



**T.C.**

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
TANISI ALAN OKUL ÖNCESİ DÖNEMDEKİ ÇOCUKLARDA  
BESLENME DAVRANIŞI, EBEVEYN BESLEME TARZI VE  
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİN  
ARAŞTIRILMASI**

**Kübra YILDIRIM**

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

**Tez Danışmanı Prof. Dr. Özlem Özel ÖZCAN**

**MALATYA**

**2019**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>IX</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>X</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu .....	3
2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Nedir .....	3
2.1.2. Tarihçe .....	3
2.1.3. Epidemiyolojisi .....	4
2.1.4. Etiyoloji .....	4
2.1.4.1. Genetik.....	5
2.1.4.2. Nöroanatomik ve Nöral Devreler (nöroanatomik ve nörokimyasal faktörler) ....	5
2.1.4.3 Yürütücü İşlevler .....	6
2.1.4.4 Çevresel ve Psikososyal Risk Faktörleri.....	7
2.1.5. Klinik Görünüm-Değerlendirme ve Tanılama.....	7
2.1.5.1. DSM-5'e göre Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Kriterleri .....	9
2.1.6. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite.....	11
2.1.7. Gidiş ve Sonlanım.....	12
2.1.8. Tedavi .....	13
2.2. Yeme Bozuklukları .....	14
2.3. Obezite .....	17
2.4. DEHB, Yeme Yedirme Bozuklukları ve Obezite .....	18
2.4.1. Aşırı-Tıkınırcasına Yeme (binge eating), Bulimia Nervoza ve DEHB .....	19
2.4.2. Obezite ve DEHB .....	19
2.4.3. Malnütrisyon ve DEHB .....	20
2.4.4. DEHB Tedavisi ve Yeme .....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>22</b>
3.1. Çalışmanın Örneklemi .....	22

3.2. Çalışmanın Deseni .....	22
3.3. Deneklerin Seçimi.....	22
3.3.1. Araştırma Grubu .....	22
3.3.2. Kontrol Grubu.....	22
3.4. Çocukların Değerlendirilme Gereçleri.....	23
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	23
3.4.2. Gelişim Değerlendirme Formu .....	23
3.4.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	23
3.4.4. Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ) .....	24
3.4.5. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ).....	24
3.4.6. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi .....	24
3.4.7. Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi .....	25
3.4.8. Antropometrik Ölçümler.....	25
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	25
3.6. İstatistiksel Değerlendirme .....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
4.1. Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	27
4.2. Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Özellikleri .....	31
4.3. Çocukların Gelişimsel Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	34
4.3.1. Çocukların Prenatal Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	34
4.3.2. Çocukların Natal (doğum) Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	35
4.3.3. Çocukların Postnatal Öykülerinin Karşılaştırılması .....	38
4.3.3.1. Çocukların Motor Gelişimlerinin ve Gelişim Basamaklarının Karşılaştırılması.....	38
4.3.3.2. Çocukların Beslenme Öyküsünün Değerlendirilmesi.....	39
4.4. Çocukların Gastrointestinal Semptomlarına İlişkin Bulgular.....	41
4.5. Çocukların Yeme Tutumu ve Besin Alerjisi Öyküsüne İlişkin Bulgular .....	43
4.6. Çocukların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	44
4.7. Çocukların Beslenme ve Besleme Tarzına Ait Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular .	46
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>50</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>61</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>62</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>77</b>

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu .....	77
Ek 2. Gelişim Değerlendirme Formu.....	78
Ek 3. Conners Ana Baba derecelendirme Ölçeği .....	80
Ek 4. Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi .....	83
Ek 5. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirme Ölçeği .....	84
Ek 6. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA).....	86
Ek 7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği .....	88



## TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve deneyimine hayran kaldığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle tez çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren, bu süreçte ilgi ve desteğini devamlı yanımda hissettiğim, iyi niyeti, disiplini ve eğitime önem veren yanlarını örnek aldığım ve almaya devam edeceğim, hayatın tüm alanlarında her daim yanımda hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Özlem Özel Özcan'a,

Eğitimim süresince tecrübelerinden yararlandığım ve desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. İlknur Ucuz ve Yrd. Doç. Dr. Arzu Çalışkan Demir'e, ve eğitimimin ilk yılında tecrübe ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam Yrd. Doç. Dr Tuğba Yüksel'e,

Rotasyonum süresince bilgilerinden ve tecrübelerinden yararlandığım başta Prof. Dr. Süheyla Ünal hocam olmak üzere tüm İnönü üniversitesi Psikiyatri AD Hocalarına ve çocuk nöroloji bölüm başkanı sayın Prof. Dr. Serdar Güngör'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışma şansı yakaladığım ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan doktor arkadaşlarımla yanı sıra psikolog, hemşire ve diğer personellere,

Tezimdeki analizlerle ilgili yardımları için Burak Mete'ye,

Tez çalışmama gönüllü destek veren bütün çocuklar ile ailelerine,

Hayatım boyunca desteklerini hep hissettiğim kızım olmaktan gurur duyduğum Canım Annem ve Babama, destekleriyle yanımda olan sevgili ablam Semra, kardeşlerim Murat ve Elif Nisa'ya,

Hayatıma girdiği günden beri yanımda olduğu için şükrettiğim, sevgisinden güç aldığım, harika bir eş ve baba olan canım eşim Op. Dr. M.Akif Yıldırım'a ve hayatımızı güzelleştiren, bana çok şey öğreten canım oğlum kıymetlim Asım Kaan'a çok teşekkür ediyorum...

Dr. Kübra YILDIRIM

Temmuz-2019, MALATYA

## ÖZET

### DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN OKUL ÖNCESİ DÖNEMDEKİ ÇOCUKLARDA BESLENME DAVRANIŞI, EBEVEYN BESLEME TARZI VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİN ARAŞTIRILMASI

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran okul öncesi dönem DEHB’li çocukların gelişimsel beslenme özelliklerinin, yeme davranışlarının, ebeveynlerinin besleme tarzının ve bazı antropometrik ölçümlerinin sağlıklı grupla karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya Temmuz 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğine başvuran klinik psikiyatrik muayene ve psikometrik değerlendirmeler sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış 4-6 yaş arasında 86 hasta alınmıştır. Araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş 75 sağlıklı ve gönüllü çocuktan kontrol grubu oluşturulmuştur. Çocukların araştırmacı tarafından boy, kilo, üst orta kolçevresi ve triseps deri kıvrım kalınlığı ölçümleri yapılmıştır. Tüm çocukların birincil bakım veren ebeveynine Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ), Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi (EBTA), Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA), Sosyodemografik Veri Formu (SDVF), Gelişim Değerlendirme Formu (GDF), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Conner’s Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ), uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma grubunda yer alan alan 86 çocuktan 62’si erkek (%72,1), 24’ü kız (%27,9), kontrol grubunda yer alan 75 çocuktan 50’si erkek (%66,7), 25’i kız (%33,3) cinsiyette idi. Araştırma grubunun yaş ortalaması  $60.71 \pm 13.21$  ay, kontrol grubunun yaş ortalaması  $57.77 \pm 11.87$  ay olarak saptandı. Araştırma grubundaki çocukların kontrol grubuna oranla daha kısıtlı çeşitte diyetle beslendiği saptanmıştır. Araştırma grubundaki çocukların Ağırlık-Z skoru ve BMI-Z skoru anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Araştırma grubundaki çocukların beslenmelerinde içme tutkusu, yeme

problemi, yiyecek seçiciliği, geç dönem yiyecek reddi davranışlarını daha fazla gösterdiği saptanmıştır. Araştırma grubundaki çocukların ebeveynlerinin yardımcı besleme tarzını daha fazla gösterdikleri saptanmıştır. Araştırma grubundaki çocukların CADÖ ve DPBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlara bakıldığında “CADÖ hiperaktivite alt ölçeği” ile “”, “DPBDÖ toplam puan”, “erken dönem yiyecek reddi” ve “geç dönem yiyecek reddi”; “CADÖ dikkat eksikliği alt ölçeği” ile “DPBDÖ toplam puan”, “yiyecek seçiciliği”, “erken dönem pütürlü yiyecek reddi” ve “geç dönem yiyecek reddi ” puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

**Tartışma:** DEHB'nin temel özellikleri ile ilişkili olduğu düşünölen bozulmuş yeme alışkanlıkları gibi davranışsal problemler, beslenme davranışı ve besleme tarzı üzerinde etkili olabilir. Bu durum aşırı kilo/obezite gibi sorunlara yol açabilir. Erken yaşlarda yeme davranışı ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkinin zamanında tanınması ve yönetilmesi; eşlik edebilecek diğer fiziksel ve ruhsal sorunları önleyerek çocuk ve ebeveynlerin yaşam kalitesi artırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** DEHB, okul öncesi dönem, beslenme, besleme, obezite

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF NUTRITION BEHAVIOUR, PARENT FEEDING STYLE AND ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS IN PRESCHOOL CHILDREN DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

**Aim:** The aim of this study was to compare developmental nutrition characteristics, eating behaviours, parental feeding style and some anthropometric measurements of preschool children with ADHD who referred to pediatric psychiatry polyclinic with a healthy group.

**Method:** 86 patients aged between 4 and 6 years of age who referred to İnönü University, Faculty of Medicine, Turgut Özal Medical Centre Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic and who were diagnosed with ADHD according to DSM-5 diagnostic criteria between July 2018 and January 2019 were included in the study. The control group consisted of 75 healthy and volunteering children who were matched in terms of age and sex with the study group. Height, weight, upper middle arm circumference and triceps skin fold thickness of the participants were measured by the researcher. Primary caretakers of the children were given Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale (BPFAS), Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ), Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), Sociodemographic Information Form (SDIFF), Development Evaluation Form (DEF), Preschool Screening and Assessment Scale for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Disruptive Behaviour Disorder Symptoms and Conner's Parent Rating Scale (CPRS).

**Results:** Of the 86 children included in the study group, 62 were male (72.1%), 24 were female (27.9%), and 50 of the 75 children in the control group were male (66.7%) and 25 were female (33.3%). The mean age of the study group was  $60.71 \pm 13.21$  months and the mean age of the control group was  $57.77 \pm 11.87$  months. It was found that the children in the study group were fed a more limited diet than the control group. Weight-Z and BMI-Z scores of the children in the study group were found to be significantly higher. It was found that the children in the study group showed more passion for drinking, eating problems, food selectivity and late period food rejection behaviours. Parents of the children in the study group were found to show more helping



feeding style. When the correlations between CPRS and BPFAS scores of the children in the study group were examined, significant positive correlations were found between “CPRS hyperactivity sub-dimension” and “BPFAS total score”, “early period rejection of food” and “late period rejection of food”; and between “CPRS attention deficit sub-dimension” and “BPFAS total score”, “food selectivity”, “early period rejection of rough food” and “late period rejection of food” scores.

**Discussion:** Behavioural problems, such as impaired eating habits, which are thought to be related to the main features of ADHD, may have an impact on nutritional behaviour and feeding style. This can lead to problems such as overweight / obesity. Timely recognition and management of the relationship between eating behaviour and ADHD symptoms at an early age can improve the life quality of children and parents by preventing other physical and mental problems that may accompany.

**Key Words:** ADHD, pre-school, nutrition, feeding, obesity

## KISALTMALAR

BDNF	: Brain-Derived Neurotrophic Factor
BMI	: Body Mass Index
CADÖ	: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği
ÇYDA	: Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi
dACC	: Dorsal Anterior Singulat Korteks
DAT1	: Human Dopamine Transporter Gene – 1
DB	: Davranım Bozukluğu
DC: 0-5	: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: An Overview of DC:0-5
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DLPFC	: Dorsolateral Prefrontal Korteks
DPBDÖ	: Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği
DRD-4	: D4 Dopamin Reseptör Geni
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBTA	: Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi
FDA	: Food and Drug Administration
fMRG	: Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme
GDF	: Gelişim Değerlendirme Formu
GİS	: Gastrointestinal Sistem
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
KOKGB	: Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu
OKÇ	: Üst Orta Kol Çevresi
SD	: Standart Deviasyon
SDVF	: Sosyodemografik Veri Formu
TDDK	: Triseps Deri Kıvrım Kalınlığı
VLPFK	: Ventromedial Prefrontal Korteks

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> DSM 5 DEHB Tanı Ölçütleri .....	9
<b>Tablo 2:</b> Gruplardaki Çocukların Sayısı ve Ortalama Yaşları .....	27
<b>Tablo 3:</b> Çocuklara Ait Sosyodemografik Özellikler .....	29
<b>Tablo 4:</b> CADÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 5:</b> Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 6:</b> Çocukların Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri .....	33
<b>Tablo 7:</b> Çocukların Ebeveynlerinin Yaş ve BMI Z-skor Ortalama Değerleri.....	34
<b>Tablo 8:</b> Çocukların Prenatal Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 9:</b> Çocukların Natal Öykülerine İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 10:</b> Çocukların Motor Gelişimlerine ve Gelişim Basamaklarına Ait Karşılaştırma .....	38
<b>Tablo 11:</b> Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 12:</b> Besin Alımına Başlama Sürelerinin Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 13:</b> GİS Semptomlarının Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 14:</b> Çocukların Şimdiki Yeme Tutumu ve Besin alerji Öyküsünün Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 15:</b> Çocukların BMI, Ağırlık, Boy, Boya göre ağırlık, OKÇ ve TDKK Z- Skorlarının Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 16:</b> ÇYDA Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 17:</b> EBTA Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 18:</b> DPBDÖ Toplam Puan ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 19:</b> CADÖ Alt Ölçek Puanları ile DPBDÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizleri .....	49

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biri olup kişinin yaşına ve gelişimine göre uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize bir psikopatolojidir (1). Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülen DEHB, son derece önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (1, 2).

Yemek yaşam için gerekli olup aynı zamanda haz veren bir davranıştır. Beslenme davranışının gelişimi, homeostatik mekanizmalar, ödül sistemi, çocuğun duyuşal, sosyoemosyonel ve motor yeti kapasitesi gibi birçok değişkenin etkisi altındadır. Diğer yandan çocuğun anne babasının bakım verme ve tutum becerileri, kültürel öğeler ve çocuğun içinde bulunduğu sosyal çevre de beslenme davranışı gelişimi ile yakından ilişkilidir (3).

Çocukluk çağında beslenme sorunları sık karşılaşılan bir durum olup, sağlıklı çocuklarda %25-40 ve gelişimsel bozukluğu olan çocuklarda ise %80'lere kadar yüksek bir oranda görüldüğü bildirilmiştir (4). Down sendromu, kistik fibrozis, kraniyofasiyal anomaliler ve otizm spektrum bozukluğu yüksek oranda yeme bozuklukları ile ilişkili durumlardır (5, 6). En sık görülen beslenme güçlükleri arasında yetersiz yeme, bazı besin tiplerini reddetme, yemek zamanında uygun olmayan davranışlar ve tuhaf yeme alışkanlıkları sayılabilir (7). Anormal yeme tutum ve davranışları, ileriki dönemde ortaya çıkabilecek yeme bozuklukları için en kuvvetli ve güvenilir yordayıcı olarak gösterilmiştir (8).

Yeme ve yedirme bozuklukları; kronik ve ciddi tıbbi bozukluklar ve nörogelişimsel sorunları olan çocuklarda daha sık görülür. Bu bozuklukların ortaya çıkmasında tıbbi sorunlar, bireysel özellikler ve kişiler arası ilişkiler rol alabilir (3).

Yeme davranışı ile ilgili ortaya çıkan sorunlar hem çocuk hem de ebeveyn için önemlidir. Yemek saatleri, yeme yedirme konusunda problemleri olan çocukların aileleri için son derece stresli geçmektedir. Bunun sonucunda ebeveynlerde görülebilen agresif davranışlar ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkiye zarar vermektedir. Çocuk ve ebeveyn birbirlerinin beklentilerini karşılayamadığında beslenme ilişkisi haz verici olmaktan çıkıp, gergin ve çatışmalı hale gelmektedir (9). Zor yiyen çocukların ebeveynleri farklı

besleme tarzları oluşturarak bu sorunun üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Erken çocukluk döneminde başlayan bu yeme problemleri, erişkin yaşlarda fazla yada az kilolu olmaya neden olabilir. Kaygılı ebeveyn tutumları ve uygunsuz besleme yöntemleri de olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

DEHB'li olgulara %67-80 oranında komorbiditenin eşlik ettiği bildirilmiştir (10). DEHB'li çocuklarda komorbid durumlardan biri de yeme bozukluğu olup yaygınlığı giderek artış göstermektedir. Araştırmacılar son yıllarda DEHB ile yeme tutumu ve yeme bozuklukları birlikteliği üzerine yoğunlaşmıştır. Güncel literatür, DEHB olan bireylerde yeme bozukluğu gibi anormal yeme davranışlarının daha sık görülmesini ve ayrıca hiperaktivite ve dürtüsellik gibi DEHB belirtilerinin yeme bozukluğu ile pozitif ilişkisini desteklemektedir (11-13). DEHB olan çocuklarda aşırı kilo ve obezite prevalansının sırasıyla % 19.6 ile % 29 ve % 7.2 ile % 18.9 arasında olduğu bildirilmiştir (14). Ayrıca DEHB'li hastalarda düşük kilolu olma sıklığı da % 6,7 olarak bildirilmiştir (15). Dürtüsel yeme, aşırı yeme, beslenmenin ertelenmesi gibi yeme davranışlarının bu birlikteliğe aracılık ettiği düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızdaki amaç çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran okul öncesi dönem DEHB'li çocukların gelişimsel beslenme özelliklerini ve gastrointestinal (GİS) semptomları incelemek, aynı zamanda yeme davranışlarını ve ebeveynlerinin besleme tarzını değerlendirmek ve bazı antropometrik ölçümlerini yaparak sağlıklı çocuklarla karşılaştırılmasını yapmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

#### 2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Nedir

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biri olup kişinin yaşına ve gelişimine göre uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize bir psikopatolojidir (1). Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülen DEHB, son derece önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (1,2).

#### 2.1.2. Tarihçe

Rusya çaricesi büyük Katerina'nın doktoru olan Melchior Adam Weikard tarafından ilk kez "Dikkat eksikliği" terimi gündeme getirilmiştir (16).

DEHB tanısı zaman içinde çeşitli kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. 1917 ve 1918 yıllarındaki salgınlarda ensefalit geçiren çocuklarda aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve ve agresyon görülmüş ve yapılan araştırmalarda "beyindeki bir hasar" nedeniyle bu durumun oluştuğu düşünülmüştür (17).

Zamanla bu bozukluğun gösterilebilir nörolojik bir bozukluk olmadığı görülünce "minimal işlev bozukluğu" terimi kullanılmaya başlanmıştır (18).

1980'li yıllarda Sir Michael Rutter birçok çocukta herhangi bir beyin hasarı veya tespit edilmiş işlev bozukluğu olmaksızın, bu belirtilerin görülebileceği ve bu tanımların uygun olmadığını bildirmiştir. Bu yaklaşım da DEHB'nin davranışsal biçimde tanımlanmasının başlangıcı olmuştur (19).

DEHB ilk kez DSM-II'de "hiperkinetik sendrom" olarak literatüre girmiştir. DSM-III'de "dikkat eksikliği bozukluğu" terimi kullanılmış, hiperaktivitenin eşlik edip etmemesine göre alt gruplara ayrılmıştır. DSM- III-R'de ise adına hiperaktivite eklenerek "dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu" adını almıştır. DSM-IV'de DEHB "dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları" başlığı altında yer alan DEHB, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak iki grup belirtiden oluşur. 2013 te yayınlanan DSM-5'te ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanı kriterlerinde bir takım değişiklikler yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kullandığı ICD-10'da DEHB hiperkativite ön planda tutularak "Hiperkinetik bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır (20).

### **2.1.3. Epidemiyolojisi**

DEHB'nin yaygınlığı çocuklarda genel olarak %3-10 olarak verilmekte ve farklı ülke ve ırklarda aynı değerlendirme şekilleri ile tanı konulduğunda, DEHB'nin benzer oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. DEHB'nin dünyadaki ortalama prevalansının en son yapılan geniş kapsamlı meta analiz çalışmalarından birinde %5,29, diğerinde ise %5,9-7,1 olduğu bildirilmiştir (21,22). Bu çalışmalardan elde edilen DEHB prevalanslarının farklı oluşunun ülke ve irksal değişikliklerden değil, metodolojik farklardan kaynaklandığını belirtmişlerdir (21-23).

DEHB sıklığı konusunda ülkemizde yapılan çalışmalardan birinde ilkokul 2. Sınıf öğrencilerinden oluşan bir okul örnekleminde, DEHB prevalansı birinci yılda %13,38, ikinci yılda %12,53, üçüncü yılda %12,22, dördüncü yılda %12,55 olduğu görülmüştür (24). 1994 yılında kentsel kesimde Türk ilkokul çocuklarıyla yapılan bir çalışmada ise DEHB prevalansı %5 olarak bulunmuştur (25).

DEHB'nin cinsiyetler arasındaki dağılımına bakıldığında, sonuçlar örneklere göre farklılık göstermektedir. DEHB'nin erkeklerde daha fazla görüldüğü klinik ve epidemiyolojik örneklemlerde gösterilmiştir. Toplum bazlı çalışmalarda erkek/kız oranı 3/1 iken, klinik örnekleme bu oran 9/1'e yükselmektedir (26).

Oldukça geniş örnekleme yapılan bir araştırmada DEHB erkeklerde 2,5 kat daha sıklıkla izlenirken; yine başka bir meta analiz çalışmasında ise DEHB prevalansının erkeklerde kızlara göre 2,4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (21,27). Ülkemizde ilkokuldaki çocuklarla yapılan bir izlem çalışmasının ilk yılında DEHB tanısı konan olguların erkek/kız oranı 3,23/1 bulunurken; ikinci yılında tanı konan olgularda erkek/kız oranı 3,4/1 bulunmuştur (24).

### **2.1.4. Etiyoloji**

Nörobiyolojik bir bozukluk olan DEHB'nin etyolojisine yönelik birçok çalışma yapılmış olmakla birlikte henüz etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. DEHB etyolojisinde genetik, çevresel, biyolojik ve psikososyal birçok faktörün karmaşık etkileşimi rol oynamaktadır.

#### **2.1.4.1. Genetik**

Son yıllarda yapılan araştırmalarda DEHB'nin nörobiyolojik temeliyle ilişkili birçok anormallikler saptanmış olmasına rağmen hala genetik, nöronal süreçler, çevresel etkenler arasındaki bağlantılar ve bunların fenotipik yansımaları yeterince bilinmemektedir. Genetik çalışmalar açısından; bozukluğun DEHB'li çocukların akrabalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha sık olduğunu gösteren “aile çalışmaları”, orta-yüksek oranda kalıtılabilirliğe işaret eden “ikiz çalışmaları” ve evlat edinen ebeveynlerle karşılaştırıldığında biyolojik ebeveynlerde DEHB sıklığının daha yüksek olduğunu gösteren “evlat edinme çalışmaları” hastalığın etiyolojisinde kalıtsal etkenlerin önemini ortaya koymaktadır (28). DEHB'li çocukların anne babalarında DEHB'nin 2 ile 8 kat daha fazla görüldüğü ve kardeşleri için de aynı oranda artışların geçerli olduğu gösterilmiştir (29). 20 ikiz çalışmasının incelendiği bir metanaliz çalışmasında DEHB'nin kalıtsallığının yaklaşık olarak %76 olduğu belirlenmiştir (30).

Nöradrenerjik ve dopaminerjik sistem üzerinde çalışılan moleküler genetik çalışmalarda birçok gen ile DEHB arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatürde DEHB ile ilişkisi en çok gösterilen genler özellikle DRD4 (D4 dopamin reseptör geni) ve DAT1 (SLC6A3) genleridir. Ancak birçok çalışmada dopaminerjik sistem genetiği açısından DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, COMT, MAO-A, MAO-B ve tirozin hidroksilaz genleri ile de anlamlı ilişki saptanmıştır (31). 2006 yılında yapılan bir çalışmada ailelerde DEHB olan ve olmayan bireylerin genom taramasında 5p13, 6q, 7p, 11q, 12q ve 17p kromozomlarının DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (32).

#### **2.1.4.2. Nöroanatomik ve Nöral Devreler (nöroanatomik ve nörokimyasal faktörler)**

MRG görüntüleme yönteminin kullanıma girmesiyle birlikte DEHB ile ilgili beyin görüntüleme çalışmalarında artış olmuştur. DEHB'li bireylerin total beyin hacminin sağlıklı kontrollere göre %3-5 oranında düşük olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Bu azalmanın tüm beyin loblarını etkilemiş olmasının yanında özellikle frontal lobun prefrontal alanında belirgin olduğu ortaya konulmuştur (33).

DEHB'li bireylerle yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında gri cevher hacmindeki azalmanın sağ putamen ve globus pallidus gibi bazal ganglion yapılarında daha belirgin olduğu gösterilmiştir (34). Çocuk ve ergen çalışmalarının yanı sıra yetişkinlerle yapılan bir çalışmada en önemli dismorfolojinin sağ putamen, sağ globus pallidus ve her iki kaudat nukleusu içeren striatal alanlarada olduğu saptanmıştır (35).



Birçok çalışma striatumdaki dismorfolojinin DEHB etyolojisinde önemli rolü olduğunu göstermiştir (36).

İşlevsel görüntüleme çalışmalarında yürütücü işlevler, dikkat, çalışma belleği, motor kontrol, ödül/motivasyon ve yanıt inhibisyonu ile ilişkili beyin bölgelerine odaklanılmıştır. Dolayısıyla DEHB’da en çok incelenen bölgeler dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), ventrolateral prefrontal korteks (VLPFK), dorsal anterior singulat korteks (dACC) ve striatumdur (kaudat ve putamen) (37).

Duyusal mesaj alma, hafıza ile ilgili işlemler, karar verme, , hareketleri kontrol etme ve hayati beden işlevlerini stabil tutma gibi fonksiyonları olan prefrontal korteks (38) DEHB patolojisinde oldukça önem arz eden bir bölgedir. Yapılan fMRI çalışmalarında prefrontal korteks aktivasyonunda azalma olduğu gösterilmiştir (16).

Dopamin ve Noradrenalinin dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir (39). Beyindeki dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttıran psikostimulanların (metilfenidat -amfetamin) ve antidepresanların DEHB’li bireylerdeki semptomları hafifletmesi, katekolamin metabolizmasındaki bozukluğu destekler niteliktedir. Mezokortikal dopamin eksikliği bilgi işlemede ve bellek işlevlerinde sorunlara neden olurken, kortikal ve mezolimbik bölgedeki dopamin eksikliği ise dikkati sürdürme, uyanları yok sayma ve güdülenme sorunlarına neden olmaktadır (40). Hayvanlar ve insanlarda yapılan çok sayıda çalışmada DEHB’de idrar, kan ve beyin omurilik sıvısı gibi farklı beden sıvılarında katekolamin dengesindeki bozukluğu düşündüren bulgular elde edilsede sonuçlar henüz tutarlı değildir. Pek çok çalışma dopamin turnoverinde bir azalma olduğu bildirmiştir (41).

#### **2.1.4.3 Yürütücü İşlevler**

Yürütücü işlevler, bireylerin kognitif, emosyonel ve sosyal davranışlarının düzenlenmesinde rol oynayan ve prefrontal bölgenin fonksiyonları arasında yer alan yüksek düzeydeki bilişsel işlevler olarak tanımlanmıştır. Bu bilişsel işlevler; tepki ketleme, organizasyon, planlama, soyutlama, çalışma belleğinden faydalanma, dikkati sürdürme ve yönlendirebilme, duyguların düzenlenmesi, sözel akıcılık ve edinilmiş bilgi ve becerilerin amacına yönelik kullanılabilmesi yetilerini içermektedir (42). Dikkat ve yürütücü işlev bozukluklarının DEHB’nin etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (43, 44). DEHB’de yürütücü işlevleri açıklamaya yönelik çeşitli kuramlar öne sürülmüştür (45).

Yürütücü işlevlerle ilgili en etkili ve kapsayıcı model Barkley'in modelidir. Barkley, DEHB'deki temel bozukluğun "tepki ketleme" ile ilgili olduğunu ileri sürmüştür; bu durumun; çalışma belleği, dilin içselleştirilmesi, duygulanım motivasyonu, genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi ve yeniden yapılandırılmasından oluşan diğer dört alt yürütücü işlevlerde de bozulmalara sebep olduğunu belirtmiştir (46).

#### **2.1.4.4 Çevresel ve Psikososyal Risk Faktörleri**

DEHB gelişiminde prenatal, perinatal ve postnatal birçok faktör rol oynamaktadır. Çevresel ve psikososyal faktörlerin genlerle olan etkileşimi sonucunda bozukluğun ortaya çıktığı düşünülmektedir.

DEHB'nin perinatal etkenlerle ilgisini araştıran bir metaanalizde 51 makale incelenmiş ve DEHB'li çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır (47). DEHB ile ilişkili olabilecek gebelik ve doğum sorunları arasında, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterin rubella ve diğer enfeksiyonlar, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, anne yaşı, annenin sağlığının bozuk olması, postmaturite, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamalar gösterilmiştir. (48, 49). DEHB gelişiminde sorumlu olabilecek gebelik ve doğum komplikasyonlarının çoğu fetusta hipoksiye neden olan sorunlardır (48).

DEHB'nin etiyolojisinde psikososyal çevrenin önemini araştıran çalışmalarda erken yaşta kayıplar ya da ayrılıklar yaşayan çocukların DEHB belirtileri gösterdikleri görülmüştür (49). Ancak DEHB etiyolojisinde psikososyal etkenlerin birincil rolü olduğu düşünülmemektedir.

Yüksek miktarda şeker tüketimi ile DEHB belirtileri arasında ilişkiyi araştıran çalışmalar yayınlanmıştır ancak bu konuda yapılan sistematik araştırmalar sonucu desteklememişlerdir (48).

#### **2.1.5. Klinik Görünüm-Değerlendirme ve Tanılama**

DEHB tanısı klinik bir tanıdır. Değerlendirme, çocuk ve aile ile yapılan görüşme, psikiyatrik ve nörolojik muayene, öğretmenden alınan bilgiler ve gerekli psikometrik testlerin uygulanmasını kapsamaktadır. DEHB'de görülen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikten oluşan 3 ana semptom kümesi ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve işlevsellik üzerine olan etkileri de değerlendirilmelidir.

DEHB’li bireylerde dikkat toplamada güçlük, dikkati sürdürmemeye, dışarıdan gelen uyaranlarla dikkatin çabuk dağılması, ders başarısızlığı, sorumluluklarını unutma ve işlerini organize etmekte güçlük gibi dikkat sorunları görülebilmektedir.

Hiperaktivite, sürekli hareket halinde olma, gezinme, koşturma, oturması gereken durumlarda oturamama, içsel huzursuzluk ve çok konuşma şeklinde tanımlanmaktadır.

Acelecilik, sabırsızlık, düşünmeden hareket etme, başkalarının işine karışma, söz kesme ise dürtüsellik olarak tanımlanmaktadır.

Okul öncesi dönemdeki çocuklarda ise aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, gerginlik, engellenmeye karşı tolerans azlığı, sık oyun değiştirme, kazalara yatkınlık, uyku bozuklukları ve öfke patlamaları sık gözlenir. Kreş veya anasınıfı ortamında yaşları kadar etkinliklere odaklanamama, sık gezinme, kural konulduğunda hırçınlık yapma, yaşlılarına yönelik saldırganlık, daha çok hareketli etkinlikleri seçme, oyuncakları bozma ve kırma sıklıkla görülmektedir (16).

Erken yaşlarda belirgin DEHB belirtileri olan çocuklarda dil ve bilişsel alandaki bozulmanın ve komorbiditenin daha fazla olduğu, psikososyal ve akademik bozulmanın daha belirgin olduğu ve okul yıllarında daha dirençli davranış sorunlarının olduğu belirtilmektedir (50). Okul öncesi dönemde erken tanı ve tedavi, kaza riskini azaltması ve öğrenmeyi artırmasının yanında bozukluğun ileriki yıllarda ortaya çıkaracağı sorunların azaltılmasında da oldukça önemlidir.

DSM-5’e göre çocuklarda DEHB tanısı için 9 dikkat eksikliği ve/veya 9 hareketlilik/dürtüsellik belirtisinden en az 6’sının karşılanması, geç ergenlik döneminde ve erişkinlikte ise 5’inin karşılanması gereklidir. Belirtilerin en az 6 ay sürmesi ve 12 yaşından önce başlaması ve en az iki ortamda (örn. evde ve okulda ya da işte) ortaya çıkması gerekmektedir (51).

DSM-5’de DEHB tanı ölçütlerinde bir takım değişiklikler yapılmıştır. 17 yaş üstü bireyler için DSM-5’te 6 belirti maddesi yerine 5 belirti maddesinin karşılanması tanı için yeterli kabul edildi. DEHB alt tipleri kavramı yerine, klinik tablonun ortaya çıkış biçimi anlamına gelen görünüm kavramı getirildi ve bunun tanıya ek olarak belirtilmesi vurgulandı. DEHB tanı ölçütlerinin hepsini önceden karşıladığı halde son 6 ayda bütün tanı kriterlerinden daha azını karşılıyor ancak hala sosyal, akademik ve iş hayatında yetersizliğe sebep oluyorsa kısmi remisyonda olduklarının belirtilmesi gerekliliği vurgulandı. Semptomların işlevsellikte yol açtıkları sorun düzeyine göre hafif, orta, ağır şeklinde hastalık şiddeti derecelendirildi. Yine semptomların 7 yaşından önce başlaması ölçütü 12 yaş olarak değiştirildi. DSM-IV’de Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı alanlarda

DEHB tanısı konulamazken DSM-5'te, DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu'nun eş tanı olabileceği belirtildi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kullandığı ICD-10'da DEHB 'Hiperkinetik Bozukluk' olarak adlandırılmaktadır. ICD-10'da DEHB tanısının konması için dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik şeklindeki üç ana boyutun her birinden yeterli sayıda belirti olması gerekirken, DSM-5'te dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik boyutlarından sadece birinde yeterli sayıda belirti olması gerektiği belirtilmiştir (51, 52).

### 2.1.5.1. DSM-5'e göre Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu

#### Kriterleri

**Tablo 1.** DSM 5 DEHB Tanı Ölçütleri

<p>A- Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve /ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik örüntüsü:</p> <p>1. Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı ay sürmektedir.</p> <p>Not: Belirtiler, yalnızca, karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p> <p>a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar.</p> <p>b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.</p> <p>c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.</p> <p>d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.</p> <p>e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.</p> <p>f. Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.</p> <p>g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.</p> <p>h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.</p> <p>i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıktır.</p> <p>2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.</p> <p>Not: Belirtiler, yalnızca, karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.</p> <p>a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.</p> <p>b. Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.

e. Çoğu kez, “ her an hareket halinde” dir, “motor takılmış ” gibi davranır.

f. Çoğu kez, aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez.

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B- On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C- Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

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 psikozla giden bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01(F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1(dikkatsizlik), hem de A2(aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00(F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01(F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik ) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

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 bozmaktan öteye gitmemiştir.

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

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

### 2.1.6. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

DEHB tanısı tecrübeli klinisyenler tarafından kolaylıkla konabilen bir tanıdır. Ancak DEHB’de görülen birçok temel belirtinin diğer çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarında da görülebiliyor olması nedeniyle başka bozukluklarla birlikte görülme ve karışma ihtimali çok yüksektir.

DEHB’nin ayırıcı tanısında özel öğrenme bozukluğu, mental gerilik, majör depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları ve tepkisel bağlanma bozukluğu gibi birçok bozukluk bulunmaktadır (16).

DEHB semptomları ile karışabilecek bazı tıbbi durumlar da bulunmaktadır. Özellikle işitme ve görme sorunları, çeşitli tıbbi durumlarda kullanılan semptomimetikler, steroidler, antihistaminikler ve fenobarbital gibi ilaçlar, tiroid işlev bozuklukları, tümörler ve madde kötüye kullanımı gibi çeşitli durumların da ayırıcı tanı açısından gözönünde bulundurulması gerekir. Ayrıca yaşa uygun aşırı hareketlilik, okul-sınıf seçiminin uygun olmaması, ebeveynin psikiyatrik yada tıbbi hastalığının olması ya da yokluğu, kaotik aile ortamları, istismar ve/veya ihmal gibi bazı psikososyal faktörler de durumu taklit edebilir.

DEHB’li olgulara %67-80 oranında komorbiditenin eşlik ettiği bildirilmiştir (10). DEHB’ye en sık eşlik eden ruhsal hastalıklar karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%45-84), depresyon (%30), davranım bozukluğu (DB) (%15-56), anksiyete bozuklukları (%25-50), yıkıcı duygudurum bozukluğu ve bipolar bozukluk (%0-30), travma sonrası stres bozukluğu (%5-6), tik bozuklukları (%10) ve obsesif kompulsif bozukluk’tur (53).

Okul öncesi dönemi kapsayan komorbidite çalışmaları ise, erken çocukluk yıllarında DEHB’nin daha çok otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik ve tepkisel bağlanma bozukluğu ile birlikte görüldüğünü bildirmektedir (54).

DEHB’ de görülen önemli bir diğer sorun ise bebeklik ve çocukluk çağından itibaren görülen yeme ve beslenme düzensizlikleri ile uyku problemleridir. DEHB ve obezite komorbiditesine sık rastlandığı belirtilmektedir.

Komorbidite değerlendirmesi; hastalığın ciddiyetini ve tipini, seyirini, kullanılması gereken tedaviyi ve tedaviye yanıtı etkilediğinden önemlidir.

DEHB'ye eşlik eden komorbid durumların tedavi yanıtlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB+Anksiyete bozukluğu olguları her dört tedavi türüne de (ilaç veya davranışsal veya ilaç+davranışsal veya rutin tedavi) aynı derecede yanıt verirken, DEHB ve DEHB+KOKGB/DB olguları ilaçlı tedavilere, DEHB+AB+KOKGB/DB olgularıyla ilaç+davranışsal tedaviye daha iyi yanıt verdiği gösterilmiştir (55).

DEHB tanısı alan olgular, hasta ve ailenin şikayetinden bağımsız olarak rutin bir şekilde komorbid durumlar için sorgulanmalı, tedavi ve takip planları komorbid durumlar dikkate alınarak yapılmalıdır.

### **2.1.7. Gidiş ve Sonlanım**

Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı alan çocukların %30'unun erişkinlikte DEHB'den etkilenmediği, %60 kadarının bozukluğun belirtilerinin devam etmesi sonucunda akademik, sosyal ve iş alanlarında sorun yaşadıkları ve %10'luk kısmın ise ciddi psikiyatrik problemler yaşadıkları bildirilmiştir (56).

Normal gelişen yaşlarıyla karşılaştırıldığında DEHB olan çocuklarda daha fazla sınıfta kalma, düşük okul başarısı ve sınıf tekrarı görülmektedir. DEHB olan çocukların ileriki yıllarda; karşı olma karşı gelme ve davranım bozukluğu, erişkinlikte ise; alkol madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğuna yatkınlık riski taşıdıkları bilinmektedir (57).

DEHB olan bireylerin her yaş grubunda DEHB olmayanlardan daha fazla sosyal ilişkilerinde sorun yaşadıkları, kapasitelerinin altında başarı gösterdikleri, kaza sonucu yaralanma riski taşıdıkları ve özgüven azalması/disfori/depresyon riski taşıdıkları gösterilmiştir (58)

DEHB'de prognozu belirleyen en önemli faktörlerden biri tanı alan bireylerin doğru tedavi edilmesidir. DEHB'li olgularla yapılan bir metaanaliz çalışmasının sonuçları medikal tedavi ve komorbid bozukluğu olanlarda bütüncü tedavi almamış olmak veya tedavinin gecikmesi DEHB'nin prognozunu olumsuz etkilediğini göstermiştir (59). Yine ülkemizde yapılan 120 olgunun 18 ay süreyle izlendiği bir çalışmada, etkin tedavi görenlerin akademik başarılarının ve sosyal işlevselliklerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (60).

DEHB 'de prognozu öngördürücü diğer faktörler ise; düşük IQ, semptom şiddeti, düşük engellenme eşiği, agresyon düzeyi, komorbiditeler, okul başarısı ve akran ilişkileri, düşük sosyoekonomik düzey, çocuk yetiştirme tutumlarında hatalar ve ailede psikiyatrik öykü şeklinde sıralanabilir.

### 2.1.8. Tedavi

DEHB düşünölen her olgu bütöncöl yaklaşımıla değeriendirilmeli ve tedavi kılavuzları temel alınarak tedavi planlanmalıdır. Farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin bir arada kullanımının (davranış terapileri, anne baba eğitimi) DEHB belirtileri üzerine ve ilaç tedavisi yönetimini kolaylaştırması açısından fayda sağladığı bilinmektedir. En etkin tedavi yönteminin farmakolojik tedavi olduğu kabul edilmektedir.

DEHB tedavisinde ilk-sıra ilaçlar psikostimulanlardır (metilfenidat ve amfetamin) ve etkinlikleri birçok bilimsel çalışmada gösterilmiştir (61). Stimölanların dikkati, kısa süreli hafızayı ve öğrenmeyi arttırdığı, hareketlilik, uyumsuzluk, dürtösel ve yıkıcı davranışları azalttığı, akademik başarıyı arttırdığı, DEHB olan çocuğun okul ve arkadaş uyumunu arttırdığı ve kendilik algısını düzelttiği birçok çalışmada gösterilmiştir (62). Metilfenidat'ın özellikle prefrontal korteks ve striatum alanlarında doğrudan dopamin ve noreadrenalin'in sinaptik alana salımını artırmaktadır. Dolaylı bir yollada monoamin taşıyıcılarını inhibe edip presinaptik bölgeden geri emilimlerini sağlayarak etki göstermektedir (63). Olguların %70-80'inde etkin bir semptom kontrolü sağlasa da %20-30'unda yeterli etki sağlanamaması veya yan etkiler nedeniyle tedaviye devam edilememektedir (64). En sık görölen yan etkiler: iştahsızlık, uykusuzluk, karın ağrısı, gastrointestinal sorunlar, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi şikâyetlerdir. Daha az sıklıkta huzursuzluk, kaygı ve emosyonel labilite görölebilir. Bu yan etkilerin düzenli ilaç kullanımıyla ilk bir-iki haftadan sonra azalması beklenir (65).

DEHB tedavisinde FDA'nın onayladığı ilk non-stimulan ilaç Atomoksetin'dir. Selektif presinaptik noradrenalin taşıyıcısı inhibitörü olup serotonin ve dopamin taşıyıcılarını doğrudan etkilemediği düşünölmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında atomoksetinin etki boyutu 0.62 olarak bildirilirken, kısa etkili psikostimulanların 0.91, uzun etkili psikostimulanların ise 0.95 olarak bildirilmiştir (66). Atomoksetin ile iştahta azalma, dispepsi, bulantı, kusma, ağız kuruluğu, uykusuzluk ve duygudurum dalgalanmaları gibi yan etkiler görölebilir (67).

DEHB tanılı çocukların tedavisinde FDA tarafından onaylanan diğer ilaçlar ise Guanfasin ve Klonidin'dir. Her ikiside prefrontal kortekste a2-adrenerjik reseptör agonisti olup norepinefrini taklit ederler (68). Terapötik etkinliklerinin stimulanlara oranla geç başladığı ve etki boyutlarının daha düşük olduğu, ancak stimulan tedavisine eklendiklerinde plaseboya oranla %25 daha fazla klinik etki göröldüğü bildirilmiştir (69).



İlaç tedavilerine kısmi cevap ya da cevapsız durumlarda psikososyal müdahalelerle tedavinin kombine edilmesi gerekmektedir. Bu müdahaleler arasında bilişsel davranışçı tedaviler, ebeveyn eğitim programları, okulda davranışçı yaklaşımlar, eğitsel destek, motor kontrol için eğitim ve spor programları bulunmaktadır (16).

## **2.2. Yeme Bozuklukları**

Yemek yaşam için gerekli olup aynı zamanda haz veren bir davranıştır. Bebeklik döneminden okul çağına kadar geçen zaman içinde gelişen beslenme davranışı, homeostatik mekanizmalar, ödül sistemi, çocuğun motor, duyuşsal ve sosyoemosyonel yeti kapasitesi gibi birçok değişkenin etkileşimi ile gelişir. Diğer yandan çocuğun anne babasının bakım verme ve tutum becerileri, çocuğun içinde bulunduğu sosyal çevre ve kültürel öğeler de beslenme davranışı gelişimi ile yakından ilişkilidir (3).

Yeme, ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve duyuşsal durumun duyarlı bir göstergesidir (70). Ebeveynlerin besleme tarzı çocukların yeme davranış şeklini belirleyici önemli faktörlerden biridir. Özellikle okul öncesi yaşlarda, ebeveynler farklı besleme yöntemleri kullanarak çocukların yeterli ve dengeli beslenme davranışını geliştirmeye çalışmaktadırlar (71). Ebeveynler farklı çeşit ve uygun miktarda yiyecek hazırlayarak, tutarlı beslenme rutinleri sağlayarak, çocuğun kendi yiyeceği miktarı belirlemesine izin vererek ve lüzum halinde davranışsal sınırlar belirleyerek, çocuklarının içsel sinyallerle düzenlenen kendi kendine beslenmeye geçişine yardımcı olabilirler. Bu basamaklarda yaşanan problemler beslenme sorunlarının ortaya çıkışına zemin hazırlayabilir (72).

Beslenme çocuk ve ebeveyn için haz ve mutluluk verici bir aktivite olabileceği gibi, stres yaratan bir durum da olabilir. Çocuk ve ebeveynin beslenmeyle ilgili beklentileri farklı olduğunda, beslenme ilişkisi çatışmalı ve gergin hale gelip, haz ve mutluluk verici olmaktan çıkabilir (9). Katı gıdalara geçiş evresinde ise çocuğun beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasında ebeveynin tutumları önemli rol oynar. Özellikle çocuk üzerinde baskı oluşturan uygulamalar, çocuğun üzülmeye ve gergin olmasına yol açarak yeme miktarını etkileyebilir. Yeme problemi olan çocuklarda beslenme esnasında ebeveynin zorlayan ve tehdit eden tutumları yeme problemini kısırdöngüye sokabilir. Bu durum nedeniyle yeterlilik duyguları zarar gören ebeveynler daha kaygılı, sert ve disiplinli tutumlar sergileyebilir (73).

Çocukluk çağında beslenme sorunları, sağlıklı çocuklarda %25- 40 ve gelişim geriliği olan çocuklarda ise %80'lere kadar yüksek bir oranda görüldüğü bildirilmiştir (4). En yaygın görülen beslenme sorunları arasında yetersiz yeme, bazı besin tiplerini reddedilmesi, yemek vakitlerinde uygun olmayan davranışlar ile tuhaf yeme alışkanlıkları sayılabilir (7). Çocuklarda yeme davranışı tarzı okul öncesi dönemin sonlarına kadar tamamlanmaktadır ve bundan sonraki dönemlerde de kalıcı olmaktadır (74). Anormal yeme tutum ve davranışları, ileriki dönemde ortaya çıkabilecek yeme bozuklukları için en kuvvetli ve güvenilir yordayıcı olarak gösterilmiştir (8). Erken çocukluk döneminde başlayan bu yeme problemleri, erişkin yaşlarda fazla ya da az kilolu olmaya neden olabilir. Kaygılı ebeveyn tutumları ve uygunsuz besleme yöntemleri de istenmeyen sonuçlara yol açabilir.

Yeme bozukluğu için besin maddelerinin yenmesindeki isteksizlik ve yetersizlik gibi genel bir tanımlama kabul görse de, bu tanımlama aşırı yeme davranışı gibi problemleri içermemektedir. Yeme ve yedirme bozuklukları; kronik ve ciddi tıbbi bozuklukları, nöropsikiyatrik sorunları olan çocuklarda görülebileceği gibi tamamen normal olarak gelişen çocuklarda da belirli dönemlerde görülebilir (3). Yeme bozuklukları malnutrisyona yol açarak çocuklarda büyüme ve gelişme geriliğine neden olabilmektedir (75). Bu bozuklukların ortaya çıkmasında tıbbi sorunlar, bireysel özellikler ve kişiler arası ilişkiler rol alabilir. Bu nedenle yeme ve yedirme bozukluklarını değerlendirilme, tanılanma ve tedavi sürecinde biyopsikososyal yaklaşım geçerlidir (3).

DSM-5 te erken çocukluk döneminde görülen beslenme ve yeme bozuklukları; pika, ruminasyon bozukluğu ve kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olarak tanımlanır (76).

Pika yenilebilir olmayan ve besin özelliği taşımayan maddelerin sürekli yenmesi anlamına gelir. Zihinsel yetersizlik, gelişimsel gerilik ve otizm gibi psikiyatrik durumlarda sık gözlenir. Yoksulluk, beslenme yetersizliği ve ihmalin pika riskini arttırdığı gösterilmiştir. Ruminasyon bozukluğu yutulan yiyeceklerin tekrarlayıcı ve istemli olarak ağza getirilmesi ve yeniden çiğnenmesi olarak tanımlanır. Bu deneyim sakinleşme, haz ve doyum alma şeklinde çocuğun bir tür kendine uyarma davranışıdır (3).

DSM-IV te yer alan Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanımı; tanı ölçütlerinde bir takım değişiklikler yapılarak DSM-5 te Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olarak yeniden tanımlanmış ve Beslenme ve Yeme bozuklukları içinde sınıflandırılmıştır. Bu olgulardaki uygunsuz yeme davranışları belirgin kilo kaybı ve büyümenin duraksaması, besin alımında yetersizlik ya da oral besin takviyelerine bağımlı olma gibi ciddi sağlık problemlerine neden olabilmektedir (76).

Bununla birlikte bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeme bozukluklarını daha iyi tanımlamak için bu sorunların nedenlerine yönelik başka bir sınıflama sistemi olan Sıfır-üç Yaş Gözden Geçirilmiş Form (77), Chatoor'un önerilerine göre düzenlenmiştir (78). Bu bakış açısıyla yeme davranışları aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

1) Duygudurum düzenlenmesine bağlı yeme bozukluğu; yenidoğan döneminde başlayan bu dönemde bebek beslenme için gerekli olan sakin bir uyanıklık haline erişmek ve bunu sürdürmekte güçlük yaşamaktadır.

2) Bakımveren-bebek etkileşimindeki karşılıklılık ile ilişkili beslenme bozukluğu; 2-6 aylar arasında başlayan bu dönemde, anne yoksunluğu, fiziksel ihmal gibi durumlarda bebek gelişim düzeyine uygun sosyal karşılıklılık belirtileri gösteremez.

3) Bebeklik anoreksisi; 6 ay -3 yaş arasındaki bu dönemde anne bebek ilişkisi otonomi kazanır ve kontrol çatışması yaşanmaktadır. Çocuk yetersiz beslendiği için büyüme geriliği gelişebilir.

4) Duygusal nedenlerle ilişkili besin reddi; yaklaşık 2 yaş civarında görülen bu dönemde çocuk belli tat, koku ve kıvamdaki besinleri almayı reddeder. Yemek esnasında direnç gösterme, öğürme, tükürme ve yavaş yeme gibi belirtiler sıktır.

5) Eşlik eden tıbbi durumla ilişkili beslenme bozukluğu; yaşanan beslenme bozukluğuna eşlik eden tıbbi durumun neden olduğu düşünülür.

6) Travma sonrası beslenme bozukluğu; besin reddi, boğulma riski ya da tıbbi girişimler gibi travmatik yaşam olaylarını takiben başlar.

Yapılan son değişikliklerle DC0-3R sınıflamasında yeme bozuklukları yeniden tanımlanmış ve 0-3 yaş yerime DC 0-5yaş olarak yeniden düzenlenmiştir (79). Bu sınıflamaya göre bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki yeme bozuklukları:

1. Aşırı yeme bozukluğu; programlı yemek zamanları arasında sürekli yiyecek arama, ısrarla aşırı miktarda yiyecek isteme, başkalarının yiyecek kutuları veya dolaplarından yiyecek alma, yemek yerken yanaklara yiyecek doldurmak, oyunlarında sürekli yemek hakkında konuşmak ve yiyecek ve yeme ile aşırı meşgul olmak küçük çocuklarda aşırı yeme bozukluğunun temel özellikleridir. Bu davranışlarda bulunmaları engellenirse çocuk sıkıntılı hale gelir. Gıdaya erişememe ve açlık, ilaç yan etkileri ve tıbbi durumlar (hipotiroidizm) dışlanmalıdır. Çocuk nonspesifik anksiyete, irritabilite veya öfke belirtileri gösterebilir.

1) Yetersiz yeme bozukluğu; yaşı için beklenenden daha az yemek yeme, yemeye sürekli ilgisizlik ve yemekten kaçınma, besleme sırasında durumu düzenlemede bir zorluk (örneğin, art arda uykuya dalar), sadece uyurken yemek, katı gıdalara geçmeyi reddetmek, kendisi tarafından belirlenen özel koşullar yerine getirildiğinde yeme (televizyon karşısında, oyuncaklarla) ve aşırı seçici yeme gibi uyumsuz yeme davranışları küçük çocuklarda yetersiz yeme bozukluğunun temel özellikleridir. Kilo kaybı veya beklenen kilo alımı olmayışı kriteri zorunlu değildir. Yaygın ilişkili özellikler arasında uzun süreli yemek zamanları, stresli yemek zamanları, uygun özerk beslenme eksikliği, gece yeme (1 yaşından sonra), uzun süreli emzirme veya biberonla beslenme ve / veya yeni dokuları tatma yetersizliği sayılabilir.

2) Atipik yeme bozuklukları; bebek veya küçük çocuklar pica, ruminasyon, istifleme ve ağızda bekletme şeklindeki anormal yeme paterni bileşenlerinden birini içerebilir. İstifleme; çocuğun, alışılmadık yerlerde (örn. yatakta, masa çekmecesinde) yiyecekleri gizlemesini, ağızda bekletme ise; yiyeceklerin yutmadan ağızda uzun süre bekletilmesini ifade eder.

### **2.3. Obezite**

Obezite yağın vücutta fazla birikmesiyle tanımlanan enerji metabolizmasındaki bir bozukluktur. Çocukluk çağı obezitesi, prevalansı giderek artan önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Çocukluk çağı obezitesinin ülkemiz için görülme oranı % 6.5 ile % 15.4 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (80, 81).

Obezitenin ortaya çıkmasında genetik nedenler, diyet ve sedanter yaşam tarzı öncelikli etkenler arasında gösterilmektedir. Kilo sorunu yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkmaya başlar. Günümüzde yiyeceklerin daha çok endüstriyel olarak hazırlanması, yüksek karbonhidratlı yiyecek ve içeceklerin aşırı tüketilmesi, çocukların fiziksel aktiviteden uzaklaşması ve televizyon, bilgisayar ve video oyunları gibi hareket gerektirmeyen aktiviteleri yönelmeleri obezite gelişiminde önemli faktörlerden biridir. Bu iyi bilinen sebepler dışında çocuklarda obeziteye ilerleme sürecinde çocukların gösterdikleri yeme davranışı şekilleri ve ebeveynlerin besleme tarzları da etkin rol oynamaktadır (82, 83). Önceki çalışmalarda çocuklardaki kilo probleminin sebebinin bireysel yeme davranışı farklılıklarından kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (84).

Çocukluk çağı obezitesi öncelikle kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere birçok organ ve sistemi etkileyebilmekte ve daha çok erişkin çağda morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Obez çocukların 1/3'ü, obez adolesanların ise %80'i erişkin yaşa ulaştıklarında obez kalmaktadırlar. Bu sebeple erişkin dönemdeki obeziteye bağlı komplikasyonları önlemek için obezitenin çocukluk çağında belirlenmesi çok önemlidir (85).

Obezite tedavisi güç olmakla beraber, hayat tarzını disiplinli bir şekilde değiştirecek uygulamalar en iyi yaklaşımdır. Çocuk endokrin, metabolizma hastalıkları, beslenme ve diyetetik, çocuk ve ergen psikiyatrisi gibi disiplinlerin ortak çalışmasına ihtiyaç vardır.

#### **2.4. DEHB, Yeme Yedirme Bozuklukları ve Obezite**

DEHB'si olan çocuklarda yeme bozukluğu komorbiditesi giderek artış göstermektedir. DEHB tanılı bireylerde küçük yaşlardan itibaren beslenme-emme bozuklukları, düzensiz öğünler, çok sık sofradan kalkma, uzun sürede öğünü tamamlayabilme, sık abur-cubur ve fast food tüketimi, emosyonel aşırı yeme (olumsuz olay ve doğurduğu düşünce ve duygularla baş edebilmek için afekt düzenleyici olarak aşırı veya tıknırcasına yeme), yemek için odaklandığında diğer uyarılara odaklanamama ve yemek için aşırma görülebilir. Bazı çocuklarda da az yeme ve büyüme gelişmede gerilik olabilir (16, 86, 87).

DEHB ve temel özellikleri ile çocuklarda bozulmuş yeme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin derinlemesine anlaşılması, bu ilişkinin kanıtlarına rağmen hala yetersizdir. DEHB ile yeme tutumu ve yeme bozuklukları birlikteliğini araştıran çalışmaların sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Bu alanda en sık karşımıza çıkan konular obezite, malnütrisyon, aşırı-tıkınırcasına yeme (binge eating), bulimia nervosa ve ilaç yan etkisine bağlı gelişen yeme bozukluklarıdır.

#### **2.4.1. Aşırı-Tıkınırcasına Yeme (binge eating), Bulimia Nervosa ve DEHB**

Tıkınırcasına yeme davranışı ile giden yeme bozuklukları DEHB'si olan bireylerde beklenenden daha yüksek oranlarda görülmektedir (88). DEHB' deki dürtüsellik, dürtüsel bulimik davranışlara, dikkat ve organizasyon eksikliği de açlık ve tokluk sinyallerini algılayamama ve bununla ilişkili az veya çok yeme durumuna neden olabilmektedir. Öte yandan bulimik davranışların dürtüsellik ve dikkatsizlik belirtilerini arttırıyor olması da mümkün görülmektedir (89).

DEHB ve tıkınırcasına yeme davranışı arasındaki ilişkinin ortak nörobiyolojik temellere dayandığı da düşünülmektedir. Bir çalışmada DEHB'li çocukların dopamin eksikliği ile ilişkili ödül eksikliği sendromu nedeniyle anormal beslenme davranışı sergiledikleri gösterilmiştir (90). Bir diğer potansiyel nörobiyolojik mekanizme ise BDNF gen değişikliğidir. Fareler üzerinde yapılan bir çalışmada; BDNF genindeki kısmi bozukluğun, saldırganlık ve aşırı iştah/gıda alımı ile ilişkili bozulmuş dürtü kontrolüne neden olduğu gösterilmiştir (91). Ayrıca depresyon gibi diğer komorbidite faktörleri DEHB ile aşırı yeme arasında ilişki kurabilmektedir (11). Bu nedenle DEHB ve bulimik davranış ilişkisi değerlendirilirken depresyon ya da anksiyete belirtilerini kontrol etmek önemlidir.

#### **2.4.2. Obezite ve DEHB**

DEHB'li çocuklarda yaygınlığı giderek artmakta olan en önemli komorbiditelerden biri obezitedir. DEHB olan çocuklarda aşırı kilo ve obezite prevalansının sırasıyla % 19.6 ile % 29 ve % 7.2 ile % 18.9 arasında olduğu bildirilmiştir (14). DEHB, fiziksel aktivite, metabolizma ve yeme alışkanlıklarını etkileyerek enerji alımı ve harcaması arasındaki dengenin bozulmasına yol açabilir (88).

Son on yıldır, DEHB belirtileri ile obezite ve bu ilişkinin potansiyel aracılığı arasındaki ilişkiye ışık tutmaya odaklanılmıştır (92). DEHB ile obezite arasındaki bağlantı ile ilgili mekanizmalar hakkında farklı görüşler vardır. Birçok çalışma, aşırı yeme, tıkanırmasına yeme ve bulimik davranışlar gibi rahatsız edici yeme davranışlarının obezite ile DEHB arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini işaret etmiştir (93, 94).

DEHB ile obezite arasındaki potansiyel mekanizmalardan biri 'ödül eksikliği sendromu' dur. Bu sendrom dopamin-doğal ödül mekanizması sisteminin yetersiz çalışması nedeniyle; uygunsuz beslenme, risk alma, madde kullanımı ve kumar gibi doğal olmayan acil ödüllerin kullanımına neden olur.(95). Yine DEHB de görülen zayıf planlama ve organizasyon kabiliyeti, bulimik davranışlar gibi anormal yeme davranışlarına yol açarak obeziteye neden olabilmektedir.(96). DEHB'de depresyon ve anksiyetenin kontrol grubundan 9 kat daha sık olduğu ve depresyonun obezite gelişimine katkıda bulunduğu bildirilmiştir (14, 15, 97).

#### **2.4.3. Malnütrisyon ve DEHB**

DEHB olan hastalarda yetersiz beslenmenin aşırı hareketlilik ve dolayısıyla artan enerji gereksinimi ve düzensiz yeme alışkanlıkları gibi diğer davranışsal sorunlarla ilişkili olması beklenebilir. DEHB'li hastalarda düşük kilolu olma sıklığı % 6,7, özellikle de ilaç kullananlarda düşük kilolu olma riskinin 1,6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (15). DEHB'si olan çocuklarda fiziksel büyüme ve gelişme parametrelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB grubunda malnütrisyon oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada elde edilen malnütrisyon ve obezite oranının kontrol grubuna göre yüksek bulunması, DEHB'nin yeme bozuklukları gelişimi için bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (98).

#### **2.4.4. DEHB Tedavisi ve Yeme**

DEHB tedavisinde ilk seçenek ilaç olarak kullanılan metilfenidatın iştahı baskılayarak kilo kaybına neden olduğu bildirilmiştir (13, 88, 99). Aileler, daha önce aşırı iştahla yemek yiyen çocuklarda ilacın iştahsızlık yaptığını belirtmektedir. Metilfenidat'ın, istirahat metabolizma hızını ve spontan fiziksel aktiviteyi azaltarak kilo alımına sebep olabileceği; bununla birlikte, uzun süreli tedavinin büyüme üzerinde olumsuz bir etkisi de olabileceği bildirilmiştir (88).

Erken yaşıta gelişen beslenme bozukluğu çocukta fiziksel, bilişsel ve ruhsal problemlere yol açmasının yanında, ebeveynleriyle de sağlıklı beslenme ilişkisinin geliştirememesi ve buna bağılı yedirme problemlerinin ortaya çıkmasında rol oynadığından beslenme bozukluklarının tanınması ve tedavisi önem kazanmaktadır.





## 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

### 3.1. Çalışmanın Örneklemi

Bu araştırma, Temmuz 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğine başvuran klinik psikiyatrik muayene ve psikometrik incelemeler sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış hastalar ile yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu ile yapılmıştır. Bu süre içinde çalışma kriterlerini karşılayan 86 DEHB tanısı almış hasta ve 75 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın amacı çocukların ailelerine ayrıntılı bir biçimde açıklanmış ve aydınlatılmış onam formunu imzalayan aileler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2018/13-27 protokol kodu ile onay alınmıştır.

### 3.2. Çalışmanın Deseni

Çalışma deseni kesitsel ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlandı.

### 3.3. Deneklerin Seçimi

#### 3.3.1. Araştırma Grubu

Araştırma grubuna alınma ölçütleri aşağıda belirtilmiştir;

- a) 4-6 yaş aralığında olmak
- b) Klinik psikiyatrik muayene ve değerlendirmeler sonucunda DSM-5 tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı almış olmak, DEHB'ye yönelik medikal tedavi başlanmamış olması ve komorbid bozuklukların olmaması
- c) Bilgilerin primer bakımveren ebeveynden alınabiliyor olması
- d) Diyabet ve çölyak tanısı gibi diyet seçiciliği gerektiren durumların olmaması
- e) Gastrointestinal sistem malformasyonları, yarı damak dudak gibi beslenmeyi doğrudan etkileyen hastalıkların olmaması

#### 3.3.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubuna alınma ölçütleri aşağıda belirtilmiştir

- a) 4-6 yaş aralığında olmak
- b) Herhangi bir psikiyatrik hastalığının olmaması
- c) Bilgilerin primer bakımveren ebeveynden alınabiliyor olması

- d) Diyabet ve çölyak tanısı gibi diyet seçiciliği gerektiren durumların olmaması
- e) Gastrointestinal sistem malformasyonları, yarık damak dudak gibi beslenmeyi doğrudan etkileyen hastalıkların olmaması

Kontrol grubu hastanemizde çocuk polikliniğine başvuran ve kronik hastalığı olmayan hastalardan ve hastanemizde personel olarak çalışan ebeveynlerin herhangi bir hastalığı olmayan çocuklarından oluşturuldu. Bu çocuklar ve ebeveynlerle araştırmacı tarafından klinik psikiyatrik muayene ve psikometrik incelemeler yapılmış olup DEHB dahil herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısını konulmamıştır. Bu kriterlere uyan ve çalışmaya katılmaya sözlü ve yazılı onam veren toplam 75 çocuk ve ailesi sağlıklı kontrol grubu olarak alınmıştır.

### **3.4. Çocukların Değerlendirilme Gereçleri**

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özelliklerinin elde edilmesinde araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Formda çocuğa ait cinsiyet, yaş, anaokulu veya kreşe gitme durumu, kardeş sayısı, çocuğun kimlerle yaşadığı, tedavi gerektiren kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı, televizyon ve bilgisayar maruziyeti ailenin sosyoekonomik düzeyi, anne-baba yaşı, boy ve kilosu, eğitim düzeyleri, meslekleri, psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumları, akrabalık dereceleri sorgulanmıştır. Bu form araştırmacı tarafından okunarak, araştırmaya katılanların ailesi ile birlikte doldurulmuştur.

#### **3.4.2. Gelişim Değerlendirme Formu**

Çocuğun doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası öyküsünü değerlendiren, bu süreçlerdeki gelişimini belirleyen, beslenmesini ve gastrointestinal semptomlarını, motor gelişimini ve yeme alışkanlıklarını sorgulayan araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur. Bu form araştırmacı tarafından okunarak, araştırmaya katılanların ailesi ile birlikte doldurulmuştur.

#### **3.4.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği**

Çocukların hareketlilik, dürtüsellik ve yıkıcı davranışlarına yönelik belirtilerin değerlendirildiği bu ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. Okul öncesi dönemde dikkat eksikliği ile ilgili sorunların fazlaca ön planda yer almaması nedeniyle bu alanla ilgili maddeler ölçekte yer almamaktadır. Dörtlü likert tipinde olan ve ebeveynler tarafından

doldurulan ölçekte her bir belirtinin yok (0), biraz (1), fazla (2), çok fazla (3) şeklinde puanlanması esasına dayanır. Okul öncesi yaş grubuna uygulanmaktadır (100).

#### **3.4.4. Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ)**

Çocukların davranışlarının anne babaları tarafından derecelendirilmesi amacıyla geliştirilen 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Dikkat Eksikliği, hiperaktivite, öğrenme ve davranım sorunları, ayrıca psikosomatik sorunlar ve kaygı ile ilgili maddeler içermektedir. CADÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [176]. Dörtlü Likert tipindeki ölçeğin "hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla ; "0", "1", "2", ve "3" olarak puanlanmaktadır (101).

#### **3.4.5. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ)**

Crist ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan ifadeler 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır (1=Asla, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sıklıkla 5=Her zaman). Ölçekten alınacak puanlar 35-175 arasında değişmektedir ve alınan puandaki artış yüksek seviyede sorun teşkil eden yeme bozukluğunu ve beslenme alışkanlığını göstermektedir. DPBDÖ'nün çocuklarla ilgili olan 25 maddesinin, 6 tanesi pozitif (1,3,5,6,9 ve 16. maddeler), 19 tanesi negatif anlam taşımaktadır. Pozitif olarak ifade edilen maddeler tam tersi şekilde puanlandırılmaktadır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Yiyecek seçiciliği alt boyutunda 7 madde, erken dönem yiyecek reddi alt boyutunda 5 madde, erken dönem pütürlü yiyecek reddi alt boyutunda 5 madde, geç dönem yiyecek reddi alt boyutunda 7 madde yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Önal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102).

#### **3.4.6. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi**

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA), anne-babaların yanıtladığı, 35 maddeden oluşan ve 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla, 5=herzaman) 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. Çocuğun iştahını belirlemeyi amaçlayan anket; yemeyi çok fazla isteme ve fazla yeme "Gıda Heveslisi", endişeliyken ve huzursuzken fazla yeme "Duygusal Aşırı Yeme", yemeğe önem verme ve yemekten hoşlanma "Gıdadan Keyif Alma", sürekli içecek isteme "İçme Tutkusu", yemek istememe ve çabuk

doyma ‘‘Tokluk Heveslisi’’, yemek yerken yavaş davranma ve bekleme ‘‘Yavaş Yeme’’, mutlu ya da mutsuzken, endişeliyken az yeme ‘‘Duygusal Az Yeme’’, yeni ve çeşitli yiyeceklerden hoşlanma ‘‘Yemek Seçiciliği’’ olmak üzere sekiz alt başlıktan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2-9 yaş arası çocuklarda Yılmaz ve ark. tarafından yapılmıştır (103).

#### **3.4.7. Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi**

Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi (EBTA), 27 maddeden oluşan, 5 puan üzerinden değerlendirilen (1=asla-5=her zaman) ve ebeveynler tarafından yanıtlanan Likert tipi bir ankettir. Duygusal (emosyonel) besleme, yardımcı (enstrümental) besleme, yemeye teşvik/cesaret verme (yiyeceği ödül olarak kullanma), sıkı kontrollü ve toleranslı kontrollü şeklinde alt başlıklarda çocuğun besleme tarzı değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2-9 yaş arası çocuklarda Özçetin ve ark. Tarafından yapılmıştır (104).

#### **3.4.8. Antropometrik Ölçümler**

Değerlendirmeye alınan çocukların ağırlıkları 100 gr.’a duyarlı yer baskülü ile boyları ve üst orta kol çevresi (OKÇ) ise taşınabilir boy ölçerle araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Ayrıca çocukların triceps deri kıvrım kalınlıkları (TDKK), skinfold kaliper (Slim Guide) kullanılarak yine araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Karşılaştırmalarda kullanılan en önemli parametreler referans toplumun persentil değerleri ile karşılaştırma, medyan referans değere göre ölçümün yüzdesinin hesaplanması, referans medyan değerden sapma derecesi (SD skoru veya z-skoru) olarak sayılabilir. Z-skoru hesaplanmasında ‘‘(ölçülen değer – yaş ve cins için medyan değer) / (yaş ve cins için standart sapma)’’ formülü kullanılır. Z-skoru antropometrik durumun tanımlanmasında daha kesin bilgi verdiği için çalışmamızda bu değerler hesaplanmıştır.

#### **3.5. Araştırmanın Uygulanması**

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine tedavi amacıyla başvuran çocuklara ruhsal durum muayenesi yapılmış, DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı açısından değerlendirilmiştir. Bu tanıyı alan çocukların anne ve babaları çalışmanın amacı, yapılacak işlemler, görüşmenin süresi gibi konular hakkında sözel olarak bilgilendirilmiş, ek olarak tüm olgulara yazılı aydınlatılmış onam verilmiş ve yalnızca gönüllü olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Çocuk ve anne-baba ile ayrıntılı bir klinik görüşme yapılmıştır. Yapılan psikiyatrik muayenenin ardından tüm çocukların anne ve babasına Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ), Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi (EBTA), Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA), Sosyodemografik Veri Formu (SDVF), Gelişim Değerlendirme Formu (GDF), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ), verilmiştir.

Çocukların ağırlıkları 100 gr'a duyarlı yer baskülü ile, boyları ve üst orta kol çevresi ise taşınabilir boy ölçerle ve çocukların triseps deri kıvrım kalınlığı kaliper kullanılarak araştırmacı tarafından ölçülmüştür. BMI (Body Mass Index) Z-skoru, Ağırlık Z-skoru, Boy Z-skoru, Boya göre ağırlık Z-skoru, üst orta kol çevresi Z-skoru ve triseps deri kıvrım kalınlığı Z-skoru hesaplanmıştır.

Gönüllülük esasına dayanarak örneklem grubu ile yaş ve cinsiyet değişkenleri eşleştirmeye çalışılarak kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu çocukların anne ve babalarından bilgi alınmış, psikiyatrik tanı almayan çocuklar ve anne- babaları ile değerlendirilmelere devam edilmiştir.

### **3.6. İstatistiksel Değerlendirme**

İstatistiksel analiz için SPSS 22 (Statistical Program in Social Sciences) paket program kullanıldı. Nicel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması ortalama ( $\bar{x}$ )  $\pm$  standart sapma (ss) ve Medyan (Min- Max) ile, nitel değişkenlere ilişkin verilerin ise sayı, yüzde olarak ifade edildi. Kolmogorov Smirnov normallik testi kullanılarak normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik testler normal dağılıma uymayan verilerin analizinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerimizin analizinde Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi, Spearman ve Pearson korelasyon, Pearson ki-kare, Yates ki-kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Çocukların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan tüm çocukların sosyodemografik ve ölçek puanlarına göre klinik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $60.71 \pm 13.21$  ay, kontrol grubunun yaş ortalaması  $57.77 \pm 11.87$  ay olarak saptandı. Her iki grubun yaşları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0.157$ ). Çocukların sayısı ve yaş ortalaması Tablo-2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Gruplardaki Çocukların Sayısı ve Ortalama Yaşları

<b>Tür</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama Yaş (ay)±ss</b>	<b>p</b>
<b>Araştırma</b>	86	$60.71 \pm 13.21$	0.157
<b>Kontrol</b>	75	$57.77 \pm 11.87$	

ss: standart sapma

Çalışmada yer alan her iki grup cinsiyetlerine göre incelendiğinde; araştırma grubunda yer alan 86 çocuktan 62'si erkek (%72,1), 24'ü kız (%27,9), kontrol grubunda yer alan 75 çocuktan 50'si erkek (%66,7), 25'i (%33,3) kız cinsiyette idi. Her iki grup cinsiyet dağılımları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $\chi^2=0.557$ ,  $p=0.455$ ).

Araştırma grubundaki çocuklardan 21'inin (%24,4) okula gitmediği, 65'inin (%75,6) anaokulu ya da kreşe devam ettiği öğrenildi. Kontrol grubundaki çocuklardan 17'sinin (%27,7) okula gitmediği, 58'inin (%77,3) anaokulu ya da kreşe devam ettiği öğrenildi. Her iki grup okula gitme açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $\chi^2=0.068$ ,  $p=0.794$ ).

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların hepsinin ailesiyle yaşadığı öğrenildiğinden anlamlı fark saptanmadı.

Araştırma grubundaki çocukların 7'sinin (%8.1), kontrol grubundaki çocukların 2'sinin (%2.7) başka bir tıbbi hastalığı olduğu öğrenildi. Araştırma grubunda başka bir hastalığı olan çocuklardan 4'ünün (%4.6) astım, 1'inin (%1.1) kreatin kinaz yüksekliği, 1'inin (%1.1) uyku problemleri, 1'inin (%1.1) idiopatik nötropeni tanısı vardı. Kontrol grubundaki 2 (%2.7) çocuğun astım tanısı vardı. Ek hastalık oranı açısından her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi ( $\chi^2=2.274$ ,  $p=0.132$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 3'ünün (%3,5), kontrol grubundaki çocukların 1'inin (%1,3) sürekli bir ilaç kullandığı öğrenildi. Araştırma grubundaki çocuklardan 2'si (%2.3) astıma yönelik tedavi, 1'i (%1.1) melatonin kullanıyordu. Kontrol grubundaki 1 (%1.3) çocuk astıma yönelik tedavi kullanıyordu. Sürekli bir ilaç kullanımını açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı ( $\chi^2=0.768$ ,  $p=0.381$ ).

Günlük televizyon izleme sürelerine bakıldığında araştırma grubundaki çocukların 24'ünün (%27,9) 1 saat, 22'sinin (%25,6) 1-2 saat, 15'inin (%17,4) 2-3 saat, 12'sinin (%14) 3-4 saat ve 13'ünün (%15,1) 4 saatten fazla televizyon izlediği öğrenildi. Kontrol grubundaki çocukların ise 26'sının (%34,7) 1 saat, 19'unun (%25,3) 1-2 saat, 19'unun (%25,3) 2-3 saat, 8'inin (%10,7) 3-4 saat ve 3'ünün (%4) 4 saatten fazla tv izlediği öğrenildi. Her iki grubun tv izlemeleri arasındaki fark anlamlı değildi. ( $\chi^2=7.102$ ,  $p= 0.131$ ).

Çocuklara ait sosyodemografik özellikler Tablo-3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3:** Çocuklara Ait Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		Araştırma Grubu		Kontrol Grubu		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	62	(72,1)	50	(66,7)	0.557	0.455
	Kız	24	(27,9)	25	(33,3)		
Okul düzeyi	Gitmiyor	21	(24,4)	17	(27,7)	0.068	0.794
	Anaokulu-kreş	65	(75,6)	58	(77,3)		
Kiminle yaşadığı	Ailesiyle	86	(100)	75	(100)		
	Başkasıyla	0	(0)	0	(0)		
Ek tıbbi hastalık	Var	7	(8,1)	2	(2,7)	2,274	0.132
	Yok	79	(91,9)	73	(97,3)		
Kullandığı ilaç	Var	3	(3,5)	1	(1,3)	0,768	0,381
	Yok	83	(96,5)	74	(98,7)		
Günlük televizyon izleme süresi	1 saat	24	(27,9)	26	(34,7)	7,102	0,131
	1-2 saat	22	(25,6)	19	(25,3)		
	2-3 saat	15	(17,4)	19	(25,3)		
	3-4 saat	12	(14)	8	(10,7)		
	4'den fazla	13	(15,1)	3	(4)		
Kardeş sayısı±ss		0,89±0,99		1.12±0.80		-	0.331

Araştırma ve kontrol grubu CADÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçek puanlarının ikisi de araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Her iki gruba uygulanan CADÖ dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçek puanları Tablo-4'de verilmiştir.



**Tablo 4:** CADÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

<b>CADÖ alt ölçek puanı ortalama değer±ss</b>	<b>Araştırma grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>p</b>
<b>Dikkat eksikliği</b>	5,12±2,51	2,01±1,45	<0,001
<b>Hiperaktivite</b>	6,47.±2,91	2,89±1,77	<0,001

Her iki grubun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği puanları karşılaştırıldığında toplam puan araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Her iki gruba uygulanan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği toplam puanı Tablo-5’de verilmiştir.

**Tablo 5:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması

<b>Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği puanı ortalama değer±ss</b>	<b>Araştırma grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>p</b>
<b>Toplam puan</b>	13.40±5.98	4.37±2.99	<0,001

## 4.2. Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma grubundaki çocukların babalarının eğitim düzeyine bakıldığında, bu gruptaki babaların 1'i (%1.2) okuryazar, 11'i (%12.8) ilkokul, 14'ü (%16.3) ortaokul, 29'u (%33.7) lise, 31'i (%36) üniversite mezunuydu. Kontrol grubundaki babaların 2'si (%2.7) okuryazar, 4'ü (%5.3) ilkokul, 3'ü (%4) ortaokul, 27'si (%36) lise, 39'u (%52) üniversite mezunuydu. Her iki gruptaki babaların eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında kontrol grubundaki babaların eğitim düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. ( $\chi^2=11.003$ ,  $p=0.027$ ).

Araştırma grubundaki babaların hepsi çalışıyordu. Kontrol grubundaki babaların 1'i (%1.3) çalışmıyordu. Araştırma grubundaki babaların 30'u (%34.9) serbest, 23'ü (%26.7) özel sektör, 33'ü (%38.4) kamuda çalışıyordu; kontrol grubundaki babaların 21'i (%28) serbest, 16'sı (%21.3) özel sektör, 37'si (%49.3) kamuda çalışıyordu. Çalışmadaki çocukların babalarının meslekleri arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=3.337$ ,  $p=0.342$ ).

Araştırma grubundaki annelerin 64'ü (%74.4), kontrol grubundaki annelerin 33'ü (%44) çalışmıyordu. Araştırma grubundaki annelerin 2'si (%2.3) serbest, 4'ü (%4.7) özel sektörde, 16'sı (18.6) kamuda çalışıyordu; kontrol grubundaki annelerin 1'i (%1.3) serbest, 5'i (%6.7) özel sektörde, 36'sı (%48) kamuda çalışıyordu. Çalışmaya katılan çocukların annelerinin meslekleri açısından anlamlı fark saptandı. ( $\chi^2=17.374$ ,  $p=0.001$ ).

Anne eğitim düzeylerine bakıldığında araştırma grubundaki annelerin 5'i (%5.8) sadece okur yazardı. Araştırma grubundaki annelerin 13'ü (%15.1) ilkokul, 14'ü (%16.3) ortaokul, 28'i (%32.6) lise, 26'sı (%30.2) üniversite mezunuydu. Kontrol grubundaki annelerin 13'ü (%17.3) ilkokul, 2'si (%2.7) ortaokul, 23'ü (%30.7) lise, 37'si (%49.3) üniversite mezunuydu. Her iki gruptaki annelerin eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. ( $\chi^2=15.733$ ,  $p=0.003$ ).

Araştırma grubundaki ebeveynlerin 80'i (%93), kontrol grubundaki ebeveynlerin 74'ü (%98.7) birlikte yaşıyordu. Araştırma grubundaki ebeveynlerin 6'sı (%7), kontrol grubundaki ebeveynlerin 1'i (%1.3) ayrılmıştı. Ebeveynlerin birliktelik oranı her iki grupta benzerdi ( $\chi^2=3.068$ ,  $p=0.08$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 12'sinin (%14) kontrol grubundaki çocukların 3'ünün (%4) anne ve babaları arasında akrabalık vardı. Araştırma grubunda anne baba arasındaki akrabalık oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $\chi^2=4.698$ ,  $p=0.03$ ).

Ailede psikiyatrik öykü sorgulandığında araştırma grubundaki çocukların 16'sının (%18.6), kontrol grubundaki çocukların 7'sinin (%9.3) ailesinde herhangi bir psikiyatrik öykü tespit edildi. Araştırma grubunda psikiyatrik öykü tespit edilen çocuklardan 5'inin (%5.8) kardeşinde DEHB, 2'sinin (%2.3) 2.derece yakınında mental retardasyon, 1'inin (%1.1) 3.derece yakınında mental retardasyon, 1'inin (%1.1) 3.derece yakınında otizm, 1'inin (%1.1) 2.derece yakınında şizofreni, 2'sinin (%2.3) anne ya da babasında depresyon, 2'sinin (%2.3) babasında panik bozukluk, 2'sinin (%2.3) anne ya da babasında anksiyete bozukluğu olduğu öğrenildi. Kontrol grubunda psikiyatrik öykü tespit edilen çocuklardan 1'inin (%1.3) babasında şizoaffektif bozukluk, 1'inin (%1.3) annesinde bipolar affektif bozukluk, 3'ünün (%4) anne ya da babasında depresyon ve 2'sinin (%2.6) annesinde panik bozukluk olduğu öğrenildi. Ailede herhangi bir psikiyatrik öykü oranı açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=2.812$ ,  $p=0.094$ ).

Gelir düzeyleri karşılaştırıldığında; araştırma grubunun 12'sinin (%14), kontrol grubunun 17'sinin (%22.7) gelir düzeyi düşük; araştırma grubunun 71'sinin (%82.6) kontrol grubunun 51'sinin (%68) gelir düzeyi orta; araştırma grubunun 3'ünün (%3.5), kontrol grubunun 7'sinin (%9.3) gelir düzeyi yüksekti. Ailelerin gelir düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=5.013$ ,  $p=0.082$ ).

Çocukların ailelerine ilişkin sosyodemografik veriler Tablo-6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6:** Çocukların Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri

Ailesel özellikler		Araştırma grubu		Kontrol grubu		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
<b>Baba eğitim düzeyi</b>	Okuryazar	1	(1,2)	2	(2,7)	11.003	0.027
	İlkokul	11	(12,8)	4	(5,3)		
	Ortaokul	14	(16,3)	3	(4)		
	Lise	29	(33,7)	27	(36)		
	Üniversite	31	(36)	39	(52)		
<b>Anne eğitim düzeyi</b>	Okuryazar	5	(5,8)	0	(0)	15.733	0.003
	İlkokul	13	(15,1)	13	(17,3)		
	Ortaokul	14	(16,3)	2	(2,7)		
	Lise	28	(32,6)	23	(30,7)		
	Üniversite	26	(30,2)	37	(49,3)		
<b>Baba meslek</b>	Çalışmıyor	0	(0)	1	(1,3)	3.337	0.342
	Serbest	30	(34,9)	21	(28)		
	Özel sektör	23	(26,7)	16	(21,3)		
	Kamu	33	(38,4)	37	(49,3)		
<b>Anne meslek</b>	Çalışmıyor	64	(74,4)	33	(44)	17.374	0.001
	Serbest	2	(2,3)	1	(1,3)		
	Özel sektör	4	(4,7)	5	(6,7)		
	Kamu	16	(18,6)	36	(48)		
<b>Anne baba akrabalık</b>	Var	12	(14)	3	(4)	4.698	0.03
	Yok	74	(86)	72	(96)		
<b>Ailede psikiyatrik öykü</b>	Var	16	(18,6)	7	(9,3)	2.812	0.094
	Yok	70	(81,4)	68	(90,7)		
<b>Ebeveyn birlikteliği</b>	Birlikte	80	(93)	74	(98,7)	3.068	0.08
	Ayrılmış	6	(7)	1	(1,3)		
<b>Gelir Düzeyi</b>	Düşük	12	(14)	17	(22,7)	5.013	0.082
	Orta	71	(82,6)	51	(68)		
	yüksek	3	(3,5)	7	(9,3)		

Her iki gruptaki çocukların babalarının yaşları arasında anlamlı fark bulunmadı. Kontrol grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0.017$ ). Anne ve babaların BMI Z-skor ortalamasına bakıldığında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.606$ ,  $p=0.522$ ). Çocukların ebeveynlerinin yaş ve BMI Z-skor ortalama değerleri Tablo-7’de verilmiştir.

**Tablo 7:** Çocukların Ebeveynlerinin Yaş ve BMI Z-skor Ortalama Değerleri

<b>ORTALAMA DEĞERLER±ss</b>	<b>Araştırma grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>p</b>
<b>Anne yaş</b>	33.8±5.18	35±4.96	0.017
<b>Baba yaş</b>	38.5±4.82	38.1±5.71	0.276
<b>Anne BMI</b>	24.68±3.76	24.35±3.88	0.606
<b>Baba BMI</b>	26.47±2.98	26.58±3.00	0.522

### 4.3. Çocukların Gelişimsel Özelliklerine İlişkin Bulgular

#### 4.3.1. Çocukların Prenatal Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çocukların prenatal özelliklerine bakıldığında çalışmaya dahil edilen çocukların araştırma grubundaki annelerin  $1.52±0.84$ . çocuğu olduğu, kontrol grubundaki annelerin  $1.77±0.76$ . çocuğu olduğu tespit edildi. Her iki grup arasında ailenin kaçınıcı çocuğu olması açısından anlamlı yoktu ( $p=0.086$ ).

Araştırma grubundaki annelerin 10’unun (%11.6), kontrol grubundaki annelerin 8’inin (%10.7) gebe kalmak için tedavi aldıkları tespit edildi. Her iki grup arasında gebelik tedavisi açısından anlamlı fark yoktu ( $\chi^2=0.037$ ,  $p=0.847$ ).

Araştırma grubundaki annelerin 13’ü (%15.1), kontrol grubundaki annelerin 5’i (%6.7) planlı bir gebelik olmadığını belirtti. Planlı gebelik oranları açısından anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=2.880$ ,  $p=0.090$ ).

Araştırma grubundaki annelerin 14’ü (%16.3), kontrol grubundaki annelerin 8’i (%10.7) herhangi bir sebeple gebeyken rutin ilaç kullanımı dışında bir ilaç kullandığını

belirtti. Gebelikte ilaç kullanım oranları açısından anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=1.070$ ,  $p=0.301$ ).

Gebeyken sigara kullanımını sorgulandığında araştırma grubundaki annelerin 7'si (%8.1), kontrol grubundaki annelerin 3'ü (%4) sigara kullandığını belirtti. Sigara kullanımını açısından her iki grup arasında anlamlı fark yoktu ( $\chi^2=1.178$ ,  $p=0.278$ ). Çalışmaya katılan çocukların prenatal öykülerine ilişkin bilgiler Tablo-8'de verilmiştir.

**Tablo 8:** Çocukların Prenatal Özelliklerinin Karşılaştırılması

Prenatal Öykü		Araştırma grubu		Kontrol grubu		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
Gebelikte tedavi	Evet	10	(11.6)	8	(10.7)	0.037	0.847
	Hayır	76	(88.4)	67	(89.3)		
Planlı gebelik	Evet	73	(84.9)	70	(93.3)	2.880	0.090
	Hayır	13	(15.1)	5	(6.7)		
Gebelikte ilaç kullanımı	Evet	14	(16.3)	8	(10.7)	1.070	0.301
	Hayır	72	(83.7)	67	(89.3)		
Gebelikte sigara kullanımı	Evet	7	(8.1)	3	(4)	1.178	0.278
	Hayır	79	(91.9)	72	(96)		
Ortalama değerler±ss		Araştırma grubu		Kontrol grubu		p	
Annenin kaçınıcı çocuğu		1.52±0.84		1.77±0.76		0.086	

#### 4.3.2. Çocukların Natal (doğum) Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan çocukların doğum öyküleri değerlendirildiğinde; araştırma grubundaki çocukların doğum kilosunun  $3213\pm 427$  gr, kontrol grubundaki çocukların  $3227\pm 507$  gr olduğu, her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ( $p=0.179$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 25'i (%29.1), kontrol grubundaki çocukların 20'si (%26.7) normal vajinal yolla doğmuşlardı. Doğum şekli açısından, her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ( $\chi^2=0.115$ ,  $p=0.735$ )

Araştırma grubundaki çocuklardan 12'sinde (%14), kontrol grubundaki çocukların 2'sinin (%2.7) doğumda morarma öyküsü vardı. Araştırma grubunda doğduğunda morarma oranı anlamlı yüksek tespit edildi ( $\chi^2=6.428$ ,  $p=0.011$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 30'u (%34.9), kontrol grubundaki çocukların 23'ü (%30.7) sarılık geçirmişti. Her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ( $\chi^2=0.323$ ,  $p=0.570$ ).

Çalışmaya katılan çocukların natal öyküleri Tablo-9'da verilmiştir.



**Tablo 9:** Çocukların Natal Öykülerine İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması

Natal Öykü		Araştırma grubu		Kontrol grubu		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
Doğum zamanı	Zamanında	66	(%76.7)	62	(%82.7)	0.911	0.634
	Erken	18	(%20.9)	12	(%16)		
	Geç	2	(%2.3)	1	(%1.3)		
Doğum şekli	Normal	25	(%29.1)	20	(%26.7)	0.115	0.735
	Sezaryen	61	(%70.9)	55	(%73.3)		
Morarma Öyküsü	Var	12	(%14)	2	(%2.7)	6.428	0.011
	Yok	74	(%86)	73	(%97.3)		
Küvözde Kalma	Var	19	(%22.1)	9	(%12)	2.841	0.092
	Yok	67	(%77.9)	66	(%88)		
Sarılık öyküsü	Var	30	(%34.9)	23	(%30.7)	0.323	0.570
	Yok	56	(%65.1)	52	(%69.3)		
Ortalama değerler±ss		Araştırma grubu		Kontrol grubu		p	
Doğum kilosu (gr)		3213±427		3227±507		0.179	



### 4.3.3. Çocukların Postnatal Öykülerinin Karşılaştırılması

#### 4.3.3.1. Çocukların Motor Gelişimlerinin ve Gelişim Basamaklarının Karşılaştırılması

Çocukların motor gelişimlerine bakıldığında araştırma ve kontrol grubundaki çocukların sırasıyla; destekli oturması  $6.10 \pm 0.93$  ay ve  $5.93 \pm 1.03$  ay, desteksiz oturması  $7.52 \pm 1.21$  ay ve  $7.32 \pm 1.07$  ay, yürümesi  $12.84 \pm 2.47$  ay ve  $12.70 \pm 1.46$  ay olarak saptandı. Her 3 gelişim basamağı açısından araştırma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların sırasıyla; cümle kurmaya başlaması  $19.42 \pm 7.44$  ay ve  $14.48 \pm 5.52$  ay olarak saptandı cümle kurmaya başlama ayı araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulundu ( $p=0.032$ ).

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların sırasıyla; tuvalet eğitimini alması  $32.52 \pm 7.16$  ay ve  $30.64 \pm 5.61$  ay olarak saptandı. Tuvalet eğitimine başlama araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulundu ( $p=0.036$ ).

Çocukların motor gelişim öyküleri Tablo-10'da verilmiştir.

**Tablo 10:** Çocukların Motor Gelişimlerine ve Gelişim Basamaklarına Ait Karşılaştırma

<b>Motor Gelişimi ortalama değerleri<math>\pm</math>ss (ay cinsinden)</b>	<b>Araştırma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>p</b>
<b>Destekli Oturma</b>	$6.10 \pm 0.93$	$5.93 \pm 1.03$	0.497
<b>Desteksiz Oturma</b>	$7.52 \pm 1.21$	$7.32 \pm 1.07$	0.691
<b>Yürüme</b>	$12.84 \pm 2.47$	$12.70 \pm 1.46$	0.890
<b>Konuşma</b>	$19.42 \pm 7.44$	$14.48 \pm 5.52$	0.032
<b>Tuvalet Eğitimi</b>	$32.52 \pm 7.16$	$30.64 \pm 5.61$	0.036

#### 4.3.3.2. Çocukların Beslenme Öyküsünün Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki çocukların 80'i (%93 ), kontrol grubundaki çocukların 73'ü (%97.3) anne sütü almıştı. Anne sütü alımı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ( $\chi^2=1.576$ ,  $p=0.209$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 43'ü (%50), kontrol grubundaki çocukların 48 (%64) formül mama kullanmıştı. Formül mama alımı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ( $\chi^2=3.195$ ,  $p=0.740$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 49'u (%57), kontrol grubundaki çocukların 50'si (%66.7) biberonla beslenmişti. İki grup arasında anlamlı fark yoktu ( $\chi^2=1.589$ ,  $p=0.208$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 29'u (%33.7), kontrol grubundaki çocukların 36'sı (%48) emzik kullanmıştı. İki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=3.393$ ,  $p=0.065$ ).

Araştırma grubundaki çocukların 21'inin (%24.4), kontrol grubundaki çocukların 17'sinin (%22.7) ek gıdaya geçerken belirgin güçlük yaşadığı tespit edildi. Ek gıdaya geçerken güçlük yaşama açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ( $\chi^2=0.068$ ,  $p=0.794$ ).

Araştırma grubundaki annelerin 28'i (%32.6), kontrol grubundaki annelerin 21'i (%28) çocuklarını zor beslenen bebek olarak tanımladı. İki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=0.393$ ,  $p=0.531$ ).

Araştırma grubundaki annelerin 47'si (%54.7), kontrol grubundaki annelerin 40'ı (%53.3) çocuklarını seçici bebek olarak tanımladı. Besin seçiciliği açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=0.028$ ,  $p=0.867$ ).

Çocukların Beslenme özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo-11'de verilmiştir.

**Tablo 11:** Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması

Postnatal Öyküsü	Beslenme	Araştırma grubu		Kontrol grubu		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
Anne sütü alımı	Var	80	(93)	73	(97.3)	1.576	0.209
	Yok	6	(7)	2	(2.7)		
Formül mama kullanımı	Var	43	(50)	48	(64)	3.195	0.740
	Yok	43	(50)	27	(36)		
Biberon kullanımı	Var	49	(57)	50	(66.7)	1.589	0.208
	Yok	37	(43)	25	(33.3)		
Emzik kullanımı	Var	29	(33.7)	36	(48)	3.393	0.065
	Yok	57	(66.3)	39	(52)		
Ek gıdaya geçerken güçlük yaşama	Evet	21	(24.4)	17	(22.7)	0.068	0.794
	Hayır	65	(75.6)	58	(77.3)		
Bebeklikte zor beslenme öyküsü	Evet	28	(32.6)	21	(28)	0.393	0.531
	Hayır	58	(67.4)	54	(72)		
Besinlerde seçicilik	Evet	47	(54.7)	40	(53.3)	0.028	0.867
	Hayır	39	(45.3)	35	(46.7)		

Araştırma grubundaki çocuklar ve kontrol grubundaki çocuklar sırasıyla; toplam anne sütü 8.31±8.29 ay ve 12.70±7.30 ay, formül mama başlama 4.52±4.37 ay ve 4.56±3.49 ay, inek sütü başlama 13.10±5.11 ay ve 13.48±3.92 ay, unlu gıda başlama 9.10±2.68 ay ve 9.64±3.63 ay olarak tespit edildi. Araştırma ve kontrol grubunda bu süreler açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Çocukların bu besinlere başlama süresine ilişkin ortalama değerler Tablo-12’de verilmiştir.

**Tablo 12:** Besin Alımına Başlama Sürelerinin Karşılaştırılması

<b>Ortalama alım zamanı±ss(ay cinsinden)</b>	<b>Araştırma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>p</b>
<b>Toplam anne sütü</b>	8.31±8.29	12.70±7.30	0.799
<b>Formül mama başlama</b>	4.52±4.37	4.56±3.49	0.917
<b>İnek sütü başlama</b>	13.10±5.11	13.48±3.92	0.774
<b>Unlu gıda başlama</b>	9.10±2.68	9.64±3.63	0.686

#### **4.4. Çocukların Gastrointestinal Semptomlarına İlişkin Bulgular**

Bebekliğindeki gastrointestinal semptomlara bakıldığında araştırma grubundaki çocukların 8'inin (%9.3) ve kontrol grubundaki çocukların 5'inin (%6.7) sık ishal olduğu belirtildi. Bebekken sık ishal geçirme açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.540$ ). Araştırma grubundaki çocukların 19'unun (%22.1) ve kontrol grubundaki çocukların 17'sinin (%22.7) sık kabız olduğu belirtildi. Bebekken sık kabız olma açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.931$ ). Araştırma grubundaki çocukların 20'sinin (%23.3) ve kontrol grubundaki çocukların 21'inin (%28) sık kusma semptomu olduğu belirtildi. Bebekken sık kusma açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.491$ ). Araştırma grubundaki çocukların 21'inin (%24.4) ve kontrol grubundaki çocukların 15'inin (%20) sık karın ağrısı olduğu belirtildi. Bebekken sık karın ağrısı açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.502$ ).

Şu anki gastrointestinal semptomlara bakıldığında araştırma grubundaki çocukların 3'ünün (%3.5) ve kontrol grubundaki çocukların 1'inin (%1.3) sık ishal olduğu belirtildi. Sık ishal geçirme açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.381$ ). Araştırma grubundaki çocukların 11'inin (%12.8) ve kontrol grubundaki çocukların 12'sinin (%12) sık kabız olduğu belirtildi. Sık kabız olma açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.879$ ) Araştırma grubundaki çocukların 1'inin (1.2) ve kontrol grubundaki çocukların 2'sinin (%2.7) sık kusma

şikayeti olduğu belirtildi. Sık kusma şikâyeti açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.481$ ). Araştırma grubundaki çocukların 13'ünün (%15.1) ve kontrol grubundaki çocukların 4'ünün (%5.3) sık karın ağrısı olduğu belirtildi. Karın ağrısı araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulundu ( $p=0.044$ ).

Bebekliğinde ve şu anda var olan GIS semptomlarına ilişkin bilgiler Tablo-13'de verilmiştir.



**Tablo 13: GİS Semptomlarının Karşılaştırılması**

Gastrointestinal semptomlar			Araştırma Grubu n %	Kontrol grubu n %	X <sup>2</sup>	p
Bebekliğinde sık görülen semptom	İshal	Evet	8 (9.3)	5 (6.7)	0.375	0.540
		Hayır	78 (90.7)	70 (93.3)		
	Kabızlık	Evet	19 (22.1)	17 (22.7)	0.008	0.931
		Hayır	67 (77.9)	58 (77.3)		
	Kusma	Evet	20 (23.3)	21 (28)	0.475	0.491
		Hayır	66 (76.7)	54 (72)		
	Karın Ağrısı	Evet	21 (24.4)	15 (20)	0.451	0.502
		Hayır	65 (75.6)	60 (80)		
Şu anda sık görülen semptom	İshal	Evet	3 (3.5)	1 (1.3)	0.768	0.381
		Hayır	83 (96.5)	74 (98.7)		
	Kabızlık	Evet	11 (12.8)	9 (12)	0.023	0.879
		Hayır	75 (87.2)	66 (88)		
	Kusma	Evet	1 (1.2)	2 (2.7)	0.495	0.481
		Hayır	85 (98.8)	73 (97.3)		
	Karın Ağrısı	Evet	13 (15.1)	4 (5.3)	4.060	0.044
		Hayır	73 (84.9)	71 (94.7)		

#### 4.5. Çocukların Yeme Tutumu ve Besin Alerjisi Öyküsüne İlişkin Bulgular

Araştırma ve kontrol grubu arasında yeme tutum ve davranışlarına bakıldığında araştırma grubundaki çocuklardan 39'u (%45.3), kontrol grubundaki çocuklardan 25'i (%33.3) belirli kıvamdaki yiyeceklere seçicilik gösteriyordu. Belirli kıvamdaki yiyecek seçiciliği oranları iki grupta da benzerdi. ( $\chi^2=2.415$ ,  $p=0.120$ ).

‘Normal diyetinde toplam kaç farklı yiyeceği yiyebilir?’ sorusuna araştırma grubundaki çocukların ve kontrol grubundaki çocukların sırasıyla 3'ü (%7) ve 3'ü (%4) 5'den az, 13'ü (%15.1) ve 2'si (%2.7) 6-10 arası, 35'i (%40.7) ve 24'ü (%32) 11-20 arası, 11'i (%12.8) ve 34'ü (%45.3) 21-30 arası, 21'i (%24.4) ve 12'si (%16) 30'dan fazla cevabı alındı. Kontrol grubunda diyet çeşitliliği anlamlı oranda yüksek bulundu ( $\chi^2=24.691$ ,  $p<0.001$ ).

Besin alerjisi sorgulandığında araştırma grubundaki çocukların 5'inin (%5.8), kontrol grubundaki çocukların 7'sinin (%9.3) besin alerjisi olduğu saptandı. Besin alerjisi açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2=0.719$ ,  $p=0.396$ ).

Çocukların şimdiki yeme tutumu ve besin alerjisi öyküsü Tablo-14'de gösterilmiştir.

**Tablo 14:** Çocukların Şimdiki Yeme Tutumu ve Besin alerji Öyküsünün Karşılaştırılması

Şimdiki Yeme Tutumu		Araştırma Grubu		Kontrol grubu		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
Belirli kıvamdaki yiyeceklere seçicilik	Evet	39	(45.3)	25	(33.3)	2.415	0.120
	Hayır	47	(54.7)	50	(66,7)		
Normal diyetinde toplam kaç farklı yiyeceği yiyebilir	5'den az	3	(7)	3	(4)	24.691	<0.001
	6-10	13	(15.1)	2	(2.7)		
	11-20	35	(40.7)	24	(32)		
	21-30	11	(12.8)	34	(45.3)		
	30'dan fazla	21	(24.4)	12	(16)		
Besin alerjisi	Var	5	(5.8)	7	(9.3)	0.719	0.396
	Yok	81	(94.2)	68	(90.7)		

#### 4.6. Çocukların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubundaki çocukların ve kontrol grubundaki çocukların sırasıyla; Body Mass Index (BMI) Z-skor  $0.52 \pm 1.24$ ,  $0.15 \pm 1.32$ ; Ağırlık Z-skor  $0.55 \pm 1.1$ ,  $0.21 \pm 0.84$ ; Boy Z-skor  $0.34 \pm 1.31$ ,  $0.15 \pm 1.02$ ; Boya göre ağırlık Z-skor  $0.49 \pm 1.21$ ,  $0.15 \pm 1.29$ ; OKÇ Z-skor  $0.27 \pm 1.20$ ,  $0.03 \pm 0.82$ ; TDKK Z-skor  $1.06 \pm 0.80$ ,  $0.94 \pm 0.82$  olarak saptandı. BMI Z-skor ve Ağırlık Z-skoru araştırma grubunda anlamlı oranda yüksekken, Boy Z-skor, Boya göre ağırlık Z-skor, ; OKÇ Z-skor, TDKK Z-skor arasında her iki grupta anlamlı fark bulunmadı.

Çocukların antropometrik ölçümleri ortalama, median, minimum ve maximum değerleri ile birlikte Tablo-15'te verilmiştir.

**Tablo 15:** Çocukların BMI, Ağırlık, Boy, Boya göre ağırlık, OKÇ ve TDKK Z-Skorlarının Karşılaştırılması

Z-skor	Değerler	Araştırma Grubu n=86	Kontrol grubu n=75	p
<b>BMI</b>	<b>Ortalama±ss</b>	0.52±1.24	0,15±1.32	0.032
	<b>Median</b>	0.50	0.07	
	<b>Minimum</b>	-1.77	-4.49	
	<b>Maximum</b>	2.72	2.79	
<b>Ağırlık</b>	<b>Ortalama±ss</b>	0.55±1.11	0.21±0.84	0.044
	<b>Median</b>	0.42	0.22	
	<b>Minimum</b>	-0.95	-1.70	
	<b>Maximum</b>	2.75	1.64	
<b>Boy</b>	<b>Ortalama±ss</b>	0.34±1.31	0.15±1.02	0.655
	<b>Median</b>	0.17	0.42	
	<b>Minimum</b>	-1.31	-2.91	
	<b>Maximum</b>	3.27	1.80	
<b>Boya göre ağırlık</b>	<b>Ortalama±ss</b>	0.49±1.21	0.15±1.29	0.315
	<b>Median</b>	0.38	-0.04	
	<b>Minimum</b>	-1.76	-4.23	
	<b>Maximum</b>	2.59	3.02	
<b>OKÇ*</b>	<b>Ortalama±ss</b>	0.27±1.20	0.03±0.82	0.221
	<b>Median</b>	-0.07	0.04	
	<b>Minimum</b>	-0.99	-1.79	
	<b>Maximum</b>	2.62	1.60	
<b>TDKK*</b>	<b>Ortalama±ss</b>	1.06±0.80	0.94±0.82	0.847
	<b>Median</b>	1.05	1.05	
	<b>Minimum</b>	-0.39	-0.44	
	<b>Maximum</b>	2.87	2.57	

\*OKÇ;üst orta kol çevresi, TDKK; triseps deri kıvrım kalınlığı



#### 4.7. Çocukların Beslenme ve Besleme Tarzına Ait Ölçek Puanlarına İlişkin

##### Bulgular

“ÇYDA” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında gıda heveslisi, emosyonel aşırı yeme, gıdadan keyif alma, emosyonel az yeme, yemek seçiciliği, tokluk heveslisi ve yavaş yeme alt ölçek puanlarında her iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı. İçme tutkusu alt ölçek puanı araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulundu ( $p=0.009$ ).

**Tablo 16:** ÇYDA Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

ÇYDA alt ölçeği puanı ortalama değer±ss	Araştırma grubu	Kontrol grubu	p
Gıda heveslisi	8.83±4.30	7.73±2.60	0.347
Emosyonel aşırı yeme	6.03±2.19	5.73±2.10	0.462
Gıdadan keyif alma	14.30±5.23	14.01±4.18	0.669
İçme tutkusu	8.81±3.62	7.29±2.93	0.009
Tokluk heveslisi	22.40±5.59	22.28±4.68	0.851
Yavaş yeme	11.16±4.10	10.70±3.69	0.494
Emosyonel az yeme	11.30±3.65	11.77±3.34	0.549
Yemek seçiciliği	6.82±3.19	6.78±2.26	0.647

“EBTA” alt ölçeklerine bakıldığında, emosyonel besleme, yemeye teşvik/cesaret verme, sıkı kontrollü ve toleranslı kontrollü besleme alt ölçek puanlarında her iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı. Yardımcı besleme alt ölçek puanı araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulundu ( $p=0.001$ )

**Tablo 17:** EBTA Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

<b>EBTA alt ölçeği puanı ortalama değer±ss</b>	<b>Araştırma grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>p</b>
<b>Emosyonel besleme</b>	11.50±4.37	11.16±3.83	0.677
<b>Yardımcı besleme</b>	9.44±3.28	7.70±2.68	0.001
<b>Yemeye teşvik/cesaret verme</b>	28.86±5.36	28.97±4.52	0.886
<b>Sıkı kontrollü</b>	14.02±3.14	14.45±2.82	0.283
<b>Toleranslı kontrollü</b>	16.27±2.65	16.66±2.08	0.346

“DPBDÖ” puanlarına bakıldığında toplam puan araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0.002$ ). Yine toplam puana göre yeme probleminin varlığı araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu ( $\chi^2=8.553$ ,  $p=0.003$ ). Alt ölçek puanlarına göre karşılaştırıldığında ise yiyecek seçiciliği alt ölçek puanı araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0.023$ ). Geç dönem yiyecek reddi alt ölçek puanı da araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Erken dönem yiyecek reddi ve erken dönem pütürlü yiyecek reddi alt ölçek puanlarında her iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı.

**Tablo 18:** DPBDÖ Toplam Puan ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

DPBDÖ puanları		Araştırma grubu		Kontrol grubu		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%		
Yeme problemi (toplam puan>84)	Var	41	(47.7)	19	(25.3)	8.553	0.003
	Yok	45	(52.3)	56	(74.7)		
DPBDÖ alt ölçeği puanı ortalama değer±ss		Araştırma grubu		Kontrol grubu		p	
Yiyecek seçiciliği		19.26±5.01		17.69±4.38		0.023	
Erken dönem yiyecek reddi		11.73±4.12		10.44±2.58		0.062	
Erken dönem pütürlü yiyecek reddi		7.81±3.35		6.97±2.05		0.265	
Geç dönem yiyecek reddi		19.01±4.95		15.68±3.54		<0.001	
DPBDÖ ölçeği toplam puanı		81.75±17.99		73.33±12.91		0.002	

CADÖ alt ölçek puanlarıyla DPBDÖ alt ölçek puanları arasında araştırma grubunda anlamlı çıkan korelasyon analizlerine baktığımızda; CADÖ hiperaktivite puanlarıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanan DPBDÖ alt puanları şu şekildedir; DPBDÖ toplam puan ( $p=0.003$ ,  $r=0.318$ ), erken dönem yiyecek reddi ( $p=0.007$ ,  $r=0.288$ ) ve geç dönem yiyecek reddi ( $p=0.000$ ,  $r=0.465$ ). CADÖ dikkatsizlik puanlarıyla pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanan DPBDÖ alt puanları şu şekildedir; DPBDÖ toplam puan ( $p=0.002$ ,  $r=0.327$ ), yiyecek seçiciliği ( $p=0.029$ ,  $r=0.236$ ), erken dönem pütürlü yiyecek reddi ( $p=0.046$ ,  $r=0.216$ ) ve geç dönem yiyecek reddi ( $p=0.020$ ,  $r=0.250$ ).

**Tablo 19:** CADÖ Alt Ölçek Puanları ile DPBDÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizleri

	<b>CADÖ hiperaktivite</b>		<b>CADÖ dikkatsizlik</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>DPBDÖ toplam</b>	0.318	0.003	0.327	0.002
<b>Yiyecek seçiciliği</b>	0.028	0.799	0.236	0.029
<b>Erken dönem yiyecek reddi</b>	0.288	0.007	0.173	0.111
<b>Erken dönem pütürlü yiyecek reddi</b>	0.175	0.170	0.216	0.046
<b>Geç dönem yiyecek reddi</b>	0.465	0.000	0.250	0.020

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda çocuk psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran ve DEHB tanısı olan okul öncesi yaştaki çocuklarda gelişimsel beslenme özelliklerinin, yeme davranışlarının ve ebeveynlerinin besleme tarzının ve bazı antropometrik ölçümlerinin sağlıklı grupla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla 4-6 yaş aralığındaki çocukların araştırmacı tarafından boy, kilo, OKÇ ve TDKK ölçümleri yapılmış, tüm çocukların primer bakım veren ebeveynine Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ), Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi (ÇBDA), Ebeveyn Besleme Tarzı Anketi (EBTA), Gelişim Değerlendirme Formu (GDF), Sosyodemografik Veri Formu (SDVF), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ) uygulanmıştır. Sonuçlar herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından benzer çocuklar ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan çocukların demografik verileri incelendiğinde; araştırma grubunda yer alan 86 çocuktan 62'si erkek (%72,1), kontrol grubunda yer alan 75 çocuktan 50'si erkek (%66,7) cinsiyette idi. Araştırma grubunun yaş ortalaması  $60.71 \pm 13.21$  ay, kontrol grubunun yaş ortalaması  $57.77 \pm 11.87$  ay olarak belirlendi. Her iki grubun yaş ve cinsiyetleri benzerdi. DEHB'nin erkeklerde 2,5 kat fazla görüldüğü bildirilmiş olup; araştırmamızın verileri de bu bilgi ile uyumlu idi (21, 27). Bizim çalışmamızda da erkek/kız oranı yaklaşık 2,5/ 1 idi. Çalışmamızda araştırma ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyet açısından benzer olduğu ve olguların sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı fark olmadığı göz önüne alındığında; yeme ve yedirme tutumlarını etkileyebilecek bu değişkenlerin dışlanması ile çalışmamızın homojen bir gruptan oluşması sağlanmıştır.

DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek birliktelik gösterdiği sıkça bildirilmiştir. Bunlara ek olarak, çeşitli tıbbi-medikal sorunların (silik fiziksel anormallikler, alerjik ve nörolojik hastalıklar, obezite ve yeme bozuklukları, travmatik yaralanmalar, riskli cinsel davranışlar, uyku bozuklukları v.b.) ve mesleki, adli ve akademik sorunların bu hastalarda yüksek oranlarda görüldüğü belirlenmiştir (58, 105). Bizim çalışmamızda ek tıbbi hastalık oranı ve buna bağlı ilaç kullanımının araştırma grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür.

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında yüksek genetik yatkınlık gözlemlendiği belirtilmesine rağmen, henüz DEHB'nin temelindeki moleküler mekanizmalar yeterince aydınlatılamamıştır. Klinik örneklemelerde yapılan aile çalışmalarında DEHB olan çocukların anne babalarında DEHB olma riskinin 2 ile 8 kat fazla olduğu saptanmıştır (106). DEHB olan kişilerin hem anne babalarında hem de kardeşlerinde DEHB riskinin yüksek olması dikkat çekicidir. DEHB'de yapılan ikiz çalışmaları incelendiğinde DEHB'nin genetik geçiş oranı .80 olarak tahmin edilmektedir (48). Çalışmamızda DEHB tanısı alan çocukların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen her iki grup arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. DEHB tanısı alan çocukların ailelerinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar DEHB ve mental retardasyon idi.

Akraba evliliklerinin genetik geçişli psikiyatrik hastalıklar için risk oluşturduğu söylenebilir (107). Anne ve baba arasında akrabalık durumuna bakıldığında araştırma grubunda bu oran anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışmamız DEHB'de önemli bir parametre olan ailesel yüklülüğe de işaret eden bir gösterge olabilir.

Anne ve baba eğitim seviyeleri kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. Genel olarak bu alandaki araştırmalar anne ve baba eğitim seviyelerinin DEHB grubunda daha düşük olmasını ebeveynlerde DEHB sıklığının artması ve bu durumun kötü akademik sonuçlara yol açması ile ilişkilendirmektedir(108). Bununla birlikte bu durum araştırmamızın yapıldığı merkezin genel özelliklerinden de kaynaklanıyor olabilir. DEHB ve kontrol grubu arasında; anne yaşı, baba yaşı, ebeveynlerin birlikteliği ve gelir düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı.

DEHB'nin gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan dönemindeki sorunlarla ilgisi de araştırılmaktadır. Konuyla ilgili çalışmalarda bozukluğun nedenleri arasında prenatal toksik etkenler, prematür doğum ve prenatal dönemde gelişmekte olan sinir sistemine fiziksel hasarın bulunduğu bildirilmektedir. Annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasındaki tıbbi durumu ve doğum komplikasyonlarının çocuktaki hiperaktivite için risk oluşturduğu bildirilmiştir (109). Szatmari ve arkadaşları 1000 gramdan daha düşük doğum ağırlığı ile psikiyatrik bozukluk ilişkisini araştırmışlar ve kontrollerde %6.9 iken araştırma grubunun %16'sında DEHB saptamışlardır. Ancak nörogelişimsel sorunlar kontrol edildiğinde düşük doğum ağırlığı ile DEHB arasındaki bu ilişki anlamlı bulunmamıştır (110). Minder ve arkadaşları gebelik sorunları, doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğan hastalıklarının oranına göre hiperaktif ve kontrol grupları arasında farklılıklardan çok benzerliklerin olduğunu bulmuşlardır (111). Bizim

çalışmamızda da doğum ağırlığı, küvözde kalma öyküsü ve sarılık öyküsü açısından gruplar arasında fark saptanmazken doğumda morarma öyküsü araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek saptandı. Her iki grubun prenatal, natal ve postnatal özellikler açısından benzer olması, değerlendirilmesini amaçladığımız besleme, beslenme ve antropometrik ölçümlere ait sonuçlara bu faktörlerin etkisini ortadan kaldırmaktadır.

Bebeklik ve çocukluk çağında görülen motor gelişim ve dil gelişim gecikmesinin, ileriki yaşlarda DEHB ile bağlantısı konusundaki çalışmaların sonuçları çelişkili olsa da birkaç çalışmada ilişki gösterilmiştir. Fakat DEHB semptomlarının özellikle de dikkat eksikliğinin mi bu gecikmeler ile ilişkili olduğu yoksa altta yatan nöropsikolojik bozuklukların mı hem DEHB semptomlarına hem gelişimsel gecikmelere neden olduğu açık değildir (112). Bizim çalışmamızda gruplar gelişim basamaklarına göre incelendiğinde her iki grubun gelişim basamakları normal sınırlar içinde bulunmuştur. Konuşmaya başlama ve tuvalet eğitimi kazanma zamanı incelendiğinde araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha geç olduğu saptandı.

Bebeklik çağından itibaren düzenli beslenmenin çocuğun gelecekteki bilişsel becerileri ve okul başarısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (113) Polonya'da yapılan bir çalışmada DEHB tanısı olan çocukların % 60'ının DEHB olmayan kontrol grubundakilerin ise % 32,5'inin 3 aydan daha kısa anne sütü ile beslendiği saptanmıştır. Bu çalışmada, anne sütünün zeka gelişimi için yararlı biyolojik yapıda olduğu, erken yaşamda beyin fonksiyonlarına etki edebileceği, zekâ gelişimine yararlı bazı yağ asitleri içerdiği, bu yağ asitlerinin eksikliğinin DEHB'e neden olabileceği belirtilmiştir (114). Bizim çalışmamızda ise çocukların bebeklik dönemleri sorgulandığında; anne sütü alımı, formül mama kullanımı, ek gıdaya geçerken güçlük yaşama, bebeklikte zor beslenme ve besinlerde seçicilik gösterme her iki grup arasında benzerdi.

DEHB tanılı çocuklarda alerjik bozukluklara sık olarak rastlanılabileceği, diğer yandan alerjik hastalıkları olan çocuklarda da daha fazla DEHB semptomu gözleendiği bildirilmiştir (115, 116). Besinlerdeki katkı maddelerine alerji ise özellikle okul öncesindeki olguların %5'inde DEHB gelişiminden sorumlu olabilir (53). Buna karşın DEHB ile alerjiler arasında bir bağlantı saptanamayan çalışmalar da bulunmaktadır (117). Dolayısıyla DEHB ile alerjiler arasındaki ilişkinin doğası kesin olarak ortaya konmuş değildir. Bizim çalışmamızda alerji öyküsü açısından araştırma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

DEHB'li çocuklarda yaygınlığı giderek artmakta olan en önemli komorbiditelerden biri de obezitedir. Son birkaç yılda DEHB ile aşırı kilo/obezite

komorbiditesine ilgi artış göstermiştir. Çalışmalar, DEHB'nin aşırı kilo için risk faktörü olabileceğini göstermektedir (118) Araştırmacılar, büyüme çizelgeleri veya kontrol grubu ile karşılaştırıldığında DEHB'si olan çocuk ve ergenlerde daha yüksek vücut ağırlığı veya vücut kitle indeksi (BMI) gözlemlemiştir (119, 120, 121). Başka bir çalışmada da DEHB olan çocuklarda aşırı kilo ve obezite prevalansının sırasıyla % 19.6 ile % 29 ve % 7.2 ile % 18.9 arasında olduğu bildirilmiştir (14). Chen ve ark. 10 ve 17 yaşları arasındaki geniş bir çocuk örnekleminde, sağlıklı olgularda obezite prevalansını % 12,2, otizmde % 23,4, DEHB hastalarında % 18,9 olarak bulmuşlar ve kronik nörolojik sorunları olan çocuklarda obezite prevalansının daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (14). Bununla birlikte, bazı çalışmalar vücut ağırlığı ile DEHB arasında ilişki olmadığını göstermiştir (122, 123). Curtin ve ark. 2 ila 18 yaş arası çocuklarda aşırı kilo/ obezite prevalansının normal popülasyona benzer olduğunu, ancak sadece 2 ila 5 yaş arasında DEHB olan hastalarda daha fazla obezite riskine sahip olduğunu belirtmiştir (99). Yine Güngör ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada malnütrisyon ve aşırı kilo/obezite sıklığının DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu ve DEHB'nin düzensiz yeme alışkanlıkları geliştirerek yeme bozukluklarının gelişimi için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (98). Bu farklı görüşlerin ışığında Cortese ve Vincenzi, hem klinik hem de epidemiyolojik örneklerle yapılan tüm bu çalışmaların sistematik gözden geçirmesinde DEHB'li bireylerin ortalama BMI Z-skorunun daha yüksek veya DEHB olmayan bireylere kıyasla daha yüksek bir aşırı kilo/obezite prevalansı olduğu sonucuna varmıştır (93). Obezite ve aşırı kilonun, çoğu çocukta erişkinliğe ilerlediği ve diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar açısından sekonder riskler oluşturduğu bilindiğinden çocukluk çağıının en sık görülen nöropsikiyatrik hastalığı olan DEHB ve obezite ilişkisini aydınlatmaya yönelik araştırmalar oldukça önem taşımaktadır. Bu birlikteliği açıklamak için de pek çok teori öne sürülmektedir.

DEHB'de dürtüsellik ve dikkatsizliğin davranışsal etkilerinin ve dopaminerjik sistemi içeren ortak nörobiyolojik işlev bozukluğunun varlığı düzensiz bir beslenme biçimine yol açarak kilo alımına katkıda bulunabilir. Birçok çalışma, aşırı yeme, tıknircasına yeme ve bulimik davranışlar gibi sorunlu yeme davranışlarının obezite ile DEHB arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini işaret etmektedir (12, 93, 94). DEHB'de görülen dürtüsellik ve davranış düzenleme güçlüklerinin diyet düzenindeki değişikliklere ve sonuç olarak obezitenin gelişimine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (15). Dürtüsel çocukların diğer yaşlılarına oranla değişik renk, biçim, tad ve dokudaki yiyecekleri daha



fazla tükettikleri de gösterilmiştir (124). Bu verilerle DEHB'nin yeme çeşitliliğini, miktarını ve tarzını etkileyebileceği sonucuna ulaşılabilir.

Diğer yandan yakın zamanda yapılan genomla ilişkilendirme çalışmaları da, yağ ve obezite ilişkili transkript geni (FTO) minör aleli rs9939609 olan çocukların DEHB semptomları geliştirme ihtimalinin daha az olası olduğunu desteklemiştir (125). DEHB patofizyolojisinde rol oynayan dopamin yolakları da bu ilişkiyi açıklayabilir. DEHB'si olan kişilerin dopamin-doğal ödül mekanizması sisteminin yetersiz çalışması nedeniyle "lezzetli" gıdaları tercih etmeleri mümkündür (90). Yine DEHB de görülen zayıf planlama ve organizasyon kabiliyeti, bulimik davranışlar gibi anormal yeme davranışlarına yol açarak obeziteye neden olabilmektedir (96). Öte yandan DEHB ve obezite birlikteliğinin azalmış fiziksel aktivite, depresyon/anksiyete ve davranış problemleri gibi komorbid durumlarla ilişkili olabileceği de bildirilmiştir (14). Sistematik bir gözden geçirmede, çalışmaların oldukça büyük bir bölümünün, psikiyatrik komorbiditelerin olası karıştırıcı etkisi için kontrol edilmediği, DEHB'li bireylerde bulunan obezite/aşırı kilo oranlarının ne ölçüde DEHB veya eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu belirlemenin mümkün olmadığı bildirilmiştir.(93) Bizim çalışmamızda ise psikiyatrik komorbidite dışlandığı için bu faktörün sonuçlara olan etkisi göz ardı edilebilir ve bu açıdan çalışmamızın daha anlamlı bulgular sunduğu söylenebilir.

Literatürde DEHB de kullanılan stimulan tedavisinin büyüme ve gelişme üzerine olan etkisi ele alındığında ise çelişkili görüşlerin olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda stimulan tedavinin DEHB'de aşırı kilo ve obezite üzerinde bir etkisi olmadığı gösterilmiştir ve tedavi gören kız ve erkek çocuklarda büyüme parametreleri açısından bir değişiklik olmadığı savunulmuştur (88, 97). Başka bir çalışmada ise, stimulan tedavi almayan DEHB olgularında obezite riski 1,5 kattan daha fazla bulunmuştur.(15). Bizim çalışmamızda ilaç kullanımı dışlandığı için büyüme parametrelerini etkilediği düşünülen bu faktörün sonuçlara olan etkisi göz ardı edilebilir.

Özet olarak, hem klinik hem de epidemiyolojik örneklemeler üzerinde yapılan çalışmaların çoğu, DEHB'li bireylerin ortalama BMI Z-skorunun daha yüksek olduğunu ve/veya obezite prevalansının DEHB'siz bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir. Bizde çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olarak Ağırılık Z-skoru ve BMI Z-skorunu araştırma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek saptadık. Ancak çalışmamızda araştırma grubu ve kontrol grubu arasında obezite açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu durum çalışmamızdaki yaş grubunun özelliğinden kaynaklanıyor olabilir. Literatür incelendiğinde yapılan

çalışmaların büyük çoğunluğunun okul çağı çocuklarını ve ergenleri kapsadığı görülmektedir. Kesitsel çalışmalar, çocukluk döneminde DEHB ile obezite arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (15, 126). Toplum temelli uzunlamasına bir çalışmada, DEHB olan grubun kontrol grubuna kıyasla takip süresi boyunca obez olma ihtimalinin 1.23 kat daha fazla olduğunu gösterilmiştir (127). Yine 33 yıllık bir izlem çalışmasında DEHB olan çocukların, yetişkinlik döneminde obezite açısından daha fazla risk altında oldukları gösterilmiştir (128). Bizim çalışmamızın sonuçları da, erken çocukluk dönemindeki aşırı kilonun takip eden yıllarda DEHB'li çocuklarda obezite gelişmesi açısından risk oluşturacağı düşüncesini destekler niteliktedir.

Ayrıca çalışmamızda beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan boya göre ağırlık, üst orta kol çevresi ve triseps deri kıvrım kalınlığı ölçümleri de yapıldı ancak Z skorları açısından araştırma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu durum kullanılan ölçümlerin daha çok malnutrasyon ve vücut yağ yüzdesi hakkında bilgi veren ölçümler olması ve farklı ölçüm tekniklerinin kullanılmasıyla ilişkili olabilir.

Son yıllarda annenin obezitesi ile DEHB ilişkisi de ortaya konmaya başlanmıştır (129). Aşırı kilolu/ obez anneler birçok olumsuz perinatal ve postnatal sonuçlara sebep olabilecek insülin direnci açısından risk altındadır. Yapılan çalışmalar annenin gebelik öncesi aşırı kilo veya obezitesinin, DEHB de dahil olmak üzere bebekte nörogelişimsel sonuçları etkileyebileceğini göstermektedir (130) 1714 okul öncesi çocuk üzerinde yapılan bir çalışma, aşırı kilolu/obez annelerin çocuklarında DEHB'de dikkatsizlik belirtilerin daha yüksek olduğunu, ancak hiperaktif-dürtüsel olmadığını göstermiştir (131) Bizim çalışmamızda araştırma grubundaki anneler BMI ortalama değerlerine göre normal kilodaydı ve BMI ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek değildi. Literatürde ebeveynlerden birinin ya da ikisinin obez olmasının çocukluk çağı obezitesini arttırdığı bildirilmektedir (132). Obezite gelişimi açısından bir risk faktörü olarak gösterilen ebeveyn obezitesinin çalışmamızda dışlanmış olması, bu faktörün DEHB ve aşırı kilo/obezite ilişkisindeki sonuçları etkilemediği düşünülebilir.

Son zamanlarda DEHB ve fazla kilo arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda doğum kilosu da dikkate alınmıştır. Yapılan bir çalışmada yüksek doğum ağırlığının obezite riskini artırdığı bildirilmiştir (133). Düşük doğum ağırlığı öyküsü DEHB'nin etyolojik faktörlerinden biri olarak görülmektedir (134). Düşük doğum ağırlığı ile ilgili sonuçlar ise çok açık değildir. Düşük doğum ağırlığı ve sonraki obezite arasındaki ilişki programlama veya fetal insülin hipotezi ile açıklanmaktadır. Programlama, fetal beslenmedeki değişikliklerin bir sonucu olarak metabolizma ve fizyolojinin gelişimsel

adaptasyonu olarak anlaşılmaktadır (135). Fetal programlamayla, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin normal kiloya ulaştıkça hızlı bir şekilde büyümelerinin daha muhtemel olduğu ve bununla obeziteye neden olduğu bildirilmiştir (136). Fetal insülin hipotezi, örneğin, glutamat dekarboksilaz 2 geninin aşırı ekspresyonu gibi genetik faktörlerin neden olduğu fetal insülin sekresyonu veya duyarlılığındaki bozuklukların, hem düşük doğum ağırlığı hem de erken başlangıçlı obezite ile ilişkili olduğunu kanıtlayan çalışmalara dayanmaktadır (135). Yukarıdaki düşünceler göz önüne alındığında DEHB’de obezite görülme sıklığının bu grupta daha sık görülen düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu varsayılabilir. Bizim çalışmamızda araştırma ve kontrol grubundaki çocukların doğum ağırlıkları benzerdi. Böylelikle çalışmamızda doğum ağırlığından bağımsız olarak, araştırma grubunda ağırlık ve BMI-Z skorlarının yüksek çıkmasına daha çok DEHB’nin yeme ve yedirme tutumları üzerine olan etkisinin aracılık ettiği düşünülebilir.

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi çocuğun beslenmesini belirlemek üzere uygulanan bir ankettir. “Gıda heveslisi”, “Duygusal aşırı yeme”, “Gıdadan keyif alma”, “İçme tutkusu”, “Tokluk heveslisi”, “Yavaş yeme”, “Duygusal az yeme” ve “Yemek seçiciliği” gibi DEHB’de görülebilecek yeme tutumlarını belirleyecek belirtiler ve ödül ve motivasyon sistemi sorunları ile ilgili alt ölçekleri içerir. Her iki gruba uygulanan Çocukluk Yeme Davranışı Anketi’inde içecek içme hevesini sorgulayan “içme tutkusu” alt puan ortalamaları araştırma grubunda daha yüksek bulunmuştur. Ebeveyn besleme Tarzı Ölçeği ise ebeveynlerin yedirme davranışlarını kategorize etmek için uygulanan likert tipi bir ankettir. Ebeveyn besleme tarzları karşılaştırıldığında; yardımcı besleme puanları araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulundu.

DEHB tanısı ve anormal yeme davranışı ve özellikle obezite gelişimi arasında karmaşık ilişkiler olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada okul öncesi dönemde DEHB tanılı çocukların yemekle ilgili ipuçlarına yönelme ve yemeye yanıt vermeleri ile toplam DEHB ağırlığı, dürtüsellik, dikkatsizlik, hiperaktivite bulgularının ağırlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada okul öncesi DEHB tanılı çocuklarda DEHB ağırlığı ile duygusal aşırı yeme (özellikle endişeliyken/huzursuzken fazla yeme) ve gıda heveslisi (yemeği fazla isteme/fazla yeme) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Okul öncesi DEHB’li çocuklarda ayrıca yemeye karşı çıkma ve yemekten kaçınma ise dürtüsellik bulgu kümesi ile ilişkilendirilmiştir (87).

Bizim çalışmamızda ÇYDA alt ölçeklerine bakıldığında sadece içme tutkusu puan ortalaması araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek saptandı. İçme tutkusu özellikle şekerli içeceklere karşı artmış isteği ortaya koyar. Bir çalışmada, DEHB olan çocukların

düzensiz yemek yedikleri, günde beş kereden fazla yemek yedikleri ve gün boyunca çok fazla şekerli içecek tükettildiği bildirilmiştir (13). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise içme tutkusu skorları obez çocuklarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni içme tutkusu olan çocukların şekerli sıvıları tüketme isteğinin fazla olduğu düşüncesidir (137). Ancak daha önce yapılan bazı çalışmalarda da içme tutkusu ile obezite arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (138). Bizim çalışmamızda DEHB’li bireylerdeki şekerli içeceklere isteği gösteren içme tutkusunun obeziteye yatkınlığı yordayabileceği düşünülebilir.

Ebeveynler çocuklarının hangi gıdayı ne miktarda alacaklarına karar verirler ve kendi alışkanlıkları ve davranışları bu kararda model olur. Sıkı kontrol ya da baskı uygulama karşı tepki doğurabilir. Sınırlanmış gıdaya karşı istek artabilir ya da sağlıklı gıdayı alma isteği azalır (139). Özellikle okul öncesi dönemde, ebeveynler çocukların yiyecek seçimlerinden daha fazla sorumlu olmakta ve değişik besleme yöntemleri kullanarak yeterli ve dengeli beslenme davranışını geliştirmeye çalışmaktadırlar (71). Çocuğun iştahlı ve gülbüz oluşunun sağlık göstergesi sayılabildiği ve zayıf görünmesinin ise, özellikle annelerde endişeye yol açabildiği ülkemizde, beslenme sorunlarının kültürel bir boyutu olabilir (140). Yapılan bir derlemede 22 araştırmadan 19’unda ebeveyn besleme yöntemleri ile çocukların yiyecek tüketimi ve kilo durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (141). Buna karşılık başka bir araştırmada, kontrol edici besleme tarzının, fazla enerji içeren gıda tüketimi, çocuğun beden kitle endeksi ve vücut yağlanması ile ilişkili olduğu gösterilememiştir (142).

Yardımcı (enstrümental) besleme, çocuğa istemediği bir yiyeceği tüketmesi ya da istenilen bir davranışı yapması durumunda yiyeceğin ödül olarak verilmesidir (143). Hem emosyonel hem de yardımcı besleme tarzının çocuğun beslenme tercihlerinde ve şişmanlığın gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir (142). DEHB’li çocuklarda ödüllendirme ve ödül arama davranışlarına artmış hassasiyet olduğu bildirilmiştir. Geçtiğimiz on yıl boyunca, DEHB’de ödül ve ceza hassasiyetinin niteliğini tanımlamaya yönelik birkaç deneysel araştırma dizisi bulunmaktadır (144). Bu çalışmalar, DEHB’li çocukların sağlıklı kontrollere kıyasla, daha büyük, gecikmeli ödüllere göre küçük, hemen elde edebilecekleri ödülleri tercih ettiğini göstermektedir (145, 146). Bizim çalışmamızda ebeveyn besleme tarzları değerlendirildiğinde yardımcı besleme puanları araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. DEHB’nin doğasında olan ödül hassasiyetinin bizim çalışmamızda olduğu gibi araştırma grubundaki çocukların ebeveynlerinin daha çok yardımcı beslemeyi kullanmasına aracılık ettiği düşünülebilir.

Diğer yandan ebeveyn besleme tarzı ailenin sosyodemografik özelliklerden etkilenebilmektedir. Özellikle ebeveynlerin eğitim seviyesi ile besleme tarzı ilişkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada yaşı genç ve eğitim seviyesi düşük olan annelerin duygusal stresle baş etmesi ya da bir ödül biçimi olarak çocuğa yiyecek verdikleri görülmüştür ve bu durumun annelerin şişmanlık konusunda farkındalık düzeylerinin düşük olmasına bağlı olabileceği vurgulanmıştır (82). Bizim çalışmamızda da anne eğitim seviyesi kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü. Anne eğitim seviyesinin yedirme tutumlarını etkilediği düşünüldüğünde bu durum çalışmamız için karıştırıcı bir faktör olabilir. Ancak bu durumu DEHB'nin doğası nedeniyle kontrol etmenin güç olduğu söylenebilir.

Yeme davranışı literatürde yeme zamanlarında gösterilen davranışlar olarak ifade edilmektedir ve konu ile ilgili araştırmalar gün geçtikçe daha fazla ilgi çekmektedir. DEHB ve temel özellikleri ile erken çocukluk çağında bozulmuş yeme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin derinlemesine anlaşılması, bu ilişkinin kanıtlarına rağmen hala yetersizdir. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği çocukluk döneminde kullanılan yeme davranış ölçeklerinden biridir ve şu anda yayınlanan en yüksek psikometrik profili olan ölçü olarak görülmektedir (147, 148). Bizim çalışmamızda her iki gruba uygulanan Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği'nin toplam puanına göre belirlenen yeme probleminin varlığı araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ayrıca aynı ölçeğin yiyecek seçiciliği ve geç dönem yiyecek reddi alt ölçek puanlarının ortalaması araştırma grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Oral duyu hassasiyeti olan çocukların daha seçici yedikleri ve yiyecek tüketiminde daha dar bir yelpazeye sahip oldukları bildirilmiştir (149). Duyusal hassasiyet otizm spektrum bozuklukları bağlamında büyük ölçüde çalışılmıştır (150). Bununla birlikte, duyu algısındaki bireysel farklılıkların araştırılmasına ve bu tür farklılıkların psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasına daha genel bir katkı sağlamasına olan ilgi artmaktadır (örneğin, DEHB, anoreksiya nervoza) (151, 152). DEHB olan çocuklar, işitsel, dokunsal, tat, koku ve görme duyu alanlarından gelen uyaranlara aşırı duyarlı olarak tanımlanmaktadır (153). DEHB olan çocuklarda duyu hassasiyet oranının tahminleri % 46 ile % 69 arasında değiştiği bildirilmiştir (153, 154)

Bizim çalışmamızda DPBDÖ ölçeğinde yeme problemi varlığının, yiyecek seçiciliğinin ve geç dönem yiyecek reddinin araştırma grubunda yüksek bulunması DEHB

gibi nörogelişimsel bozukluklarda daha sık görülen oral duyusal hassasiyet ile ilişkili olabilir.

Geç dönem yiyecek reddi alt ölçeği, çocukların konuşarak yemeyi geciktirmek, hangi yiyeceği yiyeceğini konusunda tartışmaya çalışmak, yemek sırasında masadan kalkmak ve bir öğünde yemek yemeyi reddetmek, ancak yemekten hemen sonra yemek istemek gibi davranışları içermektedir. Genellikle bu çocukların tükettiği kaloriler, öğün aralarında abur cuburlara atıştırmaktan gelir. Bu davranışlar yemek süresini uzatabilir, ancak olası oral motor faktörlerden ziyade genel davranış sorunlarını yansıtır gibi görünmektedir (147). 6–10 yaşları arası çocuklarla yapılan son zamanlardaki bir popülasyon çalışmasında, DEHB olan çocukların düzensiz yemek yedikleri, günde beş kereden fazla yemek yedikleri ve gün boyunca çok fazla şekerli içecek tüketildiği bildirilmiştir (13). Yine başka bir çalışmada, duygusal, davranışsal ve yaygın gelişimsel bozukluklar içeren çocukluk psikopatolojisi ile yeme davranışları arasındaki ilişki değerlendirmiş ve seçici yemenin 5-7 yaş arasındaki çocuklarda psikopatolojinin tüm alanlarıyla pozitif olarak ilişkili olduğunu göstermiştir, ancak DEHB derinlemesine çalışılmamıştır (155). Bizim çalışmamızda geç dönem yiyecek reddi alt ölçek puanı araştırma grubunda anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Ayrıca bizim çalışmamızda ‘‘Normal diyetinde kaç farklı yiyeceği yiyebilir?’’ sorusuna araştırma grubunun %37.2’si, kontrol grubunun %61.3’ü ‘‘20’den fazla’’ cevabını vermiş, iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu durum anormal yeme davranışları ile erken çocukluk döneminde DEHB'nin temel özellikleri arasındaki olası örtüşmeyi destekler niteliktedir.

Pek çok çalışma DEHB belirti boyutlarıyla yeme sorunlarını ilişkilendirmiştir. DEHB’deki dürtüsellik, dürtüsel bulimik davranışlara, dikkat ve organizasyon eksikliği de açlık ve tokluk sinyallerini algılayamama ve bununla ilişkili az veya çok yeme durumuna neden olabilmektedir (89). Yapılan bir çalışmada DEHB tanısı konmuş çocuklardaki hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat eksikliği belirti boyutlarının üçü de geç ergenlikteki yeme sorunları ile ilişkilendirilmiştir (156). Bir gözden geçirme çalışmasında ise DEHB tanısına sahip erkek çocuklarındaki hiperaktivite belirtileri kısıtlayıcı tarzda beslenme ile her iki cinsiyetteki dürtüsellik belirtileri ise aşırı yeme ve bulimik davranışların gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (157). Yine başka bir çalışmada DEHB tanısı konmuş çocuklardaki hiperaktivite ve dikkat eksikliği-bozukluğu belirtilerinin, ergenlik dönemindeki tıknırcasına yeme özelliklerinin gelişimine yol açabildiği gösterilmiştir (158). Bizim çalışmamıza benzer şekilde DEHB tanısı olan okul öncesi çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmada genel DEHB şiddeti, dürtüsellik, dikkat eksikliği ve hiperaktivite

skorları ile yemeğe ilgi gösterme ve yemeğe yaklaşım arasında doğru yönde bir ilişki saptanmıştır. Fakat bu yaş grubunda daha fazla gözlemlenebilen yemekten uzaklaşma, yemek yerken huysuzluk çıkarma ile dürtüsellik arasında da bir ilişki saptanmıştır (87). Yaş grubu olarak bizim çalışmamıza benzeyen bu çalışma, DEHB tanılı çocuklarda farklı yeme tutumlarının okul öncesi dönemden itibaren gözlemlenebildiğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda CADÖ ve DPBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlara bakıldığında “CADÖ hiperaktivite alt ölçeği” ile “”, “DPBDÖ toplam puan”, “erken dönem yiyecek reddi” ve “geç dönem yiyecek reddi ”; “CADÖ dikkat eksikliği alt ölçeği” ile “DPBDÖ toplam puan”, “yiyecek seçiciliği”, “erken dönem pütürlü yiyecek reddi” ve “geç dönem yiyecek reddi ” puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon mevcuttu. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar önceki literatürle uyumlu olarak, hiperaktifite ve dikkatsizlik belirti artışının okul öncesi dönemdeki DEHB’li çocuklarda da, daha fazla yeme sorunu gelişimine yol açtığını destekler niteliktedir. Bahsi geçen tüm bu parametreler de patolojik yeme veya yüksek kalorili abur-cubur tüketme ile ilişkili olabilir, bunların da aşırı kilo/obezite gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Türkiye’de DEHB olan çocukların yeme ve yedirme durumu sadece birkaç çalışmada çalışılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız DEHB’de çocuğun beslenme davranışını ve ebeveynlerin besleme tarzını değerlendirip, kontrol grubu ile karşılaştıran okul öncesi dönem yaş grubundaki ilk çalışmadır. Çalışmamızda kontrol grubunun oluşu ve benzer yaş, cinsiyetteki çocukların ve benzer sosyoekonomik düzeydeki ailelerin karşılaştırılmış olması çalışmamızın güçlü yanlarından. Çalışmamızın diğer bir güçlü yanı ise DEHB’li çocuklarda beslenme durumunu etkilemesi olası olan ilaç kullanımının ve komorbiditenin dışlanmış olmasıdır. Ancak beslenme davranışı ve besleme tarzının ölçeklerle değerlendiriliyor olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Örneklem sayısının yeterli olmasına karşın, belirli bir yaş grubuna odaklanması çalışmamızı kısıtlıyor olabilir. DEHB’nin gelişimsel bir bozukluk olduğu ve her dönemde farklı klinik bulgular sergilediği göz önüne alındığında, her yaş grubunu içeren çalışmaların yapılması besleme ve beslenme bozuklukların seyri açısından daha net bilgi verecektir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk Psikiyatri Polikliniğine başvuran okul öncesi yaştaki DEHB’li çocukların gelişimsel beslenme özelliklerinin, yeme davranışlarının, ebeveynlerinin besleme tarzının ve bazı antropometrik ölçümlerinin sağlıklı grupla karşılaştırılması amaçlanan bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Araştırma grubunda bulunan 86 çocuktan %72,1’i erkek, %27,9’u kız çocuktur, yaş ortalaması  $60.71 \pm 13.21$  ay (ss) dır.

2. Araştırma grubundaki çocukların kontrol grubuna oranla daha kısıtlı çeşitte diyetle beslendiği saptanmıştır.

3. Araştırma grubundaki çocukların BMI-Z skoru ve Ağırlık-Z skoru anlamlı oranda yüksek saptanmıştır.

4. Araştırma grubundaki çocukların beslenmelerinde içme tutkusu, yeme problemi, yiyecek seçiciliği, geç dönem yiyecek reddi davranışlarını daha fazla gösterdiği saptanmıştır.

5. Araştırma grubundaki çocukların ebeveynlerinin yardımcı besleme tarzını daha fazla gösterdikleri saptanmıştır.

6. Araştırma grubundaki çocukların CADÖ ve DPBDÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlara bakıldığında “CADÖ hiperaktivite alt ölçeği” ile “”, “DPBDÖ toplam puan”, “erken dönem yiyecek reddi” ve “geç dönem yiyecek reddi”; “dikkat eksikliği alt ölçeği” ile “DPBDÖ toplam puan”, “yiyecek seçiciliği”, “erken dönem pütürlü yiyecek reddi” ve “geç dönem yiyecek reddi ” puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

7. Beslenme davranışı, besleme tarzı ve antropometrik ölçümler üzerine DEHB’nin etkisinin olduğu saptanmıştır. Yaşamın ilk yıllarından itibaren kendini gösteren, nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB’de erken yaşta gelişen beslenme problemlerinin birçok bozukluğa yol açmasının yanında, ebeveynleriyle de sağlıklı beslenme ilişkisinin geliştirememesi ve buna bağlı yedirme problemlerinin ortaya çıkmasında rol oynadığından bu grupta beslenme bozukluklarının erkenden tanınması ve tedavi edilmesi DEHB’li çocuk ve ailesinin yaşam kalitelerini önemli ölçüde arttırabilir. Bu sebeple DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklar ve beslenme alanında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921.
2. DSM-IV-TR D. Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition text revision. American Psychiatric Association Washington DC. 2000.
3. Özcan ÖÖ . Yeme Bozuklukları. İçinde: Selimoğlu MA, (editör). *Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi*. İstanbul, Akademi Yayınevi, 2014: 428-440.
4. Linscheid, T. R., Budd, K. S., ve Rasnake, L. K. (2003). Pediatric feeding problems. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology*, New York, NY, US: Guilford Press, 481-498.
5. Cooper- Brown L, Copeland S, Dailey S, Downey D, Petersen MC, Stimson C, et al. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2008;14(2):147-57.
6. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2004;34(4):433-8.
7. Chatoor I. (2000). Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA (Ed). Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins. S.2704-10.
8. Wood A, Waller G, Gowers S. Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. *European Eating Disorders Review*. 1994;2(1):6-13.
9. Stein A, Barnes J. Feeding and sleep disorders. İn: Rutter M, Taylor E (eds). *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Oxford, Blackwell Publishing 2002: 754-775.
10. Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press.
11. Cortese, S., Bernardina, B. D., & Mouren, M. C. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating. *Nutrition reviews*, 65(9), 404-411.

12. Docet, M. F., Larranaga, A., Mendez, L. P., & Garcia-Mayor, R. V. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder increases the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(2), e132-e136.
13. Ptacek, R., Kuzelova, H., Stefano, G. B., Raboch, J., Sadkova, T., Goetz, M., & Kream, R. M. (2014). Disruptive patterns of eating behaviors and associated lifestyles in males with ADHD. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 20, 608.
14. Chen, A. Y., Kim, S. E., Houtrow, A. J., & Newacheck, P. W. (2010). Prevalence of obesity among children with chronic conditions. *Obesity (Silver Spring)*, 18, 210-213.
15. Waring, M. E., & 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.
16. Mukaddes, N.M., Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar, 2015.
17. Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987.
18. Spette L, Arnold LE, 2007. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook. Chapter 5.2.1., Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins.
19. Motavallı, N., Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemlerindeki yeri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1993. 30(1): p. 226-231.
20. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
21. Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
22. Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

23. Polanczyk, G., & Jensen, P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(2), 245-260.
24. Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., ... & Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 30.
25. Motavallı, N. M. (1994). Kentsel kesimde türk ilkokul çocuklarında DEHB'nin nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması (Uzmanlık Tezi).
26. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20(4): 386-92.
27. Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder --United States, 2003. *MMWR Mortal Wkly Rep* 2005;54(34):842-7
28. Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009;9(10): 1547-65.
29. Faraone, S. V., and Biederman, J. (2000). Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Review*, 20(4), 568-581.
30. Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., and Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323
31. Li, Z., Chang, S. H., Zhang, L. Y., Gao, L., & Wang, J. (2014). Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry research*, 219(1), 10-24.
32. Hebebrand, J., Dempfle, A., Saar, K., Thiele, H., Herpertz-Dahlmann, B., Linder, M., ... & Knölker, U. (2006). A genome-wide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in 155 German sib-pairs. *Molecular Psychiatry*, 11(2), 196.
33. Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 617.
34. Ellison-Wright, I., Ellison-Wright, Z., & Bullmore, E. (2008). Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC psychiatry*, 8(1), 51.

35. Nakao, T., Radua, J., Rubia, K., & Mataix-Cols, D. (2011). Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1154-1163.
36. Ellison-Wright, I., Ellison-Wright, Z., & Bullmore, E. (2008). Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC psychiatry*, 8(1), 51.
37. Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological psychiatry*, 57(11), 1273-1284.
38. Rappley, M. D. (2006). Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults.(yale University Press Health & Wellness.) By Thomas E. Brown. 360 pp. New Haven, Conn., Yale University Press, 2005. \$27.50. Isbn 0-300-10641-6. *The New England Journal of Medicine*, 354(20), 2198-2199.
39. Stahl, S. M. (2000). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press.
40. Weiss, G. and G. Weiss, *Attention deficit hyperactivity disorder in M. Lewis*. Child and adolescent psychiatry, 1991.
41. Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 111-119.
42. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
43. Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, 57(11), 1336-1346.
44. Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD?: Understanding what goes wrong and why*. Guilford Press.
45. Sonuga-Barke, E. J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural brain research*, 130(1-2), 29-36.
46. Yazıcı, K. U. & Perçinel, İ. (2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Yürütücü İşlevler. *Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 17-24.

47. Zappitelli, M., Pinto, T., & Grizenko, N. (2001). Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(6), 542-548.
48. Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 44(10), 951-958.
49. Arnold LE, Jensen PS (1995) Attention-Deficit disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, VI. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins, s.2295.
50. Gleason, M. M., Egger, H. L., Emslie, G. J., Greenhill, L. L., Kowatch, R. A., Lieberman, A. F., ... & Stafford, B. (2007). Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1532-1572.
51. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
52. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
53. Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
54. Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38.
55. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., ... & Elliott, G. R. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.
56. Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. Guilford Press.
57. Sayal, K., Washbrook, E., & Propper, C. (2015). Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 360-368.

58. Barkley R, (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. The Guilford Press.
59. Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., ... & Elliott, G. R. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500.
60. Ercan, E. S., Kose, S., Kutlu, A., Akyol, O., Durak, S., & Aydin, C. (2012). Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 148-160.
61. Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... & Dittmann, R. W. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289.
62. Hechtman, L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 9(3), 481-498.
63. Findling, R. L., Short, E. J., McNamara, N. K., Demeter, C. A., Stansbrey, R. J., Gracious, B. L., & Calabrese, J. R. (2007). Methylphenidate in the treatment of children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1445-1453.
64. Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (2000). The stimulants revisited. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 9(3), 573-603.
65. GÖRMEZ, V. (2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: İlaç Tedavileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 77-86.
66. Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. J., & Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Medscape General Medicine*, 8(4), 4.
67. Spencer, T., Heiligenstein, J. H., Biederman, J., Faries, D. E., Kratochvil, C. J., Conners, C. K., & Potter, W. Z. (2002). Results from 2 proof-of-concept, placebo-controlled studies of atomoxetine in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.

68. Hirota, T., Schwartz, S., & Correll, C. U. (2014). Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2), 153-173.
69. Sibley, M. H., Kuriyan, A. B., Evans, S. W., Waxmonsky, J. G., & Smith, B. H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: An updated systematic review of the literature. *Clinical psychology review*, 34(3), 218-232.
70. Satter, E. M. (1986). Childhood eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 86(3), 357-361.
71. Kröller, K., & Warschburger, P. (2008). Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*, 51(1), 166-172.
72. Tebor SH (2000) The incidence and correlation of feeding problems in a normal population of toddlers. The George Washington University, Yayınlanmamış tez çalışması.
73. Black, M. M. (1999). Commentary: feeding problems: an ecological perspective. *Journal of pediatric psychology*, 24(3), 217-219.
74. Ashcroft, J., Semmler, C., Carnell, S., Van Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. (2008). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European journal of clinical nutrition*, 62(8), 985.
75. Achadi, E., Ahuja, A., Bendeck, M. A., Bhutta, Z. A., De-Regil, L. M., Fanzo, J., ... & Kimani, E. (2016). *Global Nutrition Report: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. International Food Policy Research Institute.
76. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
77. Three, Z. T. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3R). *Zero To Three Press, Washington, DC*.
78. Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
79. Keren, M. (2016). Eating and feeding disorders in the first five years of life: Revising the DC: 0-3R diagnostic classification of mental health and

- developmental disorders of infancy and early childhood and rationale for the new DC: 0–5 proposed criteria. *Infant mental health journal*, 37(5), 498-508.
80. Senol, V., Unalan, D., Bayat, M., Mazicioglu, M. M., Ozturk, A., & Kurtoglu, S. (2014). Change in reference body mass index percentiles and deviation in overweight and obesity over 3 years in Turkish children and adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 27(11-12), 1121-1129.
81. Kaya, M., Sayan, A., Birinci, M., YILDIZ, M., & TÜRKMEN, K. (2014). The obesity prevalence of the students between the ages of 5-19 in Kütahya. *Turkish journal of medical sciences*, 44(1), 10-15.
82. Muslu, G. K., Beytut, D., Kahraman, A., Yardımcı, F., & Başbakkal, Z. (2014). Ebeveyn besleme tarzı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(3), 224-230.
83. Drucker, R. R., Hammer, L. D., Agras, W. S., & Bryson, S. (1999). Can mothers influence their child's eating behavior?. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 20(2), 88-92.
84. Barkeling, B., Ekman, S., & Rössner, S. (1992). Eating behaviour in obese and normal weight 11-year-old children. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(5), 355-360.
85. Karasalihoğlu, S. (2005). Childhood obesity. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Endocrinology*, 1(37), 66.
86. Cortese, S., Comencini, E., Vincenzi, B., Speranza, M., & Angriman, M. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss in individuals with obesity?. *BMC psychiatry*, 13(1), 286.
87. Leventakou, V., Micali, N., Georgiou, V., Sarri, K., Koutra, K., Koinaki, S., ... & Chatzi, L. (2016). Is there an association between eating behaviour and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschool children?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(6), 676-684.
88. Dubnov-Raz, G., Perry, A., & Berger, I. (2011). Body mass index of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 26(3), 302-308.
89. Cortese, S., Isnard, P., Frelut, M. L., Michel, G., Quantin, L., Guedeney, A., ... & Mouren, M. C. (2007). Association between symptoms of attention-



- deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. *International journal of obesity*, 31(2), 340.
90. Davis, C. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with overeating and obesity. *Current Psychiatry Reports*, 12, 389–395.
  91. Lyons, W. E., Mamounas, L. A., Ricaurte, G. A., Coppola, V., Reid, S. W., Bora, S. H., ... & Tessarollo, L. (1999). Brain-derived neurotrophic factor-deficient mice develop aggressiveness and hyperphagia in conjunction with brain serotonergic abnormalities. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96(26), 15239-15244.
  92. Cortese, S., & Castellanos, F. X. (2014). The relationship between ADHD and obesity: implications for therapy. *Expert review of neurotherapeutics*, 14(5), 473-479.
  93. Cortese, S., & Vincenzi, B. (2011). Obesity and ADHD: clinical and neurobiological implications. In *Behavioral neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and its treatment* (pp. 199-218). Springer, Berlin, Heidelberg.
  94. Nazar, B. P., Suwvan, R., de Sousa Pinna, C. M., Duchesne, M., Freitas, S. R., Sergeant, J., & Mattos, P. (2014). Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder on binge eating behaviors and psychiatric comorbidity profile of obese women. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 572-578.
  95. Comings, D. E., & Blum, K. (2000). Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. In *Progress in brain research* (Vol. 126, pp. 325-341). Elsevier.
  96. Field, A. E., Camargo Jr, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Frazier, A. L., Gillman, M. W., & Colditz, G. A. (1999). Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 754-760.
  97. Biederman, J., Spencer, T. J., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2010). A naturalistic 10-year prospective study of height and weight in children with attention-deficit hyperactivity disorder grown up: sex and treatment effects. *The Journal of pediatrics*, 157(4), 635-640.
  98. Güngör, S., Celiloğlu, Ö. S., Raif, S. G., Özcan, Ö. Ö., & Selimoğlu, M. A. (2016). Malnutrition and obesity in children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 20(8), 647-652.

99. Curtin, C., Bandini, L. G., Perrin, E. C., Tybor, D. J., & Must, A. (2005). Prevalence of overweight in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorders: a chart review. *BMC pediatrics*, 5(1), 48.
100. Ercan, E. S., Amado, S., Somer, O., & Çikoglu, S. (2001). Dikkat Eksikliği hiperaktivite Bozukluğu ve Yikici Davranis Bozukluklari icin bir test bataryasi gelistirme calismasi. *Cocuk ve genclik Ruh Sagligi dergisi (Journal of Child and Adolescent Mental Health)*, 8, 132-44.
101. 176 Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., & Dereboy, F. (2007). Conners kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 48-58.
102. Önal, S., Var, E. Ç., & Uçar, A. (2017). Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirmesi Ölçeği (DPBDÖ)'ni Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(1), 93-101.
103. Yılmaz, R., Esmeray, H., & Erkorkmaz, Ü. (2011). Çocuklarda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(4).
104. Özçetin, M., Yılmaz, R., Erkorkmaz, Ü., & Esmeray, H. (2010). Ebeveyn besleme tarzı anketi geçerlik ve güvenirlik çalışması Özgün Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 45(2), 24-31.
105. Schachar, R. (2002). Syndrome of hyperactivity and attention deficit. *Child and adolescent psychiatry forth edition*, 469-490.
106. Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention- deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica*, 96(9), 1269-1274
107. Dierker, L. C., Merikangas, K. R., & Szatmari, P. (1999). Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 280-288.
108. Yalçın Ö. Oyun dönemi ve ebeveyn psikopatolojisi (2018). Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde. Eds Elvan İşeri, Esra Güney, Yasemin Taş Torun, *Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları*, Özyurt Matbacılık, Ankara, pp: 283-311.

109. Firestone, P., & Prabhu, A. N. (1983). Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *Journal of abnormal child psychology*, 11(2), 207-216.
110. Szatmari, P., Saigal, S., Rosenbaum, P., Campbell, D., & King, S. (1990). Psychiatric disorders at five years among children with birthweights < 1000g: A regional perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 32(11), 954-962.
111. Minder, B., Das-Smaal, E. A., JM Brand, E. F., & Orlebeke, J. F. (1994). Exposure to lead and specific attentional problems in schoolchildren. *Journal of Learning Disabilities*, 27(6), 393-399.
112. Dyck, M. J., & Piek, J. P. (2014). Developmental Delays in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 466–478.
113. Fanjiang, G., & Kleinman, R. E. (2007). Nutrition and performance in children. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 10(3), 342-347
114. Kadziela-Olech, H., & Piotrowska-Jastrzebska, J. (2005). The duration of breastfeeding and attention deficit hyperactivity disorder. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku (1995)*, 50, 302-306.
115. Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 205-217.
116. Roth, N., Beyreiss, J., Schlenzka, K., & Beyer, H. (1991). Coincidence of attention deficit disorder and atopic disorders in children: empirical findings and hypothetical background. *Journal of abnormal child psychology*, 19(1), 1-13.
117. Mitchell, E. A., Aman, M. G., Turbott, S. H., & Manku, M. (1987). Clinical characteristics and serum essential fatty acid levels in hyperactive children. *Clinical Pediatrics*, 26(8), 406-411.
118. Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., ... & 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.
119. Spencer TJ, Biederman J, Harding M et al (1996) Growth deficits in ADHD children revisited: evidence for disorder-associated growth delays? *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 35:1460–1469

120. Holtkamp K, Konrad K, Müller B et al (2004) Overweight and obesity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28:685–689
121. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN, Must A (2006) Relationship of childhood behavior disorders to weight gain from childhood into adulthood. *Ambul Pediatr* 6:297–301
122. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A et al (2003) Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics* 111:851–859
123. Braet C, Claus L, Verbeken S, Van Vierbeghe L (2007) Impulsivity in overweight children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16:473–483
124. Guerrieri, R., Nederkoorn, C., & Jansen, A. (2008). The interaction between impulsivity and a varied food environment: its influence on food intake and overweight. *International Journal of Obesity*, 32(4), 708.
125. Choudhry, Z., Sengupta, S. M., Grizenko, N., Thakur, G. A., Fortier, M. E., Schmitz, N., & Joobar, R. (2013). Association between obesity- related gene FTO and ADHD. *Obesity*, 21(12), E738-E744.
126. Kim, J., Mutyala, B., Agiovlasitis, S., & Fernhall, B. (2011). Health behaviors and obesity among US children with attention deficit hyperactivity disorder by gender and medication use. *Preventive medicine*, 52(3-4), 218-222.
127. Castaneda, R. L. A., Kumar, S., Voigt, R. G., Leibson, C. L., Barbaresi, W. J., Weaver, A. L., ... & Katusic, S. K. (2016, March). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder, sex, and obesity: a longitudinal population-based study. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 91, No. 3, pp. 352-361). Elsevier
128. Cortese, S., Olazagasti, M. A. R., Klein, R. G., Castellanos, F. X., Proal, E., & Mannuzza, S. (2013). Obesity in men with childhood ADHD: a 33-year controlled, prospective, follow-up study. *Pediatrics*, 131(6), e1731.
129. Chen, Q., Sjölander, A., Långström, N., Rodriguez, A., Serlachius, E., D'onofrio, B. M., ... & Larsson, H. (2013). Maternal pre-pregnancy body mass index and offspring attention deficit hyperactivity disorder: a population-based cohort study using a sibling-comparison design. *International journal of epidemiology*, 43(1), 83-90.
130. Van Lieshout, R. J., Taylor, V. H., & Boyle, M. H. (2011). Pre- pregnancy and pregnancy obesity and neurodevelopmental outcomes in offspring: a systematic review. *Obesity reviews*, 12(5), e548-e559.

131. Rodriguez, A. (2010). Maternal pre- pregnancy obesity and risk for inattention and negative emotionality in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 134-143.
132. Hui, L. L., Nelson, E. A. S., Yu, L. M., Li, A. M., & Fok, T. F. (2003). Risk factors for childhood overweight in 6-to 7-y-old Hong Kong children. *International journal of obesity*, 27(11), 1411.
133. Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S., Berkey, C. S., Field, A. E., & Colditz, G. A. (2003). Maternal gestational diabetes, birth weight, and adolescent obesity. *Pediatrics*, 111(3), e221-e226
134. Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(1), 16-22.
135. Meyre, D., Boutin, P., Tounian, A., Deweirder, M., Aout, M., Jouret, B., ... & Froguel, P. (2005). Is glutamate decarboxylase 2 (GAD2) a genetic link between low birth weight and subsequent development of obesity in children?. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(4), 2384-2390.
136. Casey, P. H. (2008, February). Growth of low birth weight preterm children. In *Seminars in perinatology* (Vol. 32, No. 1, pp. 20-27). WB Saunders.
137. Özer, S., Bozkurt, H., Sönmezgöz, E., Bilge, S., Yılmaz, R., & Demir, O. (2014). Obezite Tanılı Çocuklarda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 14(2), 66-71.
138. Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 130.
139. Erkorkmaz, Ü., Yılmaz, R., Demir, O., Sanisoğlu, S. Y., Etikan, İ., & Özçetin, M. (2013). Çocuklarda yeme davranışı ile ebeveyn besleme tarzı arasındaki ilişkinin kanonik korelasyon analizi ile incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 138-48.
140. Ünlü, G., Aras, Ş., Güvenir, T., Büyükgebiz, B., & Bekem, Ö. (2006). Yeme reddi olan çocukların annelerinde kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtileri ve aile işlevleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 15-17.

141. Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity research*, 12(11), 1711-22.
142. Vereecken, C., Legiest, E., De Bourdeaudhuij, I., & Maes, L. (2009). Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption. *American Journal of Health Promotion*, 23(4), 233-40.
143. Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, 10(6), 453-62.
144. Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: a review and theoretical appraisal. *Clinical psychology review*, 25(2), 183-213
145. Rapport, M. D., Tucker, S. B., DuPaul, G. J., Merlo, M., & Stoner, G. (1986). Hyperactivity and frustration: The influence of control over and size of rewards in delaying gratification. *Journal of abnormal child psychology*, 14(2), 191-204.
146. Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion: I. The effect of delay on choice. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 33 (2), 387-398.
147. Crist, W., & Napier-Phillips, A. (2001). Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(5), 279-286.
148. Dovey, T. M., Jordan, C., Aldridge, V. K., & Martin, C. I. (2013). Screening for feeding disorders. Creating critical values using the behavioural pediatrics feeding assessment scale. *Appetite*, 69, 108-113.
149. Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246.
150. Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(1), 1-11.

151. Ben-Sasson, A., Soto, T. W., Heberle, A. E., Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2017). Early and concurrent features of ADHD and sensory over-responsivity symptom clusters. *Journal of attention disorders, 21*(10), 835-845.
152. Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Wagner, H. R., Ritschel, L. A., Craighead, L. W., & Zucker, N. L. (2013). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Relationship to self-perceived sensory sensitivity. *Cognition & emotion, 27*(3), 441-452.
153. Lane, S. J., Reynolds, S., & Thacker, L. (2010). Sensory over-responsivity and ADHD: Differentiating using electrodermal responses, cortisol, and anxiety. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 4*, 8.
154. Parush, S., Sohmer, H., Steinberg, A., & Kaitz, M. (2007). Somatosensory function in boys with ADHD and tactile defensiveness. *Physiology & Behavior, 90*(4), 553-558.
155. Micali, N., Simonoff, E., Elberling, H., Rask, C. U., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2011). Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 32*(8), 572-580
156. Yilmaz Z, Javaras KN, Baker JH, Thornton LM, Lichtenstein P, Bulik CM, Larsson H. Association between childhood to adolescent attention deficit/hyperactivity disorder symptom trajectories and late adolescent disordered eating. *J Adolesc Health. 2017; 61*(2):140-146.
157. 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.
158. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, Field AE, Crosby RD, Solmi F, Micali N. Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. *Psychol Med. 2015; 45*(12):2511-2520

## 8. EKLER

### Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:	
DOĞUM TARİHİ:	
ÇOCUĞUNUZUN CİNSİYETİ:	KIZ <input type="radio"/> ERKEK <input type="radio"/>
TELEFON NO :	
YAŞADIĞI YER:	KÖY <input type="radio"/> İLÇE <input type="radio"/> İL <input type="radio"/>
KARDEŞ SAYISI:	KAÇINCI:
OKUL DURUMU:	GİTMİYOR <input type="radio"/> ANAOKULU YADA KREŞE GİDİYOR <input type="radio"/>
AİLE TİPİ:	ÇEKİRDEK <input type="radio"/> GENİŞ <input type="radio"/>
ANNE BABA BİRLİKTEMİ;	BİRLİKTE <input type="radio"/> EVLİ AMA AYRI YAŞIYOR <input type="radio"/> BOŞANMIŞ <input type="radio"/> ANNE VEFAT ETMİŞ <input type="radio"/> BABA VEFAT ETMİŞ <input type="radio"/>
ÇOCUK KİMİNLE YAŞIYOR:	AİLESİYLE <input type="radio"/> YURTTA <input type="radio"/> AKRABALARIYLA <input type="radio"/>
GELİR DURUMU:	DÜŞÜK <input type="radio"/> ORTA <input type="radio"/> YÜKSEK <input type="radio"/>
ANNE-BABADA AKRABALIK:	YOK <input type="radio"/> VAR <input type="radio"/> :
ÇOCUĞUNUZUN EK TIBBİ HASTALIĞI VAR MI:	YOK <input type="radio"/> VAR <input type="radio"/> :
ÇOCUĞUNUZUN PSİKİYATRİK HASTALIĞI VAR MI:	YOK <input type="radio"/> VAR <input type="radio"/> :
ÇOCUĞUNUZUN SÜREKLİ KULLANDIĞI BİR İLAÇ VARMI:	YOK <input type="radio"/> VAR <input type="radio"/> :
AİLENİZDE PSİKİYATRİK HASTALIĞI OLAN KİMSE VAR MI:	YOK <input type="radio"/> VAR <input type="radio"/> :

#### BABA HAKKINDA

YAŞI:	
MESLEĞİ:	
EĞİTİM DURUMU:	
BOY VE KİLOSU	
AKTİF PSİKİYATRİK HASTALIĞI	

#### ANNE HAKKINDA

YAŞI:	
MESLEĞİ:	
EĞİTİM DURUMU:	
BOY VE KİLOSU	
AKTİF PSİKİYATRİK HASTALIĞI	



## Ek 2. Gelişim Değerlendirme Formu

### DOĞUM ÖNCESİ

KAÇINCI GEBELİK/ÇOCUK:	
GEBELİK TASARIMI:	İSTENEN <input type="radio"/> PLANLANAN <input type="radio"/> İSTENMEYEN <input type="radio"/> PLANLANMAYAN <input type="radio"/>
GEBELİK OLUŞMASI İÇİN TEDAVİ ALDINIZMI:	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
GEBELİKTE KULLANILAN:	İLAÇ <input type="radio"/> SİGARA <input type="radio"/> ALKOL <input type="radio"/> GEÇİRİLEN TRAVMA <input type="radio"/> YOK <input type="radio"/>

### DOĞUM

ZAMANINDA DOĞDUMU:	
DOĞUM ŞEKLİ:	NSVYD <input type="radio"/> C/S <input type="radio"/>
DOĞUM AĞIRLIĞI:	
OKSİJENSİZ KALMA-MORARMA OLDUMU	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
KÜVÖZDE KALDIMI	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
SARILIĞI OLDUMU	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>

### DOĞUM SONRASI

ANNE SÜTÜ ALDI MI?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
TEK BAŞINA ANNE SÜTÜ KAÇ AY ALDI?	
BİBERONLA BESLENDİ Mİ?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
HAZIR FORMÜL MAMALARA NEZAMAN GEÇTİ	
İNEK SÜTÜNE NEZAMAN GEÇTİ?	
UNLU GIDALARA NEZAMAN GEÇTİ?	
EMZİK KULLANDI MI?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
EK GIDAYA GEÇERKEN GÜÇLÜK YAŞADIMI?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
BEBEKLİĞİNDE SIK İŞHAL OLUR MUYDU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
BEBEKLİĞİNDE SIK KABIZ OLUR MUYDU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
BEBEKLİĞİNDE SIK KUSMASI OLUR MUYDU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
BEBEKLİĞİNDE SIK KARIN AĞRISI OLUR MUYDU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
ZOR BESLENEN BİR BEBEK MİYDİ?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
BESİNLERDE SEÇİCİLİĞİ VAR MIYDI?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
DESTEKLİ OTURMASI NE ZAMAN OLDU?	
DESTEKSİZ OTURMASI NEZAMAN OLDU?	
KAÇ AYLIKKEN EMEKLEDİ?	
KAÇ AYLIKKEN YÜRÜDÜ?	
KAÇ AYLIKKEN KONUŞTU?	
NE ZAMAN TUVALET ALIŞKANLIĞI KAZANDI?	
HERHANGİ BİR BESİN ALLERJİSİ VARMI	HAYIR <input type="radio"/> EVET <input type="radio"/> :

ŞU ANDA SIK İŞHAL OLUR MU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
ŞU ANDA SIK KABIZ OLUR MU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
ŞU ANDA SIK KUSMASI OLUR MU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
ŞU ANDA SIK KARIN AĞRISI OLUR MU?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>
BELLİ KIVAMDAKİ YİYEKLERİ REDDER Mİ?	EVET <input type="radio"/> HAYIR <input type="radio"/>

ÇOCUĞUNUZ NORMAL DIYETİNDE KAÇ ÇEŞİT YİTECEĞİ RAHATLIKLA YİYEBİLİR?	5'DEN AZ <input type="radio"/> 6-10 <input type="radio"/> 11-20 <input type="radio"/> 21-30 <input type="radio"/> 30'DAN FAZLA <input type="radio"/>
ÇOCUĞUNUZ GÜNDE KAÇ SAAT TV İZLER?	
EVDE PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ:	VAR <input type="radio"/> YOK <input type="radio"/>
BAKIM VEREN:	ANNE <input type="radio"/> ANNE+BAKICI <input type="radio"/> AKRABA <input type="radio"/>



### Ek 3. Connors Ana Baba derecelendirme Ölçeği

		Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1.	Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar.(örneğin tırnaklar,parmaklar,saçlar veya kıyafetler)				
2.	Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3.	Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4.	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5.	Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6.	Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7.	Sık sık veya kolayca ağlar.				
8.	Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9.	Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10.	Öğrenme güçlüğü çeker.				
11.	Yerinde rahat durmaz kıpır kıpırdır.				
12.	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13.	Yerinde duramaz her an hareket halindedir.				
14.	Zarar vericidir(eşyalara).				
15.	Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16.	Utangaçtır.				
17.	Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
18.	Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır(örn:bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç konuşma)				
19.	Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20.	Kavgacıdır.				
21.	Somurtur, surat asar veya küser.				
22.	Çalma huyu vardır.				

23.	Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24.	Diğer çocuklara göre daha endişelidir(yalnızlık,hastalık ve ölümle ilgili).				
25.	İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26.	Çabuk kırılır veya gücenir.				
27.	Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28.	Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker.				
29.	Merhametsizdir.				
30.	Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz(sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31.	Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32.	Baş ağrıları vardır.				
33.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34.	Kuralları veya sınırlanmaları sevmeyiz, onlara uymaz.				
35.	Sürekli kavga eder.				
36.	Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38.	Diğer çocukları rahatsız eder.				
39.	Temelde mutsuz eder.				
40.	Yeme sorunları vardır(iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır).				
41.	Mide ağrıları vardır.				
42.	Uyku sorunları vardır(uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken ve ya gece yarısı uyanır).				
43.	Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44.	Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45.	Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46.	Övünür, yüksekte atar.				

47.	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48.	Bağsıkları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

## Ek 4. Ebeveyn Beslenme Tarzı Anketi

Anne-Baba (Ebeveyn) Besleme Tarzı Anketi					
Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve çocuğunuzun beslenmesi konusuna nasıl yaklaştığınızı gösteren kutuyu işaretleyiniz. Bu soruların cevaplandırılmasında doğru veya yanlış cevapların olmadığını bilmeniz (hatırlamanız) önemlidir, biz ebeveynlerin gerçekte ne hissettiği ve yaptığıyla ilgileniyoruz.					
	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her zaman
Çocuğumun yemeğinde yiyeceği yemekleri seçmesine izin veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendisini üzgün hissettiğinde, kendisini daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun yemeği özlemesini teşvik ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum verdiğim yemekleri yerse çocuğumu överim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun ne kadar abur cubur yiyeceğine, atıştıracağına ben karar veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumu çok çeşitli yiyecekler yemesi için cesaretlendiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun disiplinli davranmasını, yaramazlık yapmamasını sağlamak için, ona yiyecek bazı şeyler için söz veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğuma ilgisini çekecek, cazip bir şekilde yiyecek sunarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer çocuğum yaramazlık yapar, kötü davranışlarda bulunursa, ona sevdiği yiyeceği vermem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun öğünlerde sunduğum yiyeceklerin her birinden tatmasını teşvik ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yemek süresince çocuğumun etrafta gezinmesine izin veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumu daha önce tatmadığı yiyecekleri denemesi, tatması için teşvik ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İncindiğinde, canı yandığında daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne zaman yemek yiyeceği kararını çocuğuma bırakırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer canı sıkın hissediyorsa, çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun yeterince abur cubur yediğine, atıştırma yaptığına kendisinin karar vermesine izin veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun ne zaman abur cubur yemesi gerektiğine, atıştırma yapacağına ben karar veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun ana öğünü yemesi için pudingleri rüşvet olarak kullanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun yediğinden hoşlanmasını teşvik ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun hangi sıklıkta yemek yiyeceğine ben karar veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endişeli olduğunda, daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terbiyeli davrandığında, yaramazlık yapmadığında çocuğumu yemesi için bir şeylerle ödüllendiririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öğünler arasında çocuğumun ne zaman isterse yemesine izin veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğuma masada yemeğini yemesi konusunda ısrar ederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kızgın hissettiğinde, daha iyi hissetmesi için çocuğuma yemesi için bir şeyler veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öğünler arasında çocuğumun ne yiyeceğine ben karar veririm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer yeni bir yiyecek yerse çocuğumu överim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ek 5. Davranışsal Pediatrik Besleme Değerlendirme Ölçeği

Çocuğun adı soyadı;

Çocuğa ait;	ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	HER ZAMAN	Bu durum sizin için problem mi?	
						EVET	HAYIR
1. Meyve yer*							
2. Yiyecekleri çiğnemedede güçlük yaşar							
3. Yemek yerken eğlenir*							
4. Yemek zamanında öğürür ve nefesi kesilir							
5. Yeni yiyecekleri denemeye çalışır*							
6. Et veya balık yer*							
7. Bir yemeği bitirmesi 20 dakikadan fazla zaman alır							
8. Süt içer							
9. Yeme vakitlerine hazır olur*							
10. Yemek vakitleri dışında abur cubur yer							
11. Yemek öncesi, yemek sırasında veya sonrasında kusar							
12. Sadece öğütülmüş, süzölmüş veya yumuşak şeyleri yer							
13. Yemek sırasında masadan kalkar							
14. Yiyecekleri ağızında bekletir, yutmaz							
15. Yemek zamanlarında mızızlanıır veya ağlar							
16. Sebze yer*							
17. Yeme zamanlarında öfke nöbeti geçirir							
18. Nişastalı (patates noodle gibi) ürünleri yer							
19. İştahsızdır							
20. Yiyecekleri tükürür							
21. Konuşarak yemeyi geciktirir							
22. Katı yiyecekler yerine sıvı yiyecekleri tercih eder							
23. Yemek yemeyi reddeder fakat yemekten hemen sonra yemeyi ister							
24. Ne yiyip ne yemeyeceği konusunda tartışmaya çalışır							
25. Yeterli beslenme durumunu sürdürmek için ilave suplemene gerek duyar BU MADDE UYARLAMA ÇALIŞMASINDA DAHİL DEĞİLDİR							
<b>Aileye ait;</b>							
26. Çocuğuma yemek yedirirken sinirlenirim ve/veya endişeli olurum							
27. Bir lokma alması için ikna ederim							
28. Yemesi için çocuğumu uyarırım							
29. Çocuğumun yeterince yediğinde kendimi güvende hissederim							
30. Yemek esnasında çocuğumun hareketlerini kontrol edebildiğimde kendimi güvende hissederim							
31. Çocuğum yiyeceği reddettiğinde başka yemek hazırlarım							

32. Çocuğum yiyeceği reddettiğinde gerekirse zorla yedirmeye çalışırım							
33. Çocuğumu nasıl beslemem gerektiği konusunda diğer yetişkinlerle (örneğin eşim ve çocuğumun büyükanne ve büyükbabasıyla) tartışırım							
34. Çocuğumun durumunun genel sağlığına zarar verdiğini düşünürüm							
35. Yemek süresi boyunca çocuğuma sinirlenirim ve yemekten sonra sakinleşmem zaman alır							

\*Ters puanlama yapılacaktır





## Ek 6. Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi (ÇYDA)

**Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi(ÇBDA). Aşağıdaki ifadeleri lütfen okuyunuz ve sizin çocuğunuzun beslenme davranışına en uygun olan kutuları işaretleyiniz.**

zaman	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her
Çocuğum yiyecekleri, yemeği sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum endişeliyken, üzgün olduğunda çok yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum çok iştahlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yemeğini hızlıca bitirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yemeğe önem verir, yiyeceklerle ilgilidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum sürekli içecek bir şey ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yeni yemekleri başlangıçta reddeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yavaş yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum kızginken, sinirliyken daha az yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yeni yiyecekleri, yemekleri tatmaktan hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yorgunken daha az yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum sürekli yemek ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum sıkıntılı, rahatsız olduğunda çok yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İzin verilirse çocuğum çok fazla yiyecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum huzursuzken, endişeliyken çok yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum çok çeşitli yiyeceklerden hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yemeğin sonunda tabağında yemek bırakır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumun yemeğini bitirmesi 30 dakikadan uzun sürüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şans verilirse çocuğum tüm zamanlarını yemek yiyerek geçirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum öğün zamanlarını iple çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yemeği bitmeden doyar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yemek yemekten hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Çocuklarda Beslenme Davranışı Anketi(ÇBDA). Aşağıdaki ifadeleri lütfen okuyunuz ve sizin çocuğunuzun beslenme davranışına en uygun olan kutuları işaretleyiniz.**

zaman	Asla	Nadiren	Arada bir	Sıklıkla	Her
Çocuğum mutlu olduğunda daha çok yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğumu yemekle mutlu etmek zordur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum mutsuz olduğunda daha az yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum çabuk doyar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yapacak birşeyi olmadığında daha çok yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum doymuş(tok) bile olsa sevdiği yiyeceğe Midesinde yer bulur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum şans verilirse gün boyu içecek (meşrubat, su vs.) içecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum yemekten hemen önce abur cubur yerse, atıştırırsa yemek yiyemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum, şans verilirse, daima içecek bir şey bulabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum daha önceden bilmediği, tatmadığı tatları tatmakla ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuğum tadına bile bakmadan bir yiyecekten hoşlanmadığına karar verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şans verilirse çocuğum ağızında yemek, lokma tutar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yemek süresince çocuğum yavaş, daha yavaş yer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ek 7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki sorular çocuğunuzun bazı özelliklerini sorgulamaktadır. Bu soruları çocuğunuzu aynı yaş ve cinsteki akranlarıyla karşılaştırarak yanıtlayınız. Soruların tümünü yanıtlamaya çalışınız. Emin olmadığınız sorularda, en yakın olabileceğini düşündüğünüz yanıtı seçiniz. Bu soruları cevaplarken çocuğunuzun durumunu genel olarak değerlendirmeniz beklenmektedir. Bu nedenle "çoğu zaman" ve "çoğu durumda" gözlediğiniz özelliklere göre yanıt veriniz. Cevapların yanına ek açıklamalar yapmayınız

		Yok	Biraz	Çok	Fazla
1	Çocuğunuzun iki yaşına gelene kadar diğer çocuklardan daha fazla ağlayan, mızızlanan, uyuması, yemesi, söz dinlemesi güç olan bir çocuk muydu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Çocuğunuz iki yaşına gelene kadar diğer çocuklardan daha fazla hareketli miydi ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Çocuğunuz 2-5 yaş arasında diğer çocuklardan daha fazla hareketli miydi ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Çocuğunuz 4-5 yaşlarındayken bir misafirlığe gittiğinizde veya eve bir misafir kabul edildiğinde hareketliliği veya yaramazlığı nedeniyle çok sorun yaşar mıydınız ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Okul öncesi dönemde akranlarıyla karşılaştırıldığında, çocuğunuzun daha sık olarak düşmesi ve yaralanması olur muydu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Çocuğunuz okul öncesi dönemde, akranlarıyla karşılaştırıldığında, arkadaşlarıyla oyun oynamada daha sık uyumsuzluk gösterir miydi ? (oyunları bozması, sık kavga çıkarması gibi özellikler var mıydı ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Çocuğunuz okul öncesi dönemde, prize bir şey sokma, bıçakla, ateşle oynama, yüksek yerlere tırmanma, yüksek yerden atlama gibi tehlikeli işlere korkmadan girişir miydi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 8 Çocuğunuzun okul öncesi dönemden başlayarak, akranlarıyla karşılaştırıldığında istediklerini yaptırmak için aşırı ısrarcılığı ve tutturması olur muydu ?
- 9 Kreş ve anasınıfındaki çalışanlara göre (eğer kreş ve anasınıfına devam etmediyse çevredekiler, akrabalar, komşular vs.) çocuğunuzun aşırı hareketliliği var mıydı ?
- 10 İlkokul 1`de öğretmen, okul yönetimi veya diğer veliler tarafından çocuğunuzun hareketliliği, konuşkanlığı veya kurallara uymaması nedeniyle sık sık uyarı alır mıydınız ?