T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN VE AİLE TUTUMLARININ KARAR VERME, PROBLEM ÇÖZME, İRRİTABİLİTE ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hüseyin Eren KÖSE

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Öznur BİLAÇ

Manisa-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik tecrübesiyle yol gösteren, tezimin her anında desteğini esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Öznur BİLAÇ'a, desteğini hep hissettiğim, üzerimde emeği olan hocam Prof. Dr. Hasan KANDEMİR'e, klinik ve akademik anlamda eğitimime büyük katkısı olan hocam Doç. Dr. Şermin YALIN SAPMAZ'a, asistanlık eğitimimin başında çalıştığım Kocaeli Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki değerli öğretim üyelerine teşekkürlerimi sunarım.

Klinik rotasyonlarımda desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Murat DEMET, Prof. Dr. Erol ÖZMEN, Prof. Dr. Ayşen ESEN DANACI, Prof. Dr. Ömer AYDEMİR, Prof. Dr. Artuner DEVECİ, Prof. Dr. Erol OZAN ve Doç. Dr. E. Oryal TAŞKIN'a, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Çocuk Nöroloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Muzaffer POLAT'a, kendilerinden çok şey öğrendiğim, keyifle çalıştığım Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Klinik Şefi Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e, Uzm. Dr. Yeşim SAĞLAM ÖZ ve asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin yazım sürecinde desteklerini hissettiren arkadaşlarım Dr. Ayça HAMDOOĞLU YALÇIN, Dr. Aybike Ecmel CİNKARA, Dr. Merve YILMAZ, Dr. Öğr. Üyesi Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA ve Doç. Dr. Ezgi AKTAŞ'a, istatistiksel analiz konusunda yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT ve Dr. Elif ÇİL'e, keyifle çalıştığım bölümümüzdeki asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, her zaman özverili ve fedakâr davranan rahmetli annem, babam ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu mesleği seçmemde en önemli rolü oynayan, hayatımda çok kıymetli yeri olan Ayşe ALTUĞ'a ve tez yazım sürecinde kendisinden çaldığım vakti anlayışla karşılayan, hayatıma güzellikler katan Kübra'ya çok teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin Eren KÖSE
2023

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ……..……1

2. GENEL BİLGİLER……3

2.1 Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu……..3

2.1.1 Tanım……...3

2.1.2 Tarihçe……3

2.1.3 Epidemiyoloji……...5

2.1.4 Etiyoloji……6

2.1.5 Klinik Görünüm ve Tanı……9

2.1.6 Eştanı……12

2.1.7 Tedavi……12

2.2 Aile Tutumları……...13

2.3 Kişilik Özellikleri……...17

2.4 Karar verme……..19

2.5 Problem Çözme……...20

2.6 İrritabilite……..……21

3. YÖNTEM VE GEREÇ……..……22

3.1 Örneklem……..22

3.2 Yöntem……23

3.3 Veri Toplama Araçları……23

3.4 İstatistiksel Analiz……....29

4. BULGULAR……...30

5. TARTIŞMA……45

6. SONUÇ VE ÖNERİLER……...61

7. ÖZET……...64

8. ABSTRACT……....66

9. EKLER……68

10. KAYNAKÇA……..85

TABLOLAR

Tablo 1: Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamalarının karşılaştırması……30

Tablo 2: Olgu ve kontrol gruplarının cinsiyete göre dağılımı……30

Tablo 3: Olgu ve kontrol gruplarının yaşadıkları yere göre dağılımı……...31

Tablo 4: Olgu ve kontrol gruplarının baba mesleklerinin memur ve işçi dağılımı ……32

Tablo 5: Olgu ve kontrol gruplarının anne eğitim düzeylerinin karşılaştırması ……32

Tablo 6: Olgu ve kontrol gruplarının baba eğitim düzeylerinin karşılaştırması ……32

Tablo 7: Olgu ve kontrol gruplarında planlı-plansız gebelik karşılaştırması..32

Tablo 8: Olgu ve kontrol gruplarında gebelikte fiziksel sorun varlığı……33

Tablo 9: Olgu ve kontrol gruplarında gebelikte ruhsal sorun varlığı……33

Tablo 10: Olgu ve kontrol gruplarının doğum şekli karşılaştırması……33

Tablo 11: Olgu ve kontrol gruplarının doğum ve doğum sonrasında sorun karşılaştırması……..34

Tablo 12: Olgu ve kontrol gruplarında yürüme ve konuşmaya başlama zamanlaması karşılaştırması……34

Tablo 13: Olgu ve kontrol gruplarında anne ve babalarındaki ruhsal patoloji karşılaştırması……...35

Tablo 14: Olgu ve kontrol gruplarında arkadaş, kardeş ilişkileri, okul ödevleri, evdeki uyumda sorun düzeyleri karşılaştırması……36

Tablo 15: Olgu ve kontrol gruplarında teknolojik cihaz kullanımına başlangıç yaşlarının karşılaştırması……37

Tablo 16: Olgu ve kontrol gruplarının kişilik özellikleri yönünden karşılaştırması……..37

Tablo 17: Olgu ve kontrol gruplarının aile tutumları yönünden karşılaştırması ……39

Tablo 18: Olgu ve kontrol gruplarının problem çözme becerileri yönünden karşılaştırması……..39

Tablo 19: Olgu ve kontrol gruplarının irritabilite düzeylerinin karşılaştırması……..39

Tablo 20: Olgu ve kontrol gruplarının karar verme stillerinin karşılaştırması……..40

Tablo 21: Olgu grubunda aile tutumlarının karar verme ve problem çözme becerileriyle ilişkisi……...41

Tablo 22: Olgu grubunda aile tutumları ile irritabilite ilişkisi…….42

Tablo 23: Olgu grubunda kişilik özellikleri ile karar verme stili ilişkisi……43

Tablo 24: Olgu grubunda kişilik özellikleri ile problem çözme becerileri ilişkisi ……43

Tablo 25: Olgu grubunda kişilik özellikleri ile irritabilite ilişkisi…….44

Ekler

Ek-1 Sosyodemografik Veri Formu 68

Ek-2 Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği 71

Ek-3 Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği 76

Ek-4 Ergenlerde Karar Verme Ölçeği 78

Ek-5 DSM-5- Kişilik Envanteri- Kısa Form 80

Ek-6 Düzey 2 İrritabilite Ölçeği 81

Ek-7 Problem Çözme Envanteri 82

Kısaltmalar

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

AHÇYTÖ: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

EKVÖ: Ergenlerde Karar Verme Ölçeği

PID-5-BF: DSM-5 Kişilik Envanteri Kısa Form

PÇE: Problem Çözme Envanteri

ÇDŞG-SY: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu

1. GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nun temel özelliği, kalıcı ve sürekli olan kısa dikkat süresi, davranışlarda ya da bilişte denetim eksikliği nedeniyle ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluktur. Sonucunda çocuğun gelişim basamağı ile uyumsuz dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ya da dürtüsellik vardır. Semptomların başlangıcı yaklaşık 3 yaş olmakla birlikte, tanı ilkokul yıllarında gerekli dikkat süresi ve odaklanmanın beklendiği öğrenim hayatında konmaktadır (1).

Son yıllarda çocuk ve ergenlerle ilgili çalışmalar incelendiğinde, DEHB'nin, çocuklukta ve ergenlikte en sık karşılaşılan sorunlardan birisi olduğu görülmekte ve bireyin işlevselliğini bozması, aile ve sosyal çevreyi etkileyebilmesi nedenleriyle önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (2,3).

DEHB genellikle çocukluk çağına ait bir bozukluk olarak bilinir. Ancak bozukluğun doğası gelişimsel özelliktedir. Çocukluk ve ergenlik dönemi sonrası erişkin hayatta da devam edebilmektedir. DEHB sıklığı okul çağı döneminde %5-20 gibi dikkat çeken oranda yüksektir (4). Çocuklarda yapılan çalışmalar, DEHB yaygınlığının erkeklerde kızlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Erkek-kız oranı, örnekleme yöntemine bağlı olarak 3-9/1 arasında değişmektedir (5). DEHB günümüzde sadece bireysel bir problem değil, ülkelerin sağlık ve eğitim politikalarını etkileyen bir durumdur. Çocuğun akademik başarısında, sosyal hayatında ve ilerleyen yıllardaki akademik sürecinde önemli zararlara yol açabilmektedir (6).

Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,29 ve %5,9-7,1 olduğu gösterilmiştir (7). Türkiye'de yapılan bir çalışmada DEHB sebebiyle çocuk psikiyatri servislerine başvuruların 7. sırada yer aldığı, okul dönemi

çocuklarının % 3-6'sında DEHB'ye rastlandığı ve DEHB'nin yurt dışında yapılan çalışmalarla benzer olarak erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (8).

Son 30 yıla kadar DEHB iyi tanımlanmamış, son üç dekadda (21-30 yıl) bu konudaki bilimsel bildirilerde yoğun artış olmuştur (9). Fakat yapılan çalışmalarda DEHB olan çocuk ve ergenlerde aile tutumlarının ve kişilik özelliklerinin karar verme, problem çözme becerisi ve irritabiliteyle ilişkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmamız alanda yapılacak diğer çalışmalara ışık tutacaktır.

Bu araştırmada elde edilen bulgular ışığında, DEHB olan çocuk ve ergenlerin kişilik özellikleri ve aile tutumlarının karar verme, problem çözme becerisi ve irritabilite ile ilişkisinin belirlenmesiyle alanda yapılacak diğer çalışmalara ve bu bozukluğa sahip olan çocuk ve ergenlerin tanı ve tedavi uygulamalarına ışık tutması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 Tanım

DEHB, ana semptomları dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik olan, sık rastlanan çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarından biridir (10). DSM-5'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır (11).

Şu an için DEHB'nin üç farklı alt görünümü tanımlanmıştır. Bunlar: hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu görünüm, dikkat eksikliğinin baskın olduğu görünüm ve bu iki tipin birleşiminden oluşan birleşik görünümdür (12).

2.1.2 Tarihçe

DEHB ile ilgili en eski referans 1775 tarihli bir tıp ders kitabında Alman hekim Melchior Adam Weikard'ın dikkat bozukluklarını anlattığı bölüm olarak gösterilmektedir. Bu bölümde DEHB'nin temel semptomlarından olan dikkatin kolay dağılması, odaklanma kusurları ve sabırsızlıktan bahsedilmiştir (13).

Çok kısa bir süre sonra (1778), Alexander Crichton yayınladığı kitapta dikkat sorunlarına yönelik bir bölüm yazmıştır. Crichton, bahsedilen kısımda dikkatin ne olduğu, dikkati bozan faktörlerden söz etmiş; dikkat sorunları, huzursuzluk, kolay dağılabilirlik gibi DSM'de dikkat eksikliği baskın görünüm olarak tanımlanan görünümün özelliklerini belirtmiştir (14).

DEHB'nin modern tıp tarihindeki başlangıcı 1902 yılında Dr. George Still'le olmuştur. Still, 20. yüzyılın başlarındaki çoğu teorisyen gibi, aşırı hareketliliğin (o dönemin terminolojisiyle "ahlaki bozukluk"), zihinsel bozuklukla yakından ilişkili olduğuna inanıyordu. Still tipik olarak gelişen çocukların da ahlaki kontrol sorunları yaşayabileceğini ve bu bozukluğun olası olarak anormal bir zihinsel durum veya beyin hasarı tarafından tetiklenebileceğini öne

sürmüştür. Still'in konferanslarında tarif ettiği davranış zorluklarının çoğu, DSM-IV-TR'de tanımlanan üç çocukluk bozukluğuna karakteristikti; DEHB, Karşıt Olma Bozukluğu (KOB) ve Davranış Bozukluğu (DB) (15).

Bazı yazarlar erken dönem beyin hasarı ile sonraki davranış sorunları veya öğrenme güçlükleri arasında bir ilişki olduğunu bildirdiler. 1917-1928 yılları arasında dünya genelinde yaklaşık 20 milyon kişiyi etkileyen "ensefalit lethargica" salgını sonrası ensefaliti atlatan çoğu çocukta gelişen olağan dışı davranışlar belirlediler. Bu arta kalan etkileri aşırı hareketli, dikkati kolay dağılan, yıkıcı ve huysuz davranışları olan, okulda kolay yönetilemeyen, sınıfta öğretmen ve diğer öğrencileri rahatsız eden ve dürtüsellik belirtilerinin olduğu "postensefalitik davranış bozukluğu" olarak tanımladılar. Bu çocukların sahip olduğu özelliklerin çoğu, DEHB'nin bazı karakteristik belirtilerini içermekteydi (16).

1932 yılında Alman hekimler Franz Kramer ve Hans Pollnow, "Çocukluk Çağındaki Hiperkinetik Bir Hastalık Üzerine" başlıklı bir rapor yayınladılar. Bu "hiperkinetik hastalığın" ana semptomları, mevcut DEHB kavramıyla çok benzerdi. Motor aktivetede artış, görevlerini tamamlayamama, zorlu görevlere odaklanamama, değişken ruh hali, dürtüsellik gibi DEHB semptomlarını tanımlamışlardır. Bunun yanı sıra yazarlar, çocukların ilgi duydukları bazı etkinliklere saatlerce odaklanabildiğini fark etmişlerdi. Özetle, Kramer ve Pollnow, mevcut DEHB kavramına çok benzeyen hiperkinetik hastalık kavramını ortaya koymuşlardır (16).

Amerikan Psikoloji Birliği (APA), DEHB'yi ilk kez "Çocukluktaki Hiperkinetik Reaksiyon" şeklinde DSM-2'de tanımlamıştır (17). 1980 yılında DSM-3 ile bozukluk için "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" tanımlaması yapılmıştır (18). DSM-3'te bozukluk, hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak ayrılmıştır (19).

DEHB, DSM-4 ile birlikte "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığında yer almıştır. Dikkat eksikliği baskın görünüm, hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm ve ikisinin beraber bulunduğu birleşik görünüm olmak üzere üç alt tip tanımlanmıştır (20). DSM-5'te ise "Nörogelişimsel Bozukluklar" başlığı altında tanımlanmıştır. DSM-5 ile birlikte bazı kriterler değişmiştir. Bunlar; başlangıç

yaşının yediden on ikiye yükseltilmesi, otizm spektrum bozuklukluğunun dışlama ölçütü olmaktan çıkarılması ve on yedi yaşından sonra tanı için altı yerine beş maddenin varlığının yeterli olmasıdır (11).

2.1.3 Epidemiyoloji

DEHB üzerine oldukça fazla sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. 2023 yılında yayınlanan bir meta analizde DEHB sıklığı 3-12 yaş arasında %7,6, 12-18 yaş arasında %5,6 olarak bulunmuştur (21). Yine son yıllarda yapılan kapsamlı iki meta analizde prevalans %5,29 ve %5,9-7,1 olarak tespit edilmiştir (22, 23).

Toplum temelli ve klinik örneklemlerin ikisi de erkeklerde daha yüksek bir DEHB yaygınlığına işaret etmektedir. Toplum örneklemlerinde, erkek-kız oranı 1/1 ile 3/1 arasında, klinik değerlendirme için başvuran çocuklar arasında ise erkek-kız oranı 9/1'e kadar yükselmekte olduğu gösterilmiştir (24). Ayrıca erkeklerde tüm alt görünümler daha sık görülmekle beraber; erkeklerde birleşik görünümün daha sık olduğu, kızlarda ise dikkat eksikliği alt görünümün daha sık olduğu gösterilmiştir (23).

Ülkemizde DEHB prevelansı konusunda, DSM-4 tanılama sistemi kullanılanarak yapılan kapsamlı bir araştırmada ilkokul ikinci sınıfa giden öğrencilerde DEHB sıklığı %13,38 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada erkek-kız oranı ise 3,23/1 olarak bulunmuştur (25). Sivas il merkezinde yapılan başka bir çalışmada okul çağındaki çocuklarda DEHB ve karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KGB) yaygınlığının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada 6-15 yaş arası 1425 çocuktan oluşan örneklemde DEHB yaygınlığı %8,1 olarak bulunmuş; bunların %32,2'sinin dikkat eksikliği baskın görünüm, %40'ının hiperaktivite baskın görünüm, %27,8'inin ise kombine görünüm olduğu saptanmıştır (26). Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada ise yaşları 6-12 arası olan 1126 olgudan elde edilen sonuçlara göre DEHB prevalansı %8,6 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada erkek-kız oranı ise 3,5/1 olarak bildirilmiştir (27).

2.1.4 Etiyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun nedenleri hala tartışmalıdır. Genler, prenatal ve perinatal riskler, psikososyal faktörler ve çevresel toksinler potansiyel risk faktörleri olarak kabul edilmiştir. Tek başına bir risk faktörü DEHB'yi açıklamaya yetmez. Kalıtsal ve çevresel risk faktörlerinin birlikte etkili oldukları görülmektedir (28). Etiyoloji tam aydınlatılamasa da, ortaya çıkan kanıtlar DEHB'nin güçlü nörobiyolojik ve genetik temelleri olan nörogelişimsel bir bozukluk olduğunu göstermektedir (29).

2.1.4.1 Genetik Etmenler

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, genlerin DEHB'ye yatkınlığa aracılık etmede güçlü bir rol oynadığına dair ikna edici kanıtlar sunmaktadır. Bu gerçek en net şekilde Faraone ve arkadaşları tarafından derlenen 20 ikiz çalışmasında görülmektedir ve bu çalışmalar DEHB'nin kalıtılabilirliğini %76 olarak tahmin etmektedir. İlk çalışmalar, DEHB'si olan çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin kontrol grubuna göre 2-8 kat artmış olduğunu, benzer şekilde kardeşlerinde de yüksek bir risk olduğunu bulmuştur (30).

Yapılan bir çalışmada evlat edinilmiş DEHB olan çocukların biyolojik olmayan ebeveynleri ile evlat edinilmemiş DEHB olan çocukların biyolojik ebeveynlerindeki DEHB sıklığı kıyaslandığında; ikinci gruptaki ebeveynlerin çok daha fazla DEHB'ye sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları da DEHB'nin genetik bir bileşene sahip olduğu hipotezini desteklemektedir (31).

DEHB için birincil farmakolojik tedaviyi sağlayan uyarıcı ilaçların etki alanı dopaminerjik sistemdir. Bu nedenle, dopamin taşıyıcı ve reseptörlerini kodlayan genler DEHB için en cazip aday genler olmuştur. En kapsamlı olarak çalışılanlar dopamin taşıyıcı geni (DAT1), dopamin reseptör 4 geni (DRD4) ve dopamin reseptör 5 geni (DRD5) olmuştur. DEHB ile dopamin sistemi genleri,

özellikle DRD4 ve DRD5 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bulgular, DEHB'nin patogenezinde beyin dopamin sistemlerinin rolünü güçlü bir şekilde düşündürmektedir (32).

Dopaminin yanı sıra serotoninin de DEHB patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir. Seçilmiş beyin yapılarına mikroenjekte edilen farklı 5-HT reseptörlerinin seçici agonistlerini kullanan çalışmalar, mezotelensefalik dopaminerjik sistemin işlevsel faaliyetleri üzerinde olumlu bir modüle edici etki göstermiştir. Bu durum, DEHB'ye genetik yatkınlığın bir kısmının serotonin sistemi genlerindeki DNA varyasyonundan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (33). Bununla birlikte norepinefrin taşıyıcı geni gibi çalışılan başka aday genler de bulunmaktadır (34, 35).

2.1.4.2 Çevresel Etmenler

DEHB'nin etiyolojisinin önemli bir kısmı genetik etmenlere bağlı olsa da, çalışmalar gözden geçirildiğinde, birçok çevresel risk faktörünün ve potansiyel gen-çevre etkileşimlerinin de bozukluk riskini arttırdığı görülmektedir (36).

Prenatal ve perinatal travmanın, kritik gelişim dönemlerinde fetüs beyni üzerinde doğrudan bir etkisi olabileceği ve DEHB'nin gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. 2001 yılında yayınlanan bir derlemede, gebelik ve doğum komplikasyonları ile DEHB gelişimi arasındaki bağlantı konusunda 1976-2001 yılları arasında yapılmış olan 51 makale incelenmiş, DEHB belirtileri ile ilişkilendirilen geniş bir prenatal olaylar yelpazesi ortaya çıkmıştır. Bu prenatal olaylar, kronik hasarlardan (örn. annenin sigara içmesi, yüksek kan basıncı ve anne duygusal durumu) daha akut olaylara (örn. annenin kanaması, eklampsi veya plasentanın ayrılması gibi) kadar değişmektedir. Genç maternal yaş, kötü maternal hamilelik sağlığı, yüksek gebelik paritesi ve hamilelik sırasında maternal kazaların komplikasyonları, hipoksi, düşük doğum ağırlığı gibi özellikler de suçlanmıştır (37).

DEHB benzeri eksikliklerle ilişkili spesifik rahim içi risk faktörlerinin örnekleri arasında doğum öncesi nikotin, kurşun, alkol ve keyif verici ilaçlar,

hekzaklorobenzen, glukokortikoidler, poliklorlu bifeniller (PCB'ler) gibi toksinlere doğum öncesi ve yenidoğan maruziyeti, gebelik sırasında anne stresi ve zayıf anne diyeti birçok çalışmada suçlanmıştır (36, 38).

İnsan etiyolojik çalışmalarında doğum öncesi ortamı DEHB ile ilişkilendiren bulgular, hayvan deneyleri ile desteklenmektedir. Hayvan çalışmaları, rahim içi toksin maruziyeti, anne stresi ve hamilelik sırasında yetersiz beslenme ile DEHB olan insanlarda görülenlere paralel bir dizi nörokimyasal ve davranışsal değişiklik arasında bir ilişki olduğunu açıkça göstermektedir (38).

DEHB olan çocuk ve gençlerin ailelerinde sosyoekonomik düzeyin düşük olması, babadaki antisosyal davranışlar, annede ruhsal patoloji varlığı, ebeveynlerin başa çıkma becerilerindeki yetersizlik, ebeveyn çocuk iletişimindeki sorunlar ve ev içi anlaşmazlıklar, kontrol grubunun ailelerinden daha sık görülmüştür (39).

2.1.4.3 Nöroanatomik, Nörofizyolojik ve Nörokimyasal Etmenler

Geçmişte prefrontal korteks hasarında DEHB bulguları ortaya çıkması üzerine araştırmalar bu bölgeye yoğunlaşmış ve etiyolojide beyindeki yapısal hasar ve farklılıkların rol oynayabileceği öngörülmüştür (40). Sonraki süreçte frontostriatoserebellar aksta bir bozukluk olduğu değerlendirilip yapılan çalışmalarla bu doğrulanmıştır (41). Yapısal talamokortikostriatal döngülerle bağlantılı yürütücü işlevlerin inhibisyon fonksiyonlarında hatalar olduğu görülmüştür (42).

DEHB olan bireylerde gri cevher ve toplam beyin hacmi kontrol grubuyla karşılaştırıldığında %3-5 daha az olduğu görülmüştür. Bu durumun sağ hemisferde ve frontal lobta baskın olsa da her iki hemisferde ve tüm beyin bölgelerinde olduğu görülmüştür (43, 44). Beyindeki nonspesifik hacimsel azlıktan gri ve beyaz maddenin eşit etkilendiğini, gri maddedeki kaybın daha fazla olduğu ve beyaz cevherdeki kaybın daha fazla olduğunu gösteren çeşitli

çalışmalar mevcuttur. Son dönemlerde yayınlanan bir çalışmada, sağlıklı bireylerle kıyaslandığında DEHB olan bireylerde toplam beyin hacminin %2,5; gri madde hacminin ise %3 daha az olduğu, beyaz madde hacminin ise azalmadığı gösterilmiştir (44).

DEHB olan bireylerin tedavisinde kullanılan ilaçların nörokimyasal etkileri göz önüne alındığında etiyolojide nörokimyasal farklılıklar üzerinde de durulmuştur (45). DEHB'de norepinefrin ve dopamin metabolizmasında farklılıktan bahsedilse de bu maddelerin ve metabolitlerinin rolü tam olarak bilinmemektedir (46). Stimülan ilaçların sinaptik aralıkta dopamin ve norepinefrinin etkilerini arttırdığı, atomoksetinin ise norepinefrin taşıyıcılarını inhibe ederek sinaptik aralıkta bu transmiterlerin düzeyini artırarak DEHB belirtilerini azalttığı sonucuna varılmıştır (47). Çok sayıda araştırmada DEHB olan bireylerin beyin omurilik sıvısı (BOS)'nda dopaminin metaboliti olan homovanilik asit (HVA) ile hiperaktivite arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiş ve yüksek HVA düzeyli hastalarda stimülanlara olan yanıtın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (48).

2.1.5 Klinik Görünüm ve Tanı

DEHB taraması her hastanın ruh sağlığı değerlendirmesinin bir parçası olmalıdır. Klinisyen, özellikle DEHB'nin ana semptom alanları (dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite) ile ilgili sorular sorarak DEHB'yi taramalıdır (49). Erken çocukluk döneminde başlayan DEHB semptomlarının kayda değer bir kısmı ergenlik (%60-80) ve erişkinlik (%40-60) döneminde de devam eder (50). DSM-5'te dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik olarak alt gruplar tanımlamakta ve üç görünümden söz edilmektedir (51). DSM-5'teki tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. A1 ve/veya A2 ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi olumsuz etkileyen, süregiden bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik

1. Dikkatsizlik: Kişinin gelişimsel düzeyine uygun olmayan, işlevselliğini bozan ve en az 6 ay süren 6 veya daha fazla belirti (17 yaş sonrası 5 belirti yeterlidir)

a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul görevlerinde, işte ya da etkinliklerde dikkatsizce yanlışlar yapar.
b. Çoğu zaman işlerinde veya oyun süreçlerinde dikkati sürdürmekte zorluk yaşar.
c. Direkt kendisi ile konuşulduğunda çoğu zaman dinliyormuş gibi değildir.
d. Çoğu zaman yönergelere sırasıyla uyamaz, okuldaki ve diğer görevlerini tamamlayamaz.
e. Çoğu zaman aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk yaşar.
f. Çoğu zaman sürekli mental uğraşı gerektiren görevlerden kaçınır, bu tür işlerden hoşlanmaz ya da bu tür işlerde yer almaya gönülsüzdür.
g. Çoğu zaman görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları kaybeder.
h. Çoğu zaman dıştan gelen uyaranlar karşısında dikkati kolaylıkla dağılır.
i. Çoğu zaman gündelik etkinliklerde unutkandır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Kişinin gelişimsel düzeyine uygun olmayan, işlevselliğini bozan ve en az 6 ay süren 6 veya daha fazla belirti (17 yaş sonrası 5 belirti yeterlidir)

a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır, oturduğu yerde hareket halindedir.
b. Çoğu zaman oturması gereken hallerde oturduğu yerden kalkar.

c. Çoğu zaman uygun olmayan koşullarda koşuşturur, etrafında tırmanabileceği şeylere tırmanır (ileri yaşlarda huzursuzluk hissi ile sınırlı olabilir).
d. Çoğu zaman oyunlarda ve etkinliklerde sessiz biçimde katılmakta sorun yaşar.
e. Çoğu zaman arkasında motor varmış gibi hareket halindedir.
f. Çoğu zaman çok konuşur.
g. Çoğu zaman soru sorulduğunda daha soru bitmeden cevaplar.
h. Çoğu zaman sıranın kendisine gelmesini beklemekte sıkıntı yaşar.
i. Çoğu zaman başkası konuşurken söz keser veya araya girer.

B. 12 yaşından önce A1 ve A2 semptom kümesinden bazı belirtiler vardır.

C. Belirtiler en az iki farklı ortamda görülmelidir.

D. Sosyal ilişkiler, okul ya da mesleki bozulmaya ait belirgin bulgular vardır.

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

Hangi tip olduğunu belirtiniz.

• Bileşik görünüm: A1 ve A2 tanı ölçütlerini son 6 ayda karşılaması

• Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: A1 tanı ölçütlerini karşılıyor, A2 tanı ölçütlerini karşılamıyorsa (son 6 ayda)

• Aşırı hareketliliğin-dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: A2 tanı ölçütlerini karşılıyor ama A1 tanı ölçütlerini tam karşılamıyorsa (son 6 ayda)

Tanı klinik olarak konulur. Hastanın, ailenin verdiği anamnez ve klinik değerlendirme tanıda değerlidir. Çocuk farklı bir ortamda veya yeni gördüğü kişinin yanında durgun ve odaklı görülebilir. Bu nedenle aileden ve okuldan alınan bilgiler tanı koymakta çok kıymetlidir (51). Tanıda test veya radyolojik yönteme ihtiyaç duyulmayıp bazı ölçeklerden faydalanılabilir (46, 52).

2.1.6 Eştanılar

DEHB'nin başka psikiyatrik hastalıklara eşlik oranı oldukça yüksektir (49, 53). 1995-2010 yılları arasında Danimarka'da DEHB tanısı alan 4-17 yaş arası 14825 hastanın yer aldığı bir çalışmada hastaların %52'sinde DEHB'ye eşlik eden en az bir ve %26,2'sinde iki veya daha fazla eştanı saptanmıştır. En sık eşlik eden bozukluklar davranış bozuklukları (%16,5), dil, öğrenme ve motor gelişime özgü gelişimsel bozukluklar (%15,4), otizm spektrum bozukluğu (%12,4), ve zihinsel engelliliktir (%7,9) (54).

2.1.7 Tedavi

Psikofarmakolojik tedavide öncelikli tedavi yöntemi psikostimülanlardır, hastalar yüksek oranda bu ilaçlara yanıt verirler (55). Türkiye'de DEHB'de kullanılan psikostimülanlardan onay alan yalnızca metilfenidattır. Metilfenidat sinaps boşluklarında dopamin ve norepinefrini arttırarak etki gösterir (56). Ülkemizde de kullanılan non-stimülan ilaçlardan atomoksetin, presinaptik bölgede norepinefrin taşıyıcılarını bloke eder (57).

Psikososyal müdahaleler ise pozitif davranış desteklerini (ebeveyn eğitimi, okul temelli beklenmedik durum yönetimi, davranışsal akran müdahaleleri gibi), eğitim müdahalelerini (örgütsel beceri eğitimi, sosyal beceri eğitimi, vb.) ve diğer müdahalelerdir (akademik uyarlamalar/değişiklikler, kendi kendini izleme) (58).

Ülkemizde kullanımına henüz onay verilen guanfasin, klonidin gibi alfa 2 reseptör agonistidir. Altı yaş sonrasında DEHB tedavisinde kullanımı onaylanmıştır. Diğer DEHB ilaçlarından fayda görmeyen veya yan etkilerini

kompanse edemeyen veya DEHB'ye tik bozukluğunun eşlik ettiği hastalarda kullanımları mevcuttur (59, 60).

2.2 Aile Tutumları

Aileler, çocukların hayatlarındaki en merkezi ve kalıcı etkiyi bırakırlar. Çocukların sağlığı ve mutluluğu, ebeveynlerinin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığı, sosyal koşulları ve çocuk yetiştirme uygulamalarıyla ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır (61). Aile özellikleri, davranışları ve etkileşim şekilleri, çocuğun zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (62). Ebeveyn tutumları çocuğun nasıl bir kişilik geliştireceğiyle doğrudan ilgilidir (63).

Birçok araştırmacı bu konuyu incelemiş ve ebeveyn tutumlarını alt başlıklara ayırmıştır. Schaefer ve Bell, ebeveyn tutumlarını beş başlık altında ele almışlardır (64):

I. Aşırı koruyuculuk
II. Demokratik ve eşitlik
III. Annenin ev kadınlığını ret etmesi
IV. Anne – baba geçimsizliği
V. Sıkı disiplin

2.2.1 Aşırı Koruyucu Tutum

Bu tutuma sahip ebeveynler, çocuklarına haddinden çok ilgi gösterirler. Çocuğun ihtiyaç duymadığı hallerde bile müdahalecidirler. Tüm ihtiyaçları ebeveynlerce görülür, çocuk için kararları kendileri alır, böylece kendi başına yetmesine izin verilmez. Bu tutum çocuğun bağımsızlaşmasına ket vurur ve özgüven gelişimi konusunda sorun yaşanmasına, aynı zamanda fazla bağımlı, duygusal yönden zayıflıkları olan, problem çözme becerileri yetersiz bir birey gelişmesine neden olabilir. Hep kollanan çocuk dış dünya karşısında savunmasız, utangaç bir kişilik oluşturabilmesiyle birlikte sorumluluk almayan, lakayıt bir kimlik de oluşturabilir (65). Ayrıyeten aşırı koruyucu anne babalık, içe dönüklük ve anksiyete bozukluklarına da neden olabilir. Çünkü çocuk,

karşısındaki problemlerin çözümü noktasında zayıf kalır ve üstesinden gelinemez olarak algılar (66).

2.2.2 Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma

Baumrind'in ılımlı otoriter olarak tanımladığı bu ebeveynlik stili; sınırları olan fakat kapsayıcı, yumuşak, çocuğa yaşına uygun sorumluluklar veren ve çocuğun bireyselleşmesine önem veren şeklinde tanımlanan bir tutumdur (67). Bu ideal tutum, çocuğun kendini ortaya koymasına olanak sağlar. Koyulan sınır ve kuralların mantığı, çocuğun bilişsel düzeyine göre anlatılır. Zaman zaman oluşan ebeveyn ve çocuk arasındaki fikir farklılıkları çocuğu engellemeden aşılır (68, 69). Baumrind, yaş olarak küçük olan çocuklarla yaptığı bir araştırmada, ılımlı-otoriter tutumdaki anne ve babaların çocuklarının özgüvene sahip, yaratıcı ve genellikle mutsuz olmayan çocuklar olduğunu görmüştür (70).

2.2.3 Ev Kadınlığı Rolünün Reddi

Annenin, annesine veya diğer kişilere bağımlılığı, öfkelilik, çocuklarının yanında uzun süre kalamaması ve bebeğinin bakımıyla ilgili korkular yaşamasını ifade eder (63). Annenin, çocuğunun ihtiyaçlarına karşı ilgisinin azlığı, olması gereken kontrolün yokluğu, savruk bir ebeveyn tutumu olarak da tanımlanabilir. Böyle koşullarda büyüyen çocuklar, kendileri ile ilgili endişe ve gelecek kaygısı duyabilirler. Varlıkları yeterince fark edilmeyip ve onay alamama, sevilmeme, umursanmama gibi düşüncelere kapılabilirler ve sevgiye olan ihtiyaçlarından sorunlu davranış ortaya koyma riskleri artar. Arkadaşlarından bu ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan çocuk, zararlı alışkanlıklar edinebilir (70).

2.2.4 Anne Baba Geçimsizliği

Ebeveynlerin birbirleriyle olan sorunlarının çocuk yetiştirmedeki rolü, birbirlerine destek olmama ve düşünceli davranama gibi hususlardır (63). Kendi aralarındaki çatışmalı durumu, çocuklarına tutarlı olmayan davranışlar

olarak yansıtmaktadırlar. Bu tarz bir evde ortak fikirler, sınırlarda kararlılık ve katılık bulunmaz. Ve çocuğun da kafası karışır, hangi davranışın iyi hangi davranışın kötü olduğunu ayırt edemez (70). Ebeveynler arasındaki uyum, çocuklar için öngörülebilen, kontrol edilebilen güvenli koşullar sunar (71). Aksine ebeveynler arasındaki sorunların, çocukta davranım sorunlarına neden olabileceği ifade edilmiştir (72).

2.2.5 Sıkı Disiplin

Baskı ve disiplinli bir tutumdur, anne ve/veya baba çocuğa karşı tam hâkim haldedir (64). Bu ebeveynler çocuğun tüm davranışlarını kontrol etmeye meyillidirler. Çocuklarının kendilerini ortaya koymalarını desteklemedikleri gibi ket vurabilirler. Çocuklarına yönelik en iyiyi onların bildiği ve çocuklarının da buna sorgusuz itaat etmesi gerektiğini düşünürler (69). Bu ebeveynler ceza verme eğilimindedirler. Cezalar fiziksel şiddet, sözlü şiddet veya tehdit şeklinde olabilir. Çocuk, ebeveyninin kendisiyle ilgili hoşnutsuz olmasından çekinir, her davranışında yanlış bir şeyler yaptığından korkabilir (73).

Baskıcı ve sıkı disiplinli ailelerde büyüyen çocukların kaygı düzeyinin yüksek olduğu, insan ilişkilerinde başarılı olamayan endişeli bireyler olduğu bulunmuştur. Baumrind'in küçük yaş çocuklarla yaptığı araştırma bunu desteklemiş; böyle bir aile ortamında yetişen çocuğun mutlu olmayan, sosyal ilişkilerde zayıf, endişeli olduğunu bildirmiştir (67, 69).

2.2.6 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Ebeveyn Tutumu

Bugün DEHB etiyolojisinde en önemli faktörün kalıtım ve nörobiyoloji olduğu biliniyor. Ancak bozukluğun ilerleyişinde ve eş tanıların eklenmesinde, anne baba tutumlarının ve psikopatolojilerinin etki ettiği bildirilmiştir (74). DEHB olan çocukların ebeveynlerinde kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında olumsuz ebeveyn tutumlarının daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (75).

Yapılan bir araştırmada sıkı disiplin tutumuna sahip ebeveynlerin çocuklarında, demokratik tutumla çocuk yetiştiren ailelerinkine göre daha fazla DEHB belirtileri olduğu görülmüştür (76). DEHB olmayanlarla

kıyaslandıklarında DEHB olan çocukların ebeveynleri, anne babalık yeteneklerinde eksik olduklarını düşündükleri, çocuğa daha fazla kontrolcü yaklaştıkları ancak onaylama konusunda daha cimri davrandıkları ve dayak gibi ceza yöntemlerini daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (77, 78).

Küçük yaş çocuklarla yapılan bir çalışmada; aşırı hareketlilik ile anne baba geçimsizliği, ev kadınlığı rolünün reddi ve baskılı-disiplinli tutumlar ilişkili bulunmuştur. Dikkatte yaşanan sorunlarla ilgili ise ebeveyn tutumlarının bir ilişkisi gösterilmemiştir (79).

Ebeveynlerin kişilikleri ve ruhsal patolojileri çocuklarını etkilemektedir. DEHB tanısı alan çocukların %50'den fazlasında anne ve babalarından birinde DEHB semptomları olduğu gösterilmiştir (80). Anne veya babada DEHB varlığı; olumlu ebeveynlik konusunda sıkıntı yaşatmakta, çocuğu iyi kontrol edemeyip, lakayıt ve tutarlı olmayan disiplinle, tutarsız kurallı, düzensiz bir ev ortamına sebep olabilir. Bu durum, çocuktaki DEHB berlitilerinin ve olumsuz davranışların artışıyla ve tedavi cevabının azalması ile ilişkilendirilmiştir (81). Annedeki depresyon öyküsünün, DEHB tanılı çocuklarda davranım bozukluğu, depresyon ve intihar girişimi gibi istenmeyen durumlar için prediktif olduğu bulunmuştur (82, 83). Ayrıca DEHB olan çocukların babalarındaki antisosyalite birçok araştırmaya konu olmuştur (80).

Davranışçı anne baba eğitimlerinin, tutumları düzelttiği, ebeveyn gerginliğini azaltıp, DEHB olan çocuklarda aşırı hareketlilik, karşı gelme ve irritabilite gibi davranışları en aza indirdiği bildirilmiştir (84). Olumsuz anne babalık tarzının, çocuktaki DEHB ile etkileşerek daha farklı ruhsal sıkıntılara sebep olduğu gösterilmiştir. Bu sebeple bu çocuklar çok yönlü değerlendirilmeye alınmalı, anne babalık da değerlendirmede göz önünde bulundurulmalı, ebeveynlerin tutum ve durumlarının da çocuk üzerine uzun vadede etkili olabileceği göz ardı edilmemelidir (80).

2.3 Kişilik Özellikleri

Ne yazık ki, kişilik için kesin veya genel olarak kabul görmüş bir tanım bulunmamaktadır. Bu terimi kullanıyoruz çünkü bir kişinin sürekli, istikrarlı veya tutarlı şekilde ne yaptığı, ne düşündüğü veya ne deneyimlediği konusunda bilgi verip, sınıflandırmamızı sağlamaktadır (85). Yine de tanımlamak gerekirse kişilik; bizi biz yapan, başkalarından farklı kılan şeylerdir diyebiliriz (86). Kişilik, hem kişisel hem de toplumsal yaşamdaki tüm insan davranışlarını etkilemesi, uyumsuz özellik ve özellikler ortamında kişinin çevresi ile önemli çatışmaları tetikleyebilmesi nedeniyle insan yaşamının en önemli yönlerinden biridir (87).

Cloninger, kişiliğin yapısını, gelişimini mizaç ve karakter boyutlarını açıklayan, psikobiyolojik bir model tanımlamıştır. İlk kez, yetişkinlikte olgunlaşan ve benlik kavramları hakkında kişisel ve sosyal etkililiği etkileyen üç karakter boyutunu tanımlamıştır. Benlik kavramları, bir kişinin kendisini özerk bir birey, insanlığın ayrılmaz bir parçası ve bir bütün olarak evrenin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlama derecesine göre değiştiğini, benlik kavramının her yönü, sırasıyla bireyin kendisini yönetmesi, işbirliği yapması ve kendini aşması olarak adlandırılan üç karakter boyutundan birine karşılık geldiğini ifade etmiştir (88).

Goldberg, kişiliği beş faktör modeliyle tanımlamıştır. Farklı fikirleri tek potada eriten bu model; duygusal stabilite (nörotizm)/dengesizlik, yumuşak huylu olmak (uzlaşmacılık, uyumluluk), sorumluluk (özdenetim)/dağınıklık, deneyime açıklık ve dışa dönüklük olarak beş faktör tanımlamıştır (89, 90). Bu modeldeki sınıflamanın yapılan çalışmalarla kültürümüze de uygun olduğu gösterilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği olan bir ölçek hazırlanmıştır (90, 91). Faktörler kısaca şöyledir:

- Dışadönüklük: Sıcakkanlı, sosyal, bir ortama girdiğinde kendini ifade eden, diğer kişilerle sıcak iletişimler kuran kişilerdir.

- Yumuşak Başlılık (Uyumluluk, Uzlaşmacılık): Diğer insanlara yönelik sıcak tutumlar sergilerler, uyumlu, münakaşadan uzak, işbirliği içinde yaklaşırlar.

- Özdenetim (sorumluluk): Kişinin kendi dürtülerini denetleyebilen, sorumluluk bilinci olan, amaçlarına ulaşmak konusunda çaba sarf eden, tertipli kişilerdir.

- Nörotizm: Kişinin duygu yönünden stabilitesini anlatır. Nörotik kişiler istenmeyen duyguları yaşamaya yatkındır.

- Deneyime açıklık: Yeniliklere ortam, fikir, düşünce olarak açık olmayı anlatır (94).

Millon'un teorisine göre kişilik, dört ekolojik ilkeye (varoluş amaçları, uyum modları, replikasyon stratejileri ve soyutlama süreçleri) dayanan üç kutupsal boyut (zevk-acı, etkin-pasif ve kendisi-diğerleri) kullanılarak karakterize edilebilir. Bu nedenle, Millon tarafından belirlenen 14 kişilik prototipinin her biri, bu üç kutupsal boyuttan herhangi birine güçlü, zayıf veya tarafsız bir şekilde yerleştirilebilir. Psikopatolojiye boyutsal yaklaşımdan yola çıkarak kişilik özellikleri ve kişilik bozukluğunun tanısında Millon, Millon Klinik Multieksiyal Envanteri (MCMI) adlı bir değerlendirme aracını geliştirmiştir (93, 94).

2.3.1 Kişilik Özellikleri ve DEHB

Belirli kişilik özellikleri, ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu semptomlarıyla ilişkilidir. Yapılan bir çalışma, DEHB olan ergenlerde (12-16 yaş) beş faktör modeli (FFM) ile kişilik özellikleri analiz edildiğinde DEHB olan ergenlerin, kontrol grubundan sorumluluk ve uyumluluk konusunda daha düşük puanlara ve nevrotiklik konusunda daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuş. Modellemede sorumluluğun, dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerini doğrudan etkilediği gösterilmiş, buna karşın duygusal dengesizlik, uyum sağlama ve dışa dönüklüğün yalnızca hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerini etkilediği gösterilmiştir (95).

Erişkinlerde yapılan bir çalışmada, kontrol grubuyla DEHB olan grup kıyaslandığında belirgin şekilde yüksek duygusal dengesizlik ve düşük sorumluluk, deneyime açıklık ve dışadönüklük puanları sergilemiştir. Uyumluluk konusunda ise bir farklılık görülmemiştir (96).

6-18 yaş arası 548 çocukla yapılan bir çalışmada; DEHB olan çocukların 4 gruba ayrılabileceğini göstermiş: (a) yüksek oranda DEHB-dikkat eksikliği tipinde içe dönük bir grup, (b) düşük sorumluluk ile karakterize edilen bir grup, yüksek oranda DEHB-karma tip (DEHB-K) ve eşzamanlı yıkıcı davranış bozuklukları, (c) dışa dönük bir grup, DEHB-K ve az sayıda ilişkilendirilmiş komorbid bozukluk ile (d) olası olarak, obsesif özellikler sergileyen çok nadir bir "mükemmeliyetçi" grup (97).

Ülkemizde 11-17 yaş ergenlerle yapılan ve DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form kullanılan bir çalışmada, DEHB olan çocukların kontrol grubuna kıyasla ölçek alt başlık skorları (Olumsuz Duygulanım, Uzak Olma, Karşıtlık, Dizinhibisyon, Psikotizm) ve ham skor ortalamalarının yüksek olduğu gösterilmiştir (98). (Bu testin alt alanları “gereç ve yöntem” başlığında anlatılacaktır)

2.4 Karar Verme

Karar verme, bilgi arama ve işleme, problem çözme, değerlendirme, öğrenme ve bellek gibi birçok bilişsel süreci içerir. Duruma uygun problem çözme yeteneğinin gelişimi, kararların alındığı alanlarda bilişsel yetenek ve öğrenilmiş bilginin eşzamanlı olarak gelişimine bağlıdır. Genel bilişsel yetenek ve belirli bilgi alanları, okul, ev ve iş ortamlarında yönergeler, öğrenme ve deneyim yoluyla büyür. Karar verme yetkinliğinin gelişimi için de aynı durumun geçerli olabileceği düşünülmüştür (99).

Ergenlik, ergenlik çağının biyolojik değişimleri ile başlayan ve bireyin toplumda istikrarlı, bağımsız bir rol kazandığı zaman sona eren yaşam dönemi olarak tanımlanır. Bu dönemde kararlar yetişkinlerden giderek daha bağımsız hale gelir ve bunun yerine akranlar daha etkili hale gelir. Ergenlik döneminde alınan riskli kararların ciddi sonuçları olabilir: örneğin tehlikeli araç kullanma, alkol ve uyuşturucu deneyimleri genellikle riskli kararların sonucu oluşur (100).

Bu dönem, ergenlerin yaşam tarzı seçeneklerini keşfettiği ve kolektif ve öz benliklerini aradığı bir zaman dilimidir. Hem istemeden hem de kasıtlı olarak alınan kararlarla hayatlarının yönünü belirlemeye başlayan bir zamandır. Aynı

zamanda ergenlik, öğrenme alışkanlıkları, arkadaşlar, boş zaman etkinlikleri, dışarı çıkış saatleri gibi konularda ebeveynlerinin karar verme yetkisini sorguladıkları bir dönemdir, bu da zaman zaman ergen ebeveyn çatışmalarına yol açabilir. Ergenlerin karşılaştığı çatışmalar ve ikilemler, etkili bir şekilde çalışmalarını ve öğrenmelerini engelleyebilir. Ergenlik döneminde alınan kararlar aynı zamanda bireyin sağlığı, kariyeri, psikolojik iyilik hali ve sosyal kabulü açısından ömür boyu süren sonuçlar doğurabilir (99).

Dikkatsiz araba kullanmak, uyuşturucu kullanmak, riskli cinsel davranışlar veya suç teşkil eden davranışlarda bulunmak, dürtüsel veya riskli karar vermek ergenlik yıllarında zirveye ulaşır (101). Bu riskli davranışlar DEHB bozukluğu olan bireylerde orantısız bir şekilde sıklıkla gözlenir (102). Patros ve ark., DEHB'si olan çocuk ve ergenlerde kontrol grubuna göre dürtüsel karar vermenin daha fazla olduğunu bildirmiştir (103). Benzer şekilde, Jackson ve ark. DEHB olan bireylerde dürtüsel karar vermenin kontrol grubuna göre arttığını bildirmiştir (104). Biz de çalışmamızda Mann ve ark.'larının ölçeğini kullanarak bu yaş grubunda karar verirken benlik saygısı ve karar verme stillerini anlamaya çalışacağız.

2.5 Problem Çözme

Problem çözme, bir hedef duruma ulaşmak için mevcut durumu değiştirmeyi amaçlayan belirli bir dizi eylem oluşturmak için kullanılan üst düzey bilişsel süreç olarak tanımlanmıştır (105). Bu hedeflerimize ulaşmak ve engelleri aşmak için mevcut becerilerimizi, elimizdeki birikmiş bilgileri ve kaynakları (örn. zaman, para ve arkadaşlar) kullanırız. Problemin mahiyeti, bireyin durumu ve talepleri göz önüne alındığında çözümler açısından farklılık gösterir (106).

Ergenlik her anlamda büyümenin ve değişimin olduğu bir süreçtir. Bu süreçte ergenin dünyası da büyür ve gelişir. Bu gelişmiş dünyada kısmi özerkleşen ergen dış dünyanın problemleriyle baş etmelidir. Bu değişim, dönüşüm yıllarında problemlerin başarıyla üstesinden gelinmesi, etkili çözümler için iyi gelişmiş bir problem çözme yeteneğinin olması gerekir. Bağımsızlık isteyen ergenin hayatta yaşadığı sorunlar çoğu zaman problem

çözme becerilerini aşmaktadır. Ergen yaş grubunun hayat tecrübesinin kısıtlı olması nedeniyle problemlerin çözümünde ebeveyn desteğine ihtiyaç duyulduğu bir dönemdir (107).

2.6 İrritabilite

İrritabilite, öfkeye yatkınlığı tarif eder (108). Patolojik irritabilite için: ödüle ulaşmaktaki engele verilen anormal duygu ve davranış veya tehdide yanıt olarak verilen anormal yaklaşımlar da denebilir (109).

İrritabilite, hem tipik gelişimsel belirtileri olan normal bir insan duygusu hem de bir düzineden fazla yaygın psikolojik durumun tanısal bir özelliğidir. Bu nedenle, irritabilitenin değerlendirilmesi ve teşhis edilmesinde zorluklar yaşanması şaşırtıcı değildir (110). DSM 4-TR'de irritabilite tanımı yapılmamıştır. Bununla birlikte birçok tanıda belirti olarak görülmektedir (111). Hem yetişkinlerde hem de ergenlerde çeşitli psikiyatrik durumlarla ilişkilendirilmiştir (112).

Özellikle çocuk ve ergen yaş grubunda DEHB, karşıt olma karşı gelme, davranım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve bipolar bozukluğa farklı şekilde eşlik edebilir (113).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Manisa Celal Bayar Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda çalışılan bu tezin etik kurul onayı adı geçen üniversitenin Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan alınmıştır. "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" çalışmaya katılım öncesinde ebevenyler ve çocuklar tarafından okunmuş ve imzalanmıştır.

3.1 Örneklem

Araştırmanın olgu grubu; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'nde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takipli olan 12-18 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 69 çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır.

Ergenlerin çalışmaya olgu grubu olarak katılım ölçütleri şunlardır:

- 12-18 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Ebeveyninin çalışmaya katılmaya gönüllü olması ve ebeveynin okuryazar olması
- DSM-5'e dayalı değerlendirmede DEHB tanısı alması
- Mental retardasyon, özgül öğrenme güçlüğü, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu tanısının olmaması
- Madde kullanım öyküsü olmaması

Araştırmanın kontrol grubunu ise; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran veya üniversitemiz personelinin yakını olan 12-18 yaş çocuk ve ergenden çalışmaya kabul edilenlerin değerlendirmesi yapılıp, hiçbir ruhsal patoloji saptanmayan 69 kişiden oluşmuştur.

Ergenlerin çalışmaya kontrol grubu olarak katılma ölçütleri şunlardır:

- 12-18 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Ebeveyninin çalışmaya katılmaya gönüllü olması ve ebeveynin okuryazar olması
- DSM-5'e dayalı değerlendirmede herhangi bir ruhsal patolojisinin olmaması
- Madde kullanım öyküsü olmaması

3.2 Yöntem

Polikliniğimizde DEHB tanısı ile takipli hastalardan çalışmaya katılmaya uygun olanlardan onam alınıp; öncelikle Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 Kasım 2016–Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T) uygulanıp araştırmacıya yönlendirilen hastaların çalışmaya katılım uygunluğu tekrar tarandı, bunun yanı sıra eş tanılar olup olmadığı değerlendirildi (116). Uygun hastaların ebeveynleri tarafından Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Sosyodemografik Veri Formu, Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği doldurdu. Çocuk ve ergenler ise Ergenlerde Karar Verme Ölçeği (EKVÖ), DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form (PID-5-BF) 11-17, Düzey 2 İrritabilite Ölçeği 11-17 Yaş (Duygulanımda Tepkisellik İndeksi) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) doldurmuştur.

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacının hazırladığı sosyodemografik bilgi formu; çocuğun cinsiyeti, doğum tarihi, yaşadığı yer, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim

durumu, anne ve babanın mesleği, ailenin gelir düzeyi, okula ulaşımının nasıl olduğu, planlı bir gebelik olup olmadığı, pre/peri/post-natal anne ve çocuk öyküsü, psikomotor gelişimi, geçirdiği kaza (dikiş atılma, alçıya alma ile sonuçlanan) sayısı, anne ve babanın hayatta olup olmaması, üvey ebeveyn varlığı, anne ve babanın birliktelik durumu, ebeveynlerin psikiyatrik bozukluğunun olup olmaması, arkadaş/kardeş ilişkileri ve okul ödevlerini yapmada sorun durumu, evdeki uyumu, teknolojik cihaz kullanımı/kullanıma başlama yaşı/ne amaçla kullandığı/günlük kullanım süresi, uyuma alışkanlıklarının öğrenilmesi amaçlanarak hazırlanıp, araştırmacı tarafından ebeveynlere sorularak doldurulmuştur.

3.3.2 Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)

Ebeveynlerin çocuklarına olan tutumlarını incelemek ve çocuklarıyla olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla 1958 yılında Schaefer ve Bell bir ölçek geliştirdi. Güney Le Compte, Ayhan Le Compte ve Serap Özer tarafından 1978 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır.

60 maddeden oluşan ölçeğin alt başlıkları ve ilgili soruları aşağıdadır:

- Aşırı Koruyucu Tutum: 16 madde; 1, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 26, 27, 28, 32, 34,36, 46, 51,57
- Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma: 9 madde; 2, 13, 18, 22, 29, 37, 44, 45, 59
- Ev Kadınlığı Rolünün Reddi: 13 madde; 6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55'dir
- Anne Baba Geçimsizliği: 6 madde; 8, 19, 33, 40, 48, 54
- Sıkı Disiplin: 16 madde; 5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53, 56, 58, 60

Puan hesabı yapılırken, "Çok uygun buluyorum" 4, "Oldukça uygun buluyorum 3, "Biraz uygun buluyorum" 2, "Hiç uygun bulmuyorum" 1 puan olarak alınır. 2, 29 ve 44. maddeler ters puanlanır. Puanlama her alt alan için

ayrı ayrı yapılır. Olumlu ebeveynlik tutumu olan “Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma” alt testinin yüksek puan olması olumlu, diğer alt testlerin puanının yüksek olması olumsuz olarak değerlendirilir (63).

3.3.3 Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği

DSM-4 tanı kriterlerini baz alarak Atilla Turgay tarafından geliştirilen bir ölçektir. DEHB, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB)’nu değerlendiren 41 sorudan oluşmaktadır. İlk 9 soru dikkat eksikliğini, sonraki 9 soru hiperaktivite-dürtüselliği (sırasıyla 6 ve 3 şeklinde), sonraki 8 soru KOKGB, son 15 soru da DB’yi sorgulamak için hazırlanmıştır. Ölçeğin her maddesine, şiddetine göre dört farklı yanıt verilebilir; bunlar yok (0), biraz (1), oldukça fazla (2) ve çok fazla (3) şeklindedir.

DEHB’yi tanılamak için ilk ve/veya ikinci 9 sorudan en az 6’sının 2 veya 3 işaretlenmiş olması gerekmektedir. KOKGB ile ilgili sonraki 8 sorudan en az dördü 2 veya 3 olmalıdır. DB için ise son 15 sorudan üçünün 2 veya 3 olması gerekmektedir (115, 116).

3.3.4 Ergenlerde Karar Verme Ölçeği (EKVÖ)

Mann ve ark. (1989), ergenlikte karar verme kalıplarını ölçmek için Ergen Karar Verme Ölçeği’ni geliştirdi. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan EKVÖ, iki alt bölüme ayrılmaktadır. İlki olan karar vermede öz saygı; kişinin karar verirken kendinden emin olması ve öz güveni belirtir (ilk 6 madde). 2, 4, 6. maddeler ters puanlanır. Karar verme stillerini tanımlayan ikinci bölüm ise dört alt başlığa ayrılır:

1. İhtiyatlı-Seçicilik (vigilance)
2. Panik (panic)
3. Sorumluluktan Kaçma (cop-out)
4. Umursamazlık (complacency)

- İhtiyatlı-Seçicilik: Kişinin karar verirken farklı alternatifleri göz önünde bulundurulup, kararların olası sonuçlarını değerlendirmesidir. Kişinin alması gereken karar için kendince güvenli bir yol bulacağını ve bunu değerlendirmek için yeterli süresinin olduğunu düşünmesidir (8, 13, 16, 20, 23, 27. maddeler)
- Panik: Seçim yapmak için kısıtlı zamanı varsa kendisini çatışma ve stresten kurtarmak için aldığı kararları belirtir. Hızlıca durum değerlendirmesi yaptıktan sonra, kendince alınabilecek en iyi kararı alır. Kararı alırken çevresinden etkilenir. Birçok komplike durumları değerlendirmesi gerektiğinden, panik halinde yanlış kararlar verebilir. Panik durumuna örnek olarak çok sayıda insanın sorunu çözmek için aynı kararı verdiklerinde, o yolun artık işlevsiz olması, kapanması buna bir örnektir. “İnsanlar ne yapıyorlarsa sen de onu yap” gibi doğru olmayan kararlar verebilirler. Kendi kararlarının daha güvenli olacağının farkına varmayıp, tehlikeli ve karmaşık yollara başvurabilirler (11, 15, 18, 19, 22, 25. maddeler).
- Sorumluluktan Kaçma: Alınacak karar karşısında erteleme ve sorumluluğu bir başkasına yüklemeyi ifade eder. Karar alınması gerekiyorsa ancak sonuçları riskliyse; kişi karar vermekten kaçınabilir ya da sorumluluğu başkasına yıkmaya çalışabilir. Bunu yaparken stres düzeyi yükselir, üzerinde zaman baskısı da vardır (7, 9, 14, 17, 21, 28. maddeler).
- Umursamazlık: Kişi karar alması gerektiği bir durumda alınacak bir karar yokmuş gibi davranır, ya stres yaşamaz ya da stresi minimaldir (10, 12, 24, 26, 29, 30. maddeler).

Maddeler; Benim için her zaman doğru (3 puan), Benim için sık sık doğru (2 puan), Benim için bazen doğru (1 puan) ve Benim için hiçbir zaman doğru değil (0 puan) şeklinde yanıtlanıp, puan hesabı yapılır (99, 117-120).

3.3.5 DSM 5 Kişilik Envanteri-Kısa Form-11-17 YAŞ

DSM-5- Kişilik Envanteri- Kısa Form (PID-5-BF) 11-17 yaş çocuklarda kişilik özelliklerini değerlendirmek için kullanılır. 25 maddeden oluşur. 5 ana kişilik özelliğini değerlendirmektedir. Bunlar sırasıyla aşağıda açıklanmıştır:

1. Olumsuz Duygulanım: Kişinin geniş bir yelpazede olumsuz duygusal deneyimler yaşama eğilimini ortaya koymaktadır. Anksiyete, duygusal değişkenlik ve depresiflik gibi olumsuz durumlarla karakterize edilmiştir (8, 9, 10, 11, 15. maddeler).
2. Karşıtlık: Kişiler arası baskınlık, duygusuzluk, büyüklenmecilik, manipülatiflik, hilekârlık ve duygusuzluk eğilimini ölçmektedir (17, 19, 20, 22, 25. maddeler).
3. Dizinhibisyon: Dikkat dağınıklığı, davranışsal disinhibisyonu, dürtüsellik ve sorumsuzluk gibi davranışsal durumları kapsar (1, 2, 3, 5, 6. maddeler).
4. Psikotizm: Kişinin algısal düzensizlik, olağan dışı inançlar, eksantriklik ve gerçeklikten kopma eğilimini ortaya koymaktadır ve kavramsal olarak DSM-5 psikotik durumlar ile benzerlik göstermektedir (7, 12, 21, 23, 24. maddeler).
5. Uzak olma: İçe çekilme/dönüklük, düşük pozitif duygusallık, sosyal kopukluğu, anhedoni, kısıtlı duygulanım ve yakınlıktan kaçınmayla karakterizedir (4, 13, 14, 16, 18. maddeler) (123,124).

Ölçekteki her bir madde 4 dereceli bir skala üzerinde değerlendirilmektedir (0= çok yanlış veya sıklıkla yanlış; 1= bazen ya da bir ölçüde yanlış; 2= bazen ya da bir ölçüde doğru; 3= çok doğru veya sıklıkla doğru). Yüksek puan, kişilik işlev bozukluğunun daha fazla olduğunu göstermektedir. Klinisyenin her bir alan ve sonunda da tüm ölçek için olan ortalama puanları hesaplayıp kullanması beklenmektedir. Ortalama skorlar hem toplam skoru hem de her bir alan için elde edilen skorları 4 dereceli bir skalaya (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=yüksek) indirgemektedir, bu da klinisyenin çocuktaki kişilik disfonksiyonunu gözlemlenebilir normlar ile karşılaştırarak ele alabilmesine yardımcı

olmaktadır. Eğer elde edilen sonuçlar tam sayı değilse en yakın tam sayıya yuvarlanır (123).

3.3.6 DÜZEY 2—irritabilite- 11–17 Yaş Arası Çocuk (Duygulanımda Tepkisellik İndeksi)

İrritabilite; kolay ve çabuk öfkelenme, öfkeyle hareket etme, içinde bulunulan durumla uyumsuz olarak aşırı tepki verme olarak tanımlanmaktadır. Sapmaz ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yaptığı ölçek 7 maddeden oluşan öz bildirim formudur. İrritabiliteyi tarayan üçlü Likert tipi bir değerlendirme sağlamaktadır (0=doğru değil, 1=kısmen doğru, 2=kesinlikle doğru). Her bir maddede son yedi gün içerisindeki irritabilite belirtilerinin şiddetinin değerlendirilmesi istenmektedir. Ortalama toplam puan ilk altı maddeden alınan puan toplamının altıya bölünmesiyle hesaplanır. Yüksek puan, irritabilite şiddetinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Buna göre 0=yok, 1=hafif-orta, 2=orta-ağır olmak üzere üç şiddet derecesi belirlenmiş olur (124).

3.3.7 Problem Çözme Envanteri (PÇE)

Heppener ve Petersen (1982) tarafından geliştirilen PÇE, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendisini nasıl algıladığını belirlemeyi amaçlayan ve 35 maddeden oluşan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yanıtlama seçenekleri, “ (1) Her zaman böyle davranırım” ile “ (6) Hiçbir zaman böyle davranmam” arasında puanlanmaktadır. Puanlamaya 9, 22 ve 29. maddeler dâhil edilmezken bazı maddeler (1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34) tersten puanlanmaktadır. PÇE’den alınan puanların yüksek olması, problem çözme becerisi yönünden kişinin kendisini yetersiz algıladığını gösterir. PÇE’nin Türkçe’ye uyarlanma, güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları Taylan (1990) tarafından yapılmıştır (125).

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

Kaufman ve arkadaşlarının (2016), DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır**.** 200 civarı semptom ve belirtiyi tarar. Tarama sorularında belirtiler yakalanırsa tanıyı netleştirmek için ek sorular ile puanlandırılır. Çeviri ve geri-çeviri metinlerindeki farklılıklar ve görüşme çizelgesinin işlerliğinin değerlendirildiği ana, baba ve çocuklarla yapılan deneme görüşmelerinin gözden geçirilmesi ile ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T son şeklini almıştır (114, 126).

3.4 İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri IBM SPSS Statistics 21.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minumum, maksimum ve kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Bağımlı değişkenin sayısal olduğu tek değişkenli analizlerde parametrik varsayımı yerine getiren ikili gruplarda independent t testi, 3 ve üzeri grup karşılaştırmasında varyans analizi; parametrik varsayımları yerine getiremeyen gruplarda ise ikili gruplarda Mann-Whitney U testi ve 3 ve daha fazla grup karşılaştırmasında Kruskall Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenin kategorik olduğu durumlarda ise Fisher exact test veya ki-kare testi kullanılmıştır. İki sayısal değişkenin karşılaştırması ise Pearson korelasyon testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Manisa Celal Bayar Tıp Fakültesi'nde DEHB tanısıyla takipli 69 hasta ve ruhsal patolojisi olmayan 69 sağlıklı kontrol dâhil edilmiştir. İki grubun da yaş aralığı 12-18 yıldır.

Olgu ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (14,40±1,82 vs 14,06±1,72 yıl; p= 0,255).

Tablo 1: Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamalarının karşılaştırması

Yaş	**DEHB**	n=69	14,40±1,82	p=0,255
	Kontrol	n=69	14,06±1,72	

T test

Çalışmanın kontrol grubunda 36 kız (%52,2), 33 erkek (%47,8), olgu grubunda ise 25 kız (%36,2), 44 (%63,8) erkek yer almaktadır. Çalışmanın evreninde cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 2: Olgu ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Kız	36 (%52,2)	25 (%36,2)	0,86
Erkek	33 (%47,8)	44 (%63,8)	

Ki kare testi

Çalışmanın evreni, yaşadığı yere göre köy/ilçe ve şehir/büyükşehir olarak ayrılmıştır. Kontrol grubunda 12 kişi (%30,8) köy/ilçede yaşarken, olgu grubundan 27 kişi (%69,2) köy/ilçede yaşamaktadır. Şehir/büyükşehir'de

kontrol grubundan 57 kişi (%57,6), olgu grubundan 42 kişi (%42,4) yaşamaktadır. Yaşadıkları yerler karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark vardır (p=0,008). Bunun yanı sıra köy ve ilçede yaşamak DEHB riski açısından 3,05 kat daha riskli bulunmuştur.

Tablo 3: Olgu ve kontrol gruplarının yaşadıkları yere göre dağılımı

Yaşadıkları yer	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Köy/İlçe	12 (%17,4)	27 (%39,1)	**0,008**
Şehir/Büyükşehir	57 (%82,6)	42 (%60,9)	

Ki kare testi

Hastaların ebeveynlerinden aile gelir durumlarını “dar gelirli”, “ortanın altı”, “orta”, “ortanın üstü” ve “varlıklı” olarak değerlendirmelerini istediğimizde kontrol ve olgu grubunda sırasıyla; dar gelirli 5’e 1, ortanın altı 4’e 7, orta 42’e 47, ortanın üstü 17’ye 12, varlıklı 1’e 2 olarak tariflediler. Bu sonuçlarla anlamlı fark oluşmadı (p>0,05). Orta ve altı geliri bir grup, ortanın üstü ve varlıklıyı ayrı bir grup olarak değerlendirdiğimizde ise p değeri 0,42 olarak bulundu.

Annenin mesleği incelendiğinde olgu grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Baba meslek grubu dağılımı incelendiğinde kontrol ve olgu grupları için sırasıyla; memur 23’e 9, işçi 12’ye 25, esnaf 6’ya 10, emekli 12’ye 9, diğer 16’ya 16 olarak bulunmuştur (p<0,05). Baba mesleği memurluk ve işçilik dışında benzer dağılım gösterdiği için istatistiksel anlamlı farkın memur ve işçi ebeveynler kaynaklandığını düşünüp, bu iki grubu karşılaştırdık (p=0,001).

Tablo 4: Olgu ve kontrol gruplarının baba mesleklerinin memur ve işçi dağılımı

Meslek	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Memur	23 (%51,1)	9 (%25)	**0,001**
İşçi	12 (%48,9)	25 (%75)	
Total	35 (%100)	34 (%100)	

Ki kare testi

Annenin eğitim durumu kontrol ve olgu grubunda sırasıyla; okuma yazma bilmeyen 2'ye 0, ilkokul 1'e 14, ortokul 4'e 5, lise 17'ye 16, yükseköğrenim 45'e 34 bulundu (p=0,01). Lise ve yükseköğrenimi, daha düşük eğitim seviyeleriyle karşılaştırdığımızda p değeri 0,009 olarak bulundu.

Tablo 5: Olgu ve kontrol gruplarının anne eğitim düzeylerinin karşılaştırması

Anne eğitim durumu	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Ortaokul ve altı	7 (%10)	19 (%27,5)	**0,009**
Lise ve Yüksek Ö.	62 (%90)	50 (%72,5)	

Ki kare testi

Babanın eğitim düzeyleri incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Tablo 6: Olgu ve kontrol gruplarının baba eğitim düzeylerinin karşılaştırması

Baba eğitim durumu	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Ortaokul ve altı	8 (%11,5)	15 (%21,7)	0,11
Lise ve Yüksek Ö.	61 (%88,5)	54 (%78,3)	

Ki kare testi

Kontrol grubu ve olgu grubunun planlı bir gebelik sonucu doğup doğmadıklarına yönelik yaptığımız analizde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 7: Olgu ve kontrol gruplarının planlı-plansız gebelik karşılaştırması

Gebelik Planı	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Kesinlikle planlı	50 (%72,4)	49 (%71,01)	0,358
Kısmen planlı	18 (%26,08)	16 (%23,18)	
İstenmeyen Gebelik	1 (%1,4)	4 (%5,79)	

Ki kare testi

Annenin gebelikteki fiziksel durumuna bakıldığında fiziksel durumlarını "çok sorunlu" olarak değerlendirenler kontrol grubunda 2 kişi, olgu grubunda ise 7 kişiydi. Ancak istatistiksel anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Tablo 8: Olgu ve kontrol gruplarında gebelikte fiziksel sorun varlığı

Gebelikte Fiziksel Durum	Kontrol (n)	DEHB (n)	p
Sorunsuz	48 (%69,5)	44 (%63,7)	0,226
Biraz Sorunlu	19 (%27,5)	18 (%26)	
Çok sorunlu	2 (%2,8)	7 (%10,1)	

Ki kare testi

Annenin gebelikteki ruhsal durumuna bakıldığında ruhsal durumlarını "çok sorunlu" olarak değerlendirenler kontrol grubunda 1 kişi, olgu grubunda ise 6 kişiydi. Ancak istatistiksel anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Tablo 9: Olgu ve kontrol gruplarında gebelikte ruhsal sorun varlığı

Gebelikte Ruhsal Durum	Kontrol (n)	DEHB (n)	p
Sorunsuz	48 (%69,5)	44 (%63,7)	0,152
Biraz Sorunlu	20 (%29)	16 (%23,2)	
Çok sorunlu	1 (%1,4)	6 (%8,7)	

Ki kare testi

Doğum şekilleri açısından gruplar karşılaştırıldığında normal vajinal yolla doğum kontrol grubunda 26, olgu grubunda 19; sezeryan ise kontrol grubunda 43, olgu grubunda 50 olarak bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 10: Olgu ve kontrol gruplarının doğum şekli karşılaştırması

Doğum Şekli	Kontrol (n)	DEHB (n)	p
NVYD	26 (%57,8)	19 (%27,5)	0,276
C/S	43 (%42,2)	50 (%72,5)	

Ki kare testi

Çalışmaya dâhil edilen 138 çocuk ve ergenin natal ve postnatal fiziksel sorun, durum değerlendirilmesi yapıldığında; kontrol grubunda 64, olgu grubunda ise 57 “yok” yani sorun olmadı şeklinde bildirildiği görüldü. Ancak istatistiksel anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Tablo 11: Olgu ve kontrol gruplarında doğum ve doğum sonrasında sorun karşılaştırması

Natal-Postnatal	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Sorun var	5 (%7)	12 (%17,4)	0,70
Sorun yok	64 (%93)	57 (%82,5)	

Ki kare testi

Ebeveynlerden alınan bilgiye göre iki grubun konuşmaya ve yürümeye başlama yaşlarının zamanında olup olmadığı karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Tablo 12: Olgu ve kontrol gruplarında yürüme ve konuşmaya başlama zamanlaması karşılaştırması

	Kontrol (n)	**DEHB (n)**	**p**
Yürüme			
Zamanında	67 (%97,2)	68 (%98,6)	0,559
Gecikmiş	2 (%2,8)	1 (%1,4)	
Konuşma			
Zamanında	67 (%97,2)	65 (%94,4)	0,404
Gecikmiş	2 (%2,8)	4 (%5,6)	

Ki kare testi

Her iki grubun anne ve babalarındaki tanılı ruhsal patoloji karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark elde edilmedi (p>0,05).

Tablo 13: Olgu ve kontrol gruplarının anne ve babalarındaki ruhsal patoloji karşılaştırması

	Kontrol (n)	**DEHB (n)**	**p**
Babada ruhsal patoloji			
Var	6 (%8,6)	13 (%18,8)	0,084
Yok	63 (%91,4)	56 (%81,2)	
Annede ruhsal patoloji	Kontrol (n)	DEHB (n)	p
Var	6 (%8,6)	10 (%10,5)	0,426
Yok	63 (%91,4)	59 (%89,5)	

Ki kare testi

Tablo 14'te iki grubun arkadaş ilişkileri, kardeş ilişkileri, okul ödevlerini yapmaları ve evdeki uyum karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde olgu grubunda daha sorunlu oldukları görülmüştür.

Tablo 14: Olgu ve kontrol gruplarında arkadaş, kardeş ilişkileri, okul ödevleri, evdeki uyumda sorun düzeyleri karşılaştırması

	Kontrol (n)	**DEHB (n)**	**p**
Arkadaş ilişkileri			
-Sorunsuz	61 (%88,5)	36 (%52,3)	
-Az sorunlu	8 (%11,5)	30 (%43,5)	**<0,001**
-Çok sorunlu	0	3 (%4,2)	
Kardeş ilişkileri			
-Sorunsuz	54 (%78,2)	33 (%47,8)	
-Az sorunlu	15 (%21,7)	31 (%44,9)	**<0,001**
-Çok sorunlu	0	5 (%7,2)	
Okul ödevleri			
-Sorunsuz	52 (%75,4)	15 (%21,7)	**<0,001**
-Az sorunlu	15 (%21,7)	33 (47,8)	
-Çok sorunlu	2 (%2,9)	21 (%30,5)	
Evdeki uyumu			
-Sorunsuz	51 (%74)	26 (%37,7)	**<0,001**
-Az sorunlu	18 (%26)	37 (53,6)	
-Çok sorunlu	0	6 (%8,7)	

Ki kare testi

Teknolojik cihaz (tablet, tv, telefon) kullanımlarını kıyasladığımızda çalışmaya katılan her bireyin teknolojik cihaz kullandığı sonucuna ulaştık. Teknolojik cihazları kullanmaya başlama yaşı açısından karşılaştırdığımızda; olgu grubunda 6,71±3,07, kontrol grubunda ise 7,54±3,45 olarak bulunmuştur, istatistiksel olarak fark anlamlıdır (p=0,003).

Tablo 15: Olgu ve kontrol gruplarının teknolojik cihaz kullanımına başlangıç yaşlarının karşılaştırması

	Kontrol	**DEHB**	**p**
Başlangıç yaşı	7,54±3,45 n=69	6,71±3,07 n=69	**0,003****

t: Independent sample t test; *p<0.05, ** p<0.01

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin kişilik özellikleri DSM-5 Kişilik Envanteri Kısa Form 11-17 Yaş ölçeğiyle değerlendirdik. Ölçeğin alt alanları; olumsuz duygulanım, karşıtlık, dizinhibisyon, psikotizm ve uzak olmaydı. Bu iki grubu toplam puan ve alt alanlara göre karşılaştırdık. Olgu grubu ile sağlık kontrol grubu arasında dizinhibisyon (p=0,003) hariç istatistiksel olarak anlamlı fark elde edemedik (p>0,05).

Tablo 16: Olgu ve kontrol gruplarının kişilik özellikleri yönünden karşılaştırması

Toplam	**Kontrol (n)**	**DEHB (n)**	**p**
Yok	6 (%8,7)	3 (%4,3)	0,213
Hafif	53 (%76,8)	48 (%69,6)	
Orta	10 (%14,5)	17 (%24,7)	
Yüksek	0	1 (%1,4)	
Olumsuz duygulanım			
Yok	9 (%13)	8 (%11,5)	0,843
Hafif	33 (%47,8)	29 (%42)	
Orta	22 (%31,9)	27 (%39,2)	
Yüksek	5 (%7,3)	5 (%7,3)	

Karşıtlık			
Yok	20 (%29)	17 (%24,6)	0,167
Hafif	42 (%60,9)	36 (%52,3)	
Orta	7 (%10,1)	15 (21,7)	
Yüksek	0	1 (%1,4)	
Dizinhibisyon			
Yok	17 (%24,6)	10 (%14,5)	**0,003****
Hafif	40 (%58)	31 (%44,9)	
Orta	12 (%17,4)	22 (%31,9)	
Yüksek	0	6 (%8,7)	
Psikotizm			
Yok	5 (%7,3)	1 (%1,4)	0,243
Hafif	55 (%79,8)	55 (%79,8)	
Orta	8 (%11,5)	10 (%14,5)	
Yüksek	1 (%1,4)	3 (%4,3)	
Uzak olma			
Yok	13 (%18,8)	11 (%15,9)	0,772
Hafif	41 (%59,4)	38 (%55)	
Orta	14 (%20,4)	18 (%26,6)	
Yüksek	1 (%1,4)	2 (%2,9)	

t: Independent sample t test; *p<0.05, ** p<0.01

Kontrol ve olgu gruplarında ebeveyn tutumlarını karşılaştırmak için Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği kullandık. Bu ölçeğin alt alanları: aşırı koruyucu tutum, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünün reddi, anne baba geçimsizliği ve sıkı disiplindir. Ölçeğin alt alanlarında sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak demokratik tutum ve eşitlik tanıma kontrol grubunda çok daha yüksek puanlanmış, neredeyse anlamlı sonuç elde edilmiştir (p=0,053).

Tablo 17: Olgu ve kontrol gruplarının aile tutumları yönünden karşılaştırması

	Kontrol	DEHB	p
Aşırı koruyucu tutum	40,59±7,31	41,42±9,45	0,567
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma	29,226±3,41	28,17±3,04	0,053
Ev kadınlığı rolünün reddi	28,18±6,38	27,56±6,69	0,577
Anne baba geçimsizliği	13,72±3,83	35,24±4,20	0,751
Sıkı disiplin	35,24±7,98	36,40±8,00	0,396

t: Independent sample t test

Problem çözme becerileri, Problem Çözme Envanteriyle değerlendirilmiştir ve toplam puan üzerinden iki grup karşılaştırılmıştır. Olgu grubunda anlamlı bir şekilde problem çözme envanteri puanı yüksek çıkmıştır (p=0,008). Yani olgu grubunun problem çözme becerilerinin kontrol grubuna göre oldukça geride olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Tablo 18: Olgu ve kontrol gruplarının problem çözme yönünden karşılaştırması

	Kontrol	DEHB	p
Problem Çözme	86,95±24,47	97,94±23,56	**0,008****

t: Independent sample t test; *p<0.05, ** p<0.01

İki grubun irritabilite düzeyleri DÜZEY 2—irritabilite- 11–17 Yaş Arası Çocuk (Duygulanımda Tepkisellik İndeksi) ölçeği ile değerlendirilmiştir. Olgu grubunda ağır irritabilite anlamlı ölçüde fazla çıkmıştır (p=0,046).

Tablo 19: Olgu ve kontrol gruplarının irritabilite düzeylerinin karşılaştırması

İrritabilite	Kontrol (n)	DEHB (n)	p
Yok-Hafif	61 (%88,5)	52 (%75,4)	**0,046**
Ağır	8 (%11,5)	17 (%24,6)	

Ki kare testi

Ergenlerde karar verme kalıplarını inceleyen Ergenlerde Karar Verme Ölçeği (EKVÖ), olgu grubu ve sağlıklı kontrol grubuna uygulanmıştır. Bu ölçeğin alt alanları öz saygı, ihtiyatlı-seçicilik, panik, sorumluluktan kaçma, umursamazlıktır. İki grup karşılaştırıldığında öz saygı alt ölçeği puanlarının olgu grubunda düşük olduğu görülmüştür ancak istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir (p=0,078). Aynı şekilde sorumluluktan kaçma alt ölçeği olgu grubunda yüksek işaretlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,079). Umursamazlık alt ölçeğinde olgu grubu oldukça yüksek puanlar almış olup istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir (p=0,001). Diğer alt ölçeklerde istatistiksel anlamlı fark elde edilmemiştir.

Tablo 20: Olgu ve kontrol gruplarının karar verme stillerinin karşılaştırması

	Kontrol	**DEHB**	**p**
Öz saygı	11,88±3,24	10,86±3,45	0,078
İhtiyatlı seçicilik	12,17±3,00	11,23±3,78	0,108
Panik	6,82±4,16	7,86±4,76	0,173
Sorumluluktan Kaçma	4,53±3,82	5,66±3,66	0,079
Umursamazlık	3,14±2,86	4,98±3,52	**0,001****

t: Independent sample t test; *p<0.05, ** p<0.01

Tablo 21'de görüldüğü üzere olgu grubunda aile tutumları, karar verme ve problem çözme becerilerinin arasındaki korelasyonu incelendiğinde anlamlı bir istatistiksel ilişki elde edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 21: Olgu grubunda aile tutumlarının karar verme ve problem çözme becerileriyle ilişkisi

		Problem Çözme	Öz saygı	İhtiyatlı seçicilik	Panik	Sorumluluktan Kaçma	Umursamazlık
Aşırı koruyucu tutum	r	0,127	0,078	0,005	0,065	0,005	0,103
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma	r	0,009	-0,010	0,016	0,022	0,211	0,218
Ev kadınlığı rolünün reddi	r	<0,001	0,077	0,033	0,101	0,019	0,039
Anne baba geçimsizliği	r	-0,064	0,095	0,124	0,095	-0,046	-0,048
Sıkı disiplin	r	0,555	0,207	0,167	0,003	-0,144	-0,023

r: Pearson korelasyon analizi *p<0.05 ** p<0.01

Olgu grubunda aile tutumlarının irritabilite ile ilişkisi incelendiğinde “Ev kadınlığı rolünün reddi” tutumunda ağır irritabilitenin daha fazla olduğu sonucuna ulaştık. Ulaştığımız sonuçlarda diğer aile tutumlarıyla irritabilite arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşamadık.

Tablo 22: Olgu grubunda aile tutumları ile irritabilite ilişkisi

	Yok	**Hafif-Orta**	**Ağır**	**p**
Aşırı koruyucu tutum	40,23±8,65	39,80±8,63	45,82±10,90	0,092
Demokratik tutum ve eşitlik tanıma	27,23±3,14	28±2,94	29,64±2,69	0,086
Ev kadınlığı rolünün reddi	27,47±6,88	25,80±6,61	30,88±5,63	**0,042***
Anne baba geçimsizliği	14,42±4,46	13,41±3,55	14,25±5,64	0,729
Sıkı disiplin	35,57±8,54	35,74±7,66	38,64±7.97	0,381

Kruskal-Wallis test *p<0.05 ** p<0.01

Tablo 23’te kişilik özelliklerinin karar verme stilleriyle olan ilişkisi incelendiğinde, kişilik özellikleri ölçeği alt boyutlarından olumsuz duygulanım ve karşıtlık ile karar verme stilleri ölçeği alt boyutlarından öz saygı ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, panik, sorumluluktan kaçma, umursamazlık alt boyutları ile ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diğer tüm kişilik özellikleri alt boyutları; öz saygı ve ihtiyatlı seçicilik ile negatif, diğer karar verme stilleriyle pozitif ilişkili olduğu saptandı. Olumsuz duygulanım ve karşıtlık ile ihtiyatlı seçicilik arasında ilişki ortaya konamadı.

Tablo 23: Olgu grubunda kişilik özellikleri ile karar verme stili ilişkisi

		Öz saygı	İhtiyatlı seçicilik	Panik	Sorumluluktan Kaçma	Umursamazlık
Toplam	r	-0,678*	-0,339*	0,755*	0,717*	0,675*
Olumsuz duygulanım	r	-0,495*	-0,178	0,640*	0,468*	0,377*
Karşıtlık	r	-0,405*	-0,159	0,351*	0,395*	0,327*
Dizinhibisyon	r	-0,555*	-0,262*	0,562*	0,470*	0,533*
Psikotizm	r	-0,499*	-0,294*	0,651*	0,775*	0,710*
Uzak olma	r	-0,489*	-0,355*	0,527*	0,546*	0,550*

r: Pearson korelasyon analizi *p<0.05

DEHB olan çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin problem çözme ile ilişkisi incelediğimizde; negatif anlamdaki kişilik özellikleri artıkça problem çözme becerilerinin düştüğü sonucuna ulaştık. Ancak olumsuz duygulanımın problem çözme becerileri ile ilişkisine baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşmadık (p>0,05).

Tablo 24: Olgu grubunda kişilik özellikleri ile problem çözme becerisi ilişkisi

Kişilik Özellikleri		**Problem Çözme**
Toplam Puan	r/p	0,559**/<0,001****
Olumsuz duygulanım	r/p	0,316/0,237
Karşıtlık	r/p	0,256/**0,003****
Dizinhibisyon	r/p	0,491/**0,001****
Psikotizm	r/p	0,420/**0,015***
Uzak olma	r/p	0,545/**0,015***

r: Pearson korelasyon analizi *p<0.05 ** p<0.01

Tablo 25’te olgu grubunda kişilik özellikleri ile irritabilite arasındaki korelasyon incelendiğinde, kişilik özelllikleri toplam puanı ve bütün alt boyutlarından (olumsuz duygulanım, karşıtlık, dizinhibisyon, psikotizm, uzak olma) alınan toplam puan arttıkça irritabilitenin de arttığı ve iki ölçek arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 25: Olgu grubunda kişilik özellikleri ile irritabilite ilişkisi

Kişilik Özellikleri		**İrritabilite**
Toplam	r/p	0,586**/<0,001****
Olumsuz duygulanım	r/p	0,674**/<0,001****
Karşıtlık	r/p	0,315/**0,008****
Dizinhibisyon	r/p	0,387/**0,001****
Psikotizm	r/p	0,383/**0,001****
Uzak olma	r/p	0,312/**0,009****

r: Pearson korelasyon analizi *p<0.05 ** p<0.01

5.TARTIŞMA

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hayatın farklı alanlarında işlevsellikte bozulmayla giden bir bozukluktur. Bu çalışmamızda DEHB tanılı çocuk ve ergenlerle (12-18 yaş) sağlıklı kontrol grubunun kişilik özellikleri, ebeveyn tutumları, problem çözme becerileri, karar verme ve irritabilitelerini karşılaştırdık; DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde kişilik özelliklerinin ve ailelerinin tutumlarının kendi problem çözme, karar verme ve irritabilite düzeyleriyle ilişkisini inceledik. Tüm bulgular aşağıda alandaki ilgili yazın eşliğinde tartışılacaktır.

Toplum temelli ve klinik örneklemlerin ikisi de erkeklerde daha yüksek bir DEHB yaygınlığına işaret etmektedir. Toplum örneklemelerinde, erkek-kız oranı 1:1 ile 3:1 arasında olduğu bildirilmektedir. Klinik değerlendirme için başvuran çocuklar arasında ise erkek-kız oranı 9:1'e kadar yükselmektedir (24). Çalışmamıza Manisa Celal Bayar Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde takip edilen 12-18 yaş arasındaki DEHB tanılı 69 olgu ve 69 sağlıklı kontrol ve ebeveynleri dâhil edilmiştir. DEHB tanısı olan olguların %63,8'inin erkek, %36,2'sinin kız olduğu, kontrol grubunun ise %47,8'inin erkek, %52,2'sinin kız olduğunu saptadık. Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kontrol ve olgu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamızda araştırdığımız verileri cinsiyetten bağımsız elde etmek istediğimiz için olgu grubu ve sağlıklı kontrol grubundaki kız ve erkek sayılarını benzer almaya özen gösterdik. Yine de elde ettiğimiz E/K oranı, DEHB ile ilgili toplum ve klinik temelli çalışmalarla uyumlu olarak erkeklerde daha sık bulunmuştur.

Çalışmamıza dâhil edilen DEHB tanılı olguların yaş ortalaması 14,40±1,82, kontrol grubunun ise 14,06±1,72 bulunmuştur. İki grup

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.005). Olgu ve kontrol grupları arasında yaş yönünden anlamlı fark saptanmaması nedeniyle, yaşın kişilik özellikleri, problem çözme, irritabilite ve karar vermeyi etkilememesi yönünden önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan olgu ve sağlıklı kontrol gruplarının yaşadıkları yer incelenmiş olup, köy ve ilçede ikamet edenler olgu grubunda %39,1; kontrol grubunda ise %17,4 olarak bulunup; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p=0,009). Alan yazını incelendiğinde kırsal kesimde yaşayanlarda içinde DEHB'nin de bulunduğu gelişimsel bozuklukların daha fazla olduğu görülmektedir (127).

Aile gelirinin, anne eğitim düzeyinin düşük olması gibi sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda DEHB'in daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda gruplar gelir durumlarına göre karşılaştırıldıklarında kendisini orta ve altı gelire sahip olarak tanımlayanlar olgu grubunda %79,7, kontrol grubunda ise %73,9'du. İki grup arasında gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Hem olgu hem de kontrol gruplarının düşük-orta sosyoekonomik seviyede olduğu düşünülebilir. Çalışmamız kesitsel klinik örneklemli olduğu için çalışmanın bu sonucu genellenemez.

Çalışmanın evreni anne eğitim düzeyleri yönünden karşılaştırıldığında, olguların annelerinin %72,5'inin, kontrollerin annelerinin %90'nın lise veya üniversite mezunu olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,009). Gruplar baba eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında olguların babalarının %78,3'ünün, kontrollerin babalarının ise %88,5'inin lise veya üniversite mezunu olduğu görülmüş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). 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 (128, 129). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde anne ve baba eğitim düzeyleri olgu grubunda daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Literatüre uygun şekilde anne eğitim

düzeyleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulurken, olgu grubunda daha düşük baba eğitim düzeyleri olmasına rağmen istatistiksel anlamlı fark bulamadık.

Gebelikte annenin yaşadığı fiziksel, ruhsal rahatsızlıklar, doğum şekli, doğumda oluşan sorunlar yönünden karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Alandaki geçmiş çalışmalar incelendiğinde gebelikte nikotin ve etanol maruziyeti, toksemi, eklampsi-preeklampsi, plasentanın ayrılması, prematürite, postmatürite, hipoksi, gebelikte kanama, tiroid hormon eksikliği DEHB gelişimi için risk taşıdığı düşünülen durumlar olarak ifade edilmektedir (37-38). Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında gebelikte oluşan fiziksel ve ruhsal bozukluklar açısından fark olmadığı görüldü. Çalışmamızdaki sonuçların literatür ile uyumlu olmamasının nedenini, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki DEHB olan çocuğa sahip ailelerin kendilerinin ve bebeklerinin sağlık geçmişlerine ait bilgileri hatırlamakta güçlük çekmelerinden kaynaklanabileceğini düşündük. Çalışmamızda doğum şekli ile DEHB arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Türkiye'de elektif ve endikasyon dışı sezaryen ameliyatlarının oranının yüksek olduğu ve son yıllarda giderek arttığı göz önüne alındığında sezaryen doğum ile DEHB arasındaki ilişkinin çalışmamızda anlamlı olmamasını açıklayabilir (130).

Çalışmamıza katılan anne ve babalar tanılı ruhsal bozuklukları açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anne ve babaların tanılı ruhsal bozuklukları açısından anlamlı bir fark saptamadık. Bununla birlikte babadaki ruhsal bozukluk olgu grubunda daha yüksek ve istatistiksel anlamlı farka yakın sonuçlandığı görülmüştür (p=0,084). Literatür tarandığında, çocukları DEHB olan ebeveynlerde daha fazla ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir (131). Genetik dışında ebeveyndeki ruhsal patolojiler ebeveynlik tutumlarını etkileyip çevresel olarak da çocukları etkileyeceği için önemlidir. Çocuklardaki DEHB semptomlarının anne ve babanın ruhsal bozuklukları ve işlevsellikleriyle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (132). Ebeveynin ruhsal patolojileriyle ilgili elde ettiğimiz verilerin yazındaki sonuçlarla uyumsuzluğu çalışmaya katılan ebeveynlerin ruhsal sorunları için daha az başvuru yapmalarından

kaynaklandığını düşündürmektedir. Yapılan görüşmelerde sosyodemografik form doldurulurken ebevenylerin ruhsal belirtiler tarifledikleri ancak hekim başvurusu yapmadıkları için tanı almadıkları dikkat çekmiştir.

Çalışmamızda olgu grubuyla sağlıklı kontroller konuşma ve yürümeye başlamasında gecikme olup olmamasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir. DEHB olanlarla sağlıklı kontrollerin yürüme ve konuşmaya başlangıç yaşlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada yürümeye ve iki kelimelik cümle kurmaya başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark bulunmamış olup, ilk kelimelerin DEHB olan grupta geç kaldığı bulunmuştur (133). Çalışmamızda konuşma tek kelime veya cümle kurma olarak ayrılmayıp "Konuşmaya başlama yaşı zamanında mıydı?" şeklinde cümle kurmayı hedefleyecek şekilde sorulduğu için alan yazınla uyumlu şekilde sonuç elde ettiğimizi düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ebeveynlerden aldığımız bilgiye göre iki grup arasında arkadaşlık ilişkilerindeki sorunları "var, yok, biraz" şeklinde karşılaştırdığımızda, olgu grubunun arkadaşlık ilişkilerinde çok daha fazla sorun yaşadığı sonucuna ulaştık ($p<0,001$). DEHB'nin doğası gereği beklenen bu durum alan yazınlarıyla da desteklenmektedir. Bir sistematik literatür taramasında DEHB olan çocukların akran reddi, akran zorbalığı, zayıf sosyal beceri ve işlevselliği gibi birçok akran etkileşim sorunu yaşadığı gösterilmiştir (134). Alan yazında başka bir çalışmada DEHB olan gençlerde sosyal desteğin yaş ilerledikçe azaldığı, normal gelişim gösteren gençlerde ise arttığı gösterilmiştir (135).

Çalışmamızda olgu grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde "evdeki uyum" ve "kardeş ilişkileri" alanlarında ebevenyleri tarafından daha sorunlu olarak tarif edildikleri sonucuna ulaştık (her iki bulgu için $p<0,001$). DEHB tanısı alan çocukların kardeş ilişkilerinin, DEHB tanısı olmayan kardeşlerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB grubundaki kardeş ilişkilerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek çatışmaya sahip olduğunu gösterilmiştir (136). Başka bir çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan ailelerde kardeşler arasındaki zorbalığın

arttığına dair kanıtlar bulunmuştur (137). DEHB tanısı alan çocukların kardeşleri ile arasında şiddet içeren saldırgan davranışlar ve manipülasyon yoluyla mağduriyet duyguları yaşadığını ortaya koyan sonuçlara da ulaşılmıştır (138). Johnston ve Mash, DEHB olan bir çocuğa sahip olmanın aile işleyişi üzerindeki etkisine ilişkin kanıtları incelediklerinde DEHB olan bir çocuğun varlığının, aile ve evlilik işleyişinde bozulma olasılığının artmasına, ebeveyn çocuk ilişkilerinin bozulmasına, ebeveynlik etkinliğinin azalmasına ve özellikle DEHB'nin davranış sorunlarıyla birlikte görülmesi durumunda artan ebeveyn stres düzeylerine yol açtığı sonucuna varmışlardır (139). Bir başka çalışmada ise aile ilişkilerinin ciddi şekilde gerginleşebildiği ve bazı ek sosyal ve mali zorluklara yol açabildiği; bu durumların da DEHB olan çocukların kendilerini üzgün hissetmelerine, hatta muhalif ya da saldırgan davranışlar sergilemelerine neden olabileceği düşünülmüştür (140). Görüldüğü üzere çalışmamızda DEHB olanların kardeş ilişkileri ve evdeki uyum sorunları literatürdeki bilgilerle uyumludur.

Çalışmamızda benzer şekilde ebeveynlere çocuklarının ev ödevlerini yapmaları ile ilgili sorun bulunup bulunmadığını sorduğumuzda olgu grubunun kontrol grubuna göre anlamlı şekilde bu alanda sorun yaşadığı sonucunu elde ettik ($p<0,001$). Akademik hayat DEHB olan bir çocuğun tamamlaması özellikle zor olabilecek adımlarla doludur; örneğin ödevleri yazmak, malzemeleri eve getirmeyi hatırlamak, ödevleri tamamlamak için oturmak, dikkat dağıtıcı ev ortamına rağmen çalışmaya devam etmek, iş tamamlanana kadar çabayı sürdürmek ve ertesi gün ödevleri teslim etmeyi hatırlamak gibi (141). DEHB ile bağlantılı dikkatsizlik sorunları olan çocukların ödevleri düzgün bir şekilde kaydetmeme, ödevi aceleye getirme, görevde kalma zorluğu ve dikkatsizce hataların daha yaygın olması gibi ödevleri tamamlama sorunları yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu, DEHB ile ilgili davranışsal belirtilerin ölçümüne ilişkin ebeveyn ve öğretmen değerlendirmelerinde DEHB şiddetinin artmasıyla daha fazla ev ödevi sorunu yaşanmasının ilişkili olduğu gösterilmiştir (142, 143). Çalışmamızda beklendiği şekilde olgu grubunun ev ödevlerinde yaşadıkları sorunlar alan yazınca desteklenmektedir.

Akıllı telefonlar günümüzde dünyanın her yerinde her yaştan insan için vazgeçilmez araçlar olmuş olup, akıllı telefon olmadan günlük yaşamı hayal etmek zor hale gelmiştir (144). Özellikle yeni teknoloji ve medya kullanımına duyarlı olan ergenler için akıllı telefonlar hayatlarının önemli bir parçası haline gelmiştir (145). Yakın zamanda yapılan bir araştırmaya göre ortaokul ve lise öğrencilerinin akıllı telefon sahibi olma oranının %95'i aştığı; bu oranın tüm yaş gruplarından (%87,2) yaklaşık %8 daha yüksek olduğu gösterilmiştir (146). 12-18 yaş arası evrenden oluşan çalışmamıza katılan 138 kişinin tamamının başta akıllı telefon olmak üzere, tablet, bilgisayar gibi teknolojik cihazlar kullandığı sonucuna ulaştık.

Teknolojik cihaz kullanmaya başlama yaşı açısından olgu grubu ile sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırdığımızda, olgu grubunda (6,71±3,07) kontrol grubuna (7,54±3,45) göre daha erken yaşta teknolojik cihaz kullanımına başlandığı sonucuna ulaştık (p=0,003). Kore'de yapılan bir çalışmada ayakta tedavi gören ergen akıllı telefon bağımlıları üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların birçoğunun depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri olduğu gösterilmiştir (147). Başka bir çalışmaya katılan DEHB hastalarının %40'ının akıllı telefon bağımlısı olduğu ve zayıf dikkat ve engelleme nedeniyle bağımlılığa daha duyarlı oldukları ortaya konmuştur (148). Literatürdeki başka bir çalışmada ise, DEHB'nin internet bağımlılığı bozukluğu ve internet oyun bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (149). Literatürde DEHB olan bireylerin sağlıklılara göre teknolojik cihaz kullanımına daha erken yaşta başlamaları ile ilgili bir kaynağa ulaşılamamakla birlikte, DEHB'de ekran kullanımının, ekran bağımlılığının yüksek olduğu, tanı olsun olmasın ergen yaş grubunda teknolojik cihaz kullanımının yüksek olduğu bilinmektedir. Hâlihazırda DEHB gibi riskli bir bozukluğa sahip olan grupta teknolojik cihaz kullanımına daha erken başlanmasının tespitinin de beklenen bir durum olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda olgu grubu ve sağlıklı kontrol grubunda DSM-5-Kişilik Envanteri- Kısa Form kullanılarak kişilik özelliklerine bakıldığında dizinhibisyon alt alanı puanının olgu grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu

bulunmuştur (p=0,003). Toplam puan ve diğer alt alanlarda (olumsuz duygulanım, uzak olma, karşıtlık, psikotizm) olgu grubunda daha yüksek puanlar almalarına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). DSM-5 Kişilik Envanterini üç büyük ve beş büyük kişilik özellikleriyle ilişkili olarak incelendiğinde olumsuz duygulanımın nörotisizme, uzak olmanın düşük dışadönüklüğe, karşıtlığın düşük yumuşak başlılık/uyumluluğa ve psikotizmin açıklığa benzer olduğu bildirilmiştir (150). DEHB olan ergenlerle beş faktör modeli ile yapılan bir çalışmada olgu grubunun sağlıklı kontrollere göre düşük vicdanlılık ve uyumluluk, yüksek nevrotiklik özellikleri gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada vicdanlılığın dikkatsizlik ve hiperaktif-dürtüsel semptomları doğrudan etkilediği, nevrotiklik, uyumluluk ve dışadönüklüğün ise hiperaktif-dürtüsel semptomları doğrudan etkilediği gösterilmiştir (95). Aynı modelle yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada DEHB olan olgu grubu, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında yüksek nörotisizm, düşük dışadönüklük, düşük uyumluluk ve düşük vicdanlılıkta istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir (151). Çalışmamız bu veriler ışığında değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlılığın yalnızca dizinhibisyon alt alanında olmasıyla beraber, benzer sonuçlar elde ettiğimiz görülmektedir; çalışma evreni genişletildiğinde istatistiksel anlamlı sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kontrol ve olgu gruplarının ebeveyn tutumlarını AHÇYTÖ'ye göre karşılaştırdığımızda aşırı koruyucu tutum, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünün reddi, anne baba geçimsizliği ve sıkı disiplin açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık (p>0,05). Ancak demokratik tutum ve eşitlik tanıma kontrol grubunda çok daha yüksek puanlanmıştır, neredeyse anlamlı sonuç elde edilmiştir (p=0,053). Benzer şekilde 2011 yılında yayınlanan bir tıpta uzmanlık tez çalışmasında iki grup arasında AHÇYTÖ'nün hiçbir alt alanında anlamlı sonuç elde edilemediği görülmektedir (152). Başka bir tez çalışmasında demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubunda anlamlı şekilde DEHB olan olgu grubundan daha yüksek bulunmuştur ancak diğer alt alanlarda çalışmamızda olduğu gibi anlamlı istatistiksel fark elde edilmemiştir (153).

Çalışmamızda olgu grubunun problem çözme becerilerinin sağlıklı kontrollere göre oldukça geride olduğu sonucuna ulaştık (p=0,008). Literatüre göre DEHB'den etkilenen bireylerde problem çözme stratejileri bozulmaktadır. DEHB'de insanlar arası müzakere zorluklarının, bozukluğun tanımlayıcı semptomlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (156). Yapılan başka bir çalışmada normal kontrollerle karşılaştırıldığında DEHB olan erkek çocuklarda daha az sosyal ipucu yakaladıkları ve daha az yanıt ürettikleri, sosyal problem becerilerinin daha geride olduğu gösterilmiştir (155). Erişkinlerle yapılan bir çalışmada DEHB hastalarında sosyal etkileşimlerde daha yüksek düzeyde kaygı bulunabileceği, optimal kişiler arası çatışma çözümlerinin akıcılığının bozulduğu gösterilmiştir (156). DEHB olan kız ergenlerle yapılan çalışmada davranış sorunu yaşayan kızların belirli başa çıkma stratejileri uyguladıklarını ancak bunların etkisiz olduğunu belirttikleri, bu nedenle yaşamın ilerleyen dönemlerinde bu sorunların aşılmasına yardımcı olmak için sosyal becerilerin ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesini hedefleyen erken terapötik müdahalelerin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (157). Görüldüğü üzere literatürde DEHB olan bireylerin çocuk veya erişkin, yaş fark etmeksizin problem çözme becerilerinin akranlarına göre düşük olduğunu gösteren birçok yayın bulunmaktadır, çalışmamızın sonucu da alan yazınına paralel sonuç göstermiştir.

Çalışmamızda olgu grubunun irritabilite düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek çıkması şaşırtıcı olmamıştır. DEHB'ye sahip bireylerin öfkeli, asabi davranış ve ruh hali ile ilgili kronik zorluklar yaşama eğiliminde olduğu bilinmektedir (158-160). DEHB tanısı alan 696 çocukla yapılan bir çalışmada katılımcıların %91'inin en az bir sinirlilik semptomu olduğu gösterilmiştir (161). Erişkin DEHB'yle yapılan bir çalışmada DEHB olanlarda mizaç özelliği olarak sinirliliğin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (162). Bizim çalışmamız da benzer sonuçlarla literatüre katkı sunmuştur.

Karar verme süreci deneyimlerden öğrenilerek gelişen bir beceridir, DEHB olan bireyler aldıkları kararlarda anında geri bildirim olmadığında yani aldıkları kararların sonucunu akabinde deneyimlemedikleri takdirde tecrübe yoluyla öğrenmede zorluk yaşamaktadırlar (163). DEHB olan bireylerde

gerçek hayattaki karar verme eksikliklerinin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde büyük olumsuz sonuçları olabilir (164). DEHB'deki madde bağımlılığı, dikkatsiz araba kullanma, riskli cinsel davranışlar ve kumar gibi çok sayıda davranış karar verme stilleriyle ilişkilendirilmiştir (165, 166). DEHB olan grupların kontrol gruplarına göre daha riskli karar verdikleri literatürden de görülmektedir (165). Biz çalışmamızda olgu grubunda karar vermeyi öz saygı, ihtiyatlı-seçicilik, panik, sorumluluktan kaçma, umursamazlık yönünden sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırdık. Beklediğimiz gibi puanlar öz saygı alanında olgu grubunda daha az, sorumluluktan kaçma, umursamazlık, panik alt alanları daha yüksek, kontrol grubunda ise ihtiyatlı seçicilik alt alanı daha yüksek bulunmuştur. Bilindiği üzere depresyon DEHB olan bireylerde genel popülasyona göre daha sık görülmektedir (167, 168). Öz saygının DEHB olan bireylerde daha düşük olması beklenen bir durum olmakla beraber, DEHB'ye depresyonun sık eşlik etmesini bunun göstergelerinden biri olduğunu düşünmekteyiz. Ölçeğimizin alt alanlarından ihtiyatlı seçicilik kişinin karar alırken farklı alternatifleri gözden geçirip, kararın olası sonuçlarını değerlendirmesiyle ilişkidir. DEHB doğasında dürtüsel davranışlar ve kararlar mevcuttur. Bu da DEHB olanların düşünmeden, ani kararlar vermesi sonucunu doğurabilir. Bu nedenle ihtiyatlı seçicilik alanında sağlıklı kontrol grubunun daha yüksek puan alması beklenen bir durumdur. Diğer alt alanlar sorumluluktan kaçma ve umursamazlık ise kararı erteleme, kararın sorumluluğunu başkasına yükleme, sorun yokmuş gibi davranma olarak özetlenebilir. Bu bilgiler ışığında değerlendirdiğimiz zaman DEHB'de bu alt ölçeklerin daha yüksek puanlanması beklediğimiz bir durumdu. Çünkü bilindiği üzere DEHB olanlarda zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçma, erteleme, odaklanma sorunları mevcuttur. Sonuçta karar almak için zihinsel bir çaba ve odaklanma gerekir. Ölçeğimizdeki alt alanlardan panik ise seçim yapmak için kısıtlı zaman olduğunda kendi kararlarının daha güvenli olduğunun farkına varmayıp kendisini çatışma ve stresten kurtarmak için, çevresinden de etkilenerek, "İnsanlar ne yapıyorlarsa sen de onu yap" gibi düşüncelerle doğru olmayan karara yönelme olarak nitelenebilir. Bu tanım dikkate alındığında kendisini karar vermek için çabalamamasını, karar sorumluluğunu başkasına

yıkmasını, ani karar almasını beklediğimiz DEHB olan bireyler ölçeğimizde panik alanını daha yüksek işaretlemişlerdir. Bunun da beklenen bir durum olduğunu düşünmekle birlikte ölçeğimizde istatistiksel olarak anlamlı farkın yalnızca “umursamazlık” alanında elde etmemizi olgu grubunun tedavi altında olmasına bağlıyoruz. Tedavinin karar vermede umursamazlık alanını etkilemediği ya da az etkilediği, diğer alt alanları olumlu anlamda etkilediği düşünülebilir ancak bu düşünce gelecekte bu konudaki çalışmalarla desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır.

DEHB’de kişilik özelliklerinin problem çözme becerisi ile ilişkisini incelediğimizde, negatif anlamdaki kişilik özellikleri arttıkça problem çözme becerilerinin düştüğü sonucuna ulaşmakla birlikte olumsuz duygulanım alt alanının problem çözme becerileri ile ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşmadık ($p>0,05$). Literatür taradığımızda DEHB olanların kişilik özelliklerinin problem çözme becerisi ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlamadık, bu anlamda çalışmamızın ilk olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmalar çeşitli mizaç özelliklerinin DEHB’nin ortaya çıkışı ve seyrine etkisi olduğunu göstermektedir (169, 170). Hatta alan yazında mizaç-karakter özelliklerinin DEHB'nin klinik tanısına yardımcı olabileceği görüşünü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (171). DEHB olmayan 650 lisans öğrencisi ile yapılan bir çalışmada "pozitif" kişilik ve duygusal durum boyutları (dışa dönüklük, açıklık, özveri ve pozitif duygusal durum), yapıcı problem çözme ile pozitif, işlevsiz problem çözme ile negatif bir ilişki içinde olduğu, "negatif" boyutların (nörotizm, psikotizm ve negatif duygusal durum) ise işlevsiz problem çözme ile pozitif, yapıcı problem çözme ile negatif bir ilişki içinde olduğu bildirilmiştir (172). Çalışmamızın sonuçlarına göre DEHB olan bireylerde kişilik özelliklerinin problem çözme beceri ile ilişkini inceleyerek, düşük problem çözme becerisine sahip DEHB olan bireylerde klinik görüşme esnasında kişilik özelliklerinin de değerlendirilmesinin doğru olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda incelediğimiz kişilik özelliklerinin DEHB olan çocuk ve ergenlerin irritabilitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkili olduğu sonucuna vardık. Her ne kadar irritabilite tanımlayıcı bir tanısal özellik olmasa

da çocukluk çağındaki DEHB'de irritabilite oldukça yaygındır ve klinik örneklerdeki hastaların yarıya yakınını etkilemektedir (161, 172). Öyle ki DEHB'de alt tip olarak irritabiliteyi öneren yazarlar bile mevcuttur (174). DEHB'de irritabl profil olarak tanımlanan karakter özelliğinin yeni başlayan komorbid bozuklukları (başta kaygı bozuklukları olmak üzere) öngördüğü düşünülmektedir (175). Bu nedenle irritabilitenin yordayıcılarını araştırmanın kıymetli olduğunu düşünmekteyiz. Alan yazını incelendiğinde DEHB'de beş faktör modele göre nevrotiklik maddelerindeki artışla irritabilitenin de arttığını görmekteyiz (176). Yine başka bir bir çalışmada nevrotiklik ve yumuşak başlılığının irritabiliteyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (177). Biz çalışmamızda incelediğimiz kişilik özelliklerinin irritabiliteyle pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaştık. Bu bilginin önemli olduğunu düşünmekteyiz, kliniğimize gelen irritabilitesi olan DEHB olan hastaların irritabilitelerinin yalnızca DEHB'nin kendi doğasından değil de kişilik özelliklerinden de kaynaklanabileceği, bu nedenle tedavide DEHB'nin yanı sıra kişilik özellikleri konusunda psikososyal müdahalelerin de gerektiği düşünülebilir.

Çalışmamızda olumsuz kişilik özelliklerini incelediğimizi belirtmiştik, DEHB olan bireylerde incelediğimiz olumsuz kişilik özelliklerinin hepsinin karar vermede öz saygıyla istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif, olumsuz karar verme stilleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü. Yine çalışmamızdaki tüm kişilik özelliklerinin olumlu karar verme özelliği olan ihtiyatlı seçicilikle negatif ilişkide olduğunu; dizinhibisyon, psikotizm ve uzak olmanın ise istatistiksel fark ortaya koyduğunu gördük. DEHB'si olmayan bireylerle yapılan bir çalışmada FFM boyutları arasında duygusal istikrar (nevrotikliğin tersi), dışadönüklük ve uyumluluk konusundaki benlik kavramı derecelendirmelerinin, benlik saygısını önemli ölçüde yordadığı gösterilmiştir (178). Yine başka bir çalışmada olumlu kişilik özelliklerinin öz saygının yordayıcısı olduğu bulunmuştur (179). Bu konuya tersinden bakan bir araştırmada benlik saygısı yüksek bireylerin duygusal açıdan istikrarlı, dışa dönük, vicdanlı ve bir ölçüde uyumlu ve deneyime açık kişiler olduğu gösterilmiştir (180). Ergenlerle yapılan bir çalışmada dürüstlük, açıklık ve öz saygının birbiriyle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuş (181). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada vicdanlılık

kişilik özelliğinin rasyonel karar verme tarzına yol açtığı gösterilmiştir (182). Nörotiklik kişilik özelliğine sahip bireylerin karar verme konusunda zorluk yaşama eğiliminde oldukları, uyumlu tiplerin tam tersi, karar verme stresinden daha az etkilendikleri bulunmuştur (183). Kişilik boyutları olan nörotizm ve öz disiplinin suç seçimi üzerine aracılık ettiği bulunmuştur. Nörotik kişilik özelliği arttıkça suça yönelimin artmakta olduğu, öz disiplin özelliği arttıkça suça yönelimin azaldığı gösterilmiştir (186). Dürtüselliğin dizinhibiyonla ilişkilendirildiği, kararlar alırken somut gerçekleri göz ardı etme eğilimi, önceden düşünmeden hareket etme ve belirli koşullar altında daha yavaş, daha yöntemli bir yaklaşımı kullanamama nedeniyle hızlı, hatalı karar almaya yatkın bilgi işleme eğiliminde oldukları gösterilmiştir (185). Bizim çalışmamızın aksine yetişkin DEHB olanlarla yapılan bir çalışmada beş faktör kişilik özelliklerinin DEHB ile ilişkili olduğu ancak içinde karar vermenin de bulunduğu nörokognitif profil üzerine etkisinin bulunmadığı gösterilmiştir (151). Alan yazında DEHB olan çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin karar vermeyle ilişkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşamadık. Ancak olumsuz duygulanım kişilik özelliğinin anksiyete, duygusal değişkenlik ve depresiflik gibi olumsuz durumlarla ilişkili olduğu; karşıtlık kişilik özelliğinin kişiler arası baskınlık, duygusuzluk, büyüklenmecilik, manipülatiflik, hilekârlık ve duygusuzluk eğiliminde olduğu; dizinhibisyonun dikkat dağınıklığı, davranışsal disinhibisyonu, dürtüsellik ve sorumsuzluk gibi davranışsal durumları kapsadığı; psikotizm kişilik özelliğinin kişinin algısal düzensizlik, olağan dışı inançlar, eksantriklik ve gerçeklikten kopma eğilimini ortaya koyduğu; uzak olmanın içe dönüklük, düşük pozitif duygusallık, anhedoni, kısıtlı duygulanımla ilişkili olduğu göz önüne alındığında, bunlara ek olarak DEHB'nin dürtüsel özellikleri ve ergenliğin duygusal instabilitesi ve kararlarda değişkenliği düşünüldüğünde bulduğumuz bulguların akla yatkın olduğu ve beklediğimiz şekilde sonuçlar elde ettiğimizi söyleyebiliriz.

Çocukların problem çözme becerilerinin gelişmesinde anne-baba tutumlarının etkili olduğu düşünülmektedir (186). Yapılan bir çalışmada bebeklik dönemindeki ilgili anne tutumunun, daha sonraki sosyal problem çözme ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (187). Lise öğrencileriyle

yapılan bir çalışmada demokratik ebeveyn tutumları ile problem çözme becerileri arasında pozitif orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, koruyucu ebeveyn tutumları ile problem çözme becerileri arasında pozitif düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Sıkı disiplinli ebeveyn tutumları ile katılımcı öğrencilerin problem çözme becerileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Genel olarak bu çalışmada ebeveyn tutumlarının lise öğrencilerinin problem çözme becerilerine %20 oranında etki ettiği gösterilmiştir (186). DEHB tanısı alan, yaşları 7 ile 12 arasında değişen toplam 48 kişiyle yapılan bir çalışmada pozitif ebeveynlik programı (Triple P) uygulanmasından önce ve sonrasında yapılan karşılaştırmada problem çözme becerilerinin anlamlı bir şekilde arttığı sonucu elde edilmiştir (188). DEHB olan ve olmayan 221 çocuktan oluşan bir örneklem, yaklaşık dört yıl boyunca ileriye dönük olarak takip edildiklerinde DEHB çocuğa sahip ebeveynlerin artan olumsuz ebeveynlik tutumlarının çocukların sosyal problem çözme becerilerini negatif yönde etkilediği bulunmuştur (189). “Aşırı koruyucu” tutuma sahip olan ebeveynler ihtiyaç duymadıkları hallerde bile çocuklarına müdahale ederler, bu sebeple çocukların problemlere çözüm üretme becerileri yeterince gelişmeyebilir (66). “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” tutumu olan ebeveynler çocuğun bireyselleşmesine önem verir, problemlerle baş etme becerilerinin gelişmesini teşvik ederler. Çocuklarının ihtiyaçlarına karşı kayıtsız kalan, çocuklarından uzak olma eğilimi gösteren “ev kadınlığı rolünün reddi” şeklindeki anne tutumunun sonucunda çocuğun modelleme imkânının az olması nedeniyle problem çözme becerilerinin yeterince gelişmeyeceğini düşündük. “Anne Baba Geçimsizliği” tutumunda ebeveynlerinin tutarsız davranışları sonucu, neyin doğru neyin yanlış olduğunu algılamakta zorlanan çocuğun problem çözmek için de hangi yolun daha doğru olacağını anlamakta güçlük çekeceğinden bu becerisinin gelişmemiş olması beklenir. Anne ve/veya babanın çocuğun üzerinde tam hâkimiyet kurduğu “sıkı disiplin” ebeveynlik tutumuyla çocuğun bireyselleşmesi ve problem çözme becerilerinin olumsuz etkilendiğini biliyoruz. Biz çalışmamızda DEHB olan bireylerde aile tutumunun problem çözme ile ilişkisini inceledik. Ancak hiçbir aile tutumu ile problem çözme becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamadık.

İrritabilitenin etiyolojisi hakkında hala çok az şey bilmekteyiz (190). Çocuk ve ergenlerde irritabilite etiyolojisinde ebeveyn tutumlarının da etkili olabileceği düşünülmüş ve bu alada çalışmalar yapılmıştır. Erken bebeklik döneminde yüksek anne ilgisinin irritabl davranışlarla negatif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (187). Ergenlikteki irritabilitenin ise olumsuz ebeveynlik tutumlarından etkilenebileceği gösterilmiştir (191). Erken çocukluk döneminde psikososyal çevrenin çeşitli ölçütlerinin, ergenlik dönemi irritabilitesi ile ilişkilendirildiği bir çalışmada çocuklar 3 yaşından 15 yaşına kadar izlenmişlerdir. Üç yaşındayken hoşgörülü ebeveynlik düzeyinin yüksek ve evlilik memnuniyet düzeyinin düşük olması 12 yıl sonra hem çocuk hem de anneleri tarafından bildirilen irritabilitenin daha yüksek düzeyleriyle ilişkili olduğu, otoriter ebeveynlik düzeyinin daha yüksek olması ise anneleri tarafından bildirilen yüksek ergenlik dönemi irritabilitesini öngörmüştür (190). Anne baba geçimsizliğinin, çocuklar üzerinde doğrudan bir stres kaynağı olmasının ötesinde, kişiler arası ilişkilerde sürtüşmeyi öğrendikleri için çocukların daha fazla çatışma eğiliminde oldukları gösterilmiştir (192). 139 çocuğun 4-5 yıl arayla iki kez değerlendirilerek yapılan bir çalışmada yüksek anne müdahaleciliği (aşırı koruyucu tutum) ile DEHB/irritabilite şiddetinde yükselme olduğu, hatta DEHB/KOKGB tanısı alma riskinin yükseldiğini gösteren bazı kanıtlara ulaşılmıştır (193). DEHB'li 47 ve sağlıklı 39 ergen ile yapılan bir çalışmada, "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" ebeveyn tutumu ile DEHB'ye sahip ergenlerdeki irritabilite düzeyi arasında negatif ilişki olduğu ancak diğer ebeveynlik tutumları ile irritabilite arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (194). Biz de çalışmamızda DEHB olan çocuk ve ergenlerde aile tutumlarının irritabilite ile ilişkisini incelediğimizde "demokratik tutum ve eşitlik tanıma" tutumunun irritabiliteyle negatif yönde ilişkili olabileceğini ön görmüştük. Ancak istatistiksel olarak ilişkili olmadığı sonucuna ulaştık. "Ev kadınlığı rolünün reddi" tutumu olan ailelerin çocuklarının sevgiye olan ihtiyaçlarından sorunlu davranış ortaya koyma risklerinin arttığını biliyoruz (70). Çalışmamızda "ev kadınlığı rolünün reddi" olan annelerin çocuklarında ağır irritabilitenin daha fazla görüldüğü sonucuna ulaştık. Çalışmamızın sonuçları ve konuyla ilgili literatürdeki çelişkili bulgulara rağmen DEHB olan

ergenlerde ebeveyn tutumları ile irritabilite arasındaki ilişkinin DEHB'nin tanı ve tedavisine rehberlik edebileceği şekilde değerlendirilmesinin kritik öneme sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Ergenler geleceklerini tehlikeye atacak riskli davranışlarda bulunabilirler. Her ne kadar ergenlerin risk alması uzun süredir hatalı karar vermeyle ilişkilendirilse de, bu bağlantı şaşırtıcı derecede az sayıda araştırmada doğrudan incelenmiştir (195, 196). Ebeveynliğin çeşitli yönleri ergenlerin riskli davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Özellikle ilgi, yakınlık, sıcaklık ve iletişimi içeren ebeveyn desteği, ergenin refahı ile ilişkilendirilirken, ebeveyn desteğinin eksikliği ise riskli davranışlara götüren kararlar ile ilişkilendirilmiştir (197-200). Geç ergenlikte yapılan bir çalışmada otoriter ebeveynlik tutumuyla yetiştirilen ergenlerin karar alırken akranlarına daha az, ebeveynlerine ise daha fazla başvurdukları; hoşgörülü veya ihmalkâr-reddeden ebeveynler tarafından yetiştirilen ergenlerin ise kararlar için daha çok akranlarına başvurdukları sonucuna ulaşılmış olup, araştırmacılar bu bulguyu otoriter ebeveyn tutumumun ergeni koruyan, avantajlı bir durum olarak değerlendirmişlerdir (201). Kıtalar arasında yapılan sistematik bir incelemede olumlu ebeveynlik yaklaşımlarını, ebeveyn-çocuk ilişkisinde sıcaklık, bakım, yardım ve çocuğu takip etmeyi içeren davranış ve yaklaşımlar olarak; olumsuz ebeveynlik yaklaşımlarını ise daha az denetim ve takibin yanı sıra tutarsız veya sıkı disiplinli (otoriter) olarak tariflemişler, Fransız ve Asyalı katılımcılarda olumsuz ebeveynlik yaklaşımlarının uyumsuz karar vermeyle ilişkili olduğu, pozitif ebeveynliğin ise Asyalı katılımcılar için uyumsuz karar vermeyle pozitif ilişkili olduğu gibi çelişkili bir sonuca ulaşmışlardır (202). Kore ve Fransa'da lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada otoriter ebeveynlik tarzının kariyer kararı vermede öz yeterliliği arttırdığı sonucu elde edilmiştir (203). Güney Afrika'da 9. sınıf öğrencileriyle yapılan bir çalışmada anne ve babanın otoriter tutumunun ergenlerin ihtiyatlı karar vermesiyle pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (204). 400 kadar üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada otoriter ebeveynlik tarzının ergenler arasında uyumlu karar vermede ayırt edici bir rol oynadığı gösterilmiştir (205). Kore'de DEHB olan çocuklar ve anneleriyle yapılan bir çalışmada annelerin şefkatli ebeveynlik

tutumlarının, çocuktaki yüksek öz saygıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (206). Paylaştığımız ebeveyn tutumlarının karar verme ile ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçlarının çelişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte alan yazını incelendiğinde DEHB olan çocuk ve ergenlerde aile tutumlarının çocuğun karar verme stiliyle ilişkisi ile ilgili son derece az yayın olduğunu gördük. Biz çalışmamızda aile tutumlarının DEHB olan çocuk ve ergenin karar vermesi ile anlamlı bir ilişki ortaya koyamadık. Veri toplama sürecinde ebeveyn tutumlarını ebeveynlerden öz bildirim yoluyla elde ettik. Ancak bildirdikleri bu tutumların DEHB'nin yaygın dürtüsel veya irritabl doğası düşünüldüğünde ev ortamına ne derece yansıtabildiklerinden emin olamamaktayız. Bu nedenle klinik değerlendirmemiz esnasında DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tutumlarını gözlemlemenin ebeveyn tutumlarını değerlendirme konusunda daha objektif olacağını düşünmekteyiz. Sonrasında ise tutumlar konusunda ailelere psikoeğitim vermenin, hatta bu aileleri tutumlarla ilgili etkinliği kanıtlanan eğitim programlarına dâhil etmenin DEHB olan çocuk ve ergenin geleceğinde karar verme becerilerinin gelişmesine katkı sunacağını düşünüyoruz.

Bilebildiğimiz kadarıyla çalışmamız DEHB tanısı olan ve başka herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı çocuk ve ergen yaş grubunda kişilik özelliklerinin, aile tutumlarının, irritabilitelerinin, problem çözme ve karar verme stillerinin tek bir örneklemde incelendiği ilk çalışmadır. Yine alan yazınında DEHB olan çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin problem çözme becerisi ve karar verme stilleriyle ilişkisinin çalışılmadığı, DEHB çocuğa sahip ailelerin tutumlarının karar verme ile ilişkisiyle ilgili de çok az sayıda çalışma olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmamız bu anlamda literatürdeki boşluğa vurgu yapmakla birlikte klinik örneklemde kesitsel bir çalışmadır; bu değişkenlerin toplum temelli, uzun izlemli incelendiği epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin ve aile tutumlarının; karar verme, problem çözme becerisi ve irritabilite ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmış olup, çalışmamıza DEHB tanılı olgular, sağlıklı kontroller, anne ve babaları dâhil edilmiştir. Ek olarak klinik görüşmeler ile elde edilen sosyodemografik veriler ile DEHB alan yazın ışığında tartışılmıştır.

Sosyodemografik veriler açısından olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında kırsal kesimde yaşamanın DEHB riskini arttırdığı bulunmuştur. Kırsal kesimde uzman hekime ulaşmanın daha zor olduğu da göz önüne alınırsa; kırsal kesimde DEHB taramasının toplum yararına olacağı düşünülmektedir. Olguların annelerinin daha düşük eğitim düzeyleri olduğu görülmüştür. Alan yazında desteklenen bu bulgu DEHB belirtilerinin tanılanacak düzeye gelmeden eğitim düzeyi düşük annelere destek olunması gerektiğini düşündürmüştür. Olgu grubunun arkadaş ve kardeş ilişkilerinde, ödev yapmalarında ve evdeki uyumunda çok daha fazla sorun yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç DEHB'nin daha erken tanılanıp, tedaviye erken başlanılması ve etkin şekilde tedavi edilmesinin önemini göstermektedir.

Bilebildiğimiz kadarıyla, DEHB tanısı olanlarla olmayanların teknolojik cihaz kullanımına başlama yaşı açısından karşılaştırıldığı bir çalışma alan yazında bulunmamaktadır. Biz ise çalışmamızda DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin daha erken yaşta teknolojik cihaz kullandıklarını saptadık. Erken yaşta ekran maruziyetinin zararları düşünüldüğünde DEHB belirtileri olan çocukların aileleri bilinçlendirilip, çocukların bu zararlı etkilerden korunması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda olgu grubunun problem çözme becerilerinin sağlıklı kontrollere göre oldukça düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle DEHB olan bireylerde sosyal becerilerin ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesini hedefleyen erken terapötik müdahalelerin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Alan yazında DEHB olan çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin karar vermeyle ilişkisi ile ilgili bir çalışmaya ulaşılamamıştır, bu anlamda çalışmamızın ilk olduğunu düşünmekteyiz. DEHB olan bireylerde incelediğimiz olumsuz kişilik özelliklerinin hepsinin karar vermede öz saygı üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif, olumsuz karar verme stilleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü. Yine çalışmamızdaki tüm kişilik özelliklerinin olumlu karar verme özelliği olan ihtiyatlı seçicilikle negatif ilişkide olduğu; dizinhibisyon, psikotizm ve uzak olmanın ise istatistiksel fark ortaya koyduğunu görüldü. Riskli kararlar verebilen DEHB olan bireylerin kişilik özelliklerinin değerlendirilip, uygun şekilde müdahale edilmesiyle karar verme stillerine olumlu katkı yapılabileceği düşünülmektedir.

Bilebildiğimiz kadarıyla DEHB olan bireylerin kişilik özelliklerinin problem çözme becerisi ile ilişkisini inceleyen başka bir çalışma olmayıp, çalışmamızın bu yönüyle de ilk olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda negatif kişilik özellikleri arttıkça problem çözme becerilerinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple düşük problem çözme becerisine sahip DEHB olan bireylerde klinik görüşme esnasında kişilik özelliklerinin de değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

DEHB olan bireylerde kişilik özelliklerinin irritabiliteyle ilişkisini incelediğimizde; incelediğimiz kişilik özelliklerinin çocuk ve ergenin irritabilitesiyle pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgi ışığında DEHB olan olguların irritabilitelerinin tedavisinde DEHB tedavisinin yanı sıra, kişilik özelliklerine yönelik psikososyal müdahalelerin eklenmesi düşünülebilir.

DEHB olan çocuk ve ergenlerde, aile tutumlarının çocuğun karar verme becerisinin istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu sonucuna ulaşamadık. Literatürdeki çelişkili bilgiler dikkate alındığında ve ailelerin kendi tutumlarıyla

ilgili algılarının hangi düzeyde ev ortamına yansıdığını öngöremeyeceğimizden; klinik değerlendirmemiz esnasında DEHB olan çocuğa sahip ailelerin tutumlarını gözlemlemenin ebeveyn tutumlarını değerlendirme konusunda daha objektif olacağı düşünülebilir. Sonrasında ise tutumlar konusunda ailelere psikoeğitim vermenin, hatta bu aileleri tutumlarla ilgili eğitim programlarına dâhil etmenin DEHB olan çocuk ve ergenin geleceğinde karar verme becerilerinin gelişmesine katkı sunabilir.

Çalışmamızda DEHB olan çocuk ve ergenlerde, annenin “ev kadınlığı rolünün reddi” tutumunun çocuklarda daha fazla ağır irritabiliteye yol açtığını gördük, diğer aile tutumlarının ise irritabiliteyle istatistiksel olarak ilişkide olmadığı sonucuna ulaştık. Çalışmamızın sonuçları ve konuyla ilgili yazındaki çelişkili bulgulara rağmen DEHB olan ergenlerde ebeveyn tutumları ile irritabilite arasındaki ilişkinin DEHB'nin tedavisine rehberlik edebileceğini ve ailelerle çalışmanın da kritik öneme sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin ve aile tutumlarının karar verme, problem çözme becerisi ve irritabilite ile ilişkisinin incelenmesi açısından literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Bulgularımızın koruyucu ruh sağlığı önlemlerinin önemsenmesi, farklı müdahale araçlarının oluşturulabilmesi açısından hem alan çalışanları için hem de aileler için farkındalık oluşturması ve ileride yapılacak araştırmalara yol göstermesi açısından faydalı olduğunu düşünmekteyiz. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı, sosyal, akademik ve duygusal alanlardaki olumsuz etkileri göz önüne alındığında; bu değişkenlerin toplum temelli, uzun dönem izlemli incelendiği epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN VE AİLE TUTUMLARININ KARAR VERME, PROBLEM ÇÖZME, İRRİTABİLİTE ÜZERİNE ETKİSİ

Giriş: Çocuk ve ergen popülasyonda yaygın görülen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda kişilik özelliklerinin ve aile tutumlarının, karar verme, problem çözme becerisi ve irritabilite ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DEHB tanısı olan, 12-18 yaş arası 69 olgu ve 69 sağlıklı kontrol dâhil edilmiştir. Katılımcıları ÇDŞG-ŞY-T ve DSM-5'e göre yapılan klinik görüşme ile psikiyatrik tanılar açıdan değerlendirdik. Olgu ve kontrol grubu çocuk ve ergenler EKVÖ, PID-5-BF, Düzey 2 İrritabilite Ölçeği 11-17 Yaş ve PÇE, ebeveynleri ise AHÇYT, SVF, Turgay DSM-IV Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği doldurdu.

Bulgular: Kırsal kesimde yaşamanın DEHB riskini arttırdığını bulduk. Olguların annelerinin daha düşük eğitim düzeyleri olduğunu gördük. Olgu grubunun arkadaş ve kardeş ilişkilerinde, ödev yapmalarında ve evdeki uyumunda çok daha fazla sorun yaşadığını, teknolojik cihaz kullanımına daha erken yaşta başladıkları, problem çözme becerilerinin sağlıklı kontrollere göre oldukça düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. DEHB olan bireylerde incelediğimiz olumsuz kişilik özelliklerinin hepsinin karar vermede öz saygı üzerine istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif, olumsuz karar verme stilleriyle pozitif ilişkili olduğunu gördük. Yine çalışmamızdaki tüm kişilik özelliklerinin olumlu karar verme özelliği olan ihtiyatlı seçicilikle negatif ilişkide olduğu; dizinhibisyon, psikotizm ve uzak olmanın ise istatistiksel olarak anlamlı

fark ortaya koyduğunu gördük. DEHB olan bireylerde negatif kişilik özellikleri artıkça problem çözme becerilerinin düştüğü, incelediğimiz kişilik özelliklerinin irritabiliteyle pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. DEHB olan çocuk ve ergenlerde aile tutumlarıyla çocuğun karar verme, problem çözme becerilerinin ilişkili olmadığı, irritabiliteyle ise sadece ev kadınlığı rolünün reddinin anlamlı ilişkide olduğu sonucuna ulaştık.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız sonucunda DEHB olan bireylerde sosyal becerilerin ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesini hedefleyen erken terapötik müdahalelerin gerekli olduğu, DEHB olan bireylerin kişilik özelliklerinin değerlendirilip, uygun şekilde müdahale edilmesiyle karar verme stillerine, irritabilite ve problem çözme becerilerine olumlu katkı yapabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: DEHB, Aile Tutumları, Kişilik Özellikleri, İrritabilite, Problem Çözme, Karar Verme

8. ABSTRACT

The Impact of Personality Traits and Parenting Attitudes on Decision-Making, Problem-Solving, and Irritability in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Introduction: This study aimed to evaluate the impact of personality traits and parenting attitudes on decision-making, problem-solving, and irritability in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a prevalent condition in the child and adolescent population.

Method: The study included 69 cases diagnosed with ADHD and 69 healthy control participants aged 12-18 years. Participants were assessed for psychiatric diagnoses through clinical interviews according to the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 (K-SADS-PL-DSM-5). Both case and control groups completed Adolescent Decision Making Questionnaire (ADMQ), Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF), Level 2 Irritability Scale for Ages 11-17, and parents completed Parent Attitude Research Instrument (PARI), a Sociodemographic Data Form, and the Turgay DSM-IV Disruptive Behavior Disorders Rating Scale.

Results: It was found that living in rural areas increased the risk of ADHD. The mothers of the cases had lower levels of education. The case group experienced significantly more problems in their friendships, sibling relationships, homework, and household harmony. They also started using technological devices at an earlier age and exhibited significantly lower problem-solving skills compared to healthy controls. Negative personality traits examined in individuals with ADHD were found to have a statistically significant negative impact on self-esteem in decision-making and a positive effect on negative decision-making styles. Furthermore, all personality traits in our study were found to be in a negative relationship with the positive decision-making feature of cautious selectivity; impulsivity, psychotism, and emotional detachment showed statistically significant differences. As negative personality traits increased in individuals with ADHD, their problem-solving

skills decreased. We have reached the conclusion that the personality traits we have examined are positively associated with irritability. We have concluded that in children and adolescents with ADHD, there is no significant relationship between family attitudes and the child's decision-making and problem-solving skills, but there is a significant relationship with irritability, particularly related to the rejection of the homemaking role.

Discussion and Conclusion: Based on our findings, early therapeutic interventions aimed at improving social and problem-solving skills are deemed necessary for individuals with ADHD. Evaluating the personality traits of individuals with ADHD and providing appropriate interventions may positively contribute to decision-making styles, irritability, and problem-solving skills.

Keywords: ADHD, Parental Attitudes, Personality Traits, Irritability, Problem Solving, Decision Making

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1) **Olgu no:**

2) **Tanı:**

3) **Cinsiyet:** **a)** Kız **b)**Erkek

4) **Doğum tarihi:**

5) **Yaşadığınız yer:** a) Köy b) İlçe c) Şehir d) Büyükşehir

6) **Kardeş Sayısı (kendisi ile birlikte):**

7) **Annenin eğitim durumu**

a)Okur-yazar değil b)İlkokul mezunu c)Ortaokul mezunu d)Lise mezunu e)Yüksek öğretim ve üstü

8)Babanın eğitim durumu.

a) Okur-yazar değil b)İlkokul mezunu c)Ortaokul mezunu d)Lise mezunu e)Yüksek öğretim ve üstü

9)Annenin Mesleği: a) Memur b)İşçi c)Esnaf d) Emekli e) Diğer

10)Babanın Mesleği: a)Memur b)İşçi c)Esnaf d) Emekli e) Diğer

11) Ailenizi hangi gelir grubuna dâhil edebilirsiniz?

a) Dar gelirli. **B)** Ortanın altı **c)**Orta **d)**Ortanın üstü **e)** Varlıklı

12) Okula nasıl gidiyor?

a)Araba ile b)Servis ile c)Otobüs ile d)Yürüyerek

13) Planlanan bir gebelik mi?

a) Kesinlikle planlanan b) Tam olarak planlanmayan c) İstenmeyen

14) Annenin gebelikteki fiziksel durumu nasıldı?

a) Sorunsuz b) Biraz Sorunlu c) Çok Sorunlu

15) Annenin gebelikteki ruhsal durumu nasıldı?

a) Sorunsuz **b)** Biraz Sorunlu **c)** Çok Sorunlu

16) Doğum şekli nasıldı? a) Normal b) Sezaryen

17) Doğum ve sonrası problem oldu mu?

a) Yok b) Var (belirtiniz)……

18) Yürüme zamanında mıydı? a) Evet **b)** Hayır

19) Konuşma zamanında mıydı? a) Evet **b**) Hayır

20) Kaza (dikiş atılma, alçıya alınma gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurma oldu mu?

a) Yok **b)** Bir Kez **c)** Çok Sayıda

21)

	Sağ	**Vefat**	**Birlikte mi yaşıyor?**	**Madde kullanıyor mu?**	**Alkol kullanıyor mu?**	**Yasal sorunu olmuş mu?**
Öz Anne						
Öz Baba						
Var mı?						
Üvey Anne						
Üvey Baba						

22) Aile bireylerinden birinde psikiyatrik bir bozukluk var mı?

a) Anne ve yakınlarında ( ) Var …….. ( ) Yok

b) Baba ve yakınlarında ( ) Var ……. ( ) Yok

<u>Ebeveyn ile işlevsellik görüşmesi:</u>

23) Arkadaş ilişkileri nasıl? a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

24) Kardeş ilişkileri nasıl? a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

25) Okul ödevlerini yapma durumu? a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

26) Genel olarak çocuğun evdeki uyumu nasıl? a) Sorun yok b) Biraz sorunlu c) Çok sorunlu

Aşağıdaki soruları çocuğunuza göre yanıtlayınız

1) Teknolojik cihaz kullanıyor mu?: a)Evet b)Hayır Cevabınız **"evet"** ise;

***Kullandığınız teknolojik cihaz (birden fazla seçilebilir):** a)Telefon b)Tablet

c)Bilgisayar d)Televizyon

2) Teknolojik cihaz kullanımına başlama yaşı:

3) Günde kaç saat teknolojik cihaz ile vakit geçiriyor?

a)1 saatten az b) 1-3 saat c) 3-5 saat d) 5 saatten fazla

4) Teknolojik cihazları ne amaçla kullanıyor: (birden fazla seçilebilir)

a) Ödev yapmak

b) Oyun oynamak

c) Arkadaşlarlakonuşmak

d) Sosyal medya-paylaşım siteleri için

e) Müzik dinlemek için

5) Toplam uyku süresi: a) 9-11 saat b) 8-9 saat d) 7-8 saat e) 5-7 saat f) 5 saatten az

6) Uykuya dalma süresi : a)15 Dk'dan az b)15-30 Dk c)30-45 Dk d) 45-60 Dk e)60 Dk'dan fazla

7) Gündüz uyuma alışkanlığı varlığı: a)Evet b)Hayır

Ek-2

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok Uygun Buluyorum	**Oldukça Uygun Buluyorum**	**Biraz Uygun Buluyorum**	**Hiç Uygun Bulmuyorum**

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün sorunların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa, gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

	4	**3**	**2**	**1**
1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.				
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.				
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur				
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.				
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.				
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.				
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.				
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.				
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.				
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.				

	4	**3**	**2**	**1**
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.				
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.				
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.				
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.				
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.				
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.				
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.				
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.				
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.				
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.				
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.				
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.				
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.				
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.				

	4	3	2	1
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.				
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.				
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.				
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.				
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verirlerse büsbütün şikayetçi olurlar.				
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.				
31. Genç bir kadın, henüz geçken yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne oluca kendisini tutuklanmış duygusuna kaptırır.				
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler				
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.				
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.				
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.				
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.				
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.				
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.				
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, döğüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.				
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.				
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklamış gibi hissetmesidir.				

	4	3	2	1
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.				
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.				
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.				
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.				
46. Annenleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.				
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.				
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.				
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.				
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüyle karşılanamaz.				
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.				
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.				
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.				
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.				
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.				
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.				
57. Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.				

	4	**3**	**2**	**1**
58. Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.				
59. Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.				
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.				

Ek-3

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ	TURGAY DSM-IV KÖKENLİ YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI (TURGAY 1995)	

PS.FR.10	07.01.2019	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/2

Adı-Soyadı:	Yaşı:
Cinsiyeti:	Tarih:
Belirtilerin Süresi:	Son Tanı:
Ölçeği Yanıtlayan Kişinin Yakınlık Derecesi:	

Sorular	Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da etkinliklerde dikkati dağılır.	0	1	2	3
Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (kendisinden isteneni anlayamamaya bağlı değildir).	0	1	2	3
Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker.	0	1	2	3
Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	0	1	2	3
Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da için gerekli olan şeyleri kaybeder (ör. Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler)	0	1	2	3
Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.	0	1	2	3
Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır.	0	1	2	3
Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3
Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır.(ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir).	0	1	2	3
Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır.	0	1	2	3
Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.	0	1	2	3
Çoğu zaman çok konuşur.	0	1	2	3
Çoğu zaman soruları soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.	0	1	2	3

Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.	0	1	2	3
Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (ör. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
Sık sık öfkelenir.	0	1	2	3
Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.	0	1	2	3
Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.	0	1	2	3
Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.	0	1	2	3
Çoğu zaman içerlerler, kızgın ve güceniktirler.	0	1	2	3
Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
Çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da korkutur.	0	1	2	3
Çoğu zaman kavga-dövüş başlatır.	0	1	2	3
Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (Ör. Bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)	0	1	2	3
İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
Başkalarının gözü önünde çalmıştır (ör. Saldırıp çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun)	0	1	2	3
Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.	0	1	2	3
Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.	0	1	2	3
İsteyerek başkalarının malına mülküne vermiştir (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir.	0	1	2	3
Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını "atlatır")	0	1	2	3
Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır. (ör. Kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, sahtekârlık)	0	1	2	3
13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklamasına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir.	0	1	2	3
Ana babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki geceleyin evden kaçmıştır. (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
13 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır.	0	1	2	3

Ek-4
ERGENLERDE KARAR VERME ÖLÇEĞİ (EKVÖ)

Açıklama: İnsanların karar verme durumu hakkında hissettikleri ve bu konuda yaptığı seçimler değişiklik göstermektedir. Olağan koşullarda ne şekilde karar verdiğinizi belirlemek için, her soruda verilen seçeneklerden kendinize en yakın davranış biçiminin olduğu bölümün içine çarpı **(X)** işareti koyunuz.

LÜTFEN HİÇBİR MADDEYİ BOŞ BIRAKMAYINIZ.	Benim için hiçbir zaman doğru değil	Benim için bazen doğru	Benim için sık sık doğru	Benim için her zaman doğru
1- Karar verme yeteneğime güvenirim.				
2- Karar verme konusunda çoğu insan kadar başarılı değilim.				
3- İyi kararlar veren birisi olduğumu düşünürüm.				
4- Cesaretimin kırıldığı öyle durumlar oluyor ki, karar vermek için çaba göstermekten vazgeçiyorum.				
5- Verdiğim kararlar olumlu sonuçlanıyor.				
6- Kendi kararlarının benimkinden daha doğru olduğuna başkalarının beni inandırması kolaydır.				
7- Karar vermekten sakınırım.				
8- Bir seçim yapmadan önce çok dikkat ederim.				
9- Karar vermeyi ertelerim.				
10- Karar vermem gerektiğinde, başkaları ne derse onu yaparım.				
11- Acele karar vermem gerekirse, paniğe kapılırım.				
12- Benim yerime başkaları karar verebilir, çünkü ne olacağını umursamam.				
13- Kararımı verdikten sonra düşüncemi değiştirmem.				
14- Kararları başkalarına bırakmayı tercih ediyorum.				
15- Karar vermek zorunda olmak ne zaman beni bunaltırsa, aceleyle karar veririm.				
16- Bir karar vermeden önce düşünmeyi severim.				

LÜTFEN HİÇBİR MADDEYİ BOŞ BIRAKMAYINIZ.	Benim için hiçbir zaman doğru değil	Benim için bazen doğru	Benim için sık sık doğru	Benim için her zaman doğru
17- Karar vermem gerektiğinde, karar üzerinde düşünmeyi son dakikaya kadar ertelerim.				
18- Karar verirken, sanki çok az zamanım varmış gibi hissederim.				
19- Acele karar vermem gerektiğinde sakin bir şekilde düşünemem.				
20- Karar verdiğim zaman duruma en uygun olan kararı seçtiğimi hissederim.				
21- Vereceğim karar sorunu çözmeyecekse, karar vermekten sakınırım.				
22- En ufak bir terslikle karşılaşırsam, telaşlanarak ne yapacağıma ilişkin düşüncemi değiştiririm.				
23- Kararlarımı kendim vermek isterim.				
24- Karar vermek bana zor gelirse, ne seçtiğime özen gösteremem.				
25- Aceleden küçük şeylere takılarak seçim yaparım.				
26- Çok düşünmeden karar vermeye eğilimliyim.				
27- Bir şey yapmaya karar verdiğimde, o işin devamını getiririm.				
28- Karar verme sorumluluğunu almaktan hoşlanmam.				
29- Karar verirken ilk aklıma gelen düşünceyi seçmeye eğilimliyim.				
30- Farklı olmayı sevmediğim için, başkaları ne seçerse ben de onu seçerim.				

DSM 5 KİŞİLİK ENVANTERİ - KISA FORM - ÇOCUK YAŞ 11/17

İsim: _____ Yaş: ____ Cinsiyet: ☐ Kız ☐ Erkek Tarih:_____

Açıklamalar: Bu farklı insanların kendileri ile ilgili söyleyebilecekleri şeylerin bir listesidir. Biz sizin kendinizi nasıl tanımladığınız/tarif ettiğiniz ile ilgileniyoruz. Doğru ya da yanlış cevap yok. Cevaplarınız gizli tutulacaktır, bu yüzden kendinizi olabildiğince dürüst olarak tanımlayabilirsiniz. Acele etmeden ve her bir maddeyi dikkatle okuyarak sizi en iyi tanımlayan cevabı seçmenizi istiyoruz.

		Çok Yanlış ya da Sıklıkla Yanlış	**Bazen ya da Biraz Yanlış**	**Bazen ya da Biraz Doğru**	**Çok Doğru ya da Sıklıkla Doğru**
1	İnsanlar beni umursamaz olarak tanımlarlar.				
2	Tamamen dürtüsel olarak hareket ediyormuşum gibi hissediyorum.				
3	Daha iyisini bilmeme rağmen hızlı kararlar almayı durduramıyorum.				
4	Çoğunlukla yaptığım hiçbir şeyin bir anlamı olmadığını hissediyorum.				
5	Başkaları beni sorumsuz olarak görür.				
6	İleriyi planlama konusunda iyi değilim.				
7	Düşüncelerim başkalarına genellikle bir anlam ifade etmez.				
8	Neredeyse her şey hakkında endişelenirim.				
9	Çoğu zaman çok küçük nedenlerden bile kolaylıkla duygusallaşırım.				
10	Hayatta yalnız kalmaktan her şeyden çok korkuyorum.				
11	İşe yaramayacağı açık olsa da bir şeyleri yapma konusunda tek bir yolda takılır kalırım.				
12	Gerçekte orada olmayan şeyler görebiliyorum.				
13	Romantik ilişkilerden kaçınırım.				
14	Arkadaş edinmek ilgimi çekmez.				
15	Hemen her şey beni çok kolay sinirlendirebilir.				
16	İnsanlara çok fazla yakınlaşmaktan hoşlanmam.				
17	Diğer insanların duygularını incitip incitmediğim çok da önemli değildir.				
18	Herhangi bir şey hakkında nadiren hevesli olurum.				
19	İlgi görmek için aşırı isteğim olur.				
20	Sık sık benden daha önemsiz/değersiz insanlarla uğraşmak zorunda kalırım.				
21	Sıklıkla bana mantıklı gelen ama başkalarının tuhaf bulduğu düşüncelerim olur.				
22	İstediğimi elde etmek için insanları kullanırım.				
23	Sıklıkla ortamdan koparım sonra bir anda kendime gelirim, bir sürü zamanın geçtiğini fark ederim.				
24	Etrafımdaki şeyleri sıklıkla gerçekdışı ya da olduğundan daha gerçek hissederim.				
25	Başkalarından faydalanmak benim için kolaydır.				
					Toplam/parsiyel ham puan:
					Eşit Dağıtılmış Toplam Puan (eğer 1-6 madde yanıtlanmamışsa):
					Ortalama Toplam Puan:

Ek-6

DÜZEY 2—İrritabilite- 11–17 Yaş Arası Çocuk*
*Duygulanımda Tepkisellik İndeksi

isim: _____ Yaş: ____ Cinsiyet: □ Erkek □ Kadın Tarih: _____

Çocuk için yönerge: Henüz tamamladığınız DSM-5 Düzey 1 kesitsel belirti ölçeğinde son 2 hafta boyunca "sinirli hissetmek ya da çabuk kızmak" ve/veya "kızgın hissetmek ya da öfkeye kapılmak" ile ilgili hafif ya da daha ağır şiddette rahatsız olduğunuzu belirttiniz. Aşağıdaki sorular bu hisleri ve özellikle **son 7 gün içinde** bu belirtiler nedeni ile ne kadar sıklıkla rahatsız olduğunuzu daha detaylı sorgulamaktadır. **Lütfen her satırda bir kutuyu işaretleyerek (□ veya x)her maddeyi yanıtlayınız.**

					Klinisyen İçin
Son YEDİ (7) GÜNDE diğer yaşıtlarınız ile kıyaslandığınızda aşağıdaki durumlar sizin davranış veya hislerinizi ne kadar tanımlar? Lütfen tüm soruları cevaplamaya çalışın.					**Madde Puanı**
		Doğru değil	**Kısmen Doğru**	**Kesinlikle Doğru**	
1.	Başkaları tarafından kolayca kızdırılabilirim.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
2.	Sıklıkla öfkeye kapılırım.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
3.	Uzun bir süre sinirli kalırım.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
4.	Zamanın çoğunda sinirliyimdir.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
5.	Sık sık sinirlenirim.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
6.	Kolayca öfkeye kapılırım.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
7.	Genel olarak sinirlilik bana problemler yaratır.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	
				Toplam/Kısmi Ham Puan:	
Eşit Dağıtılmış Toplam Ham Puan: (Eğer 1 madde cevapsız bırakılırsa)					

Ek-7
PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE)

Aşağıda günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinize dair ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda ***gerçekten*** ne yaptığınızı düşünerek cevap vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun:
" Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım? "

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:
1. Her zaman böyle davranırım
2. Çoğunlukla böyle davranırım
3. Sık sık böyle davranırım
4. Arada sırada böyle davranırım
5. Ender olarak böyle davranırım
6. Hiçbir zaman böyle davranmam

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

	1	**2**	**3**	**4**
1- Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.				
2- Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.				
3- Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.				
4- Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.				
5- Sorunları çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.				
6- Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.				
7- Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.				
8- Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.				

	1	2	3	4
9- Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık-seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.				
10- Başlangıçta çözümü farketmesem de sorunlarımın çoğunu çözme yeteneğim vardır.				
11- Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.				
12- Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.				
13-Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.				
14- Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.				
15- Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.				
16- Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.				
17- Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.				
18- Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.				
19- Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.				
20- Belli bir çözüm planını ortaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.				
21- Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.				
22- Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.				
23- Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.				
24- Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.				
25- Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.				

	1	2	3	4
26- Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.				
27- Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.				
28- Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.				
29- Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.				
30- Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam.				
31- Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.				
32- Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarımdan pek çoğunu dikkate bile almam.				
33- Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.				
34- Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.				
35- Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.				

10. KAYNAKÇA

1. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. Klinik Psikiyatri 2002; 5: 111-9.
2. Kaymak Özmen S. Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 6(2): 1-10.
3. Gümüş Y, Memik Ç. N, Ağaoğlu B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eşhastalanımı. Arch Neuropsychiatr 2015; 52: 185-93.
4. Bakar EE, Soysal Ş, Kiriş N, Şahin A, Karakaş S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesinde Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Yeri. Klinik Psikiyatri 2005; 8: 5-17.
5. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion in Psychiatry 2007; 20(4): 386-92.
6. Özmen KS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Çok Yönlü Eğitim Uygulamalarının Etkisi. Eğitim ve Bilim. 2011; 36; 161-4.
7. Özaslan UT, Bilaç Ö. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics. 2015; 1(1): 1-5.
8. Doğaroğlu KT. Türkiye'de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmaların Yürütüldüğü Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi 2013; 1(2): 90-112.
9. Kayaalp L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi. 2008; 62: 147-52.

10. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2007; 46(7): 894-921.

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington DC: APA Press; 2013.

12. Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Annals of Pharmacotherapy 2014; 48(2): 209-25.

13. 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(8): 623-30.

14. Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and "Mental Restlessness" (1798). Child and Adolescent Mental Health 2001; 6(2): 66-73.

15. Kos JM, Richdale AL. The history of attention- deficit/hyperactivity disorder. Australian Journal of Learning Disabilities 2004; 9(1): 22-4.

16. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Atten Deficit Hyperact Disord 2010; 2(4): 241-55.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition (DSM-II). Washington DC: APA Press; 1968.

18. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar: Nobel Tıp; 2015:2.

19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM-III). Washington DC: APA Press; 1980.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). Washington DC: APA Press; 1994.

21. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr 2023; 49: 48.

22. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007; 164(6): 942-8.

23. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics 2012; 9(3): 490-9.

24. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. European Journal of Pediatrics 2007; 166: 117-23.

25. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2013; 7(1): 30.

26. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004; 13(6): 354-61.

27. Gul N, Tiryaki A, Cengel Kultur SE, Topbas M, Ak I. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2010; 20(1): 50-6.

28. 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.

29. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. J Pediatr Psychol 2007; 32(6): 631-42.

30. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2005; 57(11): 1313-23.

31. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39(11): 1432-7.

32. 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.

33. Hawi Z, Dring M, Kirley A, et al. Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a potential susceptibility locus at the 5-HT(1B) receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. Molecular Psychiatry 2002; 7(7): 718-25.

34. Aaron J, Addington M, Sidransky E. Support for Association Between ADHD and Two Candidate Genes: NET1 and DRD1. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005; 134: 67-72.

35. Barr CL, Kroft J, Feng Y. The norephinephrine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder. Am J Med Gen 2002; 114: 255-9.

36. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Paediatrica 2007; 96(9): 1269-74.

37. Zappitelli M, Pinto T, Grizenko N. Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. The Canadian Journal of Psychiatry 2001; 46(6): 542-8.

38. Mill J, Petronis A. Pre-and peri-natal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): The potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. Journal of child Psychology and Psychiatry 2008; 49(10): 1020-30.

39. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012:5.

40. Mattes JA. The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. Compr Psychiatry 1980; 21: 358-69.

41. Durston S, Casey BJ. What have we learned about cognitive development from neuroimaging? Neuropsychologia 2006; 44: 2149-57.

42. Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2008; 17(2): 285-307.

43. Castellanos FX, Proal E. Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal–striatal model. Trends in Cognitive Sciences 2012; 16(1): 17-26.

44. Greven CU, Bralten J, Mennes M, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. JAMA Psychiatry 2015; 72(5): 490-9.

45. Cantwell DP. Attention deficit disorder a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 978-87.

46. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu F, ed; Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (içinde). Ankara: HYB Basın Yayın; 2008.

47. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. Drugs Future 2004; 29: 1235-44.

48. Castellanos FX. Cerebrospinal fluid homovalinic acid predicts behavioral response to stimulants in 45 boys with attention deficit/hyperactivity disorder. Neuro Psycho Pharmacology 1996; 14: 125-36.

49. Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with

attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(7): 894-921.

50. Motavalli Mukaddes N. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.

51. Spetie L, Arnold E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar F, eds. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Lippincott Williams&Wilkins; 2007: 431-453.

52. Ercan E, Mukaddes N, Yazgan Y ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Pekcanlar Akay A, Ercan E, eds. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 9th ed. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, 2016: 33-55.

53. Pliszka, S. (2015). Conceptual issues in understanding comorbidity in ADHD. In L. Adler, T. Spencer, & T. Wilens (Eds.), Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children (pp. 63-71). Cambridge: Cambridge University Press.

54. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. Atten Defic Hyperact Disord 2015; 7(1): 27-38.

55. Turgay A. Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. Expert Rev Neurother 2004; 4(4): 623-32.

56. Pliszka SR. The neuropsychopharmacology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biological Psychiatry 2005; 57(11):1385-90.

57. İnce C, Karakuş M, Karadeniz S, Kandil S. Atomoksetin kullanımı sırasında gelişen bir obsesif kompulsif bozukluk olgusu. 2015; 2: 140-2.

58. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, et al. Grup Çalışmaları Arasında İncelenen Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Psikososyal Tedavilerinin Kapsamlı Meta Analizi. Eğitim Araştırmalarının Gözden Geçirilmesi 2021; 91(5): 718-60.

59. Hazell PL, Stuart JE. A Randomized Controlled Trial of Clonidine Added to Psychostimulant Medication for Hyperactive and Aggressive Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42(8): 886-94.

60. Sallee FR, Kollins SH, Wigal TL. Efficacy of guanfacine extended release in the treatment of combined and inattentive only subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 2012; 22(3): 206-14.

61. Schor EL; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics. 2003 Jun;111(6 Pt 2):1541-71.

62. Vaughan EL, Feinn R, Bernard S, Brereton M, Kaufman JS. Relationships between child emotional and behavioral symptoms and caregiver strain and parenting stress. J Fam Issues 2013; 34(4): 534-56.

63. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. Psikoloji Dergisi 1978; 1(1): 5-8.

64. Şahin Z. Okul öncesi dönemdeki çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile uyku alışkanlıkları ve ebeveyn çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkinin araştırılması. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017.

65. Demiriz S, Öğretir AD. Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi: 2007; 15(1): 105-22.

66. McShane KE, Hastings PD. The new friends vignettes: Measuring parental psychological control that confers risk for anxious adjustment in preschoolers. International Journal of Behavioral Development. 2009; 33(6): 481-95.

67. Hale R. Baumrind's parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. 2008.

68. Baumrind D. Parenting Styles and Adolescent Development. In: Encyclopedia of Adolescence. Lerner R, Peterson a and Brooks-Gunn J. (eds.). New York: Garland Publishing, 1991: 746-58.

69. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. Genetic Psychology Monographs 1967; 75(1): 43-88.

70. Bakır HE. Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Anne Babalarının Tutum, Davranış ve Duygudurumlarının İncelenmesi. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Üsküdar Üniversitesi, 2015.

71. Belsky J. Early human experience: A family perspective. Developmental Psychology 1981;17(1): 3.

72. Goldberg WA, Easterbrooks M. Role of marital quality in toddler development. Developmental Psychology 1984; 20(3): 504.

73. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. 19.basım. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları, 1994.

74. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. J Abnorm Child Psychol 2008; 36(2): 285-96.

75. Uzun ME. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 11-15 Yaş Arası Bir Grup Ergende Bağlanma Özelliklerinin ve Ebeveyn Tutumlarının Araştırılması. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Bursa, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.

76. Gürşimşek I, Girgin G, Harmanlı Z, Ekinci D. "Annenin Ruhsal Belirtileri İle 5-6 Yaş Dönemi Çocuklarının Davranış Problemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". [Bildiri]. Uluslararası Okul Öncesi Eğitimi Kongresi. Kongre Kitabı, Cilt 3, 2006, 359-69.

77. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: Does parenting style matter? Clin Pediatr (Phila). 2008; 47(9): 865-72

78. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. Child Abuse Negl 2007; 31(5): 567-72.

79. Karakoç Demirkaya S. Okul Öncesi (2-6 yaş) Çocuklarda Psikopatolojik Belirtiler ve Alt Gruplardaki Risk Faktörlerinin Sağlıklı Kontrol ile Karşılaştırılması. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, 2010.

80. Barkley RA. Families and ADHD. In: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2015.

81. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). Clin Psychol Rev. 2012; 32(4): 215-28.

82. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attentiondeficit/hyperactivity disorder. Dev Psychol 2007; 43(1): 70-82.

83. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(10): 1044-51.

84. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. J Behav Ther Exp Psychiatry 2006; 37(3): 188-205.

85. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. Qual Life Res 2003; 12 Suppl 1: 59-72.

86. Millon T., Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları. İstanbul,Türkiye: İşbankası Kültür Yayınları; 2021:2.

87. Suciu N, Meliț LE, Mărginean CO. A Holistic Approach of Personality Traits in Medical Students: An Integrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 5; 18(23): 12822.

88. Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(12): 975-90.

89. Goldberg LR. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. J Pers Soc Psychol 1990; 59(6): 1216-29.

90. Bacanlı H, İlhan T, Aslan S. Beş Faktör Kuramına Dayalı Bir Kişilik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi (SDKT). Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2009; 7(2): 261-79.

91. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. Kuramdan uygulamaya beş faktör kişilik modeli ve beş faktör kişilik envanteri (5FKE). İzmir: Ege Üniversitesi, 2001.

92. Horzum MB, Ayas T, Padır MA. Beş Faktör Kişilik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması. Sakarya University Journal of Education 2017; 7(2): 398-408.

93. Choca JP. Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.

94. Choca JP, Grossman SD. Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. Journal of Personality Assessment 2015; 97: 541-9.

95. Krieger V, Amador-Campos JA, Guàrdia-Olmos J. Executive functions, Personality traits and ADHD symptoms in adolescents: A mediation analysis. PLoS One 2020; 15(5): e0232470.

96. Jacob CP, Gross-Lesch S, Reichert S, et al. Sex- and Subtype-Related Differences of Personality Disorders (Axis II) and Personality Traits in Persistent ADHD. J Atten Disord 2016; 20(12): 1056-65.

97. Martel MM, Goth-Owens T, Martinez-Torteya C, Nigg JT. A person-centered personality approach to heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). J Abnorm Psychol 2010; 119(1): 186-96.

98. Bilim GÖ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Duyu Profilinin ve Kişilik Özelliklerinin araştırılması. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2019.

99. Mann L, Harmoni R, Power C. Adolescent decision-making: the development of competence. J Adolesc 1989; 12(3): 265-78.

100. Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. Nat Neurosci 2012; 15(9): 1184-91.

101. Rosenbaum GM, Hartley CA. Developmental perspectives on risky and impulsive choice. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2019; 374(1766): 20180133.

102. Pollak Y, Dekkers TJ, Shoham R, Huizenga HM. Risk-Taking Behavior in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Review of Potential Underlying Mechanisms and of Interventions. Curr Psychiatry Rep 2019; 21(5): 33.

103. Patros CH, Alderson RM, Kasper LJ, Tarle SJ, Lea SE, Hudec KL. Choice-impulsivity in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2016; 43: 162-74.

104. Jackson JN, MacKillop J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Monetary Delay Discounting: A Meta-Analysis of Case-Control Studies. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2016; 1(4): 316-25.

105. Mushiake H, Sakamoto K, Saito N, Inui T, Aihara K, Tanji J. Involvement of the prefrontal cortex in problem solving. Int Rev Neurobiol 2009; 85: 1-11.

106. Mienaltowski A. Everyday problem solving across the adult life span: solution diversity and efficacy. Ann N Y Acad Sci 2011; 1235: 75-85.

107. Yılmaz AS. Ergenlerde Kişiler Arası Problem Çözme ve Ergen Boyun Eğiciliği Arasindaki İlişki: Anne Baba Güvenli Üs Aracı Rolü. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2020.

108. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55(7): 556-70.

109. Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in Youths: A Translational Model. Am J Psychiatry 2017; 174(6): 520-32.

110. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, de la Peña FR, Reed GM. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. Clin Psychol Rev 2017; 53: 29-45.

111. Kocael Ö. Çocuk ve Ergenlerde İrritabilite: Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Bursa, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.

112. Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the affective reactivity index in Australian adults and adolescents. Psychol Assess 2014; 26(1): 148-55.

113. Sarp AS. Bipolar Bozukluk ve Major Depresif Bozukluk Tanılı Ebeveynlerin ve Eşleştirilmiş Sağlıklı Kontrollerin Çocuklarının Emosyon Regülasyonu, İrritabilite Düzeyleri ve Genel Psikopatoloji Yaygınlığı Açısından Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Gaziantep, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2021.

114. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM5 Kasım 2016 Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞGŞYDSM5T) Geçerlik ve Güvenirliği [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]. Turk Psikiyatri Derg 2019; 30(1): 42-50.

115. Sabri Ercan E, Kutlu A, Durak S, AÜ Ardıç, Deniz Ü, Aydın C. Yıkıcı davranış bozukluğu olan çocuklarda tedavi seçeneklerinin

değerlendirilmesi: 18 aylık izlem çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2011: 18(1).

116. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası gelistirme çalısması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2001; 8: 132-8.

117. Tuinstra J, van Sonderen FLP, Groothoff JW, van den Heuvel WJA, Post D. Reliability, validity and structure of the Adolescent Decision Making Questionnaire among adolescents in The Netherlands. Personality and Individual Differences 2000; 28(2): 273-85.

118. Çolakkadioğlu O. Ergenlerde Karar Verme Ölçeği'nin Ortaöğretim Öğrencileri İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalişmasi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012; 9(19): 387-403.

119. Janis IL, Mann L. Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment. New York: Free Press, 1977.

120. Friedmann IA, Mann L. Coping patterns in adolescent decisionmaking: An Israeli-Australian comparison. Journal of Adolescence 1993; 16: 187-99.

121. Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. The development and psychometric properties of an informant-report form of the personality inventory for DSM-5 (PID-5). Assessment 2013; 20(3): 370-83.

122. Anderson JL, Sellbom M, Bagby RM, Quilty LC, Veltri CO, Markon KE, Krueger RF. On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: implications for assessment of DSM-5 personality traits. Assessment 2013; 20(3): 286-94.

123. Sapmaz ŞY, Erkuran HÖ, Tanrıverdi BU, Öztürk M, Köroğlu E, Aydemir Ö. DSM-5 Kişilik Envanteri Çocuk Formunun Türkçe Güvenilirliği ve Geçerliliği. 22. Ulusal Ergen Günleri, İstanbul, 2017.

124. Sapmaz Ş, Yalın N, Ergin C, et al. DSM-5 Düzey 2 İrritabilite Ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi; 2017; 24(1): 15-23.

125. Gündüz B, Gökçakan Z. Fiziksel İstismar Açısından Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Muğla Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg 2004; 13: 29-40.

126. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Cengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (KSADS-PL-T). Turk J Child Adolesc Ment Health. 2004; 11: 109-16.

127. Zablotsky B, Black LI. Prevalence of Children Aged 3-17 Years With Developmental Disabilities, by Urbanicity: United States, 2015-2018. Natl Health Stat Report 2020; 139: 1-7.

128. 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.

129. 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.

130. Santas G, Santas F. Trends of caesarean section rates in Turkey. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2018; 38(5): 658-62.

131. 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.

132. 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.

133. 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.

134. Kok FM, Groen Y, Fuermaier AB, Tucha O. Problematic Peer Functioning in Girls with ADHD: A Systematic Literature Review. PLoS One 2016; 11(11): e0165119.

135. Rokeach A, Wiener J. Friendship Quality in Adolescents With ADHD. J Atten Disord 2020; 24(8): 1156-68.

136. Mikami AY, Pfiffner LJ. Sibling relationships among children with ADHD. J Atten Disord 2008;11: 482-92.

137. Peasgood T, Bhardwaj A, Biggs K, et al. The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; 25(11): 1217-31.

138. Salmeron PA. Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications. J Am Acad Nurse Pract 2008; 21: 488-97.

139. Johnston C**,** Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child and Fam Psychol Rev 2001; 4: 183-207.

140. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 2005; 90 Suppl 1(Suppl 1): i2-7.

141. Merrill BM, Morrow AS, Altszuler AR, et al. Improving homework performance among children with ADHD: A randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 2017; 85(2): 111-22.

142. Power TJ, Werba BE, Watkins MW, Angelucci JG, Eiraldi RB. Patterns of parent-reported homework problems among ADHD-referred and non-referred children. School Psychology Quarterly 2006; 21(1): 13.

143. Langberg JM, Arnold LE, Flowers AM, Altaye M, Epstein JN, Molina BSG. Assessing homework problems in children with ADHD: Validation of a parent-report measure and evaluation of homework performance patterns. School Mental Health 2010; 2(1): 3-12.

144. Samaha M, Hawi NS. Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. Comput Human Behav 2016; 57: 321-325.

145. Lee J, Ahn JS, Min S, Kim MH. Psychological characteristics and addiction propensity according to content type of smartphone use. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(7): 2292.

146. Korea Information Society Promotion Agency. Analysis of Cell Phone Retention and Usage Behavior of Children and Adolescents. Seoul, Korea: KIDIS STAT Report; 2019.

147. Hwang SM, Lee SA, Han DH. The psychological features by comorbidity in adolescent internet addiction groups: focusing on depression and impulse. Korean J Psychol Gen 2013; 32(4): 989-1002.

148. Lee HC, Hong MH, Oh CK, et al. Smart-phone addiction, depression/anxiety, and self-esteem with attention-deficit hyperactivity disorder in Korean children. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 26(3): 159-64.

149. Menéndez-García A, Jiménez-Arroyo A, Rodrigo-Yanguas M, et al. Internet, video game and mobile phone addiction in children and adolescents diagnosed with ADHD: A case-control study. Adicciones 2022; 34(3): 208-17.

150. Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating normal and pathological personality: relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. Assessment 2013; 20(3): 312-26.

151. Van Dijk FE, Mostert J, Glennon J, et al. Five factor model personality traits relate to adult attention-deficit/hyperactivity disorder but not to their distinct neurocognitive profiles. Psychiatry Research 2017; 258: 255-61.

152. Uzun ME. Dikkat Eksikliği ve Hiperaiktivite Bozukluğu Olan 11-15 Yaş Arası Bir Grup Ergende Bağlanma Özelliklerinin ve Ebeveyn Tutumlarının Araştırılması. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Bursa, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.

153. Kınık MF. Dikkat Eksikliği ve Hiperaiktivite Bozukluğu Tanısı Olan Ergenlerin ve Annelerinin Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki, Çocuk ve

Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.

154. Figueiredo T, Sudo F, Serra-Pinheiro MA, Tripp G, Mattos P. Interpersonal negotiation skills in ADHD. Soc Neurosci 2022; 17(1): 86-93.

155. Matthys W, Cuperus JM, Van Engeland H. Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(3): 311-21.

156. Thoma P, Sonnenburg S, Marcinkowski N, Juckel G, Edel MA, Suchan B. Social problem solving in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatry Res 2020; 285: 112721.

157. Young S, Chadwick O, Heptinstall E, Taylor E, Sonuga-Barke EJ. The adolescent outcome of hyperactive girls. Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005; 14(5): 245-53.

158. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2010; 49(5): 503-13.

159. Karalunas SL, Fair D, Musser ED, Aykes K, Iyer SP, Nigg JT. Subtyping attention-deficit/hyperactivity disorder using temperament dimensions: toward biologically based nosologic criteria. JAMA Psychiatry 2014; 71(9): 1015-24.

160. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B, Faraone SV. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2010; 51(8): 915-23.

161. Eyre O, Langley K, Stringaris A, Leibenluft E, Collishaw S, Thapar A. Irritability in ADHD: Associations with depression liability. J Affect Disord 2017; 215: 281-7.

162. Pinzone V, De Rossi P, Trabucchi G, Lester D, Girardi P, Pompili M. Temperament correlates in adult ADHD: A systematic review★★. J Affect Disord 2019; 252: 394-403.

163. Humphreys KL, Tottenham N, Lee SS. Risky decision-making in children with and without ADHD: A prospective study. Child Neuropsychol 2018; 24(2): 261-76.

164. Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. Clinical Psychology Review 2013; 33: 215-28.

165. Dekkers TJ, Popma A, Agelink van Rentergem JA, Bexkens A, Huizenga HM. Risky decision making in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-regression analysis. Clin Psychol Rev 2016; 45: 1-16.

166. Dekkers TJ, Agelink van Rentergem JA, Huizenga HM, et al. Decision-Making Deficits in ADHD Are Not Related to Risk Seeking But to Suboptimal Decision-Making: Meta-Analytical and Novel Experimental Evidence. J Atten Disord 2021; 25(4): 486-501.

167. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol 2008; 18(6): 565-71.

168. Mayer JS, Bernhard A, Fann N, et al. Cognitive mechanisms underlying depressive disorders in ADHD: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2021; 121: 307-45.

169. Skala K, Riegler A, Erfurth A, Völkl-Kernstock S, Lesch OM, Walter H. The connection of temperament with ADHD occurrence and persistence into adulthood - An investigation in 18 year old males. J Affect Disord 2016; 198: 72-7.

170. Einziger T, Levi L, Zilberman-Hayun Y, et al. Predicting ADHD Symptoms in Adolescence from Early Childhood Temperament Traits. J Abnorm Child Psychol 2018; 46(2): 265-76.

171. Ucuz I, Uzun Cicek A, Cansel N, et al. Can temperament and character traits be used in the diagnostic differentiation of children with ADHD? J Nerv Ment Dis 2021; 209(12): 905-10.

172. D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Gallardo-Pujol D. Predicting social problem solving using personality traits. Personality and Individual Differences 2011; 50(2): 142-7.

173. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. Biol Psychiatry 2005; 58(7): 576-82.

174. Karalunas SL, Gustafsson HC, Fair D, Musser ED, Nigg JT. Do we need an irritable subtype of ADHD? Replication and extension of a promising temperament profile approach to ADHD subtyping. Psychol Assess 2018; 31(2): 236-47.

175. Whelan YM, Stringaris A, Maughan B, Barker ED. Developmental continuity of oppositional defiant disorder subdimensions at ages 8, 10, and 13 years and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52(9): 961-9.

176. Blanken TF, Courbet O, Franc N, et al. Is an irritable ADHD profile traceable using personality dimensions? Replicability, stability, and predictive value over time of data-driven profiles. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021; 30(4): 633-45.

177. Bak W. Personality predictors of anger. The role of FFM traits, shyness, and self-esteem. Polish Psychological Bulletin 2016; 47(3): 373-82.

178. Farmer RF, Jarvis LRL, Berent MK, Corbett A. Contributions to Global Self-Esteem: The Role of Importance Attached to Self-Concepts Associated with the Five-Factor Model. Journal of Research in Personality 2001; 35(4): 483-99.

179. Zhou F, Wang D. The relation between personality traits and self-esteem under Chinese culture. Acta Psychologica Sinica 2005, 37(1): 100-5.

180. Robins RW, Tracy JL, Trzesniewski K, Potter J, Gosling SD. Personality Correlates of Self-Esteem, Journal of Research in Personality 2001; 35(4): 463-82.

181. Giunta LD, Alessandri G, Gerbino M, Kanacri PL, Zuffiano A, Caprara GV. The determinants of scholastic achievement: The contribution of personality traits, self-esteem, and academic self-efficacy. Learning and Individual Differences 2013; 27: 102-8.

182. Bajwa RS, Batool I, Asma M, Ali H, Ajmal A. Personality traits and decision making styles among university students (Pakistan). Pakistan Journal of Life and Social Sciences 2016; 14(1): 38-41.

183. Martincin KM, Stead GB. Five-Factor Model and Difficulties in Career Decision Making: A Meta-Analysis. Journal of Career Assessment 2015; 23(1): 3-19.

184. Van Gelder JL, De Vries RE. Traits And States: Integrating Personality and Affect Into a Model Of Criminal Decision Making. Criminology 2012; 50(3): 637-71.

185. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. J Pers Soc Psychol 1990; 58(1): 95-102.

186. Tösten R, Han B, Anık S. The Impact of Parental Attitudes on Problem Solving Skills in High School Students. Universal Journal of Educational Research 2017; 5: 170-4.

187. Raikes HA, Thompson RA. Attachment security and parenting quality predict children's problem-solving, attributions, and loneliness with peers. Attachment & Human Development 2008; 10: 319-44.

188. Öztürk Y, Özyurt G, Akay Peckanlar A. The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 2019; 29(4); 665-73.

189. Fenesy MC, Teh SE, Lee SS. Negative parenting moderates the prospective association of ADHD symptoms and youth social problems. J Abnorm Child Psychol 2019; 47(10): 1583-97.

190. Kessel EM, Dougherty LR, Hubacheck S, et al. Early predictors of adolescent irritability. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2021; 30(3): 475-90.

191. Ravi S, Havewala M, Kircanski K, et al. Parenting and childhood irritability: Negative emotion socialization and parental control moderate the development of irritability. Development and Psychopathology 2023; 35(3): 1444-53.

192. Fincham FD, Grych JH, Osborne LN. Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. Journal of Family Psychology 1994; 8(2): 128.

193. Rainford, Ashley M., Early risk factors for school-age ADHD and irritability: The roles of prenatal risk, intrusive parenting style during preschool and caregiver-child attachment quality, Psychology, New York, The City Colloge of New York; 2022.

194. Uçar HN, Vural AP. Irritability and Parenting Styles in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controlled Study. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2018; 56(9): 33-43.

195. Wolff JM, Crockett LJ. Ergenlerde Risk Davranışlarında Müzakereci Karar Verme, Ebeveynlik ve Arkadaşların Rolü. J Gençlik Ergenliği 2011; 40: 1607-22.

196. Steinberg L, Graham S, O'Brien L, Woolard J, Cauffman E, Banich M. Age differences in future orientation and delay discounting. Child Development 2009; 80(1): 28-44.

197. Chassin L, Hussong A, Barrera M, Molina BSG, Trim R, Ritter J. Adolescent substance use. In: Handbook of Adolescent Psychology. Lerner RM, Steinberg L (Eds.), 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2004, 665-96.

198. Barnes GM, Farrell MP, Windle M. Parent-adolescent interactions in the development of alcohol abuse and other deviant behaviors. In: Parent-adolescent relationships. Barber BK, Rollins BC (Eds.). Lanham, MD: University Press of America, 1990, 121-40.

199. Holmbeck GN, Paikoff RL, Brooks-Gunn J. Parenting adolescents. In: Handbook of Parenting. Bornstein MH (Ed.), Vol.1: Children and parenting. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1995, 91-118.

200. Hawkins DJ, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin 1992; 112(1): 64-105.

201. Bednar DE, Fisher TD. Peer referencing in adolescent decision making as a function of perceived parenting style. Adolescence 2003; 38(152): 607-21.

202. Davids EL, Roman NV, Leach L. Decision Making Styles: A Systematic Review of Their Associations with Parenting. Adolescent Res Rev 2016; 1: 69-90.

203. Sovet L, Metz AJ. Parenting styles and career decision-making among French and Korean adolescents. Journal of Vocational Behavior 2014; 84(3): 345-55.

204. Davids EL, Roman NV, Leach L. The effect of family structure on decision making, parenting styles and healthy lifestyle behaviour of adolescents in rural South Africa. African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance 2015; 21(3.2): 953-67.

205. Altaf S, Hassan B, Khattak AZ, Iqbal N. Relationship of Parenting Styles with Decision-Making and Self-concept among Adolescents. Foundation University Journal of Psychology 2021: 5(2).

206. Oh WO, Park ES, Suk MH, Song DH, Im Y. Parenting of children with ADHD in South Korea: the role of socio-emotional development of children with ADHD. Journal of Clinical Nursing 2012; 21: 1932-42.