

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN ÇOCUKLARIN VE ANNE-BABALARININ
BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Neriman KİLİT

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2017

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN ÇOCUKLARIN VE ANNE-BABALARININ
BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Neriman KİLİT

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI

Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN

ESKİŞEHİR

2017

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Neriman KİLİT'e ait "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların ve Anne-Babalarının Bağlanma Biçimlerinin Araştırılması" adlı tez çalışması jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:01/12/2017

Jüri Başkanı Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Yrd. Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve
Araştırma Hastane Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilimsel yöntem, etik ve insani değerlere bağlılığı ile her zaman örnek aldığım, kendisiyle birlikte çalışmayı büyük bir şans olarak gördüğüm, eğitimim sırasında bana her konuda destek olan ve klinik olarak farklı bakış açıları kazandıran hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN'a; kendileriyle çalışmaktan gurur duyduğum, tez sürecimde benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen Dr. Bengisu ÖZÇİVİT ASFUROĞLU, Dr. Zelal ŞAHİN ve Psk. Esra Nazlı SAKALLI'ya, tez çalışmamın şekillenmesinde büyük yardımları olan Halksağılığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Selma Metintaş 'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

Kilit, N. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların ve Anne-Babalarının Bağlanma Biçimlerinin Araştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2017. Dürtü kontrol bozukluğu, kendini sakinleştirememe, ısrarcılık, aşırı hareketlilik, çok konuşma gibi belirtileri yüzünden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) olan çocuklarla temel bakım verenleri arasında güvenli bağlanmanın gelişiminde aksaklıklar ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde takip edilen DEHB tanılı çocuklarda, anne-babalarında bağlanmanın kaygı ve kaçınma puanlarını saptamak ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmaktır. Araştırma, DEHB tanısı almış ve başka hiçbir psikiyatrik ek tanısı olmayan 8-12 yaşları arasında 100(DEHB-D(38), DEHB-H(31), DEHB-H(31)) ve herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı olmayan 8-12 yaş arasında 32 çocuk, anne ve babaları ile yürütülmüştür. Ebeveynlere sosyodemografik veri formu, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli – Türkçe Uyarlaması, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği, çocuklara Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmelerin sonucuna göre, çocukta kaygı puanı ortancası DEHB alt tiplerinin hepsinde DEHB tanısı olmayan gruptan daha yüksektir. DEHB tanısı olan grupta, anne de bağlanmanın kaygı ve kaçınma puanlarıyla çocukta bağlanmanın kaygı puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yine çocukta ,bağlanmanın kaygı puanını arttıran bağımsız risk faktörünün çocukta DEHB tanısının varlığı, çocukta bağlanmanın kaçınma puanını arttıran bağımsız risk faktörlerinin çocuğun sınıfının büyük olması, çocukta DEHB tanısı varlığı ve annede duygusal tepki verebilme yetisinin geliştirilmesi gerekliliği olarak saptanmıştır .

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bağlanma stili, aile işlevselliği, çocuk-ergen, ruh sağlığı

ABSTRACT

Kilit, N. The Attachment Styles of Children and Their Parents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry Speciality in Medicine Thesis, Eskişehir, 2017. Symptoms like, impulse control problems, selfcalming, persistence, supermotility, to talk a lot, and interrupting may prevent development of secure attachments between parents and children with ADHD . In this study, we aimed to identify the anxiety and the avoidance dimensions of attachment in children, that has been diagnosed ADHD and their parents. A total of 100 children between 8-12 years old, who has been diagnosed only ADHD and their parents and 32 children between 8-12 years old who did not have any kind of psychiatric diagnoses, and their parents included in the work. Sociodemographic data form, Conners' Parent Rating Scales- Revised Short Form, Family Assessment Scale, The Experiences in Close Relationships Scale - II were given to all parents and The Experiences in Close Relationships Scale - Revised for children and adolescents-II(ECR-RC-II)were given to all children. In our work, it is found that, child anxiety score medians in all subtypes of ADHD are higher than controls. Also, in the group with ADHD, with attachment of mother's anxiety and avoidance scores are associated with attachment of child's avoidances scores. Moreover, presence of ADHD diagnosis was found to be the only independent variable that increased the child's anxiety score by the ECR-RC-II and the presence of ADHD diagnosis, the child's class is advanced, the mother's ability to react emotionally according to the family assessment scale is low were found independent variables that increased the child's avoidance score by the ECR-RC-II. According to our findings, supporting the functionality of the family and parenting abilities and take measures to reduce avoidant and anxiety dimensions should be kept in mind.

Key Words: Attention deficit and hyperactivity disorder; attachment styles; family functioning; child; adolescent; mental health.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. DEHB	4
2.1.1. DEHB Tanım	4
2.1.2. DEHB Epidemiyoloji	4
2.1.3. DEHB Etiyoloji	5
2.1.4. DEHB Klinik Özellikler	8
2.1.5. DEHB Ayırıcı Tanı	11
2.1.6. DEHB Eş tanı	12
2.1.7. DEHB Tedavi	12
2.1.8. DEHB Gidiş ve Sonlanış	14
2.1.9. Aile ve DEHB	15
2.2. Bağlanma	16
2.2.1. Tanım	16
2.2.2. Bağlanma gelişimi	17
2.2.3. Bağlanma Kuramı	19
2.2.4. Bağlanmanın nörobiyolojisi	23
2.2.5. Yetişkinlikte bağlanma	25
2.2.6. Aile İşlevselliği ve Bağlanma	26
2.2.7. Gelişimsel Psikopatoloji ve Bağlanma Arasındaki İlişki	29
2.2.8. Bağlanma ve DEHB arasındaki ilişki	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34

	Sayfa
3.1. Örneklem	34
3.2 Çalışmanın Aşamaları	35
3.3. Veri Toplama Araçları	36
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	91
KAYNAKLAR	113
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu	
Ek 2: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II	
Ek 3: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II- Orta Çocukluk Dönemi	
Ek 4: Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa	
Ek 5: Aile Değerlendirme Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADÖ	Aile Değerlendirme Ölçeği
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
CADÖ	Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği
ÇDDÖ	Çocuk ve Ergenlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-T	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli – Türkçe Uyarlaması
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip
DEHB-D	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Baskın Tip
DEHB-H	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite Baskın Tip
DEYDB	Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları
DSM	Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FDA	Food and Drug Administration
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
MTA	Multimodal Treatment Study of Children with ADHD
REM	Rapid Eye Movement
RO	Risk Oranı (Odd's Ratio)
OSB	Otistik spektrum bozuklukları
X-ray	Röntgen ışınları
WISC-R	Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised)

YİYE-II	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II
YİYE-II-OÇD	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II-Orta çocukluk dönemi
%95 GA	%95 Güven Aralığı (%95 Confidence Interval)



ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. DEHB ve tanı almayan gruplara göre annenin hamilelik sürecinde karşılaştığı durumlar	45
4.2. DEHB ve tanı almayan gruplara göre çocuğun doğumdan sonra karşılaştığı problemler.	48
4.3. DEHB ve tanı almayan gruplara göre annenin lohusalık döneminde yanında kim kaldı	50
4.4. DEHB ve tanı almayan gruplara göre çocuğun bebekliğinde yaşadığı problemler	51
4.5. DEHB ve tanı almayan gruplara göre çocuğun ilk aldığı eğitim.	52

TABLOLAR

	Sayfa
4.1. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların sosyodemografik özellikleri	40
4.2. Kontrol ve DEHB gruplarına göre ailenin yapısal özellikleri	41
4.3. Kontrol ve DEHB gruplarına göre anne ve babada madde kullanımı	42
4.4. Kontrol ve DEHB gruplarına göre anne ve babayı etkileyen travma durumu ve ruhsal tedavi durumları	43
4.5. Kontrol ve DEHB gruplarına göre anne ve babanın çocukla ilgili doğum öncesi düşünceleri	44
4.6. Kontrol ve DEHB gruplarına göre annenin hamilelik süreci	44
4.7. Kontrol ve DEHB gruplarına göre anne ve babanın çocukla ilgili doğum sonrası düşünceleri	45
4.8. Kontrol ve DEHB gruplarına çocuğun doğum özellikleri	47
4.9. Kontrol ve DEHB gruplarına göre doğum sonrası özellikler	49
4.10. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocuğun geçirdiği hastalıklar ve hastanede kalım durumu	52
4.11. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocuğun gelişim durumu	53
4.12. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların ve anne-babalarının kaygı ve kaçınma boyutları	54
4.13. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların annelerinin aile değerlendirme ölçeğine göre sonuçları	55
4.14. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların babalarının aile değerlendirme ölçeğine göre sonuçları	57

	Sayfa
4.15. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların doğum sonrası özelliklerinin, çocukta kaygı ve kaçınma boyutlarına göre karşılaştırılma sonuçları.	60
4.16. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların annelerinden ADÖ kullanılarak elde edilen sonuçlar, çocukta kaygı ve kaçınma boyutlarının karşılaştırılma sonuçları.	63
4.17. Kontrol ve DEHB gruplarına göre çocukların babalarından ADÖ kullanılarak elde edilen sonuçlar, çocukta kaygı ve kaçınma boyutlarının karşılaştırılma sonuçları.	66
4.18. Kontrol ve DEHB gruplarına göre, çocukların anne ve babalarının yaşlarının, çocukta kaygı ve kaçınma puanlarının bağıntı analizi sonuçları	67
4.19. Kontrol ve DEHB hasta gruplarına göre çocukların gelişim durumunun, çocukta kaygı ve kaçınma boyutlarına göre karşılaştırılma sonuçları.	68
4.20. Kontrol ve DEHB hasta gruplarına göre anne ve babada kaygı ve kaçınma boyutlarına göre, çocukta kaygı ve kaçınma boyutlarının değerlendirilmesinden elde edilen sonuçlar.	69
4.21. Çocukta kaygı ve kaçınma boyutları için bağımsız risk faktörleri.	69

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), belirtileri erken çocukluk döneminde başlayan, kişinin yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize olan, çocukluk çağıının en sık görülen nörogelişimsel ruhsal bozuklukluğudur(1). DEHB son derece önemli akademik, sosyal ve ruhsal sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen bir bozukluk olabilmektedir ve Amerikan Psikiyari Birliği (APA) verilerine göre okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülmektedir(2). DEHB'nin erkeklerde kızlardan 2,5-3 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir(3). Yapılan araştırmaların çoğunda DEHB dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipin (DEHB-D) diğer alt tiplere oranla daha sık görüldüğü; DEHB-D tipi sırasıyla DEHB bileşik tip(DEHB-B) ve DEHB hiperaktivite ve dürtüsellüğün ön planda olduğu tipin (DEHB-H) izlediği saptanmıştır (4).

DEHB'nun etyolojisi hakkındaki çalışmalara bakıldığında, her ne kadar en çok biyolojik etkenler üzerinde durulmuş olsa da, ruhsal etkenlerinde bu bozukluğun gelişimi ve devam etmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar DEHB'li çocukların kontrollere göre daha sorunlu anne-baba/çocuk ilişkilerine ve daha düşük aile desteğine sahip olduklarını, çocukluk çağı travmalarına ve anne-baba kayıp veya ayrılıklarına daha fazla maruz kaldıklarını ortaya koymuştur(5, 6).

Anne-baba çocuk ilişkisinin ruhsal hastalıkların oluşmasına katkısı bilinmektedir. Bu ilişkiyi açıklayan “Bağlanma kuramı” John Bowlby tarafından geliştirilmiştir ve Mary Ainsworth'un çalışmaları ile güncellenmiştir. Bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde bağlanmanın yaşamsal açıdan önemi olsa da, yaşam boyu diğer kişilerle yaşanan deneyimler, bağlanma örüntüsünü etkileyebilmektedir(7). Bağlanma sistemi, bebek ve bakım veren arasındaki ilişkilerde gözlenen dört temel davranış örüntüsü ile kendini göstermektedir. Bunlar; yakınlık arayışı ve yakınlığı koruma ihtiyacı, ayrılığı protesto etme, keşfetme etkinlikleri için bakıcıyı güvenli bir üs olarak kullanma ile destek ve güvenlik için bakıcıyı sağlam bir sığınak olarak,kullanmadır(7). Bu kurama göre; bebek ve bakım vereni arasındaki ilişkide gözlenen yakınlık, yanıtılık ve eş güdüm, zamanla “içsel çalışma modelleri” olarak

içselleştirilmektedir. İçsel çalışma modellerinin erişkinlikte yakın ilişkilerde gözlenen davranış tarzıyla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir(8). Yaşamın erken dönemlerinde oluşan güvenli bağlanma biçiminin ilerleyen yıllardaki sağlıklı ruhsal süreçlerle (olumlu kendilik imgesi, sosyal ve evlilik uyumu, bilişsel beceri) ilişkilendirilirken, güvensiz bağlanma biçiminin daha sonraki yaşam dönemlerindeki psikopatoloji ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür(9) . Güvensiz bağlanma stili ile çeşitli ruhsal bozukluklar (depresyon, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, alkol-madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, şizofreni) arasında anlamlı ilişki olduğu, çok sayıda çalışmada gösterilmiştir(10-16). Bu nedenle, bağlanma örüntüsünün, çocukluk çağında kurulan ama etkileri yaşam boyunca süren bir özellikte olduğu söylenebilir.

Çocuklar üzerinde yürütülmüş olan araştırmalarda güvensiz bağlanma ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gelişimi arasında bir ilişki olduğu, bağlanma ile ilgili sorunların aynı zamanda DEHB gelişimine katkıda bulunabileceği bildirilmiştir(17-19). Diğer araştırmacılar bağlanma biçiminin, DEHB'nun klinik özellikleri ve gidişi üzerinde de etkisi olduğunu, ileride DEHB gelişimi için öncül bir etken olabileceğini belirtmişlerdir(20, 21) DEHB dünyada ve Türkiye’de çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları alanında en sık görülen bozukluklardan bir tanesidir ve ‘Bağlanma Kuramı’ DEHB etyolojisi ile ilgili yapılan son yıllardaki çalışmalarda çevresel faktörleri arasında en ilgi çeken konulardan biridir. Çalışmada kullanılan Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II(YİYE-II) erişkin formu ve orta çocukluk dönemi değerlendirme formu, çalışmaya katılan çocukların, anne-babalarının bağlanma stilini bulmaya yönelik değil, kişinin sahip olduğu, bağlanma stilinde yer alan kaygı ve kaçınma boyutlarını tespit etmeye yöneliktir ve bizim bilgilerimize göre Türkiye’de bu ölçek kullanılarak yapılan ilk çalışma bizim çalışmamızdır. Kişilerin bağlanma stili ve alt bağlanma stilleri yerine bağlanma örüntülerindeki kaygı ve kaçınma boyutunun tespiti daha tarafsız ve tutarlı sonuçlar vermektedir. Yani kişileri sadece güvenli-güvensiz bağlanma şeklinde sınıflamanın bir adım ötesinde güvensiz bağlananların kaygı ve kaçınma boyutu açısından değerlendirilmesi vakaların klinik çözümlemelerine de daha fazla katkı sağlayacaktır. Ayrıca bizim bilgilerimize göre şimdiye kadar yapılan çalışmalarda genellikle ebeveyn tutumlarıyla ilgili ölçekler kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) kullanılarak,

ebeveynlerin sadece çocuğa olan tutumları değil, kendilerini aile boyutunda değerlendirmeleri ve aile ile ilgili çeşitli konularda yetileri ve bunların yakın ilişkilerle arasındaki bağlantılar araştırılmıştır.

Bizim çalışmamızda DEHB tanısı almış ve almamış 8-12 yaş aralığında ki çocuklarda ve anne-babalarında bağlanma biçiminin kaygı ve kaçınma boyutlarının, anne ve babanın kaygı ve kaçınma puanlarının çocuğun kaygı ve kaçınma puanına ve aile işlevselliğine olan etkilerinin, çocukta kaygı ve kaçınma puanlarıyla, çocukta DEHB tanısı arasındaki bağlantının araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

- 1- DEHB tanısı alan çocuklarda ve ailelerinde bağlanmanın kaçınma ve kaygı puanları, kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- 2- Çalışmaya dahil olan bütün çocuklarda bağlanmanın kaçınma ve kaygı puanları, anne ve babalarının bağlanmalarındaki kaçınma ve kaygı puanları ile paralellik göstermektedir.
- 3- Anne-babaların bağlanmalarının kaygı ve kaçınma puanlarıyla, aile işlevselliği arasında bir ilişki vardır.
- 4- Aile işlevselliği düşüklüğü ile çocukta bağlanmanın kaygı ve kaçınma puanı yüksekliği arasında bir ilişki vardır.
- 5- Aile işlevselliği düşüklüğü ile çocukta DEHB tanısı arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiper Aktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB), başlangıcı erken çocukluk döneminde olan, temel belirtileri dikkat eksikliği, hareketlilik, dürtüsellik şeklinde sıralanan, nörogelişimsel bir bozukluktur(22) .

2.1.2. Epidemiyoloji

Çocukluk çağının en sık görülen ruhsal bozukluklarından biri olan DEHB'nin epidemiyolojisi konusunda, şimdiye kadar oldukça fazla araştırma yapılmıştır. DEHB'nin sıklığının belirlenmesine yönelik bu araştırma sonuçlarının %0,2-0,9 gibi düşük değerlerden %19,8-27 gibi yüksek değerlere kadar değiştiği görülmektedir(23). Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,2-7,1 olduğu gösterilmiştir. Bu iki meta analiz çalışması sonucunda araştırmacılar, daha önce çok sayıda yapılmış olan çalışmalarda elde edilen ve birbirinden oldukça farklı olan DEHB prevalanslarının coğrafi ve ırksal farklılıklardan daha çok, temelde metodolojik özelliklerden kaynaklandığını belirtmişlerdir(24, 25). 27 ülkeden 41 çalışmanın dâhil edildiği, çocuk ve ergenlerde tüm ruhsal bozuklukların sıklığının araştırıldığı, yeni bir meta analiz çalışmasında tüm dünyada ortalama ruhsal bozukluk sıklığı %13,4 olarak saptanmış, ortalama DEHB prevalansı ise %3,4 olarak bulunmuştur(26).

Türkiye'de son yıllarda DEHB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar artmıştır. Gül ve ark. tarafından 2010 yılına Trabzon'da yapılan çalışmada 6-12 yaş aralığındaki 1500 ilköğretim öğrencisinde DEHB yaygınlığı %8,6 ve alt tip dağılımları sırasıyla dikkat eksikliği %1,6, hiperaktif/ impulsif tip %6,1 ve bileşik tip %0,9 olarak bulunmuştur. Erkeklerde DEHB oranı %12,8, kızlarda DEHB oranı %3,7, erkek/kız oranı DEHB'nin tüm alt tipleri için 3,5/1 olarak saptanmıştır. KOKGB yaygınlığı %14,1 ve davranım bozukluğunun sıklığı %4,4 olarak bildirilmiştir. DEHB olan olgularda KOKGB sıklığı %57,5 ve DB sıklığı %20,6'dır. Bu çalışmanın sonucunu

DEHB yaygınlığının erkeklerde daha sık olduğu, alt tiplere göre dağılımının diğer çalışmalardan farklı olarak saptandığı, bu farkın Türk toplumunda çocuğa yönelik yaşa bağlı tutumlar, beklentilerle ilişkili kültürel farklarla şekillenebileceği şeklinde yorumlamışlardır (27). Eskişehir il merkezinde, toplam 3329 çocuk ve ergenin katıldığı uzmanlık tez çalışmasında, DEHB sıklığının %4,4 oranında olduğu tespit edilmiştir. Alt tiplere bakıldığında oranlar DEHB-D %2,3, DEHB-H %1,3 ve DEHB-B %0,8 olarak saptanmış olup erkeklerde 2 kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur.(28).

2.1.3. Etiyoloji

Nöropsikolojik, nörogörüntüleme, nörokimyasal ve genetik çalışmalardan elde edilen veriler frontostriatal (ventrolateral prefrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, dorsal anterior singulat korteks, striatum) yapılarıdaki bozukluğun DEHB'nin patofizyolojisine katkıda bulunduğunu göstermektedir (29).

Hastalığın ortaya çıkmasında etkin olduğu ileri sürülen etkenler şöyledir:

A- Biyolojik Etkenler

Genetik

DEHB tanısı olan ikiz bireylerde yapılan çalışmalar, biyolojik ailelerinde DEHB öyküsü varlığının, evlat edinen ailelerden daha yüksek olduğunu, ortaya konmuştur. DEHB'li çocukların anne ve babalarında da DEHB olma sıklığının 2 ila 8 kat arttığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde DEHB'nin beraber görülme sıklığı, %50–84, çift yumurta ikizlerinde ise %30–40 dolayında bulunmuştur(30). DRD4, SLC6A3(DAT1) ve DBH nin dahil olduğu dopaminerjik ve serotoninerjik sistem genleri üzerinde en çok çalışılan ve DEHB ile olan ilişkisi ortaya konan genler olmaktadır(31).

Nörokimyasal Etkenler

Bu grupta katekolaminler, serotonin, GABA, glisin gibi nörotransmisyon sürecinde görevli çeşitli moleküller bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, agresif bireylerde öne çıkan molekül olan serotonin, inhibitör nörotransmitter glisin ve GABA, DEHB’de de rolü olduğu bilinen nörotransmitterlerdir(32). Ama esas olarak, katekolamin transmisyonunu etkileyen ajanlar DEHB’de daha ön plana çıkmaktadırlar. Tedavide kullanılan ilaçlar (metilfenidat, amfetamin, pemolin) dopamin ve nöradrenalin düzeylerini arttırmaktadırlar. Bu ilaçlar, bunu hem katekolamin salınımını arttırarak hem de geri alınmasını azaltarak yaparlar. Katekolamin düzeylerindeki artışlar DEHB semptomlarını iyileştirmektedir. Ayrıca Trisiklik antidepresan ilaçlar ve MAO inhibitörleri de hiperaktiviteyi azaltmaktadır. Bu bağıntı dopaminerjik sistemi DEHB etiyolojisinde öne çıkarsa da, süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir(33).

Biyokimyasal Etkenler

DEHB ile ilişkileri açısından en çok incelenen, biyokimyasal etkenler arasında, çinko, magnezyum, demir, çoklu doymamış yağ asitleri ve iyot yetmezliği başta gelmektedir(34).

Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

DEHB’nin santral sinir sistemi hasarı sonucu geliştiğini öne süren fikirler, bozukluğun tanımlanmasından bu yana öne sürülmekte olup, yapılan çalışmalar sonucunda bozukluğun nöroanatomik kökenleri konusunda pek çok ön bulgu da elde edilmiştir(35).

DEHB’li çocuklarda, düzensiz elektroensefalogramın (EEG) varlığı DEHB’nin fizyolojik boyutu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca nörofizyoloji çalışmaları sonucu DEHB’li çocukların prefrontal kortekslerinde kan akımının azaldığına dair bulgulara ulaşılmıştır(36). Beyin travması sonucu, davranışları etkileyen merkezler

etkilenmişse, DEHB bulgularının gözlemlendiğine dair çalışmalar da mevcuttur(37). Genel olarak, beynin bölgesel olarak daha küçük hacimli olduğunun tespit edildiği durumlarda, DEHB semptomlarının şiddetinin arttığı gösterilmiştir(38). Görüntüleme çalışmalarında dikkat çeken bir nokta; DEHB olan çocuklarda, boyutu küçük olarak belirlenen beyin bölgelerinin çoğunun, dikkati düzenleyen alanlar olmasıdır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda verilen bir görevi tamamlama performansının; prefrontal korteks, kaudat ve globus pallidus hacimleri ile pozitif ilişkisinin olduğu gösterilmiştir(37).

Beyin görüntüleme çalışmaları, aynı zamanda DEHB'nin patofizyolojisinde, serebellum ve korpus kallozumunda rol aldığını göstermektedir(39).

B- Psikososyal ve Çevresel etkenler

Araştırmacılar tarafından psikososyal ve çevresel etkenler olarak, anne baba tutumu, aile işleyişi, kişisel özellikler, diyet, hamilelik dönemi, doğum ve doğum sonrası olaylar ele alınmaktadır. DEHB'ye neden olabilecek olan psikososyal etkenleri araştıran bazı çalışmalar anne-baba ve çocuk ilişkisine odaklanmış ve DEHB tanısı olan çocukların ailelerini daha olumsuz ve zorlayıcı, geribildirim ve ödül vermekte daha kısıtlı olarak nitelendirdiğini ortaya koymuştur(40).

DEHB'nin ailesel ve çevresel risk etkenleri ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar; annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyden gelmesi, ailede ve özellikle annede DEHB belirtilerinin bulunmasının, DEHB için bir risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. DEHB oluşumunu etkileyen çevresel etkenlerin arasında, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaşılan güçlükler de bulunmaktadır. Bu çalışmalarda DEHB'nin ortaya çıkmasında hamilelik dönemi kanamaları, yüksek tansiyon (preeklamsi), annenin kronik sağlık sıkıntıları, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, sezaryan doğum, bebeğin anne sütü alımı ve annenin yaşı gibi değişkenlerin önemli rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Akut ve travmatik olaylarla kıyaslandığında fetusun oksijensiz kalması ve kronik olarak bazı toksik ve/veya allerjen maddelere maruz kalması da DEHB'nin ortaya çıkmasında etkili bulunmuştur. Yine annenin hamilelik döneminde alkol ve sigara kullanması ile çocukta DEHB oluşumu arasındaki ilişki bir çok araştırmaya konu olmuştur(41).

2.1.4. Klinik Özellikler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yaşa uygun olmayan dikkat süresi kısalığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile seyreden çocuk ve ergen psikiyatrisinin konu aldığı sık görülen bozukluklarından biridir(42).

Çocuklarda görülen dikkati toplama zorlukları özellikle çocuğa sıkıcı gelebilecek durumlarda ortaya çıkmaktadır, çocuk bu tip durumlarda, dinleyemez, takip edemez, organize olamaz veya önemli eşyaları kaybeder. Genellikle sıkıcı, çeldirici, yorucu, tekrarlayıcı ve motivasyonun düşük olduğu ortamlarda odaklanma sorunları görülmektedir. Aşırı hareketlilik ile ilgili yakınmalar ise, yerinde duramama (kıpır kıpır olma), çok konuşma, söz kesme ve huzursuzluk şeklinde görülmektedir. Genellikle bu çocuklar bir motor tarafından sürükleniyormuş gibi sürekli hareket halindedir. Hareketin niteliği genellikle zarar verici ve amaçsızdır. Belirtiler sıklıkla kazalara neden olmaktadır ve kişiler arası ilişkilerde gerginlik ve uygunsuz durumlar yaratmaktadır(42). Dürtüsellik ise farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Sonunu düşünmeden eyleme geçme, sabırsızlık, yönergeleri dinlememe, kendisi ve çevresi için zararlı olabilecek fevri hareketler, sırasını beklemede güçlük çekme gibi davranış sorunları gözlenebilir. DEHB genellikle 3 yaşına kadar başlamasına karşın, tanı çocuğun düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın gelişmesinin beklendiği ilkokul yıllarında konmaktadır(33).

DEHB olan çocuklar sıklıkla diğer insanların gereksinimlerine duyarsız, patronluk taslayan ve rahatsız edici kişiler olarak tanımlanmaktadırlar. DEHB olguları hem ailelerinden hem de öğretmenlerinden ve arkadaşlarından sık sık olumsuz geri bildirimler aldıkları için kendilerine güvenleri yaşıtlarına göre az, anksiyeteli ve depresif durumlara yatkın çocuklardır. Özellikle okul çağında devam eden bu olumsuz geri bildirimler, olguların ergenlik döneminde sorun yaşamalarına neden olabilmektedir(43).

DSM-5 e göre DEHB tanı kriterleri şunlardır:

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır: (1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

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

b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık.

c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.

f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir.

g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).

h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.

i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür.

Hiperaktivite

- a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- d. Çoğu zaman sakın bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f. Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik

- g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.
- h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-dürtüsel semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 12 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır [örneğin; okulda (ya da işte) ve evde].

D. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da kişilik bozukluğu).

Alt tipleri

Alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:

1)Bileşik tip:

Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

2)Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip:

Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

3)Hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip:

Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

2.1.5. Ayırıcı Tanı

DEHB birçok belirti grubunu içerdiği ve bazı ruhsal bozukluklarla sık olarak birlikte görülebildiği için aynı zamanda bazı ruhsal bozukluklarla da karışabilmektedir. Bunlar arasında en sık görülenleri, mental retardasyon, öğrenme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, metabolik bozukluklar, nörolojik bozukluklar, uyum bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu oluşturmaktadır. Ayrıca hiper/hipotiroidizm ve diyabet dışlanmalıdır(42).

Duygu durum bozuklukları ve DEHB'nin belirtileri birbirleriyle benzerlikler gösterebilmektedir. Ancak DEHB çocukluktan beri var olan süregelen bir hastalık iken;

Duygu durum bozuklukları ise, dönemsel özellik gösterir ve çocukluk veya ergenlik döneminde herhangi bir yaşta başlayabilir(44).

2.1.6. Eş tanı

DEHB'si olan çocukların en az %50'sinde başka bir hastalık eştanısı olduğu düşünülmektedir. Davranım bozukluğu (%15-20), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%33-60), öğrenme bozuklukları (%20-30), depresyon (%30), bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları(%25-30), enürezis ve dil bozuklukları sıklıkla eşlik eden durumlardır. Yani çocukların çok azında sadece DEHB vardır. Davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu erkek çocuklarda daha çok görülür, bu nedenle erkek çocuklar tedavi için daha çok başvurur. Yaşla birlikte depresyon ve davranım bozukluğu eştanı oranları artar. Özel öğrenme güçlüğü'nün varlığında çocuklar daha dikkatsiz ve huzursuz olmakta, akademik başarıları daha düşük ve ilerlemeleri yavaş olmaktadır. Bipolar bozukluk eştanısı çok tartışılmıştır. DEHB olan çocuklarda yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk nadiren tanımlanmıştır. Bunda son zamanlarda bipolar bozukluk için çocukluk dönemi tanı ölçütlerinde yapılan değişikliklerin rolü olduğu düşünülmektedir. DEHB varlığında çocukluk döneminde anksiyete bozuklukları sıklığının çeşitli çalışmalarda %13-50 oranlarında olduğu; bu çocukların tedavi yanıtlarının daha düşük olduğu ve uzun dönem işlevsellik kayıpları ile diğer psikopatolojileri geliştirme risklerinin ise daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aile çalışmalarında, anksiyete eştanısının ailedeki DEHB'den çok anksiyete bozuklukları ile ilişkisi gösterilmiştir. Çocuklarda yapılmış olan çalışmalarda anksiyete varlığında DEHB'nin daha çok akademik ve bilişsel güçlüğü yol açtığı gösterilmiştir(42).

2.1.7. Tedavi

DEHB'de tedavi seçenekleri farmakoterapi ve davranışçı terapiler olarak özetlenebilir;

a) Farmakoterapi: Psikostimülanlar (metilfenidat, dekstroamfetamin, pemolin), trisiklik antidepresanlar, MAO inhibitörleri, klonidin gibi ilaçlar DEHB tedavisinde günümüze kadar kullanılmıştır(45).

Günümüzde DEHB'nin tedavisinde psikostimülanlar farmakolojik seçenekler arasında ilk grup olmaya devam etmektedir. DEHB tedavisi için ilaç alan çocukların büyük bir yüzdesi stimulan kullanmaktadır ve geçtiğimiz 20 yılda metilfenidatın DEHB tedavisinde kullanımı gittikçe artmaktadır. Metilfenidat, sempatomimetik ve psikostimülan etki gösteren bir ilaçtır. Özellikle katekolaminlerin geri alımını bloke eder ve bu santral etkisini daha çok dopamin aracılığıyla yapar(46).

Son yıllarda DEHB etiolojisinde noradernalin mekanizmasının öneminin giderek daha iyi anlaşılmasıyla atomoksetinin DEHB tedavisinde yeri olabileceği düşüncesini akla getirmiştir. Spencer ve arkadaşları (1998) tarafından yetişkin DEHB'li olgularla gerçekleştirilen ilk kontrollü çalışma atomoksetinin DEHB'de etkili olabileceği görüşüne son derece önemli bir destek sağlamıştır(47). Daha sonra yapılan kontrollü çalışmalar atomoksetinin çocuk ve erişkinlerde DEHB tedavisinde FDA tarafından onaylanan stimülan dışı ilk ilaç olmasını sağlamıştır(48).

İlaç ve davranışçı kombine tedavinin tek başına ilaç ve tek başına davranışçı tedaviden daha etkili olabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur(49).

b) Psikososyal tedaviler: DEHB olan çocuklarda psikososyal tedavi içerisinde psikoeğitim, akademik organizasyon becerileri ve eğitimi, anne baba eğitimi, davranışsal düzenleme, bilişsel davranışsal terapi, sosyal beceri eğitimi, aile ve bireysel terapi yer alır. Kontrollü çalışmalar bu yöntemlerden anne baba eğitimi, davranışsal terapi ve sosyal beceri eğitiminin etkin olduğunu göstermiştir. Psikososyal ve ilaç tedavilerinin birlikte kullanımının, herhangi birisinin tek başına kullanımından daha etkili olduğu gösterilmiştir. Psikoeğitim, çocuğun ve ailenin DEHB ve onun olası etiolojisi, belirtileri, tedavileri, yan etkiler ve seyri ile ilgili eğitimi demektir. Bu eğitsel süreç içinde eşhastalanım, çocuğun deneyimlerindeki eksiklikler, çocuk, anne-baba ve ailenin üzerindeki stresler de ele alınabilir. Ayrıca, davranışsal yöntemlerle istenen davranışlar pekiştirilmeye, istenmeyenler söndürülmeye çalışılır(50). Genellikle ortalama 1-2 saatlik, 10-20 seans süren, DEHB hakkında bilgi veren, çocuğun yanlış davranışlarına daha dikkatli yaklaşmayı öğreten, ailelere yönelik eğitim programı uygulanmaktadır(51).

Ailenin DEHB tedavisindeki önemi hem DEHB'nin genetik geçişli olması nedeniyle anne-babada da DEHB belirtileri ve/veya tanısı olabilmesinden, hem de DEHB tanısı olan çocukların aileleri ile yapılan çalışmalarda, kontrollere göre daha

düşük anne-baba sıcaklığı, ilgisi ve daha yüksek düzeyde anababa depresyon ve kaygısı, daha fazla stres, tutarsız ve olumsuz ebeveynlik saptanmasından kaynaklanmaktadır(52). Anababa eğitiminde, çocuğa kurallar konması ve konduğunda bunların özgün olması ve gerekirse yazılıp asılması, ödüllerin çocuk için anlamlı ve güçlü olması, sık sık çocuğa geri bildirim verilmesi, çocuğa beklentileri ve planları konusunda yardım edilmesi, çocuğun olumsuzlukları, yapamadığı şeyler ve cezalar hakkında odaklanmaktansa, çocuğun olumlulukları üzerinde odaklanması, bir karakter sorunuyla değil biyolojik bir sorunla mücadele edilmekte olunduğunun daima akılda tutulması, çok konuşup nasihat vermektense, davranışların daha öğretici olduğunun bilinmesi, çocuğa karşı sabırlı ve hoşgörülü olunması, prensipleri üzerinde durulmaktadır(53).

2.1.8. Gidiş ve Sonlanış

Cantwell, DEHB'nin üç türlü gidişinden söz etmiştir;

1. Gelişim gecikmesi (developmental delay) olguların %30'unda görülür ve genç erişkinliğin erken dönemlerinde bulguların kaybolduğu gruptur.
2. Süregen tablo 'continual display' olguların %40'ında görülür ve bulgular çeşitli duygusal ve sosyal güçlüklerle erişkin dönemde de devam eder.
3. Gelişimsel bozulma (developmental decay) olguların %30'unda görülür ve DEHB belirtilerinin yanı sıra madde kullanımı, alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin de bulunduğu gruptur. Bu gidişin en güçlü ön belirtisi çocukluk döneminde DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğu olmaktadır. Olguların %90'ında akademik başarısızlık gözlenebildiği, %30-40'ının eğitimlerini yarım bıraktıkları bildirilmektedir. Genç erişkinlik dönemine geldiklerinde 18 yıllık gelirleri, akademik başarıları, yüksek öğrenime girme ve bitirebilme oranları da kontrollere kıyasla daha düşük saptanmıştır. Bu kişilerin daha çok işlerini kaybettikleri, sık iş değiştirdikleri, sürücülük becerilerinin düşük olduğu ve daha çok kaza yaptıkları bildirilmektedir. Kontrollere göre daha sık ve daha fazla eş değiştirdikleri, daha erken cinsel etkinliğin başladığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ve erken hamilelik riskinin arttığı, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları belirtilmektedir(54).

2.1.9. Aile ve DEHB

Aile iletişiminde ve kurulan ilişki biçimlerinde sorunların varlığı, çocukta DEHB gidişini olumsuz etkilemektedir. Ebeveynlik tutumu ile ilgili yapılan çalışmalarda sıcak ve kabul edici anababalığın çocuğun gelişiminde olumlu bir etkisi olurken, düşmanca ve reddedici anababa tutumunun bozukluğun gidişine olumsuz etkileri olduğu iddia edilmektedir(55). Algılanan anne-baba reddediciliği ile çocuktaki düşmanca tutumlar arasında güçlü bir ilişki olduğu, yine bu durumun çocukta dikkat sorunlarına, suça eğilime ve saldırganlığa neden olabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır (56). Ayrıca İmren ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, DEHB olan çocuklarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu ya da davranım bozukluğu eş tanısı olan grupta tüm alanlarda aile işlevselliğinde bozulma olduğu gösterilmiştir(57). Çocuklarda algılanan ebeveynlik tutumu değerlendirilmesiyle ilgili bir çalışmada , anababanın duygusal sıcaklığının düşük düzeyde olması, reddediciklerinin ve/veya aşırı korumacıklarının yüksek düzeyde olması çocukta dışa vuran davranışlar için temel belirleyiciler olarak saptanmıştır(58). Ayrıca, aile bireyleri ve/veya kişisel arkadaşların olumsuz tavır takındıkları bir dönemin olması halinde, anne kendini suçlu görmeye başlayabilmekte ve bu suçluluk duygusunun uygun ebeveynlik rolünün yerine getirilmesine daha fazla ket vurduğu bildirilmiştir(59).

DEHB'nin şiddeti ve süresi arttıkça, ailenin geneli üzerine olumsuz yansımaları ve ebeveynlerdeki anksiyete düzeyi artmaktadır(60). Çocuklardaki anksiyetenin, annenin stres ve anksiyetesinin bir izdüşümü olduğu, aşırı koruyucu ve olumsuz ebeveyn tutumu sergileyenlerin çocuklarında daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir(61). Ebeveyn anksiyetesi, çocuğun duygulanımına doğrudan yansımından anlaşılacağı üzere, klinik açıdan dikkat gerektiren bir konudur. Bu bakımdan, bozukluğun gidişatında DEHB tedavisinde bütüncül yaklaşımın önemi birkez daha vurgulanmalıdır.

DEHB olan çocukların, yaşamlarının ilk yıllarından beri, ailenin günlük yaşamında sorunlara neden olduğu bilinmektedir. Bu çocukların ilgisizlikleri, aşırı hareketlilikleri ve dürtüsellikleri, ilk bakım verenin bu çocukların ihtiyaçlarına doğru

yaklaşımında bulunmalarını geciktirmektedir. Ayrıca ilk bakım verenin kendi bağlanma örüntüsündeki bozukluklarda bu gecikmeyi arttırmaktadır. Güvenli bağlanmanın ilk gereği, ilk bakım verenin çocuğun ihtiyaçlarına cevap vermesindeki hassasiyeti olduğu için, bu çocuklarda DEHB olmayan gruba göre daha az güvenli bağlanma geliştirmesi olasıdır(62). Dahası güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip olan bireylerin kendisini duygusal ve davranışsal düzenleyememeye daha yatkın oldukları bilinmektedir. Kendini düzenleyememe sorunlarında DEHB bozukluğunun temel unsuru olduğu bilinmektedir. Bu nedenle DEHB olan çocuklarda temel problem olan duygusal, davranışsal alanlar gibi hemen her konudaki kendini düzenlemedeki bozulmanın, ilk bakım verenle ilişkisinden kaynaklanan bağlanma biçimiyle olan ilişkisi üzerinde durulmaktadır(63).

2.1.10. Aile İşlevselliği ve DEHB

DEHB tanılı çocukların ailelerinde aile işlevlerinin çeşitli alanlarında bozulmalar olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur(64). Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB grubunun aileleri kontrol grubuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği'nin(ADÖ) problem çözme, rollerin dağılımı, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alanlarında daha fazla sorun bildirmişler(65). Çocuklarında DEHB tanısı bulunan ailelerde daha yüksek oranda anlaşmazlık, ayrılık ve boşanma görüldüğü, evlilikten alınan doyumun azaldığı bildirilmiştir(64). Bazı çalışmalarda ise aile işlevselliğindeki bozulmanın, DEHB' ye değil eşlik eden diğer yıkıcı davranım bozukluklarına bağlı olduğu bildirilmiştir(66).

2.2. Bağlanma

2.2.1. Tanım

Bağlanma [attachment], yaşamın başladığı ilk günlerinde ortaya çıkmaya başlayan, çevreyle olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Aynı zamanda bağlanma, çocuk ve ona bakım veren kişi arasında oluşan; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve ondan yakınlık arayışı davranışları ile kendini

gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak da tanımlanmaktadır(67).

2.2.2. Bağlanma gelişimi

0-2 yaş arası bebeklik dönemi olarak tanımlanmakta ve insan oğlunun, fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden en hızlı geliştiği dönem olmaktadır. Bu süreçte bebeğin, kendine bakım verenle kurduğu birebir ilişki, onun zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemli olmaktadır(68). Bağlanma gelişimi altı ay ile yirmi dört ay arasında tam olarak şekillenmektedir. Doğumdan hemen sonra, hatta son dönemde yapılan bir çok çalışmaya göre doğumdan önce, insan yavrusunun doğası gereğince başlayan bağlanma; meme arama, başı döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklinde kendisini göstermektedir(69).

Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri değerlendirebilme yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir. Bu durumda, doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturduğu öne sürülmektedir(70). Doğumdan sonra annenin bebeği ile kurduğu iletişim ve etkileşim ne kadar erken ve sağlıklı başlar ise annelik duygusu da o kadar kuvvetli gelişecektir. Bu bakımdan yeni doğan döneminin ilk üç günündeki anne-bebek yakınlığı son derece önemlidir(71). Doğumu takiben ilk 60-90 dakikalık dönemin genelde en duyarlı süre olduğu kabul edilmektedir. Doğumdan sonraki ilk saatleri içeren duyarlı dönem boyunca anne ve bebeğin ayrı kalmalarının, bebeğin gelişmesini ve annenin davranışını olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir(72). Nugent ve Brazelton, doğumdan hemen sonraki zaman periyodunu “Mükemmelliğe denk mihenk noktası (touchpoint)” olarak tanımlarlar(73). Sekizinci haftayla birlikte bebek bakıcısına yönelmekte, gülümsemekte, uzun süreli göz teması kurmaya başlamaktadır(69). Yedinci ayla birlikte bebekler etraflarındaki ilişki örüntülerini anlamaya başlamakta; gerçek ve belirgin nesneye yönelmektedir. Bu ay öncesinde anne, bebek için çok önemli değilken, yedinci aydan itibaren bağlanma ilişkisiyle bebek geniş yelpazede olan sosyal ilişkilerini sınırlandırmaktadır. Artık bebek, ilgisini,

tüm gereksinimlerini karşılayan, yakınlık kurmak istediği ve ayrı kalmaya itiraz etmediği tek bir kişiye yönlendirir. Bu kişiye birincil bağlanma nesnesi denir. Birincil bağlanma nesnesi ile bebek arasında diğer insanlardan farklı bir ilişki vardır. Bebeğin kendini güvende hissetmesi ve rahatlaması için bir güvence üssü işlevini görmektedir. Eğer bebek, bağlanma nesnesine yakınsa, kendisini güvenli bir ortamda algılar ve araştırmacı davranışlarda bulunabilir. Bebek çevreyi araştırdıktan sonra sığınabileceği birincil bağlanma nesnesinin olduğunu bilmektedir(74). 24. ayın tamamlanmasından itibaren çocuk yaşamındaki birincil bağlanma nesnesi ve diğer insanlarla geliştireceği karmaşık yapıdaki ilişkilere girecektir. Anne ile yaşamın ilk günlerinden itibaren kurulan bu bağ, çocuğun hayatının her aşamasında kurduğu ilişkilerde önemli etkilere sahiptir ve hayat boyu da değişime karşı oldukça dirençli olmaktadır. Güvensiz bağlanmış çocuklar yaşlılarıyla iletişim problemleri yaşadıkları öne sürülmektedir. Öğretmenleri bu çocukları, genelde düşmenca davranan, herşeye itiraz eden, hayatlarını ve iç düzenlerini sağlamakta sorun yaşayan, dürtüsel, çabuk içine kapanan ve özgüvenleri düşük olarak tanımaktadır. Ayrıca gündelik işlerinde fonksiyonerliklerinin düşüklüğünden bahsedilmektedir(75).

Bu konuda Bowlby (1969), bağlanmanın üç ana evreden geçerek oluştuğunu bildirmektedir. Bunlardan ilki “Bağlanma Öncesi Evre” olmaktadır. Bu evre doğumla başlayan ve yaşamın ilk altı haftasını içine alan dönemdir. Bu dönemde bebek birinin bakımına ve yakınlığına muhtaç olmaktadır. Bir, bir buçuk ay sonra bebek birinin kendisine baktığını ve ihtiyaçlarını karşıladığını fark etmeye başlamaktadır. Kendisine bakan kişi, ihtiyaçlarını zamanında karşılayıp rahatlatıyor ve güven verici bir şekilde yaklaşıyorsa, bebek, bakıcısını bir yabancından ayırt etmeye başlamaktadır. Bowlby’ye göre bu evre “Bağlanmanın Başladığı Evre” dir. Bebek emeklemeyle başladığında çevresini de yavaş yavaş tanımaya başlar. Bu evre ise “Bağlanmanın Kesinleştiği Evre” olarak isimlendirilmektedir. Bu evrede çocuk yakınlık arayışı içerisinde. Emekleme ve kucağa alınma ile yakınlık duygusunu yaşamaya çalışmaktadır. Annesini ve yabancıyı ayırt edebilen çocuk, annesinden ayrıldığı zaman ayrılık kaygısı yaşamakta ve tekrar güvende olmak istemektedir. Çocuk, temel güven duygusunu bu evrede oluşturur ve tehlikeli anlarda da annesini güvenilebileceği biri olarak görmek ister. Bağlanmada en son evre ise; karşılıklı ilişkilerin oluştuğu, rahatlık ve güvenliğe

dayalı ve uzun bir süreyi kapsayan evredir. Bu evrede gelişim sürecine uyum sağlanır ve karşılıklı güven gittikçe artar(76).

2.2.3. Bağlanma Kuramı

Bowlby'e(1969) göre, insanoğlunun kurduğu ilk ilişki, kendisine doğduğu andan itibaren bakım veren anne ya da annenin yerini alan ve temel bakımını veren bir diğer kişiyle gerçekleşmektedir. Bu ilişkinin, bebeğin kendini güvende hissetmesi, ihtiyaçlarının yeterince giderilmesi, beklentisi olan duygusal yakınlığı karşılanması gibi olumlu bir süreçte ilerlemesi durumunda, bebek bu ilk bakıcısıyla kurduğu ilişki sonucunda kendini sevmeye ve onaylanmaya layık görmeye başlayacak ve önemli olduğunu hissedecek, bununla birlikte etrafındakileri ve dünyayı da güvenilir ve olumlu bir yer olarak algılayacaktır(77).

Bowlby, çocuk psikanalistidir ve bu sebepten dolayı, çocukluk döneminde psikopatolojiye neden olan etkenlerle ilgilenmiştir. Bowlby 1930-1950 yılları arasındaki psikanalitik grupta aktif olarak çalışmıştır, ancak kendisini esas olarak bir araştırmacı olarak görmüştür. Diğer analistlerden farklı olarak bilimsel araştırmalara önem vermiş ve hayvan araştırmaları, sistem teorisi, bilişsel psikoloji ve davranışçılık ile ilgilenmiş ve bu alanları Freud'un motivasyonla ilgili erken dönem teorisinden edindiği bilgilerle birleştirmiştir. Kendi eseri olan "Bağlanma Kuramı" ise, her ne kadar çeşitli gelişim disiplinlerinin eklektik bir karışımı ise de, Freudyen analitik temele oturmaktadır ve önceliği çocuğun duygusal gelişimine vermiştir. Bağlanma kuramı, teoriye ve psikoterapi uygulamalarına da önemli katkılarda bulunmuştur. Kuramın temeli ise, annenin bebeğine dış dünyayı araştırabileceği ve gerektiğinde emniyet duyguları içinde geri dönüşler yapabileceği güvenilir bir ortam sağlamasıdır(78, 79).

Harlow(1958) ise, annenin(temel bakım verenin) bebeğin, açlık, susuzluk gibi temel gereksinimlerini karşılayan olması nedeniyle, anne ve çocuk arasında bir bağlanma oluştuğunu bildirmiştir. Bu tanımlama Bowlby'nin araştırmalarının temelini oluşturur. 1958 yılında Harlow ve öğrencilerinin, maymunlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarda kullanılan bir öge de anne yoksunluğudur. Kurulan deney düzeneğinde, maymunlardaki temel güdüyü anlamak için denek maymunlarına iki seçenek

verilmiştir, ya kumaş kaplı bir yere tırmanacaklar ya da demirden ve rahat olmayan ancak süt içebilecekleri bir yere tırmanacaklardır. Maymunlar rahatsız olan demirden düzeneğe tırmanıp süt içtikten sonra hızla kumaş kaplı yerlerine dönmüştür. Bu araştırmacılara, sadece beslenmenin değil rahatlığın da önemli olduğunu göstermiştir. Bir başka araştırmada ise, rhesus maymun bebeklerine ısıtılmış demir bir yer ve kumaş kaplı soğuk bir yerden oluşan düzenekler hazırlanmıştır ve maymunların ısıtılmış demirleri tercih ettikleri gözlenmiştir. Bu şekilde de sıcaklık faktörü önem kazanmıştır ve Harlow'un annenin sadece fiziksel gereksinimleri sağlamadığı, aynı zamanda yavrusuna rahatlık ve sıcaklık sağladığı yönündeki görüşlerini de desteklemiştir. Harlow daha sonra anneden uzak ve sosyal yoksunluk içinde büyütülen rhesus maymunlarının daha sonra sosyal ilişkilerinde yetersiz olduğunu gözlemlenmiştir. Bu çalışma sonucunda sosyal ilişkilerdeki yetersizlik olarak açıklanan durumlar; içe kapanma, ilişki kurmada beceriksizlik ve cinsel donukluk olarak tanımlanmıştır ve bu maymunların aynı zamanda çocuklarına karşı da ilgisiz oldukları gözlemlenmiştir. Sonuç olarak Harlow'a göre anne-çocuk arasındaki karşılıklı sevgi bağının ileriki yaşantı ya olan en büyük katkısı , daha sonra diğer insanlarla kurulan tüm ilişkilerde güven duygusunu oluşturmaktadır(79). Bowlby anne ve çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisinin çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağladığını belirtir. Rhesus maymunlarında gözlenen bu bağlanma ilişkisi ile insanlardaki ilk bağlanma süreçleri arasında bir benzerlik olduğuna inanan Bowlby, doğru şekillenmemiş ya da dönemsel olarak kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin, bireylerde kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını iddia etmiştir. Örneğin, Bowlby'e göre, güvensiz bağlanma biçimleri nevrotik bir kişiliğin gelişmesine zemin oluşturur. Bu çocuklar etraflarını araştırmak, ilgisini diğer alanlara vermek ve yaşının gerektirdiği dikkatle araştırma yapmak konusunda sorun yaşayacaklardır(80).

Bowlby'nin görüşüne göre bağlanmanın çocuk açısından yaşamsal bir önemi bulunmaktadır. Bowlby hayvanlarla yaptığı gözlemler sonucunda anneye sokulmanın veya anneyi takip etmenin bebeğin yaşama şansını arttırdığı sonucuna varmıştır. Bowlby insanlarda bağlanmanın bunun ötesinde bir işleve sahip olduğunu vurgular. İnsanlar için bağlanmanın üç temel işlevi vardır; dünyayı keşfederken geri dönülebilecek güvenli bir liman olması, fiziksel gereksinimlerin karşılanması, hayata

dair bir güvenlik duygusu geliştirebilme şansı vermesi. Bowlby, bu gereksinimlerin yeterince karşılanmadığı durumlarda, çocukta oluşan özbenlik algısıyla bağlantılı olarak patoloji gelişebileceğini öne sürer. Bu süreci ise, "çalışma modelleri" olarak adlandırdığı ilkeye dayandırır. Bu ilke aslında, Mahler, Kohut ya da Horney'nin vurguladığı süreçlerden farklı değildir, buna göre; anne tarafından bir ölçüde karşılanan güvenlik duygusu çocuğun dünyayı algılayışını belirler. Ainsworth(1978) ise bağlanma teorisinin işlemsel tanımını yapan kuramcı olmaktadır. Kanadalı bir psikolog olan Ainsworth 1960'lı yılların başlarında, Bowlby ile birlikte çalışmış ve onun görüşlerini paylaşmıştır, ancak zaman içerisinde John Hopkins Üniversitesi'nde bebekler üzerinde yaptığı çalışmalarda Bowlby 'nin iddia ettiğinden daha fazlasını içeren sonuçlar elde etmiştir. Ainsworth öğrencileriyle birlikte ev ziyaretleri yaparak çocukları ve annelerini daha yakından gözlemleyebilmiş ve bazı temel alanlarda (beslenme, ağlama, göz teması , gülümseme vb.) annenin çocuğun ihtiyaçlarına olan yanıtlarını incelemişlerdir. Bu çalışmalarda on ikinci haftada bebek ve anne laboratuvara alınmış ve Ainsworth'un "yabancı durum (strange situation)" olarak adlandırdığı deney uygulanmıştır. Bu deneyde, bebek sekiz dakika boyunca bir yabancıyla annesinden ayrı tutulmaktadır. Bu süreçte iki zaman dilimi çok önemlidir; anneden ayrılma ve anneye buluşma anı. Bu iki anda verilen tepkiye göre bebek iki ana bağlanma tarzından birine dahil edilir; güvenli ya da güvensiz. Güvensiz bağlanma da kararsız (ambivalent/iki değerli) ve kaçınan bağlanma olarak ikiye ayrılmaktadır. Güvenli bağlanmaya sahip çocuklar, anne giderken normal sınırlarda bir gerilim yaşamaktadırlar, anne geri döndüğünde ise mutlu ve sevinçli bir karşılama göstermektedirler. Kararsız bağlanma tarzındaki çocuk ise anne giderken aşırı bir üzüntü ve ayrılamama davranışı gösterirken, anne geri döndüğünde, anneye karşı öfkeli ve reddedicidir. Kaçınan bağlanan çocuklarda ise, ayrılış anı sakin ve neredeyse tepkisizken, buluşma anında anneyi reddedici ve uzaklaştırıcı özelliktedir. Ainsworth'un tanımladığı bebek ile anne arasında oluşan güvenli bağlanma çocuğun psikolojik gelişiminde ciddi bir öneme sahiptir ve annenin sıcak, duyarlı, gereksinimi gidermeye hazır ve bağlanabilir olma özelliklerini taşımasıyla ilgilidir. Güvenli bağlanma, duygusal sağlamlılığın bir kaynağı olarak görülmektedir, çocuğa "ötekinin" onun için her zaman orada olacağı ile ilgili güven sağlar ve bu da çocuğun ilerleyen hayatında tatmin edici ilişkiler kurma kapasitesine zemin hazırlar(68). Bu durumda

çocuğun doğuştan getirdiği özelliklerinin yanı sıra çevre ile etkileşimine bağlı olarak kazandığı kişilik özellikleri de son derece önemlidir. Öyle ki, güvenli bağlanmaya sahip çocukların annelerinin çocuğun ağlamalarına duyarlı, çabuk güldürebilen ve de farklı gereksinimlerine uygun tepkiler verebilen annelerdir. Kararsız bağlanan çocukların anneleri ise, genellikle çocukların ihtiyaçlarına olan tepkilerinde tutarsız oldukları saptanmıştır. Mesafeli, duygusal olarak zor ulaşılan ve ihmalkâr olan annelerin çocuklarının ise kaçınan bağlanma tarzına sahip olduğu bulunmuştur. Fakat bu ilişkilerin, ilişkisel oluşu, aralarındaki neden-sonuç ilişkilerinin varlığını garanti etmez. Çocuğun mizacı da üçüncü değişken olarak bağlanma tarzına katkı da bulunabilir(81).

Bunlara daha sonra dağınık (dezorganize/dezoryante) bağlanma adı altında bir üçüncü güvensiz bağlanma tipi daha eklenmiştir ki yönü belirsiz olarak nitelendirilebilecek olan bu tipte kaygı denetiminde tutarsızlık hakimdir(82).

Bağlanma tarzları kendisini pekiştiren bir özelliğe de sahiptir. Diğer bir deyişle, var olmalarına neden olan karakteristik özellikleri kendi devamlılıklarını da sağlayıcı niteliktedir. Öyle ki, erişkin hayatta da bu bağlanma tarzlarının tutarlılığını gözlemleyebiliriz. 1990'da Hazan ve Shaver yaptıkları araştırmalarda, kararsız bağlanma tarzına sahip deneklerin ikili ilişkilerinde aşırı uçlarda, aşırı kıskançlık ve tutku içeren, takıntılı düşüncelerle dolu, manevi benzeşme ve birleşme talep eden ilişkilerde yer aldıklarını ortaya çıkarmıştır. Buna benzer olan kaçınan bağlanma tarzına sahip deneklerin ise, iş hayatını sosyal ortamdan kaçmak için araç olarak kullandıkları göze çarpmıştır(81).

Bu araştırmalar bağlanma tarzlarının bir çeşit öğrenme olarak da yorumlanmasına neden olabilmektedir. Buna göre, örneğin, kararsız bağlanma tarzına sahip kişiler annelerinden öğrendikleri tutarsız ilişki kurma tarzını ilerideki ilişkilerinde de kullanırlar. Aynı şekilde kaçınan bağlanma tarzına sahip kişiler, çocukken kullandıkları reddetme ve kaçma yöntemlerini büyüdüklerinde de kullanır, çünkü Horney'in söz ettiği temel endişe ile baş etme metodu olarak bunları seçmişlerdir ya da seçmek zorunda kalmışlardır(83).

Brown ve Wright'ın ergen yaş gurubundaki bireylerde yaptığı araştırmalarında, psikopatoloji gösteren ve psikopatoloji göstermeyen örneklemere bakıldığında, psikopatoloji göstermeyen grubun % 73,3'ü güvenli bağlanma tarzına sahipken,

psikopatoloji gösteren grubun sadece % 13,3'ünün güvenli bağlanmaya sahip olduğu görülmüştür. Kararsız bağlanması olan ergenlerin sorunlarını abartarak ilgi çekmeye çalıştığı , kaçınan ergenlerin ise, sorunlarını görmezden gelmeye meyilli olduğu belirtilmiştir. Bu duruma bağlı olarak, anksiyete, depresyon, düşünce içeriği bozuklukları, kararsız bağlanma tarzına sahip olan ergenlerde diğer gruplara göre daha çok görülmüştür. Bu bağlanma tarzı aynı zamanda sınır kişilik bozukluğuna sahip ergenlerde daha sık görülmüştür. Bunun yanında, davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu, kaçınan bağlanma tarzına sahip ergenlerde daha sık görülen psikopatoloji kategorileri olarak belirlenmiştir(83).

2.2.4. Bağlanmanın nörobiyolojisi

Yumurtladıktan sonra çocuklarının bakımı ve korunmasıyla ilgilenmeyen, balıkların ve sürüngenlerin aksine memeliler çocuklarında sayıdan çok kaliteye önem vermektedirler. Memeliler yavrularını, bir dönem beslerler, korurlar ve ısıtırlar. Bu süre hayvanın bilişsel işlevselliği arttıkça artmaktadır, bu süre maymunlarda yıllarca sürer, insanlarda ise bu dönem en uzundur. Annenin çocuğuna bağlanması ve sevmesinde ödül ve strese cevap sistemlerinin önemli rollerinin bulunduğu ileri sürülmektedir. Elektrofizyolojik çalışmalarda gönüllülere bebek yüzü resimleri gösterildiği zaman, kadınlarda uyarılmış potansiyellerden (ERP) P1 cevabı erkeklere göre çok daha hızlı ve geniş olarak ortaya çıktığından ötürü, kadınların bebek yüzüne karşı daha duyarlı oldukları düşünülmektedir(84).

Hem partnere karşı romantik aşk, hem de annenin çocuğuna olan sevgisi beyindeki aynı ödül sistemini etkin hale getirmektedir (ventral tegmental alan(VTA), kaudat çekirdek, nükleus akkumbens gibi beyin ödül yapıları). Anne sevgisi oluşum sürecinde aynı zamanda, olumsuz duygulara ve sosyal yargı ve eleştirel düşüncelere ilişkin beyin yapılarında (orta prefrontal, inferior parietal, posterior singulat korteks, amigdala gibi) etkinlik azalması olduğu düşünülmektedir. Bir başka deyişle anne sevgisi çocuğa karşı eleştirel değerlendirme olasılığını azaltmaktadır(85).

İnsanlarla yapılan bir işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında, annelere kendi çocuklarının daha önce görmedikleri gülümseyen bir fotoğrafı gösterilmiştir, anneler gülümseyen yabancı bir çocuğun resmiyle

kıyaslandığında kendi çocuklarının resmini gördüklerinde, bir taraftan daha hoş duygular bildirmişler, bir yandan da daha belirgin iki taraflı orbitofrontal korteks (olumlu duygularla pozitif ilişkili) ve iki taraflı vizüel korteks etkinlik artışı göstermişlerdir(86).

Annenin çocuğa bağlanması ve bakım vermesinde oksitosin ve vazopressin hormonlarının da önemli bir rolünün olduğu bildirilmektedir. Oksitosin ve vazopressin annelik davranışı ve annenin çocuğa bağlanmasında önemli rol oynayan hormonlar olmaktadır. Yapılan hayvan çalışmalarında, yavrularını çok yalayan anne hayvanların ve onların çocuklarının(erkek değil dişi yavrularının) medial preoptik alan (MPOA)'daki oksitosin reseptör bağlanması ve bu oksitosinerjik nöronlar üzerindeki östrojen alfa reseptörleri ifadesi artmış bulunmuştur(87).

Son olarak annenin çocuğa bağlanması ve bakım vermesinde stres sisteminin de rolü olduğu bildirilmiştir. Gebelik süresince stres sisteminin esas bileşeni olan Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın (HPA) işlevi ve strese cevap şiddeti azalmış bulunmuştur. Bu azalma östrojenin, hipofizer CRH reseptörlerinde yaptığı duyarsızlaşmaya ve dolayısıyla adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımını azaltmasına bağlanmaktadır(88). Annenin özellikle gebelik dönemindeki çevresel koşulları uygun değilse(fakirlik, çok çocuk, eşin iyi olmaması gibi nedenler) annenin çocuğa bakımı ve gösterdiği sevgiyi azaltabilmekte ve bu şekilde, çocuğun ilerdeki davranışlarının kalıcı biçimde değişmesine yol açabilmektedir(89).

Yeni doğan bebeklerin olfaktör bulbus, lateral sulkus(LS) ve amigdalaları anneye bağlanmayı kolaylaştıracak yönde gelişmiştir ve öğrenme sistemleri de erişkinlerinkinden oldukça farklı çalışmaktadır. Memelilerde yeni doğan bebeğin LS'ü hiperaktif olduğu için anneyi ve kokusunu çabucak öğrenebilmektedir. Yeni doğanın amigdalası ise hipoaktiftir, bu şekilde yavru annesinin zaman zaman ortaya çıkabilen kötü ve gelişigüzel muamelesine rağmen ondan korkmaz, kaçmaz(şartlı korku cevabı oluşmaz) ve her şeye rağmen ona bağlanır. İnsan bebeklerinin de bakım veren kişi istismarcı bile olsa ona güçlü bir biçimde bağlandıkları yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Sonuç olarak sosyal hayvanlarda yeni doğan bebeğin beyni, kendisine iyi ya da kötü nasıl davranırsa davranırsın, en yakınındaki kişiye bağlanmasını sağlayacak biçimde gelişmektedir. Bu otomatik bağlanma olayı daha çok doğumun ilk günlerini içine alan belli bir kritik dönem için geçerli olmaktadır. O dönemden sonra sosyal

hayvan kendine kötü davranandan kaçmaya başlamaktadır. Bu dönemde gelişen bağlanma o kadar önemlidir ki, bu kişi erişkin hale geldiğinde bebekliğinin ilk günlerindeki kokulara maruz bırakılırsa kişinin cinsel performansının arttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur(90).

2.2.5. Yetişkinlikte bağlanma.

Bağlanma, yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyu varolan bir durumdur. Bebeklikte anneye kurulan bağlanma ilişkisi ve bu ilişkinin niteliğine göre oluşan bağlanma stilleri, yetişkinlik yıllarındaki yakın ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Bu bakımdan, insanların bebeklik döneminde ebeveynleriyle kurmuş oldukları ilişki ile yetişkinlik dönemindeki romantik ilişkileri pek çok açıdan benzerlikler göstermektedir. Bir çocuğun, bağlanma figürü yanında olduğunda ve ihtiyaçlarına duyarlılık gösterip yeterli ve uygun cevaplar verebildiğinde, kendisini güvende hissetmesi gibi, yetişkinler de eşleriyle birlikte olduklarında ve gereksinimlerine doyum bulduklarında kendilerini güvende hissetmektedirler. Bu durumda eş, bireyin gelişimini sağlayan bir güvenli üs olma özelliği taşımaktadır(91).

Aşk yaşantısı, güvenlik duygusu temin edebilen yetişkin bir eşle birlikte yaşanan duygusal bir bağ nitelemektedir. Bebeklik ve yetişkinlik dönemi bağlanma süreci arasındaki farklılıklara bakıldığında ise; tek yönlü olan bebek ile anne arasındaki bağ, yetişkin romantik ilişkilerde karşılıklı bir hal almaktadır. Yani, bebeklik döneminden farklı olarak birey, yetişkin bağlanma ilişkisinde hem bakım alan hem de bakım veren konumunda bulunmaktadır. Bu nedenle, yetişkin romantik bağlanma sürecinin, bağlanma, ebeveynlik (bakım) ve cinsel ilişki öğelerinin bir bileşimi olduğu öne sürülmektedir(92).

Hazan ve Shaver (1987), Ainsworth ve arkadaşlarının ortaya koyduğu ve özelliklerini açıkladığı üçlü bağlanma sistemini romantik ilişkilere göre uyarlamışlar ve buna paralel olarak da üç tür bağlanma stili tanımlamışlardır. Buna göre: Güvenli bağlanma stiline sahip bireyler, insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan ve onlara bağlı olmaktan dolayı kendilerini rahat hissederler. Başkalarına yaklaşımdan ve başkalarının kendilerine yaklaşmasına izin vermekten rahatsızlık duymazlar. Terk edilme korkusu taşımazlar. Kaçınan bağlanma stiline sahip bireyler ise, insanlara

yakın ve bağlı olmaktan huzursuzluk duymaktadırlar. Sadece kendilerini güvenilir olarak gördükleri için, başkalarına fazla yakın olmaktan rahatsızlık duymaktadırlar. Başkalarına bağlanmak ve güvenmek onlar için güç olmaktadır. Son olarak Kaygılı / kararsız stile sahip yetişkinler ise, insanlarla yakın ilişkiler kurmak için yoğun bir istek duymaktadırlar ancak, yoğun bir şekilde onlar tarafından terk edilme ve reddedilme korkusu yaşamaktadırlar. Bu bireyler, kendilerinden daha fazla başkalarına güven duyan kişiler olmaktadır. Bu kişiler ilişkilerinin her an bitebileceği ve terk edilebilecekleri endişesini yoğun yaşamaktadırlar. Genellikle eşlerinin kendilerini yeterince sevmediğini düşünmektedirler. Uzun süreli ilişkiler kurmakta zorlandıkları için, daha sık ancak daha kısa süreli ilişkiler yaşamaktadırlar(93).

Bartholomew ve Horowitz de (1991), Bowlby'nin içsel çalışan modellerinde tariflemiş olduğu kendilik ve diğeri modellerine olumluluk ve olumsuzluk boyutlarını da eklemişler ve böylelikle dörtlü bir bağlanma stili ortaya koymuşlardır(82). Olumlu kendilik, bireyin kendisini sevmeye ve desteklenmeye değer olarak algılanmasını; olumsuz kendilik ise bireyin kendilik saygısının düşük olmasını ve kendisini sevmeye değer görmemesini ifade etmektedir. Olumlu diğeri modeli, birey için önemli olan diğer insanların güvenilir olmasına ve kendisinin gereksinimlerine duyarlı olacaklarına inanmasını içermektedir. Olumsuz diğeri ise, insanların güvenilmez ve reddedici olduklarına dair inançları ifade etmektedir. Buna göre, dört farklı bağlanma stilinden söz edilebilir: Güvenli bağlanma (olumlu kendilik-olumlu diğeri), saplantılı bağlanma (olumsuz kendilik- olumlu diğeri), kayıtsız bağlanma (olumlu kendilik-olumsuz diğeri) ve korkulu bağlanma (olumsuz kendilik- olumsuz diğeri)(91).

Güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin, bağlanma süreciyle ilgili olarak hem kaygı düzeyleri düşüktür hem de daha az oranda kaçınma davranışı sergilemektedirler, bu kişiler rahatlıkla yakın ilişkiler kurabilirler, gereksinim duyduklarında destek aramaktan kaçınmazlar ve başkaları tarafından değer verildikleri konusunda bir şüpheleri olmamaktadır(91).

Saplantılı bireylerin, kişilerarası ilişkilerinde kaygı düzeyler yüksek olmaktadır, ancak daha az oranda kaçınma davranışı sergiledikleri görülmektedir. Diğer insanlarla yoğun bir yakınlık ve bağlılık ilişkisi kurmayı istemektedirler(91).

Kayıtsız yetişkinler, bağlanma konusunda düşük düzeyde kaygı yaşamakla birlikte yüksek düzeyde de kaçınma davranışı sergilemektedirler. Bu kişiler, yakın

ilişkileri önemsiz olarak değerlendirmektedirler, bağımsızlığa ve kendi kendine yetebilmeye önem vermektedirler. Korkulu bireyler ise bağlanma konusunda hem yüksek düzeyde kaygı hem de kaçınma davranışları sergilemektedirler. Bu kişiler, her ne kadar yakın ilişkiler kurma ve diğer insanlar tarafından onaylanma gereksinimi konusunda istek duysalar da, reddedilme korkuları nedeniyle yakınlık kurmaktan kaçınmaktadırlar(91).

Bartholomew ve Horowitz'in, dörtlü bağlanma sistemindeki saplantılı bağlanma stili Hazan ve Shaver'ın kaygılı / kararsız bağlanma stiline karşılık gelmektedir. Ancak, kaçınan bağlanma stili, dörtlü bağlanma sisteminde korkulu ve kayıtsız olmak üzere ikiye ayrılarak genişletilmiştir.

DEHB'nin oldukça fazla delille kanıtlanmış genetik geçişi nedeniyle, DEHB olan çocukların anne ve babalarında daha büyük sıklıkla DEHB görülme riski olacağı aşikardır. Yetişkin DEHB'nin de güvensiz bağlanmayla ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır(94-96). Hem yetişkin DEHB, hemde güvensiz bağlanma biçimi ve bunların yetişkinlerdeki açılımları kişilerde, iş ve eş devamlılığını bozmakta, madde kullanım bozukluğunu arttırmakta, eşlerin birbirlerine ve çocuklarına karşı olan tutumlarında tutarsızlığa neden olabilmektedir. Yetişkin DEHB veya bağlanma bozukluğu ve güvensiz bağlanmanın bu kişilerin ebeveynlerindeki DEHB semptomlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bu konuda yapılmış 3 çalışmada retrospektif ve çapraz kesitseldir. Miller (2003) bazı çocuk yetiştirme şekillerinin DEHB için risk faktörü olabileceğini göstermiştir. Brown(2004) yetişkin DEHB olan bireylerin çocukluklarında aileleri tarafından daha fazla istismara uğradıklarını saptamıştır. Çocukları istismar etmenin, kişilerin bağlanma stiliyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Bu çalışmada ayrıca çocuklarını istismar eden ebeveynlerin güvensiz bağlanma biçimine sahip oldukları gösterilmiştir. Edel ve ark. (2010)'nun yapmış oldukları çalışmada kendi ebeveynleri, DEHB semptomları gösteren yetişkinlerde mevcut ilişkilerinde bağlanma problemleri yaşadıklarını ortaya koymuştur. Özellikle kendisinde DEHB belirtileri olan yetişkinlerin annelerinde de DEHB belirtiler mevcut olduğu geçerli görülmüştür(97-99).

2.2.6. Aile İşlevselliği ve Bağlanma İlişkisi

Aile, yetişkin eşlerden ve çocuklardan oluşan, birbirine duygusal açıdan bağlanmış, ekonomik, sosyal ve duygusal hak ve sorumlulukları paylaşan bir sosyal sisteme verilen isimdir(100). Aileler yapıları gereği çocukların belli davranış kalıplarını edindikleri ilk alan olmaktadır. Aile içi ilişkiler, hem çocukların psikopatolojileri ve sosyal-duygusal gelişimleri üzerinde önemli bir role sahip olmakta, hem de aile içinde yer alan etkileşimler çocuğun aile dışındaki ortamlarda kurduğu ilişkilerde belirleyici olarak görülmektedir(101).

Aile işlevselliği, bir yetişkin ve bir ya da birden fazla kişiden oluşan, aile yaşamı için sosyalleşme, bakım, gelişim, maddi ve duygusal destek sağlama gibi çeşitli görevlerin hayata geçirilebilmesidir(102). İşlevselliği yüksek bir aile, hem kendi içinde hem de dışarıdaki dünyayla, destek, bilgi aktarımı, paylaşım ve değişim yönünde alışverişlerde bulunur(103). Evlilik uyumunda gözlenen sorunların, çocuk yetiştirme uygulamalarındaki sıkıntılarla yakından ilişkili olabileceğine işaret eden çok sayıda araştırma bulunmaktadır(104). Çiftlerdeki güvensiz bağlanma örüntüsüyle ve yüksek kaygı ve kaçınma puanlarıyla ile korele düşük evlilik uyumu rapor eden çalışmalar da bulunmaktadır(105). Ayrıca evlilik doyumunda kişilerin sadece kendi bağlanma örüntülerinin değil, eşlerinin bağlanma örüntülerinin de önemli olduğunda savunulmuştur(106).

Bazı çalışmaların sonucu çocuklardaki duygusal güvenlik hissinin sadece çocukla ebeveynler arasındaki bağlanma ilişkisinden değil, anne-baba arasındaki ilişki ve evlilik başarıları gibi durumlardanda etkilendiğini ortaya koymuştur. Özellikle anne ve babanın evlilik düzensizliğinin, çocuğun ebeveyne yönelik korunma ve destekleme yönündeki güvenini etkilediği ve duygusal güvenlik duygusunu düşürdüğü söylenmektedir(107). Ayrıca Wood ve arkadaşları güvensiz baba-çocuk ilişkisinin ebeveynler arasındaki ilişki kalitesindeki düşüklükle ilişkili olduğunu belirtmiştir(108). Yine Dubois-Comtois ve ark. yapmış oldukları çalışmada, anne çocuk arasındaki ilişkideki ve bütün aile sistemindeki yüksek kalitenin ebeveynlerdeki güvenli bağlanma stilleriyle ilişkili olduğunu ve ebeveynlerin kendi arasındaki ilişkinin kalitesinin çocuğun bağlanma stilini etkilediğini öne sürmüşlerdir(109). Genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışma güvenli bağlanma stilinin ailenin evlilik ve

genel düzenliliği ile, kaçınan bağlanma stiline, ebeveynlerin kendi arasındaki süregiden anlaşmazlıklarla, kaygılı/ambivalent bağlanma stiline de nesiller arası aile ilişkileriyle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur(110).

2.2.7. Gelişimsel Psikopatoloji ve Bağlanma Arasındaki İlişki.

Bağlanma sürecini konu edinen bir çok kuramcı, bireyin erişkin hayatında, yaşamına giren diğer insanlarla kuracağı ilişkilerin niteliğini ve insanlardan olan beklentilerini belirleyen, bireylerin yaşamlarının erken dönemlerinde anneleriyle(temel bakım veren) kurdukları ilk bağlanma ilişkisi olduğunu kabul etmektedirler. Bağlanma, ilişki sürecinde her iki tarafın da birbirlerinin gereksinimlerini anlaması ve karşılmasına bağlı olarak gelişen bir süreç olduğu için iki taraflı bir ilişki olmaktadır. Bebeğin, anne-babasıyla olan iletişimde kullandığı ve hayatının ilk dokuz ayında gelişen davranış örüntüsüne bağlanma davranışları denmektedir. Emme, sokulma/uzanma, bakış, gülümseme, ağlama bebeğin ilk olarak kullandığı başlıca bağlanma davranışları olmaktadır.

Nedeni ne olursa olsun, anne-bebek bağlanmasında yaşanan kesintiler ve aksaklıklar, bebeğin hem içinde bulunduğu yaşamsal dönemde, hem de sonraki yaşantısında bazı psikolojik zorlanmalar yaşamasına, kimi zamanda psikopatoloji tablolarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Çocukluk döneminde bağlanma sistemindeki aksaklıklardan kaynaklanan ruhsal rahatsızlıklar, genel olarak üç başlık altında toplanır ki, bunlar; bebeklik depresyonu, ayrılma bunalıtı bozukluğu ve tepkisel bağlanma bozukluğudur(68, 79).

Farklı ölçeklerle ölçülen yetişkin bağlanma stillerinin ölçüldüğü şimdiye kadar yapılmış farklı çalışmalar, bağlanmaya yönelik bozuklukların, bağlanmaya ilişkin kaygı ve kaçınma olmak üzere birbirinden bağımsız iki bağlanma boyutunda farklılaştığını göstermiştir. Bağlanma kaygısı yakın ilişkilerde yaşanan yoğun kaygıyı tanımlamakta, ilişkilerde hissedilen reddedilme ve terk edilme konusundaki aşırı duyarlılıktan kaynaklanmaktadır. Kaçınma boyutu ise başkalarına yakın olmaktan ya da başkalarının yakın olmasından ve bağımlı olmaktan hissedilen rahatsızlığı tanımlamaktadır. Düşük düzeylerde kaygı ve kaçınma gösteren insanların güvenli bağlanma stiline sahip oldukları kabul edilir(111).

Bağlanma kaygı ve kaçınma davranışlarının yaşamın erken dönemlerinde ebeveynin duyarsız ya da tutarsız davranışları sonucu, çocukların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmaması nedeniyle geliştiği kabul edilmektedir. Araştırmalar özellikle çocuk stres altındayken, gerginken, hastalandığında ya da benzer ihtiyaç ve destek işaretleri verdiği durumlarda, bakım sağlayan kişilerin (genellikle anneler) çocuklara karşı tutarsız, yetersiz ve/veya dengesiz karşılık vermelerinin, sinirli ve kaygılı olmalarının, benmerkezci ya da orantısız müdahaleci davranmalarının bağlanma kaygısına yol açtığını göstermektedir. Bağlanma kaygısının dinamiğini oluşturan yüksek aktivasyon stratejisi, doğal olarak ilişkilerin dinamiğine ve ilişkilerde başkalarına “yapışma”, sürekli yakınlık ve onay arama gibi davranışlarla kendini göstermektedir ve bu durum depresyon yatkınlığı için ciddi bir risk faktörü olmaktadır(112).

Bağlanmada kaçınma davranışı ise ebeveynlerin çocuğun yakınlaşma, destek ve korunma ihtiyaçlarına soğuk, mesafeli ve kızgın davranarak karşılık vermesi sonucunda oluşur. Bu tür ebeveynler özellikle çocuklarının duygularını bastırarak ya da ifade etmelerini engelleyerek onların duygu ve davranışlarını kontrol etmeye çalışırlar. Sonuçta duygularını bastırmayı ve

göstermemeyi öğrenen çocuk, bunları ortaya çıkaracak (ya da kontrol etmesini zorlaştıracak) yakınlaşmalardan kaçınarak, destek aramaktan çekinir ve genel olarak kaçınma davranışı geliştirir. Stresle baş etmek için yakınlık ve destek ara(ya)mayan bu kişiler kendilerine kompulsif düzeyde yüksek güven geliştirerek savunma ya da korunma stratejilerini güçlendirmeye çaba harcarlar. Bu nedenle kaçınan kişiler tehdit ya da stres durumunda duyguları ortaya çıkarabilecek aktivasyonu engellemeye (deactivating) yönelik bir davranış stratejisi geliştirirler. Kaçınma temelindeki “deaktivasyon”, aşırı bastırma ve engelleme nedeniyle farklı somatizasyonlar gösterme, alkol yatkınlığı ve kompulsif davranış riskini artırır(112).

Son yıllarda bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişkiler genellikle bu iki temel bağlanma boyutu (kaygı ve kaçınma) ve bu boyutlarla ilgili iki temel stresle başa çıkma stratejileri (yüksek aktivasyon ve aktivasyonu engelleme) dikkate alınarak incelenmektedir. Kaygı ve buna dayanan aşırı aktivasyon stratejisinin depresyon vb. içselleştirme sorunlarıyla, kaçınma ve buna dayanan bağlanma aktivasyonunu

engellenme stratejisinin de somatizasyon ya da dışsallaştırma sorunlarıyla ilintili olabileceğine ilişkin bulgular mevcuttur(112).

2.2.8. Bağlanma ve DEHB arasındaki ilişki.

Güvensiz bağlanma stili geliştiren, çocuklar davranışsal inhibisyonu sağlayabilecek olan, kendini kontrol ve düzenlemeyi tam olarak geliştirememiş olmaktadır, böylece güvensiz bağlanan çocuklar ömür boyunca dürtülerini kontrol etme zorluklarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Çocuk-aile ilişkisinde aile işlevselliğindeki bozuklukların ve uygunsuz anne baba tutumlarının, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gelişimi açısından önemli bir rolü bulunduğu bildirilmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı konmuş bireylerin anne-babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne-babalık tutumu saptanmıştır(66). Bu konuda çalışan pekçok araştırmacının DEHB'nin ortaya çıkmasında ebeveyn disiplininin büyük bir nedensel rol oynamadığını savunmasına rağmen, çocuğa uygulanan disiplinin DEHB semptomlarının şiddetinin gelişiminde ve DEHB'li çocuklarda karşıt olma karşı gelme (KOKG) ve davranım bozukluğu (DB) görülmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir(113).

Bağlanma güvenilirliğinin DEHB olan çocukların yaşadıkları problem alanlarında olumlu etkileri olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Güvenli bağlanma artmış dikkat performansı ile ilişkilidir(114). Güvenli bağlanma stiline sahip çocuklarda, güvensiz bağlanma stiline sahip olanlara göre, daha fazla gayret, daha fazla sabır, birlikte çalışma konusunda daha fazla isteklilik ve daha yüksek işlevsellik saptamıştır. Aynı şekilde, erken çocuklukta bağlanma güvenliği, 6 yaşında davranışsal dürtü kontrolü, göreve uyum sağlama ve hazzı erteleme yetisiyle ilişkili bulunmuştur(115).

Normal popülasyondaki çocukların %60 kadarında güvenli bağlanma biçimi olmasına karşın, DEHB olan çocuklarında %10'dan daha az oranda güvenli bağlanma biçimi bulunduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur. Bir çok psikolojik teori bağlanma güvenliği ile DEHB arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya çalışmıştır. Franc ve arkadaşları 2009 yılında yapmış oldukları gözden geçirme çalışmasında DEHB ile bağlanma arasındaki ilişkiye odaklanmışlardır ve duygusal disregülasyonun hem

tepkisel bağlanma bozukluğu hem de DEHB oluşumu için önemli bir etken olduğunu ortaya koymuşlardır. Dahası yazarlar perinatal dönemin hem DEHB, hem de bağlanma bozuklukları için çok önemli olduğunu ileri sürmüştür(116).

Bağlanam ve DEHB ile ilgili olan çalışma sayısı çok sınırlı olmakla birlikte, şimdiye kadar yapılmış birkaç çalışma DEHB ile dezorganize bağlanma arasında direkt bir ilişki bulmuştur(117-120). Yine diğer bazı çalışmalar, DEHB davranışları ve eksternalizasyon bozukluklarıyla dezorganize bağlanma arasında, doğrusal bir ilişki saptamışlardır(19, 114, 118). Yine dezorganize bağlanmayla kendi kendini baskılayabilme yetisi arasında ters bir ilişki saptanmıştır(117).

Strobe ve arkadaşları ise 56 DEHB tanılı çocuk arasında bir çalışma yapmış ve %97'sinde güvensiz bağlanma stili saptamıştır(121). Clarke ve arkadaşları (2002) güvensiz bağlanmanın DEHB semptomlarının şiddetini arttırdığını saptamıştır ve bu çalışma sonucuna göre DEHB tedavisinde ailede ilişkilerin güçlendirilmesinin de önemini vurgulamıştır(122). Niederhofer (2009), çalışmasına aldığı 79 güvensiz bağlanma stiline sahip çocuktan, 72sinin DEHB semptomları gösterdiği, 22 güvenli bağlanma stiline sahip çocuktan sadece 5 tanesinin DEHB semptomları gösterdiğini saptamıştır(123). Abrines ve ark.(2012) güvenli bağlanmış çocuklarda çok düşük düzeylerde dikkat problemleri saptamış. Follen ve ark. (2011) ise DEHB ile reaktif bağlanma bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu bulmuşlardır(124, 125).

Ayrıca yetişkin DEHB hastalarında yapılan, üç geriye dönük, kesitsel çalışmada, genel popülasyona göre bu kişilerde daha yüksek oranda güvensiz bağlanma bulunduğunu saptamıştır(94-96).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde, DEHB tanısı ile izlenen veya çalışma sürecinde ilk kez tanı alan 8-12 yaşları arasında, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 38 DEHB-D, 31 DEHB-H, 31DEHB-B tip tanılı çocuk, annesi ve babası ve Nisan 2016 ile Nisan 2017 tarihleri arasında herhangi bir şikayetle başvuran çocukların 8-12 yaş arasında herhangi ruhsal şikayeti olmayan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 32 çocuk kontrol grubu olarak, annesi ve babası ile birlikte çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya alınan tüm çocuklara, anne ve babalarına çalışmanın amacı ve olası bilimsel katkıları konusunda ayrıntılı açıklanma yapılmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onayları alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme ve edilmeme ölçütleri şu şekildedir:

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

1. 8-12 yaş aralığında olmak.
2. Ölçekleri anlayıp, eksiksiz olarak doldurabilecek düzeyde akademik beceriye sahip olmak.
3. DEHB tanısı almış olmak.
4. Anne ve babanın hayatta olması.
5. Anne-baba ve çocuğun çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

1. 8 yaş altı ve 12 yaş üstü olmak
2. Kontrol grubunda bir ruhsal hastalık tanısı almak
3. DEHB’li grupta başka bir ruhsal hastalık eştanısı olması
4. Anne ve/veya babayı kaybetmiş olma
5. Anne ve/veya babada işlevselliğini bozacak düzeyde süregen, fiziksel ve/veya nörolojik bir hastalığa sahip olma

6. Çocuğun işlevselliğini bozacak düzeyde süregen fiziksel ve/veya nörolojik bir hastalığa sahip olma
7. Ölçekleri anlayabilecek akademik beceriye sahip olmamak
8. Anne- baba ve/veya çocuğun çalışmaya katılmayı kabul etmemesi.

3.1.2 Çalışmanın Aşamaları

Çalışma için Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan çalışma izni için 24 Şubat 2016 tarih ve 80558721/G-27 sayı numaralı Etik Kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya toplam 132 çocuk dahil edildi. Bu çocuklardan 31 tanesi DEHB-B tip, 31 tanesi DEHB-H, 38 tanesi DEHB-D tanısı alıyordu ve 32 sağlıklı gelişen çocukta kontrol grubuna dahil edildi. Çalışmaya katılan bütün çocuklara Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli – Türkçe Uyarlaması(ÇDŞG-ŞY-T) ve Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa formu (CADO- YK) uygulanarak DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar oluşturuldu. Kişilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu kullanıldı. Anne ve babaların bağlanma stillerini tespit etmek amacı ile ise Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II(YİYE-II) ve aile dinamiklerini tespit etmek amacı ile de Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) çalışmaya katılan bütün çocukların anne ve babalarına uygulandı.

Tek yol ANOVA çalışmasında, dört grupta 29, 29, 29 ve 29 elde edilen örneklem genişliğinin karşılaştırılması ile toplam 116 kişilik örnekleme, farklılıkları 0,05 önemlilik düzeyinde F testini kullanarak saptamada, %81'lik güce ulaşılmıştır.

Verilerin analizi, IBM SPSS 20 paket programı kullanılarak yapıldı. Çalışma grubunun demografik özellikleri tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, ortanca) ve dağılım ölçüleri (standart sapma, min-max) kullanılarak rapor edildi.

Niteliksel verilerin analizinde X^2 testi kullanıldı. Frekansların küçük olduğu tablolarda X^2 testi Exact düzeltme ile yapıldı. Ölçek toplam puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı Mann Whitney U ve Bonferoni düzeltmeli

KruskalWallis analizi kullanıldı. Ölçümsel veriler arasındaki korelasyon değerlendirmesinde Spearman korelasyonu analizi kullanıldı.

Hasta grubunda kontrole göre riski belirleyecek sosyodemografik ve tıbbi değişkenlerin belirlenmesinde çoklu lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Model oluşturmak için öncelikle tek değişkenli analizlerde $p < 0.10$ anlamlılık veren değişkenler belirlendi ve onlarla çoklu lojistik regresyon model oluşturularak Risk Oranı (RO) ve %95 Güven aralıkları (GA) hesaplandı. Lojistik regresyon, 'Forward: Conditional' yöntemiyle yapıldı.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II'nin kaygı ve kaçınma boyutlarına etki eden değişkenleri belirlemek için öncelikle ölçek puan değerlerini normal dağılıma dönüştürmek için logaritma değerleri hesaplandı. Tek değişkenli lineer regresyon modeli ile $p < 0.10$ anlamlılığı veren değişkenler belirlendi. Çoklu lineer regresyon stepwise yöntemiyle uygulanarak, ölçek puanına etki eden faktörler belirlendi.

Tüm veriler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu:

Sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedilmesi amacıyla tarafımızca hazırlanmış bir formun kullanılması planlandı. Bu formda yaş, cinsiyet, sınıf, okul, anne/baba eğitim düzeyi, anne/baba mesleği, anne/baba alkol sigara kullanımı, ailenin durumu, çocuk sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailenin yaşadığı yer, ailenin birlikte yaşama durumu, anne/babayı etkileyen travmatik yaşantılar ve ruhsal tedavi durumu, çocuğun doğum şekli, doğum zamanı, doğum ağırlığı, çocuğun doğduktan sonra karşılaştığı durumlar, anne sütü alım süresi, annenin hamileliği süresince yaşadığı ruhsal problemler, hamileliği süresince karşılaştığı problemler, gebeliğin anne/baba tarafından istenme durumu, çocuk doğmadan önce ve sonra anne/babanın düşünceleri, doğumun olduğu yer ve doğum komplikasyonları, çocuk doğduktan sonra anne bakımının başlama süresi, çocuğun bebekliğinde yaşadığı problemler, annenin lohusalık döneminde yanında kimin kaldığı ve yaşadığı ruhsal problemler, çocuğu hayatının 0-1, 1-2, 2-3, 3 yaş ve sonrasında temel bakım veren,

çocuğun gelişim basamakları, çocuğun geçirmiş olduğu döküntülü hastalıklar, ameliyat, kaza durumu ve uzun süre hastanede yatış durumu sorgulandı.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli – Türkçe Uyarlaması - ÇDŞG-ŞY-T) (Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia For School Age Children, Present And Lifetime Version - K-SADS-PL):

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. “Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi” olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan “tanı amaçlı tarama görüşmesi” 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozuklukları içerir. “çocuklar için genel değerlendirme ölçeği” olarak adlandırılan üçüncü bölüm çocuğun şu andaki genel işlev düzeyini belirlemek için genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tüm görüşme 45-120 dakika sürer. Ölçeğin Türkçe’ye çeviri-geri çevirisi ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(126).

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADO-YK):

Conners’ın ölçekleri 1960’lardan beri yapılan ampirik çalışmaların sonucudur. Conners dereceleme ölçeklerinin son sürümleri, DEHB’nun yanı sıra, çocukluk ve ergenlikteki diğer sorun davranışların değerlendirilmesinde de standart bir ölçme yapmaktadır. Anababa, öğretmen ve ergen kombinasyonu ise çocukla ilgili elde edilen bilgilere zenginlik getirmektedir. Conners ölçeklerinin son sürümleri olan Conners Anababa Dereceleme Ölçeği, Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği, Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği’nin uzun ve kısa formları da bulunmaktadır. Conners

Anababa Dereceleme ölçeği-Yenilenmiş Kısa, Conners tarafından, yenilenmiş uzun formlar için toplanan verilere uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda en yüksek faktör yükü veren maddelerin seçilmesi ile oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. CADO YK, 27 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, uç alt ölçekte (Karşı Gelme-KG, Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik- BP-D, Hiperaktivite-H) ve bir yardımcı ölçekte (DEHB İndeksi- DEHB) toplanmıştır. Puanlama. Her madde için puan değeri 0-3 arasında değişen 4 yanıt seçeneği vardır. Hiçbir zaman doğru değil (hiçbir zaman, çok ender), 0 puan; biraz doğru (bazen), 1 puan; oldukça doğru (sık sık, oldukça çok), 2 puan; çok doğru (çok sık), 3 puan. Yüksek puan, çocuğun CADO-YK'da tanımlanan problemlere o kadar çok sahip olduğunu göstermektedir(127).

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):

Orijinal formu Amerika Birleşik Devletlerinde Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğinin veya getiremediğinin genel bir değerlendirmesini yapmak ve sorun alanlarını ortaya çıkartmak amacıyla oluşturulmuş bir ölçü aracıdır (Bulut, 1990). 12 yaş üzeri aile bireyleri tarafından doldurulan ve aileleri, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, duygusal katılım, davranış kontrolü ve genel işlevler boyutlarında değerlendirmeyi amaçlayan ölçeğin puan ortalaması alınarak aile puanı hesaplandığı gibi, her bireyin puanını ayrı olarak değerlendirmek de mümkündür(128). Tüm maddelerde 1 puanı sağlıklı cevabı, 4 puanı ise sağlıksız cevabı simgelemektedir. Bu şekilde elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Böylece her kişi için yedi alt ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanları 2.00'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğu kabul edilmektedir(129).Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Işıl Bulut tarafından yapılmış olan ölçeğe ilişkin bulgular, hemen tüm konularda ölçeğin orijinalinde yapılan çalışmalardan elde edilen bulguları destekler niteliktedir(129).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II - Orta Çocukluk Ölçeği:

Yetişkin bağlanma boyutlarını ölçmek için geliştirilen (Fraley ve ark., 2000) ve Türkçeye de çevrilmiş olan Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri- II'nin (Selçuk ve ark., 2005)(130). Brenning ve arkadaşları (2011) tarafından orta çocukluk ve erken ergenlik dönemleri için uyarlanan bu versiyonu 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 2014 yılında Kırimer ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır(131). Ölçek 8-13 yaş arası orta çocukluk ve erken ergenlik dönemine uygun olarak geliştirilmiştir ve çocukların yalnızca annelerine olan kaygılı ve kaçınan bağlanma düzeylerini ölçmeye yönelik maddeleri içermektedir. Bağlanma kaygısı (örn., “Annemin, benim onu sevdiğim kadar beni sev-meddiğinden endişe duyuyorum”) ve kaçınma (örn., “Sorunlarım ve endişelerim hakkında annemle konuşurum”) boyutları 18 madde ile ölçülmektedir. İki boyutta da yüksek puanlar anneye görece yüksek kaygılı ve/ya kaçınan bağlanmaya karşılık gelmektedir. Ölçeğin derecelendirmesi, orijinal çalışma temel alınarak 1 ila 7 puan aralığında sunulmuştur (1 = hiç katılmıyorum, 7 = tamamen katılıyorum)(131).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II(YİYE-II):

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE) Brennan ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş, Sümer (2006) tarafından da Türkçeye uyarlanmıştır. YİYE, yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınma olmak üzere bağlanmaya ilişkin iki temel boyutu ölçmektedir. Toplam 36 maddeden oluşan envanterde her bir boyut 18'er madde ile ölçülmektedir. Katılımcılar “Gerçekten ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim”, “Birlikte olduğum kişiyle kolaylıkla yakınlaşabilirim” şeklinde yazılan maddeleri okuyup, kendilerine en uygun olan yanıt maddelerin sağ tarafında verilen “Tamamen katılıyorum – Tamamen katılmıyorum” biçimindeki yedili dereceleme ölçeğinde işaretlemektedirler. Ölçekten alınan puanların artması, bireylerin ilişkilerinde kaygı yaşadıkları ve başkalarından uzak durdukları şeklinde yorumlanmaktadır(130, 132).

4.BULGULAR

Çalışmaya yaşları 8-12 arasında değişen yaş ortalaması $9,77 \pm 1,47$ olan toplam 132 çocuk dahil edilmiş olup tüm çocukların 49'u (%37.1) kız, 83'ü (%62.9) erkekti. Çalışmaya katılan çocukların annelerinin eğitim durumu değerlendirildiğinde, büyük bir kısmının ilk öğretim 61(%46,2) ve lise 46(%34,8) mezunu olduğu bulunmuştur. Babaların eğitim durumu değerlendirildiğinde ise bütün grupların toplamında en fazla lise mezunu 63(%47,7) bulunmaktaydı. Çalışmaya katılan bütün grupların toplamında, okuma-yazması olmayan 2(%1,5) anne ve 1(%0,75) baba bulunmaktaydı. Çalışmaya katılan çocukların annelerinin çalışma durumları değerlendirildiğinde ise, sadece sağlıklı gelişen çocukların annelerinde, çalışan 14(%43,8) ve çalışmayan 18(%56,2) kişi vardı. Diğer gruplarda, annelerin büyük bir kısmı ev hanımı idi. Çalışmaya katılan çocukların babalarının meslekleri değerlendirildiğinde, bütün gruplarda yer alan babaların en büyük oranda, %58,3 (n=77)'ünün özel sektörde çalıştığı tespit edildi. Çalışmaya katılan çocukların ailelerinin gelirleri değerlendirildiğinde, her dört grubun toplamında %88,6 (n=117)'sının orta düzeyde olduğu bulundu. DEHB alt grupları ve kontrol grubundaki çocukların sosyodemografik özellikler açısından ayrıntılı karşılaştırılması Tablo 4.1' de verilmiştir.

Çalışmada yer alan dört grup arasında, çocuğun cinsiyeti, sınıfı, anne-baba eğitim, mesleği ve ailenin gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.1) .

Tablo 4.1.Çocukların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Tanı Yok n %	DEHB Tanılı çocuklar			χ^2 ; p
		DEHB- B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Çocuk cinsiyet Kız Erkek	16 %50.0 16 %50.0	13 %41.9 18 %58.1	12 %31.6 26 %68.4	7 %22.6 24 %77.4	5.980; *0.116
Çocuk sınıf 2-3 4-5 6-7	8 %25.0 11 %34.4 13 %40.6	8 %25.8 18 %58.1 5 %16.1	12 %31.6 42 %16 10 %26.3	12 %38.7 12 %38.7 7 %22.6	7.411; *0.284
Anne eğitim durumu Okuma yazma yok İlköğretim Lise Üniversite	1 %3.1 12 %37.5 11 % 34.4 8 % 25.0	0 %0.0 18 % 58.1 12 % 38.7 1 % 3..2	0 %0.0 19 % 50.0 11 %28.9 8 %21.1	1 % 3.2 12 % 38.7 12 % 38.7 6 % 19.4	9.796;* 0.367
Baba eğitim durumu Okuma yazma yok İlköğretim Lise Üniversite	0 % 0.0 9 % 28.1 13 % 40.6 10 % 31.2	1 % 3.2 10 % 32.3 14 % 45.2 6 % 19.4	0 %0.0 9 % 23.7 21 % 55.3 8 % 21.1	0 %0.0 10 %32.3 15 %48.4 6 %19.4	6.082; *0.808
Anne meslek Ev hanımı Çalışan	18 %56.2 14 43.8	24 %77.4 7 %22.6	31 %81.6 7 %18.4	21 %67.7 10 %32.3	6.251; *0.100
Baba Meslek Memur İşçi Özel sektör	13 %40.6 3 %9.4 16 %50.0	6 %19.4 4 %12.9 21 %67.7	10 %26.3 8 %21.1 20 %52.6	5 %16.1 6 %19.4 20 %64.5	7.524; *0.275
Ailenin gelir düzeyi Düşük Orta Yüksek	0 %0.0 25 %78.1 7 %21.9	0 %0.0 31 %100.0 0 %0.0	1 %2.6 34 %89.5 3 %7.9	1 %3.2 27 %87.1 3 %9.7	10.629; *0.080

N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare, * p>0.05

Çalışmaya katılan çocukların ailelerinin özellikleri; anne ve babalarının birlikte yaşama veya boşanmış olma durumları, çocuk sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailede göç varlığı, ailenin çekirdek aile olup olmaması açısından ayrıntılı karşılaştırılması Tablo 4.2’de verilmiştir.

Ailenin kaçınıcı çocukları oldukları değerlendirildiğinde , 2.çocuk olma sıklığı tanı olmayan grupta %43.8(n=14), DEHB-B alt tipte %51.6 (n=16), DEHB-D alt tipte %23.7(n=9), DEHB-H alt tipinde %16.1(n=5) oranında tespit edilmiştir. Gruplar arasında karşılaştırmada en fazla DEHB-B alt tipinde olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmıştır (p=0.03).Gruplar arasında ailenin mevcut durumu, çocuk sayısı, ailede göç olup olmadığı, ailenin yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.2. Ailenin yapısal özelliklerinin karşılaştırılması

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı Çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB- B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Ailenin Durumu	Anne-baba birlikte	28 %87.5	27 %87.1	38 %94.7	29 %93.5	1.930; 0.65
	Anne-baba boşanmış	4 %12.5	4 %12.9	2 %5.3	2 %6.5	
Çocuk Sayısı	1	2 %6.2	6 %19.4	8 %21.1	9 %29	11.302; 0,08
	2	23 %71.9	15 %48.4	26 %68.4	18 %58.1	
	3	7 %21.9	10 %32.3	4 %10.5	4 %12.9	
Kaçınıcı Çocuk	1	16 %50.0	12 %38.7	27 %71.1	22 %71.0	13.733; *0.03
	2	14 %43.8	16 %51.6	9 %23.7	5 %16.1	
	3	2 %6.2	3 %9.7	2 %5.3	4 %12.9	
Göç Varlığı	Var	13 %40.6	8 %25.8	15 %39.5	10 %32.3	2.036; 0.57
	Yok	19 %59.4	23 %74.2	23 %60.5	21 %67.7	
Ailenin Yapısı	Çekirdek aile	30 %93.8	25 %80.6	34 %89.5	28 %90.3	2.910; 0.42
	Geniş aile	2 %6.2	6 %19.4	4 %10.5	3 %9.7	

N=sayı, %=sayı, χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların anne ve babalarının alkol-sigara kullanım durumlarının değerlendirildiği Tablo 4.3'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Gruplar arasında, annenin sigara ve babanın alkol-sigara kullanıp kullanmama durumlarının görülme sıklığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.3. Anne ve babada sigara ve alkol kullanımı

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB- B n %	DEHB- D n %	DEHB-H n %	
Anne	Sigara kullanımı var Yok	9 %28.1 23 %71.9	10 %32.3 21 %67.7	10 %26.3 28 %73.7	4 %12.9 27 %87.1	3.492; 0.322
Baba	Sigara kullanımı var Sigara+alkol kullanımı var Yok	15 %46.9 3 %9.4 14 %43.8	11 %35.5 6 %19.4 14 %45.2	18 %47.4 1 %2.6 19 %50.0	13 %41.9 3 %9.7 15 %48.4	5.734; 0.454

N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların anne ve babalarının evlilikleri süresince veya hayatlarının herhangi bir döneminde yaşadıkları ve onları etkileyen hastalık, ölüm, işsizlik gibi travmatik durumlar ve ruhsal tedavi varlıklarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Babayı etkilen işsizlik durumunun varlığı, DEHB tanısı olmayan grupta %31.2 (n=10), DEHB-B %51.6 (n=16), DEHB-D %18.4 (n=7), DEHB-H %25.8(n=8), olup, gruplar arasında karşılaştırmada en fazla DEHB-B alt tipinde olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.03).

Anne ve babayı etkileyen hastalık ve ölüm durumları, anneyi etkileyen işsizlik durumu, anne ve babanın ruhsal hastalık ve tedavi varlık durumlarının sıklığı değerlendirilmesinde ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.4. Anne ve babayı etkileyen travma varlığı ve ruhsal tedavi durumları

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı Çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Anneyi/Babayı etkileyen hastalık durumu	Var	18 %56.2/ 10 %31.2	14 %45.2/ 8 %25.8	16 %42.1/ 12 %31.6	13 %41.9/ 19 %61.3	1.797; 0.616
	Yok	14 %43.8/ 22 %68.8	17 %54.8/ 23 %74.2	22 %57.9/ 26 %68.4	18 %58.1/ 19 %61.3	1.201; 0.753
Anneyi/Babayı etkileyen ölüm durumu	Var	20 %62.5/ 18 %56.2	14 %45.2/ 17 %54.8	14 %36.8/ 12 %31.6	15 %48.4/ 12 %41.9	4.691; 0.196
	Yok	12 %37.5/ 14 %43.8	17 %54.8/ 14 %45.2	24 %63.2/ 26 %68.4	16 %51.6/ 18 %58.1	5.711; 0.127
Anneyi/Babayı etkileyen işsizlik durumu	Var	8 %25.0/ 10 %31.2	13 %41.9/ 16 %51.6	7 %18.4/ 7 %18.4	8 %25.8/ 8 %25.8	4.978; 0.173
	Yok	24 %75.0/ 22 %68.8	18 %58.1/ 15 %48.4	31 %81.6/ 31 %81.6	23 %74.2/ 23 %74.2	9.350; *0.025
Annede/Babada ruhsal tedavi	Var	17 %53.1/ 6 %18.8	14 %45.2/ 4 %12.9	16 %42.1/ 9 %23.7	14 %45.2/ 2 %6.5	0.901; 0.825
	Yok	15 %46.9/ 26 %81.2	17 %54.8/ 27 %87.1	22 %57.9/ 29 %76.3	17 %54.8/ 14 %45.2	4.192; 0.241

N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare,* p<0.05

Çalışma kapsamında, bütün gruplarda anne ve babaların, çocukla ilgili doğum öncesi planları düşünceleri değerlendirilmiştir. Ayrıntılı karşılaştırma Tablo 4.5'te verilmiştir.

Çalışmada yer alan dört grup arasında, istenilen bir gebelik olup olmaması , hem anne hemde badada çocuk doğmadan önceki düşüncelerinin olumlu veya olumsuz olma durumlarının sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır(p>0.05).

Tablo 4.5. Anne ve babanın çocukla ilgili doğum öncesi düşüncelerinin karşılaştırılması

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı Çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
İstenilen bir gebelik olması	Evet Hayır	24 %75.0 8 %25.0	24 %77.4 7 %22.6	33 %86.8 5 %13.2	27 %87.1 4 %12.9	2.629; 0.452
Doğum öncesi annenin/babanın düşünceleri	Olumlu Kaygılı	27 %84.4/ 27 %84.4 5 %15.6/ 5 %15.6	23 %74.2/ 22 %71.0 8 %25.8/ 9 %29.0	21 %55.3/ 22 %57.9 17 %44.7/ 16 %42.1	22 %71.0/ 24 %77.4 9 %29.0/ 7 %22.6	

N=sayı, %=sayı, χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Annelerin hamilelik süresince ruhsal sıkıntı yaşıyıp yaşamama durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çalışmada yer alan dört grup arasında, annenin hamileliği boyunca psikolojik sıkıntı yaşıyıp yaşamama durumlarının sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.6. Annenin hamilelikte ruhsal sorunların varlığı açısından karşılaştırılması

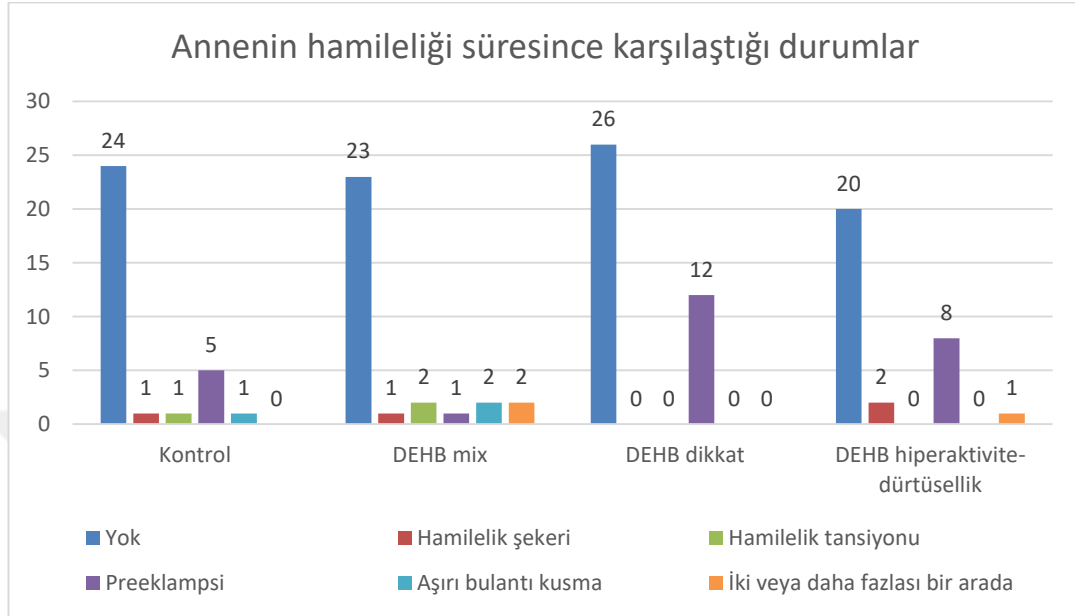
		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı Çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Hamilelikte Ruhsal Sorun	Var Yok	11 %34.4 21 %65.6	13 %41.9 18 %58.1	14 %36.8 24 %63.2	8 %25.8 23 %74.0	1.872; 0.599

N=sayı, %=sayı, χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Çocukların annelerinin hamilelik sürecinde fiziksel sağlık sorunu ile ilgili ayrıntılı bilgiler Şekil 4.1’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan bütün gruplardaki annelerin toplamının büyük bir kısmının hamileliği sürecinde hiçbir sağlık sıkıntısı yaşamadığı %70,4 (n=93) bulunmuştur. Hamilelik süresince preeklampsi görülme sıklığı DEHB-D tipte %31,6 (n=12), DEHB-H tipte %25,8 (n= 8) olarak diğer gruplara göre daha fazladır ancak bu sonuç çalışmada yer alan dört grup arasında, annenin hamileliği boyunca fiziksel sağlık

sorunu yaşıyıp yaşamama durumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olarak saptanmamıştır($p>0.05$).



Şekil 4.1. Annenin hamilelik sürecinde karşılaştığı fiziksel hastalıklar

Çocukların anne ve babalarının çocukla ilgili doğum sonrası düşüncelerinin karşılaştırılması ayrıntılı olarak Tablo 4.7’ de verilmiştir.

Doğum sonrası anne ve babanın çocukla ilgili düşünceleri değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.7. Anne ve babanın çocukla ilgili doğum sonrası düşünceleri

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Doğum sonrası annenin/babanın düşünceleri	Olumlu	31 %96.9/ 31 %96.9	29 %93.5/ 29 %93.5	35 %92.1/ 35 %92.1	30 %96.8/ 30 %96.8	1.158; 0.803
	Kaygılı	1 %3.1/ 1 %3.1	2 %6.5/ 2 %6.5	3 %7.9/ 3 %7.9	1 %3.2/ 30 %96.8	1.158; 0.809

N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare, * $p<0.05$

Çalışmaya katılan çocukların doğum yeri, doğum şekli, doğum zamanı, doğum esnasında ve sonrasında tıbbi komplikasyon varlığı, doğduktan sonra bebeğin kuvözde kalma durumu, doğumdan sonra anne bakımının başlama süresinin gruplar arasında ayrıntılı karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Bebeğin doğum şeklinin sezeryan olması sıklığı, tanısı olmayan grupta %84.4(n=27), DEHB-B tipte %80.6(n=25) DEHB-D tipte %50.0(n=19), DEHB-H tipte %45.2(n=14) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki karşılaştırmada, en fazla sezeryanla doğum DEHB tanısı olmayan grupta ve DEHB-B alt tipinde olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).

Çocuğun doğum yeri, doğum zamanı, doğum esnasında ve sonrasında tıbbi komplikasyon varlığı, doğduktan sonra bebeğin kuvözde kalma durumu, doğumdan sonra anne bakımının başlama süresi durumlarının sıklığının değerlendirilmesinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

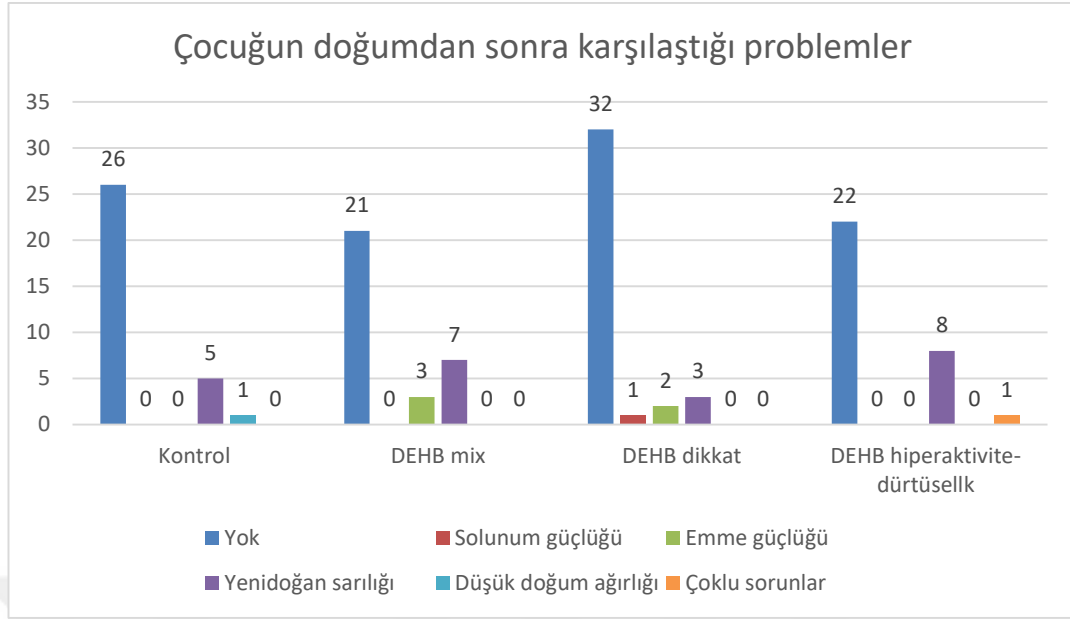
Tablo 4.8. Çocuğun doğum özelliklerinin karşılaştırılması

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı Çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Doğumun olduğu yer	Hastane kamu Hastane özel	29 %90.6 3 %9.4	29 %93.5 2 %6.5	34 %89.5 4 %10.5	27 %87.1 4 %12.9	0.756; 0.860
Doğum şekli	Vajinal Sezeryan	5 %15.6 27 %84.4	6 %19.4 25 %80.6	19 %50.0 19 %50.0	17 %54.8 14 %45.2	17.578; *0.001
Doğum zamanı	Zamanında Erken Geç	27 %84.4 3 %9.4 2 %6.2	22 %71.0 7 %22.6 2 %6.5	30 %78.9 7 %18.4 1 %2.6	27 %87.1 4 %12.9 0 %0.0	5.043; 0.565
Doğum esnasında ve sonrasında komplikasyon	Var Yok	3 %9.4 29 %90.6	4 %12.9 27 %87.1	3 %7.9 35 %92.1	3 %9.7 28 %90.3	0.498; 0.919
Küvözde kalma	Var Yok	5 %15.6 27 %84.4	7 %22.6 24 %77.4	5 %13.2 33 %86.8	7 %22.6 24 %77.4	1.592; 0.661
Doğumdan sonra anne bakımının başlama süresi	Hemen Bir hafta ve sonrasında	26 %81.2 6 %18.8	26 %83.9 5 %16.1	34 %89.5 4 %10.5	25 %80.6 6 %19.4	1.292; 0.731

N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların doğumdan sonra karşılaştıkları problemler ayrıntılı olarak Şekil 4.2’de verilmiştir.

Çocuğun doğumdan sonra karşılaştığı problem drumunun sıklığı değerlendirildiğinde, bütün grupların toplamında çocukların büyük bir kısmının doğumdan hemen sonra herhangi bir sorunla karşılaşmadığı %76,5(n= 102), yine DEHB tanısı olmayan grupta %15,6(n=26), DEHB-B tipte %22,5(n=7), DEHB-D tipte %7,8(n= 3), DEHB-H tipte %25,8(n=8) en sık görülen yeni doğan sağlık probleminin yenidoğan sarılığı olduğu bulunmuş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(p>0.05).



Şekil 4.2. Çocuğun doğumdan sonra karşılaştığı problemler.

Çalışmaya katılan çocukların annelerinde lohusalık döneminde ruhsal sorun varlığı, çocukların ilk yıl, ikinci yıl, üçüncü yıl ve üç yıl sonrasında temel bakım verenlerinin karşılaştırılması Tablo 4.9’da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Bebeğin ikinci yıl temel bakıcısının büyük ebeveynler olması sıklığı, tanısı olmayan grupta, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H tiplerde sırasıyla, %6.2(n=2), %3.2(n=1), %7.9(n=3), %19.4(n= 6) olarak, bebeğin üçüncü yıl temel bakıcısının büyük ebeveynler olması sırasıyla, %12.5(n=4), %3.2(n=1), %7.9(n=3), %16.1(n=5) olarak, üçüncü yıldan sonra temel bakıcısının büyük ebeveynler olması sırasıyla, %12.5(n=4), %3.2(n=1), %5.3(n=2), %19.4(n=6) olarak saptanmıştır. Bu üç durumun değerlendirilmesinde ikinci yıl, üçüncü yıl, üçüncü yıldan sonra temel bakıcısının büyük ebeveynler olması DEHB-H alt tipte en fazla olup istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0.036$, $p=0.027$, $p= 0.009$).

Çocuğun Çocuğun birinci yıl temel bakıcısı ve annenin lohusalık döneminde ruhsal sorun yaşıyıp yaşamama durumlarının sıklığının değerlendirilmesinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

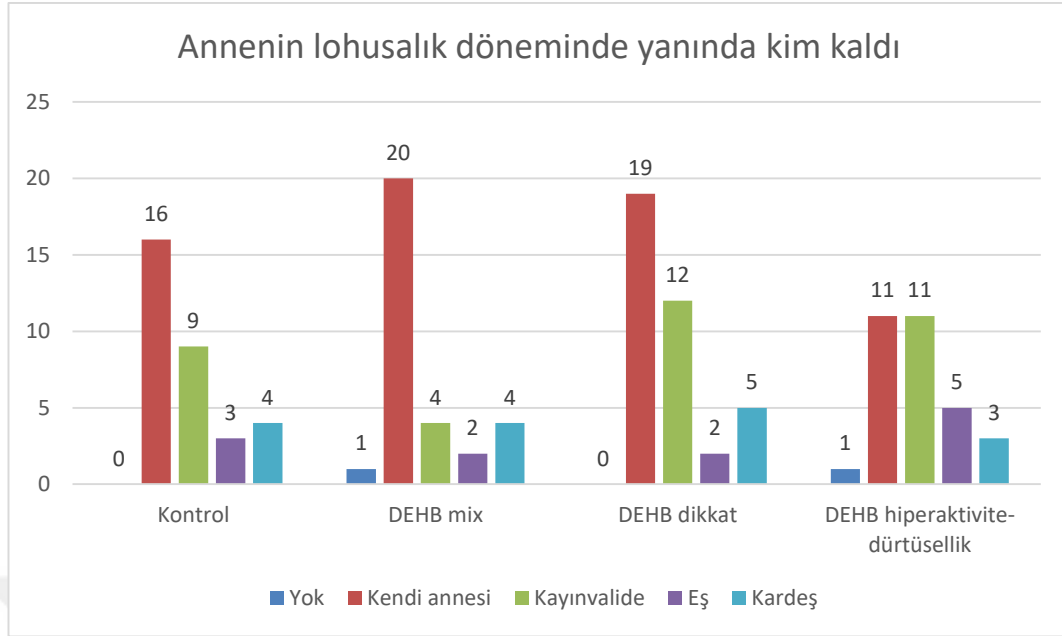
Tablo 4.9. Doğum sonrası özelliklerin karşılaştırılması

		Tanı Yok n %	DEHB Tanılı Çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Annede lohusalık döneminde ruhsal sorun varlığı	Kısa süreli Uzun süreli Yok	1 %3.1 9 %28.1 22 %68.8	3 %9.7 7 %22.6 21 %67.7	0 %0.0 11 %28.9 27 %71.1	5 %16.1 6 %19.4 20 %64.5	8.483; 0.202
Birinci yıl çocuğun temel bakıcısı	Anne-baba Büyük ebeveynler Bakıcı	26 %81.2 2 %6.2 4 %12.5	30 %96.8 1 %3.2 0 %0.0	35 %92.1 2 %5.3 1 %2.6	27 %87.1 4 %12.9 0 %0.0	11.791; 0.056
İkinci yıl çocuğun temel bakıcısı	Anne-baba Büyük ebeveynler Bakıcı	26 %81.2 2 %6.2 4 %12.5	30 %96.8 1 %3.2 0 %0.0	33 %86.8 3 %7.9 2 %5.3	25 %80.6 6 %19.4 0 %0.0	13.029; *0.036
Üçüncü yıl çocuğun temel bakıcısı	Anne-baba Büyük ebeveynler Bakıcı	23 %71.9 4 %12.5 5 %15.6	30 %96.8 1 %3.2 0 %0.0	33 %86.8 3 %7.9 2 %5.3	26 %83.9 5 %16.1 0 %0.0	13.891; *0.027
Üç yaştan sonra çocuğun temel bakıcısı	Anne-baba Büyük ebeveynler Bakıcı	23 %71.9 4 %12.5 5 %15.6	30 %96.8 1 %3.2 0 %0.0	34 %89.5 2 %5.3 2 %5.3	25 %80.6 6 %19.4 0 %0.0	16.297; *0.009

N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların annelerine lohusalık döneminde refakat edenlerle ilgili ayrıntılı bilgi Şekil 4.3'te verilmiştir.

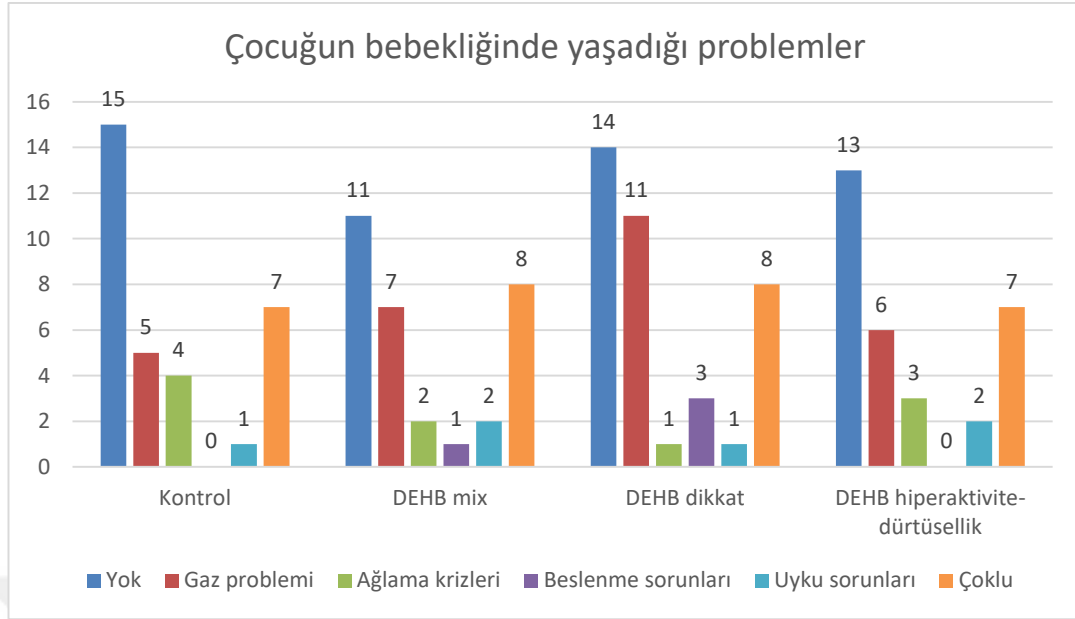
Annenin lohusalık döneminde yanında kimin kaldığının sıklığı değerlendirildiğinde, her dört grupta da annenin kendi annesinin%50(n=61) en sık refakatçi olarak kaldığı, ikinci sıklıkta babanın annesinin %27,2(n=36) ve üçüncü sıklıkta annenin kız kardeşinin%12,1(n=16) annenin yanında kaldığı saptanmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(p>0.05).



Şekil 4.3. Annenin lohusalık döneminde yanında kimin kaldığı

Çocuğun bebekliğinde yaşadığı problemler araştırıldığında, her dört grupta çocuğun bebekliğinde yaşadığı problemler açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir ve ayrıntılı sonuçlar Şekil 4.4'te verilmiştir.

Çocuğun bebekliğinde problem yaşama durumunun sıklığı değerlendirildiğinde, her dört grupta en sık hiç problemler yaşamamanın %40,1(n=53)görüldüğü, çoklu problem yaşamamanın DEHB tanısı almayan grupta, DEHB-B DEHB-D, DEHB-H tiplerde sırasıyla %21,8(n=7), %25,8(n=8), %21(n=8), %22,6(n=7) oranlarıyla ikinci sıklıkta en sık görülen durum olduğu ve bu durumun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır($p>0.05$).



Şekil 4.4. Çocuğun bebekliğinde yaşadığı problemler.

Çalışmaya katılan çocukların şimdiye kadar geçirdikleri, döküntülü hastalık, kaza, ameliyat durumlarının ve uzun süre hastanede kalma durumlarının varlığı ve yokluğunun karşılaştırılması Tablo 4.10'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çocuğun şimdiye kadar bir veya birden fazla olarak bir aydan daha uzun süreli olarak hastane yatışı varlığı sıklığı, tanısı olmayan grupta %9.4(n=3), DEHB-B tipte %0(n=0) DEHB-D tipte %18.4(n=7), DEHB-H tipte %3.2(n=1) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında karşılaştırmada en fazla DEHB-D tipte olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,03).

Çocuğun şimdiye kadar geçirmiş olduğu kaza veya ameliyat olup olmama durumunun sıklığı değerlendirilmesinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(p>0.05).

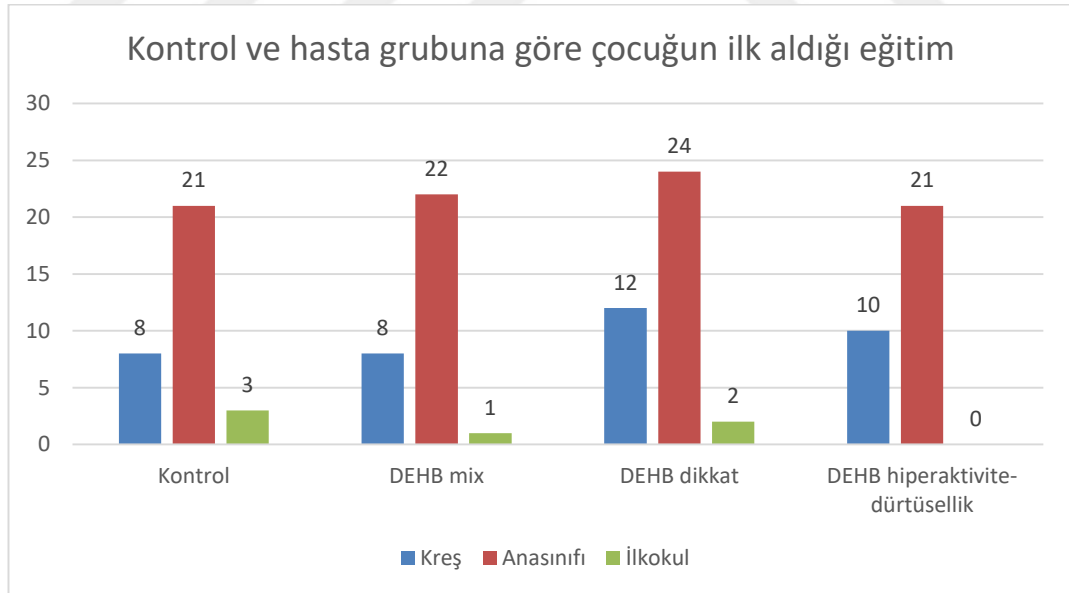
Tablo 4.10. Çocuğun geçirdiği hastalıklar ve hastanede kalım durumunun karşılaştırılması

		Tanı yok n %	DEHB Tanılı çocuklar			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB-H n %	
Çocuğun geçirdiği kaza ameliyat	Var Yok	9 %28.1 23 %71.9	12 %38.7 19 %61.3	17 %44.7 21 %55.3	11 %35.5 20 %64.5	2.123; 0.547
Çocuğu uzun süreli hastaneye yatışı (Bir aydan uzun)	Var Yok	3 %9.4 29 %90.6	0 %0.0 31 %100	7 %18.4 31 %81.6	1 %3.2 30 %96.8	8.984; *0.029

N=sayı, %=sayı/ç, χ^2 =Ki-kare, *p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların ilk olarak almış oldukları eğitimin karşılaştırılması ayrıntılı olarak şekil 4.5'te verilmiştir.

Çocuğun ilk hangi eğitimi aldığının sıklığı değerlendirildiğinde, her dört grupta da en sık ana sınıfına %66,6(n=88) başlamanın görüldüğü, ikinci sıklıkta kreşe %28,8(n=38) başlamanın görüldüğü ve son sırada ilkokula %4,5(n=6) başlamanın olduğu saptanmıştır ve bu durum gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olarak bulunmamıştır (p>0.05).



Şekil 4.5. Çocuğun ilk aldığı eğitimin karşılaştırılması.

Çalışmaya katılan çocukların desteksiz oturma yaşı, yürüme yaşı, konuşma yaşı, tuvalet eğitimi yaşı, ince motor beceri gelişim yaşı, okuma yazma öğrenme yaşı, okula başlama yaşı'nın karşılaştırılması Tablo 4.11'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çocuğun sosyal gülümseme yaşı ortancaları(min-max), tanı almayan, DEHB-B, DEHB-D ve DEHB-H tiplerde sırasıyla, 2(2-3), 3(2-5), 3(2-4), 3(2-5) olarak bulunmuştur. DEHB alt tiplerinin hepsinde, sosyal gülümseme yaşı ortancaları tanı almayan gruptan daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.03$).Çocuğun desteksiz oturma yaşı, çocuğun yürüme yaşı, çocuğun konuşma yaşı, çocuğun tuvalet eğitimi yaşı, çocuğun ince motor beceri gelişim yaşı, çocuğun okuma yazma öğrenme yaşı, çocuğun okula başlama yaşı ortancaları gruplar arasında karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.11. Çocukların psikomotor gelişimi

Tanı	Tanı yok	DEHB-B	DEHB-D	DEHB-H	Total	Test değeri Kw/z; p
	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	
Çocuğun sosyal gülümseme yaşı*	2 (2-3)	3 (2-5)	3 (2-4)	3 (2-5)	3 (2-5)	8.948; *0.030
Çocuğun desteksiz oturma yaşı*	6 (5-7)	6 (5-8)	6 (4-10)	6 (4-9)	6 (4-10)	2.212; 0.530
Çocuğun yürüme yaşı*	12 (10-19)	12 (8-18)	12 (7-18)	12 (7-18)	12 (7-19)	4.729;0.193
Çocuğun konuşma yaşı*	14 (9-24)	12 (9-24)	12 (7-18)	12 (8-24)	12 (7-24)	7.451; 0.059
Çocuğun tuvalet eğitimi yaşı*	24 (12-36)	24 (12-48)	24 (12-48)	24 (12-48)	24 (12-48)	7.065;0.070
Çocuğun ince motor beceri gelişim yaşı*	48 (18-60)	48 (30-60)	48 (24-60)	48 (18-72)	48 (18-72)	3.168; 0.366
Çocuğun okuma yazma öğrenme yaşı**	7(5-8)	6 (6-7)	6 (6-7)	7 (6-7)	7 (5-8)	1.935; 0.586
Çocuğun okula başlama yaşı**	5 (2-7)	5 (3-6)	5 (2-7)	5 (3-6)	5 (2-7)	1.748;0.626

*ay üzerinden değerlendirme

**yıl üzerinden değerlendirme

* $p<0.05$

Çalışmaya katılan çocukların, anne ve babalarının, YİYE-II ve YİYE-II orta çocukluk dönemi formları kullanılarak, kaygı ve kaçınma puanı ortancalarına göre değerlendirilmesi Tablo 4.12'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çocukların kaygı puan ortancaları (min-max) DEHB tanısı olmayan, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H gruplarında sırasıyla, 2,0(1,2-5,8), 2,9(1,3-5,6), 2,5(1,3-6,0), 2,3(1,1-4,3), kaçınma puan ortancaları (min-max) sırasıyla, 1,4(1,0-4,8), 2,2(1,0-6,0), 1,8(1,0-6,4), 1,8(1,0-6,2), annelerin kaygı puan ortancaları (min-max) DEHB tanısı

olmayan, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H gruplarında sırasıyla 3,0(1,0-4,6), 3,1(1,5-5,6), 2,8(1,1-5,8), 3,2(1,8-6,0), kaçınma puan ortancaları (min-max) sırasıyla 2,2(1,0-5,1), 2,3(1,0-5,3), 2,0(1,0-6,6), 2,3(1,0-5,8), babaların kaygı puan ortancaları (min-max) DEHB tanısı olmayan, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H gruplarında sırasıyla 3,0(1,4- 4,7), 3,16(1,1- 4,9), 3,0(1,5- 4,8), 2,9(1,2- 5,8), kaçınma puan ortancaları (min-max) sırasıyla 1,7(1,0-5,1), 2,1(1,1-3,4), 2,2(1,0-5,1), 2,2(1,0-4,6) olarak saptanmıştır.Çocuğun YİYE-II orta çocukluk dönemi ölçeğine göre, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H tanısı olan ve kontrol gruplarının kaygı puanları ortancaları karşılaştırıldığında, DEHB alt tiplerinin hepsinde kaçınma puanı ortancaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır($p=0.002$).Çalışmaya katılan bütün gruplarda, çocukların kaçınma puanları, anne ve babaların kaygı ve kaçınma puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.12. Çocukların , anne ve babaların kaygı ve kaçınma boyutlarının karşılaştırılması

Tanı	Tanı yok	DEHB-B	DEHB-D	DEHB-H	Total	Kw/z; p
	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	Ortanca Min-Max	
Çocukta kaygı	2,0(1,2-5,8)	2,9(1,3-5,6)	2,5(1,3-6,0)	2,3(1,1-4,3)	2,3(1,1-6,0)	14.750; *0.002
Çocukta kaçınma	1,4(1,0-4,0)	2,2(1,0-6,0)	1,8(1,0-6,4)	1,8(1,0-6,2)	1,8(1,0-6,4)	6.005; 0.111
Annede kaygı	3,0(1,0-4,6)	3,1(1,5-5,6)	2,8(1,1-5,8)	3,22(1,83-6)	3,0(1,0-6,0)	2.878;0.411
Annede kaçınma	2,2(1,0-5,1)	2,3(1,0-5,3)	2,0(1,0-6,6)	2,33(1-5.83)	2,2(1,0-6,6)	7.451; 0.059
Babada kaygı	3,0(1,4-4,7)	3,1(1,1-4,9)	3,0(1,5-4,8)	2,9(1,2-5,8)	3,1(1,1-5,8)	0.819;0.845
Babada kaçınma	1,7(1,0-5,1)	2,1(1,1-3,4)	2,2(1,0-5,1)	2,2(1,0-4,6)	2,1(1,0-5,1)	2.457; 0.483

Kw:Kruskal Wallis , * $p<0.01$

Çalışmaya katılan çocukların annelerinden, Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) uygulanarak elde edilen, aile işlevselliğini değerlendirme sonuçları Tablo 4.13'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Annelerin problem çözmesi sorgulandığında DEHB tanısı olmayan, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H gruplarında sırasıyla, %21,9(n=7), %3,2(n=1), %22,6(n=7), %22,6(n=7) değerlendirme sağlıklı, %78,1(n=25), %96,8(n=30), %76,3(n=29), %77,4(n=24) değerlendirme sağlıksız, iletişim sorgulandığında sırasıyla, %12,5(n=4), %3,2(n=1), %7,9(n=3), %12,9(n=4) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla %87,1(n=25), %96,8(n=30), %92,1(n=35), %87,1(n=27) değerlendirme sağlıksız, duygusal tepki verebilme sorgulandığında, %18,8(n=6), %6,5(n=2), %5,3(n=2),

%12,9(n=4) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %81,3(n=26), %93,5(n=29), %60,5(n=23), %87,1(n=27) değerlendirme sağlıklı, gereken ilgiyi gösterme sorgulandığında, sırasıyla, %46,9(n=15), %38,7(n=12), %39,5(n=15), %29(n=9) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %53,1(n=17), %61,3(n=19), %60,5(n=23), %71(n=2) değerlendirme sağlıklı, davranış kontrolü sorgulandığında, sırasıyla, %15,6(n=5), %12,9(n=4), %23,7(n=9), %19,4(n=6) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %84,4(n=27), %87,1 (n=27), %76,3(n=29), %80,6(n=25) değerlendirme sağlıklı, genel işlevler sorgulandığında, sırasıyla, %18,8(n=6), %6,5(n=2), %23,7(n=9), %22,6(n=7) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %81,3(n=26), %95,5(n=29), %76,3(n=29), %77,4(n=24) değerlendirme sağlıklı olarak saptanmıştır.

Çalışmada yer alan, çocukların annelerinin doldurmuş oldukları, ADÖ'ye göre, problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçekleri değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.13. Çocukların annelerinin aile değerlendirme ölçeğine göre sonuçlarının karşılaştırılması

		Tanı Yok n %	DEHB grubu			χ^2 ; p
			DEHB-B n %	DEHB-D n %	DEHB -H n %	
Anne problem çözme	0-2 >2	7 %21.9 25 %78.1	1 %3.2 30 %96.8	9 %23.7 29 %76.3	7 %22.6 24 %77.4	6.131; 0.105
Anne iletişim	0-2 >2	4 %12.5 28 %87.5	1 %3.2 30 %96.8	3 %7.9 35 %92.1	4 %12.9 27 %87.1	0.140; 0.987
Anne duygusal tepki verebilme	0-2 >2	6 %18.8 26 %81.3	2 %6.5 29 %93.5	2 %5.3 36 %94.7	4 %12.9 27 %87.1	4.119; 0.249
Anne gereken ilgiyi gösterme	0-2 >2	15 %46.9 17 %53.1	12 %38.7 19 %61.3	15 %39.5 23 %60.5	9(29.0) 22 %71.0	2.133; 0.545
Anne davranış kontrolü	0-2 >2	5 %15.6 27 %84.4	4 %12.9 27 %87.1	9 %23.7 29 %76.3	6 %19.4 25 %80.6	1.523; 0.677
Anne genel işlevler	0-2 >2	6 %18.8 26(81.3)	2 %6.5 29(93.5)	9 %23.7 29 %76.3	7 %22.6 24 %77.4	4.051; 0.256

0-2 Sağlıklı , >2 Sağlıksız , N=sayı,%=sayı/ χ^2 =Ki-kare, * $p<0.05$

Çalışmaya katılan çocukların babalarından, Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) uygulanarak elde edilen, aile işlevselliğini değerlendirme sonuçları Tablo 4.14’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Babaların problem çözmesi sorgulandığında DEHB tanısı olmayan, DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H gruplarında sırasıyla, %9,4(n=3), %3,2(n=1), %15,8(n=6), %16,1(n=5) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %90,6(n=29), %96,8(n=30), %84,2(n=32), %83,9(n=26) değerlendirme sağlıklı, iletişim sorgulandığında sırasıyla, %0(n=0), %3,2(n=1), %10,5(n=4) %3,2’sini(n=1) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla %100(n=32), %96,8(n=30), %89,5(n=34), %96,8(n=30) değerlendirme sağlıklı, roller sorgulandığında, sırasıyla, %3,1(n=1) %12,9(n=4), %15,8(n=6), %16,1(n=5) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %84,4(n=27), %83,9(n=29), %84,2(n=32), %83,9(n=29), sağlıklı, duygusal tepki verebilme sorgulandığında, %18,8(n=6), %6,5(n=2), %2,6(n=1), %12,9(n=4) değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %96,9(n=31), %87,1(n=27), %97,4(n=37), %87,1(n=27) değerlendirme sağlıklı, gereken ilgiyi gösterme sorgulandığında, sırasıyla, %21,9(n=7), %32,3(n=10), %60,5(n=23), %61,3(n=19), değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %78,1(n=25), %67,7(n=21), %60,5(n=23), %61,3(n=19) değerlendirme sağlıklı, davranış kontrolü sorgulandığında, sırasıyla, %3,2(n=1), %3,2(n=1), %23,7(n=9), %25,8(n=8), değerlendirme sağlıklı, sırasıyla, %84,4(n=27), %96,8(n=30), %76,3(n=29), %74,2(n=23) değerlendirme sağlıklı, olarak bulunmuştur.

Çalışmada yer alan, çocukların babalarının doldurmuş oldukları, ADÖ’ye göre, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçekleri değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olarak saptanmamıştır($p>0.05$).

Çalışmaya katılan çocukların anne ve babaları arasında ADÖ sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.14. Çocukların babalarının aile değerlendirme ölçeğine göre sonuçlarının karşılaştırılması

	Tanı Yok n %	DEHB Grubu			χ^2 ; p	
		DEHB -B n %	DEHB-D n %	DEHB -H n %		
Baba problem çözme	0-2 >2	3 %9.4 29 %90.6	1 %3.2 30 %96.8	6 %15.8 32 %84.2	5 %16.1 26 %83.9	3.602; 0.308
Baba iletişim	0-2 >2	0 %0.0 32 %100.0	1 %3.2 30 %96.8	4 %10.5 34 %89.5	1 %3.2 30 %96.8	4.905; 0.179
Baba roller	0-2 >2	5 %16.5 27 %84.4	5 %16.1 26 %83.9	6 %15.8 32 %84.2	5 %16.1 26 %83.9	0.005;1.000
Baba duygusal tepki verebilme	0-2 >2	1 %3.1 31 %96.9	4 %12.9 27 %87.1	1 %2.6 37 %97.4	4 %12.9 27 %87.1	4.745; 0.191
Baba gereken ilgiyi gösterme	0-2 >2	7 %21.9 25 %78.1	10 %32.3 21 %67.7	15 %39.5 23 %60.5	12 %38.7 19 %61.3	2.955; 0.399
Baba davranış kontrolü	0-2 >2	5 %15.6 27 %84.4	1 %3.2 30 %96.8	9 %23.7 29 %76.3	8 %25.8 23 %74.2	3.412; 0.332

0-2 Sağlıklı , >2 Sağlıksız , N=sayı,%=sayı, χ^2 =Ki-kare, * p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların, YİYE-II orta çocukluk dönemi formları değerlendirildiğinde, saptanan kaygı ve kaçınma puan ortancalarının, çocukların doğum sonrası özelliklerine göre değerlendirilmesi Tablo 4.15’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Annesi lohusalığında ruhsal sorun yaşayan çocukların, kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,6(1,5- 5,0), 2,0(1,3- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,0(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 3,9) olarak, annesi lohusalığında ruhsal sorun yaşamayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,4(1,5- 5,0), 2,0(1,2- 4,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,7(1,0- 6,0), 1,8(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Annesinin lohusalığında yanında annesi, kardeşi veya kayınvalidesi kalan çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,6(1,1- 6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,0(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 4,0) olarak, annesinin lohusalığında yanında hiç kimse kalmayan çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,0(1,3- 3,7), 2,2(1,6- 2,6) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,3(1,0- 3,5), 1,7(1,0- 1,8) olarak, bulunmuştur.

Bebekliğinde problem yaşayan(gaz problemleri, ağlama krizleri, beslenme sorunları, uyku sorunları veya bu sorunların birarada görülmesi) çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,4(1,3- 6,0), 2,0(1,3- 3,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0-6,4), 1,3(1,0- 3,9) olarak, bebekliğinde problem yaşamayan çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,6(1,1- 5,6), 2,6(1,1- 5,6) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 4,3), 1,6(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

İlk yıl anne ve babası tarafından bakılan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,1- 6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,6(1,0- 4,8) olarak, ilk yıl büyük ebeveynleri tarafından bakılan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,6(1,7- 3,6), 1,8(1,5- 2,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,9(1,0- 3,0), 1,0(1,0- 1,7) olarak bulunmuştur.

İkinci yıl anne ve babası tarafından bakılan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,1- 6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,6(1,0- 4,8) olarak, ikinci yıl büyük ebeveynleri tarafından bakılan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla 2,6(1,7- 5,0), 1,8(1,5- 2,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,9(1,0- 3,4), 1,0(1,0- 1,7) olarak bulunmuştur.

Üçüncü yıl anne ve babası tarafından bakılan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,1- 6,0), 2,2(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,6(1,0-

4,8) olarak, üçüncü yıl büyük ebeveynleri tarafından bakılan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 3,0(1,7- 5,0), 1,7(1,3- 2,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,0(1,0- 3,4), 1,0(1,0- 1,8) olarak bulunmuştur.

Annenin lohusalığında yanında birinin kalıp kalmama durumu gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde, DEHB tanısı olan grupta kaçınma puan ortancaları annesi lohusayken yanında biri kalanlarda kalmayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır($p=0.04$) ve DEHB tanısı olmayan grupta, kaçınma puan ortancaları, bebeğin birinci yıl bakıcısı($p=0.05$), bebeğin ikinci yıl bakıcısı($p=0.05$), bebeğin üçüncü yıl bakıcısı($p=0.03$) anne-baba olanlarda, olmayanlara göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar kendi içlerinde , annenin lohusalığında ruhsal sorun yaşıyıp yaşamama ve çocuğun bebekliğinde problem yaşıyıp yaşamama durumları(gaz problemleri, ağlama krizleri, beslenme sorunları, uyku sorunları veya bu sorunların birarada görülmesi), çocukların kaygı ve kaçınma puanı ortancalarına göre değerlendirildiğinde, hem DEHB tanısı olan ve hem de DEHB tanısı olmayan çocuklardan oluşan grupların kendi içinde karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$). Yine annenin lohusalığında yanında birinin kalıp kalmama durumu çocuklardaki kaygı puan ortancalarına göre hem DEHB tanısı olan hem de olmayan gruplarda kendi içlerinde karşılaştırıldığında, DEHB tanısı olmayan grupta çocuklarda kaçınma puanı ortancalarına göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$) ve bebeğin birinci yıl, ikinci yıl ve üçüncü yıl birinci bakıcılarının kim olduğu değerlendirildiğinde hem DEHB tanısı olan hemde tanısı olmayan grupların çocuklarda kaygı puanı ortancalarının kendi içlerinde karşılaştırılması ve DEHB tanısı olan grupta çocuklarda kaçınma puanı ortancalarının kendi içinde karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$).

Tablo 4.15. Çocukların doğum sonrası özelliklerinin, çocukta kaygı ve kaçınma puanlarına göre karşılaştırılması.

		Çocukta Kaygı Puanı		Çocukta Kaçınma Puanı	
		DEHB ortanca(min- max)	Tanı Yok ortanca(min- max)	DEHB ortanca(min- max)	Tanı Yok ortanca(min- max)
Annenin Lohusalığında Ruhsal Sorun	Var	2,6(1,5- 5,0)	2,0(1,3- 5,8)	2,0(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 3,9)
	Yok	2,4(1,5- 5,0)	2,0(1,2- 4,8)	1,7(1,0- 6,0)	1,8(1,0- 4,8)
	p	0,61	0,55	0,82	0,35
Annenin Lohusalığında Yanında Kalan Kişi	Var	2,6(1,1- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	2,0(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 4,0)
	Yok	2,0(1,3- 3,7)	2,2(1,6- 2,6)	1,3(1,0- 3,5)	1,7(1,0- 1,8)
	p	*0,04	0,70	0,04	0,85
Çocuğun Bebekliğinde Yaşadığı Problemler	Var	2,4(1,3- 6,0)	2,0(1,3- 3,2)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 3,9)
	Yok	2,6(1,1- 5,6)	2,6(1,1- 5,6)	1,8(1,0- 4,3)	1,6(1,0- 4,8)
	p	0,32	0,33	0,55	0,26
Bebekğin Birinci Yıl Bakıcısı	Anne-baba	2,5(1,1- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,6(1,0- 4,8)
	Büyük Ebeveyn	2,6(1,7- 3,6)	1,8(1,5- 2,2)	1,9(1,0- 3,0)	1,0(1,0- 1,7)
	p	0,82	0,24	0,64	*0,05
Bebekğin İkinci Yıl Bakıcısı	Anne-baba	2,5(1,1- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,6(1,0- 4,8)
	Büyük Ebeveyn	2,6(1,7- 5,0)	1,8(1,5- 2,2)	1,9(1,0- 3,4)	1,0(1,0- 1,7)
	p	0,92	0,24	0,37	*0,05
Bebekğin Üçüncü Yıl Bakıcısı	Anne-baba	2,5(1,1- 6,0)	2,2(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,6(1,0- 4,8)
	Büyük Ebeveyn	3,0(1,7- 5,0)	1,7(1,3- 2,2)	2,0(1,0- 3,4)	1,0(1,0- 1,8)
	p	0,49	0,06	0,75	*0,03

*p<0.05

Çalışma kapsamında çalışmaya katılan çocukların anne ve babalarına uygulanan aile değerlendirme ölçeğinden elde edilen sonuçları, çocuklarda kaygı ve kaçınma puanı ortancalarına göre değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların, doldurmuş oldukları YİYE-II orta çocukluk dönemi formları değerlendirilerek, saptanan kaygı ve kaçınma puanlarının ortancalarının annenin doldurmuş olduğu ADÖ'ne göre değerlendirilmesi Tablo 4.16'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Annesi lohusalığında ruhsal sorun yaşamayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,4(1,5- 5,0), 2,0(1,2- 4,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,7(1,0- 6,0), 1,8(1,0- 4,8) olarak, annesi lohusalığında ruhsal sorun yaşayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max) DEHB tanısı olan, DEHB tanısı olmayan gruplarda sırasıyla, 2,6(1,5- 5,0), 2,0(1,3- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,0(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 3,9) olarak, bulunmuştur.

Anne ADÖ problem çözme alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplardasıra sırasıyla 2,5(1,1- 6,0), 1,7(1,3- 2,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,1(1,0- 4,2), 1,8(1,0- 4,8) olarak, anne ADÖ problem çözme alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları (min-

max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,3- 5,6), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 3,9) olarak, saptanmıştır.

Anne ADÖ iletişim alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 3,3(1,8- 4,3), 2,0(1,6- 3,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,9(1,1- 4,2), 1,8(1,0- 4,8) olarak, anne ADÖ iletişim alt ölçeği sağlıklı olmayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,1- 6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 3,9) olarak, saptanmıştır.

Anne ADÖ roller alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 3,5(1,6- 6,0), 1,6(1,3- 3,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,1(1,0- 6,0), 1,8(1,0- 4,8) olarak, anne ADÖ roller alt ölçeği sağlıklı olmayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,1- 5,6), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 3,3) olarak, saptanmıştır.

Anne ADÖ duygusal tepkiverme alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 3,9(1,1- 6,0), 1,6(1,2- 4,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,4(1,6- 6,0), 2,2(1,3- 3,9) olarak, anne ADÖ duygusal tepkiverme alt ölçeği sağlıklı olmayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,3- 5,6), 2,0(1,3- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 4,8) olarak, saptanmıştır.

Anne ADÖ ilgi gösterme alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,8(1,6- 6,0), 2,0(1,2- 4,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,0(1,0- 6,4), 1,6(1,0- 4,8) olarak, anne ADÖ ilgi gösterme alt ölçeği sağlıklı olmayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,1- 5,5), 2,0(1,3- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,7(1,0- 6,2), 1,3(1,0- 2,3) olarak, saptanmıştır.

Anne ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,1- 6,0), 2,0(1,2- 4,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 4,0), 1,6(1,0- 3,3) olarak, anne ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği sağlıklı olmayan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,3- 5,6),

2,0(1,3- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 4,8) olarak, saptanmıştır.

Anne ADÖ genel işlevler alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,7(1,1- 6,0), 1,6(1,2- 3,2) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,4(1,0- 4,2), 1,8(1,0- 4,8) olarak, anne ADÖ genel işlevler alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,3- 5,6), 2,0(1,3- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,3(1,0- 3,9) olarak, saptanmıştır.

Annede roller DEHB teşhisi olan ve olmayan gruplarda kendi içlerinde değerlendirildiğinde, DEHB tanısı olan grupta, çocukta kaygı puan ortancaları sağlıklı olarak değerlendirilenlerde, sağlıklı olarak değerlendirilenlere göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır($p=0.05$) ve Yine annede duygusal tepki verme alt ölçeğinde DEHB tanısı olmayan grupta, kaçınma puan ortancaları, sağlıklı olarak değerlendirilenlerde, sağlıklı olarak değerlendirilenlere göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır($p=0.03$).

DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar kendi içlerinde , anne problem çözme, anne iletişim, anne gereken ilgiyi gösterme, anne davranış kontrolü, anne genel işlevler çocukların kaygı ve kaçınma puanı ortancalarına göre değerlendirildiğinde, hem DEHB tanısı olan ve hem de DEHB tanısı olmayan çocuklardan oluşan grupların kendi içinde karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$). Yine annede roller çocuklardaki kaçınma puan ortancalarına göre hem DEHB tanısı olan hem de olmayan gruplarda kendi içlerinde karşılaştırıldığında, DEHB tanısı olmayan grupta çocuklarda kaygı puanı ortancalarına göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$) ve annede duygusal tepki verme hem DEHB tanısı olan hemde tanısı olmayan gruplarda, çocuklarda kaygı puanı ortancalarının kendi içlerinde karşılaştırılması ve DEHB tanısı olan grupta çocuklarda kaçınma puanı ortancalarının kendi içinde karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$).

Tablo 4.16. Anne ADÖ kullanılarak elde edilen sonuçlarla çocukta kaygı ve kaçınma puanlarının karşılaştırılması.

		Çocukta Kaygı Puanı		Çocukta Kaçınma Puanı	
		DEHB ortanca(min-max)	Tanı Yok ortanca(min-max)	DEHB ortanca(min-max)	Tanı Yok ortanca(min-max)
Anne Problem Çözme	0-2	2,5(1,1- 6,0)	1,7(1,3- 2,2)	2,1(1,0- 4,2)	1,8(1,0- 4,8)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 3,9)
	p	0,77	0,16	0,20	0,19
Anne İletişim	0-2	3,3(1,8- 4,3)	2,0(1,6- 3,2)	1,9(1,1- 4,2)	1,8(1,0- 4,8)
	>2	2,5(1,1- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 3,9)
	p	0,10	0,78	0,66	0,41
Anne Roller	0-2	3,5(1,6- 6,0)	1,6(1,3- 3,2)	2,1(1,0- 6,0)	1,8(1,0- 4,8)
	>2	2,5(1,1- 5,6)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 3,3)
	p	*0,05	0,56	0,39	0,37
Anne Duygusal Tepki Verme	0-2	3,9(1,1- 6,0)	1,6(1,2- 4,8)	2,4(1,6- 6,0)	2,2(1,3- 3,9)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,3- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 4,8)
	p	0,10	0,41	0,14	*0,03
Anne Gereken İlgiyi Gösterme	0-2	2,8(1,6- 6,0)	2,0(1,2- 4,8)	2,0(1,0- 6,4)	1,6(1,0- 4,8)
	>2	2,5(1,1- 5,5)	2,0(1,3- 5,8)	1,7(1,0- 6,2)	1,3(1,0- 2,3)
	p	0,06	0,36	0,52	0,54
Anne Davranış Kontrolü	0-2	2,5(1,1- 6,0)	2,0(1,2- 4,8)	1,8(1,0- 4,0)	1,6(1,0- 3,3)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,3- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 4,8)
	p	0,52	0,94	0,92	0,88
Anne Genel İşlevler	0-2	2,7(1,1- 6,0)	1,6(1,2- 3,2)	2,4(1,0- 4,2)	1,8(1,0- 4,8)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,3- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,3(1,0- 3,9)
	p	0,90	0,27	0,09	0,14

Anne ADÖ: Anne Aile değerlendirme ölçeği, 0-2 Sağlıklı, >2 Sağlıksız *p<0.05

Çalışmaya katılan çocukların, doldurmuş oldukları YİYE-II orta çocukluk dönemi formları değerlendirilerek, saptanan kaygı ve kaçınma puanı ortancalarının babanın doldurmuş olduğu ADÖ'ne göre değerlendirilmesi Tablo 4.17'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Baba ADÖ problem çözme alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,4(1,1- 6,0), 1,7(1,6- 2,0) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,6(1,0- 6,0), 1,0(1,0- 1,8) olarak, baba ADÖ problem çözme alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,3- 5,6), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,9(1,0- 6,4), 1,5(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Baba ADÖ iletişim alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan grupta 3,4(1,3- 4,0) olarak, kaçınma puanı 2,4(1,0- 3,5) olarak, baba ADÖ iletişim alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,1-

6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,4(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Baba ADÖ roller alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 3,5(1,1- 6,0), 1,6(1,3- 3,1) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,1(1,0- 6,0), 1,0(1,0- 3,9) olarak, baba ADÖ roller alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla 2,5(1,3- 5,6), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,6(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Baba ADÖ duygusal tepki verme alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 4,0(1,1- 4,3), 1,6(1,6- 1,6) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 2,6(1,1- 3,5), 1,0(1,0- 1,0) olarak, baba ADÖ duygusal tepki verme alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,3- 6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,5(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Baba ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,1- 6,0), 2,0(1,3- 3,1) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 4,3), 1,3(1,0- 4,8) olarak, baba ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,3- 5,6), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,5(1,0- 3,3) olarak, bulunmuştur.

Baba ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,3(1,5- 6,0), 2,0(1,5- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 3,8), 1,0(1,0- 1,5) olarak, baba ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,6(1,1- 5,6), 2,0(1,2- 4,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,6(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Baba ADÖ genel işlevler alt ölçeği sağlıklı olan, çocukların kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan grupta, 3,5(1,1- 4,0) olarak, kaçınma puanı 2,1(1,0- 3,5) olarak, baba ADÖ genel işlevler alt ölçeği sağlıksız olan, çocukların

kaygı puan ortancaları(min-max), DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda sırasıyla, 2,5(1,3- 6,0), 2,0(1,2- 5,8) olarak, kaçınma puanları sırasıyla, 1,8(1,0- 6,4), 1,4(1,0- 4,8) olarak, bulunmuştur.

Babada roller DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda kendi içlerinde değerlendirildiğinde, DEHB tanısı olan grupta, çocukta kaygı puan ortancaları sağlıklı olarak değerlendirilenlerde, sağlıksız olarak değerlendirilenlere göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır($p=0.03$).

DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar kendi içlerinde , baba problem çözme, baba iletişim, baba duygusal tepki verme, baba gereken ilgiyi gösterme, baba davranış kontrolü, baba genel işlevler çocukların kaygı ve kaçınma puanı ortancalarına göre değerlendirildiğinde, hem DEHB tanısı olan ve hem de DEHB tanısı olmayan çocuklardan oluşan grupların kendi içinde karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$). Yine babada roller çocuklardaki kaçınma puan ortancalarına göre hem DEHB tanısı olan hem de olmayan gruplarda kendi içlerinde karşılaştırıldığında, DEHB tanısı olmayan grupta çocuklarda kaygı puanı ortancalarına göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$).

Tablo 4.17. Babalardan ADÖ kullanılarak elde edilen sonuçların, çocukta kaygı ve kaçınma puanlarının karşılaştırılması.

		Çocukta Kaygı Puanı		Çocukta Kaçınma Puanı	
		DEHB ortanca(min- max)	Tanı Yok ortanca(min- max)	DEHB ortanca(min- max)	Tanı Yok ortanca(min- max)
Baba Problem Çözme	0-2	2,4(1,1- 6,0)	1,7(1,6- 2,0)	1,6(1,0- 6,0)	1,0(1,0- 1,8)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,2- 5,8)	1,9(1,0- 6,4)	1,5(1,0- 4,8)
	p	0,53	0,31	0,98	0,30
Baba İletişim	0-2	3,4(1,3- 4,0)		2,4(1,0- 3,5)	
	>2	2,5(1,1- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,4(1,0- 4,8)
	p	0,42		0,61	
Baba Roller	0-2	3,5(1,1- 6,0)	1,6(1,3- 3,1)	2,1(1,0- 6,0)	1,0(1,0- 3,9)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,6(1,0- 4,8)
	p	*0,03	0,22	0,21	0,28
Baba Duygusal Tepki Verme	0-2	4,0(1,1- 4,3)	1,6(1,6- 1,6)	2,6(1,1- 3,5)	1,0(1,0- 1,0)
	>2	2,5(1,3- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,5(1,0- 4,8)
	p	0,17	0,36	0,29	0,19
Baba Gereken İlgiyi Gösterme	0-2	2,5(1,1- 6,0)	2,0(1,3- 3,1)	1,8(1,0- 4,3)	1,3(1,0- 4,8)
	>2	2,5(1,3- 5,6)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,5(1,0- 3,3)
	p	0,60	0,73	0,83	0,98
Baba Davranış Kontrolü	0-2	2,3(1,5- 6,0)	2,0(1,5- 5,8)	1,8(1,0- 3,8)	1,0(1,0- 1,5)
	>2	2,6(1,1- 5,6)	2,0(1,2- 4,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,6(1,0- 4,8)
	p	0,66	0,70	0,82	0,05
Baba Genel İşlevler	0-2	3,5(1,1- 4,0)		2,1(1,0- 3,5)	
	>2	2,5(1,3- 6,0)	2,0(1,2- 5,8)	1,8(1,0- 6,4)	1,4(1,0- 4,8)
	p	0,75		0,92	

Baba ADÖ: Baba Aile değerlendirme ölçeği, 0-2 Sağlıklı , >2 Sağlıksız *p<0.05

Çalışma kapsamında, çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grubundaki çocukların, anne ve babalarının yaşları ile kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çocuk, anne ve baba yaşlarının kaygı ve kaçınma puanları ile bağıntısına ait bulgular ayrıntılı olarak Tablo 4.18' de verilmiştir.

DEHB grubunda, anne yaşı ve kaçınma puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunmuştur($r=0.19$, $p=0.05$). Çocuk yaşı kontrol grubunda kaçınma puanına göre pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunmuştur($r=0.35$, $p=0.05$).

Çocuk yaşı, DEHB ve kontrol grubunda kaygı puanına göre, DEHB grubunda kaçınma puanına göre, anne yaşı, DEHB ve kontrol grubunda kaygı puanına göre, kontrol grubu kaçınma puanına göre, baba yaşı, DEHB ve kontrol grubunda kaygı puanına göre, DEHB ve kontrol grubunda kaçınma puanına göre pozitif veya negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.18. Çocukların anne ve babalarının yaşlarının, çocukta kaygı ve kaçınma puanlarının bağıntı analizi sonuçları

	Kaygı Puanı		Kaçınma Puanı	
	DEHB	Tanı Yok	DEHB	Tanı Yok
	r;p	r;p	r;p	r;p
Çocuk Yaş	-0,05; 0,61	0,17; 0,36	0,17; 0,09	0,35; *0,05
Anne Yaş	-0,08; 0,42	-0,27; 0,14	0,19; *0,05	-0,13; 0,48
Baba Yaş	-0,09 ; 0,36	-0,34; 0,06	0,18; 0,08	-0,20; 0,26

*p<0.05

Çalışma kapsamında, çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grubundaki çocukların gelişim durumu ile kaygı ve kaçınma puanları arasındaki bağıntı değerlendirilmiştir. Çocukların gelişim durumu ile çocukların kaygı ve kaçınma puanları arasındaki bağıntıya ait bulgular Tablo 4.19’da ayrıntılı bir şekilde verilmiştir. Çocuğun konuşma yaşı gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde, DEHB grubunda, kaçınma puanı ortancasına göre istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir bağıntı saptanmıştır($r= 0.21$ $p=0.04$).

DEHB tanısı olan ve olmayan gruplar kendi içlerinde değerlendirildiğinde , çocuğun sosyal gülümseme yaşı, DEHB ve kontrol grubunda kaygı ve kaçınma puanıyla, çocuğun desteksiz oturma yaşı DEHB ve kontrol grubunda kaygı ve kaçınma puanıyla, çocuğun yürüme yaşı DEHB ve kontrol grubunda, kaygı ve kaçınma puanıyla, çocuğun konuşma yaşı, DEHB ve kontrol grubuna göre, kaygı puanıyla, kontrol grubunda kaçınma puanıyla, çocuğun tuvalet eğitimi yaşı DEHB ve kontrol grubuna göre, kaygı ve kaçınma puanıyla, çocuğun ince motor beceri gelişme yaşı DEHB ve kontrol grubuna göre kaygı ve kaçınma puanıyla, çocuğun okuma- yazma öğrenme yaşı, DEHB ve kontrol grubuna göre, kaygı ve kaçınma puanıyla, çocuğun okula başlama yaşı, DEHB ve kontrol grubuna göre, kaygı ve kaçınma puanıyla arasında pozitif veya negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı elde edilememiştir($p>0.05$).

Tablo 4.19. Çocukların gelişim durumunun, çocukta kaygı ve kaçınma puanlarının bağıntı analizi sonuçları

	Kaygı Puanı		Kaçınma Puanı	
	DEHB	Tanı Yok	DEHB	Tanı Yok
	r;p	r;p	r;p	r;p
Çocuğun Sosyal Gülümseme Yaşı	-0,10; 0,31	-0,01; 0,94	-0,06; 0,55	0,22; 0,24
Çocuğun Desteksiz Oturma Yaşı	0,08; 0,41	-0,23; 0,21	0,04; 0,73	0,13; 0,49
Çocuğun Yürüme Yaşı	-0,02; 0,86	-0,04; 0,82	0,12; 0,24	0,08; 0,67
Çocuğun Konuşma Yaşı	0,06; 0,56	0,20; 0,25	0,21; *0,04	0,16; 0,40
Çocuğun Tuvalet Eğitimi Yaşı	0,12; 0,25	-0,10; 0,60	-0,01; 0,92	0,09; 0,62
Çocuğun İnce Motor becerileri Gelişme Yaşı	0,06; 0,54	0,15; 0,41	0,11; 0,26	0,29; 0,11
Çocuğun Okuma Yazma Öğrenme Yaşı	0,09; 0,37	0,04; 0,83	0,11; 0,29	0,09; 0,62
Çocuğun Okula Başlama Yaşı	-0,01; 0,95	0,17; 0,34	0,07; 0,45	0,19; 0,29

*p<0.05

Çalışma kapsamında, çalışmaya katılan DEHB ve kontrol grubundaki çocukların, anne ve babada kaygı ve kaçınma puanlarıyla çocukta kaygı ve kaçınma puanları arasındaki bağıntıyı gösteren bağıntı analizi sonuçları Tablo 4.20’de ayrıntılı olarak verilmiştir. DEHB tanısı alan ve almayan grupların kendi içinde ayrı ayrı değerlendirilmesi sonucunda, annede kaygı puanı ile DEHB tanılı çocukların kaygı puanı arasında pozitif yönde ($r=0.25$, $p=0.01$), annede kaçınma puanı ile DEHB tanılı çocukların kaygı puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r=0.27$, $p=0.01$).

DEHB tanısı alan ve almayan grupların kendi içinde ayrı ayrı değerlendirilmesi sonucunda, annede kaygı puanıyla, kontrol grubunda çocukta kaygı puanı arasında, DEHB ve kontrol grubunda çocukta kaçınma puanıyla, annede kaçınma puanı arasında, kontrol grubunda çocukta kaygı puanıyla, DEHB ve kontrol grubunda çocukta kaçınma puanı arasında, babada kaygı puanıyla, DEHB ve kontrol gruplarında, çocukta kaygı ve kaçınma puanları arasında, babada kaçınma puanıyla, DEHB ve kontrol gruplarında, kaygı ve kaçınma puanları arasında pozitif veya negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Anne ve babada kaygı ve kaçınma boyutlarının çocuktaki kaygı ve kaçınma puanlarının bağıntı analizi sonuçları

	Çocukta Kaygı Puanı		Çocukta Kaçınma Puanı	
	DEHB	Tanı Yok	DEHB	Tanı Yok
	r;p	r;p	r;p	r;p
Annede Kaygı Puanı	0,25; *0,01	-0,04; 0,83	0,04; 0,68	0,19; 0,31
Annede Kaçınma Puanı	0,27; *0,01	-0,25; 0,17	0,11; 0,26	-0,00; 0,99
Babada Kaygı Puanı	0,11; 0,27	-0,27; 0,13	0,16; 0,11	0,02; 0,82
Babada Kaçınma Puanı	0,01; 0,93	-0,112; 0,52	-0,05; 0,57	-0,00; 0,97

*p<0.05

Çocukta kaygı ve kaçınma puanları için bağımsız risk faktörleri, Tablo 4.21’ de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tüm örnekleme yapılan çoklu lineer regresyon stepwise yöntemine göre son modelde çocukta kaygı puanını arttıran risk etmenleri DEHB tanısının varlığı olarak tespit edildi. Çocukta kaçınma puanını arttıran risk etmenleri ise çocuğun sınıfının yüksekliği, çocukta DEHB tanısı varlığı ve annede duygusal tepki verebilmenin sağlıklı tespit edilmiş olması olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.21. Çocukta kaygı ve kaçınma puanları için risk etmenleri

Değişkenler	Beta	%95 Güven aralığı	p
Çocukta kaygı boyutu			
DEHB tanısı varlığı	0.099	0.037- 0.162	0.002
Katsayı	0.326	0.271 – 0.380	<0.001
Çocukta kaçınma boyutu			
Çocuğun sınıfı	0.075	0.032-0.119	0.001
DEHB tanısı varlığı	0.128	0.050- 0.206	0.001
Annede duygusal tepki verebilmenin sağlıklı olması	-0.151	-0.258- -0.044	0.006
Katsayı	0.313	0.091-0.536	0.006

Çocukta kaygı boyutu için Son model: F= 9.937; p=0.002; R = 0.266

Çocukta kaçınma boyutu için Son model: F=8.174; p=0.000; R = 0.401

5.TARTIŞMA

Bu araştırmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde DEHB tanısı ile takip edilen, yaşları 8- 12 arasında, 100 çocuk ve kontrol grubu olarak seçilen hiçbir ruhsal hastalık tanısı olmayan toplam 32 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Bu DEHB tanılı 100 çocuk ve ergenden 31 tanesi DEHB-B, 38 tanesi DEHB-D, 31 tanesi DEHB-H'dir.

Çalışmaya katılan çocuklardan %37.1 kız, %62.9 erkektir. DEHB tanısı olan çocukların %68'i erkek, %32'si kız olup erkek/kız oranı yaklaşık olarak 2/1'dir. DEHB tanısı almayan grupta erkek ve kız sayısı birbirine eşittir. DEHB tanısı olan kız çocukları arasında, en yüksek kız oranı DEHB-B tipte %41.9, ikinci sırada DEHB-D tipte %31,6 ve en düşük DEHB- H tipte %22,6 saptanmıştır. Yapılan çoğu çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde DEHB'nin erkek cinsiyetinde, kız cinsiyetine göre iki buçuk, üç kat daha sık görüldüğünü göstermiştir(133-135). Çalışmalar kızlarda dikkatsizliğin ve kognitif sorunların, hareketlilik ve davranış sorunlarından daha sık olduğunu öne sürmektedir ve bu bilgi bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur(136). Yine yapılan bir çok çalışma bizim çalışmamızla uyumlu olarak, DEHB dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplere oranla daha sık görüldüğünü; dikkat eksikliği baskın tipi sırasıyla DEHB kombine tip ve DEHB hiperaktivite-impulsivite baskın tipin izlediği saptanmıştır(4). DEHB tanısı alan ve almayan çocukların diğer sosyodemografik özellikleri olarak sorgulanan, çocuğun akademik sınıfı, anne-baba eğitim durumu, anne-baba meslek ve ailelerin gelir durumu birbirine benzer özelliklere sahiptir. Düşük ailesel gelir, anne ve babanın düşük eğitim düzeyi ve geniş aile gibi sosyoekonomik faktörlerle arasında pozitif yönde bir bağlantı daha önceki bazı çalışmalarda saptanmıştır(137-139). Kontrol olgularının bir kısmı DEHB tanısı olan çocukların kardeşlerinden oluşmaktadır, bu nedenle gruplar arasında fark bulunamamış olabilir. Benzer sosyodemografik özelliklere sahip ailelerin çocuklarında yapılan bu çalışma bağlanma ve DEHB ilişkisini daha kolay ortaya çıkaracaktır.

Bu çalışmada DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H alt tiplerindeki ve DEHB tanısı olmayan gruptaki ailelerin yapısal özellikleri sorgulanmıştır. Çalışmaya katılan çocukların ailenin 2. çocuğu olması DEHB-B alt tipinde diğer gruplara göre fazladır ve istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.028$). Anne-babaların evli veya boşanmış olması, ailenin çocuk

sayısı, ailenin göç durumu, ailenin çekirdek veya geniş aile olması durumu açısından tüm gruplar birbirine benzerdi. Bizim çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz sonuçtan farklı olarak, Ghanizadeh(2008) tarafından yapılan bir çalışma doğum sırası ile DEHB arasında bir bağlantı olmadığını ortaya koysada ileri ebeveyn yaşı ile içinde DEHB’inde bulunduğu bazı ruhsal bozukluklar arasında bir bağlantı bulmuştur(140). Ayrıca başka bir çalışma bizim sonuçlarımızla farklı olarak en büyük kardeşlerde, babada madde kullanımı ve/veya duygu durum bozuklukları kadar, DEHB yönünde gözle görülür bir hassasiyet yarattığını bulmuşlardır(141). Ancak Berger ve ark.(2009) yaptığı bir çalışmada doğum sırasıyla DEHB arasında bir korelasyon tespit edememişlerdir(142). Daha önceki bazı çalışmalar, iki ebeveynli ailelerden gelen çocukların, tek ebeveynli çocuklarla kıyaslandıklarında farklı bilişsel, eğitimsel ve davranışsal özellikler gösterdiği ve tek ebeveynlerin ekonomik olarak da daha çok zorlandığı ortaya koymuştur(143, 144). Bizim çalışmamızdan farklı olarak D’Onofrio ve ark.(2005) anne ve baba arasındaki boşanma oranlarıyla çocuklardaki dışsallaştırma bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir(145). Yine diğer bir çalışma DEHB’nin sosyal ve ekonomik dezavantajlarla ilgili belirteçlerle(fakirlik, konut hakkı süresi, gelir, tek ebeveyn, genç annelik) ilgili olduğunu öne sürmüştür(146). Bizim sonuçlarımızdan farklı olarak Johnston ve ark.(2001)’nin gözden geçirme çalışmasında, DEHB’nin değişik derecelerde anne-babanın evlilik başarısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur(147). Batıda yapılan bazı çalışmalar da, çocuklarda DEHB varlığının, değişik derecelerde aile işlevselliği ve anne babanın evliliklerinde bozulmayla ilişkili olduğunu iddia etmiştir(148, 149). Çalışmalarda, daha hafif düzeyde DEHB’si olan çocukların ebeveynlerinin bile klinik olarak sağlıklı gelişen çocukların anne ve babalarına göre daha düşük evlilik başarıları ve aile işlevselliği dile getirdiklerini ortaya koymuştur(150). Harden ve arkadaşları da evlilik anlaşmazlıklarının, çevre faktörü olarak externalizasyon bozuklukları üstündeki etkisini ortaya koymuştur(151, 152). Anne ve babanın evlilik başarısı ile ilgili bilgilerin hem anne ve baba , hem de çocuklardan elde edildiği çalışmalarda da evlilik anlaşmazlığı ile DEHB arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir(152). Anne ve babaların sigara ve/veya alkol kullanım durumları gruplar arasında değerlendirilmiştir. Annenin sigara içip içmemesi ve babanın sigara ve/veya alkol kullanıp kullanmaması sorgulandığında dört grup arasında bir fark

bulunamamıştır($p>0.05$). Çalışmamıza katılan annelerin hiçbiri alkol kullanmamaktadır. DEHB tanısı alan ve almayan grupta sigara kullanan anneler ise hamilelikleri ve lohusalık dönemlerinde sigara kullanmadıklarını beyan etmişlerdir. Hamilelik sırasında anne yaşam stili ve çevresel faktörler, özellikle beyin gelişiminin olduğu kritik dönemde, DEHB için risk oluşturduğu bilinmektedir. Özellikle enfeksiyonlar, ilaç kullanımı, çevresel kirlilik, sigara- alkol kullanımı, esansiyel vitamin ve gıda eksikliği DEHB'ye neden olmaktadır(153-160). Morrison, Stewart ve Cantwell(1972) hiperaktif çocukların, biyolojik ebeveynlerinin, sağlıklı kontrollerin ebeveynlerine göre daha yüksek oranda sosyopati, histeri ve alkolizim gösterdikleri bilinmektedir(161, 162). Bu açıdan anne-babaların tüm gruplarda sigara/alkol kullanımının düşük ve benzer olması ruhsal açıdan benzer özellikleri olduğunun bir göstergesi olabilir ki bizim çalışmamızda anne-babaların ruhsal hastalık varlığı bütün gruplarda bir birine benzer ve düşük oranda saptanmıştır.

Anne ve babayı etkileyen ruhsal travmalar ve ruhsal tedavi öyküsü sorgulandığında babayı etkileyen işsizlik durumu en fazla %50 oranında DEHB-B alt tipindedir ve bu oran diğer gruplardan 1,5-2,5 kat daha fazladır ($p=0.025$). Anneyi ve babayı etkileyen hastalık durumu, anneyi ve babayı etkileyen ölüm varlığı, anneyi etkileyen işsizlik ile ilgili olarak ise gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak yapılan çalışmalarda travma hikayesi olan annelerin çocuklarını korumak için onların üstünde daha çok psikolojik baskı oluşturdukları ve çocuklarının ruhsal hastalık yatkınlığını arttırdıkları üzerinde durulmaktadır(163). Bu konuda genellikle annelerde çocukluk çağı travması olarak annenin, kendi ebeveynleri tarafından ihmale ve istismara uğraması üzerinde durulmuş ve annede ileride depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı yoluyla çocukların DEHB gibi ruhsal hastalıkları üzerinde etkili olabileceklerinden bahsedilmiştir(164). Diğer bir çalışmada ise annenin birinci derecede yakınlarından birisini kaybetmesinin çocukta DEHB oluşma riskini arttırdığı bulunmuş ve annede var olan stresin DEHB için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur(165). DEHB ve ebeveynlerde psikopatolojiyi araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ruhsal bir hastalık tanısı olan annelerin, tanısı olmayan annelere göre hamilelikte daha fazla stres yaşayacakları düşünülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada annelerden öz bildirim ölçeği ile elde edilen stres skorlarının, çocukta DEHB şiddet skorlarıyla korele olduğu ortaya konmuştur(166). Bizim

çalışmamızda annelerin ve babaların geçmişlerinde onları etkileyecek travmalar gruplar arasında benzer oranlardadır ve fark olmaması DEHB gelişimi açısından grupların benzer risklere sahip olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada anne ve babaların çocuk doğmadan önce hamilelikle ilgili düşünceleri ve gebeliğin istenen bir gebelik olup olmaması sorgulandığında, her dört grupta birbirine benzer sonuçlar bulundu ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda diğer çevresel faktörlerle birlikte, istenmeyen hamilelikte, DEHB oluşumu açısından risk faktörüdür.. Anne ve babada DEHB veya başka ruhsal bozukluklar, ailenin sosyoekonomik seviyesinden kaynaklanan yada ebeveyn yaşının genç olması gibi nedenlerle olabileceği ve istenmeyen hamileliğin strese sebep olabileceği hatta annenin stresli olmasından kaynaklanan artmış sigara kullanımı olabileceği ve bunlarında DEHB için risk faktörü olabileceği üzerinde durulmuştur(167, 168). Gruplar arasında fark olmaması DEHB gelişimi açısından grupların benzer risklere sahip olduğunu göstermektedir.

Annenin hamileliğinde ruhsal sıkıntı yaşayıp yaşamaması, gruplar arasında değerlendirildiğinde, her dört grupta birbirine benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır($p>0.05$). Bizim çalışmamızın sonucundan farklı olarak, yapılan bazı çalışmalar, hamilelik döneminde anne stresi ile çocukta dikkat sorunları ve hareketlilik arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde bir ilişki bulmuştur (169). Bununla birlikte hamilelikte yaşanan mutluluk hissinin de neroendokrin sistemi aracılığıyla, prenatal beyin gelişimini arttırdığını savunan çalışmalarda bulunmaktadır(170). Bu sonuç çalışmamızda yer alan DEHB örnekleminde kontrollere göre hamilelikte ruhsal sıkıntı varlığının düşük olması , alkol, sigara kullanım oranlarının düşük ve benzer olması ve ruhsal hastalıklara yönelik ilaç kullananların az ve benzer olması ile de ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, annenin hamileliğinde sağlık sorunu yaşayıp yaşamaması açısından gruplar arasında bir fark yoktur($p>0.05$). Örneklemdaki annelerin büyük bir kısmının (%70,4) hamileliği sürecinde hiçbir sağlık sorunu yaşamadığı bulunmuştur. Yine bütün gruplarda birbirine benzer şekilde en çok görülen sağlık sıkıntısı preeklampsidir ve hamileliğinde preeklampsisi görülme sıklığı DEHB-D tipte (%31,6) ve DEHB-H tipte (%25,8) diğer gruplara göre daha fazladır. Bizim bulgularımızdan farklı olarak, yapılan bir çok çalışma preeklampsisi , annede anemi, düşük serum demir

ve iyot seviyelerinin ve hamilelik sırasında annede abdomen travmalarının DEHB ile ilgili olduğunu göstermiştir(171, 172). Ayrıca, hamilelikte, daha önce kürtaj yaptırmış olmanın, X-ray maruziyetinin, hamilelikte vajinal kanamanın, intrauterin enfeksiyonların, dizanterinin, DEHB oluşumuyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur(171-173). Yapılan bir çalışma ise hamilelikte abdomen travmasının, daha önceki kürtajın, istenmeyen gebeliğin, preeklampsi ve sezeryan doğumun çocuğunda DEHB olan annelerde daha sık görüldüğünü ancak hamilelikte x-ray maruziyetinin, intrauterin enfeksiyonun ve vajinal kanamanın DEHB ile ilintili olmadığını savunmuştur(135). Ayrıca altta immün faktörlerin yer aldığı annede, multiple skleroz, romatoid artrit, astım, hipotiroidi ve tip 1 diyabetin çocukta DEHB ile ilişkili olduğunu savunan bazı çalışmalarda bulunmaktadır(174).

Bu çalışmada çocuğun doğum şeklinin sezeryan olması en fazla DEHB tanısı olmayan grupta %84.4 ve DEHB-B alt tipinde %80.6 oranında olup diğer iki grubun 1,5 katıdır ve bu fark anlamlıdır($p=0.01$). Doğumun olduğu yer, doğum zamanı, doğum esnasında komplikasyon olup olmama durumu, bebeğin kuvözde kalıp kalmama durumu, doğumdan sonra anne bakımının başlama süresi sorgulandığında ise gruplar arasında birbirine benzer sonuçlar elde edilmiştir ($p>0.05$). Ancak, Amiri ve ark. tarafından yapılan çalışmada sezaryanla doğumun DEHB için risk faktörü olduğunu ortaya konmuştur (172). Thaper ve ark. 2013 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, fetusun oksijensiz kalması ve kalp atımlarının zayıflaması gibi doğum sırasında oluşan komplikasyonların DEHB için risk faktörü olduğunu ileri sürmüştür(168). Yine bazı çalışmalarda düşük doğum ağırlığı(173, 175-178), preterm doğum(173, 176, 179-182) ve doğum yaşına göre küçük olmanın(173, 182) artmış DEHB riskiyle ve semptomların şiddetiyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Bir Danimarka ve bir de İsviçre çalışmasında prematür ve düşük doğum ağırlığı ile doğan çocuklarda DEHB'nun daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir(176, 179). Yapılmış bazı çalışmalarda preterm doğmuş çocuklarda dikkat problemlerinin daha yaygın olduğunu göstermiştir(183). Son dönemde yapılan bir Fransız çalışmasında, 5 yaşında 1102 tane, 22-32 haftalık doğmuş çocukta, zamanında doğmuş kontrollere göre 2 misli artmış hiperaktivite ve dikkat problemleri saptanmıştır(184). Yine Stjernqvist ve Sverringsen(2007) 29 haftadan daha sonra doğmuş preterm çocuklarda, daha ılımlı bir dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik risk artışı bulmuştur(185). Doğumdan sonraki çok

erken dönemde yaşanan psikososyal olumsuzlukların, çocukta DEHB riskini arttırdığını savunan bazı çalışmalar bulunmaktadır(186). Merz- McCall(2010) ve McLaughlin(2010) yapmış oldukları çalışmada çok erken kurum bakımıyla, DEHB semptomları arasında bir korelasyon saptamıştır(187, 188). Bu sonuç daha önceki çalışmaların bulgularıyla da örtüşmektedir(189). Bu çalışmadaki doğum öncesi ve sonrasına ait risk faktörlerinin gruplar arasında benzer olması da DEHB gelişimi açısından benzer doğumsal risklere sahip olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan çocukların yeni doğum döneminde karşılaşmış oldukları problemler gruplar arasında karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$). Bütün örnekleme, çocukların büyük bir kısmının doğumdan hemen sonra herhangi bir sorunla karşılaşmadığı %76,5 yine DEHB tanısı olmayan grupta %15,6, DEHB-B tipte %22,5, DEHB-D tipte %7,8, DEHB-H tipte %25,8 en fazla görülen sağlık probleminin yenidoğan sarılığı olduğu saptanmıştır. Ayrıca diğer sağlık problemleriyle ilgili sonuçlarda her dört grupta da birbirine benzer olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, bazı çalışmalarda ilk 5 dakika da düşük Apgar skoru, yoğun bakım başvurusu, respiratuar distres sendromu, doğumda ters gelme, düşük plasental ağırlık ve umbilikal kord anomalileri, intrauterin yetersiz beslenme, düşük doğum ağırlığı, DEHB semptomlarıyla ilişkili olarak saptanmıştır(190-193). Ayrıca çocuklarda doğum sonrası risk faktörleri olarak kızamıkçık, suçiçeği, kızamık gibi enfeksiyonların DEHB riskini arttırdığı üzerinde durulmuştur(194, 195). Ek olarak anne sütü, erken çocuklukta kafa travması, beyin iltihabı ve endokrin bozukluklar bazı çalışmalarda DEHB gelişiminde risk faktörleri olarak ortaya konmuştur(194, 195). Yapılan çalışmalarda serebral palsy tek başına term doğan çocuklarda DEHB riskini arttıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir ancak preterm infantlarda bir risk faktörü olabileceği iddia edilmiştir(196). DEHB hakkında yapılmış sadece 3 çalışma hiperbilirubinemi ile arasında doğrusal bir ilişki bulmuştur(197, 198). Fototerapi ve kan değişimi gibi tedavilerle DEHB için riskin araştırıldığı bir çalışmada, fototerapi tedavisi gören ve tedavi süresi uzun olan çocuklarda DEHB riski artmış bulunmuştur(199).

Bu çalışmada çocukların doğum sonrası özellikleri karşılaştırılmıştır. DEHB-H alt tipinde, İkinci yıl%19.4, üçüncü yıl%16.1 ve üçüncü yıldan sonra%19.4 çocuğun temel bakım vereni büyük ebeveynlerdir ve bu oran diğer gruplardan anlamlı olarak

yüksektir($p=0.036, 0.027, 0.009$). Annenin lohusalık döneminde ruhsal sorun yaşıyıp yaşamaması, birinci yıl çocuğun temel bakım vereninin kim olduğu sorgulandığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir($p>0.05$). Annenin lohusalığında ruhsal problem yaşıyıp yaşamamasının değerlendirilmesi gruplar arasında birbirine benzerdir. Şimdiye kadar sadece büyük ebeveynlerden oluşan ailelerle yapılan çalışmaların büyük bir kısmı çocukların sağlığından çok büyük ebeveynlerin sağlığına odaklanmıştır. Bu çalışmaların sonucunda bizim çalışmamızın sonucuna benzer şekilde, büyük ebeveynleri tarafından yetiştirilen çocukların, büyük ebeveynleri tarafından yetiştirilmeyenlere göre daha az ruhsal ve bedensel sağlık problemleri yaşadıkları öne sürülmüştür(200). Çocukların bebekliğinde yaşamış olduğu problemler tüm örnekleimde sorgulandığında, bebeğin gaz problemi, ağlama krizleri, beslenme sorunları ve uyku problemleri varlığı veya yokluğunun karşılaştırılması benzerdir($p>0.05$). Her dört grupta çocukların yarısına yakınının bebekliğinde problem yaşamamış olduğu, 1/5 oranında ise çoklu problem yaşamamanın ise ikinci sıklıkta görüldüğü bulunmuştur. Bazı çalışmalar, çocukluk DEHB'si ile ilişkili semptomlarla, prenatal dönemde ve çocuğun büyüme aşamasında olumsuz beslenme faktörleri arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür(201). Bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, Owens ve ark.(2000) yaptıkları çalışmada DEHB olan çocuklarda uykuda bozuk solunum sorunlarında ve horlamada artış olduğunu göstermiştir(202). Ayrıca DEHB semptomlarının şiddeti ile REM dönemi uykusu bölünmesi arasında doğrusal bir ilişki olduğunu ileri süren çalışmalarda vardır(203-205). Yine DEHB olan çocukların aileleri tarafından huzursuz uyku paterni de bildirilmektedir(206, 207). Bazı çalışmalarda ise DEHB olan çocuklarda uyku ile ilişkili hareket bozuklukları bildirilmektedir(208).

Çalışmamızda çocuğun kaza, ameliyet geçirmesi ve hastanede uzun süre(bir aydan uzun) kalması değerlendirilmiştir. Hastanede uzun süreli kalma en fazla DEHB-D alt tipinde bulunmuştur ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.029$). Çocuğun kaza veya ameliyat geçirip geçirmeme durumu ise bütün gruplarda birbirine benzerdir. Çocuğun bir aydan uzun süreyle hastanede kalması ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Ancak, yaşamının çok erken dönemlerinde bakım merkezlerinde kalan çocuklarla yapılmış iki farklı çalışmanın sonucunda, bizim çalışmamızın bulgularına benzer olarak hayatın

çok erken dönemlerinde yaşanan bakım yetersizliğinin çocukta dikkatsizlik-hiperaktivite üzerine net etkileri olduğu öne sürülmüştür(20). DEHB tanılı çocuklar kazalara yatkındır. Ancak kontrol grubu ile bu açıdan bir fark bulunamamıştır. DEHB-D tipte ise uzun süreli hastane yatışı DEHB ile ilişkili değil genel tıbbi durumlara bağlı olabilir.

Tüm çalışma popülasyonunda çocuğun nöromotor gelişimi sorgulanmıştır. Çocuğun sosyal gülümseme yaşı DEHB alt tiplerinin hepsinde 3ay olup, DEHB tanısı olmayan gruptan 2 ay daha uzun bir süredir ($p=0.03$). DEHB tanısı olmayan grupta, çocuğun konuşmaya başlama yaşı 14ay olup, diğer gruplardan 2 ay fazladır. Çocuğun desteksiz oturma yaşı, çocuğun yürüme yaşı, çocuğun tuvalet eğitimi yaşı, çocuğun ince motor beceri gelişim yaşı, çocuğun okuma yazma öğrenme yaşı ve çocuğun okula başlama yaşının gruplar arası karşılaştırılmasında ise bir birine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda, DEHB, bilişsel bozulmalarla ilişkilendirilmekle birlikte, DEHB'ye özel bir bilişsel bozulma tanımlanmamıştır(209, 210). Yine yapılan bazı çalışmalar, DEHB olan çocukların, normal gelişimi olan çocuklara göre motor performanslarında daha fazla zorluklar yaşadıklarını ileri sürmüştür(211-213). Goulardins ve ark.(2013), DEHB olan çocukların motor gelişim yaşları ile kronolojik yaşları arasında bir gecikme saptamışlardır(212). Shaw ve ark.(2007) bu gecikmenin prefrontal bölgelerdeki kortikal gecikmeden kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir(214). Bu çalışmada tüm grupların benzer nöromotor gelişime sahip olması, çalışmaya çocuğun gelişimini ve işlevselliğini bozan, süregelen fiziksel ve/veya nörolojik bir hastalığa sahip olan çocukların dahil edilmemesi ile ilişkili olup bağlanmayı etkileyen karıştırıcı faktörler çalışma dışında bırakılmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada, anne ve babalara aile işlevselliklerinin değerlendirilmesi amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. ADÖ'nün hem annede hemde babada her dört grupta değerlendirilmesi sonucunda, problem çözme, iletişim, duygusal tepkiverebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler ve roller alt ölçeklerinden elde edilen sonuçlar birbirine benzer olarak saptanmıştır. Problemlerini beraberce çözebilen, duygusal bağlılığı ve cevap verebilirliği olan, diğerlerinin özgürlüğünü kısıtlamadan onlarla ilgilenebilen, aile içindeki rolleri adil bir şekilde üstlenebilen aralarında açık ve rahat bir iletişim bulunan aileler işlevselliği yüksek aileler olarak nitelendirilmektedir. İşlevselliği yüksek olan ailelerde yetişen

çocukların sağlıklı bireyler olarak yetiştiğine yönelik bir çok çalışma sonucu mevcuttur(215). Yapılan bazı çalışmalar bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, aile işlevselliğinin, farklı ruhsal hastalıklara yol açabileceğini göstermiştir(216-218). Yapılan çalışmalar bozuk aile işlevselliğinin erkek çocuklarında daha çok dışa yönelim sorunlarına, kız çocuklarında ise daha çok içe yönelim sorunlarına sebep olduğunu öne sürmektedir(101). Yine bazı çalışmalar DEHB olan çocukların ailelerinde normal olmayan işlevselliğin olduğunu ileri sürmüştür(219). Ayrıca DEHB olan çocukların ailelerinde kendine güveni de zedeleyen entelektüel ve duygusal eksiklikler olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur(220, 221). Bu çalışmada DEHB tüm alt tiplerinde ve sağlıklı kontrollerde aile işlevselliğinde bir farklılık bulunamaması grupların benzer demografik, ruhsal, çevresel özelliklere sahip olduğunu gösteren bir bulgu olabilir.

Bu çalışmada 'Yakın İlişkilerde yaşam Envanteri' uygulanan çocuklardaki kaygı puanları DEHB alt tiplerinin hepsinde DEHB tanısı olmayan gruptan daha yüksektir ve bu fark anlamlıdır ($p=0.002$). Çocukta kaçınma puanı, annede kaygı ve kaçınma puanı, babada kaygı ve kaçınma puanları ise tüm gruplarda birbirine benzerdir. Bizim bilgilerimize göre ülkemizde DEHB alt tipleri ile çocuk ve ebeveynlerde kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma yoktur. Ancak bağlanma bozukluklarının en çok görüldüğü grup olan, yurt çocuklarında yapılan, evlat edinme çalışmalarında, 6 aylıktan daha büyükken evlat edinilen çocuklarda dikkatsizlik-hiperaktivite semptomlarının daha sık gözlemlendiği saptanmıştır. Duygularını kontrol etme güçlüğü, içsel düzenleme zorluğu ve değişken duygudurum bir çok araştırmacı tarafından DEHB'nin temel semptomlarından biri olarak kabul edilmiştir ve bazı çalışmalarda güvenli olmayan bağlanmanın DEHB'ye özgü bir yatkınlık oluşturabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmaların sonucunda özellikle ketlenmemiş tip bağlanma bozukluğu ile DEHB arasında ayırıcı tanı yapmanın zorluğu bildirilmiştir(222). Bu çalışma Yakın ilişkilerde yaşam Envanterinin DEHB alan ve almayan çocuklarda uygulandığı ilk tez çalışması olması açısından elde edilen sonuçlar oldukça önemlidir. DEHB alt tiplerinin tümünde çocuklarda kaygı puanları yüksektir ve bu ebeveyn-çocuk bağlanması açısından çocuğa ait bağlanmayı olumsuz etkileyebilecek bir faktördür.

Çalışmamızda, çocuğun doğum sonrası özelliklerine göre DEHB teşhisi alan ve almayan gruplarda çocuklarda kaygı ve kaçınma puanı ortancalarının ayrı ayrı karşılaştırılması yapılmıştır. DEHB tanısı olmayan grupta çocukta kaçınma puanı bebeğin birinci yıl, ikinci yıl ve üçüncü yıl bakıcısı anne-baba olanlarda temel bakıcısı büyük ebeveyn olanlardan daha yüksektir ve anlamlıdır($p<0.05$). Annenin lohusalığında ruhsal sorun yaşıyıp yaşamama durumuna, annenin lohusalığında yanında birinin kalıp kalmama durumuna göre, gruplar kendi içinde ayrı ayrı değerlendirildiğinde kaygı ve kaçınma puanı ortancaları bir birine benzer bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0.05$). Bebeğin birinci, ikinci ve üçüncü yıl temel bakıcısının kim olduğuna göre DEHB tanısı olan grupta çocukta kaygı ve kaçınma puanları ve DEHB tanısı olmayan grupta çocukta kaygı puanları yine bir birine benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır($p>0.05$). Yapılan bir çok çalışma, insan hayatının ilk 3 yılında kişinin bağlanma biçiminin belirgin olarak geliştiğini göstermektedir(223). ABD.'de yapılan bir çalışma, büyük ebeveynlerinin yanında büyüyen çocuklarda, doğru iletişim ve güvenli bağlanma biçimi geliştirme konusunda, kendi anne ve babasıyla yaşayan çocuklara göre daha çok sorun yaşadıklarını öne sürmüştür(224). Pigatti (2004) yapmış olduğu çalışmada büyük ebeveynleriyle yaşayan çocukların daha çok suçluluk ve yetersizlik duyguları hissettiklerini ve umutsuzluğa daha çabuk kapıldıklarını bulmuştur(225). Yine Giarrusso ve ark.(2000) yapmış oldukları çalışmada, büyük ebeveynlerle büyüyen çocukların tutarsız tutumlarla karşı karşıya kalabildiklerini ve ilişki kurarken problemler yaşayabildiklerini ileri sürmüşlerdir(226). Bu durmunun aksine, Hindistanlı, müslüman ve Çinli büyük ebeveynlerin çocuklara daha rahat ve güvenli bir çevre sağlayabildikleri iddia edilmektedir ve bu durumu kültürel etmenlere ve bu ülkelerdeki sıkı aile bağlantılarına bağlanmaktadır(227). Bizim çalışmamızın sonuçları da benzer sıkı aile ilişkilerinden, büyük ebeveynlerin torunlara verdiği kültürel yüksek önemden ve çocukların büyütülmesinde ve yetiştirilmesinde aktif rol almalarından kaynaklanıyor olabilir. Özellikle çocuklarını yetiştirirken anne-babalar, büyük ebeveynlerden daha kuralcı, otoriter ve daha az hoşgörülü tutumlar sergileyebilmekte, bu durum çocukta bağlanma açısından daha fazla kaçınma davranışına neden oluyor olabilir.

Anne ve babanın aile işlevsellikleri DEHB tanısı alan ve almayan gruplarda çocukta kaygı ve kaçınma puanı ortancaları gruplar arasında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Annelerde aile işlevselliğine ait roller, duygusal tepki verebilme alt ölçekleri sağlıklı ve DEHB tanısı olan grupta, çocukta kaygı puanları alt ölçekleri, sağlıklı olan gruba göre daha yüksektir ve anlamlı bulunmuştur($p=0.05$), Yine anne de duygusal tepki verme alt ölçeği sağlıklı ve DEHB tanısı olmayan grupta ise çocukta kaygı puanları sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.03$). Babalarda aile işlevselliğine ait roller alt ölçeği sağlıklı ve DEHB tanısı olan grupta, çocukta kaygı puanları sağlıklı olmasına göre daha yüksektir ve anlamlıdır($p=0.03$). Yine kontrol grubunda baba davranış kontrolü alt ölçeğinin sağlıklı olanlarda, çocukta kaçınma puanı sağlıklı olanlara göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.05$). Anne-babada diğer alt ölçeklere göre çocukta kaygı ve kaçınma puanları DEHB tanısı alan ve almayan gruplarda bir birine benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır($p>0.05$). Araştırmalarda, problemlerini beraberce çözebilen ve duygusal bağlılığı olan, diğerinin özgürlüğünü kısıtlamadan onunla ilgilenebilen, aile içindeki rolleri adil bir şekilde üstlenebilen aralarında açık ve rahat bir iletişim bulunan aileler işlevselliği yüksek aileler olarak nitelendirilmektedir ve işlevselliği yüksek olan ailelerde yetişen çocukların daha sağlıklı bireyler olarak yetiştiğine yönelik çalışma sonuçları mevcuttur (215). Bu çalışmada DEHB tanısı alan ve almayan tüm gruplarda aile işlevselliği alt boyutlarında sağlıklılık oranları %80-90 oranlarda olup buna rağmen bağlanmaya ait kaçınma ve kaygı düzeylerinde yaygın bir farklılık bulunamamıştır. Aile işlevselliği düşük olan ailelerde bağlanmanın sağlıklı gelişeceğini söylemek güç değildir (109)109,274). DEHB tanısı alan çocuklarda eğer aile sorunları etiyolojik neden değilse aile işlevselliği ve dolayısıyla bağlanma olumsuz etkilenmeyecektir. Tam tersine aile işlevselliği sağlıklı olan ailelerin DEHB tanılı çocuklarında DEHB belirtilerinin kontrolü ve yönetilmesi açısından olumlu bir durum oluşturacaktır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla aile işlevselliği ve bağlanma arasındaki ilişkiyi açıklamak oldukça zordur. Bu örneklem sayısının yetersiz olması yada kontrol grubunu oluşturan çocukların DEHB tanılı çocukların kardeşleri olması nedeniyle kontrol grubundaki aile işlevsellik düzeylerinin aynı olmasını ve farklılık oluşturmamasını açıklayabilir. Aile işlevselliği bozukluklarının, çocukların sosyal yeterliliklerinde ve akranlarıyla

ilişki kurma stillerinde bozulmaya yol açtığını gösteren çalışmalarda mevcuttur(228). Benzer şekilde, başka bir çalışmada ise, çocukların anne ve babalarıyla olan ilişkilerine attettikleri olumsuz temsillerin, akranlarına yönelik sergiledikleri agresif davranışlar ve olumsuz akran ilişkileriyle bağlantılı bulunmuştur(229). Çalışmalara göre çocuklar, genellikle annelerine daha çok yakınlık duymakta, onlarla daha fazla baş başa zaman geçirmeyi istemekte ve duygusal konular ve sorunları hakkında onlarla konuşurken kendilerini daha rahat hissetmektedirler. Bunun sonucu olarak anneler, babalara göre çocuklarının yaşamlarıyla daha fazla ilgilenebilmektedirler. Babalar ise ender olarak destek ve rehberlik(erkek ya da kız arkadaşla yaşanan sorun gibi) amacıyla akla gelen, ama daha çok nesnel bilgi (ev ödevlerine yardım gibi) almak üzere başvuru alan görece uzak otorite figürleri olarak algılanmaktadırlar(230). Dolayısıyla, çocuklar ve anneleri arasındaki ilişkilerin genellikle duygusal açıdan daha yoğun olduğu ve bu yoğunluğun kendisini hem olumlu hem de olumsuz biçimlerde gösterebileceği söylenmektedir(231). Grossmann (1993) ebeveynsel empatinin sabitliğinin önemini belirtmiştir ve ebeveynlerin bağlanması, çocukların bağlanmasını etkilediğini bildirmiştir. Çocuğun ebeveynlerin davranışlarını içselleştirdiğini(içsel çalışma modeli) ve ilk deneyimlerini genelleştirdiğini söylemiştir. Ebeveyn- çocuk bağlanmasının, kaçınan veya kararsız olabileceğini ve çocuğun gelişimini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceğini iddia etmiştir(232). Aile üyeleri, aile içi ilişkiler kapsamında, temel ve değişmez olan barınma, koruma, yiyecek temin etme gibi belli görevleri içeren rolleri gerçekleştirmekle yükümlü olarak nitelenmektedir. Bir kişinin ailesini, onun en yakın psikososyal alanında yer alan insan ağı olarak düşünmek uygun görülmektedir(233). Aile içi ilişkilerin yapısı, ailenin işlevlerini sağlıklı biçimde yerine getirip getirmediği konusunda önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Bu ilişkiler aile içi rollerde, norm ve değerlere bağlı olarak davranışların kontrol edilme biçiminde ortaya çıktığı bildirilmektedir(234). İşlevsel aileler, aile içi rollerini ve bu rollere ilişkin görevlerini yerine getirebilmekte, belli problemlerle karşılaştıklarında, bunları tespit edip, alternatif çözüm yolları üreterek en uygun çözüm yolunu harekete geçirebilmekte, aile içi iletişimi sağlamak üzere açık ve doğrudan bir bilgi paylaşımını gerçekleştirebilmekte, mutluluk, üzüntü, korku, sevgi gibi çeşitli duygularını birbirlerine açıkça ifade edebilmekte ve aynı zamanda birbirlerine de gerekli ilgiyi göstererek duygusal bir bağ kurabilmektedirler (235).

Yaşları büyüdükçe çocuklar, kişilerin çok sayıda sosyal role bir arada sahip olabileceğini düşünebilmekte, bu sayede anne ve babalarını hem kendilerinin ebeveyni hem de birbirlerinin eşi olarak kabullenebilmektedirler(236). Rol alma evresinde çocuk seçtiği rolleri öğrenmekte ve deneyimlemekte ve oyun aşamasında ise oyundaki sosyal kişilere ilişkin daha karmaşık kuralları öğrenebilmektedir(236, 237). Davranış kontrolü; aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Ebeveynlerin bireysel özellikleri kapsamında yapılan bir meta analizi çalışmasında Prinzie ve ark.(2009), ebeveyn kişilik özellikleri ile seçilen anababalık tarzı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Beş faktör kişilik özelliği dikkate alınarak yapılan bu tarama çalışmasında ebeveynlerin yüksek düzeylerde dışadönük, uyumlu, deneyime açık ve duygusal bakımdan dengeli olmaları ile anababalık tutumu olarak duygusal sıcaklık ve davranış kontrol arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve bununla çocuğun kişilik oluşumu, bağlanma güvenliği ve özgüvenine katkıları olduğunu ortaya koymuşlardır(238).

Bu çalışmada, anne yaşı, baba yaşı ve çocuğun yaşına göre DEHB tanısı alan ve almayan gruplarda, çocukta kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sadece çocuğun yaşıyla, DEHB tanısı almayan grupta çocukta kaçınma puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hamilton (2000) yaptığı çalışmada bebeklik döneminde oluşan bağlanma biçimlerinin ergenlik döneminde farklılaşıp farklılaşmadığını ve farklılaşma varsa bunun nedenlerini araştırmıştır. 30 kişinin katıldığı çalışmanın sonucunda yaşamın ilk yıllarında oluşan bağlanma biçiminin ergenlik dönemine aktarıldığını ortaya koymuştur. Hamilton, bağlanma biçiminde meydana gelen farklılıkların olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklandığını belirtmiştir(239). Çok sayıda çalışma ergenlikte güvenli bağlanmanın çok sayıda olumlu sonuçla (örn: yüksek özsaygı, arkadaşlar arasında popülerlik, özyeterlik, ilişkilerde istikrar vb.) ilişkili olduğunu ve olumsuz sonuçlardan da (örn: ergenlik depresyonu, yalnızlık, suça yönelim vb.) ergenleri koruduğunu göstermiştir(113). Bu çalışmada çocuk yaşı, DEHB ve bağlanma ile ilgili sonuçların daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için daha büyük örneklemelere gereksinim vardır.

DEHB tanısı alan ve almayan gruplarda, çocukların psikomotor gelişim durumu ile çocuklarda kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. DEHB tanısı alan grupta, çocuğun konuşma yaşıyla, çocukta kaçınma puanları

arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. DEHB teşhisi olan ve olmayan gruplarda, çocuğun sosyal gülümseme, çocuğun desteksiz oturma, çocuğun yürüme, çocuğun tuvalet eğitimi, çocuğun ince motor beceri gelişim, çocuğun okuma yazma öğrenme yaşıyla çocukta kaygı ve kaçınma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$). Bebeğin psikomotor gelişiminde var olan aksamalar bebek-anne ilişkisini dolayısıyla bağlanmayı olumsuz etkileyebilir. Yaşamın ilk üç yılında çocuk ve temel bakım veren arasındaki ilişkinin sağlıklılığının beyindeki bağlanmayla ilgili bölgelerin gelişimini etkilemekle beraber çocuğun psikomotor gelişimiyle ilgili bölgelerin gelişimini de etkilediğine dair pek çok çalışma yapılmıştır(240). Yine bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, çocukta bağlanmayla ilgili sorunlarla, anneyle sözel iletişim eksikliğinden kaynaklanan konuşma gecikmesi ve kekemelikle olan ilişkisini ortaya koyan çalışmalar da yapılmıştır(241).

DEHB tanısı olan ve olmayan gruplarda, anne-babada kaygı ve kaçınma puanlarıyla çocukta kaygı ve kaçınma puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde , DEHB tanısı alan grupta, anne de hem kaygı hem de kaçınma puanlarıyla çocukta kaygı puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.25-0.27$, $p=0.01$). Yani DEHB tanılı çocuklarda annede kaygı ve kaçınma arttığında çocuktada kaçınma artmaktadır. Bu durum çocuk ve annenin ilişkisinde birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olabilir, ve bağlanma ilişkisi olumsuz yönde etkilenir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, şimdiye kadar yapılmış bir çok çalışma, çocuğun mizaç özelliklerinin önemli olmakla birlikte, çocuğun bağlanma stiline ebeveyn, özellikle temel bakım verenin(çoğunlukla anne) bağlanma biçiminden çok büyük oranda etkilendiğini öne sürmüştür(242). Anne ve babalarında kaygılı ve kaçınan bağlanma örüntüsü olan DEHB tanılı çocuklarda, hem hastalığın kendi doğası gereği hem de annenin bağlanma biçiminin çocukta tarafından taklit edilmesi nedeniyle daha problemlili bir bağlanma örüntüsü gelişecektir. Bu durum DEHB tedavisinde ebeveynlerin özellikle çocukla doğru iletişim kurma ve davranış kontrolü açısından çocuk-anne/baba etkileşiminin desteklenerek tedaviye dahil edilmelerinin gerekliliğini gösteren bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada, tüm örnekleme yapılan çoklu lineer regresyon stepwise yöntemi son modelde çocukta kaygı puanını arttıran risk etmenleri, DEHB tanısının varlığı, çocukta kaçınma puanını arttıran risk etmenleri ise çocuğun sınıfının

yüksekliği, çocukta DEHB tanısı varlığı ve annede duygusal tepki verebilmenin sağlıklı olması olarak tespit edilmiştir. Kaygı puanı, yakın ilişkide terk edilmeye karşı oluşan duyarlılık sonrası yaşanan, bağlanma kaygısını; kaçınma puanı ise başkalarıyla karşılıklı yakınlık kurmaktan duyulan rahatsızlık sonucu oluşan, huzursuzluğu tanımlamaktadır(243). Daha önceki çalışmalardan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde kaygı puanı ile benlik temsiline, kaçınma puanı ile de başkaları temsiline ilişkili olduğu öne sürülmektedir(243, 244). Bazı çalışmaların sonuçları DEHB semptomlarının özellikle dezorganize bağlanma biçimindeki semptomlarla, uyumlu olduğunu göstermektedir(245-249). Ancak diğer bazı çalışmalarda da infantlardaki dezorganize bağlanmayla, sonraki çocukluk çağı DEHB olguları arasında bir ilişki bulunamamıştır (248). Araştırmalar, DEHB ile güvensiz bağlanma arasındaki ilişkiye, çevresel (ebeveynlerle ve diğer aile üyeleri ile ilişkiler) ve kalıtsal (DRD4 polimorfizmi) etmenlerin aracılık edebileceğini öne sürmektedirler(250-253). DEHB'nin alt tiplerinin de değerlendirilmiş olduğu bir çalışmada, DEHB-B ve DEHB-H tiplerdeki çocuklarda dikkat DEHB-D tipe göre kaygılı ve kaçınan bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(254). Başka bir çalışmada yine DEHB li grubun güvensiz bağlanma puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur(255). DEHB'li çocuklarda, aşırı kontrolcü ya da müsaade edici ebeveynlik gibi ebeveynlerindeki yetersizliklerin, çocuğun kendini düzenlemesindeki zorlukları arttırabildiği ve güvensiz bağlanma biçimine yol açabileceği gösterilmiştir(254). DEHB olan erişkinlerde yapılan bir çalışma da, DEHB grubunda hiperaktivite/ dürtüsellik puanları ile kaygılı bağlanma, huzursuzluk hissi, düşük benlik saygısı, kendine güvensizlik vb.DEHB ile ilişkili özellik puanları ile kaçınan bağlanma arasında pozitif ilişki olabileceği ortaya konmuştur(256). Yine ülkemizde Güngör (2000) tarafından yapılan bir çalışmada., DEHB tanısı alanlarda kaygı ve kaçınma puanları kontrollere göre daha yüksek bulmuştur(257). Farklı yaş gruplarında yapılmış olan bu çalışmalarda DEHB tanısı ile güvensiz bağlanma arasında bir korelasyon saptanması, DEHB ile güvensiz bağlanma arasında ilişki olabileceği düşüncesini güçlendirmektedir(19, 248, 250, 254, 255). Yapılan bazı çalışmalar bizim sonuçlarımızla benzer olarak, DEHB olan çocukların ailelerinde normal olmayan işlevsellikler saptanmıştır(219). DEHB olan çocukların ailelerinde kendine güveni de zedeleyen entellektüel ve duygusal eksiklikler rapor edilmiştir(220, 221). Duygusal

tepki verebilme aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguların yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumlarda ifade edilmektedir(258). Aile içinde duygusal tepki gösterme ile çocukların sosyal yeterlilikleri arasındaki ilişkileri inceleyen Boyum ve ark.(1995), anne ve babaların duygularını daha rahat ifade edebilen ailelerde yetişen çocukların öğretmenleri tarafından sosyal açıdan daha yeterli bulundukları görülmüştür. Bu çocuklar yaşlılarıyla daha olumlu ilişkiler geliştirirken tam tersi durumda çocukların ilişki kurmak konusunda kaçınma davranışı gösterdikleri ortaya konmuştur(259). Bu çalışmada DEHB için kaygılı çocuk-ebeveyn bağlanmasının bir öngördürücü olması aile ilişkileri sağlıklı olanlarda DEHB belirtilerinin daha düşük seviyede olacağını öngörmemizi kolaylaştırmaktadır.

Ergenlik dönemine girmenin yada akademik sınıfta artışın özellikle bağlanmanın kaygı ve kaçınma puanlarıyla arasındaki ilişkiyle ilgili bir çalışma bulunamamıştır. Çocukların, ergenlik dönemini idare edişlerinde ebeveynlerin çok az rolü olduğunu ve bu dönemin adölesan için gidişini yaşlıların daha çok etkilediğini öne süren bazı çalışmalar olmakla birlikte tam tersi şekilde, bu dönemin gidişatında adölesan-ebeveyn bağlanmasının çok önemli olduğuna dair kanıtların giderek arttığını öne süren çalışmalarda mevcuttur(260). Bu görüşü savunan araştırmacılar, yetişkinliğe geçişte ve otonomi kazanımında ebeveynlerle güvenli bağlanmanın oluşumunu ve duygusal bağın devamını bir gereklilik olarak öne sürmektedirler(261). Klinik olmayan örneklem üzerinde yapılmış bazı çalışmalar, güvenli bağlanmış ergenlerin aşırı alkol kullanımını, yasadışı madde kullanımını, riskli cinsel davranışları daha az gösterdiklerini öne sürmüştür. Yine güvenli bağlanmış ergenlerin ruhsal hastalıklara daha az yakalandıklarını ve öfke problemlerini daha az yaşadıklarını ileri süren çalışmalarda mevcuttur(262). Ayrıca güvenli bağlanmış ergenlerde kiloyla ilgili problemlerin daha az olduğunu, baş etme yöntemlerini daha kolay öğrendiklerini, kaygılarının daha düşük olduğunu, sosyal ilişkilerinin daha düzenli olduğunu, sosyal geri çekilmeye başvurmadıklarını, okul hayatında daha başarılı olduklarını, doğru ilişkiler kurabildiklerini, öne süren bazı çalışmalarda vardır(260). Yine klinik örneklem çalışmaları da intihar davranışının, öfke kontrolüyle ilgili problemlerin ve yasa dışı madde kullanımının güvensiz bağlanan ergenlerde daha sık görüldüğünü öne

sürmüştür(263).Bu çalışmada sınıf büyüdükçe kaygı ve kaçınma puanlarının artması bireyselleşen ergenin daha fazla sorunla karşılaşması sonucunda kaygılarının artması ve daha çok kaçınması/ içine kapanmasından kaynaklanıyor olabilir.

DEHB genetik yönü kanıtlanmış ama çevresel faktörlerin de içinde bulunduğu çoklu faktörlere bağlı bir etyolojiye sahip çocuk psikiyatri polikliniklerinde en çok görülen ruhsal bozukluklarından bir tanesidir. Bizim bilgilerimize göre ülkemizde ve dünyada DEHB ve bağlanma biçimleriyle ilgili birçok çalışma olmasına rağmen Brenning ve ark tarafından geliştirilen çocuklarda bağlanmayı sorgulamak için geliştirilen Yakın İlişkilerde yaşam Envanteri-II kullanılarak kaygı ve kaçınma puanlarının değerlendirildiği bir çalışma bulunamamıştır. DEHB'yle bağlanma biçimlerinin yanında bağlanmanın kaygı ve kaçınma düzeyleriyle ilgili çalışmaların artırılmasının, bu çalışmaların sonuçları doğrultusunda, alanda var olan bilgilerin çoğaltmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmamızın kısıtlılıkları ise; çalışmamızın örneklem sayısı yazındaki birçok çalışmaya göre daha azdır. Ebeveynlerin ve çocukların gönüllülük esasına göre katılımcıların belirlendiği bu çalışmada, bazı ebeveynlerin ve çocukların aile işlevselliğini ve bağlanmayla ilgili sorunları olduğundan daha sorunlu gösterme veya sorunsuz gösterme tutumu çalışmada yanlılık yapmış olabilir. Bununla birlikte çocuklardaki ruhsal belirtileri değerlendirmek amacıyla öğretmenlerden bilgi alınmamış olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Çalışmada ebeveynlerde kullanılan ölçeklerin fazla olması ebeveynler tarafında verilen bilgilerin doğruluğunu etkilemiş olabilir. Babanın Ruhsal sağlığı ile ilgili olan durumunun sadece babanın kendinden alınan bilgilerle belirlenmiş olması çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Annenin hamilelik öncesi, hamilelik dönemi ve hamilelik sonrası ruhsal ve bedensel sorunlarının sadece annenin bildirimi ile sınırlı kalması çalışmanın bir kısıtlılığı olabilir. Yine çocuğun anne karnında, doğum sırasında ve doğumdan sonra yaşamış olduğu ruhsal ve bedensel sorunların sadece annenin bildirimi ile sınırlı kalması yine çalışmanın bir kısıtlılığı olabilir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniveristesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruhsağı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş ve ÇDŞG-ŞY-T'ye göre DEHB tanısı almış 8-12 yaşları arasında 100 çocuk ve yine ÇDŞG-ŞY-T'ye göre hiç bir ruhsal hastalık teşhisi almamış 8-12 yaşları arasında 32 çocuk ve anne-babasıyla ilgili veriler değerlendirilmiştir. DEHB tanılı 100 çocuktan, 38 tanesi DEHB-D, 31 tanesi DEHB-H, 31 tanesi DEHB-B alt tiplerine sahiptir. Bu dört gruba ait yaş, cinsiyet, çocukların bulundukları akademik sınıfın dağılımı, anne-babanın eğitim düzeyleri, anne-babaların mesleki durumları ve ailelerin gelir düzeyi birbirine benzerdi. Gruplar arası bu benzerlik bağlanma açısından karşılaştırmalarımızda DEHB'nin alt tiplerinde DEHB ve bağlanma arasındaki ilişkinin daha iyi ortaya konmasını sağlamaktadır.
2. Çalışmamızda hayatının herhangi bir döneminde anne ve babayı etkilemesi muhtemel bir veya birden fazla akrabasında veya yakınında ölüm, hastalık ve işsizlik ve ruhsal tedavi öyküsü sorgulandığında babanın etkilendiği işsizlik durumu en fazla DEHB-B alt tipindedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.025$).
3. Çalışmamızda anne-babaların hayatının herhangi bir döneminde Ruhsal bir hastalık teşhis ve tedavisi görüp görmemeleri değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir.
4. Çalışmamızda, anne-babanın çocuk doğmadan önce ve sonra çocuk sahibi olmakla ilgili kaygılı veya hazır olma durumları sorgulandığında istatistiksel olarak bir fark elde edilememiştir.
5. DEHB tanısı ve DEHB alt tipleri ile yaş grupları arasında (6-11/12-15) fark yoktur. Yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında DEHB ve alt tiplerinde 6-11 yaş grubunda yaygınlığın 12-15 yaş grubuna göre daha fazla olduğu görülse de sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir.
6. Çalışmamızda annenin hamileliği sürtecinde ve lohusalığında ruhsal sıkıntı yaşayıp yaşamama durumu ayrıntılı olarak sorgulandığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

7. Çalışmamızda annenin hamilelik sürecinde sağlık sıkıntısı yaşayıp yaşamama durumu gruplar arasında değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir.
8. Çalışmamızda çocuğun doğum şeklinin sezeryan olması en fazla DEHB tanısı almayan grupta %84.4(n=27) ve DEHB_B alt tipinde %80.6(n=25) saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir(p=0.01).
9. Doğumun olduğu yer, doğumun zamanı, doğum esnasında komplikasyon olup olmaması, bebeğin küvezde kalıp kalmaması, doğumdan sonra anne bakımının başlama süresi gruplar arasında karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir(p>0.05).
10. Çalışmamızda çocukların yeni doğum döneminde karşılaşmış oldukları problemler gruplar arasında karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir(p>0.05).
11. Çalışmamızda İkinci yıl, üçüncü yıl ve üçüncü yıldan sonra çocuğun temel bakım vereninin büyük ebeveynler olması DEHB-H alt tipinde diğer gruplardan fazladır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p=0.036, 0.027, 0.009). Birinci yıl çocuğun temel bakım vereninin kim olduğu durumunun gruplar arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememekle(p>0.05) birlikte yine DEHB-H tipinde daha fazladır.
12. Çalışmamızda çocukların bebekliğinde yaşamış olduğu problemler değerlendirilmiş, bebeğin gaz problemi, ağlama krizleri, beslenme sorunları ve uyku problemleri varlığı ve yokluğu durumunun karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemiştir(p>0.05).
13. Çalışmamızda, çocuğun hastanede uzun süre kalım varlığının olması en fazla DEHB-D tipte bulunmuştur ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlıdır(p=0.029).
14. Çalışmamızda, çocuğun sosyal gülümseme yaşı ortancası DEHB alt tiplerinin hepsinde DEHB tanısı almayan gruptan daha fazla bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır(p=0.03). Çocuğun desteksiz oturma yaşı, çocuğun yürüme yaşı, çocuğun konuşma yaşı, çocuğun tuvalet eğitimi yaşı, çocuğun ince motor beceri gelişim yaşı, çocuğun okuma yazma öğrenme yaşı ve çocuğun okula

başlama yaşının gruplar arası karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fazlalık elde edilememiştir ($p>0.05$).

15. Çalışmamızda çocukta kaygı puanı ortancası DEHB alt tiplerinin hepsinde DEHB tanısı almayan gruptan daha yüksektir ve karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.002$).
16. Çalışmamıza katılan çocukların anne ve babalarına aile işlevselliklerinin değerlendirilmesi amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. ADÖ'nün anne-babada, problem çözme, iletişim, duygusal tepkiverebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler ve roller alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ($p>0.05$).
17. Çalışmamızda, DEHB tanısı almayan grupta çocukta kaçınma puanı ortancası bebeğin birinci yıl bakıcısının anne-baba olma durumunda yaklaşık 1,5 olup temel bakıcısı büyük ebeveyn olanlardan daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.05$). Bebeğin ikinci yıl bakıcısının anne-baba olmasında kaçınma puanı ortancası yaklaşık 1,5 olup daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.05$). Yine bebeğin üçüncü yıl bakıcısının anne-baba olmasında kaçınma puanı ortancası yaklaşık 1,5 olup daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.03$).
18. Çalışmamızda, anne ADÖ değerlendirmesinde DEHB tanısı almış grupta, Anne Roller alt ölçeğinde göre sağlıklı olma durumunun, çocukta kaygı puanı ortancası (3,5) sağlıksızdan daha yüksektir istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.05$), Yine DEHB tanısı almayan grupta anne duygusal tepki verebilme alt ölçeğinde, sağlıklı olanlarda, çocukta kaygı puanı ortancası (2,2) sağlıksızlardan daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p=0.03$).
19. Çalışmamızda babada ADÖ değerlendirmesinde DEHB tanısı olan grupta, baba roller alt ölçeği sağlıklı olanlarda, çocukta kaygı puanı ortancası (3,5) sağlıksız olanlardan daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.03$). Yine kontrol grubunda baba davranış kontrolü alt ölçeğinde sağlıksız olanlarda, çocukta kaçınma puanı ortancası (1,6) sağlıklı olanlardan daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.05$).
20. Çalışmamızda, DEHB tanısı almayan grupta, çocukta kaçınma puanı ile çocuk yaşı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

21. Çalışmamızda, DEHB tanısı alan grupta, anne de hem kaygı hem de kaçınma puanlarıyla çocukta kaygı puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
22. Tüm örnekleme yapılan çoklu lineer regresyon analizine göre son modelde çocukta kaygı puanını arttıran risk etmenleri DEHB tanısının varlığı olarak tespit edildi. Çocukta kaçınma puanını arttıran risk etmenleri ise çocuğun sınıfının yüksekliği, çocukta DEHB tanısı varlığı ve aile işlevselliği alt ölçeği olan annede duygusal tepki verebilmenin sağlıksız olması şeklinde bulunmuştur.

Önemli işlevsellik kaybına sebep olabilen ve çoklu sebeplerden kaynaklanan DEHB'nin genetik yatkınlık dışında, özellikle çevresel faktörlere bağlı olan etyolojisinin tam anlamıyla açıklığa kavuşturulabilmesi tedavi seçeneklerinde ve önleyici tedavide gelişmelere sebep olabileceğinden çok önemlidir. Bu bakımdan DEHB'nin etyolojisi ile ilgili daha fazla çalışmalar yapılmasında fayda vardır.

Çalışmamızda ESOGÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğinden seçilmiş bir örneklem kullanılmıştır. Türkiye'nin farklı illerinde farklı poliklinik örneklemelerde daha geniş örneklemelerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Çünkü bağlanma bozukluklarının sadece DEHB'de değil hemen hemen tüm psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayabileceğine yönelik bilgi birikimi gittikçe artmaktadır. Büyük ölçüde yaşamın ilk üç senesinde temeli atılan ve yaşamı etkileyebilen sağlıksız bağlanma biçiminin, özellikle çevresel faktörlerin düzeltilmesi, ebeveyn-çocuk etkileşiminin uygun müdahalelerle geliştirilmesi ile ergenlikte güvenli bağlanmaya doğru kaydırılabileceği ile ilgili önemli veriler mevcuttur. Son yıllarda özellikle bağlanma biçiminin doğrudan güvenli-güvensiz şeklinde sınıflandırılması yerine bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutlarının değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, bağlanmanın güvensiz olup olmamasından ziyade kişide varolan kaçınma ve kaygı düzeylerine yönelik müdahalelerle bağlanmanın sağlıklı geliştirilmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda DEHB tanısı ve bağlanmanın kaygı ve kaçınma puanlarıyla aile işlevselliği arasındaki ilişki de ortaya konmuştur. Çalışmamızda özellikle aile işlevselliğini anne ve babanın öz bildirimiyle belirleyen ADÖ sonuçlarının anne-

babalarda genel olarak alt ölçeklerde sağlıklı olarak belirlenmiş olması bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmüştür. Bu doğrultuda anne babanın bağlanma kaygı ve kaçınmasının ve aile işlevselliğinin, çocuğun ruh sağlığına olan etkisi ile ilgili farkındalıklarını artırmaya yönelik eğitimler düzenlenebilir. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından ailelere aile işlevselliğini arttırabilmeleri ve çocuklarıyla doğru iletişime geçme yöntemleri sergilemeleri konusunda bilgilendirme çalışmaları yapılabilir. Ebeveynlerin ruhsal sağlıklarının çocuk yetiştirme tutumunu etkileyeceği dikkate alınarak ebeveynler ile klinik görüşme yapılabilir. Klinik görüşmede ebeveynin yetersiz ve sorunlu olduğu alanların desteklenmesi sağlanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Tannock R. Rethinking ADHD and LD in DSM-5: proposed changes in diagnostic criteria. *J Learn Disabil.* 2013;46(1):5-25.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC.: American Psychiatric Association.; 2000.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942-948.
4. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr.* 2007;166(2):117-123.
5. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001;1:3645-3380.
6. Sroufe LA. Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology.* 2003;9(02).
7. Egeland B, Carlson EA. Attachment and psychopathology. *Attachment issues in psychopathology and intervention.* Atkinson. 2004: 27-48.
8. Fraley RC, Shaver PR. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology.* 2000;4(2):132-154.
9. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(9):1111-1123.
10. Görgün S, Tiryaki A, Topbaş M. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. . *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2010;11:305-312.
11. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. . *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2008;9:97-104.

12. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*. 2001;1(4):365-380.
13. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(6):1172-1187.
14. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(6):447-456.
15. Johann M, Laufkotter R, Lange K, Wodarz N. Attachment styles in German alcoholics with or without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Prax*. 2004;31 Suppl 1:S105-107.
16. Ponizovsky AM, Nechamkin Y, Rosca P. Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *Am J Orthopsychiatry*. 2007;77(2):324-331.
17. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *J Clin Child Psychol Psychiatry*. 2002;7:179-198.
18. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and infant disorganized attachment: a prospective study of children nextborn after stillbirth. *J Attention Disord*. 2006;10:83-91.
19. Green J, Stanley C, Peters S. Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attach Hum Dev*. 2007;9(3):207-222.
20. Franc N, Maury M, Purper-Ouakil D. ADHD and attachment processes: are they related? *Encephale*. 2009;35(3):256-261.
21. Finzi-Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry and Human Development*. 2006;37(2):103-114.

22. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5. baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
23. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(2):245-260, vii.
24. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American journal of psychiatry*. 2007;164(6):942-948.
25. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-499.
26. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-365.
27. Gül N, Tiryaki A, Kültür S, Topbaş M, Ak İ. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010;20(1):50-57.
28. Toklu Ç. Eskişehir İli Merkez İlçelerinde İlköğretim Çağı Çocuklarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı ve Risk Etmenleri. Eskişehir: Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi; 2016.
29. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1273-1284.
30. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Zaslavsky AM. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1442-1451.
31. Zhang L, Chang S, Li Z, Zhang K, Du Y, Ott J, Wang J. ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Res*. 2012;40(Database issue):D1003-1009.

32. Edden RA, Crocetti D, Zhu H, Gilbert DL, Mostofsky SH. Reduced GABA concentration in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(7):750-753.
33. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 822-836.
34. Kiddie JY, Weiss MD, Kitts DD, Levy-Milne R, Wasdell MB. Nutritional status of children with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. *International Journal of Pediatrics*. 2010;2010:767318.
35. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. . In: Ekşi A, editor. *Ben hasta değilim, çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü Nobel Tıp Kitabevleri*; 1999. p. 270–284.
36. Yıldız Ö, Ağaoğlu B, Berk F, Komsuoğlu S, Coşkun A, Karakaya I. Evaluation of Cerebral Blood Flow and Electrical Activity in ADHD. *J Clin Psy*. 2008;11(2):53-60.
37. Thaler NS, Allen DN, Park BS, McMurray JC, Mayfield J. Attention processing abnormalities in children with traumatic brain injury and attention-deficit/hyperactivity disorder: differential impairment of component processes. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2010;32(9):929-936.
38. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, Vaituzis AC, Blumenthal JD, Nelson J, Bastain TM, Zijdenbos A, Evans AC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(3):289-295.
39. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002;288(14):1740-1748.
40. Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord*. 2003;7(1):31-42.
41. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 2007;96(9):1269-1274.

42. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Bozkurt A, editor. Kaplan&Sadock Psikiyatri. 11 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016. p. 1169-1180.
43. Rickel AU, Brown RT. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults. 1 ed. Germany: Hogrefe Huber Publishers; 2007. p. 1-57.
44. Derneği TÇvGP. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In: Pekcanlar Akay A, Ercan ES, editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 9. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Yayınları; 2016. p. 33-55.
45. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. . In: Lewis M, editor. Child and Adolescent Psychiatry. 3. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p. 645-670.
46. Reich W, Huang H, Todd RD. ADHD medication use in a population-based sample of twins. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(7):801-807.
47. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Prince J, Hatch M, Jones J, Harding M, Faraone SV, Seidman L. Effectiveness and tolerability of tomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 1998;155(5):693-695.
48. Spencer TJ, Kratochvil CJ, Sangal RB, Saylor KE, Bailey CE, Dunn DW, Geller DA, Casat CD, Lipetz RS, Jain R, Newcorn JH, Ruff DD, Feldman PD, Furr AJ, Allen AJ. Effects of atomoxetine on growth in children with attention-deficit/hyperactivity disorder following up to five years of treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2007;17(5):689-700.
49. Jensen PS, Arnold LE, Richters JE. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry. 1999;56(12):1073-1086.
50. Güvenir T, Aysev AS, Taner YI. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. p. 719-726.
51. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:894-921.

52. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. . *Eur J Pediatr* 2012;171:271–280.
53. Barkley RA. Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents. 3 ed. New York: Guilford Press; 2013.
54. Barkley RA. History. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Barkley RA, editor. 3 ed. New York: Guilford Press; 2006. p. 3-75.
55. Yılmaz A. Çocuk yetiştirme tutumları: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Türk Psikoloji Yazıları*. 1999;1:99-118.
56. Barnow S, Schuckit M, Smith TL. The relationship between the family density of alcoholism and externalizing symptoms among 146 children. *Alcohol Alcohol* 2002;37:383–387.
57. İmren SG, Arman AR, Gümüştas F. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;38:22-30.
58. Buschgens CJM, vanAken MAG, Swinkels SHN. Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:567–575.
59. Jackson D, Mannix J. Giving voice to the burden of blame: a feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(4):150-158.
60. Gray DE. Everybody just freezes. everybody is just embarrassed': felt and enacted stigma among parents with high functioning autism. . *Sociology of Health & Illness* 2002;24(6):734-749.
61. Arı E. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Kaygı Düzeyi, Algıladıkları Sosyal Destek ve Ana-Babalık Tutumlarının İncelenmesi, Ankara: Gazi Üniversitesi; 2006.
62. Kissgen R, Franke S. An attachment research perspective on ADHD. *Neuropsychiatr*. 2016;30(2):63-68.

63. Olson SL. Developmental perspectives. . In: Sandberg S, editor. Hyperact Disord Child Camb Monogr Child Adolesc Psychiatry Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 149–194.
64. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attentiondeficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. Eur J Pediatr. 2012;171:271-280.
65. Gökçen C, Özatalay E, Fettahoğlu EÇ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2011;18:95-104.
66. Kılıç BG, Şener S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karışık olma karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16:21-28.
67. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. . In: Rudnytsky PL, editor. Psychoanal Study Child1997. p. 386-405.
68. Öztürk MO. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim ve Ruh Sağlığı. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015. p. 566-570.
69. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005;8:88-99.
70. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(2):165-178.
71. Şener S, Karacan E. Anne –Bebek-Çocuk Etkileşiminde Olumlu ve Olumsuz Özellikler. In: Kişi A, editor. Ben Hasta Değilim –Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü: Nobel Tıp Kitabevi; 1999. p. 35-44.
72. Can G. Anne –Yenidoğan Bağının Önemi. . Ben Hasta Değilim –Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü: Nobel Tıp Kitabevi; 1999. p. 17-21.
73. Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi. 2008;50(4):294-298.
74. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. A psychological study of the strange stitution. . Hillside: Nj Erlbaum; 1978.

75. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The Relationship between Quality of Attachment and Behavior Problems in Preschool in a High-Risk Sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985;50(1/2):147.
76. Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books; 1969.
77. Bowlby J. *Seperation: Anxiety and anger*. . New York: Basic Books; 1973.
78. Holmes J. John Bowlby&Attachment Theory Routledge; 1997. p. 127, 137-140, 185-196. .
79. Karen R. *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love* New York: Oxford University Press; 1998. 6,17-24, 41, 43, 94, 107 p.
80. Hong YR, Park JS. Impact of attachment, temperament and parenting on human development. *Korean J Pediatr*. 2012;55(12):449-454.
81. Carver C, Scheier M. *Perspectives on psychology*. Cambridge Cambridge University Press; 1998. p. 281-282.
82. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;61(2):226-244.
83. Brown LS, Wright J. The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychol Psychother*. 2003;76(Pt 4):351-367.
84. Proverbio AM, Brignone V, Matarazzo S, Del Zotto M, Zani A. Gender differences in hemispheric asymmetry for face processing. *BMC Neurosci*. 2006;7:44.
85. Aron A, Fisher H, Mashek DJ, Strong G, Li H, Brown LL. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *J Neurophysiol*. 2005;94(1):327-337.
86. Nitschke JB, Nelson EE, Rusch BD, Fox AS, Oakes TR, Davidson RJ. Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage*. 2004;21(2):583-592.
87. Francis DD, Young LJ, Meaney MJ, Insel TR. Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (V1a) receptors: gender differences. *J Neuroendocrinol*. 2002;14(5):349-353.

88. Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(1):11-25.
89. Champagne FA, Meaney MJ. Stress during gestation alters postpartum maternal care and the development of the offspring in a rodent model. *Biol Psychiatry.* 2006;59(12):1227-1235.
90. Moriceau S, Sullivan RM. Neurobiology of infant attachment. *Dev Psychobiol.* 2005;47(3):230-242.
91. Bartholomew K. Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology.* 1997;70(3):249-263.
92. Brodsky SL, Lichtenstein B. Don't ask questions: a psychotherapeutic strategy for treatment of involuntary clients. *Am J Psychother.* 1999;53(2):215-220.
93. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987;52(3):511-524.
94. Abdel-Hamid M, Heinrich V, Sperber S, Wiltfang J, Kis B, Uekermann J. Attachment in adult patients with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). . Conference of 19th European Congress of Psychiatry; March 12-15; Vienna, Austria 2011.
95. McCoy D. The relationship between adult ADHD and romantic attachment style.: Capella University; 2004.
96. Pazvantoglu O, Karabekiroglu K, Sarisoy G, Baykal S, Zabun K, Akbas S, Sahin AR. The relationship of adult ADHD and attachment style. . *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2011;12:274-279.
97. Brown DL. Attachment and attributional styles in men and women with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder. Canada: University of Calgary; 2004.
98. Edel MA, Juckel G, Brune M. Interaction of recalled parental ADHD symptoms and rearing behavior with current attachment and emotional dysfunction in adult offspring with ADHD. *Psychiatry Res.* 2010;178(1):137-141.
99. Miller A. Early attachment and ADHD in adult women.: John F. Kennedy University; 2003.
100. Hetherington EM, Parke RD, Gauvain M, Locke VO. A contemporary viewpoint. 6 ed. Newyork: McGrawHill Publication; 2006.

101. Stadelmann S, Perren S, von Wyl A, von Klitzing K. Associations between family relationships and symptoms/strengths at kindergarten age: what is the role of children's parental representations? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(10):996-1004.
102. Sergin C, Flora J. *Family Commination*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2005.
103. Eshleman JR, Bulcroft RA. *The family*. Newyork: Pearson; 2006.
104. Erdoğan S. Evlilik uyumu ile psikiyatrik rahatsızlıklar, bağlanma stilleri ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2007.
105. Heene E, Buysse A, Van Oost P. An Interpersonal Perspective on Depression: The Role of Marital Adjustment, Conflict Communication, Attributions, and Attachment Within a Clinical Sample. *Oxford Journals Social Sciences*. 2007;84 (1):451-471.
106. Banse R. Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2004; 21(2):273–282.
107. Cummings EM, Davies PT. *Martial conflict and child adjustment: An emotional security perspective*. Newyork: Guilford; 2010.
108. Wood BL, Klebba KB, Miller BD. Evolving the Biobehavioral Family Model: The Fit of Attachment*. *Family Process*. 2000;39(3):319-344.
109. Dubois-Comtois K, Moss E. Beyond the dyad: do family interactions influence children's attachment representations in middle childhood? *Attach Hum Dev*. 2008;10(4):415-431.
110. Leveridge M, Stoltenberg C, Beesley D. Relationship of Attachment Style to Personality Factors and Family Interaction Patterns. *Contemporary Family Therapy*. 2005;27(4):577-597.
111. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2006;21:1-22.
112. Mikulincer M, Shaver PR. *Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press; 2007.
113. Ertuğrul G, Toros F. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumu ve ebeveynlerinin evlilik uyumları arasındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal*. 2010;48:172-183.

114. Fearon RM, Belsky J. Attachment and attention: protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Dev.* 2004;75(6):1677-1693.
115. Jacobsen T, Huss M, Fendrich M, Kruesi MJ, Ziegenhain U. Children's ability to delay gratification: longitudinal relations to mother-child attachment. *J Genet Psychol.* 1997;158(4):411-426.
116. Storebo OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *J Atten Disord.* 2016;20(2):187-196.
117. Bohlin G, Eninger L, Brocki KC, Thorell LB. Disorganized attachment and inhibitory capacity: predicting externalizing problem behaviors. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40(3):449-458.
118. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and infant disorganized attachment: a prospective study of children next-born after stillbirth. *J Atten Disord.* 2006;10(1):83-91.
119. Scholtens S, Rydell AM, Bohlin G, Thorell LB. ADHD symptoms and attachment representations: considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(6):1033-1042.
120. Thorell LB, Rydell AM, Bohlin G. Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attach Hum Dev* 2012;14:517–532.
121. Storebo OJ, Gluud C, Winkel P, Simonsen E. Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD--the randomised SOSTRA trial. *PLoS One.* 2012;7(6):e37280.
122. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *J Clin Child Psychol Psychiatry.* 2002;7:179–198.
123. Niederhofer H. Attachment as a component of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychological Reports.* 2009;104:645-648.
124. Abrines N, Barcons N, Marre D, Brun C, Fornieles A, Fumado V. ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attach Hum Dev.* 2012;14(4):405-423.

125. Follan M, Anderson S, Huline-Dickens S, Lidstone E, Young D, Brown G, Minnis H. Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children. *Res Dev Disabil*. 2011;32(2):520-526.
126. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görülme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11 (3).
127. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50:100-109.
128. Kılıç EZ, Uslu Rİ, Erden G, Kerimoğlu E. Çocuklarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Sürdüren Ailesel Etmenler. *Kriz Dergisi*. 1999;7(2):1-8.
129. Coşkun Y. Ortaöğretim Öğrencilerinin Umutsuzluk Durumları ve Aile İşlevselliği İlişkisinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2013;26:11-26.
130. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. Yetişkin Bağlanma Boyutları İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açidan Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 2005;8 (16) 1-11.
131. Akça E, Kırimer F, Sümer N. Orta Çocuklukta Anneye Kaygılı ve Kaçınan Bağlanma: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Dönemi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2014;17 (33):45-57.
132. Özer A, Cihan-Güngör H. Yükleme Tarzları, Bağlanma Stilleri ve Kişilik Özelliklerine Göre Evlilik Uyumu. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2012;8(2):11-24.
133. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(8):978-987.
134. Kim HW, Cho SC, Kim BN, Kim JW, Kim Y. Perinatal and familial risk factors are associated with full syndrome and subthreshold attention-deficit hyperactivity disorder in a Korean community sample. *Psychiatry Investigation*. 2009;6:278-285.

135. Golmirzaei J, Namazi S, Amiri S, Zare S, Rastikerdar N, Hesam AA, Rahami Z, Ghasemian F, Namazi SS, Paknahad A, Mahmudi F, Mahboobi H, Khorgoei T, Niknejad B, Dehghani F, Asadi S. Evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder risk factors. *International journal of pediatrics*. 2013;2013.
136. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2006;20(2):107-123.
137. Sauver JLS, Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Early Life Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings*. 2004;79(9):1124-1131.
138. Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(6):685-695.
139. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(8):976-984.
140. Ghanizadeh A. Small burns among out-patient children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Burns*. 2008;34(4):546-548.
141. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT, McGough JJ, Lubke GH, Yang MH, Smalley SL. Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(3):346-354.
142. Berger I, Felsenthal-Berger N. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and birth order. *J Child Neurol*. 2009;24(6):692-696.
143. McLanahan S, Sandefur G. *Growing Up with a Single Parent: What Hurts, What Helps*. . Cambridge: Harvard University Press.; 1994.
144. Chen AY, Escarce JJ. Effects of family structure on children's use of ambulatory visits and prescription medications. *Health Serv Res*. 2006;41(5):1895-1914.
145. D'Onofrio BM, Turkheimer E, Emery RE, Slutske WS, Heath AC, Madden PA, Martin NG. A genetically informed study of marital instability and its association with offspring psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(4):570-586.

146. Russell G, Ford T, Rosenberg R, Kelly S. The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(5):436-445.
147. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2001;4(3):183-207.
148. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 1992;20(3):263-288.
149. Robin AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents. Common pediatric concerns. *Pediatr Clin North Am*. 1999;46(5):1027-1038.
150. Murphy KR, Barkley RA. Parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996;66(1):93-102.
151. Harden KP, Turkheimer E, Emery RE, D'Onofrio BM, Slutske WS, Heath AC, Martin NG. Marital conflict and conduct problems in Children of Twins. *Child Dev*. 2007;78(1):1-18.
152. Grych JH, Seid M, Fincham FD. Assessing marital conflict from the child's perspective: the children's perception of interparental conflict scale. *Child Dev*. 1992;63(3):558-572.
153. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. Environmental risk factors by gender associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2014;133(1):e14-22.
154. LaGasse LL, Derauf C, Smith LM, Newman E, Shah R, Neal C, Arria A, Huestis MA, DellaGrotta S, Lin H, Dansereau LM, Lester BM. Prenatal methamphetamine exposure and childhood behavior problems at 3 and 5 years of age. *Pediatrics*. 2012;129(4):681-688.
155. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J. Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr*. 2014;168(4):313-320.

156. Sioen I, Den Hond E, Nelen V, Van de Mieroop E, Croes K, Van Larebeke N, Nawrot TS, Schoeters G. Prenatal exposure to environmental contaminants and behavioural problems at age 7-8years. *Environ Int.* 2013;59:225-231.
157. Chopra V, Harley K, Lahiff M, Eskenazi B. Association between phthalates and attention deficit disorder and learning disability in U.S. children, 6-15 years. *Environ Res.* 2014;128:64-69.
158. Sood B, Delaney-Black V, Covington C, Nordstrom-Klee B, Ager J, Templin T, Janisse J, Martier S, Sokol RJ. Prenatal Alcohol Exposure and Childhood Behavior at Age 6 to 7 Years: I. Dose-Response Effect. *Pediatrics.* 2001;108(2):e34-e34.
159. Mick E, Biederman J, Faraone S, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:378–385.
160. Schlotz W, Jones A, Phillips DI, Gale CR, Robinson SM, Godfrey KM. Lower maternal folate status in early pregnancy is associated with childhood hyperactivity and peer problems in offspring. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(5):594-602.
161. Morrison JR, Stewart MA. A family study of the hyperactive child syndrome. *Biol Psychiatry.* 1971;3(3):189-195.
162. Cantwell DP. Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry.* 1972;27(3):414-417.
163. DeVoe ER, Smith EL. The impact of domestic violence on urban preschool children: battered mothers' perspectives. . *J Interpers Violence.* 2002;17:1075–1101.
164. Zalewski M, Cyranowski JM, Cheng Y, Swartz HA. Role of maternal childhood trauma on parenting among depressed mothers of psychiatrically ill children. *Depression and anxiety.* 2013;30(9):792-799.
165. Class QA, Abel KM, Khashan AS, Rickert ME, Dalman C, Larsson H, Hultman CM, Langstrom N, Lichtenstein P, D'Onofrio BM. Offspring psychopathology following preconception, prenatal and postnatal maternal bereavement stress. *Psychol Med.* 2014;44(1):71-84.

166. Grizenko N, Fortier ME, Gaudreau-Simard M, Jolicoeur C, Joober R. The Effect of Maternal Stress during Pregnancy on IQ and ADHD Symptomatology. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(2):92-99.
167. Golmirzaei J, Namazi S, Amiri S, Zare S, Rastikerdar N, Hesam AA, Rahami Z, Ghasemian F, Namazi SS, Paknahad A, Mahmudi F, Mahboobi H, Khorgoei T, Niknejad B, Dehghani F, Asadi S. Evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder risk factors. *International journal of pediatrics*. 2013;2013:953103.
168. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):3-16.
169. O'Connor TG. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(6):502-508.
170. Steptoe A, Wardle J, Marmot M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2005;102(18):6508-6512.
171. Mann JR, McDermott S. Are maternal genitourinary infection and pre-eclampsia associated with ADHD in school-aged children? *J Atten Disord*. 2011;15(8):667-673.
172. Amiri S, Malek A, Sadegfard M, Abdi S. Pregnancy-related maternal risk factors of attention-deficit hyperactivity disorder: a case-control study. *ISRN Pediatr*. 2012;2012:458064.
173. Halmoy A, Klungsoyr K, Skjaerven R, Haavik J. Pre- and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2012;71(5):474-481.
174. Instanes JT, Halmøy A, Engeland A, Haavik J, Furu K, Klungsøyr K. Attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring of mothers with inflammatory and immune system diseases. *Biological psychiatry*. 2015.
175. Indredavik MS, Vik T, Evensen KA, Skranes J, Taraldsen G, Brubakk AM. Perinatal risk and psychiatric outcome in adolescents born preterm with very low birth weight or term small for gestational age. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(4):286-294.

176. Linnet KM, Wisborg K, Agerbo E, Secher NJ, Thomsen PH, Henriksen TB. Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. *Arch Dis Child*. 2006;91(8):655-660.
177. Nigg JT, Breslau N. Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(3):362-369.
178. Pettersson E, Sjolander A, Almqvist C, Anckarsater H, D'Onofrio BM, Lichtenstein P, Larsson H. Birth weight as an independent predictor of ADHD symptoms: a within-twin pair analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(4):453-459.
179. Lindstrom K, Lindblad F, Hjern A. Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics*. 2011;127(5):858-865.
180. D'Onofrio BM, Class QA, Rickert ME, Larsson H, Langstrom N, Lichtenstein P. Preterm birth and mortality and morbidity: a population-based quasi-experimental study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(11):1231-1240.
181. Gustafsson P, Kallen K. Perinatal, maternal, and fetal characteristics of children diagnosed with attention-deficit-hyperactivity disorder: results from a population-based study utilizing the Swedish Medical Birth Register. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53(3):263-268.
182. Sucksdorff M, Lehtonen L, Chudal R, Suominen A, Joelsson P, Gissler M, Sourander A. Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2015;136(3):e599-608.
183. Farooqi A, Hagglof B, Sedin G, Gothefors L, Serenius F. Mental health and social competencies of 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990s: a Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*. 2007;120(1):118-133.
184. Delobel-Ayoub M, Arnaud C, White-Koning M, Casper C, Pierrat V, Garel M, Burguet A, Roze JC, Matis J, Picaud JC, Kaminski M, Larroque B, Group ES. Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics*. 2009;123(6):1485-1492.
185. Stjernqvist K, Svenningsen NW. Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: health, cognitive development, behaviour and school achievement. *Acta Paediatrica*. 2007;88(5):557-562.

186. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(6):464-470.
187. Merz EC, McCall RB. Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(4):459-470.
188. McLaughlin KA, Fox NA, Zeanah CH, Sheridan MA, Marshall P, Nelson CA. Delayed maturation in brain electrical activity partially explains the association between early environmental deprivation and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2010;68(4):329-336.
189. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? . *J Abnorm Child Psychol* 2001;29:513–528.
190. Demissie K. Fetal and neonatal mortality among twin gestations in the United States: the role of intrapair birth weight discordance. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;100(3):474-480.
191. Sannoh S, Demissie K, Balasubramanian B, Rhoads GG. Risk factors for intrapair birth weight discordance in twins. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003;13(4):230-236.
192. Hollier LM, McIntire DD, Leveno KJ. Outcome of twin pregnancies according to intrapair birth weight differences. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;94(6):1006-1010.
193. Eberle AM, Levesque D, Vintzileos AM, Egan JF, Tsapanos V, Salafia CM. Placental pathology in discordant twins. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169(4):931-935.
194. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/ hyperactivitydisorder. *Pediatrics*. 2008;121:358-365.
195. Osorio J. Thyroid function: Autoimmunity in pregnancy and ADHD. *Nat Rev Endocrinol*. 2012;8(3):129.
196. Platt MJ, Cans C, Johnson A, Surman G, Topp M, Torrioli MG, Krageloh-Mann I. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *The Lancet*. 2007;369(9555):43-50.

197. Jangaard KA, Fell DB, Dodds L, Allen AC. Outcomes in a population of healthy term and near-term infants with serum bilirubin levels of ≥ 325 micromol/L (≥ 19 mg/dL) who were born in Nova Scotia, Canada, between 1994 and 2000. *Pediatrics*. 2008;122(1):119-124.
198. Kuzniewicz M, Escobar GJ, Newman TB. No association between hyperbilirubinemia and attention-deficit disorder. *Pediatrics*. 2009;123(2):e367-368.
199. Wei CC, Chang CH, Lin CL, Chang SN, Li TC, Kao CH. Neonatal jaundice and increased risk of attention-deficit hyperactivity disorder: a population-based cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(4):460-467.
200. Hayslip B, Kaminski PL. Grandparents Raising Their Grandchildren: A Review of the Literature and Suggestions for Practice. *The Gerontologist*. 2005;45(2):262-269.
201. Neugebauer R, Hoek HW, Susser E. Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *JAMA*. 1999;282(5):455-462.
202. Owens JA, Maxim R, Nobile C, McGuinn M, Msall M. Parental and Self-report of Sleep in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2000;154(6):549.
203. Ali NJ, Pitson DJ, Stradling JR. Snoring, sleep disturbance, and behaviour in 4-5 year olds. *Arch Dis Child*. 1993;68(3):360-366.
204. Redline S, Tishler PV, Schluchter M, Aylor J, Clark K, Graham G. Risk factors for sleep-disordered breathing in children. Associations with obesity, race, and respiratory problems. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(5 Pt 1):1527-1532.
205. Gislason T, Benediktsdóttir B. Snoring, Apneic Episodes, and Nocturnal Hypoxemia Among Children 6 Months to 6 Years Old. *Chest*. 1995;107(4):963-966.
206. Greenhill L, Puig-Antich J, Goetz R, Hanlon C, Davies M. Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal children with attention deficit disorder with hyperactivity. *Sleep* 1983;6:91-101.
207. Simonds JF, Parraga H. Sleep behaviors and disorders in children and adolescents evaluated at psychiatric clinics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1984;5(1):6-10.

208. Picchietti DL, Walters AS. Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in children and adolescents: comorbidity with attention- deficit hyperactivity disorder. . *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1996;5:729–740.
209. Nigg JT. Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1424-1435.
210. Nigg JT, Willcutt EG, Doyle AE, Sonuga-Barke EJ. Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1224-1230.
211. Fliers EA, Franke B, Lambregts-Rommelse NN, Altink ME, Buschgens CJ, Nijhuis-van der Sanden MW, Sergeant JA, Faraone SV, Buitelaar JK. Undertreatment of Motor Problems in Children with ADHD. *Child Adolesc Ment Health*. 2009;15(2):85-90.
212. Goulardins JB, Marques JC, Casella EB, Nascimento RO, Oliveira JA. Motor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type. *Res Dev Disabil*. 2013;34:40-45.
213. Poeta LS, Rosa-Neto F. Motor assessment in school-aged children with indicators of the attention deficit/hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2007;44:146-149.
214. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104(49):19649-19654.
215. Siomos K, Floros G, Fisoun V, Evaggelia D, Farkonas N, Sergeantani E, Lamprou M, Geroukalis D. Evolution of Internet addiction in Greek adolescent students over a two-year period: the impact of parental bonding. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(4):211-219.
216. Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, Epstein NB, Bishop DS. Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*. 1986;27(4):302-312.
217. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(11):1946-1953.
218. Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord*. 2001;3(2):73-78.

219. Huang BQ, Su DX, Hong JF. The relationship between children with attention deficit hyperactivity disorder and the family environment. . Chinese General Practice 2000;3(5):384-385.
220. Jin KW, Zhao R, Wang DL, Zhang QB, Li CC. An analysis of personality, behavior and family environment of children with attention deficit hyperactivity disorder. . Medicine and Society 2009;22(2):60-61.
221. Jiang LH, Du YS. The research progress of the executive function with attention deficit hyperactivity disorder. Shanghai Arch Psychiatry. 2009;21(6): 373-375.
222. Franca N, Maurya M, Purper-Ouakil D. ADHD and attachment processes: Are they related? L'Encéphale 2009;35:256-261.
223. Gartstein MA, Iverson S. Attachment security: The role of infant, maternal, and contextual factors. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2014;14(2).
224. Smith AB, Dannison LL. Grandparent-headed families in the United States: Programming to meet unique needs. Journal of Intergenerational Relationships,. 2003;1(3):35-47.
225. Pigatti L. Grandparents Raising Grandchildren: The Parent Perspective. USA: North Dakota State University; 2004.
226. Giarrusso R, Silverstein M, Feng D. Psychological costs and benefits of raising grandchildren: Evidence from a national survey of grandparents. Cox C, editor. New York: Springer Publishing Co; 2000.
227. Richards A. Second Time Around: A Survey of Grandparents Raising their Grandchildren. Family Rights Group, London. 2001.
228. Page T, Bretherton I. Gender differences in stories of violence and caring by preschool children in post-divorce families: Implications for social competence. Child and Adolescent Social Work Journal,. 2003;20(6):485-508.
229. Shamir H, Du Rocher Schudlich T, Cummings EM. Marital conflict, parenting styles and children's representations of family relationships. Parenting, Science and Practice. 2001;1(2):123-151.

230. Updegraff KA, McHale SM, Crouter AC, Kupanoff K. Parents' Involvement in Adolescents' Peer Relationships: A Comparison of Mothers' and Fathers' Roles. *Journal of Marriage and Family*. 2001;63(3):655-668.
231. Larson R, Richards M. *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers and adolescents*. . New York.: Basic Books.; 1994.
232. Grossmakn E. Bindungsverhalten und Depression. . In: Hell D, editor. *Ethologie &r DepressionF: ailientherapeutischMeo glichkeiten*. Stuttgart. Germany.: Fischer.; 1993. p. 65-79.
233. Carr A. *A contextual approach*. Newyork: Brunner-Routledge; 2005.
234. Bulut I. *Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı.; 1993.
235. Segrin C, Flora J. *Family communication*. NJ: Lawrence Erlbaum Associate.; 2005.
236. Jenkins JM, Buccioni JM. Children's understanding of martial conflict and the marital relationship. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(2):161-168.
237. Mead C, H. . *Mind, self, and society*. University of Chicago Press. 1934.
238. Prinzie P, Stams GJ, Dekovic M, Reijntjes AH, Belsky J. The relations between parents' Big Five personality factors and parenting: a meta-analytic review. *J Pers Soc Psychol*. 2009;97(2):351-362.
239. Hamilton CE. Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Development*. 2000;71(3):690-694.
240. Malekpour M. Effects of Attachment on Early and Later Development. *The British Journal of Development Disabilities*. 2013;53(105):81-95.
241. Clark GN, Seifer R. Facilitating mother-infant communication: A treatment model for high-risk and developmentally-delayed infants. *Infant Mental Health Journal*. 1983;4(2):67-82.
242. Jones J. *Parental Attachment Style: Links with Parent and Adolescent Perceptions of Parenting and Observed Secure Base Behaviors* 2013.

243. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. . In: Simpson JA, Rholes WS, editors. Attachment theory and close relationships. New York: Guilford Press; 1998.
244. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. . Türk Psikoloji Yazıları. 2005;8:1-11.
245. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. Guilford Press. 1997.
246. Martinussen R, Hayden J, Hogg-Johnson S, Tannock R. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(4):377-384.
247. Nigg JT. What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why. Guilford Press. 2006.
248. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and infant disorganized attachment: A prospective study of children next-born after stillbirth. Journal of Attention Disorders. 2006;10:83–91.
249. Goldwyn R, Stanley C, Smith V, Green J. The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. Attach Hum Dev. 2000;2(1):71-84.
250. Storebo OJ, Darling Rasmussen P, Simonsen E. Association between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. . J Atten Disord 2013
251. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai Z, Nemoda Z, Sasvari-Szekely M, Bureau JF, Bronfman E, Lyons-Ruth K. Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. Soc Neurosci. 2007;2(3-4):307-319.
252. Lakatos K, Nemoda Z, Toth I, Ronai Z, Ney K, Sasvari- Szekely M. Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: interaction of the exon III 48- bp repeat and the -521 C/ T promoter polymorphisms. Mol Psychiatry 2002;7:27-31.

253. Berger A. Self-regulation: Brain, cognition, and development. Self-regulation: Brain, cognition, and development. Washington D.C. : American Psychological Association.; 2011. p. 61- 90.
254. Finzi-Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. Child Psychiatry and Human Development 2006;37:103-114.
255. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. . Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2002;16:1045-1359.
256. Özten E, Tufan EA, Sayar GH, Eryılmaz G, Aloğlu D, Işık S. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Major Depresif Bozukluk Tanılı Erişkin Hastalarda Bağlanma Biçimlerinin Karşılaştırılması: Kontrollü Bir Ön Çalışma. Journal of Mood Disorders. 2015;5(3):126-133.
257. Güngör D. Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında anababalık stillerinin rolü. 2000.
258. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara1990.
259. Boyum LA, Parke RD. The Role of Family Emotional Expressiveness in the Development of Children's Social Competence. Journal of Marriage and Family Process. 1995;57 (3):593-608.
260. Moretti MM, Peled M. Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. Paediatrics & Child Health. 2004;9(8):551-555.
261. Ryan RM, Lynch JH. Emotional Autonomy versus Detachment: Revisiting the Vicissitudes of Adolescence and Young Adulthood. Child Development. 1989;60(2):340.
262. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. Journal of Personality and Social Psychology. 1998;74(5):1380-1397.
263. Moretti MM, DaSilva K, Holland R. Aggression from an attachment perspective. In Girls and aggression Springer US. 2004:41-56.

