



Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi Olan Çocuklar ile Normal Gelişim Gösteren Çocukların Yeme Davranışlarının Karşılaştırılması

Ertan Görgü¹

Öz

Bu çalışmanın amacı, dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi (DEHB) olan çocuklarla normal çocukların yeme davranışlarını karşılaştırmaktır. Bu amaca uygun olarak araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu DEHB tanılı (N=64) ve normal gelişim gösteren (N=96); 7, 8, 9 yaşlarındaki çocuklar oluşturmuştur. Çalışma grubuna İstanbul ilinde çocukların eğitim aldıkları kurumlar aracılığı ile ulaşılmıştır. Çocukların DEHB belirtileri Küçük-Doğaroğlu tarafından (2013) Türkçeye uyarlanan Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği (Vanderbilt DEHB ADÖ) ile, yeme davranışları ise Yılmaz, Esmeray ve Erkorkmaz (2011) tarafından Türkçeye uyarlanan Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA) ile ölçülmüştür. Veri seti normal dağılım özelliği göstermediği için non-parametrik testlerden Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda; DEHB olan çocukların, normal gelişim gösteren çocuklardan duygusal az yeme ve yemek seçiciliği alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerden (gıda heveslisi, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme) anlamlı daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. DEHB'li çocuklar kendi içlerinde incelendiklerinde ise duygusal aşırı yeme alt boyutunda kızların erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek skorlar aldıkları görülürken, hiperaktivite alt boyutunda ise erkeklerin kızlardan anlamlı düzeyde daha yüksek skorlar aldıkları görülmüştür. Yaş değişkenine göre DEHB belirtilerinde bir farklılık görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler

Dikkat eksikliği hiperaktivite
Yemek bozukluğu
Beslenme alışkanlığı
DEHB ile yemek bozukluğu
arasındaki ilişki

Makale Hakkında

Gönderim Tarihi: 28.05.2019
Kabul Tarihi: 29.07.2020
Elektronik Yayın Tarihi: 20.09.2020

DOI: 10.15390/EB.2020.8781

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Temel Eğitim Bölümü, Türkiye, ertangorgu@gmail.com

Giriş

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, yetersiz dürtü kontrolü ve dikkatsizlik ana belirtilerinden oluşan bir tablo ile kendini gösteren, çoğunlukla belirtileri okul öncesi dönemde ortaya çıkan ve okul çağında kurallara uymanın beklenmesiyle belirtileri daha da belirginleşen sorunlardan birisi olarak görülmektedir (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling ve Rohde, 2014). DEHB okul çağı çocuklarında ortalama %5 görülme sıklığı ile en yaygın çocukluk çağı nörogelişimsel bozukluklardan birisidir (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman ve Rohde, 2007).

DEHB'in DSM 5'de üç alt tipi tanımlanmıştır. Bunlar dikkat eksikliği önde olan tip, dürtüsel-hiperaktif tip ve birleşik tiptir. Dikkat eksikliği önde olan tip; bu grupta yer alan çocukların dikkati herhangi bir nesne ya da durum üzerinde yoğunlaştırma ve sürdürme sorunu olduğu belirtilmektedir. Daha içe kapanık, sık sık düşüncelere dalan, çoğunlukla çevreye rahatsızlık vermeyen çocuklar olduğu bildirilmektedir. Hareketin baskın olmamasından dolayı çoğunlukla akademik yaşamın başlamasıyla yani ilköğretimde daha çok fark edildiği bildirilmiştir (Ergül, 2010; Kaplan ve Sadock, 2004). Dürtüsellik ve hareketliliğin baskın olduğu tip; bu gruptaki çocukların sürekli hareket halinde oldukları (sanki içinde motor varmış gibi), sırasını beklemedikleri, başkalarının sözünü kestikleri, çok fazla konuştukları ve genellikle konudan konuya geçtikleri belirtilmektedir. Bu grubun çoğunlukla yüksek hareket ve dürtüsel davranışlarından dolayı çoğunlukla okulöncesi dönemde tanı aldıkları belirtilmektedir. Birleşik tip; bu gruptaki çocukların her iki grubun da özelliklerini gösterdikleri belirtilmektedir. Bu grubunda çoğunlukla okul öncesi dönemde tespit edildiği bildirilmektedir (Tahiroğlu ve Avcı, 2005).

DEHB'in nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda genetik yatkınlığın çok önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (Spodak ve Stefano, 2014). Cinsiyetler arası karşılaştırmada araştırmalar erkeklerde kızlara oranla 4-8 kat daha fazla görülme sıklığı bildirmektedir. Ülkemizdeki bulgular genel alan yazınla benzerlik göstermektedir (Ercan vd., 2008; Görker, Korkmazlar, Durukan ve Aydoğdu, 2004). Buna karşın bazı araştırmacılar bu oranın yetişkinlikte yaklaşık 2/1 oranına kadar düştüğünü belirtmektedir (Cuffe, Moore ve McKeown, 2005).

DEHB'deki ana belirtilerin (hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat eksikliği) cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin erkeklerde, dikkat eksikliği belirtilerinin ise kızlarda daha karakteristik olduğu bildirilmiştir (Ramtekkar, Reiersen, Todorov ve Todd, 2010). DEHB belirtilerinin yaşam boyu seyri ise bir diğer incelenen başlıktır. Boylamsal çalışmalar çocukluk çağı DEHB belirtilerinin yetişkinlikte %60-70 oranında görülmeye devam ettiğini göstermektedir (Barkley, Fisher, Smallish ve Fletcher, 2002; Burke, Rowe ve Boylan, 2014)

DEHB ile birçok hastalığın birlikte görüldüğü belirtilmektedir. Bulut (2007) tarafından yapılan kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında DEHB'li çocukların okul yaşantısından günlük yaşamın organizasyona, arkadaşlık ilişkilerinden mental sorunlara ve hatta hayvanlara zarar vermeye kadar uzanan geniş bir yelpazede başka sorunları da olduğunu göstermektedir. DEHB'deki eş tanının (komorbitin) %50 olduğu bildirilmektedir. Bazı araştırmacılara göre ise bu oran %70'in üstündedir (Eigenmann ve Haenggeli, 2004). Bunlar arasında en sık rastlanmış olanları öğrenme güçlükleri, uyku sorunları, yeme sorunları, madde kullanımı, depresyon, bağımlılık, anksiyete ve kişilik bozukluklarıdır (Boyacı, 2019; Corbisiero, Stieglitz, Retz ve Rosler, 2013; Lin, Yang ve Gau, 2015; Toros ve Tataroğlu, 2002).

DEHB literatürü düşünüldüğünde yeni sayılabilecek çalışmalarda DEHB ile yeme bozuklukları arasında bir bağlantı olduğu üzerinde araştırmalar yürütüldüğü görülmektedir. Yeme bozukluğunun DEHB'deki yeni eş tanılardan (Komorbit) birisi olduğu düşünülmektedir (Cortese vd., 2016). Yeme bozukluğunun, DEHB olan çocuklarda normal popülasyona göre daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen ve Merikangas, 2011). Ayrıca büyük gruplarla yapılan birkaç çalışma DEHB ile çeşitli yeme bozuklukları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı DEHB belirtileri ile bulimia arasında (Mikami vd., 2010), ergenlik dönemindeki DEHB belirtileri ile tikanırcasına yeme bozukluğu, bulimia ve obezite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Bleck, DeBate ve

Olivarda, 2015; Mikami, Hinshaw, Patterson ve Chang, 2008). Bir başka çalışmada DEHB'li kız çocuklarında yeme bozukluğu görülme sıklığı DEHB'li olmayan kız çocuklarına göre altı kat daha fazla bulunmuştur (Biederman vd., 2007). Klinik çalışmalarda yetişkin bulimia nervosa hastalarının %20-24'ünün çocukluk yıllarında DEHB belirtileri gösterdikleri tespit edilmiştir (Seitz vd., 2013; Yılmaz, Kaplan, Zai ve Kennedy, 2011). Obezite belirtileri gösteren çocuklarla yapılan bir çalışmada (Agranat-Meged vd., 2005) obezite belirtileri gösteren ve hastaneye başvuran okul çağı çocukları, obezite belirtileri göstermeyen yaşlılarıyla eşleştirilmiştir. Her iki grupta DEHB belirtileri açısından incelenmiştir ve obezite sorunuyla hastaneye başvuran çocuklarda DEHB oranı %57.7 olarak tespit edilmiştir ve bu oran anlamlı olarak kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Kim ve diğerleri (2014) tarafından Güney Kore'de 10.000'den fazla ilköğretim çağında çocukla yapılan çalışmada, DEHB ile aşırı yeme davranışı arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Oldukça büyük sayıdaki grupla yapılan bu çalışmanın dışında başka araştırmacıların da (Davis, Levitan, Smith, Tweed ve Curtis, 2006; Strimas vd., 2008) bulguları DEHB ile aşırı yeme bozukluğu arasında pozitif bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Waring ve Lapane (2008) 62.887 çocukla (5-17 yaş) yaptıkları kesitsel çalışmada ilaç kullanmayan DEHB'li çocukların, normal çocuklara göre 1,5 kat daha fazla yüksek kilo değerleri olduğunu belirtmektedir.

DEHB ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin nedenselliğine dair açıklamalar daha çok DEHB'deki düşük kontrol ve dürtüsellik üzerinde yoğunlaşmaktadır. Araştırmacılar DEHB'deki düşük kontrolün tıkanırmasına yeme bozukluğunu açıkladığını bildirmişlerdir (Alfonsson, Parling ve Ghaderi, 2012; Reinblatt vd., 2015). Benzer şekilde dürtüsellik de obezite, sık sık diyeti bırakma, sağlıklı olmayan beslenme tarzını sürdürme davranışı ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Jasinska vd., 2012; Meule, 2013; Nederkoorn, Braet, Van Eijs, Tanghe ve Jansen, 2006). DEHB'deki zayıf düzenleme becerilerinin, aşırı yemenin gelişmesinde risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Agranat-Meged vd., 2005). Araştırma sonuçları DEHB'li bireylerin yeme bozukluğu için risk profil grubu içerisinde yer aldığını göstermektedir. (Patte vd., 2016). DEHB ile aşırı yeme arasında bir ilişki olduğu belirtilmekte ancak DEHB belirtilerinden olan aşırı hareketliliğin bireyleri obeziteden koruduğu bildirilmektedir, bu nedenle DEHB'li bireylerin bir kısmının çocukluk çağında normal kilo değerleri arasında yer aldığı belirtilmiştir (Cortese vd., 2016; Fairburn ve Cooper, 1982).

DEHB'li bireyler kendi içlerinde cinsiyet açısından karşılaştırıldıklarında tek bir sonuca varılamadığı görülmektedir. Agranat-Meged ve diğerleri (2005) obezite belirtileri gösteren çocukları kendi arasında incelendiklerinde DEHB belirtileri gösteren erkeklerin, kızlardan anlamlı daha fazla olduğunu bildirmiştir. Buna karşın, Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs ve Jansen (2006) ise kızların erkeklerden daha fazla yeme bozukluğu belirtileri gösterdiklerini bildirmiştir.

Risk grubunda olan DEHB'lilerde erken dönem araştırmalarının yeme bozukluğu ve obeziteden koruyucu önlemler için araştırılmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Agranat-Meged vd. 2005). DEHB belirtileri erken çocukluk yıllarında ortaya çıkmasına karşın yeme bozukluğu belirtileri daha çok ergenlik döneminde ya da yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır (Kaplan, Howlett, Yılmaz ve Levitan, 2009). Her ne kadar yeme bozuklukları bir hastalık olarak ilerleyen yaşlarda ortaya çıksa da ilk belirtileri erken yaşlarda görmek mümkündür. Ancak DEHB'li bireylerdeki okul sorunları, sosyal sorunlar ve davranış problemleri gibi muhtemel daha baskın sorunlara odaklanıldığından bu konunun daha az incelendiği ve aileler tarafından daha az şikâyet konusu yapıldığı düşünülebilir.

Alan yazındaki DEHB ile yeme bozukluğu arasındaki yüksek ilişki bulguları erken dönem araştırmalarını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle DEHB ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki olup olmadığının ülkemizdeki bir grup DEHB'li ve normal gelişen çocukla araştırılması alan yazın açısından önemlidir. Ayrıca DEHB ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki var ise bu ilişkide rol oynayan değişkenlerin tespit edilmesinin, DEHB'li çocukların hangilerinin yeme bozukluğu açısından risk grubunda olduğunu belirlemek açısından önemlidir. Yine erken yaşlardaki bu ilişkinin anlaşılması, ileriki yıllarda ortaya çıkacak obezite sorunlarını önlemede geliştirilecek tedaviler açısından yol

gösterici olabileceği düşünülmüştür. Bu araştırmanın amacı DEHB'li çocuklarla normal gelişim gösteren çocukların yeme davranışlarının incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki problemlere cevap aranmıştır.

1. DEHB ve normal gelişim gösteren çocukların "Vanderbilt DEHB Ölçeği" puanları anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
2. DEHB ve normal gelişim gösteren çocukların "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi" puanları anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
3. DEHB'li çocukların "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi" ve "Vanderbilt DEHB Ölçeği" puanları cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?
4. DEHB'li çocukların "Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi" ve "Vanderbilt DEHB Ölçeği" puanları, yaşa göre anlamlı biçimde farklılaşmakta mıdır?

Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın varsayımları şu şekildedir; araştırmanın katılımcıları ölçeklere dürüst cevap vermişlerdir. DEHB tanılı çocuklara hekimler ya da sağlık kurulu tarafından doğru tanı konulmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları ise şu şekildedir; çalışmanın sonuçları, ölçme araçları ile ve İstanbul ilinde veri toplanan 7,8,9 yaşındaki 160 çocuk ile sınırlıdır. Bu nedenle çalışmada elde edilen sonuçlar, kullanılan ölçekler, yaş grubu ve İstanbul iliyle ilişkilendirilebilir.

Yöntem

Araştırma Modeli

Bu araştırma genel tarama modellerinden ilişkisel tarama türünde bir araştırmadır. Araştırma, mevcut durumu tespit etmeyi amaçladığı için tarama modeli türlerinden ilişkisel tarama modelidir. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan şey, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez (Karasar, 1995). Bu araştırmada da dikkat eksikliği ve hiperaktivesi olan çocuklarla normal gelişim gösteren çocukların yeme davranışları belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma, bu yönüyle betimsel, durum saptayıcı bir araştırmadır.

Çalışma Grubu

DEHB'li çocuklar ile normal gelişen çocukların karşılaştırmalı olarak incelendiği bu çalışmada çalışma grubu oluşturulurken olasılıksız örnekleme türlerinden uygun (convenient) örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Uygun örnekleme yönteminde katılımcıların çalışmaya uygunluğu ve istekliliği göz önünde bulundurulmaktadır (Creswell, 2012). Bu çalışmada, çalışmaya katılmayı kabul eden DEHB'li çocukların devam ettiği danışmanlık merkezleri ve normal çocukların devam ettiği bir okul çalışma grubu olarak seçilmiştir.

Bu araştırmanın çalışma grubunu çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden İstanbul ili Avrupa yakasında farklı merkezlerde eğitime devam etmek etmekte olan DEHB tanılı çocuklar (N=66) ile İstanbul ili Avrupa yakasında özel bir ilköğretim okuluna devam etmekte olan normal gelişim gösteren çocuklar (N=94) oluşturmuştur. Çalışmanın amacı çerçevesinde araştırmaya özellikle küçük yaş çocukları dahil edilmeye çalışılmıştır. Literatür bulgularının da gösterdiği üzere, DEHB'de kesin tanı en erken 7 yaş civarlarında koyulmaktadır, bu nedenle en düşük yaş grubu olarak 7 yaştan başlanarak data toplanmıştır. Daha küçük yaş grubunda çocuklar olmakla birlikte o yaş grubunda belirli bir sayıya ulaşamayacağı için küçük yaş grubunda olan çocuklar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma grubunun demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Değişken	Kategori	N	%
Tanı Alma Durumu	DEHB	66	41.2
	Normal	94	58.8
DEHB'li Çocukların Cinsiyet Dağılımı	Erkek	13	19.7
	Kadın	53	80.3
Normal Gelişen Çocukların Cinsiyet Dağılımı	Erkek	64	68.1
	Kadın	30	31.9
DEHB'li Çocukların Yaş Dağılımı	7 yaş	23	34.8
	8 yaş	21	31.8
	9 yaş	22	33.3
Normal Gelişen Çocukların Yaş Dağılımı	7 yaş	39	41.5
	8 yaş	26	27.7
	9 yaş	29	30.9
DEHB'de İlaç Kullanma Durumu	Kullanan	12	7.5
	Kullanmayan	54	92.5
Annelerin Yaş Dağılımı	25-28	25	15.6
	29-32	39	24.4
	33-36	45	28.1
	37-40	27	16.9
	41+	24	15.0
Babaların Yaş Dağılımı	25-28	3	1.9
	29-32	28	17.5
	33-36	42	26.3
	37-40	56	35.0
	41+	31	19.4
Annelerin Eğitim Durumu	İlkokul	20	12.5
	Ortaokul	40	25.0
	Lise	68	42.5
	Üniversite	32	20.0
Babaların Eğitim Durumu	İlkokul	2	1.3
	Ortaokul	11	6.9
	Lise	87	54.4
	Üniversite	60	37.5

Veri Toplama Araçları

Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği (Vanderbilt DEHB ADÖ): Bu çalışmada çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerini ölçmek için kullanılmıştır. Wolraich, Lambert ve Doffing tarafından 2003 yılında, 6 - 12 yaş arasındaki çocukların ailelerinin çocukları DEHB ve DEHB'ye eşlik eden diğer bozukluklara (karşıt olma / gelme ve davranım bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu) yönelik değerlendirmelerini sağlamak amacı ile geliştirilen Vanderbilt DEHB ADÖ, Türkçeye uyarlama çalışması Küçük-Doğaroğlu tarafından (2013) yapılmıştır. Çalışmaya 7-9 yaş aralığında, DEHB tanısı olan 343 çocuğun annesi katılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin orijinalindeki gibi 4 faktörlü olduğu; dikkat eksikliği boyutunun .79, hiperaktivite ve dürtüsellik boyutunun .95, karşıt gelme / olma ve davranım bozukluğu boyutunun .93 ve depresyon ve anksiyete bozukluğu boyutunun .81 alfa iç tutarlık katsayısına sahip olduğu görülmüştür. Ölçek toplamda 52 sorudan oluşmaktadır (Küçük-Doğaroğlu, 2013). Vanderbilt DEHB ADÖ'nün bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı. 89'dur.

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA): Bu çalışmada çocukların yeme davranışlarını ölçmek için kullanılmıştır. Wardle ve ark. tarafından geliştirilen ÇYDA, anne-babaların yanıtladığı, 35 maddelik, 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla, 5=her zaman) Likert tipi bir ankettir. Ölçeğin

geliştirildiği özgün çalışmada, anketin geliştirilmesi sırasında sekiz alt boyutlu faktör yapısı oluşmuş ve bu sekiz alt ölçeğin toplam varyansı açıklama oranlarının %50-%80 arasında olduğu gösterilmiştir. Sekiz alt ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.74-0.91 arasında değişmiştir. Türkçeye uyarlama çalışması Yılmaz ve diğerleri (2011) tarafından yapılmıştır. 468 çocuk üzerinde yapılan çalışmada ÇYDA faktör analizi ve güvenilirlik analizi ile değerlendirilmiştir. Açıklayıcı faktör analizine göre elde edilen sekiz alt boyut toplam varyansın %58.2'sini açıklamıştır. Cronbach alfa katsayıları 0.61-0.84 arasında değişmiştir. Tüm ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0.69 olduğu tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizine göre RMSEA uygunluk indeksi 0.049 olarak hesaplanmış ve buna göre ölçeğin Türk kültüründe uygulanabilir olduğu ifade edilmiştir (Yılmaz vd., 2011). ÇYDA'nın bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı .84'tür.

Demografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen formda; çocukların cinsiyeti, anne ve babanın eğitim durumu ve yaşları, çocukların yaşı ve çocukların devamlı kullandıkları bir ilaç olup olmadığı soruları yer almaktadır.

Veri Toplama Süreci

Bu çalışmada DEHB tanılı çocuklara, çocukların ve ailelerin eğitim ve danışmanlık aldıkları özel danışmanlık merkezleri aracılığı ile ulaşılmıştır. İstanbul İli Avrupa yakasında bulunan ilgili merkezlere ulaşılarak önce izin alınmıştır. Daha sonra izin veren kurumlardaki ailelere ulaşılmış ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ailelerin çocukları çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak çocuklara bir çocuk psikiyatristi ya da bir sağlık heyeti tarafından DEHB tanısı konulmuş olma ve bunun dışında başka bir tanı (gelişim geriliği, zihinsel engel vb., otizm vb.) konulmamış olmasıdır. Normal gelişim gösteren çocuklara ise özel bir ilköğretim okulu aracılığı ile ulaşılmıştır. Ulaşım uygunluğuna göre İstanbul İli Avrupa yakasındaki özel okullara başvuru yapılmış ve izin istenmiştir. İzin veren okullar içinden 7, 8, 9 yaş gruplarının kalabalık olduğu bir okul çalışma grubuna dâhil edilmiştir. İzin alınan kurumlarda, yüz yüze ulaşılabilen annelere, araştırmanın kısaca amacı açıklanmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenlere formlar verilmiş ve geri toplanmıştır. Yüz yüze ulaşılamayan annelere ise araştırmanın kısaca amacını içeren bir yazı, onam formu ve ölçekler gönderilerek doldurmaları istenmiştir. Geri gönderilen formlardaki eksik ve hatalı veriler işlem dışı (N=17) bırakılmıştır. Çalışmada isim-soyadı gibi kişilerin kimliklerini ortaya çıkaracak bir bilgi istenmemiş ve toplanan datalar numaralandırılarak saklanmıştır. Data toplama süreci 2018 yılının Mart ile Mayıs ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Datalar özellikle akademik yılın sonlarına doğru toplanmıştır. Bunun sebebi Vanderbilt Ölçeğinde yer alan alt testlerden birisi olan "Performans Alt Testinde" akademik becerilere yönelik soruların bulunmasıdır. Bu nedenle çocukların okul başarılarının ortaya çıkması için belirli bir sürenin okulda geçmesi gerektiği düşünülerek, okul zamanının son ayları içerisinde uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Uygulamalar için kurumlara ve ailelere herhangi bir maddi ödeme yapılmamıştır.

Verilerin Analizi

Ölçeklerden elde edilen sonuçlar SPSS programı kullanılarak çözümlenmiştir. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Buna göre her iki test için tüm alt testlerde (Gıda heveslisi, Duygusal aşırı yeme, Gıdadan keyif alma, İçme tutkusu, Tokluk heveslisi, Yavaş yeme, Yemek seçiciliği, Dikkat eksikliği, Hiperaktivite, Karşı gelme davranım bozukluğu, Depresyon-Anksiyete ve Performans) dağılımın normal olmadığı görülmüştür ($p<.05$). Bu nedenle araştırmanın istatistiksel analizleri için non-parameterik testlerden Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi'nden yararlanılmıştır. DEHB'li olan ve normal gelişen çocukların DEHB belirtileri (alt boyutlarıyla birlikte) ve yeme davranışları (alt boyutlarıyla birlikte) arasındaki gruplararası farklar için Mann-Whitney U Testi, üç ya da daha fazla grubun olduğu durumlarda Kruskal Wallis Testi, bu gruplar arasında fark çıkması durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Çalışmada ulaşılan çalışma grubu için G*Power 3.1 programı kullanılarak power analizi yapılmıştır. Buna göre ulaşılan örneklem grubu için %90 güç hesaplanmıştır ($t=1.69$; $df=150$; effect size: 0.90).

Bulgular

Tablo 2. DEHB ve Normal Katılımcılar için Yapılan Vanderbilt DEHB Ölçeği için Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Ölçekler	Durum	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	z	p
Dikkat Eksikliği	DEHB	66	126.70	8362.50	52.500	-10.594	.000*
	Normal	94	48.06	4517.50			
Hiperaktivite	DEHB	66	126.38	8341.00	74.000	-10.515	.000*
	Normal	94	48.29	4539.00			
Karşı Gelme Davranım Bozukluğu	DEHB	66	126.80	8368.50	46.500	-10.612	.000*
	Normal	94	47.99	4511.50			
Depresyon-Anksiyete	DEHB	66	124.15	8194.00	221.000	-10.015	.000*
	Normal	94	49.85	4686.00			
Performans	DEHB	66	124.56	8221.00	194.000	-10.095	.000*
	Normal	94	49.85	4686.00			

$p < .05$

Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırmaya alınan çocukların DEHB tanısı alıp almama değişkenine göre Vanderbilt DEHB ölçeğinden aldıkları puanların sıralar ortalamaları, dikkat eksikliği (U= 52,500 $p < .05$), hiperaktivite (U= 74.000 $p < .05$), karşı gelme-davranım bozukluğu (U= 46.500 $p < .05$), depresyon-anksiyete (U= 221.000 $p < .05$) ve performans (U= 19.000 $p < .05$) alt testlerinde anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Tüm alt ölçeklerden DEHB tanılı çocukların normal çocuklara göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

Tablo 3. DEHB ve Normal Katılımcıların ÇYDA Puanları için Mann Whitney U Testi Sonuçları

Alt Ölçekler	Durum	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	z	p
Gıda Heveslisi	DEHB	66	126.13	8324.50	90.500	-10.461	.000*
	Normal	94	48.46	4555.50			
Duygusal Aşırı Yeme	DEHB	66	104.03	6866.00	1549.000	-5.410	.000*
	Normal	94	63.98	6014.00			
Gıdadan Keyif Alma	DEHB	66	124.47	8215.00	200.000	-10.083	.000*
	Normal	94	49.63	4665.00			
İçme Tutkusu	DEHB	66	117.58	7760.50	654.500	-8.548	.000*
	Normal	94	54.46	5119.50			
Tokluk Heveslisi	DEHB	66	126.33	8338.00	77.000	-10.549	.000*
	Normal	94	48.32	4542.00			
Yavaş Yeme	DEHB	66	100.42	6628.00	1787.000	-4.600	.000*
	Normal	94	66.51	6252.00			
Duygusal Az Yeme	DEHB	66	83.42	5506.00	2909.000	-.674	.501
	Normal	94	78.45	7374.00			
Yemek Seçiciliği	DEHB	66	84.84	5599.50	2815.500	-1.001	.317
	Normal	94	77.45	7280.50			

$p < .05$

Tablo 3’de görüldüğü gibi DEHB tanısı alma durumuna göre katılımcıların ÇYDA alt ölçeklerinden, gıda heveslisi olma (U:90.500, $p < .05$), duygusal aşırı yeme (U: 1549.000, $p < .5$), gıdadan keyif alma (U: 200.000, $p < .05$), içme tutkusu (U: 654.500, $p < .05$), tokluk heveslisi (U: 77.000, $p < .05$) ve yavaş yeme (U: 1787.000, $p < .05$) sıralar ortalamaları puanları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sıra ortalamaları dikkate alındığında fark olan bütün alt testlerde DEHB’li çocukların normal gelişim gösteren çocuklardan daha yüksek sıralar ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların duygusal az yeme (U: 2909.000, $p < .05$) ve yemek seçiciliği (U: 2815.500, $p < .05$) puanları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 4. DEHB'li Çocukların Cinsiyet Değişkenine Göre ÇYDA ve Vanderbilt Puanları için Mann Whitney U Testleri

	Cinsiyet	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	z	p
ÇYDA							
Gıda Heveslisi	Kız	13	31.77	413.00	322.000	-.365	.715
	Erkek	53	33.92	1798.00			
Duygusal Aşırı Yeme	Kız	13	50.46	656.00	124.000	-3.564	.000*
	Erkek	53	29.34	1555.00			
Gıdadan Keyif Alma	Kız	13	39.81	517.50	262.500	-1.329	.184
	Erkek	53	31.95	1693.50			
İçme Tutkusu	Kız	13	27.77	361.00	270.000	-1.216	.224
	Erkek	53	34.91	1850.00			
Tokluk Heveslisi	Kız	13	35.08	456.00	324.000	-.331	.740
	Erkek	53	33.11	1755,00			
Yavaş Yeme	Kız	13	30.12	391.50	300.500	-.714	.475
	Erkek	53	34.33	1819.50			
Duygusal Az Yeme	Kız	13	26.50	344.50	253.500	-1.476	.140
	Erkek	53	35.22	1866.50			
Yemek Seçiciliği	Kız	13	35.00	455.00	325.000	-.317	.752
	Erkek	53	33.13	1756.00			
Vanderbilt Ölçeği							
Dikkat Eksikliği	Kız	13	35.77	465.00	315.000	-.478	.633
	Erkek	53	32.94	1746.00			
Hiperaktivite	Kız	13	23.69	308.00	217.000	-2.065	.039*
	Erkek	53	35.91	1903.00			
Karşı Gelme Davranım Bozukluğu	Kız	13	31.35	407.50	316.500	-.452	.651
	Erkek	53	34.03	1803.50			
Depresyon-Anksiyete	Kız	13	32.15	418.00	327.000	-.285	.776
	Erkek	53	33.83	1793.00			
Performans	Kız	13	31.85	414.00	323.000	-.348	.728
	Erkek	53	33.91	1797.00			

*p<.05

Tablo 4'de DEHB'li çocukların cinsiyet değişkenine göre ÇYDA ve Vanderbilt ölçeklerinden aldıkları puanlar görülmektedir. Buna göre ÇYDA ölçeğinde; duygusal aşırı yeme (U:124.000, p<.05), Vanderbilt ölçeğinde ise hiperaktivite (U: 217.000, p<.05) alt testleri puanları sıralar ortalamasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Duygusal aşırı yeme alt testinde kızların erkeklerden daha yüksek duysal aşırı yeme skorları; hiperaktivite alt testinde ise erkeklerin kızlardan daha yüksek hiperaktivite skorları aldıkları görülmektedir. Buna karşın, ÇYDA alt testleri olan gıda heveslisi (U:322.000, p>.05), gıdadan keyif alma (U: 262.500, p>.05), içme tutkusu (U: 270.000, p>.05), tokluk heveslisi (U: 324.000, p>.05), yavaş yeme (U: 300.500, p>.05), duygusal az yeme (U: 253.500, p>.05), yemek seçiciliği (U: 235.000, p>.05), ve Vanderbilt ölçeği alt testleri dikkat eksikliği (U: 315.000, p>.05), karşı gelme-davranım bozukluğu (U: 316.500, p>.05), depresyon-anksiyete (U: 327,000, p>.05), performans (U: 323,000, p>.05) alt testleri sıralar ortalamasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 5. DEHB'li Çocukların Yaş Değişkenine Göre ÇYDA ve Vanderbilt Puanları için Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

	Yaş	N	Sıralar Ortalaması	X ²	sd	p
ÇYDA						
Gıda Heveslisi	7 yaş	23	31.57	1.292	2	.524
	8 yaş	21	31.67			
	9 yaş	22	37.27			
Duygusal Aşırı Yeme	7 yaş	23	34.63	3.073	2	.215
	8 yaş	21	27.76			
	9 yaş	22	37.80			
Gıdadan Keyif Alma	7 yaş	23	35.39	4.128	2	.127
	8 yaş	21	26.69			
	9 yaş	22	38.02			
İçme Tutkusu	7 yaş	23	33.26	7.764	2	.021*
	8 yaş	21	25.38			
	9 yaş	22	41.50			
Tokluk Heveslisi	7 yaş	23	38.11	2.510	2	.285
	8 yaş	21	29.00			
	9 yaş	22	32.98			
Yavaş Yeme	7 yaş	23	38.76	4.691	2	.096
	8 yaş	21	26.48			
	9 yaş	22	34.70			
Duygusal Az Yeme	7 yaş	23	32.59	.739	2	.691
	8 yaş	21	36.40			
	9 yaş	22	31.68			
Yemek Seçiciliği	7 yaş	23	32.74	2.395	2	.302
	8 yaş	21	29.36			
	9 yaş	22	38.25			
Vanderbilt Ölçeği						
Dikkat Eksikliği	7 yaş	23	32.74	.829	2	.661
	8 yaş	21	31.29			
	9 yaş	22	36.41			
Hiperaktivite	7 yaş	23	31.39	.442	2	.802
	8 yaş	21	34.95			
	9 yaş	22	34.32			
Karşıt Gelme Davranım Bozukluğu	7 yaş	23	28.28	2.655	2	.265
	8 yaş	21	35.67			
	9 yaş	22	36.89			
Depresyon-Anksiyete	7 yaş	23	32.39	1.078	2	.583
	8 yaş	21	37.00			
	9 yaş	22	31.32			
Performans	7 yaş	23	36.70	1.549	2	.461
	8 yaş	21	29.55			
	9 yaş	22	33.93			

*p<.05

Tablo 5'de DEHB'li çocukların yaş değişkenine ÇYDA ve Vanderbilt ölçeklerinden aldıkları puanlar görülmektedir. Buna göre; ÇYDA alt testleri olan gıda heveslisi (x^2 : 1.292, $p>.05$), duygusal aşırı

yeme ($\chi^2:1.292$, $p>.05$), gıdadan keyif alma ($\chi^2: 4.128$, $p>.05$), tokluk heveslisi ($\chi^2: 2.510$, $p>.05$), yavaş yeme ($\chi^2: 4.691$, $p>.05$), duygusal az yeme ($\chi^2: .739$, $p>.05$) ve yemek seçiciliği ($\chi^2: 2.395$, $p>.05$) alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık görülmezken yavaş yeme alt ölçeği puanları arasında anlamlı ($\chi^2: 4.691$, $p<.05$) bir farklılığa rastlanmıştır. Vanderbilt alt ölçekleri olan dikkat eksikliği ($\chi^2: .829$, $p>.05$), hiperaktivite ($\chi^2: .442$, $p>.05$), karşıt gelme-davranım bozukluğu ($\chi^2: 2.655$, $p>.05$), depresyon-anksiyete ($\chi^2: 1.078$, $p>.05$) ve performans ($\chi^2: 1.549$, $p>.05$) ölçeklerinde ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Fark rastlanan yavaş yeme alt ölçeğinde, farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Mann Whitney U testi sonuçları tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Yaş Değişkenine Göre İçme Tutkusu Alt Ölçeği Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Yaş	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
İçme Tutkusu	7 yaş	23	24.85	571.50	187.500	-1.281	.200
	8 yaş	21	19.93	418.50			
İçme Tutkusu	7 yaş	23	20.41	469.50	193.500	-1.375	.169
	9 yaş	22	25.70	565.50			
İçme Tutkusu	8 yaş	21	16.45	345.50			
	9 yaş	22	27.30	600.50	114.500	-2.865	.004*

* $p<.05$

Tablo 6'da içme tutkusu alt testi sonuçları görülmektedir. Buna göre; 7 yaş ile 8 yaş arasında (U: 187.500, $p>.05$) ve 7 yaş ile 9 yaş arasında (U: 193.500, $p>.05$) anlamlı bir farklılığa rastlanmazken; 8 yaş ile 9 yaş arasında anlamlı (U: 114.500, $p<.05$) bir farklılığa rastlanmıştır. 9 yaşındaki çocukların 8 yaşındaki çocuklara göre içme tutkusu alt testinden daha yüksek sıralar ortalaması puanlarına sahip oldukları görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Bu araştırmada DEHB olan ve normal gelişim gösteren çocukların DEHB belirtileri ile yeme davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde DEHB tanılı ve normal gelişim gösteren çocukların DEHB puanları (Vanderbilt DEHB ADÖ) anlamlı olarak farklılaşmıştır. DEHB tanılı çocukların ölçekten aldıkları puanlar anlamlı olarak normal gelişim gösteren çocuklardan yüksek bulunmuştur. Bu bulgu tanıların doğru olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın asıl amacı olan yeme davranışları sonuçları incelendiğinde, DEHB olan çocukların, normal gelişim gösteren çocuklardan duygusal az yeme ve yemek seçiciliği alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerden anlamlı daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Bir başka deyişle, DEHB'li çocukların daha fazla gıda heveslisi, duygusal olarak aşırı yiyen, gıdadan keyif alan, içme tutkulu, tokluk heveslisi ve daha yavaş yiyen çocuklar oldukları görülmektedir. Yürütülen araştırmanın bu bulgusu geçmiş araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Çok sayıda çalışma (Biederman vd., 2007; Bleck vd., 2015; Davis vd., 2006; Fernandez-Aranda vd., 2013; Hudson, Coit, Lalonde ve Pope, 2012; Mikami vd., 2008; Seitz vd., 2013; Strimas vd., 2008; Swanson vd., 2011; Yılmaz vd., 2017) DEHB ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu ilişkinin neden kaynaklandığına dair açıklamalar ise DEHB'deki düşük kontrol, dürtüsel davranışlar, duygusal ve davranış düzenlemedeki zayıflık, organizasyon ve planlama yapmadaki sorunlara işaret etmektedir. DEHB'de karakterize olan dürtüseliğin DEHB ile yeme bozuklukları ve obezite arasındaki ilişkide anahtar rol oynadığı düşünülmektedir (Davis, 2010). DEHB'de sık görülen düşük kendilik değerlendirmesi, düşük kontrol düzeyi, organizasyon yapmadaki yetersizlik, unutmama, zayıf duygusal düzenleme becerileri ve dürtüsellik, aşırı yeme davranışlarının altında yatan sebepler olabileceği belirtilmiştir (Seitz vd., 2013,

Yılmaz vd., 2011, 2017). DEHB'deki dürtüsellik, zayıf planlamaya yol açmakta, aynı zamanda kişinin kendini izleme davranışlarında da güçlükler sebeptir. Hem kendini yeterince iyi izleyemeyen hem de dürtüsel özellikler gösteren bu bireylerin bir süre sonra yürütücü işlevleri de bozulmakta, bu durumda normal yeme alışkanlarının dışına çıkılmasına sebep olmaktadır (Cortese vd., 2008). Literatürdeki bu bulgular DEHB'li çocuklarda normal çocuklara göre neden daha fazla yeme sorunları görüldüğünü açıklamaktadır.

Duygusal düzenleme becerisi zayıf ve dürtüsellik yüksek olan çocukların, yeme ve içme isteklerini öteleyemedikleri, bu durumda gıda heveslisi ve içme tutkulu olmalarına neden olabileceği düşünülebilir. Dürtüsellik; "şimdi-hemen-burada istiyorum" olarak özetlenebilir. Dürtüsel bireyler onları harekete geçirecek her türlü uyarıcıya cevap verirler. Düşündükleri şeyin hemen gerçekleşmesini isterler. Tüm bu belirtilerden dolayı "dürtüsel" olarak adlandırılırlar. DEHB olmayan bireyleri düşündüğümüzde gün içinde zihinlerine yemek ve içmek ile ilgili düşünceler geldiğinde; yemek saatini bekleme, uygun ortamı arama ya da bu isteği çeşitli sebeplerle durdurma kapasiteleri DEHB'li olmayanlara göre daha yüksek olabilir. Yeme içme maddelerinin ev, okul ve dış mekanlarda oldukça ulaşılır olduğu düşünüldüğünde, DEHB'li çocukların bu maddeleri görmesi, duyması ya da bir miktar acıklmaları dahilinde bu isteği ya da uyarıcıyı öteleyemeyerek hızlıca o isteği karşıladığını düşünebiliriz. Böylece DEHB'deki dürtüsellik ve zayıf duygusal düzenleme davranışları, aşırı yeme-içme davranışına yol açabilir. Aynı şekilde düşük organizasyon ve dikkatsizlik becerilerinin ise yavaş yemeye yol açabileceği düşünülmüştür. Yine dikkat sorunları olan bu gruptaki çocukların içsel sinyalleri (açlık, susuzluk gibi) yorumlamada da hatalar yapabileceği düşünülebilir. Aşırı hareketli olmanın da çok yeme ve içmeye yol açabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Diğer taraftan aşırı yeme davranışı bulgusu, DEHB'li çocukların ebeveynlerinin yeme-içme ile ilgili olarak çocuklarına verdikleri eğitimleri ya da önerileri, DEHB'li çocukların uygulayamadıkları şeklinde de yorumlanabilir. Her ne kadar aynı yaş grubunda olmasa da Levy (2009) obezite sorunu olup ameliyat olmak zorunda kalan ve DEHB belirtileri gösteren yetişkin hastaların aynı durumda olup DEHB belirtileri göstermeyen gruba göre ameliyat sonrası doktor önerilerine çok daha az uyduğunu belirtmektedir. Yetişkin DEHB hastalarında dahi doktor önerilerine uymada zorluk görülürken, çocuk yaşta DEHB'lilerde de benzer sorunların çok daha yüksek olacağı düşünülebilir.

Yürütülen araştırmada DEHB'li çocuklardaki depresyon-anksiyete puanları normal çocukların puanlarına göre yüksek bulunmuştur. DEHB belirtileri ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğu ve aynı zamanda depresyon ve anksiyete belirtilerinin yeme bozukluğunda risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich ve Masters, 2004; Puccio, Fuller-Tyszkiewicz, Ong ve Krug, 2016). DEHB'li çocukların sosyal ilişkilerinin bozulması, sosyal dışlanmışlık, akademik yaşamın sorunlarla devam etmesi gibi çevresel faktörlerin, depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde etkisinin bulunabileceği düşünülmüştür. Depresyon ve anksiyetenin de yeme davranışlarını etkileyeceği düşünülmüştür.

DEHB'li çocuklar kendi içlerinde incelendiklerinde erkek-kız oranının bu araştırmada yaklaşık 2,3/1 oranında erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, Cuffe ve diğerlerinin (2005) büyük gruplarla yaptıkları çalışmada DEHB oranının erkeklerde %4,2; kızlarda ise %1,8 olduğunu bildirdikleri çalışmalarına yakın görünmektedir. Benzer şekilde Williamson ve Johnston (2015) tarafından yapılan gözden geçirme çalışmasında daha önceki araştırmalarda DEHB belirtilerinin erkeklerde kızlara oranla özellikle çocukluk yıllarında çok yüksek olduğu (bazı çalışmalarda 10/1) ancak bu oranın yetişkinlikte yaklaşık 2 katı oranına kadar düştüğü şeklindedir. Bu araştırmada da oranın erkeklerde daha yüksek olması geçmiş araştırma bulgularıyla tutarlıdır. Ancak oranın daha önceleri iddia edildiği gibi çok yüksek (10/1) olmadığı görülmektedir.

DEHB'li çocuklar kendi içlerinde cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında hiperaktivite alt testinde anlamlı bir farklılık görülmüştür. Hiperaktivite alt testinde erkeklerin kızlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Bu bulgu bazı araştırmacıların (Fischer, Smith ve Cyders, 2008; Gaub ve Carlson, 1997; Rastam vd., 2013; Seitz vd., 2013; Williamson ve Johnston, 2015) bulgularıyla tutarlıdır. Özellikle DEHB'de biyolojik faktörlerin rol oynadığını iddia eden araştırmacıların en önemli kanıtlarından birisi erkekler ve kadınlar arasındaki görülme sıklığı oranlarındaki farklılıklardır. Ramtekkar ve diğerleri (2010) hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin erkeklerde kızlara oranla daha karakteristik olduğunu belirtmektedir.

Bir diğer farklılık duygusal az yeme alt boyutunda ortaya çıkmıştır. Kızların erkeklerden daha yüksek duygusal az yeme puanları aldıkları tespit edilmiştir. Literatür sonuçları tutarlı bir sonuca işaret etmemektedir. Bazı araştırmacılar (Fischer vd., 2008; Rastam vd., 2013; Seitz vd., 2013) erkeklerde yeme bozukluğunun kızlara oranla daha fazla görüldüğünü belirtirken, bazı araştırmacılar (Mikami vd., 2010; Surman, Randall ve Biederman, 2006) ise kızlarda daha yüksek yeme bozukluğu belirtileri olduğunu belirtmişlerdir.

DEHB'li çocuklar kendi içlerinde yaş değişkenine (7,8,9 yaş) göre karşılaştırıldığında, DEHB belirtilerinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlara karşın bazı araştırma sonuçları (Yılmaz vd., 2017) yaşla birlikte hiperaktivite ve dürtüsellik yönündedir. Ancak yürüttüğümüz çalışmada böyle bir sonuca ulaşılmamıştır. Özellikle çocukların okul yılları açısından çok kritik öneme sahip olunan ilk 3 yıllık bu akademik dönemde DEHB belirtilerinin (dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik), ve DEHB ile birlikte sık görülen; karşıt gelme bozukluğu, depresyon/anksiyete ve okul performansı düşüklüğünün tüm şiddetiyle devam ettiği görülmektedir. DEHB'in akademik ve kişisel yaşamda sıkıntılar yaratan, yaşam boyu kalıcı bir bozukluk olduğu belirtilmektedir (Bulut, 2007).

Araştırmanın son bulgusu, yaş değişkenine göre DEHB'li çocukların yeme davranışlarında, sadece içme tutkusu alt testinde bir farklılık olduğu görülmektedir. 9 yaşındakiler 8 yaşındakilerden daha yüksek içme tutkusu puanları almışlardır. Bu alt test dışındaki tüm alt testlerde ise bir farklılık görülmemiştir. Literatürde içme tutkusu ile ilgili özel bir araştırmaya rastlanmamıştır. İki yaş grubu arasındaki bu farkın çalışma grubundan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Öneriler

Araştırmanın bulguları çerçevesinde aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

Bu çalışmanın bulgularından bir tanesi DEHB olan çocuklar ile olmayan çocuklar arasındaki yeme farkıdır. DEHB belirtileri gösteren grubun daha yüksek yeme ve içme heveslisi olduğu görülmektedir. DEHB'in tedavisinde diyetlerin yeri tartışmalıdır (Pelsser, Frankena, Toorman ve Rodrigues Pereira, 2017). Ancak çocukluk çağında DEHB belirtileri gösteren çocuklarda, ergenlik ve sonrasında yeme bozuklukları hastalıklarına daha sık rastlanması sebebiyle, bu çocukların erken yaşlardan itibaren diyetisyen kontrolünde bulunması, ilerde gelişebilecek yeme bozuklukları için önleyici olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca DEHB'li çocukların ailelerine beslenme ile ilgili bilgi verici danışmanlık yapılması önerilmiştir. Diğer yandan bu bulgu özellikle aşırı yeme ve obezite sorunu olan çocukların DEHB belirtileri açısından incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Yeme sorunları olan çocukların bir kısmında fark edilmeyen DEHB belirtileri bulunabileceği düşünülebilir. Bu nedenle çocukluk çağında dirençli obezite, aşırı yeme ya da diyet bozma sorunları olan çocukların çocuk psikiyatrisi servisleri tarafından değerlendirilmelerinin uygun tedaviyi bulmada katkı sağlayıcı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızın bir diğer sonucu DEHB'li çocukların DEHB olmayan çocuklardan anlamlı derecede düşük akademik başarı skorları almalarıdır. Ayrıca DEHB'li çocukların yaşları ilerlese de akademik becerilerinde anlamlı bir yükselme olmadığı görülmektedir. Normal gelişen çocuklardan

daha düşük akademik becerilere sahip olan DEHB'li çocuklar için spesifik öğretim metodlarına ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (Bulut, 2007). Bu çalışmada da görüldüğü üzere ilköğretimin ilk 3 yılındaki DEHB'li çocukların akademik becerilerinin yaşitlarından anlamlı derecede geride kalması, bu çocuklar için hazırlanmış özel eğitim programlarını gerekli kılmaktadır. Ayrıca ilköğretim sınıf öğretmenlerine, programlarını DEHB'li çocuklara nasıl uyarlayacakları konusunda danışmanlık yapılmalı ve eğitimler verilmelidir. Bazı açılardan DEHB'li çocukların normal gelişen akranlarından daha avantajlı oldukları ve sınıf içi küçük müdahalelerden pozitif fayda sağlayacakları bildirilmektedir (Bulut, 2005).

Erkek çocuklarının hiperaktivite alt testinde kızlardan daha yüksek, kızların ise duygusal yeme alt testinde erkeklerden daha yüksek skorlar aldıkları görülmüştür. Bu durumun nedenlerini ortaya çıkarabilecek araştırmalar tasarlanabilir.

Yine bir grup DEHB'li çocuğun boylamsal olarak incelenmesi; yıllar içerisindeki değişimleri görmek ve ayrıca DEHB ile yemek bozukluğu birlikteliğinin seyrini izlemek adına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada çocukların beden kitle indeksi ölçülmemiştir. Çocukların beden kitle indeksleri de ölçülerek DEHB ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki, fiziksel bulgularla birleştirilerek incelenebilir.

Bu araştırmada toplanan verilerin 7,8 ve 9 yaşlarındaki çocuklardan toplandığı; araştırmada anne görüşleri çerçevesinde çocukların DEHB ve yeme davranışlarının incelendiği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmadaki yeme davranışları bir gözlem ya da beden kitle indeksi gibi somut veriye dayanmamaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan DEHB'li çocukların bir kısmı devlet okullarına giderken, bir kısmı ise özel okullara devam etmekteydi. Ancak normal gelişen çocukların tamamı özel bir okula devam etmekteydi. Bu durum ailelerin gelir durumlarında, çocukların ve ailelerin beslenme alışkanlıklarında, annelerin çocuklarını değerlendirmesinde bir fark yaratmış olabilir. Bu nedenle araştırmamızın, bu açılardan sınırlılıkları olduğu, yapılacak değerlendirmeler ve yorumlarda bu sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynakça

- Agranat-Meged, A. N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M. ve Galili- Weisstub, E. (2005). Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: A newly described comorbidity in obese hospitalized children. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 357-359. doi:10.1002/eat.20096
- Alfonsson, S., Parling, T. ve Ghaderi, A. (2012). Screening of adult ADHD among patients presenting for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 22(6), 918-926.
- Barkley, R. A., Fisher M., Smallish L. ve Fletcher K. (2002). The persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279-289.
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux M. C., Surman, C. B., Johnson, J. L. ve Zeitlin, S. (2007). Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(4), 302-307.
- Bleck, J. R., DeBate, R. D. ve Olivardia, R. (2015). The comorbidity of ADHD and eating disorders in a nationally representative sample. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(4), 437-451.
- Boyacı, M. (2019). Türkiye’de internet bağımlılığı araştırmaları: Bir içerik analizi çalışması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(3), 777-795. doi:10.15805/addicta.2019.6.3.0030
- Bulut, S. (2005). Classroom interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Studia Psychologica*, 47(1), 51-59.
- Bulut, S. (2007). Understanding of attention deficit hyperactivity disorder. *Baltic Journal of Special Education*, 2(17), 82-91.
- Burke, J. D., Rowe, R. ve Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 264-272.
- Corbisiero, S., Stieglitz, R. D., Retz, W. ve Rosler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults?. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 5(2), 83-92.
- Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M. ... ve Mouren, M. C. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and obesity: A systematic review of the literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 48(6), 524-537.
- Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St Fleur, D., Morcillo-Penalver, C., Rohde, L. A. ve Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and obesity: A systematic review and meta- analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 173(1), 34-43.
- Creswell, J. W. (2012). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. bs.). United States: Pearson Education.
- Cuffe, S. P., Moore, C. G. ve McKeown, R. E. (2005). Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 392-401.
- Davis, C. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with overeating and obesity. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 389-395. doi:10.1007/s11920-010-0133-7
- Davis, C., Levitan, R. D., Smith, M., Tweed, S. ve Curtis, C. (2006). Associations among overeating, overweight, and attention deficit/hyperactivity disorder: A structural equation modelling approach. *Eating Behavior*, 7(3), 266-274. doi:10.1016/j.eatbeh. 2005.09.006
- Eigenmann, P. A. ve Haenggeli, C. A. (2004). Food colouring and preservatives-allergy and hyperactivity. *Lancet*, 364(9437), 823-824.
- Ercan, E. S., Avcı, A., Mukaddes, N. M., Semerci, B., Şenol, S. ve Yazgan, Y. (2008). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kılavuzu*. İstanbul: Janssen Cilag.
- Ergül, C. (2010). Sık rastlanan yetersizlikler. İ. H. Diken (Ed.), *Erken çocukluk eğitimi içinde* (s. 247-277). Ankara: Pegem Akademi.

- Fairburn, C. G. ve Cooper, P. J. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An un-detected problem. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 284(6323), 1153-1155.
- Fernandez-Aranda, F., Aguera, Z., Castro, R., Jiménez-Murcia, S., Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R. ... ve Menchon, M. J. (2013). ADHD symptomatology in eating disorders: A secondary psychopathological measure of severity?. *BMC Psychiatry*, 13(1), 166.
- Fischer, S., Smith, G. T. ve Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1413-1425. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.001
- Gaub, M. ve Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.
- Görker, I., Korkmazlar, Ü., Durukan, M. ve Aydoğdu, A. (2004). Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 103-110.
- Hudson, J. I., Coit, C. E., Lalonde, J. K. ve Pope, H. G. J. (2012). By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 139-141.
- Jasinska, A. J., Yasuda, M., Burant, C. F., Gregor, N., Khatri, S., Sweet, M. ... ve Falk, E. B. (2012). Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. *Appetite*, 59(3), 738-747.
- Kaplan, A. S., Howlett, A. L., Yilmaz, Z. ve Levitan, R. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder and binge eating: Shared phenomenology, genetics and response to treatment. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 2, 165.
- Kaplan H. I. ve Sadock B. J. (2004). *Dikkat eksikliği bozuklukları* (1st ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.
- Karasar, N. (1995). *Bilimsel araştırma yöntemi*. İstanbul: Alkım Yayınları.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N. ve Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Kim, E. J., Kwon, H. J., Ha, M., Lim, M. H., Oh, S. Y., Kim, J. H. ... ve Paik, K. C. (2014). Relationship among attention deficit hyperactivity disorder, dietary behaviours and obesity. *Child: Care, Health and Development*, 40(5), 698-705.
- Küçük-Doğaroğlu, T. (2013). Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe uyarlama çalışması. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(3), 385-401.
- Levy, F. (2009). Dopamine vs noradrenaline: Inverted-U effects and ADHD theories. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 101-108. doi:10.1080/00048670802607238
- Lin, Y. J., Yang, L. K. ve Gau, S. S. (2015). Psychiatric comorbidities of adults with early- and late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(6), 548-556.
- Meule, A. (2013). Impulsivity and overeating: A closer look at the subscales of the Barratt Impulsiveness Scale. *Frontiers in Psychology*, 4, 177-190.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Newcorn, J. H. ... ve Abikoff, H. B. (2010). Bulimia nervosa symptoms in the multimodal treatment study of children with ADHD. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 248-259.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A. ve Chang, J. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 225-235.
- Nederkoorn, C., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A. ve Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity. *Eating Behaviors*, 7(4), 315-322.
- Nederkoorn, C., Smulders, F. T. Y., Havermans, R. C., Roefs, A. ve Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite*, 47(2), 253-256.

- Patte, K. A., Davis, C. A., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter-Major, J. ve Kennedy, J. L. (2016). A behavioral genetic model of the mechanisms underlying the link between obesity and symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(10), 1425-1436. doi:10.1177/1087054715618793
- Pelsser, L. M., Frankena, K., Toorman, J. ve Rodrigues Pereira, R. (2017). Diet and ADHD, reviewing the evidence: A systematic review of meta-analyses of double-blind placebo-controlled trials evaluating the efficacy of diet interventions on the behavior of children with ADHD. *PLoS ONE*, 12(1), e0169277.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. ve Rohde, L. A. (2007). The world-wide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Polanczyk, G., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. ve Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442.
- Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D. ve Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-454.
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A. ve Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 217-227.
- Rastam, M., Taljemark, J., Tajnia, A., Lundstrom, S., Gustafsson, P., Lichtenstein, P. ... ve Kerekes, N. (2013). Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a nationwide twin study of 9-and 12-year-old children. *The Scientific World Journal*, 2013. doi:10.1155/2013/315429
- Reinblatt, S. P., Leoutsakos, J. M., Mahone, E. M., Forrester, S., Wilcox, H. C. ve Riddle, M. A. (2015). Association between binge eating and attention-deficit/hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 505-511.
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpetz, S., Salbach-Andrae, H. ... ve Herpetz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One*, 8(5), 638-691.
- Spodak, R. ve Stefano, K. (2014). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu kontrol altına alma* (A. Dülger, Çev.). İstanbul: Platform Yayınları.
- Strimas, R., Davis, C., Patte, K., Curtis, C., Reid, C. ve McCool, C. (2008). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder, overeating, and body mass index in men. *Eating Behaviors*, 9(4), 516-518.
- Surman, C. B., Randall, E. T. ve Biederman, J. (2006). Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimia nervosa: Analysis of 4 case-control studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 351-354.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. ve Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives Of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Tahiroğlu, A. ve Avcı, A. (2005). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu* (1. bs.). Ankara: Nobel Yayınları.
- Toros, F. ve Tataroğlu, C. (2002). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Sosyo-demografik özellikler, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(1), 23-32.
- Waring, M. E. ve Lapane, K. L. (2008). Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a national sample. *Pediatrics*, 122(1), e1-e6.
- Williamson, D. ve Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15-27.

- Yılmaz, R., Esmeray, H. ve Erkorkmaz, . (2011). ocuklarda yeme davranışı anketinin Türkçe uyarlama alışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 287-294.
- Yılmaz, Z., Javaras, K. N., Baker, J. H., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Bulik, C. M. ...ve Larsson, H. (2017). Association between childhood to adolescent attention deficit/hyperactivity disorder symptom trajectories and late adolescent disordered eating. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(2), 140-146. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.001
- Yılmaz, Z., Kaplan, A. S., Zai, C. C. ve Kennedy, J. L. (2011). COMT Val158Met variant and functional haplotypes associated with childhood ADHD history in women with bulimia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(4), 948-952.