düzeyinin DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁵¹ İngiltere'de yapılan bir kohort çalışmasında DEHB tanısı alan çocukların büyük bir kısmı, Birleşik Krallık nüfusunun tamamına kıyasla, yoksulluk sınırının altındaki ailelerden gelmektedir.¹⁴⁸ Sosyoekonomik düzeyin, obezite gelişimi ve

beslenme davranışının şekillenmesinde etkili olması da çalışmamız için değerli bir bulgu olduğunu düşündürmüştür.¹⁴⁹

Çalışmamızda anne-babanın eğitim düzeyleri açısından gruplar arası fark yoktu. Alanyazında düşük eğitim düzeyli ebeveynlerin çocuklarının daha fazla DEHB tanısı aldığı bildirilmiştir.¹⁵⁰⁻¹⁵² Bu durum yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamada daha yetkin olabileceği, düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerde atlanmış DEHB tanısının olabileceği dolayısıyla genetik aktarımın da çocuklarında daha fazla DEHB görülmesinde etkisi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.¹⁵¹ Bizim çalışmamızın tek merkezli olması, görece daha düşük katılımcı sayısı ve klinik örnekleme yapılması literatürden farklı sonuçlar bulmamıza neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında ebeveyn psikopatolojileri açısından fark saptanmamıştır. 2017 yılında Finlandiya’da yapılan geniş çaplı toplumsal bir araştırmada, DEHB ile ebeveyn psikopatolojileri arasındaki ilişki olduğu gösterilmiştir.³¹ Margari ve ark. tarafından klinik örnekleme yapılan başka bir çalışmada da aynı ilişki gösterilmiştir.¹⁵³ Bu ilişkide genetik aktarımın yanında ebeveynlik becerileri, aile içi sorunlar gibi çevresel etkenlerin de etkili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda bu ilişkinin gösterilememesi örneklem sayımızda ve ebeveyndeki psikopatoloji varlığının klinik görüşme ile değerlendirilmemiş olmasıyla ilişkili olabilir. Toplumumuzda damgalanma düşüncesi nedeniyle psikiyatriye başvurudan kaçınılması ya da mevcut tanının saklanması doğru bilgiye ulaşmamızı zorlaştırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda ebeveyn olma yaşları incelendiğinde; DEHB’li çocuklarının anne ($27,75 \pm 5,35$) ve babalarının ($31,28 \pm 4,82$) yaş ortalaması sağlıklı çocukların anne ($29,97 \pm 4,8$) ve babalarının ($33,65 \pm 4,96$) yaş ortalamasından daha düşüktü. Baba olma yaşları için gruplar arasındaki fark anlamlıydı. Nüfusa dayalı bir kohort çalışmasında, genç anne ve baba yaşının çocuklarda DEHB ile ilişkili olduğu; en yüksek riskin ise her iki ebeveynin de 26 yaşından küçük olduğu durumlarda bulundu. Bu ilişkide genetik etkinin yanı sıra ebeveynlik becerisi gibi çevresel etkenlerin de etkili olduğu düşünülmüştür.¹⁵⁴ Okul öncesi dönemdeki çocuklarda yapılmış bir çalışmada, DEHB tanısı ile çocukların annelerinin (≤ 28 yaş) ve babalarının (≤ 31 yaş) genç olması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bildirilmiştir.¹⁵⁰ Bu çalışmalar bizim sonuçlarımızı desteklemekle birlikte

literatür incelendiğinde farklı sonuçlarla da karşılaşmıştır. İspanya’da yapılan bir çalışmada ebeveynlerin yaş ortalaması ile çocuklarının DEHB tanısı almaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.¹⁵⁵

Çalışmayan anneler ile çalışan anneler arasında çocuk yetiştirme tutumları üzerine yapılan bir araştırmada; çalışan annelerin çalışmayan annelere kıyasla daha etkin ebeveynler oldukları, çocuklarıyla daha çok iletişime geçerek ihtiyaçlarına daha hızlı ve etkin yanıt verdikleri belirtilmiştir.¹⁵⁶ Yapılan başka bir araştırmada çalışmayan annelerin çocuklarında DEHB yaygınlığının yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁵⁷ Bizim çalışmamızda da DEHB’li çocukların annelerinin çalışmama oranı sağlıklı kontrollerden daha fazla bulunmuştur. Çalışmayan annelerin çocuklarını daha fazla gözlemleme şansı olduğu, çocuklarının hareketlilik gibi dışa vuran davranışlarına daha fazla maruz kaldığı ve bunlarla baş etme becerilerinin çalışan annelere göre daha düşük olabileceği, bu nedenle kliniğe daha fazla başvuruda bulundukları ve bunun da DEHB tanısını arttırdığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda DEHB grubunda baskın olan klinik görünümler incelendiğinde; %58,3’ü bileşik, %41,7’si dikkat eksikliği baskın görünüm saptanmış olup hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüme araştırmamızda rastlanmamıştır. Çalışmamızda en sık klinik görünümün bileşik görünüm olarak bulunması literatür ile uyumludur. Alanyazında klinik örneklemde yürütülen çalışmalarda DEHB’nin en fazla bileşik görünüm olarak karşımıza çıktığı belirtilmiştir.¹⁵⁸ Willcutt’ın yaptığı bir çalışmada genel popülasyonda dikkat eksikliği baskın görünümün en sık görüldüğü, ancak klinik başvurularda muhtemelen bu olguların daha çok yönlendirilmesinden dolayı bileşik görünümün en sık olduğu bildirilmiştir.¹⁵⁸ Baskın olan klinik görünümün cinsiyetler ile ilişkisine bakıldığında ise dikkat eksikliği baskın görünümün kızlarda görülme oranı erkeklerden daha fazlaydı ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatürde dikkat eksikliği baskın görünüm kızlarda daha sık olduğu bildirilmekle beraber çalışmamızda bu oranın anlamlı çıkmaması, örneklem sayımızın kısıtlılığı, örneklemizin yaş aralığında hareketliliğin kliniğe başvuruda önde gelen bir neden olmasıyla açıklanabilir.²⁴

Olguların eş tanıları araştırıldığında, %41,7'sinin bir eş tanıya sahip olmadığı, %44,4'ünün KOKGB, %11,1'inin ÖÖB, %2,8'inin enürezis eş tanılarının mevcut olduğu bulundu. Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısına % 50 oranında KOKGB, % 27,4 oranında DB; % 15-40 oranında özgül öğrenme bozukluğunun (ÖÖB); % 25-35 oranında anksiyete bozuklukları; % 15-20 oranında majör depresif bozukluk (MDB) tanılarının eşlik ettiği saptanmıştır.¹⁵⁹ Ülkemizde DEHB'li çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada % 56,3 oranında komorbid psikiyatrik bozukluğun olduğu; KOKGB'nin % 37,4 oranı ile en sık eşlik eden tanı olduğu bildirilmiştir.⁶³ Çalışmamızda saptanan eş tanı oranları literatürle uyumludur.

Bileşik tip DEHB'li olgularda CADÖ-YK karşı gelme ve toplam puanları literatürle uyumlu olarak daha yüksek saptanmıştır. Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, bileşik tip DEHB'ye sahip ilkökul çocuklarında DEHB şiddeti ve eş tanı sıklığı (KOKGB ve davranım bozukluğu %56.5, depresyon ve anksiyete bozuklukları %41.3) daha çok bulunmuştur.¹⁶⁰ Mayes ve ark.'nın yaptığı başka bir araştırmada da genel DEHB ve karşıt olma-karşı gelme puanları, bileşik alt tipteki çocuklarda daha fazla bulunmuştur.¹⁶¹

Çalışmamızda DAÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, olgu grubunun değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeği ve DAÖ toplam puanı sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur ve bu fark anlamlıdır. Bu bulgu DEHB'li çocukların duygu düzenleme becerisinin daha düşük olduğunu gösterir ve literatür bilgisi ile uyumludur.¹⁶² Ülkemizde yapılan DEHB'li çocuklarda duygu regülasyonu, empati ve sosyal davranışları inceleyen bir tez çalışmasında, DEHB çocukların duygu ayarlama, değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları ve DAÖ toplam puanları sağlıklı kontrollerinden anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.¹⁶³ Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, DEHB'ye eşlik eden psikopatoloji olmasa da duygu düzenleme sorunlarının yaşandığını, bu sorunların çekirdek belirtilerle ilişkili olduğu, küçük yaştan yetişkinliğe devam ettiği ve kalıcı olduğu bildirilmiştir.¹⁶⁴ Bizim çalışmamızda preadölesan yaş grubundaki DEHB'li çocukların duygu düzenlemede sağlıklı akranlarından daha fazla zorlandıkları görülmektedir. Çalışmamızda duygu ayarlamayı DEHB alt tiplerine ve KOKGB eş tanısı varlığına göre karşılaştırdığımızda ise; bileşik tip DEHB'lilerin dikkat eksikliği baskın tipten, KOKGB eş tanısı olanların ise olmayan DEHB'lilerden daha fazla duygu ayarlama sorunu yaşadığını bulduk. Bileşik tip DEHB tanılı bireylerin belirgin derecede duygu ayarlama sorunu

yaşadığı bilgisi literatür ile uyumludur.^{165,166} Liu ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada 2015 DEHB tanılı çocuk (komorbid KOKGB'si olan ve olmayan), 745 sağlıklı çocukla karşılaştırılmış; DEHB grubunun emosyonel labilite puanlarının sağlıklı gruptan, DEHB+KOKGB olan grubun ise sadece DEHB grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁶⁷ Öz düzenlemesinde sorun yaşayan ve dışa vuran irritabilite, öfke gibi davranışlar ile sıkça klinik başvurusunda karşımıza çıkan bileşik tip DEHB ve KOKGB komorbid olguların duygu ayarlama ölçeği puanlarının yüksek çıkması literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda ölçekler arası ilişkiler incelendiğinde; DEHB ve KOKGB belirtilerini tarayan CADÖ-YK'nın alt ölçek puanları arttıkça, duygu ayarlama ölçeğinin değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek ve toplam puanlarının arttığı yani duygu ayarlamının bozulduğu bulunmuştur. Bu korelasyon olgu grubumuzda bakıldığında da dikkatsizlik alt ölçeği hariç anlamlı olmayı sürdürdü. DEHB'nin çekirdek belirtilerinden biri olarak sayılmasına yönelik öneriler gündemde olan duygu düzenleme güçlüğünün; küçük yaşlardan itibaren görülebildiği bilgisi çalışmamızla da desteklenmiştir. Bulgularımıza göre DEHB şiddeti arttıkça, DDG de artmaktadır. Yapılan çalışmalarda DEHB belirti şiddetinin, artmış duygusal tepkisellik ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin sık kullanımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu önerme DEHB şiddetinin DDG ile yakından ilişkili olduğunu öne süren diğer kanıtlarla uyumludur.^{168,169} Barkley, DDG'nin erişkinlik döneminde DEHB tanısının devamlılığına yönelik kuvvetli bir öngörücü olduğunu bildirmiştir.⁹¹ DDG'nin depresif belirtiler, kaygı belirtileri, yeme bozukluğu belirtileri ve davranış sorunları ile ilişkili olduğu ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde bu sorunların ortaya çıkma riskini arttırdığı bulunmuştur.¹⁷⁰ DEHB'nin prognozu ve ileride ortaya çıkabilecek psikopatolojiler açısından, çocuk yaş grubunda duygu düzenleme becerilerine yönelik çalışmalar yapılması önemli görülmüş ve çalışmamızla bu alanda katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların beslenme stillerini, ebeyen bildirimine dayalı olarak çok boyutlu olarak değerlendiren ÇYDA kullanılmıştır. Alt ölçeklerde GH, DAY, GKA, İT gıdaya yaklaşmayı (iştah) gösterirken; TH, YY, DAZ, YS ise gıdadan uzaklaşmayı (iştahsızlık) gösterir.¹²⁵

Çalışmamızda ÇYDA alt ölçekleri ile VKİ-p arasındaki ilişki incelendiğinde; gıdaya yaklaşmayı gösteren GH, DAY ve GKA davranışları arttıkça VKİ'ni arttırdığı; gıdadan kaçınma ile ilgili olan TH ve YY'nin fazla olması durumunda ise VKİ'inin negatif yönde etkilendiği görülmüştür. Bu sonuç, anormal yeme alışkanlıklarının ileride obezite gelişimine neden olabileceğine dair önemli bir bulgudur. Weber ve ark.'nın yaptığı çalışmada, çocukların göreceli ağırlığı ile GH, DAY, GKA, İT alt ölçeklerinin pozitif; TH, YY, DAZ, YS alt ölçeklerinin ise negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁷¹ Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, obezite tanılı çocuk ve ergenlerin yeme davranışı ÇYDA ile değerlendirilmiştir. Obez çocukların sağlıklı kontrollere göre GH, DAY, GKA, İT alt ölçek puanlarını daha yüksek, TH, YY, YS alt ölçek puanlarının ise daha düşük olduğu bildirilmiştir.¹⁷²

Olgu ve kontrol gruplarının ÇYDA puanları karşılaştırıldığında; GH, DAY, İT, TH alt ölçekleri ve ÇYDA toplam puanının DEHB grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada 4-12 yaşları arasındaki DEHB'li çocukların beslenme davranışları ÇYDA kullanılarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış, GH, İT ve YY'nin DEHB'li çocuklarda daha fazla olduğu bulunmuştur. DEHB'li çocuklarda mevcut olan dopamin eksikliğinin gıdaya olan duyarlılığı arttırdığı, dikkat eksikliğinin ise yavaş yemeye katkıda bulunabileceği bildirilmiştir.¹⁷³ Güney Kore'de yapılan bir çalışmada içme tutkusu davranışı ile ilgili olarak DEHB'li çocuklarda daha fazla gazoz-meşrubat benzeri ürünlerin tüketildiği saptanmıştır. Araştırmacılar bu durumun obezite ve bulimik davranışların gelişimi ile ilişkili olabileceğini düşünmüştür.¹⁷⁴ Çalışmamızda literatüre benzer olarak DEHB'li çocuklarda anormal beslenme davranışlarına, sağlıklı çocuklardan daha fazla rastlanmıştır. Olgu ve kontrol grubunun VKİ-p, yaş ve cinsiyetlerinin benzer olmasının, yeme davranışını incelerken bulgularımızı değerlendirmeyi kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gıdaya yaklaşmayı yani iştahı gösteren alt ölçeklerden biri olan GKA'nın bileşik tip DEHB'lilerde daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Dikkat eksikliği baskın tipten farklı olarak hiperaktivite/dürtüsellik alanında da zorluk yaşayan bu çocukların dürtüsel yapısının bu bulguya katkı sağladığı düşünülebilir. Literatür incelendiğinde dürtüsel

komponenti bulunan DEHB’li çocukların yetersiz inhibisyonları nedeniyle aşırı yeme de dahil olmak üzere bir çok anormal yeme davranışı geliştirebildikleri belirtilmiştir.^{114,175}

Katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; CADÖ-YK’nın toplam ve alt ölçek puanlarının, ÇYDA toplam ve GH, DAY, GKA, İT, TH, DAZ alt ölçek puanları ile pozitif yönde korele olduğu, YS alt ölçeği ile negatif yönde korele olduğu görülmüştür. DEHB belirtileri arttıkça, çocuklardaki anormal beslenme davranışlarının doğru orantılı olarak artar. CADÖ-YK ve ÇYDA arasındaki ilişki olgu grubunda incelendiğinde ise; CADÖ-YK toplam puanı ile ÇYDA toplam ve GH, DAY, GKA, DAZ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Alt ölçeklerden karşı gelmenin GH, GKA, DAZ ile; dikkatsizliğin GH ile; hiperaktivite/dürtüsellik DAZ ile; DEHB indeksin ise GH, DAY, GKA, İT ile arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu bulunmuştur. Tüm katılımcılar ve olgu grubundaki korelasyonlarda farklı sonuçlar elde etmemizin örneklem sayısı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bulgularımız bize DEHB belirti şiddeti ile anormal beslenme davranışları arasında ilişki olduğunu gösterdi.

DEHB’deki nöropsikolojik profil, iştah ve yeme tutum sorunlarına yol açabilir. Dikkat eksikliği bulguları, açlık-tokluk hissini algılayamama, acıktığı veya doyduğunun daha az farkına varma ile; dürtüsellik özellikleri yeme sırasında kontrol kaybı, duygusal aşırı yeme ile; davranışsal inhibisyon kusurları aşırı yeme ile; fazla spontan dikkat veya aşırı odaklanma, yemek isteğine takılıp kalma ve yemeyi erteleyememe ve besin aşırması ile ilişkili olabilir.¹¹⁴ Yapılan bir çalışmada DEHB belirtilerinin eşik altı düzeyde olmasının bile kaotik ve organize olmayan yeme davranışlarına sebep olabileceği, bu durumun ilerleyen dönemde kızlarda aşırı yeme ve dengeleyici davranışlara, erkeklerde ise aşırı kilolu olmaya yol açabileceği düşünülmüştür.¹⁷⁶ Leventakou ve ark. tarafından okul öncesi dönemdeki VKİ-p’leri benzer olan 471 çocukla yapılan toplum temelli uzunlamasına bir izlem çalışmasında, DEHB şiddeti ile GH ve DAY alt ölçekleri ile arasında pozitif yönde ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Araştırmacılar, bulguların ileride obezite gelişim riskini arttırabilecek DEHB ile iştahlılık arasındaki ilişkinin okul öncesi dönemlerden itibaren başlayabildiği hipotezini desteklediğini belirtmişlerdir.⁹ 4 yaşındaki mevcut olan DEHB belirtilerinin 7 yaşındaki yeme tutumlarına etkisini inceleyen başka bir çalışmada Leventakou’nun bulgularıyla örtüşen sonuçlar bulunmuş, bunun yanında daha fazla tokluk tepkisi ile de bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Bu durumun DEHB’li çocukların dikkatleri

dağıldığında yemeyi unutmaması, doymuş gibi davranması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.¹⁷⁷ Kim ve ark.'nın ilkokul çocukları arasında yaptığı büyük ölçekli bir çalışmada DEHB derecelendirme ölçeğinden (K-ARS) alınan puanlar ile çocukların aşırı ve sık yemesi arasında doğru orantı olduğu gösterilmiştir.¹⁷⁸ Çalışmamızda da özellikle gıdaya yaklaşmayı gösteren alt ölçeklerle daha fazla korelasyon bulunması, DEHB-obezite gelişimi arasındaki mekanizmada anormal beslenme davranışlarının önemli bir rolü olduğunu gösterebilir. DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde dürtüsellik, yemek yerken kontrolünü kaybetme, ayrıca olumsuz duygularla baş etmek için tıknırcasına yeme veya diğer bozulmuş yemek paternlerinin oturması obezite gelişimi ile ilişkili olabilir.¹⁷⁹ 2015 yılında yayınlanan bir çalışmada, 7120 çocuk yaşamlarının çeşitli dönemlerinde değerlendirilmiş; geç çocukluk döneminde mevcut olan DEHB'nin, erken adolesan dönemde yemek için aşırı arzu duyma, orta adolesan dönemde tıknırcasına yeme ve geç adolesan dönemde ise aşırı yeme ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir.¹⁸⁰

Çocuklarda duygu düzenleme ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek için; katılımcılar arasında DAÖ toplam ve alt ölçek puanları ile ÇYDA toplam ve alt ölçek puanları arasında korelasyon bakılmıştır. DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeği ile GH, DAY, GKA, İT, TH, DAZ alt ölçek puanları ve ÇYDA toplam puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bu bulgular duygu düzenleme güçlükleri arttıkça anormal yeme davranışlarının arttığı şeklinde yorumlanabilir. Özellikle duygu ayarlama sorunları arttıkça, duygusal yeme ile ilişkili olan DAY ve DAZ'ın da artması ölçekler arası tutarlılığı gösteren bir bulgudur. Olgu grubunda ise değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeğinin DAZ ve ÇYDA toplam puanları ile, DAÖ toplam puanının ise İT ve ÇYDA toplam puanları ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulundu. Tüm katılımcılar ve olgu grubundaki korelasyonlarda farklı sonuçlar elde etmemizin örneklem sayısı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Alanyazın incelendiğinde, duygu düzenleme ve yeme tutumları ilişkisine dair farklı sonuçlar ile karşılaşılmıştır.

Duygu düzenleme güçlüğünün transdiagnostik bir tanı olduğu ve birçok psikopatolojiyle ilişkilendirildiği bilinmekle beraber, literatür incelendiğinde DDG ve yeme bozuklukları ilişkisine dair çalışmaların çokluğu dikkat çekmektedir.^{181,182} Son zamanlarda henüz yeme bozukluğu ve obezitenin gelişmediği anormal yeme davranışları ile DDG ilişkisine dair çalışmaların sıkça yapıldığı, bu çalışmaların daha çok erişkin yaş grubunda olduğu, çocuk

ve ergenlerde yapılan araştırmaların ise daha kısıtlı sayıda olduğu görölmüştür. 2. Sınıf öğrencilerin bir sene boyunca izlendiği boyamsal bir çalışmada, duygu düzenleme ile duygusal ve dışsal yeme arasındaki ilişki incelenmiştir. Çocukların öfke ve endişe duygusu için işlevsel olmayan düzenleme stratejileri (tepkisellik/ketleme) Çocukların Duygu Yönetimi Ölçeği (CEMS) ile değerlendirilirken, duygusal yeme Hollanda Yeme Davranışı Anketi ile değerlendirilmiştir. Tepkiselliğin duygusal yeme ile ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁸³ Shriver ve ark. ergenlerde duygu düzenleme ile 4 yıl sonraki obezite gelişimi arasındaki ilişkiyi boylamsal bir çalışma ile incelemişlerdir. Duygu düzenlemesi daha kötü olan ergenlerde, duygusal yeme ile kısıtlama davranışlarının daha fazla olduğu ve bunun geç ergenlikte gelişen obeziteye aracılık ettiğini bildirmişlerdir.¹⁸⁴ 7-12 Yaş arasındaki çocuklarda yapılan kısıtlanmış, emosyonel ve dışsal yemenin araştırıldığı bir çalışmada; küçük yaş grubunda duygusal az yemenin, duygusal aşırı yemeye göre daha fazla karşılaşılan bir yeme paterni olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu araştırmacılar tarafından, duygusal stresörlere karşı küçük çocukların daha biyolojik tepkiler (yalnız, korkmuş ya da depresif hissettiklerinde iştah kaybı gibi) verdikleri, duygusal aşırı yemenin ergenlik ve sonrasında daha fazla karşılaşılan bir yeme davranışı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.¹⁶⁶

Duygu düzenleme güçlüğü ile yeme bozuklukları arasındaki güçlü ilişki nedeniyle, DEHB ve yeme bozukluğu ilişkisinde DDG'nin aracı bir rol üstelendiği hipotezi öne sürölmüştür. Bununla ilgili yapılan bir sistematik incelemede çocuklarda bu ilişkinin incelendiği kısıtlı sayıda çalışma olduğu, doğrudan inceleyen çalışmaya rastlanılmadığı belirtilmiştir.¹⁸⁵

Çalışmamızda DEHB'li çocuklarda olan anormal yeme davranışları için bir model oluşturmaya çalıştık. DEHB belirtilerinin yeme davranışına etkisinde duygu düzenlemenin aracı rolünü incelediğimizde, içme tutkusu ve duygusal az yeme için duygu düzenlemenin tam aracı olduğunu bulduk. Tüm katılımcılarda CADÖ-YK puanlarının artması İT ve DAZ'ı arttırırken, bu etki duygu ayarlama etkeni ortadan kaldırıldığında anlamlı olmadı. Bileşik tip DEHB'li çocuklarda, toplam YDA puanlarının artmasında DAÖ olumsuzluk/değişkenlik puanlarının aracı rolü olduğunu bulduk. YDA puanlarının artması çocuklarda beslenme, iştah sorunlarının daha fazla olması şeklinde yorumlanabilir. Bileşik tip DEHB tanısının yeme sorunlarına etkisinde duygu düzenleme güçlüğü aracıdır.

Olgu grubunda CADÖ-YK puanlarının ÇYDA alt ölçek puanlarına etkisi için DAÖ'nün etkisi olduğu bulunsa da hiyerarşik regresyon modelinde anlamlı bir sonuç elde edilemedi. Olgu grubumuzdaki kısıtlı hasta sayısı nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir model kurulamadığı düşünüldü.

2016 yılında Tong ve arkadaşları, DEHB ile anormal yeme davranışları ve aşırı kiloluluk arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için toplum örnekleminde Çinli 785 ilkokul öğrencisi ile bir çalışma yapmıştır. Çalışmada anormal yeme davranışları; emosyonel yeme ve bulimiya nervoza semptomları olarak iki kategoride değerlendirilmiştir. Çalışmada DEHB semptomları DEHB derecelendirme ölçeği ile emosyonel yeme davranışı ÇYDA'nın DAY ve DAZ alt ölçekleri ile bulimiya nervoza semptomları Çocuk Yeme Tutumu Testi ile depresyon ise Çocuk Davranış Kontrol Listesi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda DEHB puanı ile DAY, DAZ ve bulimiya nervoza semptom puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Çalışmada DEHB-emosyonel yeme davranışları ilişkisinde depresyonun aracılık ettiği bulunmuştur. Araştırmacılar bulguların DEHB ile emosyonel yeme davranışları arasındaki ilişkiyi gösterdiğini ve bunun sonucu gelişebilecek obezitenin ilerleyen yaşlarda ortaya çıkacağını öne sürmüşlerdir.¹⁸⁶ Lisans öğrencilerinde yapılan bir çalışmada duygu düzenleme güçlükleri ve olumsuz duygulanım sırasındaki dürtüsellik, DEHB ve yeme bozukluğu ilişkisinde ortak bir zayıflık olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışma sonucunda DDG'nin, DEHB'li bireylerde farklı yeme bozukluklarının gelişmesinde ortak bir kırılma faktörü olduğu ve önemli bir önleme hedefi olabileceği öne sürülmüştür.¹⁸⁷ Erişkin yaş grubunda yapılan başka bir çalışmada, DEHB'nin dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin aşırı yeme üzerine hem doğrudan hem de olumsuz duygulanım (kaygı, depresyon ve algılanan stres) yoluyla etkisi olduğunu bulmuşlardır. Olumsuz duygulanım etkisi dışlandıktan sonra ise DEHB belirtileri ile VKİ arasındaki korelasyonun ortadan kalktığını bildirilmişlerdir.¹⁸⁸

Çalışmamızın güçlü yanları; güç analizinin yapılmış olması, obezite dışında diğer metabolik hastalıkların dışlanmış olması, sağlıklı kontrol grubunun alınması, psikopatolojilerin ÇDŞG-ŞY-T ile taranması, grupların yaş ortalaması ve cinsiyet açısından eşleştirilmesi, olgu grubunun en az 3 aydır DEHB tedavisi almamış hastalardan oluşturulması, VKİ'nin aynı kişi tarafından ve aynı cihaz ile ölçümü, hormonal etkilerin daha az olduğu prepubertal dönemde ve dar bir yaş aralığında çalışılmış olması, ölçeklerin

kısa-anlaşılır ama çalışmanın amacı ve hipotezine uygun olması, az sayıda ve kısa sayılabilecek ölçekler olduğundan dolduran kişilerin daha güvenilir bilgiler verdiğinin düşünülmesidir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; kesitsel bir çalışma olması değişkenlerimiz arasında neden-sonuç ilişkisi kurmayı güçleştirmektedir. Tez çalışması olması nedeniyle kısıtlı sürede yapılması ve örneklem sayısının az olması bulgularımızın genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Beslenme ve yaşam alışkanlıklarına ait sınırlı değişken sorgulanmış, fiziksel aktivite, öğün sayısı gibi önemli değişkenlerin etkisi atlanmıştır. Ölçeklerin ebeveyn bildirimine dayalı olması ve tek bir kaynaktan bilgi alınması, nesnel bir veriye ulaşmamızı zorlaştırmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda çocuklarda DEHB ve anormal yeme davranışları arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin etkisini incelemek amaçlanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. DEHB'li çocukların sağlıklı kontrollere göre prematür doğum oranının daha fazla olduğu, günlük uyku miktarlarının daha az olduğu, ekran karşısında atıştırma oranının daha fazla olduğu, son bir yıllık okul başarılarının daha kötü olduğu bulunmuştur.
2. DEHB olan çocukların sağlıklı kontrollere göre aile aylık gelirinin daha az olduğu ve annelerinin çalışmama oranları daha yüksek bulunmuştur.
3. DEHB'li ve sağlıklı çocukların VKİ-p değerleri ve fast food tüketim sıklığı benzer bulunmuştur.
4. DEHB grubunda en sık klinik görünüm bileşik tip, en sık eşlik eden tanı ise KOKGB olarak saptanmıştır.
5. DEHB olan çocukların DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları, sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç DEHB'li çocukların duygularını düzenlemede daha fazla zorluk yaşadığı şeklinde yorumlanabilir.
6. Çocukların anormal yeme davranışlarını tespit etmek için kullandığımız ÇYDA'dan alınan toplam puan ve GH, DAY, İT, TH alt ölçek puanları DEHB grubunda sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. DEHB'li çocuklarda anormal beslenme davranışlarına daha fazla rastlanmıştır.
7. DEHB grubunda CADÖ-YK puanları ile DAÖ toplam ve değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. DEHB şiddeti arttıkça DDG artar.
8. DEHB grubunda CADÖ-YK puanları ile ÇYDA GH, DAY, GKA ve DAZ alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. DEHB şiddeti arttıkça anormal yeme davranışları artar.
9. DEHB grubunda DAÖ toplam puanı ile İT arasında; değişkenlik/olumsuzluk alt ölçeği ile DAZ alt ölçeği arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. DDG arttıkça anormal yeme davranışları artar.

10. CADÖ-YK puanlarının İT ve DAZ üzerine etkisinde duygu düzenlemenin aracı etkisi olduğu bulunmuştur.
11. Bileşik tip DEHB'li olgularda ÇYDA toplam puanlarının artmasında duygu düzenlemenin aracı etkisi olduğu bulunmuştur.
12. DEHB grubunda CADÖ-YK puanları ve ÇYDA alt ölçekleri arasında DAÖ'nün aracılık etkisi anlamlı çıkmamıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak; DEHB tanısı olan çocukların daha fazla duygu düzenleme ve beslenme-iştah sorunu yaşadığı, özellikle küçük yaş grubunda bu sorunların tanımlanmasının ileride yaşanacak ek psikopatolojiler ve obezite gibi sağlık sorunlarını önlemede değerli olduğu düşünülmüştür. Sağaltım sürecinde ise farmakolojik tedavinin duygu düzenleme sorunlarına olumlu etkisi olacağı bilinmekle beraber beslenme ve iştah üzerine farklı etkileri olabilir. Duygu düzenleme güçlüğüne yönelik çocuk ve aileye verilecek psikoeğitim ile sosyal alandaki zorluklara dair farkındalığın artırılması ve becerilerin geliştirilmesi için ek psikoterapiler faydalı olabilir. Bunun sonucunda ise patolojik yeme tutumlarının azalacağını ve ileride obezite veya diğer yeme bozukluklarının ortaya çıkmasının engellenebileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamız, DEHB olan çocukların sosyal alanda ve beslenme konusunda yaşadığı zorluklar üzerine farkındalığı arttırmaktadır. Rutin muayenelerimizde çocukların duygu düzenleme becerileri, beslenme alışkanlıklarının sorgulanması, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve olası psikopatolojilerin önlenmesi açısından önemlidir. Gelecekte, çalışmamızın kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak yapılacak daha kapsamlı çalışmaların, DEHB'li çocuklarda duygu düzenleme ve anormal yeme davranışları arasındaki ilişkinin aydınlatılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda DEHB tanısı bulunan hastaların sağlıklı kontrollere göre duygu düzenlemede yaşadığı güçlüklerin ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve yeme tutumları ile duygu düzenlemede yaşanan güçlükler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda olgu grubunu; Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde ilk kez DSM-V'e göre DEHB tanısı alan ve/veya daha önce DEHB tanısı alıp, DEHB'ye yönelik son 3 aydır tedavi almamış 6-9 yaş arası çocuklar oluşturmuştur. Dahil olma kriterlerini karşılayan 36 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise herhangi bir psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalığı olmayan, DEHB grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 37 çocuktan oluşmuştur. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Kısa Form (CADÖ-YK), Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA), Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulandı. Çocukların boy ve kilo ölçümleri yapılarak vücut kitle indeksi persentilleri (VKİ-p) hesaplandı.

Bulgular: Olgu grubu ve sağlıklı kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından benzer bireylerden oluşturulmuştur. DEHB görülme sıklığı erkeklerde kızlara göre daha fazladır. Olgu grubundaki çocukların sağlıklı kontrollere göre daha fazla zamanından önce doğma oranına sahip olduğu, son bir yıllık okul başarılarının daha kötü olduğu, günlük uyku miktarlarının daha az olduğu, ekran karşısında atıştırma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. VKİ-p'ler arasında ise istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Olgu grubunun anne-baba olma yaş ortalamaları daha genç, ailelerinin aylık geliri daha düşük, annelerinin ise ev hanımı olma oranları daha fazla bulunmuştur.

DEHB'li çocukların DAÖ puanları kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. ÇYDA alt ölçekleri olgu ve kontrol grubunda kıyaslandığında gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, içme tutkusu ve tokluk heveslisi olma durumları olgu grubunda daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza göre çocuklarda DEHB belirtileri arttıkça, duygu düzenleme sorunları ve anormal yeme davranışları artmaktadır. DEHB belirtilerinin duygusal az yeme ve içme tutkusu yeme davranışları üzerine etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü olduğu gösterilmiştir. Bileşik tip DEHB'li olgularda sorunlu yeme davranışlarının artmasında duygu düzenleme güçlüğü yine aracı etki göstermiştir.

Sonuç: Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların daha fazla duygu düzenleme ve beslenme-iştah sorunu yaşadığı bulunmuştur ve bu çocuklarda yeme sorunlarının oluşumunda duygu düzenlemenin aracı rolü olduğu saptanmıştır. Özellikle küçük yaş grubunda bu sorunların tanımlanması, ileride yaşanacak ek psikopatolojiler ve obezite gibi sağlık sorunlarını önlemede değerlidir. DEHB çekirdek belirtilerinin tedavisinin yanında, duygu düzenleme güçlüğüne yönelik çocuk ve aileye verilecek psikoeğitim ile sosyal alandaki zorluklara dair farkındalığın artırılması ve becerilerin geliştirilmesi için ek psikoterapiler faydalı olabilir. Bunun sonucunda ise patolojik yeme tutumlarının azalacağı ve ileride obezite veya diğer yeme bozukluklarının ortaya çıkmasının engellenebileceği düşünülmüştür. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için, neden sonuç ilişkilerinin incelenebileceği daha geniş örneklemli izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, duygu düzenleme güçlüğü, yeme tutumu, obezite, çocuk

8. ABSTRACT

Objective: Our study aims to evaluate the difficulties in emotion regulation and eating attitudes of patients diagnosed with ADHD compared to healthy controls and to examine the relationship between eating attitudes and difficulties in emotion regulation.

Method: The study group comprised children aged 6-9 years who were diagnosed with ADHD for the first time according to DSM-V criteria and/or who had previously been diagnosed with ADHD but had not received treatment for ADHD in the last 3 months at the Kocaeli University Child and Adolescent Mental Health and Diseases Polyclinic. Thirty-six children who met the inclusion criteria were included in the study. The control group consisted of 37 children without any psychiatric, neurological, or metabolic diseases, matched with the ADHD group in terms of age and gender. All participants included in the study were administered a sociodemographic data form, Conners Parent Rating Scale-Revised Short Form (CPRS-RS), Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), Emotion Regulation Checklist (ERC) and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Height and weight measurements of the children were taken, and body mass index percentiles (BMI-p) were calculated.

Results: The case group and healthy control group were composed of individuals similar in terms of age and gender. The frequency of ADHD is higher in boys than in girls. It was found that children in the case group were more likely to be born prematurely compared to healthy controls, had worse school performance in the last year, had less daily sleep, and snacked more in front of the screen. There was no statistically significant difference in BMI-p between the groups. The average ages of the parents in the case group were younger, their monthly income was lower, and the proportion of mothers who were housewives was higher.

The ERS scores of children with ADHD were higher than those of the control group. When the CEBQ sub-scales were compared between the case and control groups, it was observed that the case group had higher rates of food responsiveness, emotional overeating, desire to drink and satiety responsiveness.

According to our study, as ADHD symptoms increase in children, difficulties in emotion regulation and abnormal eating behaviors also increase. It has been shown that the

difficulty in emotion regulation plays a mediating role in the effect of ADHD symptoms on emotional undereating and enjoyment of food eating behaviors. In cases of combined type ADHD, the difficulty in emotion regulation again showed a mediating effect on the increase in problematic eating behaviors.

Conclusion: Our study found that children diagnosed with ADHD experience more difficulties in emotion regulation and eating attitudes and emotion regulation plays a mediating role in the formation of eating problems in these children. Identifying these problems, especially in young age groups, is valuable for preventing future health problems such as additional psychopathologies and obesity. In addition to treating core symptoms of ADHD, additional psychotherapies may be beneficial for increasing awareness and developing skills regarding social difficulties through psychoeducation for children and families related to emotion regulation difficulties. As a result, it is believed that pathological eating attitudes will decrease, and the onset of obesity or other eating disorders can be prevented. Our study is a cross-sectional study, there is a need for larger-sample longitudinal studies to examine cause-and-effect relationships.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, emotion regulation difficulties, eating attitudes, obesity, children

9. EKLER

1. EK – ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umuttepe Yerleşkesi / KOCAELİ		
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - 0262 303 74 63, gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr		
Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda duyu düzenleme güçlüğüne yeme tutumları ile ilişkisi		
	Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş		
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Çocuk Psikiyatrisi		
	Araştırma Merkez(ler)i	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi		
	Destekleyici			
	Araştırmanın Türü			
Karar ve Dayanak	Tarih : 19/10/2023	Karar No: KÜ GOKAEK-2023/17.06	Proje No: 2023/329	
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, ☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.			

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Toplantıda Bulunma	İmza
Prof. Dr. Nurettin Özgür DOĞAN Başkan	Acil Tıp	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Cem CERİT Başkan Yardımcısı	Psikiyatri	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yusufhan YAZIR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof. Dr. Evren DEMİRİSOY Üye	Dermatoloji	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof. Dr. Çiğdem VURAL Üye	Patoloji	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ceyla ERALDEMİR Üye	Biyokimya	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Enver Alper SİNANOĞLU Üye	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	Kocaeli Ünl. Diş Hek. Fak.	Erkek	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Ünl. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	09.02.2021/KOGDEK01.6	1/1

2. EK- ÇOCUK ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ÇOCUK BİLGİLENDİRME FORMU (Olgu)

1. Çalışmanın adı:

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda duyu düzenleme güçlüğü'nün yeme tutumları ile ilişkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Dr. Öğretim Üyesi Ömer Kardeş, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları BD
Asistan Dr. İlayda Demirci, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları BD

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın.

Bu araştırma DEHB çocukların duyu düzenlemede yaşadığı zorlukları ve bu zorlukların yeme tutumuna etkisini daha iyi anlamamıza ve bu alanda yapılan araştırmalara katkıda bulunmamıza yardımcı olabilir. Ayrıca, bu tür bir çalışmanın, DEHB tedavisi için yeni yaklaşımların geliştirilmesine de katkı sağlayabileceğini unutmayın.

4. Neden ben seçildim?

Araştırmamıza hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısıyla takip edilen çocuklar seçilecektir.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Yalnızca 20-30 dakikalık psikiyatrik görüşmeye katılacaksınız ve ebeveynlerinizden onlara verilen formların doldurulması istenecek.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Uygulanacak olan görüşme ve doldurulacak formların bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırma sonuçlarının size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki hastalara ve bilime katkı sağlaması umulmaktadır.

9. Araştırma masrafları:

Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Tarih / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	1/3



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Katılımcılar istedikleri anda çalışmadan ayrılabilirler. Uygulanan görüşme ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Tüm formlar araştırmacı tarafından toplanıp, bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İsteyen tüm katılımcılarla mevcut bilgiler paylaşılacaktır.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Kişinin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Asistan Dr. İlayda Demirci, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları BD

15. Teşekkür: Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

16. İAEK onayı:

17. Şikayet için başvuru adresi;

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikayetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037055) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikayetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenleme güçlüğünün yeme tutumları ile ilişkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Revizyon Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	2/3



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		



Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:



KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Revizyon Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	3/3

3. EK- EBEVEYN ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ebeveyn Bilgilendirme Formu (Olgu)

1. Çalışmanın adı:

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenleme güçlüğü'nün yeme tutumları ile ilişkisi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Dr. Öğretim Üyesi Ömer Kardaş, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları BD
Asistan Dr. İlayda Demirci, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları BD

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın.

Bu araştırma DEHB çocukların duygu düzenlemede yaşadığı zorlukları ve bu zorlukların yeme tutumuna etkisini daha iyi anlamamıza ve bu alanda yapılan araştırmalara katkıda bulunmamıza yardımcı olabilir. Ayrıca, bu tür bir çalışmanın, DEHB tedavisi için yeni yaklaşımların geliştirilmesine de katkı sağlayabileceğini unutmayın.

4. Neden ben seçildim?

Araştırmamıza hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısıyla takip edilen çocuklar seçilecektir.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir neden göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çocuğunuz yalnızca 20-30 dakikalık bir görüşmeye katılacak ve ebeveynler olarak size verilen formları dolduracaksınız.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Uygulanacak olan görüşme ve doldurulacak formların bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırma sonuçlarının size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki hastalara ve bilime katkı sağlaması umulmaktadır.

9. Araştırma masrafları:

Katılımcı gönüllülerden ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Katılımcılar istedikleri anda çalışmadan ayrılabilirler. Uygulanan görüşme ve testlerin kalıcı bir etkisi bulunmamaktadır.

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu Form 5	Rev. Tarihi / No.suz 27.04.2016/KOGOEK01.2	Sayfa 1/3
---	----------------------	---	--------------



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Tüm formlar araştırmacı tarafından toplanıp, bölümümüzde kilitli bir dolapta tutulacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İsteyen tüm katılımcılarla mevcut bilgiler paylaşılacaktır.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Kişinin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Asistan Dr. İlayda Demirci, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları BD

15. Teşekkür: Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

16. İAEK onayı:

17. Şikayet için başvuru adresi;

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikayetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037055) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikayetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenleme güçlüğü'nün yeme tutumları ile ilişkisi

	Evett	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu Form 5	Revizyon Tarihi / No.su: 27.04.2016/KOGOEK01.2	Sayfa 2/3
---	----------------------	---	--------------



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	3/3

4.EK- SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Hastanın;

Cinsiyeti: () Kız () Erkek

Doğum Tarihi:

Yaşı:

Doğum haftası: () zamanından önce () zamanında () zamanından sonra

Doğum kilosu: () düşük () normal () yüksek

Sınıf: () anasınıfı () 1.sınıf () 2.sınıf () 3.sınıf () 4.sınıf

Son bir yıldaki okul başarısı? () İyi () Orta () Zayıf

Daha önce psikiyatrik ilaç kullandı mı?

() Hayır () Evet Belirtiniz.....

Günlük uyku miktarı: () 4-6 saat () 6-8 saat () 8-10 saat () 10 saatten fazla

Uyku bölünmesi yaşar mı? () Hayır () Evet

Boyu?cm

VKİ:

Kilosu?kg

Aylık fast food tüketimi:...../kez

Ekran karşısında atıştırır mı? () Evet () Hayır

Oturulan İl ve İlçe:

Aile yapısı:

() Çekirdek () Geniş () Parçalanmış aile: boşanmış/ayrı () Anne ve/veya baba vefat etmiş

Kardeş Sayısı (hastamız dahil):

Anne-baba arasında akraba evliliği var mı?

() Evet () Hayır

Ailenin ortalama aylık gelir düzeyi:

☐ 0-12000 TL ☐ 12001- 20000 TL ☐ 20000 TL ve üzeri

Annenin;

Yaşı:

Eğitim Durumu: ☐ Okur yazar değil ☐ ilkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

Mesleği: ☐ Çalışıyor (İşi:) ☐ Çalışmıyor

Bilinen ruhsal hastalığı var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, DEHB
- ☐ Evet, depresif bozukluk
- ☐ Evet, kaygı bozukluğu
- ☐ Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
- ☐ Evet, kişilik bozukluğu
- ☐ Evet, obsesif kompulsif bozukluk
- ☐ Evet, diğer.....

Babanın;

Yaşı:

Eğitim Durumu: ☐ Okur yazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

Mesleği: ☐ Çalışıyor (İşi:.....) ☐ Çalışmıyor

Bilinen ruhsal hastalığı var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, DEHB

- ☐ Evet, depresif bozukluk
- ☐ Evet, kaygı bozukluğu
- ☐ Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
- ☐ Evet, kişilik bozukluğu
- ☐ Evet, obsesif kompulsif bozukluk
- ☐ Evet, diğer.....



5. EK- CONNERS ANABABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ – YENİLENMİŞ KISA FORM (3-17 YAŞ)

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağınık.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3

1 4	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
1 5	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
1 6	Sinirlidir.	0	1	2	3
1 7	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
1 8	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
1 9	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
2 0	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
2 1	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
2 2	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
2 3	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
2 4	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
2 5	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
2 6	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
2 7	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

6.EK- DUYGU AYARLAMA ÖLÇEĞİ

Çocuğum;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Neşeli bir çocuktur.	1	2	3	4
2. Duygularında aşırı değişiklikler gösterir (Olumlu duygulardan olumsuz duygulara hızla geçtiği için duygusal durumunu önceden tahmin etmek güçtür).	1	2	3	4
3. Yetişkinlerin sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	1	2	3	4
4. Bir etkinlikten başka bir etkinliğe kolayca geçer; bunu yaparken kaygı, öfke, sıkıntı ya da aşırı heyecan belirtileri göstermez.	1	2	3	4
5. Üzüntüsünden ya da sıkıntısından kolayca kurtulabilir (Örneğin, onu üzen bir olaydan sonra kızılgınlığını, kaygısını ya da üzüntüsünü uzun süre sürdürmez).	1	2	3	4
6. Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.	1	2	3	4
7. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	1	2	3	4
8. Kolayca öfke patlamaları ya da öfke krizleri geçirir.	1	2	3	4
9. İsteddiği bir şeye kavuşmayı erteleyebilir.	1	2	3	4
10. Başkalarının sıkıntısından ya da acısından keyif alır (Örneğin, birisinin canı yandığında ya da birisi cezalandırıldığında güler; başkalarını kızdırmaktan hoşlanır).	1	2	3	4
11. Heyecan verici durumlarda coşkusunu denetleyebilir (Örneğin, hareketli oyunlarda kendini kaybetmez; ya da uygun olmayan ortamlarda azmaz).	1	2	3	4
12. Yetişkinlere yapışır ya da mızırız davranır.	1	2	3	4
13. Taşkınlık yapmaya ve enerjisini yıkıp dökerek boşaltmaya yatkındır.	1	2	3	4
14. Yetişkinlerin kural ya da sınır koymalarına öfkeyle tepki verir.	1	2	3	4
15. Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda duygularını anlatır.	1	2	3	4
16. Üzgün ya da cansız görünür.	1	2	3	4
17. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken aşırı taşkın davranır.	1	2	3	4
18. Duygusal olarak donuk görünür (yüz ifadesi boş ve anlamsızdır; olaylara duygusal olarak katılmıyor gibidir).	1	2	3	4
19. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumsuz tepki verir (Örneğin, öfkeli bir sesle konuşur ya da ürkek bir tepki verir).	1	2	3	4
20. Dürtüseldir (Aklına eseni düşünmeden yapar).	1	2	3	4
21. Başkalarının duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılıyken onlarla ilgilenir.	1	2	3	4
22. Başkalarının işine karışacak ya da onları rahatsız edecek biçimde taşkınlık yapar.	1	2	3	4
23. Yaşıtlarının düşmanca, saldırgan ya da müdahaleci davranışlarına karşı öfke, korku, düş kırıklığı ya da sıkıntı gibi uygun olumsuz duygularını gösterir.	1	2	3	4
24. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir.	1	2	3	4

7.EK- ÇOCUK YEME DAVRANIŞI ANKETİ

	1 ASLA, 2 NADİREN, 3 BAZEN, 4 SIKLIKLA, 5 HER ZAMAN					
Gıda heveslisi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum sürekli yemek ister	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Şans verilirse, çocuğum tüm zamanını yemek yiyerek geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum doymuş (tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe midesinde yer bulur	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Duygusal aşırı yeme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yapacak bir şeyi olmadığında daha çok yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gıdadan keyif alma	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum çok iştahlıdır	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yemek yemekten hoşlanır	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İçme tutkusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum sürekli içecek bir şey ister	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum şans verilirse, gün boyu içecek (meşrubat, su vs.) içecektir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tokluk heveslisi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yemeği bitmeden doyar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ocuğumun yemekle mutlu etmek zordur	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum çabuk doyar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum tadını bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yavaş yeme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yavaş yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Şans verilirse çocuğum ağzında yemek, lokma tutar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yemek süresi boyunca çocuğum yavaş, daha yavaş yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Duygusal az yeme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum kızginken, sinirliyken daha az yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yorgunken daha az yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yemek seçiciliği	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

10. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington DC. American Psychiatric Association; 2013.
2. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi: In Ercan ES (Editor). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu.; 2013:pp:3-4.
3. Goulardins JB, Rigoli D, Loh PR, et al. The Relationship Between Motor Skills, Social Problems, and ADHD Symptomatology: Does It Vary According to Parent and Teacher Report? *J Atten Disord.* 2018;22(8):796-805.
4. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):276-293.
5. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41-54.
6. Biederman J, Spencer TJ, Petty C, et al. Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2012;8:267-276.
7. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, et al. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(8):915-923.
8. Cortese S, Comencini E, Vincenzi B, Speranza M, Angriman M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss in individuals with obesity? *BMC Psychiatry.* 2013;13(1):286.
9. Leventakou V, Micali N, Georgiou V, et al. Is there an association between eating behaviour and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschool children? *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(6):676-684.
10. Villa FM, Crippa A, Rosi E, Nobile M, Brambilla P, Delvecchio G. ADHD and eating disorders in childhood and adolescence: An updated minireview. *J Affect Disord.* 2023;321:265-271.
11. Yilmaz Z, Javaras KN, Baker JH, et al. Association between Childhood to Adolescent ADHD Symptom Trajectories and Late Adolescent Disordered Eating. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2017;61(2):140-146.
12. Docet MF, Larrañaga A, Pérez Méndez LF, García-Mayor RV. Attention deficit hyperactivity disorder increases the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults. *Eat Weight Disord EWD.* 2012;17(2):e132-136.
13. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942-948.

14. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar: Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti.; 2015.
15. Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). J Atten Disord. 2012;16(8):623-630.
16. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000;9(3):469-479, v.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM-III). Washington DC: APA Press.1980.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition Revised) (DSM-III-R). Washington DC: APA Press. 1987.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington DC: APA Press.1994.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-R). Köroğlu E, Ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2001.
21. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. Curr Med Res Opin. 2013;29(9):1093-1104.
22. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345-365.
23. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). Nord J Psychiatry. 2019;73(2):132-140.
24. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. Eur J Pediatr. 2007;166(2):117-123.
25. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2002;8(3):162-170.
26. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. Ann N Y Acad Sci. 2001;931:1-16.
27. Cabral MDI, Liu S, Soares N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. Transl Pediatr. 2020;9(Suppl 1):S104-S113.
28. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Mol Psychiatry. 2019;24(4):562-575.

29. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-1323.
30. Schachar R. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Recent Updates and Future Prospects. *Curr Dev Disord Rep*. 2014;1(1):41-49.
31. Joelsson P, Chudal R, Uotila J, et al. Parental psychopathology and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder in a nationwide sample. *J Psychiatr Res*. 2017;94:124-130.
32. Guan L, Wang B, Chen Y, et al. A high-density single-nucleotide polymorphism screen of 23 candidate genes in attention deficit hyperactivity disorder: suggesting multiple susceptibility genes among Chinese Han population. *Mol Psychiatry*. 2009;14(5):546-554.
33. Zayats T, Athanasiu L, Sonderby I, et al. Genome-wide analysis of attention deficit hyperactivity disorder in Norway. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122501.
34. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res*. 2014;219(1):10-24.
35. Cortese S. The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol EJPN Off J Eur Paediatr Neurol Soc*. 2012;16(5):422-433.
36. Greven CU, Bralten J, Mennes M, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):490-499.
37. Rubia K, Alegria AA, Brinson H. Brain abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder: a review. *Rev Neurol*. 2014;58 Suppl 1:S3-16.
38. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104(49):19649-19654.
39. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1154-1163.
40. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310-319.
41. Sren S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyopatogenezi: Beyin Grntleme. *Trkiye Klin Çocuk Psikiyat - zel Konular*. 2015;1(1):12-16.
42. Lee JS, Kim BN, Kang E, et al. Regional cerebral blood flow in children with attention deficit hyperactivity disorder: comparison before and after methylphenidate treatment. *Hum Brain Mapp*. 2005;24(3):157-164.

43. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional Neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Suggested Future Directions. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1273-1284.
44. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):3-16.
45. Schlotz W, Jones A, Phillips DIW, Gale CR, Robinson SM, Godfrey KM. Lower maternal folate status in early pregnancy is associated with childhood hyperactivity and peer problems in offspring. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(5):594-602.
46. Mayes R, Bagwell C, Erkulwater J. *Medicating Children: ADHD and Pediatric Mental Health*. Harvard University Press; 2009.
47. Firestone P, Prabhu AN. Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *J Abnorm Child Psychol*. 1983;11(2):207-216.
48. Millichap JG. Etiologic Classification of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2008;121(2):e358-e365.
49. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2016;387(10024):1240-1250.
50. Harold GT, Leve LD, Barrett D, et al. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(10):1038-1046.
51. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(6):464-470.
52. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M, English and Romanian Adoptees Study Team. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(6):513-528.
53. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*. 2004;113(4):708-713.
54. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(1):1.
55. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2014-2020.
56. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Rey JM, Ed. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012:8.
57. Langley K, Fowler T, Ford T, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010;196(3):235-240.

58. İnci Kenar AN, Herken H. Erişkinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Türkiye Klinikleri. 2015;1(1):39-45.
59. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med*. 2002;53:113-131.
60. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Deficit Hyperact Disord*. 2015;7(1):27-38.
61. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(1):57-87.
62. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(12):1468-1484.
63. İnci SB, İpci M, Akyol Ardiç U, Ercan ES. Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *J Atten Disord*. 2019;23(11):1356-1367.
64. Coşkun M, Kaya İ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer Komorbid Durumlar. Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr. 2015;1(1). Accessed November 2, 2023.
65. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10):1378-1387; discussion 1387-1390.
66. Rommelse NNJ, Franke B, Geurts HM, Hartman CA, Buitelaar JK. Shared heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(3):281-295.
67. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.
68. Taurines R, Schmitt J, Renner T, Conner AC, Warnke A, Romanos M. Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):267-289. doi:10.1007/s12402-010-0040-0
69. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(3):328-341. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.006
70. Levin RL, Rawana JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2016;50:22-36. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.010
71. Bleck JR, DeBate RD, Olivardia R. The Comorbidity of ADHD and Eating Disorders in a Nationally Representative Sample. *J Behav Health Serv Res*. 2015;42(4):437-451. doi:10.1007/s11414-014-9422-y

72. Işık E, Yi T. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. 1. Baskı Ankara: Türkiye Klinikleri. 2009.
73. Ercan ES, Mukaddes NM, Yazgan Y, Akay A. P., Gündoğdu ÖY. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In: Ercan ES, editor. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. p. 33-5.
74. Wilens TE, Spencer TJ. The stimulants revisited. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000;9(3):573-603, viii.
75. GÖRMEZ, V., Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: İlaç Tedavileri. Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular, 2015. 1(1): p. 77-86.
76. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. J Child Psychol Psychiatry. 2017;58(6):663-678.
77. Biederman J, Melmed RD, Patel A, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2008;121(1):e73-84.
78. Garfinkel BD, Wender PH, Sloman L, O'Neill I. Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of attention deficit disorder in children. J Am Acad Child Psychiatry. 1983;22(4):343-348.
79. KUTLU, A. & FS, D. 2015. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tedavi yaklaşımları: bütüncü yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri. J Child Psychiatry-Special Topics, 1, 87-95.
80. Şenol Ş. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In: Çetin FÇ, Çoşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, et al., Editors. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. p. 293-311.
81. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. Monogr Soc Res Child Dev. 1994;59(2-3):25-52.
82. Erber R, Wegner DM, Theriault N. On being cool and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. J Pers Soc Psychol. 1996;70(4):757-766.
83. Gross, J. and R. Thompson, Emotion Regulation: Conceptual Foundations In: Gross JJ, Editor. Handbook of Emotion Regulation. 2007, New York: The Guilford Press.
84. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. Motiv Emot. 2003;27(2):77-102.
85. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: sharpening the definition. Child Dev. 2004;75(2):334-339.
86. Essau CA, LeBlanc SS, Ollendick TH: Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents, Oxford University Press; 2017.
87. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol. 1998;74(1):224-237.

88. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract*. 1995;2(2):151-164. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
89. Biederman J, Spencer TJ, Petty C, et al. Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:267-276.
90. Cole PM, Hall SE, Hajal N. Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology. In: *Child and Adolescent Psychopathology*. ; 2017:341-373.
91. BANASCHEWSKI, T., COGHILL, D. & ZUDDAS, A. 2018. *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Oxford University Press.
92. Spencer TJ, Faraone SV, Surman CBH, et al. Toward defining deficient emotional self-regulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder using the Child Behavior Checklist: a controlled study. *Postgrad Med*. 2011;123(5):50-59.
93. Surman CBH, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone SV. Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Deficit Hyperact Disord*. 2013;5(3):273-281.
94. Sjöwall D, Roth L, Lindqvist S, Thorell LB. Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(6):619-627.
95. Skirrow C, Asherson P. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):80-86.
96. Becker A, Steinhausen HC, Baldursson G, et al. Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15 Suppl 1:I56-62.
97. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *J Adolesc Health*. 2010;46(3):209-217.
98. Riley AW, Spiel G, Coghill D, et al. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(1):i38-i45.
99. Steinberg EA, Drabick DAG. A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2015;46(6):951-966.
100. Taşkıran, C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Belirti Özelliklerinin Disregülasyon Profili ve Duygusal Uyarılma Düzeyleri ile İlişkisinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.
101. Nigg JT, Casey BJ. An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Dev Psychopathol*. 2005;17(3):785-806.

102. Phillips ML, Ladouceur CD, Drevets WC. A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2008;13(9):829, 833-857.
103. Olson SL, Bates JE, Sandy JM, Schilling EM. Early developmental precursors of impulsive and inattentive behavior: from infancy to middle childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43(4):435-447.
104. Peris TS, Baker BL. Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: stability and prediction over time. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(4):457-462.
105. Taylor E. Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Dev Psychopathol*. 1999;11(3):607-628.
106. Yasemin A, Huseyin G. Eating Disorders and Body Image Perception among University Students. *Pak J Nutr*. 2010;9.
107. Brown R, Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Educ Res*. 2004;19(3):261-271.
108. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2016;49(12):1045-1057.
109. Ptacek R, Kuzelova H, Stefano GB, et al. Disruptive patterns of eating behaviors and associated lifestyles in males with ADHD. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 2014;20:608-613.
110. Riverin M, Tremblay A. Obesity and ADHD. *Int J Obesity* 2009;33(8):945-6.
111. Cortese S, Vincenzi B. Obesity and ADHD: Clinical and Neurobiological Implications. In: *Behavioral Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Treatment*. Springer, Berlin, Heidelberg; 2011:199-218.
112. Davis C. Attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(5):389-395.
113. Davis C. Psychobiological traits in the risk profile for overeating and weight gain. *Int J Obes* 2005. 2009;33 Suppl 2:S49-53.
114. Kaisari P, Dourish CT, Higgs S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clin Psychol Rev*. 2017;53:109-121.
115. Dubnov-Raz G, Perry A, Berger I. Body mass index of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Neurol*. 2011;26(3):302-308.
116. Phillips KL, Schieve LA, Visser S, et al. Prevalence and Impact of Unhealthy Weight in a National Sample of US Adolescents with Autism and Other Learning and Behavioral Disabilities. *Matern Child Health J*. 2014;18(8):1964-1975.
117. Hanć T, Słopeń A, Wolańczyk T, et al. ADHD and overweight in boys: cross-sectional study with birth weight as a controlled factor. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(1):41-53.

118. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988.
119. Gökler B, Ünal M, Özsungur B, Çengel Kültür S, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk Ve Genç Ruh Sağlığı Derg*. 2004;11. Accessed November 27, 2023.
120. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(4):257-268.
121. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması. *Nöro Psikiyatri Arş*. 2013;50(2):100-109.
122. Shields A, Cicchetti D. Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Dev Psychol*. 1997;33(6):906-916.
123. Akgün E, Acer D, Uslu Rİ, Gül Kapçı E. İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: Bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. *Çocuk Ve Genç Ruh Sağlığı Derg*. 2009;16(1):13-20.
124. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(7):963-970.
125. Yılmaz R, Haluk E, Erkorkmaz U. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2011;12:287-294.
126. Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson. 2013.
127. George, D., & Mallery, M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, (10a ed.) Boston: Pearson, 2010.
128. Baykul, Y. *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2010.
129. Baron, R. M., & Kenny, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51;1173-1182, 1986.
130. Schwenke E, Fasching PA, Faschingbauer F, et al. Predicting attention deficit hyperactivity disorder using pregnancy and birth characteristics. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(5):889-895.
131. Ask H, Gustavson K, Ystrom E, et al. Association of Gestational Age at Birth With Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *JAMA Pediatr*. 2018;172(8):749-756.
132. Lim KX, Liu CY, Schoeler T, et al. The role of birth weight on the causal pathway to child and adolescent ADHD symptomatology: a population-based twin differences longitudinal design. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(10):1036-1043.

133. Melchior M, Hersi R, van der Waerden J, et al. Maternal tobacco smoking in pregnancy and children's socio-emotional development at age 5: The EDEN mother-child birth cohort study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2015;30(5):562-568.
134. Huhdanpää H, Morales-Muñoz I, Aronen ET, et al. Prenatal and Postnatal Predictive Factors for Children's Inattentive and Hyperactive Symptoms at 5 Years of Age: The Role of Early Family-related Factors. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021;52(5):783-799.
135. Jangmo A, Stålhandske A, Chang Z, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, School Performance and Effect of Medication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(4):423-432.
136. Yavuzer, H. Eğitim ve Gelisim Özellikleriyle Okul Çağı Çocuğu. (8. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002.
137. Meltzer LJ, Mindell JA. Sleep and sleep disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(4):1059-1076.
138. Weiss MD, Salpekar J. Sleep problems in the child with attention-deficit hyperactivity disorder: defining aetiology and appropriate treatments. *CNS Drugs*. 2010;24(10):811-828.
139. Bilgin A, Baumann N, Jaekel J, et al. Early Crying, Sleeping, and Feeding Problems and Trajectories of Attention Problems From Childhood to Adulthood. *Child Dev*. 2020;91(1):e77-e91.
140. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(9):894-908.
141. Lucassen EA, Zhao X, Rother KI, et al. Evening chronotype is associated with changes in eating behavior, more sleep apnea, and increased stress hormones in short sleeping obese individuals. *PLoS One*. 2013;8(3):e56519.
142. Tong L, Xiong X, Tan H. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Lifestyle-Related Behaviors in Children. *PLoS One*. 2016;11(9):e0163434.
143. Halt AH, Hirvonen TT, Koskela J, Kerkelä M, Hurtig T. Attention-deficit/hyperactivity disorder is not associated with overweight in adolescence but is related to unhealthy eating behavior and limited physical activity. *Nord J Psychiatry*. 2023;77(6):591-599.
144. Howard AL, Robinson M, Smith GJ, Ambrosini GL, Piek JP, Oddy WH. ADHD is associated with a "Western" dietary pattern in adolescents. *J Atten Disord*. 2011;15(5):403-411.
145. Yang R, Mao S, Zhang S, Li R, Zhao Z. Prevalence of obesity and overweight among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey in Zhejiang Province, China. *BMC Psychiatry*. 2013;13:133.
146. Güngör S, Celiloğlu ÖS, Raif SG, Özcan ÖÖ, Selimoğlu MA. Malnutrition and Obesity in Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2016;20(8):647-652.
147. Larsson H, Sariaslan A, Långström N, D'Onofrio B, Lichtenstein P. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(5):428-435.

148. Russell G, Ford T, Rosenberg R, Kelly S. The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(5):436-445.
149. Ünüvar E, Özenoğlu A, Sabuncu T. Ekzojen obezitesi olan adolesanların günlük diyetlerinde aldıkları enerji ve besin öğelerinin dağılımı. Published online 2000. Accessed February 3, 2024.
150. Cao H, Yan S, Gu C, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and their associations with sleep schedules and sleep-related problems among preschoolers in mainland China. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):70.
151. Torvik FA, Eilertsen EM, McAdams TA, et al. Mechanisms linking parental educational attainment with child ADHD, depression, and academic problems: a study of extended families in The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(9):1009-1018.
152. Rogers MA, Wiener J, Marton I, Tannock R. Parental involvement in children's learning: comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Sch Psychol*. 2009;47(3):167-185.
153. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Res Dev Disabil*. 2013;34(3):1036-1043.
154. Hvolgaard Mikkelsen S, Olsen J, Bech BH, Obel C. Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Int J Epidemiol*. 2017;46(2):409-420.
155. Canals J, Morales-Hidalgo P, Jané MC, Domènech E. ADHD Prevalence in Spanish Preschoolers: Comorbidity, Socio-Demographic Factors, and Functional Consequences. *J Atten Disord*. 2018;22(2):143-153.
156. Hoffman LW. Cross-Cultural Differences in Childrearing Goals. *New Dir Child Dev*. 1988;40:99-122.
157. Al Hamed JH, Taha AZ, Sabra AA, Bella H. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Male Primary School Children in Dammam, Saudi Arabia: Prevalence and Associated Factors. *J Egypt Public Health Assoc*. 2008;83(3-4):165-182.
158. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurother J Am Soc Exp Neurother*. 2012;9(3):490-499.
159. Reebye P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook, Third Edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):33.
160. AlZaben FN, Sehlo MG, Alghamdi WA, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid psychiatric and behavioral problems among primary school students in western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2018;39(1):52-58.
161. Mayes SD, Calhoun SL, Bixler EO, et al. ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(3):328-337.

162. Melnick SM, Hinshaw SP. Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: linkages with social behaviors and peer preference. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28(1):73-86.
163. Özdemir, Hatice. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA DUYGU REGÜLASYONU, EMPATİ VE OLUMLU SOSYAL DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI. Marmara Üniversitesi; 2017.
164. Christiansen H, Hirsch O, Albrecht B, Chavanon ML. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Emotion Regulation Over the Life Span. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(3):17.
165. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(11):1134-1144.
166. Stringaris A, Goodman R. Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med*. 2009;39(8):1237-1245.
167. Liu L, Chen W, Sun L, et al. The Characteristics and Age Effects of Emotional Lability in ADHD Children With and Without Oppositional Defiant Disorder. *J Atten Disord*. 2020;24(14):2042-2053.
168. Banaschewski T, Jennen-Steinmetz C, Brandeis D, et al. Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(11):1139-1148.
169. Rüfenacht E, Euler S, Prada P, et al. Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2019;6:11.
170. Cracco E, Van Durme K, Braet C. Validation of the FEEL-KJ: An Instrument to Measure Emotion Regulation Strategies in Children and Adolescents. *PLoS ONE*. 2015;10(9):e0137080.
171. Webber L, Hill C, Saxton J, Van Jaarsveld CHM, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. *Int J Obes* 2005. 2009;33(1):21-28.
172. Özer S, Bozkurt H, Sönmezgöz E, Bilge S, Yılmaz R, Demir O. Obezite Tanılı Çocuklarda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi. *Çocuk Derg*. 2014;14(2):66-71. doi:10.5222/j.child.2014.066
173. Wu D, Chen S, Lin S, et al. Eating behavior-mediated association between attention deficit hyperactivity disorder and body fat mass. *Heliyon*. 2023;9(3):e13641.
174. Kim EJ, Kwon HJ, Ha M, et al. Relationship among attention-deficit hyperactivity disorder, dietary behaviours and obesity. *Child Care Health Dev*. 2014;40(5):698-705.
175. Cortese S, Bernardina BD, Mouren MC. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Adhd) and Binge Eating. *Nutr Rev*. 2007;65(9):404-411.
176. Petrone P, Prunas A, Dazzi S, Madeddu F. [ADHD symptoms as risk factors for dysfunctional eating habits in adolescents: results from a longitudinal study]. *Riv Psichiatr*. 2013;48(6):448-455.

177. Fuemmeler BF, Sheng Y, Schechter JC, et al. Associations between attention deficit hyperactivity disorder symptoms and eating behaviors in early childhood. *Pediatr Obes*. 2020;15(7):e12631.
178. Kim KM, Lim MH, Kwon HJ, et al. Associations between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and dietary habits in elementary school children. *Appetite*. 2018;127:274-279.
179. Hartmann AS, Rief W, Hilbert A. Impulsivity and negative mood in adolescents with loss of control eating and ADHD symptoms: an experimental study. *Eat Weight Disord EWD*. 2013;18(1):53-60.
180. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, et al. Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. *Psychol Med*. 2015;45(12):2511-2520.
181. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-237.
182. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):565-571.
183. Harist AW, Hubbs-Tait L, Topham GL, Shriver LH, Page MC. Emotion Regulation is Related to Children's Emotional and External Eating. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(8):557.
184. Shriver LH, Dollar JM, Lawless M, et al. Longitudinal Associations between Emotion Regulation and Adiposity in Late Adolescence: Indirect Effects through Eating Behaviors. *Nutrients*. 2019;11(3):517.
185. El Archi S, Cortese S, Ballon N, et al. Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020;12(11):3292.
186. Tong L, Shi H, Li X. Associations among ADHD, Abnormal Eating and Overweight in a non-clinical sample of Asian children. *Sci Rep*. 2017;7(1):2844.
187. Christian C, Martel MM, Levinson CA. Emotion regulation difficulties, but not negative urgency, are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorder symptoms in undergraduate students. *Eat Behav*. 2020;36:101344.
188. Kaisari P, Dourish CT, Rotshtein P, Higgs S. Associations Between Core Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Both Binge and Restrictive Eating. *Front Psychiatry*. 2018;9:103.