



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastalarda yeme tutumları ve dürtüsellik arasındaki ilişki

The relationship between eating attitudes and impulsivity in patients with attention deficit hyperactivity disorder

Rukiye Ay¹, Oğuzhan Kılınçel²

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bursa, Turkey

²Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Sakarya, Turkey

Cukurova Medical Journal 2021;46(1):255-265

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the relationship between eating attitudes and impulsivity in patients with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD).

Materials and Methods: The ADHD group consisted of 56 adult patients. Fifty-six healthy adults without psychiatric disorders were included in the control group. Sociodemographic and clinical characteristics assessment form, Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ADHD), Eating Attitude Scale (EAS), Beck Depression Inventory (BDI) and Barrat Impulsivity Scale (BDS) were applied to ADHD and the control group.

Results: Compared to the healthy group, ADHD-A, ADHD-B, ADHD total, BDI, EAS, BDS Attention, Motor, Planning and total scores were statistically significantly higher in the patient group, and the ratio of those with EAS >30 was statistically significantly higher. However, in the patient group with EAS >30, compared to those with EAS, associate / bachelor's degree graduates were lower, while high school graduates, family suicide, family mental illness were significantly higher, ADHD-A, ADHD-B, ADHD total, BDS Planning and total scores were statistically significantly higher.

Conclusion: It could be kept in mind that in ADHD patients with ED comorbidity, inattention and impulsivity may be more pronounced. We think that the clinical management and treatment options of the patients could be developed according to these findings.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, eating disorder

Öz

Amaç: Bu çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan hastalarda yeme tutumları ve dürtüsellik ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: DEHB tanısıyla tedavi görmekte olan 56 erişkin hasta DEHB grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu olarak 56 sağlıklı yetişkin çalışmaya alınmıştır. DEHB ve kontrol grubuna Sosyodemografik ve klinik özellikler değerlendirme formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Yeme Tutum Ölçeği (YTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Barrat dürtüsellik ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Sağlıklı gruba kıyasla hasta grubunda ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam, BDE, YTÖ, BDÖ Dikkat, Motor, Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, YTÖ >30 olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Bununla birlikte hasta grubunda YTÖ <30 olanlara kıyasla YTÖ >30 olanlarda ön lisans/lisans mezunu olanlar daha düşük oranda iken lise mezunu olanlar, ailede intihar, ailede ruhsal hastalık istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda, ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam, BDÖ Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

Sonuç: DEHB olan hastalarda yeme bozukluğu ve dürtüsellik de eşlik olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu fenomenlerin artan farkındalığı, DEHB olan bireyler için klinik yönetimi ve tedavi seçeneklerini geliştirebilir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, yeme bozukluğu

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Oğuzhan Kılınçel, Sakarya Yenikent State Hospital, Department of Psychiatry, Sakarya, Turkey E-mail: okilincel@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 13.09.2020 Kabul tarihi/Accepted: 20.10.2020 Çevrimiçi yayın/Published online: 15.01.2021

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuklukta görülen en yaygın nörogelişimsel bozukluklardan birisidir ve okul çağındaki çocuklarda dünya çapında %5 prevalansa sahiptir. DEHB semptomları yetişkinlerde vakaların % 65'ine kadar devam eder ve yetişkinlerde DEHB prevalansının % 2,5 olduğu tahmin edilmektedir. Hastalığın yüksek prevalansına rağmen, DEHB olan yetişkinlerin % 20'sinden daha azı teşhis veya tedavi edilir^{1,2}. Dahası, DEHB olan yetişkinlerin yaklaşık % 65 ila % 90'ı eş tanımlı komorbid psikiyatrik bozukluklara sahiptir ve bunlar DEHB belirtilerini gizleyebilir. Depresyon ve diğer duyu durum bozuklukları, anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları, uyku sorunları ve öğrenme güçlükleri genellikle DEHB ile birlikte görülür^{3,4}. DEHB tek başına sosyal, evlilik, iş ve eğitimsel işleyiş alanlarını bozabilir. DEHB hastalarında bir komorbiditenin varlığı daha çok işlevsellik kaybına yol açar⁴.

Yeme bozuklukları; çocukluk çağından başlaması, yaşamın tüm dönemlerinde görülmesi, yüksek morbidite ve mortalite riski göstermesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir^{5,6}. Çocuk ve ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan kişilerde daha fazla dikkat eksikliği ve impulsivite bildirilmesi sonrası Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve Yeme Bozukluğu çalışmaları artış göstermiştir^{7,8}. Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında, DEHB olan hastalarda bir Yeme Bozukluğu (YB) tanısı koyma riskinin, genel popülasyona kıyasla 3.82 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir⁹. Artan risk, yaş ve cinsiyet kontrol edildikten sonra önemli olmaya devam etmektedir ve tüm yeme bozuklukları sendromları [Anoreksiya Nevroza (AN), Bulimia Nevroza (BN) ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)] için geçerlidir. Literatürde yeme bozukluğuna eşlik eden DEHB'li bireylerin nöropsikolojik farklılıklarını araştıran çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Sınırlı sayıda hasta üzerinde yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu komorbiditesi olan DEHB hastalarında daha belirgin dikkatsizlik ve dürtüsellik olduğu rapor edilmiştir^{10,11}. Bu çalışmada DEHB olan hastalarda yeme tutum bozukluğu komorbiditesi ve dürtüsellik ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Sakarya Üniversitesi Tıp fakültesi girişimsel olmayan

linik araştırmalar etik kurulun onay alınmasından sonra çalışmaya başlanmıştır (Onay numarası: 05.04.2020/258). Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'nde DSM-V TR tanı ölçütlerine ve klinik öyküye göre DEHB tanısıyla tedavi görmekte olan 18-54 yaş arasında, okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 56 erişkin hasta (Yaş ort.: 25.25±7.7, %35 erkek) DEHB grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet açısından DEHB grubuyla eşleştirilmiş, DSM-V TR tanı ölçütlerine göre şu anda ve/veya geçirilmiş eksen-I psikiyatrik bozukluğu olmayan 18-54 yaş arasında, okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilen, çalışmaya katılmayı kabul eden 56 sağlıklı yetişkin (Yaş ort.: 29.46±5.7, %25 erkek) çalışmaya alınmıştır. Bilişsel işlevleri etkileyen nörolojik hastalığı olan (epilepsi, Multiple Skleroz vb), Alkol-madde kötüye kullanımı, zeka geriliği olan, okuryazar olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Araştırmanın verileri hastanede psikiyatri uzmanı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama aşamasında Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen kurallara uyulmuştur.

Ölçekler

Sosyodemografik ve klinik özellikler değerlendirme formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik formda; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, meslek, çocuk sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, daha önce trafik cezası öyküsü, okulda disiplin cezası öyküsü, adli olay öyküsü, kilo, boy, vücut kitle indeksi, önceki fiziksel ve ruhsal hastalıklar gibi sosyodemografik değişkenler elde edildi.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafında geliştirilmiş, erişkinlerde DEHB'nin taranması için kullanılan bir ölçektir. Ölçek, A bölümü-dikkat eksikliği ve B bölümü-hiperaktivite\dürtüsellik olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. Her bir ölçekte 0 ve 4 arası puanlama yapılır. Ölçek beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olup, derecelendirme; asla yanıtı için 0, nadiren cevabı için 1, bazen cevabı için 2, sık cevabı için 3, çok sık cevabı için 4 olarak puanlanmaktadır. Doğan ve

arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır¹². Ölçekten 24 puan ve üzeri alanların "yüksek olasılıkla DEHB", 17-23 puan alanların "olası DEHB", 0-16 puan arası alanların DEHB olmadıkları kabul edilmektedir¹³.

Yeme Tutum Ölçeği (YTÖ)

Hem yeme bozukluğu olan hastalardaki, hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerdeki yeme davranışındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. YTÖ'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir¹⁴. Toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Yani YTÖ klinik düzeyde "hasta" kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, bu bozukluğa ne kadar yakın olduğunun da bir göstergesi olabilmektedir.

Otuzun üzerinde puan alanların %7'sinin normal olduğu, diğerlerinin yeme davranışı bozukluğu gösterdiği YTÖ ile yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Likert tipi altı basamaklı yanıt formu doldurulmaktadır ve kırk madde içermektedir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır¹⁵.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Bu ölçek, Beck ve ark. (1961) tarafından yetişkinlerde depresif belirti şiddetindeki değişiklikleri ve seviyeyi ölçmek için geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir¹⁶. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır¹⁷. Her biri kendi kendini değerlendirme cümlesi ve 0-3 puan alan 21 maddeden oluşmaktadır. Araştırmacılar, envanterin somatik ve bilişsel olmak üzere iki alt faktör içerdiğini bildirmişlerdir¹⁸⁻²⁰.

Barrat Dürtüsellik Ölçeği 11- Kısa Form (BDÖ-11-KF)

BDÖ-11-KF, dürtüsellik ölçmek için tasarlanmış 15 maddelik, kendi kendini raporlayan bir ankettir. Üç faktörün belirlendiği öne sürülmüştür: dikkat dürtüsellik (DD), motor dürtüsellik (MD) ve planlama dışı dürtüsellik (PDD)²¹. Bu çalışmada dürtüsellik için BDÖ-11-KF'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır²².

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı 15.0 versiyonu

kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde gibi) yanı sıra iki grup karşılaştırmalarında kategorik değişkenler için Ki-kare test ile Fisher's exact test, sürekli değişkenler için Mann Whitney U test uygulandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları 18-54 yaş arası hasta grubuna 56 ve kontrol grubuna 56 olmak üzere toplam 112 olgu dahil edildi. Hasta grubu ve kontrol grubu arasında cinsiyet, disiplin cezası, adli olay, trafik cezası, iş/ev kazası, madde kullanımı, ailede intihar, ailede ruhsal hastalık öyküsü, fiziksel hastalık varlığı, vücut ağırlığı ve BMI bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Hasta grubunda kontrol grubuna göre yaş istatistiksel olarak anlamlı derecede daha küçük, ön lisans/lisans mezunu olanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük oranda, bekar olanlar, öğrenci olanlar, nadiren iş değiştirenler, sınıf tekrarı yapanlar, sigara kullanımı ve alkol kullanımı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda, boy istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun, ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam, BDE, YTÖ, BDÖ Dikkat, Motor, Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, YTÖ > 30 olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (Tablo 1).

Hasta grubunda %66.1'inde ($n=37$) ilaç kullanımı mevcuttu; 24 hastada (%42.9) stimulan, 7 hastada (%12.5) antidepresan, 1 hastada (%1.8) antipsikotik ve 5 hastada (%8.9) stimulan+antidepresan kullanımı tespit edildi. Hasta grubunda 45 hasta (%80.4) daha önce ruhsal hastalık tanısı almış; 30 hasta (%53.6) çocukluk dönemi psikiyatri başvurusu yapmış ve 25 hasta (%44.6) çocuklukta DHEB tanısı almıştı. Hastaların çoğu (%71.4, $n=40$) eğitim hayatında yaşadığı zorluklar, 5 hasta (%8.9) evliliğinde/ilişkisinde yaşadığı zorluklar, 5 hasta (%8.9) kendi işinde yaşadığı ruhsal bunalım, 4 hasta (%7.1) iş hayatında yaşadığı zorluklar ve 2 hasta (%3.6) arkadaşlarıyla yaşadığı zorluklar sebebiyle merkezimize başvurmuştu. Şimdiki ruhsal durumunu en iyi tanımlayan ifade olarak 31 hasta (%55.4) "çok kötü hissetmesem de hayatımda...", 15 hasta (%26.8) "kötü hissediyorum ama daha kötü hissettiğim zamanlar da olmuştu", 5 hasta (%8.9) "kendimi iyi hissediyorum, çevremdekilerin uyarısı ile yardım

arıyorum”, 4 hasta (%7.1) “hayatım boyunca bu kadar kötü hissettiğim dönem olmamıştı” ve 1 hasta (%1.8) “kendimi oldukça iyi hissediyorum, zorla getirildim.” şeklinde ifadeler kullanmıştı.

Tablo 1. Hasta grubu ile kontrol grubunun karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
	ort/n	ss/%	ort/n	ss/%	
yaş	25.25	7.75	29.46	5.70	<0.001
cinsiyet					
kadın	36	64.3	42	75.0	0.218
erkek	20	35.7	14	25.0	
medeni durumu					
bekar	50	89.3	34	60.7	<0.001
evli	6	10.7	22	39.3	
egitim					
ilköğretim	2	3.6	0	0.0	<0.001
lise	22	39.3	4	7.1	
ön lisans/lisans	32	57.1	52	92.9	
çalışma durumu					
çalışmıyor	2	3.6	2	3.6	<0.001
öğrenci	36	64.3	2	3.6	
çalışıyor	18	32.1	52	92.9	
iş değiştirme					
hiç	17	30.4	50	89.3	<0.001
nadiren	39	69.6	6	10.7	
sınıf tekrarı					
var	15	26.8	2	3.6	0.001
yok	41	73.2	54	96.4	
disiplin cezası					
var	7	12.5	1	1.8	0.061
yok	49	87.5	55	98.2	
adli olay					
var	6	10.7	6	10.7	1.000
yok	50	89.3	50	89.3	
trafik cezası					
var	13	23.2	9	16.1	0.341
yok	43	76.8	47	83.9	
iş/ev kazası					
var	9	16.1	7	12.5	0.589
yok	47	83.9	49	87.5	
Sigara kullanımı					
var	31	55.4	18	32.1	0.013
yok	25	44.6	38	67.9	
Alkol kullanımı					
var	18	32.1	5	8.9	0.002
yok	38	67.9	51	91.1	
Madde kullanımı					
var	4	7.1	2	3.6	0.679
yok	52	92.9	54	96.4	
intihar girişimi öyküsü					
var	6	10.7	0	0.0	0.314
yok	50	89.3	56	100.0	
ailede intihar öyküsü					
var	7	12.5	2	3.6	0.162
yok	49	87.5	54	96.4	
ailede ruhsal hastalık öyküsü					
var	18	32.1	10	17.9	0.081

yok	38	67.9	46	82.1	
fiziksel hastalık					0.801
var	9	16.1	10	17.9	
yok	47	83.9	46	82.1	
alt grup					0.004
YTÖ <30	39	69.6	51	91.1	
YTÖ >30	17	30.4	5	8.9	
vücut ağırlığı (kg)	64.80	9.84	63.96	14.25	0.324
Boy (cm)	170.16	7.70	166.32	7.57	0.009
BMI	22.28	2.58	23.36	4.06	0.310
ASRS-A	16.66	4.66	6.75	3.32	<0.001
ASRS-B	28.41	8.27	13.43	5.59	<0.001
ASRS toplam	45.04	10.55	20.18	7.43	<0.001
BDE	14.37	11.32	5.98	5.15	<0.001
YTÖ	23.71	13.29	15.52	8.90	<0.001
Dikkat	20.75	4.63	15.09	3.12	<0.001
Motor	22.12	4.74	19.14	3.32	<0.001
Planlama	27.95	5.41	22.87	3.74	<0.001
BDÖ toplam	71.36	11.42	57.20	6.88	<0.001

Hasta grubunda YTÖ <30 olanlar ile YTÖ >30 olanlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, iş değiştirme, sınıf tekrarı, disiplin cezası, adli olay, trafik cezası, iş/ev kazası, sigara/alkol/madde kullanımı, fiziksel hastalık, ilaç kullanımı, daha önce ruhsal hastalık tanısı, çocukluk dönemi psikiyatri başvurusu, çocuklukta DEHB tanısı, vücut ağırlığı, boy, BMI, BDÖ, BDÖ Dikkat ve Motor puanları bakımından istatistiksel olarak

anlamli farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Hasta grubunda YTÖ >30 olanlarda YTÖ <30 olanlara göre ön lisans/lisans mezunu olanlar daha düşük oranda iken lise mezunu olanlar, ailede intihar, ailede ruhsal hastalık istatistiksel olarak anlamli derecede daha yüksek oranda, ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam, BDÖ Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamli derecede daha yüksek saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta grubunda YTÖ <30 olanlar ile YTÖ >30 olanların karşılaştırılması

Hasta grubu	YTÖ <30		YTÖ >30		P
	ort/n	ss/%	ort/n	ss/%	
yaş	26.41	8.68	22.59	4.05	0.223
cinsiyet					0.062
kadın	22	56.4	14	82.4	
erkek	17	43.6	3	17.6	
medeni durumu					0.163
bekar	33	84.6	17	100.0	
evli	6	15.4	0	0.0	
eğitim					0.005
ilköğretim	2	5.1	0	0.0	
lise	10	25.6	12	70.6	
ön lisans/lisans	27	69.2	5	29.4	
çalışma durumu					0.057
çalışmıyor	0	0.0	2	11.8	
öğrenci	24	61.5	12	70.6	
çalışıyor	15	38.5	3	17.6	
iş değiştirme					0.919
hiç	12	30.8	5	29.4	
nadiren	27	69.2	12	70.6	
sınıf tekrarı					
var	11	28.2	4	23.5	

yok	28	71.8	13	76.5	>0.999
disiplin cezası					
var	4	10.3	3	17.6	0.662
yok	35	89.7	14	82.4	
adli olay					
var	4	10.3	2	11.8	>0.999
yok	35	89.7	15	88.2	
trafik cezası					
var	10	25.6	3	17.6	0.733
yok	29	74.4	14	82.4	
iş/ev kazası					
var	6	15.4	3	17.6	>0.999
yok	33	84.6	14	82.4	
Sigara kullanımı					
var	21	53.8	10	58.8	0.730
yok	18	46.2	7	41.2	
Alkol kullanımı					
var	13	33.3	5	29.4	0.773
yok	26	66.7	12	70.6	
Madde kullanımı					
var	3	7.7	1	5.9	>0.999
yok	36	92.3	16	94.1	
intihar girişimi öyküsü					
var	1	2.6	5	29.4	0.012
yok	38	97.4	12	70.6	
ailede intihar öyküsü					
var	2	5.1	5	29.4	0.022
yok	37	94.9	12	70.6	
ailede ruhsal hastalık öyküsü					
var	9	23.1	9	52.9	0.028
yok	30	76.9	8	47.1	
fiziksel hastalık					
var	5	12.8	4	23.5	0.431
yok	34	87.2	13	76.5	
ilaç kullanımı					
var	24	61.5	13	76.5	0.278
yok	15	38.5	4	23.5	
daha önce ruhsal hastalık tanısı					
var	32	82.1	13	76.5	0.719
yok	7	17.9	4	23.5	
çocukluk dönemi psikiyatri başvurusu					
var	18	46.2	12	70.6	0.092
yok	21	53.8	5	29.4	
çocuklukta DHEB tanısı					
var	15	38.5	10	58.8	0.159
yok	24	61.5	7	41.2	
vücut ağırlığı (kg)	64.41	8.72	65.71	12.29	0.986
Boy (cm)	170.72	7.60	168.88	8.01	0.492
BMI	21.97	1.85	23.00	3.73	0.243
ASRS-A	15.90	4.45	18.41	4.78	0.035
ASRS-B	27.03	8.49	31.59	6.96	0.046
ASRS toplam	42.87	10.56	50.00	8.94	0.019
BDE	13.79	11.60	15.71	10.89	0.401
YTÖ	16.82	5.97	39.53	11.85	<0.001
Dikkat	19.82	4.83	22.88	3.35	0.051

Motor	21.36	4.56	23.88	4.82	0.089
Planlama	27.00	5.58	30.12	4.40	0.044
BDÖ toplam	68.69	11.10	77.47	9.93	0.014

Kontrol grubunda YTÖ <30 olanlar ile YTÖ >30 olanlar arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, iş değiştirme, sınıf tekrarı, disiplin cezası, adli olay, trafik cezası, iş/ev kazası, sigara/alkol/madde kullanımı, ailede intihar, ailede ruhsal hastalık ve fiziksel hastalık varlığı bakımından

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Kontrol grubunda hiçbirinde intihar girişimi yoktu. Tablo 3'teki diğer parametreler açısından olgu sayısının azlığından dolayı istatistiksel olarak karşılaştırma yapılmadı (Tablo 3).

Tablo 3. Kontrol grubunda YTÖ <30 olanlar ile YTÖ >30 olanların karşılaştırılması

Kontrol grubu	YTÖ <30		YTÖ >30		P
	ort/n	ss/%	ort/n	ss/%	
yaş	29.47	5.53	29.40	8.08	-
cinsiyet					
kadın	37	72.5	5	100.0	0.316
erkek	14	27.5	0	0.0	
medeni durumu					
bekar	30	58.8	4	80.0	0.638
evli	21	41.2	1	20.0	
eğitim					
ilköğretim	0	0.0	0	0.0	0.320
lise	3	5.9	1	20.0	
ön lisans/lisans	48	94.1	4	80.0	
çalışma durumu					
çalışmıyor	2	3.9	0	0.0	0.320
öğrenci	1	2.0	1	20.0	
çalışıyor	48	94.1	4	80.0	
iş değiştirme					
hiç	45	88.2	5	100.0	>0.999
nadiren	6	11.8	0	0.0	
sınıf tekrarı					
var	2	3.9	0	0.0	>0.999
yok	49	96.1	5	100.0	
disiplin cezası					
var	1	2.0	0	0.0	>0.999
yok	50	98.0	5	100.0	
adli olay					
var	5	9.8	1	20.0	0.445
yok	46	90.2	4	80.0	
trafik cezası					
var	9	17.6	0	0.0	0.580
yok	42	82.4	5	100.0	
iş/ev kazası					
var	6	11.8	1	20.0	0.501
yok	45	88.2	4	80.0	
Sigara kullanımı					
var	16	31.4	2	40.0	0.652
yok	35	68.6	3	60.0	
Alkol kullanımı					
var	5	9.8	0	0.0	

yok	46	90.2	5	100.0	>0.999
Madde kullanımı					
var	2	3.9	0	0.0	>0.999
yok	49	96.1	5	100.0	
ailede intihar öyküsü					
var	2	3.9	0	0.0	>0.999
yok	49	96.1	5	100.0	
ailede ruhsal hastalık öyküsü					
var	10	19.6	0	0.0	0.573
yok	41	80.4	5	100.0	
fiziksel hastalık					
var	10	19.6	0	0.0	0.573
yok	41	80.4	5	100.0	
vücut ağırlığı (kg)	63.35	14.59	70.20	8.73	-
Boy (cm)	166.25	7.77	167.00	5.66	-
BMI	23.18	4.02	25.22	4.41	-
ASRS-A	6.96	3.33	4.60	2.51	-
ASRS-B	13.10	5.63	16.80	4.38	-
ASRS toplam	20.06	7.62	21.40	5.59	-
BDE	5.75	5.09	8.40	5.73	-
YTÖ	13.27	5.11	38.40	6.66	-
Dikkat	15.18	3.19	14.20	2.49	-
Motor	19.12	3.25	19.40	4.34	-
Planlama	23.04	3.81	21.20	2.59	-
BDÖ toplam	57.37	7.05	55.40	5.03	-

Tablo 4.Hasta grubunda ölçek puanları korelasyonu

	r	p
YTÖ – ASRS-A	0.293	0.028
YTÖ – ASRS-B	0.229	0.090
YTÖ – ASRS toplam	0.292	0.029
YTÖ – BDE	0.128	0.345
YTÖ – Dikkat	0.332	0.013
YTÖ – Motor	0.181	0.182
YTÖ – Planlama	0.331	0.013
YTÖ – BDÖ toplam	0.351	0.008
ASRS toplam – BDE	0.293	0.028
ASRS toplam – BDÖ toplam	0.416	0.001
BDÖ – BDÖ toplam	0.196	0.148

Pearson ve Spearman korelasyon test

Hasta grubunda YTÖ ile ASRS-A, YTÖ ile ASRS toplam, YTÖ ile BDÖ Dikkat, YTÖ ile BDÖ Planlama, YTÖ ile BDÖ toplam, ASRS toplam ile BDE, ASRS toplam ile BDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). YTÖ ile ASRS-B, YTÖ ile BDE, YTÖ ile BDÖ motor ve BDÖ ile BDÖ toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda yeme bozukluğu olan hastalarda dikkat eksikliği ve DEHB gelişme riskinin arttığı, dikkat dürtüsellik ve planlama dışı dürtüsellik olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca DEHB ile depresyon ve dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde yeme bozukluğu ve DEHB birlikteliğiyle ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Kaisari ve ark.nın DEHB semptomatolojisi ve

düzensiz yeme davranışı arasındaki potansiyel ilişkiyi değerlendirmek ve bu ilişkinin gücüne dair tahmin sağlamak için yaptıkları bir derleme çalışmasında, 11 çalışmanın 8'inde yeme bozukluğu ile DEHB arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir²³. Bu çalışmalardan ikisi sadece kadınları içeren çalışmalardır^{24,25}. Bununla birlikte birçok çalışmada DEHB ve tıkanırmasına yeme bozukluğu semptomları arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir²⁶⁻²⁹. Literatürdeki üç çalışmada DEHB semptomları (hiperaktivite, hiperaktivite / dikkatsizlik ve hiperaktivite / dürtüsellik) ile tıkanırmasına yeme arasında anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmiştir²⁹⁻³¹. Genel olarak, DEHB ile düzensiz yeme ve özellikle tıkanırmasına yeme davranışı gibi belirli düzensiz yeme davranışı türleri arasında olumlu bir ilişki olduğuna dair orta düzeyde bir kanıt gücü mevcuttur. DEHB'nin dürtüsellik semptomlarının tıkanırmasına yeme ve bulimia nervosa ile pozitif bir şekilde ilişkili olduğuna dair tutarlı kanıtlar ve kadınlarda değil de erkeklerde hiperaktivite semptomları ile kısıtlayıcı yeme arasında bir ilişki olduğuna dair daha sınırlı kanıt vardır^{23,32}. Bizim çalışmamızda ise hasta grubunda YTÖ <30 olanlara kıyasla YTÖ >30 olanlarda önlisans/lisans mezunu olanlar daha düşük oranda iken lise mezunu olanlar, ailede intihar, ailede ruhsal hastalık istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda, ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. YTÖ ile ASRS-A, YTÖ ile ASRS toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Bijlenga ve ark.'nın 202 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada sağlıklı gruba kıyasla DEHB olan hastalarda depresif semptomların arttığı, yeme bozukluğu olduğu, çoğunluğun işsiz olduğu, hiperaktivitenin ve dürtüsellikğin ön planda olduğu belirtilmiştir³³. Karjalainen ve ark.'nın 228 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada yeme bozukluğu olan hastaların %87.5'inde DEHB olduğu, % 50'sinin depresif ve aşırı dürtüsel davranışlar sergilediği rapor edilmiştir. Bizim çalışmamızda sağlıklı gruba kıyasla hasta grubunda ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam, BDE, YTÖ, BDÖ Dikkat, Motor, Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, YTÖ >30 olanların oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Bununla birlikte hasta grubunda YTÖ <30 olanlara kıyasla YTÖ >30 olanlarda önlisans/lisans mezunu olanlar daha düşük oranda iken lise mezunu olanlar, ailede intihar, ailede ruhsal hastalık istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda, ASRS-A,

ASRS-B, ASRS toplam, BDÖ Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Ayrıca hasta grubunda YTÖ ile ASRS-A, YTÖ ile ASRS toplam, YTÖ ile BDÖ Dikkat, YTÖ ile BDÖ Planlama, YTÖ ile BDÖ toplam, ASRS toplam ile BDE, ASRS toplam ile BDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı.

Stein ve ark.'nın yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu olan ve hastanede yatan hastalarda intihar oranının yüksek olduğu, dürtüsellikğin arttığı, depresyon ve DEHB tanılarının yüksek olduğu rapor edilmiştir³⁴. Amor ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada DEHB olan genç popülasyonunda dürtüsellik, YB ve DEHB arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir³⁵. Nazar ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada sadece DEHB olan grup ve sağlıklı kontrol grubuna kıyasla, DEHB + yeme bozukluğu olan grupta daha yüksek vücut kitle indeksi; daha fazla ASRS-B puanlarının, yeme puanlarının, BDÖ Planlama ve toplam puanlarının anlamlı yüksek olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada YTÖ, BDÖ, BDE ve DEHB semptomları arasında anlamlı korelasyon olduğu belirtilmiştir³⁶. Seitz ve ark. yaptıkları bir çalışmada, DEHB ile BN komorbidi olan 12 hastada sadece BN olan 45 hasta ile karşılaştırıldığında daha belirgin dikkatsizlik ve dürtüsellik olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada ayrıca dikkatsizliğin bu eksikliklerle hiperaktivite / dürtüsellikten önemli ölçüde daha fazla ilişkili olduğu rapor edilmiştir¹⁰. Steadman ve ark. 44 kişiyi değerlendirmiş ve dürtüsellikğin DEHB ve tıkanırmasına yeme semptomları arasındaki korelasyonu hafifletmediğini bildirmiştir¹¹. Bu komorbiditenin fizyopatolojisiyle ilgili sınırlı literatür çalışmaları, dürtü düzenleme eksikliklerine işaret etmektedir, ancak bu hipotezi doğrulamak için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda ise DEHB + yeme bozukluğu olan grupta önlisans/lisans mezunu olanlar daha düşük oranda iken lise mezunu olanlar, ailede intihar ve ailede ruhsal hastalık istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda, ASRS-A, ASRS-B, ASRS toplam, BDÖ Planlama ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

Çalışmamız küçük örneklem boyutu, nispeten hafif-orta şiddetli yeme davranışı bozuklukları ile sınırlıdır. Çalışma grubunun çoğunluğu önlisans /lisans öğrencisi oldukları için tüm örneklemelerin yüksek bilişsel işlevi, sonuçların tavan etkisine neden

olabileceği için bilişsel testlere müdahale edebilir. Şiddetli semptomlara ve daha zayıf bilişsel işlevlere sahip bir örneklemede farklılıklar daha belirgin olabilir. Öte yandan, çalışmamızın herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan ve bilişsel testi engelleyebilecek bir faktör olabileceğinden ilaç tedavisi almamış bir kontrol grubu seçilmesi gibi güçlü yönleri vardır.

Sonuç olarak, yeme bozukluğu komorbiditesi olan DEHB olan hastalarda, dikkatsizliğin ve dürtüsellüğün daha belirgin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu fenomenlerin artan farkındalığı, DEHB olan bireyler için klinik yönetimi ve tedavi seçeneklerini geliştirebilir. Çalışmamızın, temel bilişsel yapılar, dürtüsellik ve bozuk yeme davranışı arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması, DEHB'li bireyler ve yeme bozuklukları ile ilişkili diğer nöropsikolojik rahatsızlıklar için tedavi seçenekleri geliştirilmesi hakkında bilgi vermesi açısından faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: RA, OK; Veri toplama: OK; Veri analizi ve yorumlama: RA, OK; Yazı taslağı: RA, OK; İçeriğin eleştirel incelenmesi: RA, OK; Son onay ve sorumluluk: RA, OK; Teknik ve malzeme desteği: RA, OK; Süpervizyon: RA; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmasından sonra çalışmaya başlanmıştır (Onay numarası: 05.04.2020/258)

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : RA, OK; Data acquisition: OK; Data analysis and interpretation: RA, OK; Drafting manuscript: RA, OK; Critical revision of manuscript: RA, OK; Final approval and accountability: RA, OK; Technical or material support: RA, OK; Supervision: RA; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: The study was initiated after the approval of the Sakarya University Faculty of Medicine Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Approval number: 05.04.2020 / 258)

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

- Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43:434-42.
- Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014;16.
- Hinshaw SP. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annu Rev Clin Psychol.* 2018;14:291-316.
- Joyce-Beaulieu D, Sulkowski ML. The diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5) model of impairment. *Assessing impairment: Springer;* 2016:167-89.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:406-14.
- Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al. The science behind the academy for eating disorders' nine truths about eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25:432-50.
- Shaw P, Sudre G. Adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder: understanding teenage symptom trajectories. *Biol Psychiatry.* 2021;89:152-61.
- Pauli-Pott U, Albayrak O, Hebebrand J, Pott W. Association between inhibitory control capacity and body weight in overweight and obese children and adolescents: dependence on age and inhibitory control component. *Child Neuropsychol.* 2010;16:592-603.
- Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2016;49:1045-57.
- Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, et al. The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One.* 2013;8:e63891.
- Steadman KM, Knouse LE. Is the relationship between ADHD symptoms and binge eating mediated by impulsivity? *J Atten Disord.* 2016;20:907-12.
- Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009;10:77-87.
- Pazvantoğlu O, Akbaş S, Sarısoy G, Baykal S, Zabun Korkmaz I, Bekiroğlu K. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. *Düşünen Adam.* 2014;27:61-8.
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-9.
- Savasir I, Erol N. Yeme tutum testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi.* 1989;7:19-25.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
- Hisli-Sahin N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1988;6:118-26.
- Arkar H, Safak C. Exploring dimensions of the Beck Depression Inventory in a clinical sample. *Turk Psikoloji Dergisi.* 2004;19:117-124.
- Dunkel D, Froehlich S, Antretter E, Haring C. Replication of a two-factor model of the Beck

- Depression Inventory in alcohol dependents and suicide attempters. *Psychopathology*. 2002;35:228-33.
20. Helm HW, Jr., Boward MD. Factor structure of the Beck Depression Inventory in a university sample. *Psychol Rep*. 2003;92:53-61.
 21. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51:768-74.
 22. Tamam L, Gulec H, Karatas G. .Barratt Durtusellik Olcegi kısa formu (BIS-11-KF) Turkce uyarlama calismasi. *Noropsikiyatri Ars*. 2013;50:130-5.
 23. 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;53:109-21.
 24. Stulz N, Hepp U, Gachter C, Martin-Soelch C, Spindler A, Milos G. The severity of ADHD and eating disorder symptoms: a correlational study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:44.
 25. Viborg N, Wångby-Lundh M, Lundh L-G. Reciprocal prospective associations between disordered eating and other psychological problems in a community sample of Swedish adolescent girls. *Eat Behav*. 2014;15:159-63.
 26. Nazar BP, Suwvan R, de Sousa Pinna CM, et al. Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder on binge eating behaviors and psychiatric comorbidity profile of obese women. *Compr Psychiatry*. 2014;55:572-8.
 27. Davis C, Cohen A, Davids M, Rabindranath A. Attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to addictive behaviors: a moderated-mediation analysis of personality-risk factors and sex. *Front Psychiatry*. 2015;6:47.
 28. Reinblatt SP, Leoutsakos JM, Mahone EM, Forrester S, Wilcox HC, Riddle MA. Association between binge eating and attention-deficit/hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. *Int J Eat Disord*. 2015;48:505-11.
 29. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, et al. Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. *Psychol Med*. 2015;45:2511-20.
 30. Goldschmidt AB, Hipwell AE, Stepp SD, McTigue KM, Keenan K. Weight gain, executive functioning, and eating behaviors among girls. *Pediatrics*. 2015;136:e856-63.
 31. Slane JD, Burt SA, Klump KL. The road less traveled: Associations between externalizing behaviors and eating pathology. *Int J Eat Disord*. 2010;43:149-60.
 32. Rastam M, Taljemark J, Tajnia A, et al. Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a nationwide twin study of 9- and 12-year-old children. *ScientificWorldJournal*. 2013;2013:315429.
 33. Bijlenga D, van der Heijden KB, Breuk M, et al. Associations between sleep characteristics, seasonal depressive symptoms, lifestyle, and ADHD symptoms in adults. *J Atten Disord*. 2013;17:261-75.
 34. Stein D, Keller S, Ifergan IS, et al. Extreme risk-taking behaviors in patients with eating disorders. *Front Psychiatry*. 2020;11:89.
 35. Ben Amor L, Lachal J. [Impulsivity and obesity in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A clinical, neuropsychological and magnetic resonance spectroscopy exploratory study.]. *Encephale*. 2019;45:494-500.
 36. Nazar BP, Trindade AP, Leslie M, et al. Eating disorders impact on vigilance and decision making of a community sample of treatment naive attention-deficit/hyperactivity disorder young adults. *Front Psychiatry*. 2018;9:531.