



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN EBEVEYN
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE RUHSAL
BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MUTLU MUHAMMED ÖZBEK

DANIŞMAN

Doç. Dr. HATİCE AKSU

AYDIN-2020

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN EBEVEYN
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ VE RUHSAL
BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MUTLU MUHAMMED ÖZBEK

DANIŞMAN

Doç. Dr. HATİCE AKSU

AYDIN-2020

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde verdiği bilgiler ile yoluma ışık tutan, tezimin yazımı aşamasında emeğini esirgemeyen, asistanlık eğitimim sürecine adımımı attığım ilk günden itibaren gelişimimde çok büyük emekleri olan, hasta yönetimi ve klinik tecrübesi ile yol gösterici rolü üstlenen saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Hatice Aksu'ya, eğitimime katkılarından dolayı. Doç. Dr. Sibelnur Avcil'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İşine bağlılığı ve eğitime azmi ile bana örnek olan, güler yüzünü hiç eksik etmeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Fahriye Tosun'a, eğitim sürecimde öğretme azmi ve etik duruşu ile her zaman yanımda olan ve yoluma ışık tutan Prof. Dr. Levent Sevinçok'a, Dr. Öğretim Üyesi Bilge Doğan'a, Dr. Öğretim Üyesi Çağdaş Öykü Memiş'e teşekkür ederim.

Tıp fakültesine adım attığım ilk günden itibaren en yakınım olan, yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli dostum ve meslektaşım Dr. Doğa Sevinçok başta olmak üzere, akademik ve klinik bakış açısı kazanmamda katkılarından dolayı Uzm. Dr. Börte Gürbüz Özgür, Uzm. Dr. Zafer Güleş, Uzm. Dr. Nevzat Yılmaz, Uzm. Dr. Hacer Gizem Demir, Uzm. Dr. Kutay Taş, Uzm. Dr. Kemalcan Karadiş, Uzm. Dr. Ahmet Yasin, Uzm. Dr. Berna Gündüz Çıtır'a teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, yol arkadaşım Dr. Mustafa Tolga Tunagür başta olmak üzere, Dr. Ayşe Selin İpek, Dr. İsmet Aşıkhasan, Dr. Sema Salihoğlu, Dr. Fatma Özer Arı, Dr. Hasancan Özbay, Dr. Aslı Aydın, Dr. Müge Karagöz Çetiner, Dr. Begüm Özcan, Dr. Aylin Kaya Çimen, Dr. Ece Budak, Dr. Kübra Ecem Turgutkaya, Dr. Ömür Burak Adıgüzel, Dr. Merve Gangurat'a ve sekreterlerimizi Pelin Nam Akdağ, Fatma Şahin, Bekir Avlamaz'a teşekkür ederim.

Ege Üniversitesi Ergen Bağımlılık Merkezinde rotasyonum döneminde eğitimime olan katkılarından dolayı Prof. Dr. Zeki Yüncü'ye ve çalışma arkadaşlarım Dr. Buse Günay, Dr. Buket Kılıç'a teşekkür ederim.

Çalışmamıza en önemli katkıyı sunan katılımcılara ve çalışma süresince sabır gösteren değerli ebeveynlerine, tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen değerli annem, babam, kardeşlerime ve hayatımı anlamlı kılan Öykü, İrem Duru, Deren, Deniz ve Aday'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mutlu Muhammed Özbek



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.4.1.Genetik Etkenler	7
2.1.4.2.Çevresel Etkenler	8
2.1.4.3.Nöroanatomik Faktörler ve Beyin Görüntüleme Verileri.....	10
2.1.4.4.Nörofizyolojik Veriler.....	11
2.1.4.5.Nörokimyasal Etkenler.....	11
2.1.5. Klinik Özellikler	12
2.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	16
2.1.7. Ayırıcı Tanılar	16
2.1.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi.....	17
2.1.8.1.İlaç Tedavisi	17
2.1.8.2.Psikososyal Müdahaleler.....	18
2.1.9. Kliniğe Eşlik Edebile Sosyal Sorunlar	18
2.2. MİZAÇ	19

2.2.1.	Tanım ve Genel Özellikler	19
2.2.2.	Afektif Mizaç	21
2.2.3.	Mizaç ve Psikopatoloji	22
2.2.4	Ebeveyn Mizacı	24
2.3.	SOSYAL DESTEK.....	25
2.3.1.	Sosyal Destek Tanımı	25
2.3.2.	Algılanan Sosyal Destek Tanımı	27
2.3.3.	Algılanan Sosyal Desteğin İşlev ve Etkileri.....	27
3.	ÇALIŞMANIN AMACI ve HİPOTEZLERİ.....	30
3.1.	Çalışmanın Amacı	30
3.2.	Çalışmanın Hipotezleri	30
4.	GEREÇ ve YÖNTEM	31
4.1.	Örneklem.....	31
4.1.1.	Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	31
4.2.	Veri Toplama Araçları.....	33
4.2.1	Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	33
4.2.2.	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni ....Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli	33
4.2.3.	Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği	34
4.2.4.	Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ).....	35
4.2.5.	Ruhsal Belirti Tarama Listesi	35

4.2.6.	Temparement Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire	36
4.3.	Uygulama.....	36
4.4.	Etik.....	37
4.5.	İstatiksel Analiz.....	37
5.	BULGULAR	38
5.1.	Tanımlayıcı Bulgular.....	38
5.2.	Analitik Bulgular.....	42
5.2.1.	Araştırma grupları Arasındaki Farkın Gösterilmesi	42
5.2.2.	Değişkenlerin Korelasyon Analizleri	57
6.	TARTIŞMA	61
7.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	77
8.	ÖZET.....	79
9.	ABSTRACT	81
10.	KAYNAKLAR.....	83
11.	EKLER	99

TABLolar DİZİNİ

Tablo I. DSM 5'e Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)	13
Tablo II. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-1.....	38
Tablo III. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri- 2	38
Tablo IV. Araştırmaya Katılanların Kardeşlerine Ait Özellikler	39
Tablo V. Araştırmaya Katılanların Annelerine Ait Özellikler	40
Tablo VI. Araştırmaya Katılanların Babalarına Ait Özellikler.....	40
Tablo VII. Araştırmaya Katılanların Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Ait Görünümleri	41
Tablo VIII. Olgu Grubunda Hiperaktivite Belirtileri	42
Tablo IX. Gruplar Arasında Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması	42
Tablo X. Gruplar Arasında Yaş Dağılımının Karşılaştırılması.....	43
Tablo XI. Gruplar Arasında Yaşanılan Yer ve Birlikte Yaşanılan Aile Yapısının Karşılaştırılması.....	43
Tablo XII. Gruplar Arasında Kardeş Sayısının Karşılaştırılması	44
Tablo XIII. Gruplar Arasında Kardeşe Sahip Olma Durumu ve Kardeşte Psikiyatrik Bozukluk Olma Durumunun Karşılaştırılması	44
Tablo XIV. Gruplar Arasında Annelerin Yaş Dağılımlarının Karşılaştırılması	45
Tablo XV. Gruplar Arasında Annelerin Eğitim, Çalışma Durumu ile Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Olma Durumunun Karşılaştırılması.....	45
Tablo XVI. Gruplar Arasında Babaların Yaş Dağılımının Karşılaştırılması	46
Tablo XVII. Gruplar Arasında Babaların Eğitim, Çalışma Durumu ile Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Olma Durumunun Karşılaştırılması	46

Tablo XVIII. Gruplar Arasında Gebelik Süresi, Gebelikte Alkol/İlaç/Sigara Kullanımı ve Doğum Şekline İlişkin Karşılaştırma	47
Tablo XIX. Gruplar Arasında Doğum Ağırlıklarının Karşılaştırılması	48
Tablo XX. Gruplar Arasında Anne Sütü Alım Sürelerinin Karşılaştırılması	48
Tablo XXI. Gruplar Arasında Yürüme, İlk Kelime ve İki Kelimeli Cümle Zamanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo XXII. Gruplar Arasında Okul Öncesi Eğitim Sürelerinin Karşılaştırılması	49
Tablo XXIII. Gruplar Arasında Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo IXIV. Olgü Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Arkadaş, Aile, Öğretenden ve Toplam Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo IIXV. Gruplar Arasında Ebeveynlerin Mizaç Puanlarının Karşılaştırılması ...	51
Tablo IIIXVI. Olgü Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Ebeveyn Mizaçlarının Karşılaştırılması	52
Tablo IVXVII. Gruplar Arasında Annelerin Ruhsal Belirti Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo VXXVIII. Olgü Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Annelerin Ruhsal Belirti Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması	54
Tablo XXIX. Gruplar Arasında Babaların Ruhsal Belirti Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
TabloXXX. Olgü Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Annelerin Ruhsal Belirti Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması	56
Tablo XXXI. Olgü Grubunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek Korelasyonu (Anne).....	57
Tablo XXXII. Olgü Grubunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek Korelasyonu (Baba).....	58
Tablo XXXIII. Olgü Grubunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Şiddeti ile Anne Mizacının Korelasyonu.....	58

Tablo XXXIV.. Olgu Grubunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Şiddeti ile Baba Mizacının Korelasyonu..... 59

Tablo XXXV. Olgu Grubunda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Anne-Baba Mizaçlarının Korelasyonu 59

Tablo XXXVI. Olgu Grubunda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Anne-Baba Psikiyatrik Belirti Düzeyinin Korelasyonu..... 60



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması

ÇEBDÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Ç-SDDÖ: Çocuk ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği

SCL-90-R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıklar El Kitabı

DSM-II: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-II

DSM-III: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III

DSM-III-R: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III- Düzenlenmiş

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV

DSM-IV-TR: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV- Düzenlenmiş

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5

FDA: Amerika Gıda ve İlaç Birliği

fMRI: İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

MR: Manyetik rezonans

NICE: İngiltere Sağlık ve Bakım Enstitüsü Tedavi Klavuzu

PFK: Prefrontal Korteks

SPECT: Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi

EKLER DİZİNİ.....

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu	99
EK 2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdive Yaşam Boyu Şekli	101
EK 3. Çocuk ve Ergenler İçin Algılanan Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği .	105
EK 4. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	109
EK 5. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R).....	111
EK 6. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A).....	115
EK 7. Etik Kurul Onayı	119
EK 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-Kontrol Grubu	120
EK 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu – Olgu Grubu	124

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan, çocuğun gelişim dönemiyle uyumlu olmayan dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile kendisini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Akademik işlevsellikteki sorunlar gibi sosyal işlevsellikteki bozulmalar birçok DEHB tanılı çocukta görülmektedir. Sosyal davranışlardaki yetersizlikler çocuğun akranları ve çevresi ile olan ilişkisini bozmaktadır (2). DEHB semptomları akranlar ve ebeveynler tarafından damgalanma ile popüler olamama gibi sorunlara neden olabildiği bildirilmiştir. DEHB tanılı çocukların yaşıtları ve erişkinlerle yaşadıkları çatışmalar daha az arkadaşla sahip olmalarına ve sosyal yalnızlaşmalarına neden olabildiği bildirilmiştir (3).DEHB tanılı çocuklar hastalığın çekirdek belirtilerinden kaynaklanan kurallara uymada ve sorumlulukları yerine getirmede zorluklar yaşamakta ve bu aile ilişkilerinde de çatışmalara yol açabilmektedir (4,5).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk ve gençlerin aile yapıları incelendiği zaman çoğunlukla kaotik aile yapısına sahip oldukları, bakım verenlerinden en az birinin ruhsal bir bozukluğa sahip olduğu ve bu olumsuz aile-çevre koşullarının var olan belirtileri kötüleştirmenin yanı sıra DEHB'nin etiyolojisinde de rol oynayabileceğini bildiren araştırmalar vardır (6).

Sosyal destek; insanın doğduğu andan itibaren olan ve yaşamının her döneminde gereksinim duyduğu bir temel bir ihtiyaçtır. Sosyal destek; genelde “kişinin sevildiğine, değer verildiğine, önemsendiğine ve karşılıklı yükümlülüklerin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi” şeklinde tanımlanmaktadır (7). Algılanan sosyal destek ise, kişilerin değer verdikleri ve değerlendirmelerini kendileri için önemli saydıkları kişiler tarafından sevildikleri ve değerli bulundukları yönündeki algıları olarak tanımlanmaktadır (8,9).

Sosyal desteğin varlığı, tüm fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların veya travma benzeri yaşanan olayların gidişatında düzeltici etmen olarak yer alır ve yokluğu ise risk etmenidir. Özellikle bir yetişkinin her zaman desteğine ihtiyaç duyulan çocukluk döneminde sosyal destek genel ruhsal durumu iyileştirmek için gereklidir. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklarda sosyal desteğin yararı büyüktür (10). Destekleyici sosyal

ilişkiler ve yakın kişisel ilişkilerin, fiziksel ve psikolojik sağlığı desteklediğini ve olumlu sağlık algısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Algılanan sosyal desteğe daha yüksek düzeyde sahip çocuk ve gençlerin, akranlarına nazaran daha az uyum sorunu sergiledikleri bildirilmiştir (11,12).

Anne-babalardaki psikiyatrik problemler, kalıtımsallığın dışında aynı zamanda ebeveynlik uygulamalarını da etkileyeceği için çocuk üzerinde önemlidir. Ebeveyn psikopatolojileri ve işlevselliğinin çocuklardaki DEHB semptomları ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir (13,14).

Ebeveyn psikopatolojileri ile ilgili çalışmalardan maternal depresyon ile çocuklardaki davranış bozuklukları arasındaki ilişki gösterilmiştir (15). Anksiyeteli annelerin, anne-çocuk etkileşimlerinde daha az sıcak ve daha az olumlu oldukları gösterilmiştir (16). Ayrıca ebeveyn kaygısı çocuklardaki davranış sorunları ile ilişkili bulunmuştur (12). Erken çocukluk dönemi davranış sorunları için annedeki depresif belirtiler risk etmeni olarak bildirilmiştir (17).

Mizaç, DSM-IV eksen I psikiyatrik bozuklukların çoğunluğunun aksine; yaşam boyunca nispeten stabil kalır ve kişinin tepkiselliğini, genel ruh halini ve enerjisini belirleyen temel biyolojik özelliktir. Mizaç, bazı psikiyatrik bozukluklar için bir diyatez (bedensel yatkınlık) olarak kabul edilir (18). Akiskal; affektif mizaçların (affective temperament) duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu belirtmiş ve beş temel afektif mizacı tanımlamıştır: depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl (sinirli) ve anksiyöz (19). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinin mizaç özellikleri araştırılmıştır (20). Annedeki iritabl mizacın, ebeveynlerdeki duygudurumu düzenleme bozukluğu nedeniyle olumsuz ebeveynlik tarzlarına neden olabileceği ve sonuç olarak DEHB semptomlarının daha şiddetli olabileceği gösterilmiştir (21). Depresif mizaçlı bir annenin, DEHB tanılı çocuklarında davranım bozukluğu belirtileri daha şiddetli bulunmuştur (20). Siklotimik mizaca sahip bir babanın DEHB tanılı çocuklarında daha fazla karşı olma karşı gelme belirtileri sergiledikleri gösterilmiştir (21). Ebeveyndeki olumsuz mizaç özellikleri ve ruhsal sorunlar, çocuklarına gösterdikleri desteği kısıtlayabilir ve bu özellikle psikiyatrik bozukluğu olup sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyan çocuklar için bir risk oluşturmaktadır.

Çocukluk çağında sık görülen DEHB tanısı varlığında, bu çocukların ebeveynlerinin psikiyatrik belirtilerinin ve mizaç özelliklerinin, DEHB semptomları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve çocuklardaki algılanan sosyal desteğin belirlenmesi, DEHB'ye yönelik koruyucu ve tedavi edici yaklaşımlarda bütünlük sağlanabilmesi için önemlidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) temel belirtileri dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik olan, erken çocukluk döneminde başlayıp sıklıkla ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam eden, akademik, sosyal ve iş yaşamı gibi birçok alanda problemler ile giden, nörogelişimsel bir bozukluktur (22). Ders çalışmama, unutkanlık, planlama yapma veya yerine getirmede zorlanma, dikkatini odaklama veya devam ettirmede güçlük yaşama gibi dikkat problemleri; sürekli koşturma, fazla konuşma, yerinde duramama, hareketli olma gibi aşırı hareketlilik sorunları; bekleyememe, araya girip söz bölme, tehlikeli işlere sık girme, sabredememe gibi impulsivite belirtileri ile ortaya çıkmaktadır (22,23).

Çocukluk çağında en sık karşılaşılan nörogelişimsel bozukluklardan biri olan DEHB davranış, duygu, biliş üzerine olumsuz etkileri nedeni ile akademik başarı ve sosyal alanlarda bozulmalarla gitmekte ve yaşamın ileri evrelerinde devam eden sorunlara yol açmaktadır (24). Yakın döneme kadar DEHB'in yalnızca bir çocukluk çağı bozukluğu olduğu düşünülürken, bu alanda yapılan çalışmalar göstermiştir ki çocukluk çağı DEHB olgularının %50-70'inde belirtiler erişkinlik döneminde de devam etmektedir (25).

2.1.2. Tarihçe

Dikkat Eksikliği ilk kez Rusyada, Dr.Melchior Adam Weikard tarafından gündeme getirilmiştir. Dr.Weikard, 1770 yılında yazdığı kitabının bölümlerinden birini dikkat eksikliğine ayırmıştır (26). Bunu takiben 1790 yılında İskoçyalı hekim Crichton, küçük çocuklarda dikkat sorunlarını gündeme getirmiştir (27).

Alman psikiyatrist Dr. Henrich Hoffman 1845 yılında yayınlanan *“The Story of Fidgety Philip (Kıpırdak Philip)”* şiirinde ilk kez dürtüsel delilik, kusurlu inhibisyon olarak nitelediği dikkat eksiliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik bulguları olan bir çocuğu ve bu çocuğun ailesi ile olan ilişkilerini anlatmıştır (28). İlk kez İngiliz bir çocuk doktoru olan George Still 1902 yılında dikkati devam ettirmede ve öz denetimde ciddi

sorunlar yaşıyan, sinirli, disiplin uygulamalarına karşı koyan, aşırı duygusal ve hırslı, dürtü denetiminin zayıf olması nedeniyle davranışlarının sonuçlarını ön görmeden hareket eden, çocukluk çağında bulunan 43 olgudan oluşan vaka bildirimini yayınlamış ve ‘ahlaki kontrolde bozukluk’ kavramını kullanmıştır (29). Bu tanımlamaya benzer şekilde 1.Dünya savaşı sırasında ortaya çıkan influenza salgını sonrasında hayatta kalan çocuklarda ortaya çıkan “ensafalitis laterjika” esnasında da Still’in tanımlamasına çok benzer şekilde aşırı hareketlilik, denge sorunları, öğrenme sorunları ve davranım bozukları ile karakterize semptomlar gözlemlendiği bildirilmiştir.

Doktor Strauss ise 1947 yılında aşırı hareketliliği, perseverasyonu ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda, bulguları daha sonra ortaya çıkan ve gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmiş ve bu klinik tabloyu “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak isimlendirmiştir (30). İlerleyen dönemde tespit edilebilen herhangi bir nörolojik bozukluğu olmayan bu çocuklar için, 1960’larda ise “Minimal Beyin Disfonksiyonu” tanımı kullanılmaya başlanmıştır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna ilk kez Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 2. sürümünde (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-II) (APA, 1968) yer verilmiş ve “Çocuklukta Hiperkinetik Reaksiyon” ifadesi ile tanımlanmıştır (31). Daha sonra 1980 yılında yayımlanan DSM-III’de ise “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” ifadesi ile yer almış olup hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği tip şeklinde ayrılmıştır. Bu tanımlamada dikkat eksikliği ve dürtüsellik vurgulanmıştır. İlk kez DSM-III-R’de (APA, 1987) ise güncel kullanımda olan “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” adıyla yer almıştır (32). Ruhsal hastalıklar tanı sınıflamasının 2000 yılında ki DSM-IV sürümünde ise dikkat eksikliğin baskın olduğu, aşırı hareketlilik dürtüsellğin baskın olduğu ve birleşik tip olmak üzere 3 alt başlıkla DEHB yeniden adlandırılmıştır (33).

Ruhsal hastalıklar tanı sınıflamasının güncellenen el kitabı olan DSM-5’de (APA,2013) DEHB, daha önce tariflenen belirtileri aynı kalmakla birlikte “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında tanımlanmıştır. İsim olarak üç alt tip yerine “görünüm” ifadesi tercih edilmiştir. Bunun yanı sıra DEHB belirtilerinin başlama yaşı 7 yaştan 12 yaşa çekilmiş, yetişkinlerde semptom eşiği azaltılmış ve ayrıca “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” dışlama kriterlerinden çıkarılmıştır (APA 2013).

2.1.3. Epidemiyoloji

Alan yazın incelendiğinde DEHB görülme sıklığı konusunda yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar bildirildiği, bu durumun da çalışmalardaki yöntemlerin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (34,35).

Polanczyk ve arkadaşları tarafından yapılan bir metaanaliz çalışmasında, 1978-2005 yılları arasında yapılmış olan 102 çalışma incelenmiş ve dünya çapında DEHB prevalansı 18 yaş altında %5,2 ve okul çağı çocuklarında %6 olarak tespit edilmiştir (36). Yine Polanczyk ve arkadaşlarının 1997-2007 yılları arasında yapılan 71 çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışmasında çocukluk çağında DEHB sıklığını %0,2-%27 gibi değişen oranlarda bildirilmişlerdir (37). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tüm çalışmaları gözden geçirerek çocukluk çağında tüm dünyada DEHB prevalansının uygulanan tanı kriterlerine ve çalışılan örneklem grubuna bağlı olarak %2-18 oranında olduğunu belirtmektedir (22).

Türkiye’de yapılan DEHB prevalans çalışmalarını incelediğimizde diğer ülkelerde olduğu gibi birbirinden farklı sonuçların bildirildiği gözlenmektedir. Sivas ilinde 2004 yılında 6-15 yaş arası çocuklarla yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %8,1 olarak bildirilmiştir. Yakın dönemde İzmir ilinde(2013) yapılan geniş tabanlı DEHB prevalans çalışmasında, 16 farklı okuldan 8-12 yaşları arasında 1455 çocuğun katıldığı 4 yıllık boylamsal değerlendirmesi ile DEHB oranı %12 olarak bulunmuştur (38). Ülkemizde 30 farklı şehirde ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarda 5830 çocuğun katıldığı Türkiye Çocuk Ruh Sağlığı Epidemiyoloji Çalışmasında (EPICTAT-T) ise DEHB prevalansı %12,8 olarak saptanmıştır (39).

Cinsiyet temelli yapılan araştırmalarda DEHB’nin erkeklerde, kızlara oranla daha yaygın olduğu görülmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun her iki cinsiyette görülme şekli ve sıklığını inceleyen çalışmalarda erkeklerde kızlara oranla daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Toplumsal tabanlı değerlendirmelerde DEHB E/K oranı 1/1 ile 3/1 iken, psikiyatri kliniklerine başvuran hastaların değerlendirmelerinde bu oran 9/1’e kadar arttığı bildirilmektedir (40). Yurt dışında yapılmış olan bir çalışmada hiperaktivite baskın tip için E/K oranı 4:1, dikkatsizlik baskın tip için ise 2:1 olarak bulunmuştur (41). Polanczyk ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları toplum örneklemleri bir çalışmada da E/K oranı 3:1, klinik örnekleme ise 8-9:1 olarak tespit

edilmiştir (42). Ülkemizde yapılan toplum temelli çalışmalarda DEHB tanısı alan okul çağı çocuklarda ise erkek:kız oranı 3,23:1 olarak bildirilmiştir (43).

2.1.4.Etiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyopatogenezinde genetik, doğum ve çevresel birçok farklı etkenin yer aldığı, nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (44,45).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik, frontostriatal/yönetici işlev bozukluğu ve katekolaminerjik sistem disfonksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkabildiğine dair üç hipotez öne çıkmaktadır (46–48). Yapılan yapısal ve fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları, hayvan çalışmaları ve noradrenerjik etkinliği olan ilaçlara yanıt çalışmalarında gösterildiği gibi serebral kortekste katekolamin metabolizmasındaki dengesizlik durumunun DEHB etiyolojisinde birincil rol oynadığı bununla birlikte çeşitli çevresel faktörlerin de ikincil rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (49–51).

2.1.4.1.Genetik Faktörler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilgili aile, evlat edinme, ikiz ve moleküler genetik alanındaki yapılan çalışmalar, DEHB'in temel nedeninin genetik olduğunu göstermiştir. Genetik temele yönelik yapılan ilk araştırmalarda; DEHB tanılı olgular anne-baba ve kardeşlerindeki DEHB riski yönünden sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında 2-8 kat daha fazla risk artışı bulunmuştur (52,53). Bu alanda tek yumurta ikizleri ile yapılan bir araştırmada DEHB'in kalıtsallığı bütün ruhsal hastalıklar arasında en yüksek olacak şekilde %76 olarak belirlenmiştir (54). Başka bir çalışmada da DEHB belirtileri için konkordans tek yumurta ikizlerinde %59-92 iken, çift yumurta ikizlerine bakıldığında ise %29-42'dir (53).

Yazındaki aile çalışmaları incelendiğinde, DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynlerinde, evlat edinen ebeveynlere göre DEHB ve ilişkili bozukluk bulunma oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (25). Ayrıca aile ile yapılan DEHB çalışmaları DEHB'nin, aile bireyleri arasında, belirgin olarak da kardeşler arasında yaygın olduğunu göstermektedir.

Moleküler genetik alanında yapılan araştırmalarda Dopamin Taşıyıcı Protein 1 (DAT1) ve Dopamin Reseptör 4 (DRD4)'ün kodlandığı genler ile DEHB arasında bir baę bulunmuştur. DRD4, reseptör bağlanması ve dñzenlenmesi ile ilişkili iken; DAT, psikostimñlan tedavide ilaçların hedefi olan alan ile ilişkilidir (55). Dopamin D5 Reseptör (DRD5) ile ilgili ęalıřmalar olmakla birlikte görevi net değildir (56).

Serotonin rolñnñ inceleyen araştırmalarda ise veriler tutarlı değildir. Bazılarında DEHB serotonin geni ile ilişkili iken, HTR-1B ve HTR-2A gibi serotonin reseptör genlerinin de önemli olduğuna dair veriler mevcuttur (57). Etiyopatogeneze ilişkin Dopamin Beta-Hidroksilaz ve Mono-amino-oksidaz(A-B) genleri ile ęalıřmalar da mevcuttur (58,59).

Ayrıca DEHB ile ilişkili olan diğer genler ise; synaptosomal-associated protein 25 (SNAP-25) geni (60), norepinefrin taşıyıcı (NET1) geni (61), tirozin hidroksilaz geni (62), dopa dekarboksilaz geni (63) ve katekol-o-metil transferaz (COMT) genidir (64).

DEHB ilişkili aday genlerle ilgili yapılan ęalıřmalara bakıldığında her bir gen için bozukluk geliştirme riskinde artış minimaldir (54). Ayrıca '*tñm genom tarama ęalıřmaları*' olarak adlandırılan tñm genomun tarandığı ęalıřmalarda mevcut bilgilere ek yeni polimorfizmler saptanmamıştır (65). Yñksek kalıtsallık ile tñm genom tarama ęalıřmalarındaki olumsuz sonuçları arasındaki bu açık ęeliřki, araştırmaları alternatif etiyolojik hipotezler için teşvik etmiştir. Bir olasılık da, bozukluğun genetik ve ęevresel faktörler arasındaki etkileşimden (epigenez) kaynaklandığıdır (66).

Epigenetik hipoteze örnek olarak intrauterin hayatta nikotine maruz kalma ile DAT1 ve DAT4 genlerinin varyasyonları ile DEHB riskinde artış verilebilir (66).

2.1.4.2. Çevresel Faktörler

Genetik yanı güçlü olsa da monozigotlardaki eş hastalanımın %100 olmaması, DEHB etiyolojisinde ęevresel faktörlerin rolñ olduğunu göstermektedir (67,68). Bu alanda yapılan ęalıřmalar pek ęok ęevresel risk faktörñnñ olduğunu göstermekle birlikte bu faktörleri prenatal, perinatal, postnatal olarak 3 grupta incelemektedir.

Gebelikte nikotin ve alkol kullanımı, toksemi, eklampsi, annenin yaşı, uzamış doğum eylemi, prematürite, postmatürite, fetal distres, antepartum hemoraji, düşük doğum ağırlığı, tiroid hormon eksikliği, çocuğun anne sütü alım süresinin kısalığı, DEHB gelişimi için risk taşıdığı düşünülen durumlardır (69). Ayrıca çocukluk çağı viral enfeksiyonları, menenjit, ensefalit, kafa travmaları, epilepsi, toksinler ve ilaçlar da DEHB gelişimine katkısı olabilecek nedenler arasında gösterilmektedir (25,70). Yapılan çalışmalarda 10 µg/dL'nin üzerindeki seviyelerde kurşun maruziyetinin, düşük serum serbest yağ asidi düzeylerinin ve düşük çinko düzeylerinin de DEHB gelişimi ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (71–73). Yazın incelendiğinde DEHB semptomlarının ağırlığı ile demir eksikliği arasında da ilişki olduğu, düşük serum demir düzeyi tespit edilen hastalarda demir tedavisi yapıldığında semptom şiddetinde azalma olabileceği bildirilmiştir (74).

Beslenmenin DEHB etiyolojisindeki rolü tartışmalıdır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok şeker, yapay gıdalar, katkı ve koruyucu maddeler, dondurulmuş gıdalar üzerine olmakla birlikte halen bulgular kontrollü çalışmalarla kanıtlanamamıştır (75,76).

Yazın incelendiğinde, ebeveynlik tarzı, erken duygusal yoksunluklar, evlat edinilme, ebeveynin antisosyal davranışları ve anne depresyonu da DEHB ile ilişkili bulunduğu gözlenmiştir. Erken yaşam ihmallerinin kortikal gelişimin erken dönemlerinde dikkat ile ilgili sahaların işlevlerinde kayıplara neden olabildiğini de yazın da değinilmiştir.

Bazı araştırmalar DEHB olan çocuklarda ebeveyn psikiyatrik bozukluklar ve eşlik eden davranım bozukluğu (DB) semptomları arasındaki ilişkiyi analiz etmiştir. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu erken çocukluk döneminde belirli psikiyatrik bozukluklar için iyi bilinen bir risk faktörü olan ebeveyn depresyonuna odaklanmıştır (12,77,78).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olan çocuk ev gençlerin ebeveynlerinin mizaç özelliklerini araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Affektif mizaç araştırmada en çok kullanılan modellerden biridir; depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve endişeli: beş ana afektif boyut ile karakterizedir. Anne irritabl mizacın ebeveynlerin duygu düzenleme bozukluğu nedeniyle olumsuz ebeveynlik tarzlarına

neden olabileceği ve sonuç olarak DEHB semptomlarının şiddetlenmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Sağlıklı çocukların ebeveynlerinin affektif mizaç özellikleri DEHB'li çocukların ebeveynleri ile kıyaslandığında kıyaslandığın da daha fazla iritabl mizaç özelliği göstereceği düşünülmüştür. Siklotimik mizaç özelliklerinin, ebeveynlerin ebeveynlik görevlerini organize etmede zorluk çekmesi ve çocuklarda davranışsal problemlerin gelişmesine yol açabilecek daha işlevsiz bir ebeveynlik tarzı kullanmalarına neden olduğu ileri sürülmektedir.

2.1.4.3.Nöroanatomik Faktörler ve Beyin Görüntüleme Verileri

Tarihsel süreçte prefrontal korteks zedelenmesi sonrası DEHB benzeri semptomların ortaya çıkması ve nöropsikolojik bataryalarda yürütücü işlevlerle eksiklikler saptanması ilgiyi bu bölge üzerine çekmiş ve DEHB'in etyolojisinde beynin yapısal bozuklukları olabileceğini düşündürmüştür (79). Prefrontal korteksin, dikkati sürdürme, dürtü denetimi, amaçların belirlenmesi, davranışların duygularla birlikte düzenlenip değerlendirilmesi gibi fonksiyonları vardır (80).

İlerleyen dönemde yapılan çalışmalarda DEHB'li bireylerde fronto-striatal-serebellar döngüde bir bozukluk olduğu düşünülmüş ve yapılan çalışmaların çoğunluğu da bu görüşü desteklemiştir (81).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı bireylerin anatomik olarak talamo-kortiko-striatal devrelerle ilişkili olan yürütücü işlevler ve inhibitör kontrollerde bozulmalar görülmektedir. Kortiko-striato-talamiko-kortikal devrelerde aktiviteye GABA aracılık eder ve katekolaminler (dopamin ve norepinefrin) tarafından modüle edilir (69).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etyolojisine yönelik yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, kontrol grubuna göre bazı bölgelerin hacmi daha düşük bulunmuştur. Bu bölgeler: prefrontal korteks, kaudat nukleus, globus pallidus, korpus kallosum ve serebellum (82,83).

Bir MRI çalışmasında DEHB tanılı grupta serebral volümün, kontrol grubundan ortalama %8.3 daha küçük olduğu ve özellikle sol frontal lobda belirgin olmak üzere beyaz cevherde azalma olduğu tespit edilmiştir (84).

İşlevsel düzeyde incelendiğinde, yapılan işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında DEHB'li bireylerde beynin dikkat, yürütücü işlevler, çalışma belleği, motor kontrol, yanıt ketlemesini ve ödül gibi bilissel fonksiyonlarla ilişkili bölgeleri olan dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC) ve ventrolateralprefrontal korteks' (VLPFC)in işlevlerinde bozulmalar olduğu tespit edilmiş ayrıca dorsal anterior singulat kortekste (dACC) de aktivite azalması olduğu görülmüştür (85–88).

Pozitron emisyon tomografi (PET) yöntemi ile yapılan bir çalışmada DEHB tanılı hastalarda, serebral alanlarda yaygın bir metabolizma azalması gösterilmiş olup, bu hastalara psikostimülan tedavisi sonrası PET ile bakıldığında ise tüm frontal bölgelerde hem metabolizma hem de kanlanmada artış bulunmuştur (81,89).

Uzun dönem inceleme ile yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı alan çocuklarda sağlıklı kontrollere göre kortikal matürasyonda bir gecikme olduğu, bu gecikmenin de özellikle dikkat üzerinde etkili lateral prefrontal alanda belirgin olduğu gösterilmiştir (90).

2.1.4.4.Nörofizyolojik Veriler

Epilepsi ve DEHB birlikteliğinin incelendiği bir derleme çalışmasında, DEHB tanılı olgularda %5 civarında epileptiform deşarj saptanmıştır (91). Bu durumun, nöronal sistemde gelişmeyi bozarak bilişsel alanda sorunlara neden olabileceği ileri sürülmüştür (91). Elektroensefalografilerde (EEG) görülen yaygın nonspesifik değişikliklerin ve epileptiform aktivitenin DEHB tanılı bireylerde geçici veya kalıcı kognitif bozukluğa ve davranışsal sorunlara sebep olabileceği düşünülmektedir (25,92).

2.1.4.5.Nörokimyasal Etkenler

Alan yazın incelendiğinde dopamin, noradrenalin ve serotonin DEHB etiyolojisinde öne çıkan nörotransmitterler olarak araştırılmaktadır.dopaminin daha çok dikkat süreçleri ile, noradrenalinin davranış sorunları, hiperaktivite ve dürtüsellik (i)le, serotonin aktivitesinin ise DEHB'nin agresyon, dürtüsellik ve seçici dikkat özellikleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (54). Bunun yanı sıra Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalin düzeylerinin optimal olması, yürütücü işlevler gibi prefrontal korteks işlevleri için gerekli olduğu

bildirilmektedir (93). Bu nedenle DEHB'in temelinde katekolaminerjik disregölasyon olduğu düşünölmektedir (69).

Deneysel bir çalışmada ratlarda; prefrontal korteksteki norepinefrin ve dopamin sistemleri arasındaki dengenin bozulmasının DEHB patogenezeine katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (45). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların dopamin taşıyıcısı (DAT) üzerinden olan etkisi, araştırmacıların DAT üzerine odaklanmasına neden olmuştur (94). Görüntölleme alışmaları karşılaştırıldığında DEHB tanısı olan hastalarda özellikle striatumda DAT yoğunluğunun artmış olduğu sonucunda varılmış (94), artmış DAT seviyesi ölçümünün DEHB tanısında kullanılabileceği öne sürölmüştür (94).

İşleyen bellek ve inhibitör kontrol gibi ileri düzey bilişsel fonksiyonlardaki prefrontal korteksin işlevi ve noradrenalin düzeylerini etkileyen tedavilerin bilişsel fonksiyon üzerindeki etkileri göz önünde bulundurarak noradrenalinin DEHB nörobiyolojisinde önemli olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde DEHB'nin pek çok nörotransmitterin etkilenmesiyle ortaya çıkan bir bozukluk olduğu belirtilmektedir (81,87).

2.1.5.Klinik Özellikler ve Tanı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üç temel belirtisi; dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Klinik belirtileri ile konulmaktadır. Klinik değerlendirme yapılırken belirtilerin yaygınlığı (ev ve okul gibi birden fazla ortamda görölür) ve sosyal, akademik veya mesleki becerilerde klinik olarak önemli bozulmaların açık kanıtları kadar, çocuğun gelişim evresi de göz önünde bulundurulmalıdır. DEHB tanısı ocuk ve aile ile yapılan görüşmeler, öğretmen ve ebeveynlerin doldurduğu ölçekler, yapılan psikiyatrik muayene ve gözlem ile klinik olarak konulmakta olup DEHB'e özgü herhangi bir laboratuvar tetkiki veya bir test bulunmamaktadır (95). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun klinik tanısının konabilmesi için genellikle, aşağıda sıralanmış olan DSM-5 tanı ölçütleri takip edilmektedir.

Tablo 1. DSM 5'e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA, 2013)

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1-Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve

erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.

b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

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

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

f.Çoğu kez, aşırı konuşur.

g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h.Çoğu kez, sırasını bekleyemez.

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

B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

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

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

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Görünüme göre kodlama:

1-Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

2-Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak

A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

3-Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

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

O sırada ki ağırlığı:

Ağır olmayan: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayanla” “ağır” arasındadır.

Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar(96).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olarak semptomlar bebeklikten itibaren hiperaktivite şikayetleri olarak başlamakta, işlevsellikte sorunlar ve psikososyal belirtiler okula başlama döneminde daha çok belirgin hale geldiği ileri sürülmüştür (97) . Yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuklarda işlevsellikte bozulma ve psikososyal sorunlar incelendiğinde DEHB tanılı çocukların kontrol gruplarıyla kıyaslandığında daha fazla oranda akademik başarısızlık ve sınıf tekrarı yaşadıkları bildirilmektedir (98).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların %80'inin ergenlik döneminde ve %30-65'inin erişkin dönemde de DEHB belirtilerini taşımaya devam ettikleri bildirilmiştir (99). Ergenlik döneminde özellikle plan yapma, akademik alanda sorunlar, unutkanlık, dikkatsizlik ve organizasyon sorunları öne çıkmaktadır (100). Bir çalışmada ergen DEHB tanılı grupta, sağlıklı gelişim gösteren gruba göre suça karışma, davranım sorunları, alkol madde kullanımı gibi sorunların daha fazla olduğu bildirilmiştir (101).

Yetişkinlik döneminde DEHB tanısının devam etmesinde belirti şiddeti, bozukluğun süresi, ailesel ve çevresel özellikler ile bilişsel gelişim düzeyinin etkili

olduğu belirtilmektedir (102). Çocukluk döneminde eşlik eden karşı olma karşı gelme bozukluğu ileriki yaşamda DEHB tanısının sürekliliği açısından daha yordayıcı olduğu ileri sürülmüştür (103). Yetişkinlik döneminde DEHB tanısı alan hastalarda eş tanı sıklığının arttığı, hastaların işlevselliğinin ciddi oranda etkilendiği ve hastaların genellikle DEHB dışı psikiyatrik bozuklukların belirtileri ile polikliniğe başvurduğu görülmektedir (90).

2.1.6.Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Birçok araştırmada DEHB'nin başka ruhsal hastalıklarla birlikte olabileceği gösterilmiştir (93).

Yapılan çalışmalarda DEHB'nin daha çok motor koordinasyon sorunları (%50) ve öğrenme-dil bozuklukları (% 25-35) olmak üzere daha düşük oranda da tik bozuklukları (%2-4) gibi nörogelişimsel bozukluklar ile görüldüğü belirtilmektedir (93,104).

2.1.7.Ayırıcı Tanılar

Okul öncesi dönemde mevcut hiperaktivite belirtisinin, DEHB'nin bir belirtisi mi yoksa çocukluk çaığında yaşanan ve içinde bulunulan normal bilişsel gelişim döneminin bir özelliği olup olmadığının ayırt edilmesi önemlidir (26). Eğer şikayetler geçici değil kalıcı ise bu DEHB'nin bir semptomu olduğu lehinedir. Öğrenme bozukluklarının bir parçası olan akademik başarısızlık sadece bu alanda kendini gösterirken, DEHB'de bulgular daha geniş bir zeminde kendini göstermektedir. Benzer ilişki mental geriliklerde de geçerli iken bu noktada önemli olan değerlendirmenin takvim yaşına göre değil zihinsel gelişim yaşıyla kıyaslanarak yapılmasıdır. Yıkıcı davranım bozukluklarının bir parçası olan davranım bozukluklarında dikkat sorunları ve irritabilite görülse de bunun yanında ek bir tanı konulabilecek kadar şiddetli değildir. Uyum bozukluklarında DEHB'yi taklit edebilecek bulgular yer alabilmekle beraber şikayetlerin süresi genelde altı aydan uzun olmamakta ve görülme yaşı olarak da daha ileriki yaşlarda kendini göstermektedir(97). Bir diğer önemli nokta da DEHB'ye eşlik eden ders başarısızlıkları ve akran ilişkisi sorunlarına ikincil olarak gelişebilecek depresyon ile birincil depresyonun ayırt edilmesidir. Bipolar bozukluk için de belirtilerin süreklilik göstermeyip dönemsel olması ve öyküde şikayetlerin gelişimsel olmayıp genelde geç

çocuklukta başlaması DEHB'den ayırt edicidir. Bunların dışında diğer psikiyatrik bozukluklardan otizm spektrum bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu da ayırıcı tanı da düşünülmesi gerekir. Ayrıca hipertiroidizm, madde kullanımı, çevresel ağır metaller (kurşun, çinko) maruziyet, kortikosteroid, antihistaminik, antiepileptik benzeri ilaç kullanımları da ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken durumlardır (22,31,43).

2.1.8.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

Tedavide medikal seçenekler ve davranışsal müdahaleler kullanılmaktadır. Bu iki seçeneğin kombine olarak kullanıldığı müdahaleler ise en etkin tedavi şekli olarak belirtilmiştir (105).

Alan yazın incelendiğinde, DEHB'nin çekirdek semptomlarının tedavisinde psikostimülan ilaçların etkinliği ve davranışsal müdahaleler konusunda tutarlılık göstermektedir. Farmakoterapi çoğu çocuk için etkilidir. Davranışsal müdahaleler ise, hedeflenen sonuçların ve ailesel koşulların doğasına bağlı olarak, birincil tedavi olarak veya yardımcı tedavi olarak değerlidir (105).

2.1.8.1.İlaç tedavisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde birincil tercih psikostimülan ilaçlardır. Yapılan bir çalışmada DEHB tanısı almış çocukların %73-77'si stimülan ilaçlara olumlu cevap vermiştir (106). Bu ilaçların hem etkinliği hem güvenilirliği birçok çalışmada gösterilmiştir (107–109).

Metilfenidat, ülkemizde DEHB tedavisinde tercih edilen uyarıcı ilaçlar içerisinde onay almış tek ilaçtır. Etki büyüklüğü için yapılan araştırmalarda yaklaşık 0,9 olark bulunmuştur (110). Metilfenidatin etki mekanizması dopamin ve noradrenalinin hücre içine geri alımını sağlayan sistemin inhibe edilmesidir. Bunu yaparak dopamin (DA) ve noradrenalinin (NA) sinaptik aralıkta artışını sağlar. Bu temel mekanizmanın yanında monoamin oksidaz (MAO) enzim inhibisyonu ile NA ve DA'nın metabolize edilmesini azaltır (93).

Uyarıcı olmayan ilaçlar içinde DEHB sağaltımında kullanılan FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayı almış ilaç olan atomoksetin, noradrenalinin hücre içine

geri alımını engelleyerek etki gösterir (93). Ayrıca yapılan çalışmalarda prefrontal alanda DA ve NA'nın taşıyıcı proteinin aynı olması sebebiyle bir miktar DA seviyesinde de yükselmeye neden olduğu gösterilmiştir (111). Etki büyüklüğü için yapılan araştırmalarda ise 0,6-0,8 arasında oranlar bildirilmiştir (112). Eşlik eden kaygı bozuklukları, tik bozukluğu veya aktif madde kötüye kullanımı olan durumlarda psikostimülanlara göre öncelikli olarak tercih edilebilir (113).

2.1.8.2. Psikososyal müdahaleler

Psikososyal müdahaleler; aile eğitimleri, zor durumlarda tutum yönetimi becerileri, okulla yapılan görüşmeler, kognitif davranışçı teknikler, oyun terapisi temelli yaklaşımları içermektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri üzerine davranışsal müdahalelerin etki boyutu, uyarıcı ilaçlarınkinden daha küçüktür (114). Tüm bu tekniklerin ortak hedefi, hem yıkıcı davranışların azaltılması hem de ebeveynlere bu problemlerle baş etme becerilerinin verilmesidir. Ayrıca; DEHB'deki sosyal eksikliklerle ilgili bir meta analizde bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) bireylerin sosyal yeterliliğini artırabileceği bulunmuştur (115).

2.1.9. Kliniğe Eşlik Edebile Sosyal Sorunlar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri olan çocukların sosyal alanda sorun yaşadıkları ve akranları tarafından reddedilme, daha az arkadaşlık kurabilme, daha az sevilme gibi akran ilişkilerinde gelişen zorlukları sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla yaşadıkları bildirilmektedir (116). Hoza ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sosyal sorunların ana tanısal özellikler arasında olmamasına rağmen DEHB olan çocuklarda oldukça yaygın olarak görüldüğünü ve zaman içerisinde kalıcılık gösterdiğini ileri sürmektedir (117). Bunun yanı sıra Normand ve arkadaşları tarafından DEHB tanılı çocuklar ve sağlıklı kontrollerle yapılan bir başka çalışmada da DEHB tanılı çocukların daha kalitesiz arkadaşlıklar kurduğunu, okul dışında arkadaşları ile daha az iletişim sağladığını ve avutmak, desteklemek, paylaşmak, olayları başkasının bakış açısından görebilmek gibi empati ve karşılıklılık becerilerini daha az gösterdiğini bildirmiştir (118). Ayrıca DEHB tanılı çocuklarda eşlik eden sosyal sorunların zamanla kalıcı hale geldiği, sosyal becerilerin ve öz-düzenleme becerilerinin gelişmesini de engellediği bildirilmiştir (119).

2.2. Mizaç

2.2.1. Tanım ve Genel Özellikler

Mizaç, duygusal uyaranlara yapısal olarak doğuştan gelen özellikler ile tepki gösterme olarak tanımlanmaktadır. Karakter ise bireyin nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen deneyimleridir (120,121). Başka bir tanıma göre ise mizaç, bireyin davranış tarzındaki bireysel farklılıkları gösteren yapısal özelliklerdir (122). Mizaç, kişinin nispeten kalıcı olan biyolojik yapısını ifade eder ve gelişim dönemleri boyunca görece sabit olduğu belirtilmektedir (123). İlimli düzeydeki bu sabitliğe karşın mizacın davranışsal edimsel koşullanma yoluyla değiştirilebileceği ileri sürülmüştür (124).

Alanyazında, mizacın biyolojik yönden doğuştan gelen yatkınlık ve otomatik davranışsal veya duygusal tepkilerle belirlendiği öne sürülmektedir. Buna karşın karakterin, deneyim ile öğrenilen özellikler üzerinde gelişmekte olup doğuştan gelen özellikler ile düzenlenebildiği belirtilmektedir (121,125). Mizaç sosyal öğrenme ve kültürden bağımsız iken, karakter zayıf ve/veya güçlü olarak toplumsal kurallardan etkilenebildiği ileri sürülmüştür (126). Ayrıca, mizaç temelli davranışlar otomatik olabilirken karakter ile hedef veya değer odaklı davranışların belirlenebildiği bildirilmiştir (127).

Mizaç türlerinin kavramsallaştırılması ve klinik uygulamada yer almasının sağlanması ilk kez Kraepelin tarafından olmuştur. Kraepelin; depresif tip, manik tip, irritabl tip ve siklotimik tip olmak üzere dört temel mizaç türünün olduğunu ve bu mizaç türlerinin bipolar bozukluk hastalarında premorbid özellik olarak sıklıkla gözlemlendiğini öne sürmüştür (128). Yazında çocuklarda mizaç ile ilgili ilk bulgular, uzunlamasına yapılan bir çalışmadan elde edilmiştir. Bu çalışmada 2-3 aylık veya daha büyük bebeklerin ebeveynlerinden davranış değişimleri ile ilgili belirli aralıklarla bilgi edinilmiş; olumlu-olumsuz duygulanımın hakim olduğu etkinlik düzeyi, cevap yoğunluğu, cevap eşiği, sebat etme, yeni uyaran karşısında içe çekilme veya yaklaşma, yeni tecrübelerle ayak uydurabilme, kolay yatıştırılabilirlik ve biyolojik işlevlerin düzenliliği olmak üzere mizacın dokuz boyutu tanımlanmıştır (129). Başka bir çalışmada ise duygusallık, motor aktivite, sosyallik ve dürtüsellik mizaç özellikleri

tanımlanmış, bu özelliklerin çocukluk boyunca tutarlı olması ve erişkinlikte de devam etmesi gerektiği bildirilmiştir (130).

Cloninger, kişiliğin mizaç ve karakter boyutlarından oluştuğunu ve kalıtılabilir olması, erken gelişim döneminde ortaya çıkması ve hayat boyu devam etmesi sebebiyle mizacın kişiliğin biyolojik yönü olduğunu öne sürmüştür (121). Cloninger'e göre Yenilik Arayışı, Ödül Bağımlılığı, Zarardan Kaçınma ve Sebatkarlık olmak üzere dört temel mizaç boyutu bulunmaktadır. Gelişimin erken dönemlerinde bu boyutlar öfkelenme, korku, hükmetme duyguları ile kendisini gösterebilirken sonraki dönemlerde sevgi, beceriklilik gibi daha karmaşık ikincil duygular mizaç temelinde gelişmektedir (120). Bu mizaç özelliklerinin nörotransmitter sistemleriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Mizacın Yenilik arayışı boyutunun düşük dopaminerjik aktivite ile, zarardan kaçınma boyutunun ise yüksek serotonerjik aktivite ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Bunun yanı sıra ödül bağımlılığının düşük noradrenerjik, sebatkarlığın ise glutamaterjik aktivite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (21,121). Mizacı oluşturan özelliklerin genetik olarak %40-60 oranında kalıtılabilir oldukları ancak tek bir genetik faktöre bağlı olmadığı bildirilmiştir (131).

Mizacın boyutların biri olan Yenilik arayışı; yeni şeyler keşfetmeyi sağlayacak şekilde ödül arayışı, cezadan kaçınma ve heyecana yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. Bu özelliği yüksek olan kişiler telaşlı, meraklı, kolay sıkılan ve dürtüsel kişilerdir. Zarardan kaçınma ise davranışsal inhibisyon ile ilişkilidir ve temkinli, dikkatli, utangaç, cesaretsiz, pasif ve karamsar kişilik özelliklerini beraberinde getirmektedir. Zarardan kaçınma özelliği düşük olan kişiler daha rahat, cesur, sakin ve iyimser görünebilirler (120,132,133). Ödül bağımlılığı ise diğer insanların onayına bağlı olma, aşırı duygusallık, sevecenlik, sosyallik ve duyarlılık özellikleri ile ilişkilidir. Ödül bağımlılığı mizaç boyutu düşük olan kişiler mesafeli, duyarsız olabilirler ve genel olarak yalnız kalmaktan memnundurlar (121,134). Sebat etme boyutu ise Cloninger'in modelinde önceden ödül bağımlılığı içerisinde yer almasına rağmen daha sonra ayrı bir boyut olarak yer almıştır. Sebat etme özelliği yüksek kişiler ödül yokluğu durumlarında bile davranışlarını sürdürebilirler. Bu kişiler yorgunluk, engellenme gibi durumlara rağmen kararlı, çalışkan ve üretken olmaya devam edebilirler. Sebat etme özelliği olmayan kişiler işleri daha yavaş yapma eğiliminde olup gönüllü olarak nadiren bir işe başlarlar.

2.2.2. Afektif Mizaç

Afektif mizaç, araştırmalarda en sık kullanılan mizaç türlerinden bir tanesi olup Akiskal tarafından 1987 yılında öne sürülmüş, afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temeli olduğu düşünülmüştür (17). Akiskal'a göre, afektif mizaçlar duygudurum bozukluklarında önemli rol oynamaktadır ve bipolar bozukluğun etiyolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkilidir (135). Bununla birlikte, mizaç düzensizliklerinin subafektif yelpaze tanımı ile açıklanabileceği ve mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkinin "silik bipolarite" yelpazesi altında tanımlanabileceği öne sürülmüştür (136). Afektif mizacın boyutları normallikten patolojiye kadar uzanan bir yelpaze içinde uzanmakta ve duygudurum bozuklukları için bir yatkınlık belirteci olarak görülmektedir (137). Bununla birlikte afektif mizacın, çeşitli psikiyatrik sorunların subklinik çeşitlerini yansıttığı düşünülmektedir (21).

Afektif mizaç boyutları, bir hastalığın kriterlerini tam olarak karşılayan bir patoloji olarak görülmemekte, tedavi gerektirmediği düşünülmektedir. Ancak, afektif mizacın bipolar bozukluğa geçişte ara basamak olabileceği ve genetik olarak aktarılabilirdiği öne sürülmektedir (138). Bir gözden geçirme çalışmasında, hafif görünümünün sorun oluşturmadığı ancak şiddetli belirtilerin depresyon, anksiyete gibi bozukluklara yol açabileceği bildirilmiştir (136). Ayrıca bir çalışmada bipolar bozuklukta hastalık şiddeti ve atak özellikleri ile afektif mizacın ilişkili olduğu bulunmuştur (137). Hastalığın erken başlaması, ailesel geçiş, manik kayma ve atakların sık tekrarlamasının başta siklotimik ve hipertimik mizaç olmak üzere afektif mizaç boyutları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (17).

Akiskal, "Siklotimik, İrritabl, Anksiyöz, Depresif ve Hipertimik Mizaç" olmak üzere beş farklı mizaç türü belirlemiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlıklı popülasyonda afektif mizaç türlerinin görülme oranları araştırılmış; siklotimik mizaç %1.7, iritabl mizaç %3.7, anksiyöz mizaç %3.7, depresif mizaç %3.1, hipertimik mizaç %1.2 oranında bildirilmiştir (M14-16). Depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç kadınlarda daha sık görülmekte iken erkeklerde hipertimik ve iritabl mizacın daha belirgin olduğu bildirilmiştir (139) .

Siklotimik mizaç özelliği gösteren bireyler genellikle duygusal-davranışsal olarak bir uçtan diğer uca sürekli kayma eğilimi gösterirler. Kısa süreli, nadiren

ötiminin olduğu döngüler ve duygusal-davranışsal görünümeler arasında ani geçişler bu boyutun sık görülen özelliğidir. Öznel olarak bitkinlik veya cansızlıktan öforik duruma, kötümserlikten iyimserliğe, zihinsel konfüzyondan yaratıcı düşünceye ve kendine güven azlığından aşırı kendine güvene ani geçişler olabilir. Davranışsal olarak ise aşırı uyuma/uyumama, üretkenlikte değişkenlik, içe dönüklük/çok konuşma gibi özellikler arasında sık geçiş gözlenebilir (Akiskal1987).İrritabl mizaç; çoğunlukla karamsar olma, çabuk kızma, aşırı eleştirme ve şikayet etme, istenmediği halde sıkıntı verme, yerinde durmama, dürtüsellik, aksi şakalar yapma, derin düşüncelere dalma gibi özellikler ile karakterizedir. Bu mizaç türü antisosyal kişilik bozukluğu, DEHB vb. bozukluklar ile benzer özellikler taşımasına karşın bu bozukluklar için tanı kriterlerini karşılamaz. Anksiyöz mizaç ise davranışsal inhibisyona yatkınlık, psikolojik tepkisellik, değişikliklere uyum sağlamada güçlük çekme, uyku sorunları, psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlık, anksiyete belirtilerinin zararlı sonuçları olabileceğine ilişkin inanışları olan kişileri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bir diğer afektif mizaç boyutu olan depresif mizaç özelliklerini gösteren bireyler başka bir duruma bağlı olmayan, aralıklı ve düşük şiddette depresif belirtilere sahiptirler. Derin düşünme, hayattan zevk alma azlığı, çok uyuma, enerji azlığı hissetme bu mizaç boyutunun başlıca özellikleridir. Bu yanında bu kişiler ümitsizlik, kötümserlik, sessizlik, pasiflik, şüphencilik, kendini aşırı eleştirme, şikayet etme, kendini cezalandırma, küçültme, olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yorma gibi Schneiderian depresif kişilik özellikleri gösterirler (140). Bu mizaç özelliği distimi ve depresyonun en önemli yordayıcılarından biridir ve bu kişilerde sosyal normlara uymadıkları durumlarda depresyon gelişme riski yüksektir (141). Bipolar-1 bozukluk, unipolar depresyon ve madde kullanım bozuklukları olanlarda baskın olan mizaç tipidir (142,143). Hipertimik mizaç özelliği gösteren bireyler ise coşkulu, neşeli, özgüveni yüksek, enerjik kişilerdir. Eşik altı hipomanik belirtiler, az uyuma, gösterişli olma, aşırı konuşan olma, sıcakkanlılık, dışa dönüklük, başkalarının işine karışma bu mizaç boyutunun ana özellikleridir.

2.2.3. Mizaç ve Psikopatoloji

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, çeşitli mizaç türlerinin belirli psikopatolojiler ile ilişkilendirilebileceği görülmektedir. Temel olarak; hipertimikve siklotimik mizaç mani ile, depresif mizaç ise depresyon ile bağlantılı bulunmaktadır (144,145).

Depresyon tanılı hastalarda anksiyöz mizaç sıklığının bipolar hastalara göre daha sık olduğu da bildirilmektedir (144). Ayrıca, depresyon tanısı olan ve depresif mizaca sahip hastalarda bozukluğun daha ağır seyrettiği, daha genç yaşta başladığı, daha sık yinelediği, ailede depresyon öyküsünün daha fazla olduğu, kendine zarar verme davranışlarının ve rezidüel belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (146). Bir çalışmada önceden depresif semptomlara sahip olan bireylerin bir yıl içerisinde majör depresyon atağı geçirme riskinin diğer semptomlara göre 5.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (147). Bipolar bozukluk olgularında irritabl mizaç varlığında psikotik bulguların daha sık görüldüğü (138) ve afektif mizaç varlığının sık atak geçirme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (148). Bipolar bozukluk tanısı olan olgularda mizaç özelliklerinin incelendiği bir çalışmada; hipertimik mizaç özelliği gösteren bireylerde siklotimik mizaca göre daha yüksek oranda manikepizod ve hastaneye yatış öyküsü; siklotimik mizaç özelliği gösterenlerde ise daha yüksek oranda psikiyatrik komorbidite oranları ve ailede daha fazla duygudurum ve anksiyete bozukluğu bildirilmiştir (149). Başka bir çalışmada tekrarlayan depresif bozukluk hastaları siklotimik mizaç açısından değerlendirilmiş, bu mizaç türüne sahip olan hastaların depresif dönemlerinin daha erken başlangıçlı ve çok sayıda olduğu, psikotik özelliklerin ve intihar fikri veya girişiminin daha fazla olduğu, siklotimik mizaç varlığının tekrarlayan depresyon hastalarında bipolarite açısından riski artırdığı saptanmıştır (150). Çalışmalarda, intihar düşüncesinin mizaç ile ilişkili olabileceği, en güçlü ilişkinin siklotimik, depresif ve irritabl mizaç ile olduğu, hipertimik mizacın intihar açısından önleyici olabileceği öne sürülmüştür (151,152).

Anksiyete bozuklukları ve Cloninger'in mizaç boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında (153) “zarardan kaçınma” boyutu ile sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) arasında kesin ve net bir ilişki tespit edilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve panik bozukluk (PB) ile “zarardan kaçınma” arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Buna karşın, “yenilik arayışı” ile SAB ve OKB arasında daha az dikkate değer olmakla birlikte negatif bir ilişki bulunmaktadır. “Ödül bağımlılığı” ise PB ile pozitif ilişkilidir. Bu çalışmada, “Sebat etme” boyutu anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmamıştır (153). Başka bir meta-analiz çalışmasında ise “nörotisizm” boyutu ile tüm anksiyete bozuklukları ve OKB arasında yüksek etki boyutu ile ilişki bulunmuş, en yüksek ilişki travma sonrası stres bozukluğu, en düşük ilişki ise özgül fobi ile saptanmıştır. Ek olarak, “dışa dönüklük” tüm anksiyete

bozuklukları ile negatif yönde ilişkilidir (154). Çocuk ve ergenlerde mizaç özellikleri incelendiğinde, yüksek “yenilik arayışı” puanlarının dışa yönelim bozuklukları ve erken başlangıçlı antisosyal davranış ile ilişkili olduğu görülmüştür (155,156). Çocuk ve ergenlerde düşük “sebat etme” düzeyleri ise yıkıcı davranışlar ve dikkat sorunları ile ilişkilidir (157,158). Buna karşın, çocuk ve ergenlerde içe yönelim sorunlarının erişkin olgularla benzer şekilde esas olarak “zarardan kaçınma” boyutu ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (159).

2.2.4. Ebeveyn Mizacı

Ebeveynlerde bulunan psikiyatrik bozuklukların çocukluk çağındaki davranışsal semptomlar üzerindeki etkisi bilinmektedir. Ancak depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların çoğunluğu, ebeveynlerin yaşamlarını yalnızca belirli dönemlerde etkilemektedirler. Bu nedenle bu psikiyatrik bozukluklar çocukların ruhsal sağlığı üzerinde çocukluk çağı boyunca sabit bir etkiye sahip değildir. Aksine ebeveynlerin mizaç özellikleri psikiyatrik bozukluklar için yatkınlık oluşturmakta olup çocuk ve ergenlerin ruhsal sağlığı üzerinde devamlı bir etkiye sahip gibi görünmektedir (160,161). Ebeveynlerin kişilik özellikleri, mizaç ve çocukluk çağı psikopatolojileri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada yıkıcı davranış bozukluğu tanısı olan çocukların babalarında yüksek nörotisizm ve düşük uyumluluk düzeyi tespit edilmiştir (162). Bununla birlikte, düşük ödül bağımlılığı mizaç özelliğinde olduğu gibi düşük ebeveyn-çocuk etkileşimi ve katılımının çocuktaki dışa yönelim sorunları için öngörücü olduğu bildirilmiştir (163,164). Ailenin aşırı koruyucu olması, reddetmesi ve azalmış alıştırma imkanları içe yönelim bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde sık rastlanılan durumlar olmakla birlikte bu durumlar zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme özelliklerindeki değişkenliği yansıtır olabilir (165).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı olan çocuklarda ebeveynlerin afektif mizaç özelliklerinin çocuklardaki yıkıcı davranış bozukluğu semptomları ile ilişkisi 524 tedavi almayan çocuk üzerinde araştırılmıştır (21). Bu çalışmada babanın siklotimik, annenin irritabl mizaç özellikleri karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) tanısı ile; annenin depresif mizaç özellikleri ise davranım bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Öğretmenin doldurduğu ölçekler göz önünde bulundurulduğunda ise KOKGB'nin annedeki anksiyöz mizaç ile, davranım bozukluğunun ise annenin

depresif babanın siklotimik mizacı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (21). Annenin irritabl mizaç özellikleri duygu düzenleme becerilerinde sorunlara yol açarak olumsuz ebeveynlik tarzına sebep olabilir. Babadaki siklotimik mizaç özellikleri de benzer şekilde ebeveynlik görevlerini düzenlemede zorluk yaşamasına sebep olarak dalgalı bir ebeveynlik tarzına ve çocukta davranış sorunları gelişmesine yol açabilir (21). DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği başka bir çalışmada da ebeveynlerin mizaç özellikleri çocuklardaki DEHB semptomları ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada zarardan kaçınma ve sebat etme olgu gurubunda daha yüksek, kendi kendini yönetme ise daha düşük bulunurken zarardan kaçınmanın hem dikkatsizlik hem hiperaktivite ile, sebat etmenin ise yalnızca hiperaktivite ile ilişkili olduğu saptanmıştır (20). Çocuklarda davranış bozukluklarının gelişiminde ebeveyn ve çocuk mizaç özelliklerinin etkileşiminin incelendiği bir çalışmada ise belirli çocuk ve ebeveyn mizaç özelliklerinin birlikte görülmesinin dışa yönelim, içe yönelim ve dikkat sorunları için öngörücü olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada diğer kombinasyonlara kıyasla çocuklarda ve annelerindeki yüksek yenilik arayışı mizaç özelliğinin birlikte görülmesinin çocuklardaki dikkat sorunları ile, çocuklarda ve babalarındaki yüksek zarardan kaçınma mizaç özelliğinin içe yönelim sorunları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (166). Bu sonuçlar çocuklardaki psikopatolojilerin gelişiminde ebeveyn ve çocuğun mizaç özelliklerinin birlikte etkili olduğunu göstermektedir.

2.3. Sosyal Destek

2.3.1.Sosyal Destek Tanımı

Sosyal destek, insanın yaşamında doğumundan itibaren var olan ve tüm yaşamı süresince gereksinim duyduğu temel bir ihtiyaçtır (167). Zorlayıcı yaşam olayları karşısında bireylerin ruhsal bir çok rahatsızlığı ortaya çıkabilmektedir ancak bazı bireylerin zorlayıcı bu yaşam olayları karşısında sağlıklı kalmaya devam edebilmesi koruyucu etmenlerin varlığını düşündürmüştür (168,169). Bu koruyucu etmenlerden biri olarak görülen sosyal desteğin alan yazın incelendiğinde, araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir.

Caplan'a (1973) göre sosyal destek; duygusal sorunları ile baş edebilmesi için insanlara psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, bireye gerekli

bilgi ve beceriyi kazandırarak, karşı karşıya geldikleri zorlayıcı yaşam olayları ile baş etmelerine yardımcı olan, yakınlarından aldığı destektir (170). Mcelroy (1997) ise sosyal desteği aile, arkadaş, sosyal birlikteliğin sıklığı ve niceliği gibi kişiyi olumsuz durumlardan koruyan, sosyal ilişkilerin bir çok farklı yönünü tanımlayan genel bir kavram olarak tanımlamaktadır (171). Bir diğer tanıma göre sosyal destek, bireyin yaşamsal sorunlarla başa çıkabilmesi için çevresindeki insanlar ve aile yakınları tarafından yapılan yardımı ifade etmektedir (172).

Hay'a göre ise sosyal destek "akıl verme, çözüm üretme, bireye duygusal olarak yanında olduğunu hissettirme gibi yardımları" içerir ve bireyin başkaları ile olan birlikteliğini, işlevselliğini ve uyumunu artırır (173). Alan yazın incelendiğinde daha yaygın kabul gören tanımın Cobb tarafından (1976) yapıldığı görülmektedir(174). Cobb, sosyal desteği bireyin "sevildiğine, değer verildiğine önemsendiğine ve karşılıklı yükümlülüklerinin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi" olarak tanımlamaktadır (174).

Hayatın ilk döneminde, temelde anne-bebek etkileşimiyle tanımlanan sosyal çevre, yıllar içerisinde çocuğun büyümesiyle, aile bireyleri, arkadaşlar ve diğer yetişkinlerin de sosyal ağın içerisine dahil olmasıyla birlikte giderek genişlediği ve yaşla birlikte genişleyen sosyal çevrenin zaman içerisinde işlevselliğinde de bir takım değişikliklere uğradığı ileri sürülmüştür (175). Çocukluk döneminde aile ile ilişkiler giderek önemli bir hal alırken, ergenlikte ise akran ilişkileri en önemli yer tutmaktadır. Yaş gruplarına göre çocuk ve gençlerin farklı destek figürleriyle yakın ilişkiler içinde olmaları nedeniyle yaşamlarında farklı ve çeşitli roller oynayan çoklu ilişkilerin var olması, çocuk ve ergenleri kalkanıran bir durum olduğu düşünülmüştür (163,176).

Ülkemizde yapılan çok yönlü algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılırken, 12-22 yaş arasında eğitime devam eden bireyler üzerinde, yaşlarına göre belirlenen gruplar arasında algılanan sosyal destek seviyeleri açısından belirgin farklar olduğu ileri sürmüştür. Bununla birlikte algılanan sosyal desteğin sosyo-ekonomik seviye (alt, orta, üst) ve yaştan etkilediği de saptanmıştır. Bu çalışmada erken ve geç ergenlik dönemlerinde en fazla desteğin aileden, orta ergenlikte ise hayatında yer alan başka önemli kişilerden algılandığı bildirilmiştir (177).

2.3.2. Algılanan Sosyal Destek Tanımı

Algılanan sosyal destek; yardım, korunma, bir sosyal sistemin içine alınma anlamındaki davranışların, bireyin ihtiyacı olduğunda ortaya çıkacağına ilişkin inancı olarak bildirilmiştir (178). Algılanan sosyal destek, bir kişinin yaşamında stresör bir faktör ile karşılaştığında, ihtiyaç duyduğu destek kaynaklarını çevresinde var olduğunu hissetmesi olarak da ifade edilmektedir (7).

Bir çalışmada sosyal destek kişinin sevildiğini, kabul edildiğini, saygı gördüğünü hissetmesi sonucunda başka bir kişiye bağlanmasını ve bireyin yaşamındaki engelleri aşmasını sağlayan karşılıklı bir etkileşim olarak tanımlamıştır. Bu tanımlanmanın ardından algılanan sosyal destek kişinin, toplumsal ilişkilerinde kendisine verdiği değer olarak bildirilmiştir (179). Yaşamın iş, okul, ev, yakın çevre gibi alanlarında sevilen, önemsenen ve yardım arayışında olduğunda, yardım edilen bireyin, karşılıklı ilişkilerde daha başarılı ve tatminkar olduğu ayrıca sosyal destek duygusunun daha fazla olduğu ileri sürülmüştür (180,181).

Will ve Cobb'da algılanan sosyal desteği, bir kişinin yaşamında stresör bir faktör ile karşılaştığında, ihtiyaç duyduğu destek kaynaklarını çevresinde var olduğunu hissetmesi olarak da ifade edilmekte ve değerli görüldükleri yönündeki duygu ve düşünceleri tanımlanmaktadır (174,182).

2.3.3. Algılanan Sosyal Desteğin İşlev ve Etkileri

Alan yazın incelediğinde, sosyal desteğin işlevi ile ilgili araştırmalarda Tampon Kuramı (Buffer Theory) önemli bir kuram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal destek, tampon kuramına göre, bireyleri yaşamlarında ki stresör faktörlerden koruyabilmektedir. Ek olarak daha güçlü sosyal desteğe sahip olan kişilerin, sosyal destek sistemleri görece daha zayıf olan kişilere nazaran, stresör faktörler ile daha iyi başa çıkabildiği bildirilmiştir (180,183). Alan yazın incelendiğinde sosyal desteğin bireylerin başkaları ile kurduğu ilişkilerin, problemlerle başa çıkma ve sosyal yaşantıya uyum sağlama açısından yararlı işlevi olduğu görülmektedir (175,184,185).

Sosyal desteğin psikolojik ve fizyolojik işlevleri açısından duygusal, bilgisel, materyal ve yansıtıcı destek olmak üzere dört farklı boyutta, dört farklı işlevi yerine getirdiği ileri sürülmüştür (186). Bunlar, bilgisel, duygusal, materyal ve değerlendirme

destektir. Duygusal destek kişilerin birbirlerinin sorunlarını dinleme, empati kurma, şefkat gösterme gibi davranış ve duyguları içermektedir. Bu davranış ve duygular bireyin stresli yaşam olayları ile karşılaştığı durumlarda duygusal açıdan çıkmasını sağlamakta olduğu ve ruhsal stablitesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bilgisel desteğin, kişinin sorunlarıyla ilgili bilgi verme ve yol gösterme gibi durumları kapsadığı ifade edilmiştir. Çocuk ve genç problemler ile karşılaştığı zaman çözüm bulmakta zorluk yaşayabilmekte ve bu durumda sosyal çevre çocuk ve gencin problemine çözüm üretmesinde alternatif yolları önererek destek verebilmektedir. Değerlemesal işlev ise kişinin kendi davranışları ve duyguları hakkında geri bildirim sağlama sürecidir ve bireyin kendini ortama uyum sağlayacak şekilde değiştirmesine yardımcı olduğu bildirilmiştir. Materyal destek ise bireyin maddi sorunlarını çözme görevi bulunduğu bildirilmiştir (187).

Armsden ve Grenenberg tarafından, yaşları 16 – 20 arasında değişen 179 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada, algılanan aile ve arkadaş desteğiyle, gençlerin duygulanımları ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştırarak arkadaş ve ebeveyn desteği ile ruhsal sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğunu ileri sürülmüştür (188). Okul başarısı ve aile ilişkilerinin incelendiği başka bir çalışmada da aile içi ilişkilerin iyi olduğu, destekleyici aile yapısının ergen için başarıyı arttıran bir faktör olduğu bildirilmiştir.

Yaş ortalaması 15,5 olan 297 genç ile Windle ve ark. (1991) tarafından yapılan bir çalışmada aile ve arkadaşlarından algılanan sosyal desteğin ve mizacın davranış ve depresif belirtilerle olan ilişkisi değerlendirilmiş olup, yüksek sosyal destek algısına sahip olan gençlerin, sosyal destek algısı düşük olanlara kıyasla suç oranlarının ve depresif belirtilerin daha az olduğu ileri sürülmüştür (189). Ebeveynlerden ve arkadaşlardan edinilen desteğin düzeyi ve benlik saygısını arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan , 84 ergen ile Yapılan bir başka çalışmada da başka bir çalışmada algılanan baba desteğinin yüksek olmasıyla sosyal uyum arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösterilmiştir (190).

Sosyal desteğin, öğrencilerin başarılarını arttırmada ya da engellemedeki etkisini bulmaya yönelik yapılan çalışmada, sağlanan güçlü destek ve olumlu tutum bütünlüğünün okul başarısında pozitif yönde etkilediğini ileri sürmüştür. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde sosyal destek negatif

yaşam olayları öfkenin ifade edilme biçimi ile kendini suçlamanın fiziksel sağlık ve sosyal uyumla olan ilişkilerinin incelendiği bir çalışmada, sosyal destek ile fiziksel rahatsızlık arasında negatif bir ilişki, sosyal destek ve öğrencilerin sosyal uyum düzeyleri arasında ise pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (10,191). Sosyal desteğin, akademik başarı, sağlık, zorlayıcı yaşam olaylarıyla başa çıkma becerileri, sosyal beceriler ve duygulanım açısından olumlu sonuçlarla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (192).

Sosyal destek ve kendilik değeri arasında da anlamlı bir ilişki söz konusu olduğu özellikle de algılanan sosyal desteğin, çocuk ve ergenlerde kendilik değerinin güçlü bir yordayıcısı olduğu ileri sürülmüştür (193). Kendilik değerinin, psikolojik sağlık ve umutsuzluğu ön görmede anlamlı bir değişken olması nedeniyle sosyal destek yoksunluğu ergen intiharlarında ikincil bir risk etkeni olarak da bildirilmiştir (194). Çocuk ya da gencin, özellikle arkadaşlardan aldığı sosyal desteğin eksikliğinin, bir gruba ait olma duygusunu olumsuz etkileyebildiği ve okulu bırakma ya da okula devam etmeme riski oluşturan bir durum olarak ifade edilmiştir (195).

3.ÇALIŞMANIN AMACI ve HİPOTEZLERİ

3.1 Çalışmanın Amacı

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların algılanan sosyal desteğin ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır. Ebeveynlerdeki affektif mizaç özelliklerinin ve ruhsal belirtilerinin DEHB alt tipleri üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

3.2 Çalışmanın Hipotezleri

- DEHB tanısı olan çocukların ailesinden, arkadaşlarından ve öğretmeninden algıladığı sosyal destek sağlıklı kontrol grubundan daha düşüktür.
- Afektif mizaç özellikleri açısından DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde kontrol grubuna göre daha fazla irritabl özellik vardır.
- İrritabl mizaç özelliğine sahip anne-babaların çocuklarında algılanan sosyal destek düzeyi daha azdır.
- Afektif mizaç özellikleri açısından DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde sağlıklı çocuklara kıyasla daha fazla siklotimik özellik vardır.
- Siklotimik mizaç özelliğine sahip anne-babaların çocuklarında algılanan sosyal destek düzeyi daha azdır.
- DEHB belirtileri ebeveynlerinde siklotimik mizaç özelliği olanlarda daha şiddetlidir.
- Depresif mizaç özelliğine sahip anne-babaların çocuklarında algılanan sosyal destek düzeyi daha azdır.
- DEHB belirtileri ebeveynlerinde depresif mizaç özelliği olanlarda daha şiddetlidir.
- DEHB grubundaki ebeveynlerde psikiyatrik belirtiler sağlıklı kontrol grubundakilere göre daha fazladır.
- Ebeveynlerinde psikiyatrik belirtiler varlığında DEHB şiddeti daha fazladır.
- Ebeveynlerinde psikiyatrik belirtiler varlığında çocuklarda algılanan sosyal destek daha azdır.

4.GEREÇ ve YÖNTEM

4.1.Örneklem

Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne Mart 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında başvuran çocuk ve ergenler DSM-5 tanı kriterlerine göre ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) tanı koyma görüşme çizelgesine göre değerlendirilmiş ve DEHB tanısını ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 9-13 yaş arası 50 çocuk ve ergen olgu grubu olarak, çalışmaya gönüllü olan ve kontrol grubu için belirlenen katılma kriterlerini karşılayan 9-13 yaş arası 40 sağlıklı çocuk ve ebeveynleri kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Bu çalışma için hesaplanan örneklem sayısı daha önce DEHB tanılı çocuklar ve ebeveynleri ile benzer bir çalışma yapılmadığı için madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde afektif mizaç özellikleri ile kontrol grubu psikiyatrik bozukluğu olmayan sağlıklı çocukların ebeveynlerinin mizaç özelliklerinin karşılaştırıldığı çalışma temel alınarak hesaplanmıştır (23). G-Power programında etki büyüklüğü 0,64, Tip 1 hata düzeyi 0.05, güç 0.80 alınarak çift yönlü hipoteze göre örneklem büyüklüğü 39 hasta, 39 kontrol olarak 78 kişi olarak hesaplanmış olup, çalışmaya en az 80 çocuk ve genç ile ebeveynlerinin (en 40 vaka, 40 kontrol olgusu olmak üzere) alınması planlanmıştır.

4.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

Olgu Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 9-13 yaş arasında olmak
- Anne- baba her iki ebeveyninde sağ olması
- Çocuğun DSM-5 tanı ölçütlerine göre ve ÇDŞG-ŞY-T'ye göre DEHB tanısını almış olması ve DEHB dışı psikiyatrik tanı almaması
- Nörolojik hastalığının olmaması

- Çocuk ve ebeveyninin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması
- Ebeveynde halen aktif bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması(şizofreni, duygudurum bozukluğu gibi),
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak
- Hem çocuğun hem ebeveynlerin testleri tamamlayabilmesi

Olgu Grubunun Dışlama Ölçütleri

- Çocuğun 8 yaştan küçük 14 yaştan büyük olması
- Çocuğun ya da ebeveyninin nörolojik hastalık öyküsünün olması
- Çocuğun DEHB dışında ek psikiyatrik hastalık öyküsünün olması
- Ebeveynin psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olması
- Çocuğun bilişsel fonksiyonu bozacak bir tıbbi hastalığının olması
- Klinik olarak çocuk ya da ebeveynin zihinsel yetersizliğinin olması
- Çocuğun evlat edinilmiş olması
- Çocuğun iki ebeveyninden birinin olması
- Son 6 ay içinde psikostimülan ilaç veya atomoksetin kullanım öyküsü, yaşam boyu antidepresan veya antipsikotik ilaç kullanım öyküsünün olması

Kontrol Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- 9-13 yaş arasında olmak
- Anne- baba her iki ebeveyninde sağ olması
- Çocuğun DSM-5 tanı ölçütlerine göre ve ÇDŞG-ŞY-T'yegöre DEHB ve DEHB dışı psikiyatrik tanı almaması
- Çocuk ve ebeveyninin nörolojik hastalığının olmaması
- Çocuk ve ebeveyninin klinik olarak zihinsel yetersizliğinin olmaması
- Ebeveynde halen aktif bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması(şizofreni, duygudurum bozukluğu gibi),
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak

- Hem çocuğun hem ebeveynlerin testleri tamamlayabilmesi

Kontrol Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- Çocuğun 8 yaştan küçük 14 yaştan büyük olması
- Çocuğun ya da ebeveyninin nörolojik hastalık öyküsünün olması
- Çocuğun psikiyatrik hastalık öyküsünün olması
- Ebeveynin psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olması
- Çocuğun ya da ebeveyninin bilişsel fonksiyonu bozacak bir tıbbi hastalığının olması
- Klinik olarak çocuk ya da ebeveynin zihinsel yetersizliğinin olması
- Çocuğun evlat edinilmiş olması
- Çocuğun iki ebeveyninden birinin olması
- Son 6 ay içinde psikostimülan ilaç veya atomoksetin kullanım öyküsü, yaşam boyu antidepresan veya antipsikotik ilaç kullanım öyküsünün olması

4.2. Veri Toplama Araçları

4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, araştırmacının kendisi tarafından alan yazın doğrultusunda hazırlanmış olup; anne, baba ve çocuktan alınan bilgiler araştırmacının kendisi tarafından doldurulmuştur. Bu form ile çocuk/ergen ve ebeveynlerine ait sosyodemografik ve klinik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. Form ile sorgulanan özellikler: çocuk ve ergen için yaş, okul durumu, cinsiyet, gelişim öyküsü, daha önce geçirdiği hastalıklar, daha önce kullandığı ilaçlar, gebelik haftası ve gebelik komplikasyonları, aile yapısı, kardeş sayısı ve psikiyatrik bozukluk öyküsü, evde birlikte yaşadığı diğer bireyler; ebeveynler için anne babanın yaşı, eğitim durumu, mesleği, psikiyatrik bozukluk öyküsü, daha önce ki psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, ailenin gelir düzeyi. (EK-1)

4.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)

Çocuk ve ergenlerin DSMIII– R ve DSM–IV tanı kriterlerine göre geçmişteki ve şimdiki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından

geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur ve 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Görüşme içerisinde her bir belirtiyi değerlendirmek için belirti tarayıcı sorular ve sonrasında değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi sonrası belirtiler saptanırsa tanıyı doğrulamak için beş tanı alanında ek sorular ile puanlama yapılmaktadır. Bu alanlar: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır bulgularını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütleri bu bölümlerde sorgulanmaktadır. Türkçe çeviri ve geri çevirisi ile birlikte güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Klinisyenler tarafından DSM – IV ölçütlerine göre konulan tanılarla olan uyumu (ortak görüş geçerliliği) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (196). (EK-2)

4.2.3. Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek

Değerlendirme Ölçeği (Ç-SDDÖ)

Dubow ve Ullman (1989) tarafından, çocukların ebeveynleri, akranları (yakın arkadaşlar ve sınıf arkadaşları) ve eğitim verenlerden aldıkları sosyal desteğe ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve özgün adı 'Social Support Appraisals Scale for Children (APP)' olan ölçek, Cobb tarafından yapılan sosyal destek tanımını temel alan maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler çocuğun ve gencin, yer aldığı sosyal çevre tarafından ne derece sevildiği, ilgi gösterildiği, değer verildiği ve kabul gören bir birey olarak değerlendirdiğini ölçmektedir. Geliştirildiği ilk dönemde 31 maddeden oluşan ölçek, daha sonra Dubow ve arkadaşlarınca (1991) tekrar ele alınarak, sınıf arkadaşları ve öğretmenlerden alınan desteğe ilişkin 10 yeni maddenin eklenmesiyle 41 maddelik bugün ki halini almıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması için, ölçekte yer alan 41 madde Türkçe'ye tercüme edildikten sonra, üç klinisyen tarafından özgün form ile karşılaştırılmış ve ölçek üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Ilgın Gökler tarafından 9-17 yaş arası 358 çocuk ve genç üzerinde uygulanarak yapılmış olup, sonuçlar ölçeğin çocuk ve ergenlerde algılanan sosyal desteği ölçmek üzere kullanılmasının güvenilir ve geçerli bir yöntem olduğunu göstermektedir (7). (EK-3)

4.2.4. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)

Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak çocuk ve gençlerde davranım sorunlarını değerlendirmek üzere geliştirilen bir ölçektir. Ölçek toplamda 41 madde içermekte olup, 9 maddesi dikkat eksikliği, 9 maddesi aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, 8 maddesi Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'nu ve 15 maddesi ise Davranım Bozukluğu'nu sorgulamaktadır. Her bir maddenin puanlaması i0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla şeklinde yapılmaktadır. Çocuk ve gençlerde DEHB tanısı için dikkat eksikliğini sorgulayan 9 maddenin 6 ya da daha fazlasının 2 ya da 3 puan alması, aşırı hareketlilik ya da dürtüsellik sorgulayan 9 maddenin 6 ya da daha fazlasının 2 ya da 3 olarak puan alması gerekmektedir. Çocuklar da KOKGB tanısı için ise KOKGB'nu sorgulayan 8 maddenin 4 ya da daha fazlasının 2 ya da 3 puan alması; benzer şekilde DB tanısı için DB'nu tarayan 15 maddenin 2 ya da daha fazlasının 2 ya da 3 puan alması ve bu belirtilerin en az 6 aydır sürmesi gerekmektedir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (197). (EK-4)

4.2.5. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Distress Check List) (SCL-90 R)

Derogatis ve ark tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiş ve HSCL nin 5 semptom alt ölçeğine (Somatizasyon (SOM), Obsesif – Kompulsif (O-C), Kişilerarası Duyarlılık (INT), Depresyon (DEP), Kaygı (ANK)) 4 yeni alt ölçek (Öfke – Düşmanlık (HOS), Fobik reaksiyon (PHOB), Paranoid Düşünce (PAR), Psikotizm (PSY) eklenerek 9 alt bir de ek skala olmak üzere 10 semptom grubundan oluşur. 10. Semptom grubunu oluşturan maddeler içinde yemek yeme uyku bozukluğu ile suçluluk duyguları gibi belirtiler vardır. Bireylerin kendilerinin tanımladığı çeşitli ruhsal belirtileri tanıyıp ölçmeye yönelik 90 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği cevaplayan kişi her soru için "hiç -0", "çok az -1", "orta derece - 2", "oldukça fazla - 3", "ileri derecede - 4" şeklinde işaretlemelerde bulunarak beş dereceli ölçüm ifadesi vermektedir. Bireyin her bir alt ölçeğe verilen skorlar toplanıp o alt ölçekteki maddelerin sayısına bölünmesiyle puan elde edilir. Toplam belirti puanının toplam madde sayısına

bölünmesiyle de genel semptom ortalaması elde edilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Kılıç tarafından (1991) yapılmıştır (198). (EK-5)

4.2.6. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris

and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A)

Akiskal ve ark. tarafından 1997’de afektif mizaç alt boyutlarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur ana bireyde amacı baskın olan affektif mizaç tipini değerlendirmek ve bulmaktır. Formun geçerlik güvenirliğini Türkçe’ye uyarlanmış hali üzerinden Vahip ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçek 100 maddeden oluşmakta ve katılımcıların “Evet” ya da “Hayır” yanıtları vermeleri istenmektedir ve depresif, hipertimik, irritable, ankiyöz, siklotimik olmak üzere 5 mizaç alt boyutunu değerlendirmektedir. Depresif mizaç (DM) ile ilgili 18 madde; siklotimik mizaç (SM) ile ilgili 19 madde; hipertimik mizaç (HM) ile ilgili 20 madde; irritable (sinirli) mizaç (IM) ile ilgili 18 madde ve ankiyöz (endişeli) mizaç (AM) ile ilgili 24 madde ile mizaç alt tipleri sorgulanmaktadır (160). (EK-6)

4.3. Uygulama

Etik kurul onayı alındıktan sonra Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından takip edilmiş olan çocuk ve gençler arasından, DSM IV tanı ölçütlerine göre ÇDŞG-ŞY-T ile ve DSM-5 tanı ölçütlerine uygun olarak yalnızca DEHB tanısı konan, klinik görüşme ile zihinsel yetersizlik saptanmamış ve tanı konmuş nörolojik bir hastalığı olmayan Mart 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında başvurmuş olan 9-13 yaş arası 50 çocuk olgu grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Yapılan klinik görüşmelerde araştırmacı tarafından Sosyodemografik Veri Formu doldurulmuş olup, bu olgu grubuna Ç-SDDÖ, her bir çocuğun anne ve babalarına ise ayrı ayrı olarak Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ), Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A), Belirti Tarama Listesi (ScI-90) verilmiştir. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine Mart 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında başvurmuş ÇDŞG-ŞY-T görüşme çizelgesi uygulandıktan sonra psikiyatrik tanı almayan ayrıca yapılan klinik görüşme ile zihinsel

yetersizlik saptanmamış ve tanı konmuş nörolojik hastalığı olmayan 9-13 yaş arası 40 çocuk ve anne babaları kontrol grubu olarak alınmıştır. Görüşmelerde araştırmacı tarafından yüz yüze Sosyodemografik Anket Formu doldurulmuş olup kontrol grubunun anne ve babalarına da ayrı ayrı olarak Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A), Belirti Tarama Listesi (Scl-90) verilmiştir.

4.4. Etik

Araştırma T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 21.03.2019 tarih ve 2019/58 protokol numarası ile onay almıştır (EK-7). Çalışmaya katılan bütün çocuk ve gençler ile ebeveynlerine Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklardan ve ebeveynlerinden sözlü ve yazılı (Bilgilendirilmiş Onam Formu) onay alınmıştır. (EK-8 / EK-9)

4.5. İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri frekans ve yüzde'nin yanı sıra normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca, minimum, maximum değerler kullanılarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Simironov ve Shapiro-Wilk testi ile araştırılmıştır. Kabul edilebilir Tip I hata düzeyi olarak; 0,05'den küçük olma koşulu aranmıştır. Araştırmada grupların kategorik değişkenleri arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare ve Fisher' in Kesin Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar T-testi (Student t-testi), non-parametrik kabul edilen sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırma gruplarında verilerin birbirleri ile olan ilişkisi normal dağılıma uyan verilerde Pearson korelasyon testi, normal dağılıma uymayan ya da ordinal olan değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile araştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon katsayısı (r/ρ) ve ilgili kabul edilebilir hata düzeyi (p değeri) ile açıklanmıştır.

5. BULGULAR

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, takip edilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 90 olgu ve yakınları ile tamamlanmıştır. Araştırma bulguları iki ana bölümde sunulmuştur. İlk kısımda olguların tanımlayıcı özellikleri gösterilmiş ve ikinci kısımda gruplar (olgu-kontrol) arasında farkın varlığı ile değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkileri değerlendirilmiştir.

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya alınan tüm olguların temel sosyodemografik özellikleri Tablo-I ve II' de gösterilmiştir.

Tablo II: Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-1

	Ortalama $\pm$ Std.S.	Min.-Max.
Yaş	10,8 $\pm$ 1,4	9 – 14
Doğum Ağırlığı	3345 $\pm$ 592	2095-4590
Anne Sütü Alma (ay)	12,7 $\pm$ 8,4	0-36

Tablo III: Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri-2

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	76	84
	Kadın	14	16
Birlikte Yaşadığı	Çekirdek Aile	76	84

Kişiler	Geniş Aile	14	16
Yaşadığı	İl Merkezi	27	30
Yerleşim Yeri	İlçe	51	57
	Kasaba / Köy	12	13

Araştırmaya katılan olguların herhangi bir hastalığı sahip olma durumları ve sürekli ilaç kullanma durumları sorgulandığında; hiçbir olgunun hasta olmadığı ve düzenli ilaç kullanmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların kardeşlerine ait özellikler **Tablo-IV'** te gösterilmiştir.

Tablo IV: Araştırmaya Katılanların Kardeşlerine Ait Özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kardeş Varlığı	Var	76	84
	Yok	14	16
Kardeş Sayısı	0	14	16
	1	48	53
	2	23	26
	3+	5	5
Kardeşte	Var	18	20

Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	72	80
-------------------------------------	-----	----	----

Araştırmaya katılanların annelerine ait özellikler **Tablo-V'** te gösterilmiştir.

Tablo V: Araştırmaya Katılanların Annelerine Ait Özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim	İlkokul	34	38
	Lise	41	45
	Üniversite	15	17
Meslek	İşsiz	61	68
	Mavi Yakalı	13	14
	Beyaz Yakalı	16	18
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Var	17	19
	Yok	73	81

Araştırmaya katılanların babalarına ait özellikler **Tablo-VI'** da gösterilmiştir.

Tablo VI: Araştırmaya Katılanların Babalarına Ait Özellikler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim	İlkokul	44	49

Meslek	Lise	32	35
	Üniversite	14	16
	İşsiz	1	1
	Mavi Yakalı	71	79
	Beyaz Yakalı	18	20
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Var	10	11
	Yok	80	89

Araştırmaya katılan tüm çocukların ebeveynlerinin hayatta olduğu bulunmuştur.

Tablo VII: Araştırmaya Katılanların Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Görünümlerine Ait Özellikler

DEHB	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dikkatsizlik Baskın	20	22
Hiperaktivite Baskın	7	8
Kombine	23	26
DEHB Yok	40	44

**Tablo VIII: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olanlarda (Olgu Grubu)
Hiperaktivite Durumu**

DEHB		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiperaktivite	Pozitif	30	40
	Negatif	20	60

5.2. Analitik Bulgular

5.2.1. Araştırma Grupları (olgu-kontrol) Arasındaki Farkın Gösterilmesi

Araştırmaya katılanların yaş dağılımları ve grupların karşılaştırılması **Tablo IX'** da verilmiştir.

Tablo IX: Gruplar Arasında Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Olgu	Kontrol	χ^2	P
Erkek	42	34	0,017	0,897
Kız	8	6		

Araştırma grupları arasında cinsiyet dağılımları açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo X: Gruplar Arasında Yaş Dağılımının Karşılaştırılması

Yaş	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama $\pm$Std	10,7 $\pm$ 1,36	10,9 $\pm$ 1,51	10,8 $\pm$ 1,4
Ortanca	10,7	10,7	10,8
Min-Max	9-13	9-13,5	9-13,5
Mann-WhitneyU (p)	0,709		

Araştırma grupları arasında yaş dağılımları açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p=0,709).

Tablo XI: Gruplar Arasında Yaşanılan Yer ve Birlikte Yaşadığı Aile Yapısının Karşılaştırılması

		Olgu	Kontrol	χ^2	P
Yaşadığı Yer	İl Merkezi	12	15	2,568	0,277
	İlçe	32	19		
	Kasaba/Köy	6	6		
Aile Yapısı	Çekirdek	41	34	0,838	0,658
	Geniş	8	6		
	Üvey	1	0		

Araştırma grupları arasında yaşanılan yer ve birlikte yaşadığı aile yapısı açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo XII: Gruplar Arasında Sahip Olunan Kardeş Sayısının Karşılaştırılması

Yaş	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama $\pm$Std	1,2 $\pm$ 0,74	1,2 $\pm$ 1,1	1,2 $\pm$ 0,9
Ortanca	1	1	1
Min-Max	0-3	0-6	0-6
Mann-WhitneyU (p)	0,861		

Araştırma grupları arasında kardeş sayısı açısından fark olmadığı bulunmuştur (p=0,861).

Tablo XIII: Gruplar Arasında Kardeşe Sahip Olma Durumu ve Kardeşte Psikiyatrik Bozukluk Olma Durumunun Karşılaştırılması

		Olgu	Kontrol	χ^2	P
Kardeş	Var	42	33	0,207	0,649
	Yok	7	7		
Kardeşte Psikiyatrik Hastalık	Var	12	6	1,125	0,289
	Yok	38	34		

Araştırma grupları arasında kardeşe sahip olma durumu ve kardeşte psikiyatrik hastalık olma durumu açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo XIV: Gruplar Arasında Annelerinin Yaş Dağılımının Karşılaştırılması

Yaş	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama $\pm$ Std	35,5 $\pm$ 4,9	37,9 $\pm$ 5,1	36,6 $\pm$ 5,1
Ortanca	35,5	38	37
Min-Max	26-52	28-49	26-52
Mann-WhitneyU (p)	0,018		

Araştırma grupları arasında annelerinin yaş dağılımları açısından anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p=0,018).

Tablo XV: Gruplar Arasında Annenin Eğitim, Çalışma Durumu ile Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Olma Durumunun Karşılaştırılması

Anne		Olgu	Kontrol	χ^2	P
Eğitim	İlköğretim	22	12	2,683	0,261
	Lise	19	22		
	Üniversite	9	6		
Çalışma Durumu	İşsiz	32	29	1,125	0,542
	Mavi Yakalı	9	4		
	Beyaz Yakalı	9	7		
Psikiyatrik	Var	14	3	6,095	0,014

Hastalık	Yok	36	37	
-----------------	------------	----	----	--

Araştırma grupları arasında annenin eğitim düzeyi, çalışma durumu açısından anlamlı fark olmadığı, psikiyatrik hastalığa sahip olma durumu açısından anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p=0,014).

Tablo XVI: Gruplar Arasında Babalarının Yaş Dağılımının Karşılaştırılması

Yaş	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama ±Std	39,5 ±6,2	41,5 ±5,3	40,4 ±5,9
Ortanca	39,5	42	40
Min-Max	29-63	32-54	29-63
Mann-WhitneyU (p)		0,057	

Araştırma grupları arasında babalarının yaş dağılımları açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p=0,057).

Tablo XVII: Gruplar Arasında Babaların Eğitim, Çalışma Durumu ile Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Olma Durumunun Karşılaştırılması

Baba		Olgu	Kontrol	χ^2	P
Eğitim	İlköğretim	34	10	18,331	<0,051
	Lise	9	23		
	Üniversite	7	7		
Çalışma	İşsiz	1	0	1,144	0,564

Durumu	Mavi Yakalı	38	33		
	Beyaz Yakalı	11	7		
Psikiyatrik Hastalık	Var	8	2	2,723	0,093
	Yok	42	38		

Araştırma grupları arasında babalarının eğitim düzeyi açısından anlamlı fark olduğu ($p<0,001$), çalışma durumu ve psikiyatrik hastalığa sahip olma durumu açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların prenatal dönemlerine ilişkin toplanan verilerine ait analizler tablo *XVIII*' te gösterilmiştir.

Tablo XVIII: Gruplar Arasında Gebelik Süresi, Gebelikte İlaç/Alkol/Sigara kullanımı ve Doğum Şekline ilişkin Durumunun Karşılaştırılması

		Olgu	Kontrol	χ^2	P
Gebelik Süresi	Çok Erken Doğum (<32 Hf.)	0	0		
	Erken Doğum (32-37 Hf.)	8	5		
	Miad (37-40)	42	35	0,220	0,639
	Postmatür (>40 Hf.)	0	0		
İlaç/Alkol/Sigara	Var	15	6	2,795	0,095

Kullanımı	Yok	35	34	2,589	0,108
Doğum Şekli	Normal Doğum	19	22		
	Sezeryan Doğum	31	18		

Araştırma grupları arasında gebelik süresi, gebelikte ilaç/alkol/sigara kullanım öyküsü varlığı ve doğum şekli açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo XIX: Gruplar Arasında Doğum Ağırlıklarının Karşılaştırılması

Doğum Ağırlığı	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama ±Std	3193 ±507	3466 ±630	3345 ±592
Ortanca	3500	3065	3200
Min-Max	2095-4590	2200-4230	2095-4590
Mann-WhitneyU (p)	0,027		

Araştırmaya katılan gruplar arasında doğum ağırlığı açısından kontrol grubunun anlamlı olarak daha yüksek doğum ağırlığına sahip olduğu bulunmuştur (p=0,027).

Tablo XX: Gruplar Arasında Anne Sütü Alım Sürelerinin (ay) Karşılaştırılması

Anne Sütü Alma (ay)	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama ±Std	11,8 ±8,5	13,8 ±8,1	12,7 ±8,3
Ortanca	11	12	12

Min-Max	1-36	0-30	0-36
Mann-WhitneyU (p)	0,180		

Araştırma grupları arasında anne sütü ile beslenme süreleri açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p=0,180).

Tablo XXI: Gruplar Arasında Yürüme, İlk Kelime ve İlk İki Kelimeli Cümle Zamanlarının (ay) Karşılaştırılması

		Olgu	Kontrol	p
Yürüme	Ortalama $\pm$ Std	12,5 $\pm$ 2,7	11,6 $\pm$ 1,8	0,143
	Ortanca / Min-Max	12 / 9-24	12 / 8-18	
İlk Kelime	Ortalama $\pm$ Std	12,7 $\pm$ 3,7	12,1 $\pm$ 4,2	0,340
	Ortanca / Min-Max	12 / 6-24	12 / 6-28	
İlk Cümle	Ortalama $\pm$ Std	22,7 $\pm$ 8,6	20,8 $\pm$ 5,9	0,489
	Ortanca / Min-Max	22,5 / 12-60	20 / 12-36	

Tablo XXII: Gruplar Arasında Okul Öncesi Eğitim Sürelerinin (yıl) Karşılaştırılması

Eğitim Süresi (yıl)	Olgu	Kontrol	Toplam
Ortalama $\pm$Std	1,6 $\pm$ 0,8	1,3 $\pm$ 0,8	1,5 $\pm$ 0,8

Ortanca	1,7	1	1
Min-Max	0-4	0-4	0-4
Mann-WhitneyU (p)		0,064	

Araştırma grupları arasında okul öncesi eğitim süreleri açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p=0,064).

Tablo VIXIII: Gruplar Arasında Arkadaş, Aile, Öğretmen ve Toplam Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması

Algılanan Destek	Sosyal	Olgu	Kontrol	p
		Ortalama ±Std.S.	Ortalama ±Std.S.	Mann-Whitney U
Arkadaş		49,7 ±5,5	74,9 ±5,3	<0,001*
Aile		33,1 ±3,8	51,7 ±2,6	<0,001
Öğretmen		29,6 ±5,8	40,7 ±1,6	<0,001
Toplam		112,7 ±9,7	167,4 ±7,2	<0,001*

**Analizlerde Student T Test kullanılmıştır.*

Araştırma grupları arasında algılanan sosyal destek kontrol grubunda olgu grubuna göre arkadaş, aile, öğretmen ve toplam puanlara bakıldığında istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo VIIIXIV: Olgu Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Arkadaş, Aile, Öğretmen ve Toplam Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması

Algılanan Destek	Sosyal	Hiperaktivite		
		Pozitif Ortalama $\pm$ Std.S.	Negatif Ortalama $\pm$ Std.S.	p Student T Test
Arkadaş		46,4 $\pm$ 3,9	54,5 $\pm$ 3,5	<0,001
Aile		34,5 $\pm$ 4,1	30,9 $\pm$ 1,6	<0,001
Öğretmen		25,4 $\pm$ 2,3	35,8 $\pm$ 3,1	<0,001
Toplam		107,1 $\pm$ 7,9	121,2 $\pm$ 4,8	<0,001

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı olgu grubu hiperaktivite belirtilerinin eşlik etmesine göre iki gruba ayrıldığında hiperaktivite negatif olan grubun algılanan sosyal destek puanı diğer gruba göre arkadaş, öğretmen ve toplam puanlara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Aynı durum algılanan sosyal destek aile söz konusu olduğunda hiperaktivite pozitif grupta istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tablo VIIIXV: Gruplar Arasında Ebeveynlerin Mizaç Puanlarının Karşılaştırılması

Mizaç		Olgu Ortalama $\pm$ Std.S.	Kontrol Ortalama $\pm$ Std.S.	p Mann-Whitney U
Anne	Depresif	12,1 $\pm$ 4,3	3,8 $\pm$ 1,2	<0,001
	Hipertimik	7,9 $\pm$ 4,1	2,8 $\pm$ 0,9	<0,001

Baba	Siklotimik	7,9 ±3,5	2,1 ±0,9	<0,001
	İrritabl	4,7 ±2,9	1,6 ±0,8	<0,001
	Anksiyöz	11,6 ±4,7	3,1 ±1,1	<0,001*
	Depresif	5,7 ±2,8	3,2 ±0,9	<0,001
	Hipertimik	10,4 ±3,9	3,5 ±1,0	<0,001
	Siklotimik	8,9 ±5,2	3,4 ±1,0	<0,001*
	İrritabl	4,8 ±3,5	1,5 ±1,1	<0,001
	Anksiyöz	8,2 ±5,0	2,4 ±1,3	<0,001*

*Analizlerde Student T Test kullanılmıştır.

Araştırmada anne ve baba mizaç durum puanlarının tümünde olgu grubunun puanları istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo IXXVI: Olgu Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Ebeveynlerin Mizaç Puanlarının Karşılaştırılması

		Hiperaktivite		
Mizaç		Pozitif	Negatif	p
		Ortalama ±Std.S.	Ortalama ±Std.S.	Student T Test
Anne	Depresif	10,2 ±4,5	15,0 ±1,5	<0,001
	Hipertimik	10,7 ±2,3	3,6 ±2,0	<0,001
	Siklotimik	9,7 ±3,2	5,1 ±1,5	<0,001
	İrritabl	5,2 ±3,3	3,8 ±2,2	0,079

Baba	Anksiyöz	10,2 ±5,4	13,8 ±2,0	0,002
	Depresif	5,6 ±2,6	5,6 ±3,2	0,985
	Hipertimik	12,9 ±2,6	6,6 ±2,0	<0,001
	Siklotimik	11,7 ±3,8	4,6 ±4,0	<0,001
	İrritabl	5,2 ±4,1	4,1 ±2,4	0,274
	Anksiyöz	6,0 ±4,7	11,6 ±3,0	<0,001*

*Analizde Mann-Whitney U Test kullanılmıştır.

Tablo XXVII: Gruplar Arasında Annelerin Ruhsal Belirti Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması

Anne Durum	Olgu	Kontrol	p
	Ortalama ±Std.S.	Ortalama ±Std.S.	Mann-Whitney U
Somatizasyon	1,1 ±0,5	0,4 ±0,1	<0,001*
Anksiyete	1,3 ±0,6	0,4 ±0,1	<0,001*
Obsesyon	1,7 ±0,5	0,4 ±0,2	<0,001
Depresyon	1,7 ±0,4	4,0 ±0,6	<0,001
KAD	1,5 ±0,5	0,4 ±0,2	<0,001
Psikotik	0,7 ±0,5	0,2 ±0,1	<0,001*
Paranoid	1,1 ±0,7	0,3 ±0,2	<0,001

Öfke	1,0 ±0,6	0,3 ±0,2	<0,001*
Fobik	0,5 ±0,3	0,3 ±0,1	<0,001
Ek	1,1 ±0,5	0,2 ±0,1	<0,001
Genel	1,3 ±0,5	0,5 ±0,2	<0,001

**Analizlerde Student T Test kullanılmıştır.*

Araştırma grupları arasında anneler için ruhsal belirti puanlarının dağılımı açısından olgu grubu annelerin puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo XIXVIII: Olgu Grubunda Hiperaktivite Durumuna Göre Annelerinin Psikiyatrik Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması

Hiperaktivite

Anne Durum	Pozitif	Negatif	p
	Ortalama ±Std.S.	Ortalama ±Std.S.	Student T Test
Somatizasyon	1,5 ±0,4	0,7 ±0,2	<0,001*
Anksiyete	1,1 ±0,5	1,5 ±0,6	0,017
Obsesyon	1,5 ±0,6	1,9 ±0,3	0,006
Depresyon	1,7 ±0,4	1,9 ±0,3	0,027
KAD	1,6 ±0,7	1,4 ±0,2	0,006*
Psikotik	0,6 ±0,4	0,9 ±0,5	0,114*
Paranoid	1,0 ±0,8	1,3 ±0,4	0,129
Öfke	1,0 ±0,6	1,0 ±0,5	0,910

Fobik	0,6 ±0,3	0,5 ±0,1	0,094
Ek	1,1 ±0,5	1,0 ±0,5	0,900
Genel	1,3 ±0,5	1,5 ±0,4	0,128

**Analizlerde Mann-Whitney U kullanılmıştır.*

Hiperaktivite pozitif olgu grubu anneleri ruhsal belirtiler açısından negatif grup ile karşılaştırıldığında somatizasyon ve kişiler arası duyarlılık alt ölçeklerinde aldığı puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo XIIIX: Gruplar Arasında Babalarının Ruhsal Belirti Puanlarının Karşılaştırılması

Baba Durum	Olgu Ortalama ±Std.S.	Kontrol Ortalama ±Std.S.	p Student T Test
Somatizasyon	0,9 ±0,5	0,4 ±0,1	<0,001
Anksiyete	0,9 ±0,5	0,4 ±0,1	<0,001
Obsesyon	1,5 ±0,5	0,4 ±0,1	<0,001
Depresyon	1,2 ±0,6	0,3 ±0,1	<0,001*
KAD	1,2 ±0,4	0,5 ±0,2	<0,001
Psikotik	0,7 ±0,5	0,4 ±0,2	<0,001
Paranoid	1,7 ±0,6	0,3 ±0,1	<0,001*
Öfke	1,2 ±0,7	0,3 ±0,1	<0,001

Fobik	0,3 ±0,2	0,3 ±0,1	0,850*
Ek	0,9 ±0,6	0,2 ±0,1	<0,001*
Genel	1,2 ±0,4	0,4 ±0,2	<0,001*

**Analizlerde Mann-Whitney U kullanılmıştır.*

Araştırma grupları arasında babalar için ruhsal belirti puanlarının dağılımı açısından karşılaştırıldığında, olgu grubunun aldığı puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur

Tablo XIIIIX: Gruplar Arasında Babaların Psikiyatrik Puanlarının Dağılımının Karşılaştırılması

Hiperaktivite

Baba Durum	Pozitif	Negatif	p
	Ortalama ±Std.S.	Ortalama ±Std.S.	Student T Test
Somatizasyon	1,1 ±0,5	0,6 ±0,3	<0,001
Anksiyete	1,0 ±0,6	0,9 ±0,6	0,753
Obsesyon	1,3 ±0,5	1,7 ±0,5	0,003
Depresyon	0,9 ±0,4	1,7 ±0,6	<0,001
KAD	1,3 ±0,4	1,1 ±0,3	0,064
Psikotik	1,3 ±0,6	0,8 ±0,5	0,002
Paranoid	1,7 ±0,6	1,7 ±0,6	0,960*
Öfke	1,5 ±0,6	0,8 ±0,5	<0,001

Fobik	0,3 ±0,3	0,3 ±0,3	0,493*
Ek	1,0 ±0,7	0,7 ±0,2	0,054
Genel	1,1 ±0,4	1,3 ±0,3	0,559*

*Analizlerde Mann-Whitney U kullanılmıştır.

Hiperaktivite pozitif olgu grubu babaları ruhsal belirtiler açısından negatif grup ile karşılaştırıldığında somatizasyon ve öfke alt ölçeklerinde aldığı puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur

5.2.2. Değişkenlerin Korelasyon Analizleri

Tablo XIVXXI: Olgu Grubunda DEHB belirti şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Korelasyonu

Anne -Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları		Dikkatsizlik		Hiperaktivite	
Algılanan Destek	Sosyal	p	rho	p	Rho
Arkadaş		0,002	0,429	<0,001	-0,607
Aile		0,001	-0,451	<0,001	0,508
Öğretmen		<0,001	0,531	<0,001	-0,687
Toplam		0,004	0,395	<0,001	-0,594

Tablo XVXXII: Olgu Grubunda DEHB şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Korelasyonu

Baba -Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları		Dikkatsizlik		Hiperaktivite	
Algılanan Sosyal Destek		p	rho	p	Rho
Arkadaş		0,004	0,403	<0,001	-0,549
Aile		<0,001	-0,534	0,001	0,455
Öğretmen		<0,001	0,551	<0,001	-0,720
Toplam		0,005	0,391	<0,001	-0,606

Tablo XVIXXIII: Olgu Grubunda DEHB şiddeti ile Anne Mizaç Özellikleri Düzeyinin Korelasyonu

Anne -Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları		Dikkatsizlik		Hiperaktivite	
Anne Mizaç		p	r	p	R
Depresif		<0,001*	0,576*	0,007	-0,376
Hipertimik		<0,001	-0,540	<0,001	0,727
Siklotimik		0,235	-0,171	<0,001	0,618
İrritabl		0,097	-0,238	0,074	0,255
Anksiyöz		0,001	0,465	0,091	-0,242

*Analizlerde Spearmen testi kullanılmıştır

Tablo XVIIIXIV: Olgu Grubunda DEHB şiddeti ile Baba Mizaç Özellikleri Düzeyinin Korelasyonu

Baba -Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları	Dikkatsizlik		Hiperaktivite	
	p	r	p	R
Baba Mizaç				
Depresif	0,399*	-0,122	0,972	0,005
Hipertimik	<0,001*	-0,451	<0,001	0,658
Siklotimik	0,002*	-0,435	<0,001	0,530
İrritabl	0,541*	-0,089	0,499	0,098
Anksiyöz	<0,001*	0,475	0,078	-0,251

*Analizlerde Spearmen testi kullanılmıştır

Tablo XVIIIXV: Olgu Grubunda Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Anne ve Baba Mizaç Özellikleri Düzeyinin Korelasyonu

Algılanan Sosyal Destek Aile	Anne		Baba	
	p	r	p	R
Depresif	0,002	-0,419	0,333	-0,140
Hipertimik	0,001	0,443	0,008	0,371
Siklotimik	0,029	0,310	0,150	0,207
İrritabl	0,271	-0,159	0,518	-0,094

Anksiyöz	0,016	-0,338	0,019	-0,330
-----------------	--------------	---------------	--------------	---------------

Tablo XIXXXVI: Olgu Grubunda Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Anne ve Baba Psikiyatrik Belirti Düzeylerinin Korelasyonu

Algılanan Sosyal Destek Aile	Anne		Baba	
	p	r	p	R
Somatizasyon	0,014	0,346	0,549	0,087
Anksiyete	0,029	-0,310	0,448	-0,110
Obsesyon	0,009	-0,365	0,146	-0,209
Depresyon	0,170	-0,197	0,070	-0,259
KAD	0,498	0,098	0,536	-0,090
Psikotik	0,367	-0,130	0,655	0,065
Paranoid	0,103	-0,233	0,262	-0,162
Öfke	0,115	-0,226	0,435	-0,113
Fobik	0,608	-0,074	0,422	-0,116
Ek	0,364	-0,131	0,044	-0,286
Genel	0,004	-0,403	0,308	-0,147

6.TARTIŞMA

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu farklı işlevsellik alanlarında bozulmalarla ilişkili olup sosyal sorunlar olguların önemli bir kısmında bildirilmektedir(116). Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocuklarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı olarak algılanan sosyal destek puanlarının, anne-baba affektif mizaç özellikleri ve ruhsal belirtileri açısından karşılaştırılmış olup elde edilen bulgular ilgili alan yazın eşliğinde aşağıda tartışılacaktır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan toplumsal tabanlı değerlendirmelerde DEHB E/K oranı 1/1 ile 3/1 iken, psikiyatri kliniklerine başvuran hastaların değerlendirmelerinde bu oran 9/1'e kadar arttığı bildirilmektedir (199). Çalışmamıza Aydın Adnan Menderes Üniversite Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde takip edilen, 9-13 yaş arasındaki 50 olgu ve yaş ve cinsiyet açısından olgu grubu ile eşleştirilmiş 40 sağlıklı kontrol ve ebeveynleri dahil edilmiştir ve DEHB tanısı olan olguların %86'sının erkek, %14'ünün kız olduğu, kontrol grubunun ise %85'nin erkek, %15'nin kız olduğu saptanmıştır. Kontrol ve olgu karşılaştırıldığında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır. elde ettiğimiz E/K oranı, klinik temelli çalışmalarla uyumlu olarak erkeklerde yaklaşık dokuz kat daha sık bulunmuştur (200). Yapılan araştırmalar da erkeklerde birleşik tipin, kızlarda ise dikkat eksikliği baskın tipin daha sık olduğunu, bu nedenle hiperaktivite ve davranış sorunları nedeniyle erkeklerin kızlardan daha fazla kliniğe başvurularının olduğu, toplum ve klinik tabanlı değerlendirmelerdeki farkın da bundan kaynaklandığı ileri sürülmüştür (201). Bizim çalışmamızda olgu grubu klinik örneklemden seçildiği için alan yazın ile uyumlu şekilde erkek-kız oranı elde edildiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen DEHB tanılı olguların yaş ortalaması 10.7 ± 1.36 , kontrol grubunun ise 10.9 ± 1.51 bulunmuştur. Bu bulgu DEHB'in prevalansının 10 yaş civarında pik yaptığını gösteren çalışmalarla uyumluluk göstermektedir(202,203). İki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0.005$). Alan yazın incelendiğinde algılanan sosyal destek düzeylerinin yaştan etkilendiği, erken ve geç ergenlik dönemlerinde en fazla desteğin aileden, orta ergenlikte ise hayatında yer alan başka önemli kişilerden algılandığı ileri sürülmüştür (177). Algılanan sosyal desteği değerlendirmek için araştırmamızda kullanılan Çocuklar için

Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında elde edilen bulgulara göre, ölçek alt bölümlerinin puanlanmasında 13 yaşından sonra aile ve öğretmenden algılanan sosyal destek puanları anlamlı olarak düştüğü için çalışmamıza 9-13 yaş arası çocuk ve gençler dahil edilmiştir (7). Ayrıca olgu ve kontrol grupları arasında yaş ortalamaları yönünden anlamlı fark saptanmaması nedeniyle, yaştan algılanan sosyal destek üzerine olan etkilerinden etkilenmemesi yönünden önemli olduğu düşünülmektedir.

Kronik rahatsızlığı olan çocuk ve gençler ile yapılan çalışmalarda, bu çocuk ve gençlerin yaklaşık olarak %10'uda başta sosyal izolasyon olmak üzere, diğer ruhsal rahatsızlıkların olabildiğini bildirmiştir (204). Bu duruma ek olarak kronik rahatsızlığa sahip çocuğu olan ebeveynlerinde, sağlıklı gelişen çocuğa sahip ebeveynlere göre daha sık anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk görüldüğü bildirilmiştir (205). Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol grubu çocukların tedavi gördüğü herhangi bir kronik rahatsızlığı ve en az son altı aylık süreç içerisinde düzenli aldığı bir ilaç tedavisi yoktu. Olgu ve kontrol gruplarının kronik bir rahatsızlığının olmamasının sosyal destek algısını etkilememesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen tüm olgu ve kontrol gruplarının ebeveynleri sağ ve birlikteydi. Ebeveyn kaybının çocuk ve gençler için zorlayıcı bir yaşam olayı olduğu bilinmektedir (206). Bu çocuk ve gençlerde sosyal yönden kendisini destekleyen ve bakım veren ebeveynin olmayışının, yaşantılarını etkileyeceği ve ruhsal rahatsızlıklara daha yatkın olabilecekleri bildirilmektedir (206,207). Benzer şekilde anne baba boşanması olan çocuk ve gençlerde yaş dönemlerine göre farklı olmakla birlikte başta depresyon olmak üzere diğer ruhsal bozukluklar görülebilmektedir (208,209). Bizim çalışmamıza dahil edilen olgu ve kontrol grubu çocukların ebeveynlerinin sağ ve birlikte olmasının sosyal destek algısını etkilememesi yönünden önemli olduğu düşünülmektedir.

Alan yazın incelendiğinde DEHB tanısı alan çocukların anne yaşlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (210). Çalışmamızda olgu grubunun annelerinin yaş ortalaması $35,5 \pm 4,99$, babalarının yaş ortalaması $39,5 \pm 6,2$ olarak bulunurken, kontrol grubunun annelerinin yaş ortalaması $37,9 \pm 5,1$, babalarının yaş ortalaması ise $41,5 \pm 5,3$ olarak bulunmuştur. Olgu ve kontrol gruplarının babaların yaşlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, olgu grubunda yer alan annelerin

yaşı, alan yazın ile uyumlu olacak şekilde, anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (210). Kontrol grubunda yer alan çocukların anne yaşlarının anlamlı olarak daha yüksek bulunmasının ebeveynlik yetilerini olumlu yönde etkileyebileceği ve kontrol grubunun sosyal destek algısına katkı sunacağı düşünülmüştür (211,212).

Çalışmamıza katılan olgu ve kontrol gruplarının yaşadıkları yer incelenmiş olup, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca gruplar anne eğitim düzeyleri yönünden karşılaştırıldığında, olguların annelerinin %18'inin, kontrollerin annelerinin %15'inin, üniversite mezunu olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Gruplar baba eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında olguların babalarının %14'ünün, kontrollerin babalarının ise %17.5'inin üniversite mezunu olduğu görülmüş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Hem olgu hem de kontrol gruplarının düşük-orta sosyoekonomik seviyede olduğu düşünülebilir. Alan yazında bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olmasının çocuklarda DEHB görülme oranlarını arttırdığı, özellikle anne eğitim seviyesinin babaya göre daha etkili olduğu ileri sürülmüştür (213,214). Çalışmamıza katılan ebeveynlerin sosyodemografik verilerinin benzer özellikler göstermesinin doldurulan ölçeklerin anlaşılması ve verilen bilgilerin doğruluğu yönünden benzer özellikler gösterdiklerini ve katılımcıların karşılaştırılabilir olduğunu düşündürmektedir. Kontrol grubunun da olgu grubuna benzer sosyodemografik veriler göstermesinin nedeni olarak, olgu grubunun toplum örnekleminden değil hastanemiz pediatri polikliniklerinden seçilmiş olması olduğu düşünülmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk ve gençlerle yapılan bir çalışmada, ilk doğan çocuğun DEHB tanısı konması açısından daha riskli olduğu ve kardeş sayısı arttıkça DEHB görülme oranlarının arttığı bildirilmiştir (215). Çalışmamıza dahil edilen olgu ve kontrol grupları kardeş sayıları yönünden karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Alan yazın incelendiğinde kardeş sayısındaki artmanın, ilgiyi diğer çocuklara kaydırması yönüyle sosyal desteği azaltabileceği ileri sürülmüş olup, bizim çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılığın olmamasının çalışmamızda sosyal destek algısını etkilememesi ve bir karıştırıcı olmaması yönünde önemli olduğu düşünülmüştür (215).

Çalışmamıza katılan ebeveynler psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından karşılaştırıldığında, olgu grubunun annelerinde anlamlı olarak daha fazla psikiyatrik bozukluk öyküsü saptanmışken, her iki grubun babalarında ise psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alan yazın incelendiğinde, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde daha fazla ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir (13). Anne-babalardaki psikiyatrik problemler, kalıtımsallığın dışında aynı zamanda ebeveynlik uygulamalarını da etkileyeceği için çocuk üzerinde önemlidir. Ebeveyn psikopatolojileri ve işlevselliğinin çocuklardaki DEHB semptomları ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (14). Annelerde psikiyatrik bozukluk öyküsünün fazla olmasının, ebeveynlik tutumlarını ve anne-çocuk etkileşimini bozduğu bu nedenle olgu grubunun sosyal destek algısını negatif yönde etkileyebileceği düşünülmüştür (216).

Gebelikte maruz kalınan ilaç, rahatsızlık, gebelik şekli, gebelik süresi ve anne sütü alım süresi yönünden karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Alan yazın incelendiğinde gebelikte nikotin ve alkol kullanımı, toksemi, eklampsi, prematürite, postmatürite, fetal distres, antepartum hemoraji, tiroid hormon eksikliği, çocuğun anne sütü alım süresinin kısalığı, DEHB gelişimi için risk taşıdığı düşünülen durumlar olduğu ifade edilmektedir (25,69,70). Bizim çalışmamızın sonuçlarının alan yazın ile uyumlu olmamasının nedeni olarak düşük sosyoekonomik seviyeden gelen ebeveynlerin, sağlık geçmişlerine gerekli önemi vermemiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan olgu ve kontrol grupları doğum ağırlığı açısından karşılaştırıldığında, olgu grubunun doğum ağırlığının, kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek bulundu görülmüştür. Düşük doğum ağırlığının DEHB için major bir risk faktörü olmasa da, DEHB kliniği ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (217,218). Çalışmamızın sonuçları bu konuda alan yazın ile uyumlu bulunmuştur.

Ebeveynlerden aldığımız bilgiler doğrultusunda çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol gruplarının anne sütü alım süresi, okul öncesi eğitim süresi ve gelişim basamakları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Alan yazın incelendiğinde ifade edici dilde gelişimindeki gecikmenin DEHB, davranım bozukluğu, bilişsel gecikme ve otizm ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (219,220). Sağlıklı kontrollerin DEHB tanılı çocuklarla karşılaştırıldığı bir çalışmada yürüme ve tek kelime kullanmaya başlama zamanları arasında gruplar arasında fark saptanmazken iki kelimelik cümle

kurma becerisini kazanma zamanı DEHB grubunda anlamlı olarak daha geç bulunmuştur (221). Çalışmamıza seçilen olgu ve kontrol grubu çocukların zihinsel yetileri klinik olarak değerlendirilmiş ve zihinsel yetersizlik bir dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Zihinsel yetileri açısından DEHB tanılı olguların ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, zihinsel yetilerle ilgili sorunu olmayan DEHB tanılı çocukların dil ve psikomotor gelişimi yönünden sağlıklı kontrollerle bir farkı olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen tüm çocuk ve gençlerin klinik zekalarının normal düzeyde olması nedeniyle olgu ve kontrol grubu arasında dil gelişimi ve psikomotor gelişim açısından anlamlı bir fark saptanmadığı düşünülmektedir (222).

Alan yazında, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt görünüşleri %50-75 oranında “bileşik görünüm“, %20-30 oranında “dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm“ ve %0-15 olarak “aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm“ olarak bildirilmektedir. Çalışmamıza katılan DEHB tanılı olgu grubu çocuklar kendi aralarından karşılaştırıldığında, yazınla uyumlu şekilde %46 bileşik görünüm, %40 dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, %14 aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm görülmektedir. Ayrıca olgu grubu hiperaktivite dürtüsellik belirtilerinin varlığı üzerinden karşılaştırıldığında, olguların %60’ında hiperaktivite dürtüsellik belirtilerinin klinik tabloda olduğu görülürken, %40’ında ise hiperaktivite dürtüsellik belirtileri daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda olgu grubunda elde edilen veriler kendi içerisinde de hiperaktivite belirtileri pozitif ve negatif olarak ayrılan gruplarda ayrı ayrı incelenecek olup, alan yazın incelendiğinde bilindiği kadarıyla bu şekilde ayrılarak ebeveyn mizacı ile karşılaştırılan az sayıdaki çalışmadan biri olması sebebiyle alan yazına katkısı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan DEHB tanılı çocuk ve gençlerin total algılanan destek puanını kontrol grubu ile karşılaştırdığımızda; olgu grubunda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.005$). Bunun yanı sıra total algılanan sosyal destek puanının alt başlıkları olan arkadaştan, aileden ve öğretmenden algılanan sosyal destek puanları ayrı ayrı değerlendirildiğinde de olgu grubunda her alt başlığın puanı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamıza benzer şekilde DEHB olgularında algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olması yönünden yazın ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (223). Yazında algılanan sosyal destek, bir kişinin yaşamında stresör bir faktör ile karşılaştığında, ihtiyaç duyduğu destek

kaynaklarını çevresinde var olduğunu hissetmesi olarak tariflenmektedir (18). Sosyal desteğin çocuk ve gencin hayatında ki işlevi ile incelendiğinde Tampon Kuramı öne çıkmakta ve bu kurama göre sosyal destek çocuk ve gençleri stresli yaşam olaylarına karşı koruyan bir faktör olarak bildirilmektedir (182). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun çocuk ve aile üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalar değerlendirildiğinde, sosyal ve akademik sorunlar yaşadığı, akranlarına oranla daha sinirli ve dürtüsel oldukları DEHB tanılı olguların önemli bir kısmında bildirilmiştir (116). Bunun yanı sıra DEHB tanılı çocuk ve gençlerin davranış sorunları ve sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle sıklıkla çevrelerindeki insanlardan olumsuz yanıtlar ve ceza aldıkları, akademik başarısızlıkları nedeniyle sene kaybettikleri ya da eğitim hayatlarına son vermek zorunda kaldıkları, bu durumda benlik saygısında düşme ve algılanan sosyal destekle ilgili yetersizlik hissine neden olabildiği bildirilmiştir (41,224). Alan yazında yapılan çalışmalarda DEHB'nin klinik belirtileri nedeniyle bu tür belirtilere sahip olmayanlara göre sosyal desteği daha düşük algıladıkları ifade edilmiştir (225). Çalışmamızda yer alan olgu grubu kendi içerisinde hiperaktivite belirtilerinin pozitif ve negatif olması açısından gruplara ayrılarak incelendiğinde, hiperaktivite belirtilerinin olduğu grubun arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek puanları ortalama olarak $46,4 \pm 3,9$ bulunmuşken, hiperaktivite belirtilerinin negatif olduğu grupta ise $54,5 \pm 3,5$ olarak bulunmuş olup, hiperaktivite belirtilerinin belirgin olduğu grupta arkadaşlarından algılanan sosyal destek puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bundan dolayı DEHB tanılı çocuk ve gençlerin hiperaktivite dürtüsellik klinik belirtileri pozitif olanlarda sosyal ilişkileri yürütme de yetersizlikler, kendi isteklerinin kabul görmemesine tahammülsüzlük ve oyunlarda lider olma istekleri nedeniyle, arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda hiperaktivite dürtüsellik belirtilerinin pozitif olduğu olgu grubunda aileden algılanan sosyal destek puanları değerlendirildiğinde hiperaktivite pozitif olan olgu grubunda, negatif olan gruba göre aileden algılanan sosyal destek puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alan yazında bizim çalışmamız gibi DEHB alt görünümünde aileden algılanan sosyal desteği inceleyen çalışmaya rastlanmadığı için yazın ile karşılaştırılma yapılamamıştır. 2012 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise DEHB prevalansının %5.9-%7.1 olduğu, toplum örnekleminde dikkatsizlik alt tipinin daha sık görülürken klinik örnekleme

kombine tipin daha sık olduğu, erkeklerde daha çok bileşik görünüm, kızlarda ise daha fazla dikkat eksikliği alt görünümünün görüldüğü bildirilmiştir (201). Bununla birlikte çalışmamıza alınan olgular cinsiyetleri açısından değerlendirildiğinde %86'sının erkek, %14'ünün kız olduğu görülmektedir. Ancak çalışmamızda hiperaktivite pozitif olan olguların yaklaşık olarak %93'ünün erkeklerden oluşması nedeniyle, toplumumuzda sosyokültürel olarak erkek çocuğun daha hareketli olması tercih edilen bir durum gibi değerlendirilip, aşırı hareketlilik ile ilgili bulguların göz ardı edilebileceği ve bundan dolayı hiperaktivite pozitif grubun aileden algıladığı sosyal desteğin negatif gruba göre daha yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yer alan hiperaktivite dürtüsellik belirtileri pozitif olan olgu grubunda öğretmenden algılanan sosyal destek puanları değerlendirildiğinde, hiperaktivite dürtüsellik belirtileri pozitif olan grubun öğretmenden algıladığı sosyal destek puanı, hiperaktivite dürtüsellik belirtileri negatif olan gruba göre anlamlı olarak düşük ($25,4 \pm 2,3$; $35,8 \pm 3,1$, $p < 0.05$) bulunmuştur. Alan yazın incelendiğinde hiperaktivite dürtüsellik klinik belirtilerinin olduğu DEHB tanılı çocuklarda, sınıfta içerisinde kurallara uyma sorunları, sınıf arkadaşları ve öğretmenlerine karşı davranış problemleri gösterdikleri, okullarında genellikle disiplin cezası alan, okul devamlılığında ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşayan çocuklar olduğu bildirilmiştir (226). Bizim çalışmamızda hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri pozitif olan grubun öğretmenlerinden algıladığı sosyal destek puanlarının, negatif olan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmasının hiperaktivite/dürtüsellik klinik belirtilerinin sınıf ortamını öğretmenin yönetiminde zorluk oluşturmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Diğer yandan DEHB tanılı çocuk ve gençlerde olgularda klinik belirtilerin incelendiği çalışmalarda hiperaktivite belirtilerinin negatif olduğu dikkat eksikliği alt grubunun daha çok sınıf içerisinde dersleri dinlemekte ve öğrenmekte zorluk yaşadığı, sınıf içerisindeki davranış problemlerinin hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerini gösteren gruba göre daha az olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri negatif olan grubun öğretmenden algıladığı sosyal destek puanlarının, pozitif gruba göre daha yüksek bulunmasının yazınla uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

Alan yazında, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerindeki mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği bir çalışmada ebeveynlerin mizaç özellikleri çocuklardaki

DEHB belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (21). Bunun yanı sıra DEHB olan çocukların ebeveynlerinin ve DEHB olmayan çocukların ebeveynlerinin affektif mizaç puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada da, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde tüm affektif mizaç özelliklerinin anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu ifade edilmiştir (227). Yazınla benzer şekilde bizim çalışmamızda da anne ve baba affektif mizaç puanlarının tümünde olgu grubunun puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ayrıca hiperaktivite belirtileri pozitif olan olgu grubunda ki annelerin hipertimik ve siklotimik mizaç özellikleri anlamlı olarak daha yüksek tespit edilirken, hiperaktivite negatif grubun annelerinde ise depresif ve anksiyöz mizaç özellikleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Daha önce ülkemizde yapılmış olan DEHB tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin mizaç özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada, DEHB grubunda ebeveynlerin kontrol grubundaki ebeveynlere kıyasla daha yüksek affektif mizaç puanları aldığını göstermiş olup ayrıca, affektif mizaç puanları, DEHB puanlarıyla olumlu bir korelasyon sergilemiştir. Çalışmamızın sonuçları bu çalışma ile uyumlu bulunmuş olup, çalışmamızın güvenilirliği açısından bu durumun önemli olduğu düşünülmektedir.

Olgu grubuna dahil edilen DEHB tanılı çocuk ve gençlerin babalarının mizaç özellikleri karşılaştırıldığında ise, hiperaktivite belirtileri pozitif olan grupta, hipertimik ve siklotimik mizaç özellikleri anlamlı olarak daha yüksek saptanırken, hiperaktivite belirtileri negatif olan grupta anksiyöz mizaç özellikleri anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Yakın dönemde ülkemizde yapılan DEHB tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin mizaç özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada babaların tüm affektif mizaç özelliklerinin kontrol grubuna göre yüksek bulunduğu, sadece anksiyöz mizacın sınırda ($p=0.051$) yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada olgu grubu ebeveynlerin anksiyöz mizaç özelliklerinin hiperaktivite negatif grupta daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçların alan yazın ile uyumlu olduğu görülmüştür (227). Yazında ebeveynlerde bulunan psikiyatrik bozuklukların çocukluk çağındaki davranışsal semptomlar üzerindeki etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Ancak depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların birçoğu, ebeveynlerin yaşamlarında genellikle hastalığın aktif dönemleri ve remisyon/sağlıklı dönemler olarak seyretmekte olduğu bilinmektedir. Ebeveynlerde bulunan psikiyatrik bozuklukların çocukların ruhsal sağlığı üzerinde çocukluk çağı boyunca sabit bir etkiye sahip olmadığı düşünüldüğünde, ebeveynlerin affektif mizaç özelliklerinin hem

stabil özellikler taşıması hem de ebeveynlerde diğer psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlaması yönüyle önemli olduğu düşünülmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocukların aile özelliklerinin incelendiği çeşitli çalışmalarda ailelerinde psikiyatrik belirtilerin sağlık çocukların ebeveynlerine göre fazla olduğu bildirilmiştir (78). Ayrıca DEHB tanılı çocukların ebeveynlerin psikiyatrik bozuklukları inceleyen diğer çalışmalarda da DEHB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında, kontrol grubuna göre daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu ve depresyon görüldüğü belirtilmiştir (5-6-35). Ülkemizde yakın dönemde DEHB tanılı yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada da ailelerinde duygudurum bozuklarının sıklığı yaklaşık olarak %12 olduğu tespit edilmişken, anksiyete bozukluğu görülme sıklığının ise yaklaşık olarak %8 olduğu bildirilmiştir(6). Diğer bir çalışmada ise DEHB tanılı çocuk ve gençlerin ailelerinde obsesif kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk oranlarının, toplum örnekleminden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan olgu ve kontrol grubu çocuk ve gençlerin anneleri psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından karşılaştırıldığında, olgu grubundaki annelerde anlamlı olarak daha fazla psikiyatrik bozukluk öyküsü ($p<0.05$) saptanmıştır. Annelerde psikiyatrik bozukluk öyküsünün fazla olmasının ebeveynlik tutumlarını ve anne-çocuk etkileşimini bozduğu bildirilmiştir (216). Diğer yandan her iki grupta yer alan çocuk ve gençlerin babalarında ise psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durumun nedeni olarak, çalışmaya dahil edilen annelerin genelde ev hanımı olması ve çocukların bakım verme sorumluluğunu daha fazla üstlenmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle annelerde bulunan psikiyatrik bozukluk öyküsünün, olgu grubunun sosyal destek algısını negatif yönde etkileyebileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda olgu ve kontrol grubuna dahil edilen çocuk ve gençlerin her iki ebeveynine de Scl-90 R verilerek, ruhsal belirtilerini incelediğimizde olgu grubunun ebeveynlerinin ruhsal belirti tüm alt ölçek puanlarının kontrol grubu ebeveynlerine oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra olgu grubuna dahil edilen hiperaktivite belirtileri pozitif çocuk ve gençlerin hem anne hem de babalarında, negatif gruba göre somatizasyon alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Olgu grubunun annelerinin Scl-90-R alt ölçeklerinden aldığı puanın aileden elde edilen sosyal destek algısıyla olan korelasyonu incelendiğinde, annenin

somatizasyon belirtilerinin aileden algılanan sosyal destek düzeyi ile düşük-orta derecede negatif korele olduğu görülmüştür. Alan yazında somatik belirtilerin anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunun tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik belirtileri olduğu bildirilmiştir (25). Ayrıca bu somatizasyon belirtilerinin kırsal kesimde yaşayan ve düşük eğitim seviyesi olan kişilerde daha sık olduğu bildirilmekle beraber, çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde katılımcıların düşük sosyoekonomik düzeyde olduğu ve bu nedenle de somatizasyon belirtilerinin daha sık görülebileceği düşünülmüştür. Somatizasyon ile ilgili yapılan çalışmalarda, somatizasyonun ciddi işlevsellik kayıplarına yol açabildiği ve bireylerin duygu ifadelerini etkileyebileceği bildirilmiştir (74, 97). Yapılan bir başka çalışmada da stresör faktörlerin somatizasyon belirtilerini ve işlevsellik kaybını arttırdığı belirtilmiştir (43). Hiperaktivite/dürtüsellik klinik belirtilerinin bulunduğu DEHB tanılı olgularımızın, ebeveynlerinin somatizasyon belirtileri nedeniyle yaşadığı dürtüsel davranışların, evlilik sorunlarının ve işlevsellik kaybının, düşük ebeveyn işlevselliğine yol açabileceği bundan dolayı yukarıda yazın ışığında tartışmış olduğumuz arkadaş ve öğretmenlerinden algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olmasına etki etmiş olabileceği düşünülmüştür. Her iki DEHB tanılı olgu grubunun annelerinde psikotik, paranoid, fobik, öfke, ve genel semptom puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda hiperaktivite pozitif olgu grubunun annelerinde kişiler arası duyarlılık alt ölçek puanlarının, negatif gruba göre anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur. Kişiler arası duyarlılık, negatif anlamıyla yetersizlik duygularının ön planda olduğu, diğer kişilerin değerlendirmelerine duyarlı olarak olumsuz sosyal değerlendirme, kişide uygun olmayan aşırı farkındalık olarak tanımlanmaktadır (228,229). Kişilerarası duyarlılığın yüksek olan bireylerde umutsuzluk, kararsızlık, kırılgan yaklaşım sergileme, kişilerarası strese toleransın az olması, ilişkilerde zorluk ve artmış negatif duygulanım gözlenebileceği ifade edilmiştir (228,229). Çalışmamızda hiperaktivite belirtilerinin pozitif olduğu grupta yüksek kişiler arası duyarlılığa sahip annelerin, yetersiz ebeveynlik tutumları ve çocuklarının anne ile kurmuş olduğu ilişkideki güçlükleri okul ortamına yansıtması nedeniyle hiperaktivite belirtileri pozitif olgu grubunun olabileceği ve çocukları ile olan, negatif gruba göre arkadaşlarından ve öğretmenlerinden algıladığı sosyal desteğin daha düşük olmasına dolaylı olarak katkı sunmuş olabileceği düşünülmüştür.

Ebeveyn öfkeli tutumu ve DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelendiğinde, DEHB klinik belirtilerinin ebeveynlerde öfkeli tutuma neden olabildiği aynı zamanda öfkeli tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarında daha çok davranım sorunları görülebildiği bildirilmiştir (230). Çalışmamıza dahil edilen olgu grubunun babalarının ruhsal belirtileri incelendiğinde, hiperaktivite pozitif grupta öfke belirti puanlarının, negatif gruba göre anlamlı olarak daha yüksek oranlarda olduğu gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda da hiperaktivite pozitif grubun babalarında görülen öfke belirti anlamlı olarak daha yüksek olmasının, çocuk ve gencin üzerinde olumsuz etkiye neden olabileceği, çocuk ve gencin benzer belirtileri okul ortamında sergilemesi nedeniyle de öğretmeninden ve arkadaşlarından algılanan sosyal destek düzeyinin, hiperaktivite negatif DEHB grubuna göre düşük olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışmamızda baba öfke belirti puanları ile çocuklarındaki hiperaktivite dürtüsellik belirti şiddeti arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır. Bundan dolayı ebeveyn öfke yönetimi üzerine müdahale programlarının bozukluğun klinik yönetiminde katkı sunacağını ön görmekteyiz.

Çalışmamıza katılan DEHB tanılı hiperaktivite belirtileri negatif olguların ebeveynlerinde, depresif ve obsesyonel belirti puanlarının hiperaktivite pozitif olan gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerde psikiyatrik belirtilerin incelendiği DEHB tanılı çocuk ve gençleri içeren çalışmalarda, MDB ve OKB tanısı toplum örneğine göre daha yüksek oranlarda görülmektedir. Çalışmamıza katılan ebeveynlerde depresif semptomların klinik özellikleri nedeniyle ev içersinde, çocuk ve gençte aileden algılan sosyal destek düzeyinin azaldığı düşünülmektedir. İçe yönelim belirtileri daha fazla olan ebeveynlerin çocuklarına daha yetersiz sosyal destek sunmalarından dolayı, çocukların algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Diğer yönüyle ebeveynlere uygulanacak olan sosyal beceri ve iletişim becerileri eğitimlerinin çocuklarda aileden algılanan sosyal desteğin ve öz yeterliliği destekleyeceğini öngörmekteyiz. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan olgularda içe yönelim ve dışa yönelim sorunları DEHB'ye sıklıkla eşlik etmekte olduğu yazında belirtilmektedir (231). Ayrıca anksiyete/depresyon gibi içe yönelim sorunları dikkatsizlik semptomları ile daha çok ilişkiliyken yıkıcı ve saldırgan davranışlar ise hiperaktivite/dürtüsellik ile ilişkili bulunmaktadır (232). Ebeveynlerdeki içe yönelim belirtileri ile DEHB olgularının gelecekte içe yönelim ya da dışa yönelim yönünde eş

tanı alma durumunu ortaya koymak adına yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu ön görmekteyiz.

Anne ve babalar tarafından doldurulan dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeğinin puanları toplam ve alt boyutlara göre karşılaştırıldığında tüm puanlar DEHB grubunda daha yüksek saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar DSM-5'e dayalı klinik değerlendirmenin ve ÇDŞG-ŞY'ya dayanarak konulan tanının tutarlılığını göstermektedir. Çalışmaya dahil edilen olgu grubunun hem anneleri hem de babaları tarafından doldurulan ÇEDBÖ puanlarının dikkatsizlik alt ölçeğinden alınan puanların, arkadaş ve öğretmenden algılanan sosyal destek düzeyi ile pozitif yönde orta düzeyde korele olduğu, aileden algılanan sosyal destek ile negatif yönde orta düzeyde korele olduğu bulunmuştur.. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklarda sosyal desteği inceleyen bir çalışmada sosyal destek algısının içe yönelim semptomları ile ilgili olmadığı bildirilmiştir (223). Dikkat eksikliği alt tipi baskın olan çocuk ve gençler alan yazın incelendiğinde, daha çok içe dönük, karar verme güçlüğü yaşayan, hata yapmamak için tekrar tekrar kontrol eden ve daha çok kızlarda görülen DEHB alt görünümü oldu görülmektedir (226). Bu çocuk ve gençler yaşamlarının erken dönemlerinde akademik hayatlarına başladıklarında aileleri tarafından desteklenmediği takdirde, kendi başına işleri yapmakta güçlük çeken ancak sınıfta ve okulda davranım sorunları göstermeyen, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri gösteren DEHB olgularına göre daha uyumlu bireyler olarak tariflenmektedir. Çalışmamızda anne ve babanın verdiği dikkat eksikliği puanlarının artmasıyla, çocukta içe yönelim semptomlarının artabileceği ve buna bağlı olarak aileden algılanan sosyal desteğin azalabileceği düşünülmüştür. Çalışmaya dahil edilen olgu grubu annelerin ÇEDBÖ puanları değerlendirildiğinde, hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeğinden alınan puanların arkadaş ve öğretmenden algılanan sosyal destek düzeyi ile iyi düzeyde negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde olgu babaların verdiği hiperaktivite/dürtüsellik puanları da arkadaş ve öğretmen algılanan sosyal destek ile orta-iyi düzeyde negatif korelasyon olarak bulunmuştur. Alan yazın incelendiğinde çalışmamız DEHB'nin hiperaktivite pozitif ve negatif grup olarak ayrılarak algılanan sosyal desteği etkileyen özelliklerin incelendiği ilk çalışmadır. Bu nedenle yazın ışığında tartışılamamıştır. Ancak alan yazın incelendiğinde davranış sorunları gibi dışsallaştırıcı semptomların daha çok

hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri gösteren olgularda fazla olduğu bildirilmektedir (232). Dışsallaştırıcı semptomların artmasının, sosyal hayat içerisinde çocuk ve gencin yalnızlaşmasına ve sosyal destek algısında düşmeye neden olacağı bilinmektedir (226). Bizim çalışmamızda da çocuk ve gencin ebeveynlerinden aldığı hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının artmasıyla, arkadaş ve öğretmeninden algıladığı sosyal desteğin azalmasında etken olacağını öngörmekteyiz.

Alan yazında ebeveynlerin affektif mizaç özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB grubunda ebeveynlerin kontrol grubundaki ebeveynlere kıyasla daha yüksek affektif mizaç puanları aldığı ve affektif mizaç puanlarının, DEHB puanlarıyla pozitif bir korelasyon sergilediği bildirilmiştir (233). Bizim çalışmamızda da, tüm affektif mizaç özellikleri alan yazın ile uyumlu şekilde olgu grubunun ebeveynlerinde, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Affektif bir mizaca sahip olmanın, ebeveyn-çocuk etkileşimi açısından anlamlı olabildiği ve iletişim üzerinde olumsuz etkileri olabileceği ifade edilmiştir (234). Bizim çalışmamıza katılan olgu grubu annelerin depresif mizaç özelliklerinin dikkat eksikliği ile orta düzeyde pozitif korele olduğu, siklotimik ve hipertimik mizaç özelliklerinin ise hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile orta-iyi düzeyde pozitif korele olduğu görülmüştür. Benzer şekilde olgu grubunun babalarının anksiyöz mizaç özellikleri dikkat eksikliği belirtileri ile orta düzeyde pozitif korele bulunmuşken, siklotimik ve hipertimik mizaç özellikleri hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile orta –iyi düzeyde korele bulunmuştur. Alan yazın incelendiğinde siklotimik mizaç özellikleri fazla olan bireylerin genellikle duygusal-davranışsal olarak bir uçtan diğer uca sürekli kayma eğilimi gösterdikleri, kısa süreli, nadiren ötiminin olduğu döngüler ve duygusal-davranışsal görünümüler arasında ani geçişler sergiledikleri ifade edilmektedir (135). Hipertimik mizaç özelliği gösteren bireylerin ise coşkulu, neşeli, özgüveni yüksek, eşik altı hipomanik belirtiler, az uyuma, gösterişli olma, aşırı konuşan olma, dışa dönüklük, başkalarının işine karışma gibi özellikler sergilediği bildirilmektedir (152). Çalışmamıza katılan olgu grubu çocuk ve gençlerin aileden algıladığı sosyal destek düzeyinin, ebeveynlerinin mizaç özellikleri ile korelasyonu incelendiğinde, annenin depresif ve irritabl mizaç özellikleri ile orta derecede negatif korele olduğu, babanın ise anksiyöz mizaç özellikleri ile düşük orta düzeyde negatif korele olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, annenin depresif mizaç özelliklerinin çocuklarda ki dikkat eksikliği ile pozitif korele, babaların ise anksiyete mizaç özelliklerinin dikkat eksikliği belirtileri ile pozitif korele

olması nedeniyle, annelerde ki depresif mizaç özelliklerinin, babalarda ise anksiyete mizaç özelliklerinin dikkat eksikliği semptomlarını arttırdığı ve bu nedenle de bu çocukların aileden algıladığı sosyal desteğin hiperaktivite pozitif olan gruba göre daha az olduğu düşünülmüştür. Affektif mizaç özelliklerinin bipolar affektif bozukluklar için öngörücü olduğu bildirilmektedir (137). Bipolar affektif bozukluk ve DEHB arasında potansiyel bir etiyolojik ortaklık bulunmaktadır (235). Daha önceki araştırmalar, hipertimik, siklotimitik ve irritabl mizaçların BB olan hastalarda belirgin olduğunu göstermiştir (236,237). Annenin irritabl mizaç özellikleri duygu düzenleme becerilerinde sorunlara yol açarak olumsuz ebeveynlik tarzına sebep olabileceği daha önce yapılan çalışmalarda da bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da, alan yazın ile uyumlu şekilde annenin irritabl mizaç özelliklerinin aileden algılanan sosyal destek ile negatif korele olduğu bulunmuştur.

Sonuçlarımıza göre, DEHB olan çocukların ebeveynleri SCID-I ile belirlenmiş olan psikiyatrik teşhisler koyulmamasına rağmen affektif mizaçlarda yüksek puanlar almıştır. Alan yazın incelendiğinde tüm affektif mizaç özelliklerinin anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu ifade edilmiştir (227). Affektif bir mizaca sahip olmak, ebeveyn-çocuk etkileşimi açısından anlamlı olabilir. Affektif bozuklukların günlük yaşam üstündeki etkilerinin değerlendirildiği bir araştırmada, siklotimitik ve irritabl mizaçların yanı sıra, depresif ve anksiyöz mizaçların da duygular, kognitif işlevler ve iletişim üstünde olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu açıdan, araştırmamızın sonuçları affektif mizaçların tüm davranışsal, etiyolojik ve iletişimle ilgili özelliklerinin DEHB açısından araştırılması gerektiğine işaret etmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda algılanan sosyal destek ve ebeveyn mizacı ilişkisinin incelenmesi ile ilgili daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili nedensellik ve tedavi süreçlerinin aydınlatılması için boylamsal çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Çalışmamız, sürenin kısıtlı olmasından dolayı kesitsel bir çalışma olarak planlanmış olması kısıtlı yönlerimizden birisidir.

- Çalışmamıza alınan olgu ve kontrol grubu çocuk ve gençlerin zihinsel gelişim düzeylerinin klinik olarak değerlendirilmiş olması çalışmamızın kısıtlayıcı etkenlerden bir tanesidir. Çalışmamızda çok sayıda değişken incelenmiş olup, daha ileri istatistiksel değerlendirme için olgu ve kontrol grubunun sayısının artırılması gerekmektedir.
- Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin ruhsal durum SCID gibi klinik değerlendirme uygulanmamış olması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır.

Çalışmamızın Güçlü Yönleri:

- Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla ebeveyn mizaç özellikleri ve DEHB tanılı çocuk ve gençlerde algılanan sosyal desteği inceleyen ilk çalışmadır.
- Çalışmaya katılan olgu ve kontrol grubu çocuk ve gençlerin hem anne hem de babaları çalışmaya dahil edilmiş olup, anne-babaların etkileri ayrı ayrı değerlendirilebilmiştir. Ayrıca her katılımcının öğretmeninden de benzer şekilde veriler alınmış olup, yapılan çok yönlü değerlendirmenin çalışmanın güvenilirliğini arttırdığı düşünülmektedir.
- Çalışmadaki bütün katılımcılara çalışmaya dahil edilmeden önce alanında eğitimli klinisyen tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemi olan ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır ve komorbid tanılar dışlanmıştır.
- Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol grubu çocuklar yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş olup, yaş ve cinsiyetin algılanan sosyal destek düzeyleri üzerinde ki karıştırıcı etkisinin azalttığı düşünülmektedir.
- Çalışmaya dahil edilen katılımcıların hepsinin ebeveynlerinin benzer sosyodemografik özellikler göstermesinin algılanan sosyal destek ve mizaç üzerinde sosyodemografik verilerin karıştırıcı etkisini azalttığı düşünülmektedir.

- Çalışmamız DEHB tanılı olgu grubunda algılanan sosyal desteği incelerken olgu hiperaktivite pozitif ve negatif olarak gruplara ayıran ve ebeveyn mizacını inceleyen bilindiği kadarıyla ilk çalışmadır.



7.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda DEHB tanılı olguların algılanan sosyal destek düzeylerinin, ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmış olup, çalışmamıza DEHB tanılı olguların anne ve babaları ile sağlıklı kontrol grubunun anne ve babaları dahil edilmiştir. Ek olarak klinik görüşmeler ile elde edilen sosyodemografik veriler ile DEHB alan yazın ışığında tartışılmıştır.

Sosyodemografik veriler açısından olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında anne yaşı ortalaması dışında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup, anne yaşı olgu grubunda alan yazın ile uyumlu şekilde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Düşük bulunan anne yaşının ebeveyn tutumlarında etkili olabileceği bu nedenle olgu grubunun algılanan sosyal destek puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olabileceği düşünülmüştür.

Alan yazında yapılan çalışmalarda DEHB'nin klinik belirtileri nedeniyle bu tür belirtilere sahip olmayanlara göre sosyal desteği daha düşük algıladıkları ifade edilmiştir (225). Çalışmamız sonuçları algılanan sosyal destek puanları açısından alan yazın ile uyumlu şekilde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Sosyal desteğin çocuk ve gençlerin stresli yaşam olaylarına karşı koruyucu bir faktör olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Klinik belirtileri nedeniyle zorluk yaşayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin, sosyal destek algısının azalmasının sonucunda zorlu yaşam olaylarına karşı daha açık olduğu bu nedenle DEHB tanılı çocuk ve gençlerin değerlendirilmesinde sosyal desteğin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuçlarımıza göre, DEHB olan çocukların ebeveynleri SCID-I ile belirlenmiş olan psikiyatrik teşhisler koyulmamasına rağmen affektif mizaçlarda yüksek puanlar almıştır. Alan yazın incelendiğinde tüm affektif mizaç özelliklerinin anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu ifade edilmiştir (227). Affektif bir mizaca sahip olmak, ebeveyn-çocuk etkileşimi açısından anlamlı olabilir. Affektif bozuklukların günlük yaşam üstündeki etkilerinin değerlendirildiği bir araştırmada, siklotimitik ve asabi mizaçların yanı sıra, depresif ve kaygılı mizaçların da duygular, kognitif işlevler ve iletişim üstünde olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu açıdan, araştırmamızın

sonuçları affektif mizaçların tüm davranışsal, etiyolojik ve iletişimle ilgili özelliklerinin DEHB açısından araştırılması gerektiğine işaret etmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun hem çocukta, hem de ailede bir işlevsellik kaybına neden olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, DEHB tanısı olan çocukların ailelerinde psikiyatrik sorunların normalden fazla olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamıza katılan olgu grubu annelerinde psikiyatrik hastalık geçmişi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak anne de ruhsal belirtilerin bulunmasının, DEHB tanılı çocuk ve gençlerde aileden algılanan sosyal desteği azalttığı görülmüştür. Annelerde psikiyatrik bozukluk öyküsünün fazla olmasının, ebeveynlik tutumlarını ve anne-çocuk etkileşimini bozduğu bu nedenle poliklinik başvurusu olan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin de psikiyatrik geçmiş ve ruhsal belirtilerinin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile algılanan sosyal destek düzeyinin ilişkisini incelemesi açısından alan yazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bulgularımızın koruyucu ruh sağlığı önlemlerinin alınabilmesi, müdahalelerde farklı boyutlarında oluşturulabilmesi açısından hem ruh sağlığı çalışanları için hem de ebeveynler için farkındalık oluşturulması ve sonraki çalışmalara altyapı sağlaması açısından faydalı olduğunu düşünmekteyiz. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun farklı sosyal işlevsellikleri bozduğu göz önüne alındığında, DEHB tanılı çocuk ve gençlerin sosyal destek algısına yönelik daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

8.ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN EBEVEYN MIZAÇ ÖZELLİKLERİ VE RUHSAL BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ

Giriş: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların algılanan sosyal desteğin ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması ve ebeveynlerdeki affektif mizaç özelliklerinin ve ruhsal belirtilerinin DEHB alt tipleri üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya DEHB tanısı olan, 8-14 yaş arası 50 olgu ve 40 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcılar ÇDŞG-ŞY-T ve DSM-5'e göre yapılan klinik görüşme ile psikiyatrik tanıları açısından değerlendirilmiş, klinik görüşme ile zihinsel yetersizlik saptanmış, psikotrop ilaç kullanımı veya eş tanısı olan olgular çalışmadan çıkarılmıştır. Olgu ve kontrol grubu çocuk ve gençlere Çocuklar için Sosyal Destek Ölçeği, ebeveynlerine ise Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ), Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A), Belirti Tarama Listesi (Scl-90) verilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol grupları yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum açısından benzer özellikler taşımaktaydı. Olgu grubu öğretmenlerden, arkadaşlarından, ailesinden algıladığı sosyal destek düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Olgu grubu ebeveynlerinin affektif mizaç özellikleri, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş olup ($p<0.05$), anne ve babalarda hipertimik ve siklotimik mizaç özelliklerinin hiperaktivite belirtileri ile pozitif korele, annelerde depresif babalarda ise anksiyöz mizaç özelliklerinin dikkat eksikliği ile pozitif korele olduğu tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız sonuçlarında olgu grubunda algılanan sosyal destek puanları, alan yazın ile uyumlu şekilde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Buna ek olarak alan yazın ile uyumlu şekilde olgu grubunda ruhsal belirtiler kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun farklı sosyal işlevsellikleri bozduğu göz önüne

alındığında, çalışmamızın ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile algılanan sosyal destek düzeyinin ilişkisini incelemesi açısından alan yazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, sosyal destek, ruhsal belirti, ebeveyn affektif mizaç özellikleri



9. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP AMONG PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, PARENTAL TEMPERAMENT CHARACTERISTICS AND PARENTAL PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Introduction: This study aimed to evaluate the relationship among perceived social support, parental temperament characteristics and parental psychiatric symptoms in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. This study also aimed to compare the patients with the control group and to evaluate the effect of parental affective temperament characteristics and parental psychiatric symptoms on ADHD subtypes.

Method: Children and youth aged 8-14 years were included in this study as 50 children with ADHD and 40 controls. Psychiatric diagnoses assessed by implementing the semi-structured Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (KID-SADS-PL) and clinical interview. Intellectual Disability was diagnosed by clinical interview, the patients using psychotropic drugs or the patients have comorbidities were excluded from the study. Clinical variables were measured by using Social Support Scale for Children for all the participants; and DSM-IV Based Screening and Evaluation Scale for Behavior Disorders in Children and Adolescents, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A) and Symptom Scan List (Scl-90) were self-reported by the participants' parents.

Results: The case and control group participants included in the study had similar characteristics in terms of age, gender, and socioeconomic status. The level of social support perceived by the teachers, the friends, and the family was found significantly lower in the participants of the case group than the participants of the control group. Affective temperament characteristics were found significantly higher in the participants' parents of the case group than the participants' parents of the control

group($p < 0.05$). It was determined that hypertimic and cyclothymic temperament characteristics of parents correlated positively with hyperactivity symptoms, and it was found that depressive temperament features in mothers and anxious temperament features in fathers were positive correlations with attention deficit.

Discussion and Conclusion: In the results of our study, perceived social support scores were found lower in the case group than the control group; in accordance with the literature. Also, in accordance with the literature, psychiatric symptoms were higher in the case group than in the control group. Considering that Attention Deficit Hyperactivity Disorder impairs different social functionalities; it is thought that our study will contribute to the literature in terms of examining the relationship between parental temperament and psychiatric symptoms and perceived social support level.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, social support, psychiatric symptom, parental affective temperament features

10.KAYNAKLAR

1. 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; 164:942–8.
2. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:894–921.
3. Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-Based Differences among Boys with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2000; 29:443–52.
4. Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol* 1988; 13:265–80.
5. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *Eur J Pediatr* 2012; 171:271–80.
6. Biederman J, Milberger S, Faraone S V., 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; 52:464–70.
7. Çocuk-Ergen Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *J Anatolia Nurs Heal Sci* 2009; 12:41–50.
8. Cohen S, Hoberman HM. Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *J Appl Soc Psychol* 1983; 13:99–125.
9. Cohen LH, McGowan J, Fooskas S, Rose S. Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder. *Am J Community Psychol* 1984; 12:567–87.
10. Rak CF, Patterson LE. Promoting resilience in at-risk children. *J Couns Dev* 1996; 74:368–73.
11. Holt MK, Espelage DL. Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents. *School Psych Rev* 2005; 34:309–28.
12. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22:369–77.
13. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Res Dev Disabil* 2013; 34:1036–43.
14. Breaux RP, Harvey EA, Lugo-Candelas CI. The Role of Parent Psychopathology in the Development of Preschool Children with Behavior Problems. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014; 43:777–90.
15. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:826–36.
16. O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional

- problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1470–7.
17. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, Azorin JM, Bourgeois ML, Sechter D, Fraud JP, Chatenêt-Duchêne L, Lancrenon S, Perugi G, Hantouche EG. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: Psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Disord* 2005; 85:29–36.
 18. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:68–73.
 19. Lise Öğrencilerinin Siber-Zorbalığa İlişkin Görüşlerinin Bazı Değişkenler Bakımından İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2011; 4:605–26.
 20. Yurumez E, Yazici E, Gumus YY, Yazici AB, Gursoy S. Temperament and Character Traits of Parents of Children With ADHD. *J Atten Disord* 2018; 22:1200–6.
 21. Bilgiç A, Yılmaz S, Özcan Ö, Tufan AE, Özmen S, Öztıp D, Akça ÖF, Türkoğlu S, Yar A. The Relationship Between Parental Affective Temperament Traits and Disruptive Behavior Disorders Symptoms in Children With ADHD. *J Atten Disord* 2018; 22:1235–45.
 22. American Psychiatric Association. Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. 2014,
 23. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motovalı N PB. DEHB Kitap Bölümü 1. In *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* 2008, p. 293–311.
 24. Leung AKC, Hon KL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Advances in Pediatrics*. 2016, p. 255–80.
 25. Oliver J. 濟無No Title No Title. In 8.Basım, editor. *Journal of Chemical Information and Modeling* Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2013, p. 1689–99.
 26. Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard’s Description in 1775 of “Attention Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *J Atten Disord* 2012; 16:623–30.
 27. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and “mental restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev* 2001; 6:66–73.
 28. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children’s book. *Eur Psychiatry* 2004; 19:303–6.
 29. GF S. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet* 1902;1008-1012,1077-1082.
 30. Barney SJ, Allen DN, Thaler NS, Park BS, Strauss GP, Mayfield J. Neuropsychological and behavioral measures of attention assess different constructs in children with traumatic brain injury. *Clin Neuropsychol* 2011; 25:1145–57.
 31. Oliver J. 濟無No Title No Title. In *Journal of Chemical Information and Modeling* New York N. New York NY US Guilford Press., 2013, p. 1689–99.
 32. Oliver J. 濟無No Title No Title. In *Journal of Chemical Information and Modeling* Third Edit.

2013, p. 1689–99.

33. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2010; 2:241–55.
34. Singh A, Yeh CJ, Verma N, Das AK. Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Heal Psychol Res* 2015; 3
35. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015, p. e994–1001.
36. Polanczyk G. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942.
37. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008, p. 245–60.
38. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, Aydin C, Rohde LA. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7:1–10.
39. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, Oztop D, Tufan AE, Tural U, Aktepe E, Aksu H, Ardic UA, Basgul S, Bilac O, Coskun M, Celik GG, Demirkaya SK, Dursun OB, Durukan I, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *J Affect Disord* 2018; 238:513–21.
40. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*. 2007, p. 117–23.
41. Oliver J. 済無No Title No Title. *J Chem Inf Model* [Internet] 2013; 53:1689–99. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/adhdtp.htm>
42. Faraone S V, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* [Internet] 2003; 2:104–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946911>0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1525089
43. ERCAN E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Epidemiyolojik Veriler. *Turkiye Klin J Pediatr Sci* [Internet] 2010; 6:1–5. Available from: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugunda-epidemiyolojik-veriler-58098.html>
44. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2013; 54:3–16.
45. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007, p. 631–42.
46. LOGE D V., STATON RD, BEATTY WW. Performance of Children with ADHD on Tests Sensitive to Frontal Lobe Dysfunction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:540–5.
47. WASSERSTEIN J, LYNN A. Metacognitive Remediation in Adult ADHD. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 931:376–84.

48. Levy F, Swanson JM. Timing, space and ADHD: The dopamine theory revisited. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:504–11.
49. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Focus (Madison)* 2008; 6:401–26.
50. Shaywitz SE, Fletcher JM, Shaywitz BA. Issues in the definition and classification of attention deficit disorder. *Top Lang Disord* 1994; 14:1–25.
51. Health NI for, Excellence C. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. *Natl Inst Heal Clin Excell* 2013;NICE Clinical Guideline 72.
52. Faraone S V., Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*. 2000, p. 9–20.
53. Faraone S V., Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 1998, p. 951–8.
54. Faraone S V., Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005, p. 1313–23.
55. Maher BS, Marazita ML, Ferrell RE, Vanyukov MM. Dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Psychiatr Genet* 2002; 12:207–15.
56. Lowe N, Kirley A, Hawi Z, Sham P, Wickham H, Kratochvil CJ, Smith SD, Lee SY, Levy F, Kent L, Middle F, Rohde LA, Roman T, Tahir E, Yazgan Y, Asherson P, Mil J, Thapar A, Payton A, et al. Joint Analysis of the DRD5 Marker Concludes Association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Confined to the Predominantly Inattentive and Combined Subtypes. *Am J Hum Genet* 2004; 74:348–56.
57. Hawi Z, Dring M, Kirley A, Foley D, Kent L, Craddock N, Asherson P, Curran S, Gould A, Richards S, Lawson D, Pay H, Turic D, Langley K, Owen M, O'donovan M, Thapar A, Fitzgerald M, Gill M. Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A potential susceptibility locus at the 5-HT1B receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. *Mol Psychiatry* 2002; 7:718–25.
58. Smith KM, Daly M, Fischer M, Yiannoutsos CT, Bauer L, Barkley R, Navia BA. Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: Genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study. *Am J Med Genet* 2003; 119B:77–85.
59. Lawson DC, Turic D, Langley K, Pay HM, Govan CF, Norton N, Hamshere ML, Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A. Association analysis of monoamine oxidase a and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet* 2003; 116B:84–9.
60. Mill J, Xu X, Ronald A, Curran S, Price T, Knight J, Craig I, Sham P, Plomin R, Asherson P. Quantitative trait locus analysis of candidate gene alleles associated with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in five genes: DRD4, DAT1, DRD5, SNAP-25, and 5HT1B. *Am J Med Genet - Neuropsychiatr Genet* 2005; 133 B:68–73.
61. Barr CL, Kroft J, Feng Y, Wigg K, Roberts W, Malone M, Ickowicz A, Schachar R, Tannock R, Kennedy JL. The norepinephrine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet - Neuropsychiatr Genet* 2002; 114:255–9.

62. Kirley A, Hawi Z, Daly G, McCarron M, Mullins C, Millar N, Waldman I, Fitzgerald M, Gill M. Dopaminergic system genes in ADHD: Toward a biological hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 2002; 27:607–19.
63. Hawi Z, Foley D, Kirley A, McCarron M, Fitzgerald M, Gill M. Dopa decarboxylase gene polymorphisms and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): No evidence for association in the Irish population. *Mol Psychiatry* 2001; 6:420–4.
64. Sengupta S, Grizenko N, Schmitz N, Schwartz G, Bellingham J, Polotskaia A, Stepanian M, Ter, Goto Y, Grace AA, Joober R. COMT Val108/158Met polymorphism and the modulation of task-oriented behavior in children with ADHD. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33:3069–77.
65. Neale BM, Medland SE, Ripke S, Asherson P, Franke B, Lesch KP, Faraone S V., Nguyen TT, Schäfer H, Holmans P, Daly M, Steinhausen HC, Freitag C, Reif A, Renner TJ, Romanos M, Romanos J, Walitza S, Warnke A, et al. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:884–97.
66. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010, p. 863–73.
67. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, Van Den Bree M, Thomas H, Harold G, Hay D. Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1985–9.
68. Rodriguez A, Bohlin G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2005; 46:246–54.
69. Kiehl C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008, p. 285–307.
70. Volkow ND, Wang G, Fowler JS, Logan J, Gerasimov M, Maynard L, Ding Y, Gatley SJ, Gifford A, Franceschi D. Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *J Neurosci* 2001; 21
71. Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, Taylor E, Casey BJ, Castellanos FX, Wadhwani PD. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology Review*. 2007, p. 39–59.
72. Bekaroglu M, Asian Y, Gedik Y, Deger O, Mocan H, Erduran E, Karahan C. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1996; 37:225–7.
73. Yorbik Ö, Olgun A, Kirmizigül P, Akman Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuklarda Plazma Çinko ve Bakır Düzeyleri. [Plasma Zinc and Copper Levels in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.]. *Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry* 2004; 7:80–4.
74. Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mauren MC. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:1113–5.
75. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, Mick E, Faraone S V. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: Findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1083–9.

76. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:978–87.
77. Hamshere ML, Langley K, Martin J, Agha SS, Stergiakouli E, Anney RJL, Buitelaar J, Faraone S V., Lesch KP, Neale BM, Franke B, Sonuga-Barke E, Asherson P, Merwood A, Kuntsi J, Medland SE, Ripke S, Steinhausen HC, Freitag C, et al. High loading of polygenic risk for ADHD in children with comorbid aggression. *Am J Psychiatry* 2013; 170:909–16.
78. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:1424–32.
79. Mattes JA. The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. *Compr Psychiatry* 1980; 21:358–69.
80. Arnsten AFT. Toward a new understanding of attention-deficit hyperactivity disorder pathophysiology: An important role for prefrontal cortex dysfunction. *CNS Drugs*. 2009, p. 33–41.
81. Durston S, Casey BJ. What have we learned about cognitive development from neuroimaging? *Neuropsychologia* 2006; 44:2149–57.
82. 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; 58:289–95.
83. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarfatti SE, Vauss YC, Snell JW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Rajapakse JC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:607–16.
84. Mostofsky SH, Cooper KL, Kates WR, Denckla MB, Kaufmann WE. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2002; 52:785–94.
85. Dickstein SG, Bannon K, Xavier Castellanos F, Milham MP. The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: An ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2006; 47:1051–62.
86. Durston S, Tottenham NT, Thomas KM, Davidson MC, Eigsti IM, Yang Y, Ulug AM, Casey BJ. Differential patterns of striatal activation in young children with and without ADHD. *Biol Psychiatry* 2003; 53:871–8.
87. Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SCR, Simmons A, Bullmore ET. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: A study with functional MRI. *Am J Psychiatry* 1999; 156:891–6.
88. Bush G, Vogt BA, Holmes J, Dale AM, Greve D, Jenike MA, Rosen BR. Dorsal anterior cingulate cortex: A role in reward-based decision making. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99:523–8.
89. Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Liebenauer L, Fitzgerald GA, Cohen RM. Effects of intravenous dextroamphetamine on brain metabolism in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Preliminary findings. In *Psychopharmacology Bulletin* 1994, p.

219–25.

90. 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; 104:19649–54.
91. Dunn DW. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Attention Problems and Epilepsy. In: Ettinger AE, Kanner AM (eds) *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* (2nd ed). In Lippincott Williams & Wilkins 2006,
92. Swartwood JN, Swartwood MO, Lubar JF, Timmermann DAL. EEG differences in ADHD-combined type during baseline and cognitive tasks. *Pediatr Neurol* 2003; 28:199–204.
93. Pliszka SR. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 2005, p. 1385–90.
94. Spencer TJ, Biederman J, Madras BK, Faraone S V., Dougherty DD, Bonab AA, Fischman AJ. In vivo neuroreceptor imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder: A focus on the dopamine transporter. *Biological Psychiatry*. 2005, p. 1293–300.
95. Ivanov, I., Newcorn J. No Title Attention-deficit/Hyperactivity Disorders. In Sexson S.B (Ed). In *Child and Adolescent Psychiatry* 2005, p. 91–104.
96. Wenzel A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology. 2017,
97. Barkley RA, Poillion MJ. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. *Behav Disord* 1994; 19:150–2.
98. Biederman J, Faraone S V., Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B. Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:966–75.
99. Tahiroğlu YAUT. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, Eşlik Eden Bozukluklar ve Tedavi Yaklaşımları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fak.,
100. DeNisco S, Tiago C, Kravitz C. Evaluation and treatment of pediatric adhd. *Nurse Pract* 2005; 30:4.
101. Langlely K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, Van Den Bree M, Harold G, Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2010; 196:235–40.
102. Torun NY, Özşahin A, Sütçigil L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yetişkinlikteki yansımaları = The reflections of attention deficit hyperactivity disorder through adulthood. *Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry* [Internet] 2009; 12:43–50. Available from: leventsut@yahoo.com
103. McAuley T, Crosbie J, Charach A, Schachar R. The persistence of cognitive deficits in remitted and unremitted ADHD: A case for the state-independence of response inhibition. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2014; 55:292–300.
104. Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJM, Hartman CA, Buitelaar JK,

- Faraone S V., Sergeant JA, Oosterlaan J. Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009, p. 793–804.
105. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Gerry Taylor H, Flannery D, Klein N, Borawski E. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics* 2004; 114:932–40.
 106. Turgay A. Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2004, p. 623–32.
 107. Faraone S V., Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19:353–64.
 108. Adler LA. Diagnosing and treating adult ADHD and comorbid conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008,
 109. Faraone S V., Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:754–63.
 110. Sharma A, Couture J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*. 2014, p. 209–25.
 111. Bymaster FP, Katner JS, Nelson DL, Hemrick-Luecke SK, Threlkeld PG, Heiligenstein JH, Morin SM, Gehlert DR, Perry KW. Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: A potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology* 2002; 27:699–711.
 112. Michelson D, Allen AJ, Busner J, Casat C, Dunn D, Kratochvil C, Newcorn J, Sallee FR, Sangal RB, Saylor K, West S, Kelsey D, Wernicke J, Trapp NJ, Harder D. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1896–901.
 113. McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36
 114. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*. 2009, p. 129–40.
 115. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, Buonanno C. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther* 2015; 75:60–71.
 116. Tseng MH, Henderson A, Chow SMK, Yao G. Relationship between motor proficiency, attention, impulse, and activity in children with ADHD. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46:381–8.
 117. Hoza B, Gerdes AC, Mrug S, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, Arnold LE, Abikoff HB, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Newcorn JH, Severe JB, Swanson JM, Vitiello B, et al. Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34:74–86.
 118. Normand S, Schneider BH, Lee MD, Maisonneuve MF, Kuehn SM, Robaey P. How do children

- with ADHD (Mis)manage their real-life dyadic friendships? A multi-method investigation. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39:293–305.
119. Mrug S, Brooke BS, Hoza B, Gerdes AC, Hinshaw SP, Hechtman L, Arnold LE. Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *J Abnorm Child Psychol* 2012; 40:1013–26.
 120. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573–88.
 121. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:975–90.
 122. Sanson A, Hemphill SA, Smart D. Connections between Temperament and Social Development: A Review. *Social Development*. 2004, p. 142–70.
 123. Pedlow R, Sanson A, Prior M, Oberklaid F. Stability of Maternally Reported Temperament From Infancy to 8 Years. *Dev Psychol* 1993; 29:998–1007.
 124. Josefsson K, Jokela M, Cloninger CR, Hintsanen M, Salo J, Hintsala T, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. Maturity and change in personality: Developmental trends of temperament and character in adulthood. *Dev Psychopathol* 2013; 25:713–27.
 125. Rothbart MK. Temperament, development, and personality. *Curr Dir Psychol Sci* 2007; 16:207–12.
 126. Bouchard TJ, Loehlin JC. Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*. 2001, p. 243–73.
 127. Strelau J. The regulative theory of temperament: Current status. *Pers Individ Dif* 1996; 20:131–42.
 128. Kraepelin E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. *J Nerv Ment Dis* 1921; 53:350.
 129. Prior M. Childhood Temperament. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33:249–79.
 130. Buss AH, Plomin R, Willerman L. The inheritance of temperaments. *J Pers* 1973; 41:513–24.
 131. Cloninger CR, Silk KR. The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. In *Biology of personality disorders* 1998, p. 63–92.
 132. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res* 1999; 33:31–6.
 133. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994; 4:266–73.
 134. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: A reply to commentaries. *Psychiatr Dev* 1988; 6:83–120.
 135. Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Daugherty D, Pruitt DB. Affective Disorders in Referred Children and Younger Siblings of Manic-Depressives: Mode of Onset and Prospective Course. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:996–1003.

136. Rovai L, Maremmani AGI, Rugani F, Bacciardi S, Pacini M, Dell'osso L, Akiskal HS, Maremmani I. Do Akiskal & Mallya's affective temperaments belong to the domain of pathology or to that of normality? *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013; 17:2065–79.
137. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010, p. 12–8.
138. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder. *Türk Psikiyatr Derg* 2005; 16
139. Calabrese JR, Markovitz PJ, Kimmel SE, Wagner SC. Spectrum of efficacy of valproate in 78 rapid-cycling bipolar patients. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12:53S-56S.
140. Sayin A, Aslan S. Duygudurum bozukluklari ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatr Derg = Turkish J psychiatry* 2005; 16:276–83.
141. Schraufnagel CD, Brumback RA, Harper CR, Weinberg WA. Affective illness in children and adolescents: Patterns of presentation in relation to pubertal maturation and family history. *J Child Neurol* 2001; 16:553–61.
142. Moore DJ, Atkinson JH, Akiskal H, Gonzalez R, Wolfson T, Grant I, McCutchan JA, Marcotte TD, Wallace MR, Ellis RJ, Letendre S, Schrier R, Heaton RK, Cherner M, Rippeth J, Jernigan T, Hesselink J, Masliah E, Masys DR, et al. Temperament and risky behaviors: A pathway to HIV? *J Affect Disord* 2005; 85:191–200.
143. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: Impact on prognosis. *J Affect Disord* 1999; 56:103–8.
144. İzci F. Epilepsi Hastalarında Aleksitimi, Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry* 2016; 8:64.
145. Hecht H, Van Calker D, Spraul G, Bohus M, Wark HJ, Berger M, Von Zerssen D. Premorbid personality in patients with uni- and bipolar affective disorders and controls: Assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247:23–30.
146. Musetti L, Simonini E, Soriani A, Quilici C, Ruffolo G, Xuereb MT, Perugi G. Affective temperament in recurrent depression. *Biol Psychiatry* 1997; 42:257S.
147. Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. Depressive Symptoms as Relative and Attributable Risk Factors for First-Onset Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:817–23.
148. Hızlı Döngülü Bipolar I Hastalarının Afektif Mizaç Özellikleri. *Kocatepe Tıp Derg* 2011; 12:86–94.
149. Perugi G, Toni C, Maremmani I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A, Fornaro M, Akiskal HS. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: A study on Bipolar i Italian National sample. *J Affect Disord* 2012; 136
150. Mechri A, Kerkeni N, Touati I, Bacha M, Gassab L. Association between cyclothymic temperament and clinical predictors of bipolarity in recurrent depressive patients. *J Affect Disord* 2011; 132:285–8.
151. Baldessarini RJ, Vázquez GH, Tondo L. Affective temperaments and suicidal ideation and

- behavior in mood and anxiety disorder patients. *J Affect Disord* 2016; 198:78–82.
152. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, Innamorati M, Iliceto P, Akiskal KK, Lester D, Narciso V, Ferracuti S, Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P. Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 2008; 41:313–21.
 153. Kampman O, Viikki M, Järventausta K, Leinonen E. Meta-analysis of anxiety disorders and temperament. *Neuropsychobiology*. 2014, p. 175–86.
 154. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2010; 136:768–821.
 155. Kuo PH, Chih YC, Soong WT, Yang HJ, Chen WJ. Assessing Personality Features and Their Relations with Behavioral Problems in Adolescents: Tridimensional Personality Questionnaire and Junior Eysenck Personality Questionnaire. *Compr Psychiatry* 2004; 45:20–8.
 156. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting Early Onset of Male Antisocial Behavior from Preschool Behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:732–9.
 157. Caspi A. The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78:158–72.
 158. Hoza B, Waschbusch DA, Pelham WE, Kipp H, Owens JS. Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:271–83.
 159. BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, BOLDUC-MURPHY EA, FARAONE S V., CHALOFF J, HIRSHFELD DR, KAGAN J. A 3-Year Follow-up of Children with and without Behavioral Inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:814–21.
 160. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: Progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord* 2005; 85:3–16.
 161. Fisher HE, Island HD, Rich J, Marchalik D, Brown LL. Four broad temperament dimensions: description, convergent validation correlations, and comparison with the Big Five. *Front Psychol* 2015; 6
 162. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1998; 39:145–59.
 163. Olson SL, Bates JE, Sandy JM, Lanthier R. Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28:119–33.
 164. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *Int J Behav Dev* 2000; 24:129–41.
 165. Arrindell WA, Emmelkamp PMG, Monsma A, Brilman E. The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *Br J Psychiatry* 1983; 143:183–7.
 166. Rettew DC, Stanger C, McKee L, Doyle A, Hudziak JJ. Interactions between child and parent temperament and child behavior problems. *Compr Psychiatry* 2006; 47:412–20.

167. Cheung S-K. Life Events, Classroom Environment, Achievement Expectation, and Depression Among Early Adolescents. *Soc Behav Personal an Int J* 2006; 23:83–92.
168. Dubow EF, Tisak J. The Relation between Stressful Life Events and Adjustment in Elementary School Children: The Role of Social Support and Social Problem-Solving Skills. *Child Dev* 1989; 60:1412.
169. Cowen EL, Pedro-Carroll JL, Alpert-Gillis LJ. Relationships between Support and Adjustment among Children of Divorce. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31:727–35.
170. Caplan RD, Cobb S, French JR. Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support. *J Appl Psychol* 1975; 60:211–9.
171. Shevlin M, McElroy E, Murphy J. Loneliness mediates the relationship between childhood trauma and adult psychopathology: evidence from the adult psychiatric morbidity survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50:591–601.
172. Demaray MK, Malecki CK. Importance ratings of socially supportive behaviors by children and adolescents. *School Psych Rev* 2003; 32:108–31.
173. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98:310–57.
174. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38:300–14.
175. Bost KK, Vaughn BE, Boston AL, Kazura KL, O'Neal C. Social support networks of African-American children attending head start: A longitudinal investigation of structural and supportive network characteristics. *Soc Dev* 2004; 13:393–412.
176. Levitt MJ. Social relations in childhood and adolescence: The convoy model perspective. *Human Development*. 2005, p. 28–47.
177. Y Çakır. 12-22 Yaş Grubundaki Gençlerde Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Araştırması. Ankara Üniversitesi, 1993,
178. Z Başer. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi, 2006,
179. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi, 1990,
180. Shonkoff JP. Social support and the development of vulnerable children. *American Journal of Public Health*. 1984, p. 310–2.
181. Sheridan SM, Warnes ED, Cowan RJ, Schemm A V., Clarke BL. Family-centered positive psychology: Focusing on strengths to build student success. *Psychol Sch* 2004; 41:7–17.
182. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985, p. 310–57.
183. Taylor SE. Social Support: A Review. In *The Oxford Handbook of Health Psychology* 2012,
184. Varni JW, Katz ER. Stress, social support and negative affectivity in children with newly

- diagnosed cancer: A prospective transactional analysis. *Psychooncology* 1997; 6:267–78.
185. Wenz-Gross M, Siperstein GN. Importance of Social Support in the Adjustment of Children with Learning Problems. *Except Child* 1996; 63:183–93.
 186. B Budak. Lise Çğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 1999,
 187. E Taysi. Benlik Saygısı, Arkdaşlardan, A,leden Algılanan Sosyal Destek. Ankara Üniversitesi, 2000,
 188. Blain MD, Thompson JM, Whiffen VE. Attachment and Perceived Social Support in Late Adolescence: The Interaction Between Working Models of Self and Others. *J Adolesc Res* 1993; 8:226–41.
 189. Windle M. The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support, and problem behaviors. *J Clin Psychol* 1991; 47:310–5.
 190. Salami SO. Moderating Effects of Resilience, Self-Esteem and Social Support on Adolescents' Reactions to Violence. *Asian Soc Sci* 2010; 6
 191. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996; 119:488–531.
 192. Langford CPH, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: A conceptual analysis. *J Adv Nurs* 1997; 25:95–100.
 193. Antle BJ. Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Heal Soc Work* 2004; 29:167–75.
 194. Terzi-Unsal S, Kapci EG. Risk factors for suicidal behavior: Psychosocial risk models with Turkish adolescents. *Soc Behav Pers* 2005; 33:593–608.
 195. Lagana MT. Protective Factors for Inner-City Adolescents at Risk of School Dropout: Family Factors and Social Support. *Child Sch* 2004; 26:211–20.
 196. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. *Turk J Child Adolesc Ment Heal* [Internet] 2004; 11:109–16. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-11929-001>
 197. Ercan E, Ercan ES, Akyol Ardiç Ü, Uçar S. Çocuklar için saldırganlık ölçeği anne-baba formu: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2016; 17:77–84.
 198. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Derg* 1991; 1:45–52.
 199. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012, p. 490–9.
 200. Staller J, Faraone S V. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2006, p. 107–23.

201. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2002, p. 143–54.
202. BIEDERMAN J, MILBERGER S, FARAONE S V., KIELY K, GUTE J, MICK E, ABLON JS, WARBURTON R, REED E, DAVIS SG. Impact of Adversity on Functioning and Comorbidity in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1495–503.
203. Milberger S, Biederman J, Faraone S V., Gute J, Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 1997; 41:65–75.
204. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990; 85:267–76.
205. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klin Psikiyatr Derg [Internet]* 2002; 11 Available from: <http://www.academia.edu/download/38430666/145.pdf>
206. Best R. Without You. Children and Young People Growing Up with Loss and its Effects. By Tamar Granot. *Pastor Care Educ* 2007; 25:56–7.
207. Nolen-Hoeksema S, Larson J. Coping with loss. *Coping with Loss*. 2013, 1–223 p.
208. Palosaari U, Aro H. Effect of timing of parental divorce on the vulnerability of children to depression in young adulthood. *Adolescence* 1994; 29:681–90.
209. Mack KY. Childhood family disruptions and adult well-being: The differential effects of divorce and parental death. *Death Stud* 2001; 25:419–43.
210. Mikkelsen SH, Olsen J, Bech BH, Obel C. Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Int J Epidemiol* 2017; 46:409–20.
211. López Turley RN. Are Children of Young Mothers Disadvantaged because of Their Mother's Age or Family Background? *Child Dev* 2003; 74:465–74.
212. Trautmann-Villalba P, Gerhold M, Laucht M, Schmidt MH. Early motherhood and disruptive behaviour in the school-age child. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 2004; 93:120–5.
213. 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 Allied Discip* 2014; 55:436–45.
214. Hegelund ER, Flensborg-Madsen T, Vassard D, Niclasen J, Mortensen EL. Parental socioeconomic position and risk of ADHD in offspring: a cohort study of 9648 individuals in Denmark 1976–2013. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28:685–93.
215. Reimelt C, Wolff N, Hölling H, Mogwitz S, Ehrlich S, Martini J, Roessner V. Siblings and Birth Order—Are They Important for the Occurrence of ADHD? *J Atten Disord* 2018;108705471877002.
216. Van Batenburg-Eddes T, Brion MJ, Henrichs J, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, Lawlor DA, Davey Smith G, Tiemeier H. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: A cross-cohort consistency study. *J Child Psychol*

Psychiatry Allied Discip 2013; 54:591–600.

217. Ficks CA, Lahey BB, Waldman ID. Does low birth weight share common genetic or environmental risk with childhood disruptive disorders? *J Abnorm Psychol* 2013; 122:842–53.
218. Wiles NJ, Peters TJ, Heron J, Gunnell D, Emond A, Lewis G. Fetal growth and childhood behavioral problems: Results from the ALSPAC cohort. *Am J Epidemiol* 2006; 163:829–37.
219. Carson DK, Perry CK, Diefenderfer A, Klee T. Differences in family characteristics parenting behavior in families with language-delayed language-normal toddlers. *Infant-Toddler Interv* 1999; 9:259–79.
220. Joseph RM, McGrath LM, Tager-Flusberg H. Executive dysfunction and its relation to language ability in verbal school-age children with autism. *Dev Neuropsychol* 2005; 27:361–78.
221. Gümüştas F. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde empatik yanıt verebilme, duygusal yüz ifadelerinin tanınması, empati - agresyon ilişkisi ve ilaç tedavisinin empati becerileri üzerine etkileri. Yayınlanmam. 2011;
222. El Sady SR, Nabeih AAS, Mostafa EMA, Sadek AA. Language impairment in attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Egypt J Med Hum Genet* 2013; 14:383–9.
223. Mastoras SM, Saklofske DH, Schwean VL, Climie EA. Social Support in Children With ADHD: An Exploration of Resilience. *J Atten Disord* 2018; 22:712–23.
224. Dumas D, Pelletier L. A study of self-perception in hyperactive children. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1999; 24:12–9.
225. Demaray MK, Elliott SN. Perceived Social Support by Children with Characteristics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Sch Psychol Q* 2001; 16:68–90.
226. Mukaddes NM. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. 2nd ed. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. Nobel Tıp, 2015, 1–13 p.
227. Yazici E, Yürümez E, Yazici AB, Gümüş YY, Erol A. Affective temperaments in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Noropsikiyatri Ars* 2017; 54:149–54.
228. Boyce P, Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Aust N Z J Psychiatry* 1989; 23:341–51.
229. Marin TJ, Miller GE. The interpersonally sensitive disposition and health: An integrative review. *Psychol Bull* 2013; 139:941–84.
230. Patterson GR. Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In *Frontiers of developmental psychopathology* [Internet] 1996, p. 81–124. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1996-97605-003&site=ehost-live&scope=site>
231. Jensen PS, Shervette RE, Xenakis SN, Richters J. Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1203–9.
232. Carlson CL, Mann M. Sluggish Cognitive Tempo Predicts a Different Pattern of Impairment in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type. *J Clin Child*

Adolesc Psychol 2002; 31:123–9.

233. Ekinci S, Özdel K, Öncü B, Çolak B, Kandemir H, Canat S. Temperamental characteristics in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A comparison with bipolar disorder and healthy control groups. *Psychiatry Investig* 2013; 10:137–42.
234. Walsh MA, Brown LH, Barrantes-Vidal N, Kwapil TR. The expression of affective temperaments in daily life. *J Affect Disord* 2013; 145:179–86.
235. Faraone S V., Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T, Geller B, Werry JS. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1378–90.
236. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, Lancrenon S, Fraud JP, Châtenet-Duchêne L. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: Findings from a french national study (EPIMAN). *J Affect Disord* 1998; 50:175–86.
237. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:120–5.

11.EKLER

Ek-1 Sosyodemografik Veri Formu (Ön Sayfa)

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

1) Adı Soyadı:

2) Doğum Tarihi ve Yaşı:

3) Cinsiyeti: a) kız b) erkek

4) Tedavi görmekte olduğu fiziksel hastalık:

a) var (belirtiniz.....) b) yok

5) Düzenli olarak kullandığı ilaç tedavisi:

a) var (belirtiniz.....) b) yok

6) Yaşadığı yer: a) İl merkezi b) İlçe c) Köy

7) Beraber yaşadığı kişiler:

a) Anne/baba/kardeş b) Geniş aile c) yurt/kurum d) üvey anne/baba

8) Ailenin aylık toplam geliri:

9) Anne: a) sağ b) vefat etmiş

10) Baba: a) sağ b) vefat etmiş

11) Anne-baba medeni durumu: a) birlikte b) boşanmış c) ayrı yaşıyor

12) Anne Yaşı:

13) Anne eğitim düzeyi:

a) okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite

14) Annenin mesleği:

15) Annede psikiyatrik hastalık öyküsü:

a) var (tanısını belirtiniz.....) b) yok

16) Babanın yaşı:

17) Baba eğitim düzeyi:

a) okuryazar değil b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite

18) Babanın mesleği:

19) Babada psikiyatrik hastalık öyküsü:

a) var (tanısını belirtiniz.....) b) yok

20) Kardeşi olup olmaması: a) var (sayısını yazınız.....) b) yok

21) Kardeşlerinin yaşı:

22) Kardeşlerde psikiyatrik hastalık öyküsü:

a) var (tanısını belirtiniz.....) b) yok

23) Gebelikte ilaç/hastalık/sigara veya alkol kullanım öyküsü:

a) var (belirtiniz.....) b) yok

24) Doğum şekli: a) Sezeryan b) normal doğum

25) Doğum ağırlığı:

26) Gebelik süresi:

a) çok erken doğum (<32 hafta) b) erken doğum (32-37 hafta) c) miad (>37 hafta)

27) Yürüme zamanı:

28) Tek kelime zamanı:

29) 2 kelimelik cümle zamanı:

30) Kaç ay anne sütü aldığı:

31) Okul öncesi eğitim süresi:

EK-2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

GDÖ				c.Karışık-BB			
1.Şimdiki	_____			d.Hızlı döngülü			
2.Geçmiş en kötü	_____			11.a.DSM-III-R			
3.Geçmiş en iyi	_____			b.DSM-IV			
DEPRESYON (Ek 1)				12.Siklotimi			
1.Çökkün duygudurum	___	___	___	13.BB-BTA			
2.Disforik duygudurum	___	___	___	14.Şizoafektif-manik			
3.Değişiklik	___	___	___	PSİKOZ (Ek 2)			
4.a.Uykuya dalmakta güçlük	___	___	___	Varsanılar			
b.Blünme	___	___	___	1.a.Sözel olmayan	___	___	___
c.Erken uyanma	___	___	___	1.b.Komut veren	___	___	___
d.Uyku düzeni bozukluğu	___	___	___	1.c.Yorum yapan	___	___	___
e.Dinlendirmeyen uyku	___	___	___	1.d.Birbiriyle konuşan	___	___	___
f.Fazla uyuma	___	___	___	1.e.Sesli düşünce	___	___	___
5.Enerji azlığı	___	___	___	1.f.Diğer sözel	___	___	___
6.a.Düşüncede yavaşlama	___	___	___	2.a.Kafa içi	___	___	___
b.Kararsızlık	___	___	___	2.b.Dışarıdan	___	___	___
7.a.İştah azalması	___	___	___	2.c.Her ikisi	___	___	___
b.Kilo kaybı	___	___	___	3.Görsel	___	___	___
c.Artmış iştah	___	___	___	4.Dokunma	___	___	___
d.Kilo alma	___	___	___	5.Koku	___	___	___
8.a.Ajitasyon	___	___	___	6.Yanılsama	___	___	___
b.Psikomotor yavaşlama	___	___	___	7.Kültürel kabul	___	___	___
9.a.Değersizlik hissi	___	___	___	8.Süre	___	___	___
b.Suçluluk duygusu	___	___	___	9.DB ile birlikte	___	___	___
10.Çaresizlik, karamsarlık	___	___	___	10.Travma ile birlikte	___	___	___
11.Reddedilme duyarlılığı	___	___	___	11.Madde/organik ile birlikte	___	___	___
Diğer kriterler				12.Tetikleyici	___	___	___
1.Tetikleyici	___	___	___	13.Süre>1 hafta	___	___	___
2.Mens ile belirtiler	___	___	___	Sanrılar	___	___	___
3.a.Sosyal	___	___	___	1.Büyüklük	___	___	___
b.Aile	___	___	___	2.Suçluluk	___	___	___
c.Okul	___	___	___	3.Kontrol edilme	___	___	___
4.MDB	___	___	___	4.Bedensel	___	___	___
5.a.DSM-III-R	___	___	___	4.a.Yalnızca duygulanım atağı	___	___	___
b.DSM-IV	___	___	___	5.Nihilizm	___	___	___
6.Mevsimsel	___	___	___	6.Düşünce yayınlanma	___	___	___
7.Atipik depresyon	___	___	___	7.Düşünce sokulma	___	___	___
8.Psikotik MDB	___	___	___	8.Düşünce çalınma	___	___	___
9.Şizoafektif-Dep	___	___	___	9.Mesaj alma	___	___	___
10.Distimi	___	___	___	10.Zarar görme	___	___	___
11.Distimi primer	___	___	___	11.Düşünce okunma	___	___	___
12.Distimi sekonder	___	___	___	12.Referans	___	___	___
13.BTA-DB	___	___	___	13.Diğer	___	___	___
14.Deprime uyum bozukluğu	___	___	___	14.Ailesel	___	___	___
MANİ (Ek 1)				15.Birden fazla	___	___	___
1.Büyüklük	___	___	___	16.MDB ya da mani	___	___	___
2.Basınçlı konuşma	___	___	___	17.Madde/tıbbi hastalık	___	___	___
3.Yargılama zayıflığı	___	___	___	18.Çökkün/ kabarmış duygulanım	___	___	___
4.Dikkat dağınıklığı	___	___	___	19.Tetikleyici	___	___	___
5.Fiziksel huzursuzluk	___	___	___	20.Süre>1 hafta	___	___	___
6.Alkol, madde etkisi	___	___	___	Diğer psikotik belirtiler			
7.Süresi	___	___	___	1.a.Künt duygulanım	___	___	___
8.İşlevsellikte bozulma	___	___	___	b.Uygunsuz duygulanım	___	___	___
a.Sosyal	___	___	___	2.a.Enkoherans	___	___	___
b.Ailesiyle	___	___	___	b.Çağırışım çözülmesi	___	___	___
c.Okulda	___	___	___	3.Katatoni	___	___	___
d.Hastanede yatma	___	___	___	İşlevsellik			
e.Diğer	___	___	___	1.okul	___	___	___
9.a.DSM-III-R	___	___	___	2.akran	___	___	___
b.DSM-IV	___	___	___	3.aile	___	___	___
10.a.Manik-BB	___	___	___	4.öz bakım	___	___	___
b.Depresyon-BB	___	___	___	1.Seyir a.Subkronik	___	___	___
				b.Kronik	___	___	___

c.Akut-subkronik _____
d.Akut-kronik _____
e.Remisyon _____
2.Eşlik eden özellikler _____

1.Prognostik özellikler a. _____ b. _____ c. _____
2.Prognoz a.İyi _____ b.Orta _____
c.Kötü _____

PANİK (Ek 3)

1.Dispne _____
2.Başdönmesi _____
3.Çarpıntı _____
4.Titrement _____
5.Terleme _____
6.Boğulma hissi _____
7.Bulantı _____
8.Depersonalizasyon _____
9.Karınalanma _____
10.Ürperme,ateş basması _____
11.Göğüs ağrısı _____
12.Ölüm korkusu _____
13.Kontrol kaybetme korkusu _____

Diğer kriterler

14.Uyaran _____
15.Beklenmeyen atak _____
16.En az belirti _____
17.Atak sıklığı _____
18.Atak korkusu _____
19.Başlangıç _____
20.Agorofobi _____
21.a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
22.a.DSM-III-R _____
b.DSM-IV _____
23.Sınırlı belirti _____

AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

1.Kabuslar _____
2.Fiziksel belirtiler _____
3.Ayrılık beklentisi ile sıkıntı _____
4.Ayrılıkta aşırı sıkıntı _____
5.Süre (en az 2 hafta) _____
6.Bozulma a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
7.Tetikleyici _____
8.DSM-III-R _____
DSM-IV _____

FOBİ (Ek 3)

1.Fobik uyaran _____
a.Yükseklik _____
b.Karanlık _____
c.kan _____
d.köpek _____
e.diğer hayvanlar _____
f.böcek _____
g.evin dışında yalnız _____
h.kalabalık _____
i.açık alan _____
j.yolculuk _____
k.asansör _____
l.diğer kapalı alan _____
m.köprü _____

n.diğer _____

2.Korkunun aşırılığı I _____
3.Süre (6 ay ve üstü) _____
4.Bozulma a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____

5.Tetikleyici _____
6.a. DSM-III-R _____
b. DSM-IV _____
7.a.Hayvan tipi _____
b.Doğal çevre tipi _____
c.Kan _____
d.Durumsal tip _____
e.Diğer tip _____
8.Agorafobi _____
9.Agorafobili panik _____

YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

1.Geçmiş davranış _____
2.Yeterlilik _____
3.Rahatlatılma _____
4.Endişeleri kontrol _____
5.a.Ağrı _____
b.Huzursuzluk _____
c.Kolay yorulma _____
d.huzursuzluk _____
e.dikkat _____
f.uyku _____
g.tedirginlik _____
6.Süre _____
7.a.Sosyal _____
b.Aile _____
c.Okul _____
8.Tetikleyici _____
9.DSM-III-R _____
10. DSM-IV _____

OKB (Ek 3)

Kompulsyonlar _____
1.a.Dokunma _____
1.b.Sayma _____
1.c.Temizleme _____
1.d.Kontrol etme _____
1.e.Toplama _____
1.f.Sıralama _____
1.g.Planlama _____
1.h.Yineleme _____
1.i.Diğer _____
2.Amaç _____
3.Algılanma _____
4.Zaman harcama _____
5.a.Sosyal _____
5.b.Aile _____
5.c.Okul _____
5.d.Aşırı sıkıntı _____
Obsesyonlar _____
1.a.Bulaşma,somatik _____
1.b.Saldırgan düşünce _____
1.c.Hihilitik düşünce _____
1.d.Simetri _____
1.e.Anlamsız ses _____
1.f.Cinsel _____
1.g.Biriktirme _____
1.h.Dinsel _____
1.i.Diğer _____

2. Anlamsız düşünce	___	___	___
3. Baskılama	___	___	___
4. Kaynak	___	___	___
5. Zaman harcama	___	___	___
6.a. Sosyal	___	___	___
6.b. Aile	___	___	___
6.c. Okul	___	___	___
6.d. Aşırı sıkıntı	___	___	___
7. DSM-III-R	___	___	___

8. DSM-IV

ADHD (Ek 4)

1. Dikkatsizlik hata	___	___	___
2. Dinlemez	___	___	___
3. Yönergeleri izleyemez	___	___	___
4. İşleri düzenleyemez	___	___	___
5. Kaçınır	___	___	___
6. Kaybeder	___	___	___
7. Unutkandır	___	___	___
8. Yerinde duramaz	___	___	___
9. Çok koşar	___	___	___
10. Motor gibidir	___	___	___
11. Sessizce oynayamaz	___	___	___
12. Söz hakkı bekleyemez	___	___	___
13. Sırasını bekleyemez	___	___	___
14. Söz keser	___	___	___
15. Etkinlik değiştirir	___	___	___
16. Fazla konuşur	___	___	___
17. Tehlikeli işlere girer	___	___	___
18. Süre	___	___	___
19. Başlangıç yaşı	___	___	___
20. a. Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
21. (DSM-III-R)	___	___	___
22. (DSM-IV)	___	___	___
23. Dikkatsizlik	___	___	___
24. Hareketlilik	___	___	___
25. Bileşik	___	___	___
26. BTA	___	___	___

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Kolay kızar	___	___	___
2. Öfkeli	___	___	___
3. Kinci	___	___	___
4. Küfür	___	___	___
5. Bilerek kızdırır	___	___	___
6. Başkasını suçlar	___	___	___
7. Süre	___	___	___
8.a. Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
9. Tetikleyici	___	___	___
10. a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm	___	___	___
2. Zorla giriş	___	___	___
3. Hırsızlık	___	___	___
4. Yangın	___	___	___
5. Gece dışarda	___	___	___
6. Evden kaçma	___	___	___
7. Silah	___	___	___
8. Eziyet	___	___	___
9. Cinsel zorlama	___	___	___

10. Hayvanlara eziyet	___	___	___
11.a. Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
12. Süre	___	___	___
13. Grup tipi	___	___	___
14. Tek başına	___	___	___
15. Ayrışmamış	___	___	___
16. Çocukluk başlangıçlı	___	___	___
17. Ergenlik başlangıçlı	___	___	___
18. DSM-III-R	___	___	___

DSM – IV

On yaş altı başlayan	___	___	___
On yaş üstü başlayan	___	___	___
Hafif belirtiler	___	___	___
Orta şiddette	___	___	___
Ciddi belirtiler	___	___	___

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık	___	___	___
2. Miktar	___	___	___
3. Çok içme	___	___	___
4. Fiziksel	___	___	___
5. Tehlikeli davranış	___	___	___
6. Psikolojik	___	___	___
7. Mesleki	___	___	___
8. Sosyal	___	___	___
9. Yasal	___	___	___
10. Sarhoş	___	___	___
11. Etkinliklerin azaltılması	___	___	___
12. Zaman harcama	___	___	___
13. Tolerans	___	___	___
14. Bırakma	___	___	___
15. Çekilme	___	___	___
16. Çekilme alkol	___	___	___
17. Süre	___	___	___
18. Kötüye kullanma	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
19. Alkol bağımlılığı	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
10. Etkinlik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
15. Çekil. madde (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
18. Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
19. Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

- | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Beden imgesi | ___ | ___ | ___ |
| 2. Amenore | ___ | ___ | ___ |
| 3. DSM-III-R ve DSM-IV | ___ | ___ | ___ |
| Kısıtlayıcı tip | ___ | ___ | ___ |
| Tıkanırcasına yeme tipi | ___ | ___ | ___ |

BULİMİYA

- | | | | |
|------------------|-----|-----|-----|
| 1. Kontrol kaybı | ___ | ___ | ___ |
| 2. Kiloyla uğraş | ___ | ___ | ___ |
| 3. Süre | ___ | ___ | ___ |
| 4.a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)**Basit motor**

- | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|
| 1. Göz kırpması | ___ | ___ | ___ |
| 2. Yüz | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kafa | ___ | ___ | ___ |
| 4. Omuz | ___ | ___ | ___ |
| 5. Kol | ___ | ___ | ___ |
| 6. Karın | ___ | ___ | ___ |
| 7. Bacak | ___ | ___ | ___ |
| 8. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık motor

- | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|
| 1. Dokunma, vurma | ___ | ___ | ___ |
| 2. Zıplama, dönme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Ekokinezi | ___ | ___ | ___ |
| 4. Kendine zarar | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Basit ses

- | | | | |
|----------------------|-----|-----|-----|
| 1. Burun,öksür,boğaz | ___ | ___ | ___ |
| 2. Horlama | ___ | ___ | ___ |
| 3. Diğer | ___ | ___ | ___ |

Karmaşık ses

- | | | | |
|-------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Kendi sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 2. Başka sözcük yinleme | ___ | ___ | ___ |
| 3. Kaprolali | ___ | ___ | ___ |
| 4. Hakaret | ___ | ___ | ___ |
| 5. Diğer | ___ | ___ | ___ |
| 6.a. Sosyal | ___ | ___ | ___ |
| b. Aile | ___ | ___ | ___ |
| c. Okul | ___ | ___ | ___ |
| 7. Tourette | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |
| 8. Kronik Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |
| 9. Geçici Tik Boz. | ___ | ___ | ___ |
| a. DSM-III-R | ___ | ___ | ___ |
| b. DSM-IV | ___ | ___ | ___ |

Ek-3 Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda çocuk ve gençlerin arkadaşları, aileleri ve öğretmenleriyle ilişkileri hakkında sorular bulunmaktadır. Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, her bir soru için “her zaman”, “çoğu zaman”, “bazen”, “nadiren”, “hiçbir zaman” seçeneklerinden hangisi senin için doğruysa, o seçeneği işaretle. Lütfen hiç bir soruyu boş bırakma. Teşekkürler...

1. Bazı çocuklar arkadaşları tarafından dışlandıklarını hissederler, ama bazı çocuklar böyle hissetmezler. Sen arkadaşların tarafından dışlandığını hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

2. Bazı çocuklar arkadaşları tarafından çok sevilir, ama bazı çocuklar o kadar sevilmezler. Sen, arkadaşların tarafından sevilir misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

3. Bazı çocukların arkadaşları onlara sataşır ya da takılır, ama bazı çocukların arkadaşları böyle yapmaz. Senin arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

4. Bazı çocukların arkadaşları, onlarla alay eder, ama bazı çocukların arkadaşları böyle yapmaz. Senin arkadaşların, seninle alay ederler mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

5. Bazı çocukların arkadaşları, onların düşüncelerini dinlemekten hoşlanırlar; ama bazı çocukların arkadaşları bundan hoşlanmaz. Arkadaşların, senin düşüncelerini dinlemekten hoşlanırlar mı?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

6. Bazı çocuklar ve arkadaşları, birbirleri için pek çok şey yaparlar; ama bazı çocuklar ve arkadaşları bunu yapmazlar. Sen ve arkadaşların birbiriniz için çok şey yapar mısınız?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

7. Bazı çocuklar kendilerini arkadaşlarına çok yakın hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen kendini arkadaşlarına çok yakın hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

8. Bazı çocuklar, sorunları olduğunda yardım ya da öneri almak için arkadaşlarına güvenebilir; ama bazı çocuklar arkadaşlarına güvenemez. Sen, sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak arkadaşlarına güvenebilir misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

9. Bazı çocuklar arkadaşlarının, kendilerine gerçekten önem verdiği düşünürlər; ama bazı çocuklar böyle düşünmezler. Sence, arkadaşların sana önem verir mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

10. Arkadaşları, bazı çocukların kendilerini kötü hissetmelerine neden olur; ama bazı çocukların arkadaşları bunu yapmaz. Senin arkadaşların, kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

11. Bazı çocuklar, sorunları olduğunda yardım ya da öneri almak için ailelerine güvenebilir; ama bazı çocuklar ailelerine güvenemez. Sen, sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak için ailene güvenebilir misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

12. Bazı çocuklar ve aileleri, birbirleri için pek çok şey yaparlar ama bazı çocuklar ve aileleri bunu yapmazlar. Sen ve ailen birbiriniz için çok şey yapar mısınız?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

13. Aileleri, bazı çocukların kendilerini kötü hissetmelerine neden olur; ama bazı çocukların aileleri bunu yapmaz. Senin ailen, kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

14. Bazı çocuklar, aileleriyle çok şey paylaşırlar; ama bazı çocuklar paylaşmazlar. Sen ailenle çok şey paylaşırmısın?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

15. Bazı çocuklar, aileleriyle konuşmakta zorluk çekerler; ama bazı çocuklar zorluk çekmez. Sen, ailenle konuşmakta zorluk çeker misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

16. Bazı çocuklar, ihtiyaçları olduğunda, ailelerinin onların yanında olduğunu hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, onlara ihtiyacın olduğunda, ailenin senin yanında olduğunu hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

17. Bazı çocuklar, aileleri tarafından dışlandıklarını hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, ailen tarafından dışlandığını hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

18. Bazı aileler, çocuklarının düşüncelerini görmezden gelirler; ama bazı aileler böyle yapmaz. Ailen, senin düşüncelerini görmezden gelir mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

19. Bazı çocuklar aileleri içinde önemli bir yere sahiptir; ama bazı çocuklar böyle değildir. Sen, kendi ailen içinde önemli bir yere sahip misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

20. Bazı çocuklar, ailelerinin kendilerine gerçekten önem verdiğini düşünürler; ama bazı çocuklar, ailelerinin kendilerine gerçekten önem vermediğini düşünür. Sence, ailen sana önem verir mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

21. Bazı çocuklar, kendilerini ailelerinin bir parçası gibi hissederler; ama bazı çocuklar kendilerini ailelerinin bir parçası gibi hissetmezler. Sen kendini ailenin bir parçası gibi hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

22. Bazı çocuklar ailelerinin kendilerine kötü davrandığını düşünürler; ama bazı çocuklar böyle düşünmez. Sen, ailenin sana kötü davrandığını düşünür müsün?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

23. Bazı çocuklar, kendilerini sınıflarının bir parçası gibi hissederler; ama bazı çocuklar kendilerini sınıflarının bir parçası gibi hissetmezler. Sen kendini sınıfının bir parçası gibi hissediyor musun?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

24. Bazı çocuklar, sınıfları tarafından dışlandıklarını hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen sınıfın tarafından dışlandığını hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

25. Bazı çocuklar, sınıflarında hiç kimsenin, kendilerine değer vermediğini hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, sınıfında hiç kimsenin sana değer vermediğini hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

26. Bazı çocuklar, sınıf arkadaşları tarafından çok sevilir; ama bazı çocuklar o kadar sevilmez. Sen, sınıf arkadaşların tarafından çok sevilir misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

27. Bazı sınıflarda, çocuklar, birbirleri için pek çok şey yaparlar; ama bazı sınıflarda böyle olmaz. Senin sınıfında, çocuklar birbirleri için çok şey yaparlar mı?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

28. Bazı çocukların sınıf arkadaşları onlarla alay eder; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları böyle yapmaz. Senin sınıf arkadaşların, seninle alay ederler mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

29. Bazı çocukların sınıf arkadaşları, sorunları olduğunda onlara yardım ederler; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları etmez. Senin sınıf arkadaşların, sorunların olduğunda sana yardım ederler mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

30. Bazı çocukların sınıf arkadaşları, onlara sataşır ya da takılır; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları böyle yapmaz. Senin sınıf arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

31. Sınıf arkadaşları, bazı çocukların kendilerini kötü hissetmelerine neden olur; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları bunu yapmaz. Senin sınıf arkadaşların, kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

32. Bazı çocuklar kendilerini öğretmenlerine çok yakın hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen kendini öğretmenlerine çok yakın hisseder misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

33. Bazı öğretmenler, çocukların kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olur; ama bazı öğretmenler buna neden olmaz. Senin öğretmenlerin, kendini yetersiz hissetmene neden olur mu?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

34. Bazı çocuklar, öğretmenleriyle konuşmakta zorluk çekerler; ama bazı çocuklar zorluk çekmez. Sen öğretmenlerinle konuşmakta zorluk çeker misin?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

35. Bazı çocuklar, öğretmenlerinin kendilerine gerçekten önem verdiğini düşünürler; ama bazı çocuklar öğretmenlerinin kendilerine gerçekten önem vermediğini düşünür. Sence, öğretmenlerin sana önem verir mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

36. Bazı öğretmenlerden, herhangi bir sorun hakkında rahatlıkla yardım ya da öneri istenebilir; ama bazı öğretmenlerden istenmez. Senin öğretmenlerinden, herhangi bir sorun olduğunda, rahatlıkla yardım ya da öneri istenebilir mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

37. Bazı çocukların öğretmenleri, onlara kötü davranır; ama bazı çocukların öğretmenleri böyle davranmaz. Senin öğretmenlerin sana karşı kötü davranır mı?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

38. Bazı öğretmenler, öğrencilerine kendilerini önemli hissettirir; ama bazı öğretmenler böyle hissettirmez. Senin öğretmenlerin, sana kendini önemli hissettirir mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

39. Bazı öğretmenler, öğrencilerin kendilerini kötü hissetmesine neden olur; ama bazı öğretmenler buna neden olmaz. Senin öğretmenlerin, senin kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

40. Bazı öğretmenler, öğrencilerine özel görevler verirler; ama bazı öğretmenler bunu yapmaz. Seni öğretmenlerin, sana özel görevler verirler mi?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

41. Bazı öğretmenler, öğrencilerin kendilerini tedirgin (huzursuz) hissetmelerine neden olur; ama bazı öğretmenler buna neden olmaz. Senin öğretmenlerin, senin kendini tedirgin (huzursuz) hissetmene neden olur mu?

Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren (çok ender olarak)	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()

EK-4 Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI-TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(Anne-Baba)

1.BÖLÜM

A-DİKKATSİZLİK

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1.Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde yada diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2.Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3.Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4.Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5.Göreve ve etkinliklerini düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
6.Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi /ev ödevi gibi)kaçınır.	0	1	2	3
7.Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8.Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9.Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3
1A bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9			
1A bölümünde alınan toplam puan	/27			
B- AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK				
AŞIRI HAREKETLİLİK				
10.Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12.Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (Gençlerde yada erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir.)	0	1	2	3
13.Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14.Hep hareket halindedir, yada sanki motor takmış gibi davranır.	0	1	2	3
15.Çok konuşur.	0	1	2	3
DÜRTÜSELLİK				
16.Sorulara soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (Başkalarının konuşmaları yada oyunlarına bununu sokar.)	0	1	2	3
1B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	/9			
1B bölümünde alınan toplam puan	/27			
H-F-0244				

2.BÖLÜM SORUN

	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19.Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20.Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21.Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22.Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23.Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24.Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25.Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26.Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

2.bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/8
2.bölümünde alınan toplam puan/24

3.BÖLÜM SORUN

	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK				
27.Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29.Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah(sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb) kullanır.	0	1	2	3
30.İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31.Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33.Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
MALA ZARAR VERME				
34.Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35.Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir(yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
DOLANDIRICILIK YA DA HIRSIZLIK				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37.Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır.)	0	1	2	3
38.Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık.)	0	1	2	3
KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA				
39.13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40. Anne- babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma(yada uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma.	0	1	2	3

3.bölümde karşılanan ölçüt sayısı/15
3.bölümde alınan toplam puan/45

1.2.3. bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı/41
Her üç bölümden alınan toplam puan/123

EK-5 Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Distress Check List) (SCL-90 R)

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Acıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığımız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığımız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan

0 Hiç

ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

1 Çok az

Cevap

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler

11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	.....
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	.....
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	.....
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	.....
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	.....
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	.....
17. Titreme	.....
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	.....
19. İştah azalması	.....
20. Kolayca ağlama	.....
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	.....
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi	.....
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	.....
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	.....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	.....
26. Olanlar için kendini suçlama	.....
27. Belin alt kısmında ağrılar	.....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	.....
29. Yalnız hissi	.....
30. Karamsarlık hissi	.....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	.....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	.....
33. Korku hissi	.....
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	.....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi	.....
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	.....
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	.....
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	.....
39. Kalbin çok hızlı çarpması	.....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	.....
41. Kendini başkalarından aşağı görme	.....
42. Adele (kas) ağrıları	.....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	.....
44. Uykuya dalmada güçlük	.....

45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	.....
46. Karar vermede güçlük	.....
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	.....
48. Nefes almada güçlük	.....
49. Soğuk ve sıcak basması	.....
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	.....
51. Hiç bir şey düşünmeme hali	.....
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	.....
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi	.....
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	.....
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük	.....
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	.....
57. Gerginlik veya coşku hissi	.....
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	.....
59. Ölüm ya da ölmeye düşünceleri	.....
60. Aşırı yemek yeme	.....
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	.....
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	.....
63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması	.....
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	.....
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	.....
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	.....
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	.....
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	.....
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	.....
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	.....
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	.....
72. Dehşet ve panik nöbetleri	.....
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi	.....
74. Sık sık tartışmaya girme	.....
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali	.....
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	.....
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	.....

78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma	.....
79. Değersizlik duygusu	.....
80. Size kötü bir şey olacaktı duygusu	.....
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	.....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	.....
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	.....
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	.....
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi	.....
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	.....
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	.....
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	.....
89. Suçluluk duygusu	.....
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	.....

EK-6 Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire (TEMPS-A

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “kesinlikle uyuyorsa” → (D) Doğru

“tam olarak uymuyor” ya da

“yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” → (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaksızın başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarıda ya da aşağıdadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.

25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu

- hissederim.
55. D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşılamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatla bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınıyorum.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırıyorum.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozulur.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş

- olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatla bir kişiyim.

EK-7 Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 22/03/2019-E.19078



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Hatice AKSU
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.03.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR: 1

Protokol No : 2019/58
Sorumlu Yürütücü Doç.Dr. Hatice AKSU
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hatice AKSU'nun "**Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda algılanan sosyal desteğin ebeveyn mizaç özellikleri ve ruhsal belirtileri ile ilişkisi**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ADÜBAP başvuru onay belgesinin alınıp dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

EK-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu – Kontrol Grubu

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Algılanan Sosyal Desteğin Ebeveyn Mizaç Özellikleri ve Ruhsal Belirtileri ile İlişkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)-KONTROL ÇOCUK (9-13)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde başlayan, çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. DEHB tanılı çocuklarda sosyal davranışlardaki yetersizlikler çocuğun akranları ve çevresi ile olan ilişkisini bozmaktadır. Sosyal desteğin varlığı, tüm fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların veya travma benzeri yaşanan olayların gidişatında düzeltici etmen olarak yer alır ve yokluğu ise risk etmenidir. Anne-babalardaki psikiyatrik problemler, kalıtımsallığın dışında aynı zamanda ebeveynlik uygulamalarını da etkileyeceği için çocuk üzerinde önemlidir. Ebeveyn ruhsal sorunları ile çocuklardaki DEHB semptomlarının ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Mizaç, bazı psikiyatrik bozukluklar için bir yatkınlık olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların algılanan sosyal desteğin ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 9-13 yaş arasında olması ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısının olmaması, okuryazar olması, nörolojik bir hastalığının olmaması, zeka geriliğinin ve ek psikiyatrik tanısının olmaması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz ebeveynler ile hem de çocuk ile görüşülüp çocuğunuzun psikiyatrik tanılarını saptamaya yönelik bir görüşme yapılacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve çocuğunuza sorular sorulacaktır. Çocuğunuza algıladığı sosyal desteği değerlendirmek üzere Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği verilecektir. Daha sonra siz ebeveynlerinin doldurması istenen çocuğunuzun dikkat eksikliği/hareketlilik, karşı olma, saldırganlık belirtilerine yönelik 41 maddeden oluşan iki sayfalık formu işaretlemeniz istenecektir. Siz ebeveynlerin mizaçlarını ve ruhsal belirtilerini değerlendirmek için de sırasıyla 100 ve 90 maddelik iki ölçek daha sizlere verilecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuz ile ilgili doğru bilgiler vermeniz (ilaç kullanım durumu, psikiyatrik görüşme sırasında çocuğunuz ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

30 Ocak 2019 – 30 Aralık 2019 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran DEHB tanılı 40 çocuk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 40 çocuk ve ebeveynleri olmak üzere en az 80 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 13 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 1,5 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Bu çalışmada yer almanız için çocuğunuzda bir psikiyatrik tanının saptanmamış olması gerektiği için bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çocuğunuz sağlıklı kontrol grubunda yer aldığı için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr.Hatice BAĞDATLI AKSU tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05323020048 no.lu telefondan Dr.Hatice BAĞDATLI AKSU başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN (ÇOCUĞUN)		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



EK-9 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu – Olgu Grubu

Araştırmanın Adı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Algılanan Sosyal Desteğin Ebeveyn Mizaç Özellikleri ve Ruhsal Belirtileri ile İlişkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)-OLGU ÇOCUK(9-13)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde başlayan, çocuğun gelişim dönemine uygun olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluktur. DEHB tanılı çocuklarda sosyal davranışlardaki yetersizlikler çocuğun akranları ve çevresi ile olan ilişkisini bozmaktadır. Sosyal desteğin varlığı, tüm fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların veya travma benzeri yaşanan olayların gidişatında düzeltici etmen olarak yer alır ve yokluğu ise risk etmenidir. Anne-babalardaki psikiyatrik problemler, kalıtımsallığın dışında aynı zamanda ebeveynlik uygulamalarını da etkileyeceği için çocuk üzerinde önemlidir. Ebeveyn ruhsal sorunları ile çocuklardaki DEHB semptomlarının ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Mizaç, bazı psikiyatrik bozukluklar için bir yatkınlık olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların algılanan sosyal desteğin ebeveyn mizacı ve ruhsal belirtileri ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 9-13 yaş arasında ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısının olması, okuryazar olması, nörolojik bir hastalığının olmaması, zeka geriliğinin ve ek psikiyatrik tanısının olmaması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çocuk psikiyatristi tarafından hem siz ebeveynler ile hem de çocuk ile görüşülüp çocuğunuzun psikiyatrik tanılarını saptamaya yönelik bir görüşme yapılacaktır. Bunun için doktorunuz tarafından size ve çocuğunuza sorular sorulacaktır. Çocuğunuza algıladığı sosyal desteği değerlendirmek üzere Çocuk ve Ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği verilecektir. Daha sonra siz ebeveynlerinin doldurması istenen çocuğunuzun dikkat eksikliği/hareketlilik, karşı olma, saldırganlık belirtilerine yönelik 41 maddeden oluşan iki sayfalık formu işaretlemeniz istenecektir. Siz ebeveynlerin mizaçlarını ve ruhsal belirtilerini değerlendirmek için de sırasıyla 100 ve 90 maddelik iki ölçek daha sizlere verilecektir. Anketlerin nasıl doldurulacağı doktorunuz tarafından ayrıntılı bir şekilde uygulama sırasında anlatılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuz ile ilgili doğru bilgiler vermeniz (ilaç kullanım durumu, psikiyatrik görüşme sırasında çocuğunuz ile ilgili gözlemlerinizi) sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

30 Ocak 2019 – 30 Aralık 2019 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran DEHB tanılı 40 çocuk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 40 çocuk ve ebeveynleri olmak üzere en az 80 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 13 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 1,5 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Bu çalışmada yer almanız için çocuğunuzda bir psikiyatrik tanının saptanmamış olması gerektiği için bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmesi beklenmemelidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çocuğunuz sağlıklı kontrol grubunda yer aldığı için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr.Hatice BAĞDATLU AKSU tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05323020048 no.lu telefondan Dr.Hatice BAĞDATLU AKSU başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşu ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN (ÇOCUĞUN)		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

